

ROLA HTA W KSZTAŁTOWANIU REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

THE ROLE OF HTA IN SHAPING REGIONAL HEALTH POLICY IN POLAND

Ewa Bandurska¹, Sonia Studzinska², Ewa Przybyłowska³, Marzena Zarzeczna-Baran¹

¹ Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

² Studenckie Koło Naukowe „Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia”, Gdański Uniwersytet Medyczny

³ Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2016.20>

STRESZCZENIE

Wstęp. Jednostki samorządów terytorialnych (JST) w Polsce są odpowiedzialne za prowadzenie regionalnej polityki zdrowotnej. Jednym z narzędzi wykorzystywanych w tym celu są programy zdrowotne. Instytucja HTA ma za zadanie oceniać programy zdrowotne i opiniować zasadność ich realizacji.

Cel. Celem głównym pracy było określenie roli HTA w kształtowaniu regionalnej polityki zdrowotnej poprzez analizę opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na temat projektów programów zdrowotnych nadesłanych przez JST.

Materiał i metody. Materiał badawczy stanowiły dostępne publicznie dane opublikowane przez AOTMiT składające się z opinii instytucji na temat projektów programów zdrowotnych wydanych w latach 2013–2014. JST, które przesyłały największą liczbę projektów, zostały zapytane o to, czy przestrzegają rekomendacji AOTMiT.

Wyniki. Do analizy włączono 557 opinii AOTMiT (programy najczęściej skierowane do < 500 osób, dzieci i młodzieży szkolnej, z budżetem 10 000–50 000 zł). Koszty (całkowite i per capita) zależały od tematyki programu ($p = 0,0261$ i $p = 0,000$), a w przypadku kosztów ogólnych dodatkowo zależne były od poziomu hierarchicznego JST ($p = 0,000$). AOTMiT uznało, że 49% projektów może być realizowanych. Programy droższe częściej uzyskiwały pozytywną opinię ($p = 0,006$). Ustalono, że część negatywnie ocenionych programów jest realizowana – w woj. śląskim zrealizowano 8 z 28 negatywnie ocenionych programów, w pomorskim 0. Nie uzyskano innych danych.

Wnioski. HTA ma ograniczony wpływ na kształt regionalnej polityki zdrowotnej, a kompetencje JST do przygotowywania programów zdrowotnych są niewystarczające. Istniejące rozwiązania prawne pozwalają na realizację programów zdrowotnych bez oceny AOTMiT lub mimo oceny negatywnej.

Słowa kluczowe: ocena aktywności zdrowotnej, polityka zdrowotna, polityka zdrowia publicznego, promocja zdrowia.

ABSTRACT

Introduction. Local government units are responsible for establishing regional health policy in Poland. One of the tools used are health programmes. HTA institution is responsible for evaluation of regional health programmes.

Aim. The main aim was to determine the role of HTA in shaping health policy in Poland by analysis of the health programmes sent for evaluation by HTA institution.

Material and methods. Study data consisted of publicly available opinions issued by AHTATS in 2013–2014. Local authorities with the highest number of programmes sent for evaluation were asked if they followed the opinions of AHTATS.

Results. We analyzed 557 opinions of AHTATS (programmes dedicated for < 500 people, mostly children and school aged youth, with budget between 10 000 and 50 000 PLN). Costs (both overall and per person) were depending on the subject of intervention ($p = 0.0261$ and $p = 0.000$) and in case of overall costs additionally on level of hierarchy ($p = 0.000$). According to AHTATS, 49% of programmes could be realized. More expensive programmes got positive opinions more often than cheaper ($p = 0.006$). There are limited possibilities to verify if local government follows AHTATS opinions. No negatively evaluated programmes were realized in Pomerania, in Silesia 8 out of 28. No other data were achievable.

Conclusion. HTA has limited impact on the shape of the regional health policy in Poland. Competences of local units to prepare good health programmes are insufficient. Existing legal acts leave a path for implementing programmes despite their negative opinion of HTA institution.

Keywords: health technology assessment, health policy, public health policy, health promotion.

Wstęp

Polska, podobnie jak inne kraje Europy Środkowo-Wschodniej (ang. *Central Eastern Europe* – CEE), przeszła dynamiczny proces transformacji – społecznej, politycznej i ekonomicznej – i zbudowała nową, wolnorynkową gospodarkę. Zmiany te dotyczyły również systemu zdrowia i obejmowały odejście od systemu centralnie sterowane-

go, funkcjonującego zgodnie z modelem Siemaszki do modelu, w którym władza jest podzielona pomiędzy władzę rządową (centralną) oraz samorządową.

