

Propozycja kryteriów oceny formalnej strony polityki zdrowotnej

Proposal for criteria evaluating formal aspect of health policy

DOROTA CIANCIARA^{1/}, JUSTYNA GRUDZIAŻ-SĘKOWSKA^{1/}, KATARZYNA LEWTAK^{2/}

^{1/} Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

^{2/} Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

Wprowadzenie. Terminu ‘polityka’ używa się do określenia uzgodnionego między interesariuszami planu działania, stworzonego w celu rozwiązania jakiegoś problemu, a do osiągnięcia celu związanego ze zdrowiem – ‘polityka zdrowotna’. Tak rozumiana polityka może dotyczyć różnych aspektów życia społecznego oraz może powstawać na wielu poziomach. Proces związany z formułowaniem i wdrażaniem określonej polityki wymaga uczestnictwa podmiotów z różnych sfer i sektorów. Zasady współpracy interesariuszy określane są przede wszystkim w normach prawnych. Obowiązujące regulacje prawne określają pewne wymagania wobec formułowania polityk, jednakże nie stanowią one jasnej wskazówki co do zawartości (strony formalnej) dowolnej polityki. Brak takich wymagań utrudnia tworzenie i opisanie polityk, a także ich ocenę.

Cel. Określenie kryteriów oceny formalnej strony polityki zdrowotnej, mogących stanowić podstawę do stworzenia narzędzia – listy kontrolnej do oceny dowolnej polityki zdrowotnej, w tym związanej z działaniami zdrowia publicznego.

Materiały i metody. Badanie przebiegało w dwóch etapach i obejmowało przegląd piśmiennictwa międzynarodowego, w wyniku którego zidentyfikowano możliwe szczegółowe kryteria oceny polityki zdrowotnej oraz ankietę wśród ekspertów zdrowia publicznego, których celem było określenie przydatności i wagi poszczególnych kryteriów oceny polityki zdrowotnej.

Wyniki. Wyniki badania pozwoliły na identyfikację kluczowych obszarów oceny polityki zdrowotnej odnoszących się do jej założeń, kierunków realizacji i celu nadrzędnego oraz zasobów, kosztów, harmonogramu i budżetu. Za najważniejsze kryteria szczegółowe respondenci wskazali: określenie źródeł finansowania, precyzyjne opisanie zakresu obowiązków realizatorów, priorytetyzację działań oraz określenie szacunkowych kosztów realizacji polityki zdrowotnej z podziałem na cele szczegółowe.

Wnioski. Uzyskane wyniki pozwoliły na sformułowanie propozycji narzędzia badawczego obejmującego 29 kryteriów szczegółowych. Narzędzie to umożliwia ocenę formalnej strony polityk zdrowotnych, jak również wzajemne porównanie. Może być ono też stosowane jako pomoc – lista kontrolna – w procesie tworzenia nowych polityk zdrowotnych.

Słowa kluczowe: polityka zdrowotna, ocena polityki zdrowotnej, monitorowanie, ewaluacja, narzędzie oceny

Introduction. The term ‘policy’ is used to define an agreed-upon stakeholder action plan, developed to address a problem, including the achievement of a health-related objective. Such a policy may refer to different aspects of social life and may occur at multiple levels. The process related to the formulation and implementation of a specific policy requires the participation of actors from different levels and sectors. The principles of stakeholder cooperation are defined primarily in legal norms. Existing legal regulations define certain requirements for formulation of public policies, however, they do not constitute a clear indication as to the content (the formal aspect) of any policy. The lack of such requirements makes it difficult to create and describe policies and to evaluate them.

Aim. To determine the criteria for evaluating a formal aspect of health policy that could provide the basis for a tool – a checklist for evaluating any health policy, including those related to public health.

Material & method. The study was conducted in two stages and included a review of international literature, which identified possible detailed criteria for the evaluation of health policy, and questionnaire with experts in public health, whose purpose was to determine the relevance and weight of the individual criteria for the evaluation of health policy.

Results. The study results led to the identification of key areas of health policy assessment – related to objectives, directions for implementation and the overriding goal, and resources, costs, schedule and budget. The most important detailed criteria indicated by the respondents were: identification of sources of funding, precise description of the scope of responsibilities of the implementers, prioritization of activities and estimation of the health policy implementation costs, broken down into specific objectives.

Conclusion. The obtained results allowed to formulate a proposal for a research tool covering 29 detailed criteria. This tool allows the assessment of the formal aspect of health policies as well as their comparison. It can also be used as a checklist in the process of creating new health policies.