W roku 1997 doszło do podziału władzy publicznej w Polsce, co podobnie jak w innych krajach CEE pozwoliło na przekazanie części zadań związanych z realizacją polityki zdrowotnej samorządom [1]. Od tego momentu

regionalna polityka zdrowotna jest prowadzona przez samorządy terytorialne wszystkich szczebli, a więc województwa, powiaty i najmniejsze gminy. Ich główną rolą jest kształtowanie takich warunków w regionie, które sprzyjałyby poprawie statusu zdrowotnego mieszkańców w sposób jak najbardziej spójny z potrzebami i oczekiwaniami społeczności lokalnej.

Począwszy od lat 90. XX wieku, podkreślany jest fakt istnienia silnie wyrażonych nierówności w zdrowiu wśród Polaków – spowodowanych przez warunki socjoekonomiczne, miejsce zamieszkania i inne czynniki [2]. Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) również wskazuje, że socjologiczne determinanty zdrowia w Polsce powinny być modyfikowane przez władze publiczne, przede wszystkim przez samorządy terytorialne jako najlepiej zorientowane w realnej sytuacji w regionie [3]. Podobne międzyregionalne zróżnicowanie obserwuje się w odniesieniu do systemu zdrowia – może być to zauważone między innymi w przypadku różnic w czasie oczekiwania na procedury medyczne, np. na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego w województwie warmińsko-mazurskim średnio pacjent czeka 12 miesięcy, podczas gdy chory z zachodniopomorskiego może czekać na ten sam zabieg nawet do 120 miesięcy [4].

Aby poprawić status zdrowotny Polaków, samorządy terytorialne angażują się w działania na rzecz edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, prewencji chorób oraz działania mające na celu wyrównywanie dostępności systemu zdrowia również w regionach biedniejszych i mniej zurbanizowanych [5, 6]. W każdym przypadku, gdy jest to możliwe, działania powinny być podejmowane na jak najniższym szczeblu w hierarchii władzy samorządowej, jako że w ten sposób wyczerpywana jest zasada subsydiarności, a działania są lepiej dostosowane do realnych potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej [7]. Każda jednostka samorządu terytorialnego ma obowiązek uczestniczenia w inicjowaniu, wspomaganiu i monitorowaniu działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Jednym z narzędzi wykorzystywanych w tym celu są programy zdrowotne, które są realizowane na terenie całego kraju.

Pomimo istnienia wytycznych samorządowe programy realizowane w Polsce wciąż oceniane są jako niedoskonałe [8] i jednym z wyzwania stojących przed samorządami jest poprawianie jakości podejmowanych interwencji [9].

Institucją wspierającą samorządy w przygotowywaniu programów zdrowotnych jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Agencja Oceny Technologii Medycznych została powołana na mocy *Ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świad-*

zeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. AOTMiT zyskała status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną. Od 2015 roku Agencja funkcjonuje pod nazwą Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Jej rolą jest ocenianie projektów samorządowych programów zdrowotnych, wskazywanie braków i elementów wymagających korekty.

W niniejszej pracy podjęto się analizy opinii AOTMiT na temat projektów samorządowych programów zdrowotnych oraz zweryfikowania, czy i w jakim zakresie samorządy terytorialne stosują się do zaleceń AOTMiT – zwłaszcza w zakresie wstrzymywania realizacji negatywnie ocenionego programu czy wprowadzania zmian do programu ocenionego warunkowo pozytywnie. Wyniki uzyskane przez innych autorów [8, 10, 11] w latach 2007–2014 wydawały się potwierdzać, że w tym zakresie istnieje wiele problemów związanych z brakiem istotnej poprawy jakości zgłaszanych programów, faktem niezgłaszania części programów do oceny oraz realizowania negatywnie ocenionych interwencji. W odróżnieniu od innych opracowań na ten temat, w niniejszej pracy autorzy postanowili również zapytać bezpośrednio samorządy terytorialne, w jakim zakresie przestrzegają zaleceń AOTMiT z pozycji zwykłego obywatela.

Cel

Celem głównym niniejszej pracy jest przedstawienie roli instytucji HTA w kształtowaniu polityki zdrowotnej w regionach Polski, poprzez analizę opinii AOTMiT w zakresie przesyłanych przez samorządy terytorialne programów zdrowotnych oraz informacji uzyskanych od jednostek samorządów terytorialnych (JST).

Aby osiągnąć cel główny, założono również cele szczegółowe, które obejmowały:

- 1) analizę opinii AOTMiT w sprawie samorządowych programów zdrowotnych pochodzących z przynajmniej 2 lat;
- 2) określenie charakterystyki programów zdrowotnych i cech charakterystycznych programów z określonych grup tematycznych;
- 3) analizę przestrzegania zaleceń i rekomendacji AOTMiT przez samorządy terytorialne, zwłaszcza w zakresie programów ocenionych negatywnie.

Materiał i metody

Materiał badawczy stanowiły publicznie dostępne opinie AOTMiT wydane w latach 2013–2014 w odniesieniu do regionalnych programów zdrowotnych zaplanowanych do zrealizowania na terytorium Polski. Całość danych

pozyskana została z oficjalnej witryny AOTMiT (<http://www.aotm.gov.pl/>). W toku analizy stworzono autorską bazę danych, w której zebrano dane na temat 557 opinii wydanych przez AOTMiT w latach 2014–2015, dokonując podziału ewaluowanych programów zdrowotnych pod względem miejsca realizacji, rodzaju i rozmiaru grupy docelowej, budżetu (kosztu jednostkowego – w przeliczeniu na uczestnika programu i ogólnego), tematykę programu i wyniku ewaluacji (pozytywna, negatywna, warunkowo pozytywna).

W badaniu założono również weryfikację przestrzegania zaleceń AOTMiT przez samorządy terytorialne. Samorządy, które przesłały największą liczbę programów do oceny przez AOTMiT, zostały zapytane o to, czy realizowały w latach 2013–2014 programy, które zostały ocenione negatywnie przez AOTMiT. Dodatkowo do tej części badania włączono województwo pomorskie, jako że samorząd ten dysponuje bazą danych, w której gromadzone są informacje na temat wszystkich realizowanych programów zdrowotnych.

Dokonano również analizy zależności pomiędzy wybranymi czynnikami. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel wersja 2007 oraz pakietu statystycznego StatSoft Inc. Statistica wersja 8.0. W opisie statystycznym danych ilościowych posłużono się klasycznymi miarami położenia jak średnia arytmetyczna i mediana oraz odchyleniem standardowym i rozstępem międzykwartylowym jako miarami zmienności. Normalność rozkładu zmiennych i równość wariancji

badanej cechy w grupach badano odpowiednio testem W Shapiro-Wilka i testem równości wariancji. Do analizy zmiennych wykorzystano test Kruskala-Wallisa dla więcej niż dwóch grup oraz wykonano analizę post-hoc dla zweryfikowania szczegółowych różnic pomiędzy grupami.

Wyniki

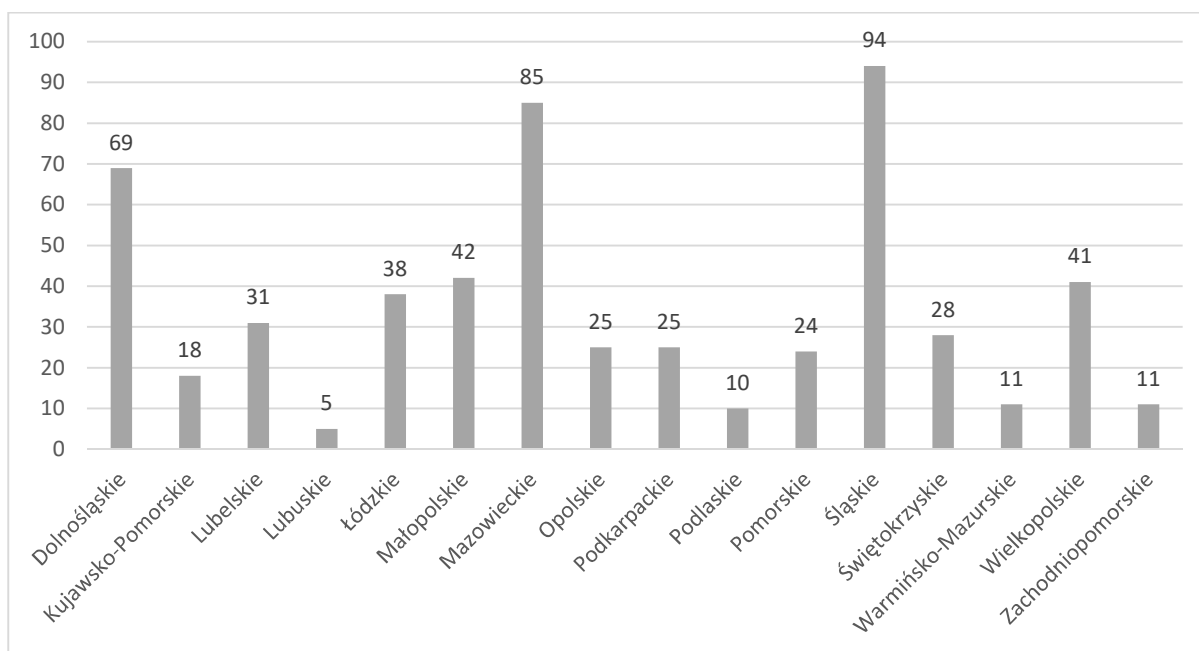
Analiza opinii AOTMiT na temat samorządowych programów zdrowotnych