Key words: health policy, health policy assessment, monitoring, evaluation, assessment tool

Wprowadzenie

Terminu 'polityka' używa się do określenia uzgodnionego między interesariuszami planu działania, stworzonego w celu rozwiązania jakiegoś problemu [1]. Tak rozumiana polityka może dotyczyć różnych aspektów życia społecznego (m.in. ochrony zdrowia) oraz może powstawać na wielu poziomach (np. krajowym, regionalnym). Mogą ją tworzyć organy publiczne (rząd i jego agencje, jednostki samorządu terytorialnego), podmioty gospodarcze (przedsiębiorstwa lub ich grupy), czy też podmioty tzw. trzeciego sektora (organizacje pozarządowe). Często proces związany z formułowaniem i wdrażaniem określonej polityki wymaga uczestnictwa podmiotów z różnych szczebli i sektorów [2]. Zasady współpracy interesariuszy określane są przede wszystkim w normach prawnych.

Polityka zdrowotna (PZ), to plan działania, który ma doprowadzić do osiągnięcia celu (-ów) związanego (-ych) ze zdrowiem. Sprecyzowana PZ określa wizję przyszłości, co przyczynia się do ustalenia celów krótko- i średnioterminowych. Przedstawia priorytety i oczekiwane role różnych grup, powinna budować konsensus i informować społeczeństwo [3]. Nierzadko skonkretyzowana PZ staje się programem zdrowotnym.

Po 2009 r. w polskiej polityce (na wzór rozwiązań stosowanych w dokumentach UE) zdrowie zostało rozlokowane horyzontalnie [4]. Poszczególne aspekty uwzględniono w różnych dokumentach o charakterze sektorowym lub problemowym. I tak, np. dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do zmieniającej się sytuacji demograficznej stało się częścią Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego, a podniesienie efektywności systemu ochrony zdrowia – Strategii Sprawne Państwo [5, 6]. Pewien przełom w kwestii formułowania polityki *stricte* zdrowotnej stanowiło przyjęcie dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” [7]. Policy paper wyznacza długofalową (do 2030 r.) wizję rozwoju systemu zdrowotnego, ale przede wszystkim stanowi narzędzie ułatwiające wykorzystanie środków europejskich.

Aktualnie w polskim ustawodawstwie funkcjonuje określenie 'polityka rozwoju', przez które rozumie się: „zespół wzajemnie powiązanych działań podejmowanych i realizowanych w celu zapewnienia trwałego i zrównoważonego rozwoju kraju, spójności społeczno-gospodarczej, regionalnej i przestrzennej, podniesienia konkurencyjności gospodarki oraz tworzenia nowych miejsc pracy w skali krajowej, regionalnej lub lokalnej” [4]. Obowiązujące regulacje prawne określają pewne wymagania wobec formułowania polityk, w tym zdrowotnych. Do wymagań tych należą:

- zawartość (działy tematyczne) długookresowej i średniookresowej strategii rozwoju kraju – art. 10 oraz 12a ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju [4];

- sposoby przeprowadzenia oceny wpływu i konsultacji publicznych w rządowym procesie legislacyjnym
- ustawa o Radzie Ministrów i jej regulamin prac [8];
- schemat dokumentu programu zdrowotnego (zawartość) opracowywanego przez komórki organizacyjne obsługujące ministra właściwego do spraw zdrowia, podległe temu ministrowi lub nadzorowane przez niego [9].

Wymagania zawarte we wskazanych aktach prawnych nie stanowią jasnej wskazówki co do zawartości (strony formalnej) dowolnej polityki. Brak takich wymagań utrudnia tworzenie i opisanie polityk, a także ich ocenę. Z tego powodu podjęto próbę ustalenia pożądanej zawartości PZ poprzez wybór kryteriów jej oceny.

Cel

Określenie kryteriów oceny formalnej strony PZ (struktury i rodzaju treści) o największym znaczeniu, które mogą następnie stanowić podstawę do tworzenia narzędzia do oceny dowolnej PZ. Narzędzie takie może być pomocą w trakcie tworzenia polityki.

Przyjęto następujące założenia:

- Ocena dowolnej PZ może polegać na ocenie treści oraz formy, a także efektów.
- Poszczególne PZ mogą mieć różną treść (zawartość), zależną od specyfiki poruszanego problemu, względów merytorycznych i innych uwarunkowań; aspekt treści PZ wykluczono z badania.
- Forma różnych PZ (struktura, rodzaj treści) powinna być w znacznym stopniu ujednolicona, ponieważ sformułowanie PZ ma wpływ na jej realizację oraz efekty.
- Poszukiwane kryteria oceny formy PZ mają służyć przede wszystkim do oceny *ex-ante*, ale również do oceny typu *on-going* i *ex-post*.
- Kryteria oceny formy PZ mogą być stosowane jedynie w odniesieniu do polityki utrwalonej w postaci dokumentu (projekt lub wersja ostateczna) w wersji papierowej lub on-line.
- Kryteriami oceny będą elementy składowe dokumentu.
- Kryteria (składowe) powinny obejmować pełen tzw. cykl polityki, czyli etap definiowania problemu, wyboru strategii, wdrożenia oraz monitorowania i ewaluacji.
- Kryteria powinny mieć wszechstronne zastosowanie, czyli zarówno w stosunku do różnych PZ jak też różnych programów zdrowotnych, zwłaszcza o zasięgu krajowym; założenie to było wynikiem braku samodzielnej i całościowej PZ w Polsce przy jednoczesnym funkcjonowaniu programów o zasięgu ogólnokrajowym, takich jak np.: Narodowy Program Zdrowia (NPZ) [10, 11], Narodowy Program

Profilaktyki Nadwagi i Otyłości (NPPNiO) [12], Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (KPZZHIViZAIDS) [13, 14], Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) [15], Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) [16], Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (NPPiRPA) [17].

– Z kryteriów oceny wykluczono takie elementy, jak np. analiza ryzyka i zarządzanie ryzykiem, analiza interesariuszy, promocja polityki i komunikacja efektów etc., typowe w opisywaniu projektów/programów/polityk [18]; podejście takie miało służyć prostocie narzędzia.

Materiały i metody

Badanie przebiegało w dwóch etapach. Na wstępie na podstawie piśmiennictwa międzynarodowego [19-22], istniejących regulacji prawnych oraz analizy aktualnych polityk/programów określono 7 grup kryteriów, obejmujących 64 kryteria szczegółowe, za pomocą których można ocenić stronę formalną PZ (tab. I).

Następnie – eksperci zewnętrzni wyrażali swoją opinię co do ważności wybranych kryteriów, jeśli miałyby one służyć do oceny polityk. Zastosowano metodę ankiety rozpowszechnionej drogą internetową. Dane zbierano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Uczestnikom badania przesłano aktywny link i hasło do ankiety zamieszczonej na portalu www.moje-ankiety.pl oraz hasło dostępu umożliwiające wyświetlenie kwestionariusza w przeglądarce internetowej. Do badania zaproszono łącznie 257 osób, które prowadzą działalność badawczą lub dydaktyczną w dziedzinie zdrowia publicznego i są zatrudnione w instytutach badawczych lub uczelniach wyższych. W interwałach 10-dniowych wysyłało 3-krotnie pocztą elektroniczną przypomnienie wraz z prośbą o wypełnienie kwestionariusza. Badanie przeprowadzono w okresie 15.09-30.10.2015 r. W czasie trwania badania link do ankiety został aktywowany 182 razy (liczba logowań). Analizie poddano kompletnie wypełnione formularze (76 sztuk). Wskaźnik realizacji próby (*response rate*) wyniósł 38%.

Respondentów proszono o opinię, czy dane kryterium jest ważne przy ocenianiu PZ (pytanie: „Czy Pana(i) zdaniem poniższe elementy (cechy) są ważne dla właściwego sformułowania dokumentów skutecznej polityki zdrowotnej?”). Opinię wrażano za pomocą skali 5-punktowej od -2 punktów (kryterium bez znaczenia/nie ważne) do +2 (znaczące/ważne). W dalszej analizie znaczenie (wagę) danego kryterium wyrażono za pomocą średniej arytmetycznej uzyskanych ocen eksperckich. W analizie przyjęto, że średnia ocen ≤ 0 wyraża brak znaczenia, średnia

w granicach 0,1-1,0 – znaczenie małe, w granicach 1,1-1,5 – średnie, a wynik $> 1,5$ – znaczenie duże. Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą programu MS Excel 2010.

Respondenci mogli zamieszczać również swoje komentarze. Ponadto ankieta zawierała pytania dotyczące osoby respondenta (dane demograficzne, na temat wykształcenia i miejsca pracy oraz informacje o dotychczasowym doświadczeniu w formułowaniu, wdrażaniu, monitorowaniu i ewaluacji PZ).

Wyniki

Charakterystyka uczestników badania

Większość respondentów stanowiły kobiety (69,7%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 51-60 lat (31,6%), przy czym łączny udział osób w tym wieku i starszych przekroczył 51,7%. Ponad 84,2% respondentów posiadało stopień lub tytuł naukowy, w tym 7,9% tytuł profesora zwyczajnego. Większość respondentów ze stopniem naukowym stanowiły kobiety, natomiast wśród osób z tytułem naukowym profesora dominowali mężczyźni.

Wśród badanych 28,9% stanowili lekarze i lekarze dentyści, kolejne najliczniejsze grupy stanowiły osoby, które ukończyły kierunki: zdrowie publiczne (15,8%) i pielęgniarstwo (10,5%). Większość była zatrudniona w jednostkach publicznych (uczelniach – 57,9% i instytutach badawczych – 35,5%). Pozostali respondenci jako swoje główne miejsce pracy wskazali uczelnie niepubliczne.

Co drugi respondent miał doświadczenie związane z realizacją PZ. Udział w ewaluacji polityki zadeklarowało 44,3% respondentów. Wśród osób deklarujących wcześniejsze zaangażowanie w któryś z etapów cyklu życia PZ przeważali mężczyźni.

Znaczenie grup kryteriów

W kolejności wskazane zostały grupy kryteriów odnoszących się do zasobów, kosztów, harmonogramu i budżetu PZ (1,47), realizatorów, struktury organizacyjnej (1,41), monitoringu i ewaluacji (1,41) oraz metod działania (1,36). Za najmniej ważne grupy respondenci uznali te, w której kryteria szczegółowe dotyczyły celów szczegółowych i zadań PZ (0,91). Udział kryteriów szczegółowych bez znaczenia, mało, średnio i bardzo ważnych w poszczególnych grupach przedstawiono w tabeli I.

Należy zauważyć, że niektóre z kryteriów szczegółowych w kilku grupach miały charakter wykluczający się, np. rozbudowany *vs.* syntetyczny opis problemu zdrowotnego, twarde (sztywne) *vs.* miękkie (elastyczne) sformułowanie celów, duża *vs.* mała liczba celów. Z tego powodu w trzech grupach (założenia, cele,

Tabela I. Kryteria szczegółowe bez znaczenia, mało, średnio i bardzo ważne w poszczególnych grupach
Table I. Detailed criteria with none, little, medium and very importance in the specific groups

Grupa kryteriów /Group of criteria	Liczba kryteriów w grupie /Number of criteria in a group	Liczba kryteriów szczegółowych wg znaczenia w danej grupie /Number of detailed criteria by importance in a given group			
		żadne /none ≤0	małe /small 0,1-1,0	średnie /medium 1,1-1,5	duże /high >1,5
założenia, kierunki realizacji (strategiczne) PZ, cel nadrzędny /assumptions, directions (strategic level) of HP, overall goal	14		1	3	10
cele szczegółowe/zadania /objectives/tasks	5	1	2	1	1
metody działania /working methods	6		1	2	3
realizatorzy, struktura organizacyjna /actors/organizational structure	6		1	1	4
zasoby, koszty, harmonogram i budżet /resources, costs, schedule and budget	11		2	4	5
monitoring i ewaluacja /monitoring and evaluation	13		1	7	5
inne elementy formy PZ, nie uwzględnione powyżej /other HP elements not mentioned above	9		7	1	1
Ogółem /Total	64	1	15	19	29

metody) bardziej miarodajne były oceny dotyczące kryteriów szczegółowych.

Znaczenie kryteriów szczegółowych

W opinii osób badanych aż 29 kryteriów (45% wszystkich) ma duże znaczenie przy ocenie PZ (średnia wag powyżej 1,5). Kolejnych 19 kryteriów (30%) ma znaczenie średnie (1,1-1,5). Pozostałych 16 kryteriów (25%) ma znaczenie małe (15 kryteriów) lub żadne (1 kryterium).

Najważniejszym kryterium szczegółowym oceny PZ okazało się być wskazanie źródeł finansowania (1,87). W dalszej kolejności wskazane zostały: określenie zakresu obowiązków realizatorów (1,82); priorytetyzacja działań, czyli wskazanie celów lub zadań kluczowych, z których nie można zrezygnować w trakcie realizacji (1,78); wskazanie nadrzędnego celu PZ (1,77) oraz określenie szacunkowych nakładów /kosztów realizacji PZ z podziałem na cele szczegółowe/zadania (1,72). Wszystkie kryteria szczegółowe – według ważności – przedstawiały się następująco (uwaga: ta sama wartość – to samo miejsce – np. 9, 10 itd.)

1. źródła finansowania – 1,87
2. zakres obowiązków realizatorów – 1,82
3. cele/zadania priorytetowe, które decydują o sukcesie i z których nie można zrezygnować – 1,78
4. cel nadrzędny PZ – 1,77
5. dowody naukowe na potwierdzenie kierunków zmniejszania problemu – 1,76
6. szacunkowe nakłady/koszty z podziałem na cele szczegółowe/zadania – 1,72
7. podstawowe, znane kierunki zmniejszania problemu – 1,70
8. harmonogram – 1,68
9. dowody naukowe na potwierdzenie wybranych metod – 1,67
9. okres realizacji PZ – 1,67
9. ocena kosztów bezpośrednich problemu – 1,67
10. mechanizmy i metody zapewnienia trwałości działania (po zaprzestaniu finansowania) – 1,66
10. rozbudowany opis problemu zdrowotnego – 1,66
11. źródła, na podstawie których opisano problem – 1,64
12. metody/środki wsparcia realizatorów – 1,63
13. metody ewaluacji – 1,62
13. źródła, na podstawie których dokonano oceny znaczenia i kosztów – 1,62
14. precyzyjne wskazanie realizatorów – 1,61
15. zakres odpowiedzialności realizatorów – 1,59
16. podmiot odpowiedzialny za monitorowanie – 1,58
17. ocena znaczenia problemu (np. w porównaniu do innych problemów lub krajów) – 1,57
18. metody bieżącego monitorowania – 1,55
19. potrzeby w zakresie zasobów informacyjnych – 1,54
20. podmiot odpowiedzialny za ewaluację – 1,53
20. rozbudowany/szczegółowy opis metod działania – 1,53
21. łatwa dostępność całego dokumentu PZ w trybie on-line – 1,51
21. wskaźniki ewaluacji – 1,51
21. potrzeby w zakresie zasobów rzeczowych – 1,51
21. ocena kosztów pośrednich problemu – 1,51
22. poziom wyjściowy wskaźników ewaluacji i miary sukcesu – 1,50
22. wskaźniki monitorowania – 1,50
22. plan alokacji środków finansowych w czasie

- 1,50
- 22. potrzeby kadrowe – 1,50
- 22. przykłady dobrych praktyk – 1,50
- 23. inne możliwości finansowania (dodatkowe) – 1,49
- 24. ocena wpływu na nierówności w zdrowiu (*health inequality impact assessment*) – 1,43
- 24. termin dokonania ewaluacji – 1,43
- 24. analiza aktualnych zasobów kadrowych – 1,43
- 24. teorie naukowe na potwierdzenie kierunków zmniejszania problemu (np. model zdrowia, model zmiany zachowań zdrowotnych, podejście do zmniejszania nierówności w zdrowiu) – 1,43
- 25. związek z aktami prawnymi – 1,34
- 26. udział populacji docelowej w ewaluacji – 1,32
- 27. alternatywne metody działania – 1,26
- 28. związek z innymi politykami – 1,24
- 29. mechanizmy współpracy, wolontariatu, udziału adresatów – 1,21
- 30. źródła informacji o wskaźnikach monitorowania – 1,20
- 31. „twarde”, sztywne sformułowanie celów/zadań w kategoriach mierzalnych, ilościowych – 1,16
- 32. źródła informacji o wskaźnikach ewaluacji – 1,13
- 33. precyzyjne/szczegółowe podsumowanie wyników konsultacji publicznych – 1,12
- 34. narzędzia pomocnicze, np. instrukcje, wzory i formularze sprawozdań itp. – 1,00
- 35. imienne wskazanie autorów/członków zespołu, który opracował PZ – 0,99
- 35. tabelaryczne zestawienie celów szczegółowych/zadań i wskaźników ewaluacji – 0,99
- 35. analiza aktualnych zasobów informacyjnych – 0,99
- 36. streszczenie dokumentu – 0,98
- 37. analiza aktualnych zasobów rzeczowych – 0,96
- 37. „miękkie”, elastyczne sformułowanie celów/zadań w kategoriach niemierzalnych, jakościowych – 0,96
- 38. syntetyczny opis problemu zdrowotnego – 0,95
- 39. mała liczba celów/zadań (do 5) – 0,88
- 40. słownik – definicje używanych terminów – 0,79
- 41. ładna szata graficzna – 0,59
- 41. graficzny schemat struktury organizacyjnej – 0,59
- 42. udostępnienie dokumentu PZ w formie papierowej – 0,54
- 43. syntetyczny opis metod działania – 0,52
- 44. „list polecający” – list ważnej osoby wspierający daną PZ (np. jako wstęp) – 0,34
- 45. duża liczba celów/zadań (więcej niż 5) – -0,24.

Nie stwierdzono różnic w opiniach o znaczeniu

kryteriów w zależności od cech respondentów. Niemniej – lekarze i lekarze dentyści częściej niż pozostali respondenci większe znaczenie przypisali celom/zadaniom sformułowanym w kategoriach niemierzalnych, jakościowych (średnia odpowiednio: 1,2 i 0,82). Osoby zatrudnione poza sektorem publicznym wyżej oceniły opis wyników konsultacji publicznych (1,4 w tej grupie i 1,1 wśród pozostałych respondentów) oraz dołączenie do dokumentu listu polecającego ważnej osoby wspierającej daną politykę (0,6 w tej grupie i 0,31 wśród pozostałych).

Najważniejsze kryteria szczegółowe

W tabeli II zaprezentowano kryteria oceny PZ o największym znaczeniu. Mogą one stanowić podstawę do dalszych prac nad stworzeniem listy kontrolnej do oceny polityki.

Dyskusja

Analiza publikacji wskazuje, że brak jest powszechnie przyjętych narzędzi oceny polityki zdrowotnej lub jej elementów składowych. Nie ma również zgodności, co do metodologii lub zasad dokonywania takiej oceny [22]. Szczególne trudności wiążą się z próbą oceny procesu formułowania (określenia celu i wyboru narzędzi), przygotowywania dokumentu oraz wdrażania polityki zdrowotnej [19-21, 23, 24]. Listy kontrolne (*checklist*) są sprawdzonym narzędziem używanym w ochronie zdrowia [25, 26]. W odniesieniu do PZ wykorzystywane są przede wszystkim do przeprowadzania ocen wpływu na zdrowie (*Health Impact Assessment – HIA*) [25], ale również jako narzędzie służące ocenie i porównaniom interwencji [24].

W niniejszym badaniu zebrano opinie badaczy na temat ważnych kryteriów oceny formy PZ. Proponowane przez nich znaczące kryteria oceny, podobnie jak te uznane za mniej ważne, powinny być poddane dalszym badaniom wśród kluczowych interesariuszy, tj. twórców, realizatorów i adresatów polityk, co byłoby zgodne z przyjętymi zasadami [19, 21, 27]. W badaniach takich należałoby umożliwić wskazanie jeszcze innych kryteriów ważnych z punktu widzenia tych grup.

W badaniu przyjęto założenie, że kryteria oceny PZ mogą być wykorzystywane również do oceny ogólnokrajowych programów zdrowotnych. Uznano bowiem, że programy te są przykładami polityk zgodnie z przyjętą definicją. Ponadto przy braku zdefiniowanej krajowej polityki zdrowotnej określanie kryteriów do jej oceny może być zadaniem abstrakcyjnym i należy odnieść się do przykładów realnych. Można natomiast dyskutować, czy zaproponowane kryteria oceny można odnosić do programów o mniejszym zasięgu, takich jak np. programy polityki zdrowotnej realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego albo programy zdrowotne Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela II. Kryteria o dużym znaczeniu przy ocenie PZ
Table II. Criteria of high importance in HP evaluation

Grupa kryteriów /Group of criteria	Kryteria szczegółowe /Detailed criteria	Znaczenie (waga) kryterium /Criterion importance (weight)
Założenia, kierunki realizacji (strategiczne) PZ, cel nadrzędny /HP assumptions, directions (strategic level, overriding goal	Rozbudowany opis problemu zdrowotnego /Comprehensive description of health problem	1,66
	Źródła, na podstawie których opisano problem /Base sources for problem description	1,64
	Ocena znaczenia problemu (np. w porównaniu do innych problemów lub krajów) /Assessment of health problem significance (eg. in comparison to other problem or country)	1,57
	Ocena kosztów bezpośrednich problem /Assessment of direct costs of health problem	1,67
	Ocena kosztów pośrednich problem /Assessment of indirect costs of health problem	1,51
	Źródła, na podstawie których dokonano oceny znaczenia i kosztów /Base sources for significance and cost assessment	1,62
	Podstawowe, znane kierunki zmniejszania problemu /Basic known directions of mitigating health problem	1,70
	Dowody naukowe na potwierdzenie kierunków zmniejszania problemu /Scientific evidence to confirm directions of mitigating health problem	1,76
	Cel nadrzędny PZ /Overall HP goal	1,77
	Okres realizacji PZ /Period of HP implementation	1,67
Cele szczegółowe, zadania /Objectives, detailed tasks	Cele/zadania priorytetowe, które decydują o sukcesie i z których nie można zrezygnować /Main indispensable objectives/tasks that determine HP success	1,78
Metody działania /Working methods	Rozbudowany/szczegółowy opis metod działania /Comprehensive/detailed description of working methods	1,53
	Dowody naukowe na potwierdzenie wybranych metod działania /Scientific evidence to confirm selected working methods	1,67
	Mechanizmy i metody zapewnienia trwałości działania (po zaprzestaniu finansowania) /Mechanisms and methods to ensure sustainability of action (after discontinuation of funding)	1,66
Realizatorzy, struktura organizacyjna /Actors, organizational structure	Precyzyjne wskazanie realizatorów /Precise appointment of actors	1,61
	Zakres obowiązków realizatorów /Obligations/duties of actors	1,82
	Zakres odpowiedzialności realizatorów /Responsibilities of actors	1,59
	Metody/środki wsparcia realizatorów /Methods/measures to support actors	1,63
Zasoby, koszty, harmonogram i budżet /Resources, costs, schedule and budget	Potrzeby w zakresie zasobów rzeczowych /Necessary material resources	1,51
	Potrzeby w zakresie zasobów informacyjnych /Necessary information resources	1,54
	Szacunkowe nakłady/koszty z podziałem na cele szczegółowe/zadania /Estimated expenses/costs broken down into specific objectives/tasks	1,72
	Źródła finansowania /Sources of funding	1,87
Monitoring i ewaluacja /Monitoring and evaluation	Harmonogram /Schedule	1,68
	Metody bieżącego monitorowania /Methods of ongoing monitoring	1,55
	Podmiot odpowiedzialny za monitorowanie /Entity responsible for monitoring	1,58
	Metody ewaluacji /Evaluation methods	1,62
Inne elementy formy PZ, nie uwzględnione powyżej /Other HP elements not mentioned above	Wskaźniki ewaluacji /Indicators for evaluation	1,51
	Podmiot odpowiedzialny za ewaluację /Entity responsible for evaluation	1,53
	Łatwa dostępność całego dokumentu PZ w trybie on-line /Easy on-line availability of HP document	1,51
Średnie znaczenie wszystkich kryteriów szczegółowych /Average importance of all detailed criteria		1,64

(NFZ). W opinii autorek jest to możliwe i wskazane.

Uzyskane wyniki wskazują, że 3/4 proponowanych kryteriów uznano za ważne w stopniu średnim lub dużym. Jedynym kryterium, które nie miało znaczenia okazało się wskazanie w dokumencie PZ dużej liczby celów szczegółowych. Mogłoby to sugerować, że respondenci preferują polityki/programy zwarte, składające się ze stosunkowo niewielu elementów, dzięki czemu są łatwiejsze do zarządzania.

Proponuje się, aby wyodrębnione najważniejsze

kryteria szczegółowe (29 kryteriów; ocena >1,5; tab. III) wykorzystać do oceny dowolnej polityki.

Kryteria te, stanowiące listę kontrolną, można stosować na dwa sposoby:

1. w procesie tworzenia polityki zwrócić szczególną uwagę na kwestie odnoszące się do poszczególnych kryteriów i udoskonalić te elementy PZ;
2. dokonać szczegółowej oceny danej polityki i porównać ją z innymi. W tym celu proponuje się:
 - każde kryterium ocenić w skali: 2 pkt. –

Tabela III. Narzędzie oceny PZ (lista kontrolna)
Table III. HP assessment tool (checklist)

Lp. /No	Kryterium szczegółowe /Detailed criterium	Znaczenie (waga) /Importance (weight)	Mnożnik /Multiplier (0, 1, 2)	Iloczyn /Multiplication result
1	Rozbudowany opis problemu zdrowotnego /Comprehensive description of health problem	1,66	0	0
2	Źródła, na podstawie których opisano problem /Base sources for problem description	1,64	1	1,64
3	Ocena znaczenia problemu (np. w porównaniu do innych problemów lub krajów) /Assessment of health problems significance (eg. in comparison to other problem or country)	1,57	2	3,14
4-29	itd... /and so on ...			
Ogółem /Total				suma wierszy 1-29

kryterium spełnione całkowicie, tj. dane kryterium występuje w pełni w danej polityce; 1 pkt. – kryterium spełnione częściowo; 0 pkt. – brak danego elementu;

- następnie pomnożyć wagę danego kryterium przez te oceny (mnożniki);
- zsumować iloczyny;
- wynik oceny można przedstawić w postaci tabelarycznej (tab. III).

Należy podkreślić, że ocena strony formalnej polityki nie może zastąpić oceny jej efektów. Można do tego celu stosować różne metody, wskaźniki i mierniki. Należy przypomnieć, że w ostatnich latach Najwyższa Izba Kontroli (NIK) stwierdziła różne nieprawidłowości w realizacji programów zdrowotnych, tj.: KPZZHIViZAIDS [28], NPZ [29], NPZChN [30] oraz NPZNiO [31]. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły realizacji działań typowych dla zdrowia publicznego. Wyniki kontroli NIK dotyczącej realizacji programów polityki zdrowotnej realizowanych przez

jednostki samorządy terytorialnego [32] pokazują zaś, że nie przyczyniły się one w istotny sposób do poprawy zdrowia i jakości życia Polaków. Sformułowane przez NIK zarzuty dotyczyły przede wszystkim implementacji oraz ewaluacji programów.

Wnioski

Sposób sformułowania polityki zdrowotnej ma wpływ na jej realizację. Istotne jest, aby istniały wskazówki do opracowania strony formalnej polityk. Zaproponowany instrument, mimo różnorodności ocenianych programów, może służyć do oceny formalnej strony polityk zdrowotnych i ich porównania.

Źródło finansowania: Praca finansowana z programu badawczego CMKP 501-4-44-28-15 finansowanego z dotacji MNiSW na utrzymanie potencjału badawczego.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Cambridge Dictionaries Online. Policy. <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/policy> (01.10.2017).
2. Campbell OMR. What are maternal Health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half-centur. <http://www.jsieurope.org/safem/collect/safem/pdf/s2947e/s2947e.pdf> (01.10.2017).
3. WHO. Health policy. http://www.who.int/topics/health_policy/en/ (01.10.2017).
4. Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. 2006, nr 227, poz. 1658 z późn. zm.).
5. Uchwała Nr 104 Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 (MP 2013, poz. 640).
6. Uchwała Nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia strategii „Sprawne Państwo 2020” (MP 2013, poz. 136).
7. Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. MZ, Warszawa 2015. http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/08/krs_-_pp.pdf (01.10.2017).
8. Wytyczne do przeprowadzania oceny wpływu oraz konsultacji publicznych w ramach rządowego procesu legislacyjnego. Ministerstwo Gospodarki, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2015. <http://www.rcl.gov.pl/sites/images/WytyczneOW.pdf> (01.10.2017).
9. Załącznik nr 1 do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2014 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej (Dz. Urz. MZ 2014, poz. 84).
10. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf (01.10.2017).
11. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. z 2016 r., poz. 1492).
12. Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007-2011 POL-HEALTH. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2007. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/otylosc_06012010.pdf (01.10.2017).

13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (Dz.U. 2011, nr 44, poz. 227).
14. Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2012-2016. Minister Zdrowia, Krajowe centrum do spraw AIDS. [http://aids.gov.pl/krajowy_program/814/\(01.10.2017\)](http://aids.gov.pl/krajowy_program/814/(01.10.2017)).
15. Uchwała Nr 95/2014 Rady Ministrów z dnia 28 maja 2014 r. w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” w roku 2014 i 2015. <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/06/RM-111-94-14.pdf> (01.10.2017).
16. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npoz_zdrpub_03112011.pdf (01.10.2017).
17. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015. http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf (01.10.2017).
18. Department for Business Innovation & Skills. Guidelines for Managing Projects. How to organise, plan and control projects, 2010. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/31979/10-1257-guidelines-for-managing-projects.pdf (01.10.2017).
19. Walt G, Shiffman J, Schneider H, et al. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan* 2008, 23(5): 308-317.
20. Cheung KK, Mirzaei M, Leeder S. Health policy analysis: a tool to evaluate in policy documents the alignment between policy statements and intended outcomes. *Aust Health Rev* 2010, 34(4): 405-413.
21. Bhuyan A, Jorgensen A, Sharma S. Taking the Pulse of Policy: The Policy Implementation Assessment Tool. Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order I, Washington DC 2010. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadx728.pdf (01.10.2017).
22. Cianciara D, Grudziąż-Sękowska J. Dylematy oceny polityki zdrowotnej – przegląd piśmiennictwa międzynarodowego. *Hygeia Public Health* 2016, 51(3): 235-241.
23. Pohjola MV, Pohjola P, Tainio M, Tuomisto JT. Perspectives to Performance of Environment and Health Assessments and Models – From Outputs to Outcomes? *Int J Environ Res Public Health* 2013, 10(7): 2621-2642.
24. Williams I, McIver S, Moore D, Bryan S. The use of economic evaluations in NHS decision-making: a review and empirical investigation. *Health Technol Assess* 2008, 12(7): 1-63.
25. Buck D, Gregory S. Improving a locals health. A resource for local authorities. The King's Found, London 2013.
26. Weiner J. Health Policy Analysis Checklist. [in:] Introduction to Health Policy. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2005. http://ocw.jhsph.edu/courses/introhealthpolicy/pdfs/bardach_outline_ihp_7b.pdf (01.10.2017).
27. Dixon BE, Zafar A, Overhange JM. A Framework for evaluating the costs, effort, and value of nationwide health information exchange. *J Am Med Inform Assoc* 2010, 17(3): 295-301.
28. NIK. Realizacja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS w latach 2012-2013. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/14/076/> (01.10.2017).
29. NIK. Realizacja wybranych zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 przez Miasto Płock, ze szczególnym uwzględnieniem programów zdrowotnych. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/R/14/002/KZD/> (01.10.2017).
30. NIK. Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/13/130/> (01.10.2017).
31. NIK. Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/10/190/> (01.10.2017).
32. Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12140,vp,14521.pdf> (01.10.2017).