Liczba programów

W latach 2013–2014 do oceny AOTMiT samorządy terytorialne przekazały 557 programów zdrowotnych, przy czym w roku 2013 było ich nieco więcej niż w roku 2014, bo odpowiednio 291 i 266. Spośród 16 województw, które funkcjonują w Polsce, najbardziej aktywne pod względem liczby programów zaplanowanych do realizacji było województwo śląskie, które przesłało 94 projekty, co stanowiło prawie 17% wszystkich ocenianych programów. Dużą aktywnością wykazały się także województwa dolnośląskie i mazowieckie, z których każde nadesłało po ponad 10% ogólnej liczby analizowanych interwencji (odpowiednio $n = 69$ i $n = 85$). Tylko jedno województwo – lubuskie – ograniczyło swoją aktywność do nadesłania zaledwie 5 projektów (**Rycina 1**).

Grupa docelowa projektów

Nadsyłane projekty interwencji skierowane były najczęściej do mało licznych grup odbiorczych. Ponad ¼ programów, bo 29,08%, zakładała objęcie interwencją mniej niż



Rycina 1. Liczba programów zdrowotnych zrealizowanych w poszczególnych województwach w latach 2013–2014

Tabela 1. Wyniku testu Kruskala-Wallis oraz analizy post-hoc dla kosztów programów oraz innych cech

Zmienne	p Kruskal-Wallis	Największe różnice w teście post-hoc	Największa wartość testu post-hoc
koszty ogólne/ tematyka programu	0,0261	opieka długoterminowa i hospicyjna/ prewencja chorób i promocja zdrowia	0,015
koszty na uczestnika/ tematyka programu	0,000	szkolenia z pierwszej pomocy/rehabilitacja terapeutyczna	0,010158
		szkolenia z pierwszej pomocy/ promocja zdrowia psychicznego	0,000447
		promocja zdrowia psychicznego/ prewencja chorób sercowo-naczyniowych	0,003062
		promocja zdrowia psychicznego/ prewencja chorób nowotworowych	0,003355
koszty ogólne/ poziom JST	0,000	powiat/gmina	0,000002
		powiat/gmina	0,000047
koszty na uczestnika/ poziom JST	0,1971	-	-

500 osób (n = 162). Zapewne jest to związane z faktem, że większość, bo 54%, nadsyłanych projektów pochodziła od gmin (n = 303), czyli od samorządu o najmniejszym zasięgu terytorialnym. Jedynie sporadycznie programy (n = 34) były skierowane do dużych grup społecznych, to jest większych niż 10 000 osób i w większości były to interwencje proponowane przez powiaty i województwa.

Część interwencji była kierowana do więcej niż jednej grupy odbiorczej, np. dzieci i młodzieży w różnych grupach wiekowych. Nadsyłane interwencje kierowane były najczęściej (n = 226) do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (ponad 40% wszystkich interwencji). Grupą społeczną, która również często stanowiła populację docelową programów regionalnych, były kobiety (21,18%) oraz seniorzy (23,52%).

Dużą część programów (ponad 10%) stworzono dla noworodków i dzieci w wieku do 3 lat, przy czym były to najczęściej programy szczepienia przeciwko pneumokokom i meningokokom. Wszystkie programy szczepionkowe stanowiły ponad 40% ogółu nadsyłanych projektów i były najczęściej reprezentowanym rodzajem proponowanej interwencji (poza ww. szczepieniami zakładały np. szczepienie przeciwko grypie). Nieco rzadziej, bo w około 26%, samorządy decydowały się na zorganizowanie interwencji z szeroko pojętej promocji zdrowia.

Finanse projektów

Jak wspomniano wcześniej, prawidłowo skonstruowany program zdrowotny powinien zawierać szczegółowy budżet. Niestety, w przypadku aż 15% nadsyłanych programów nie dopatrzone się prawidłowo skonstruowanego budżetu – zawierał liczne braki (np. nie dostarczono informacji na temat składowych budżetu, a jedynie informację

o całkowitej sumie potrzebnych środków) lub nie było go w ogóle.

Najwięcej interwencji samorządowych (ponad ¼ wszystkich projektów) wymagało zaangażowania środków o wartości pomiędzy 10 000 i 50 000 PLN (n = 162). Warto jednak wspomnieć, że prawie ¼ (n = 144) wszystkich projektów zakładała wydatki rzędu 100 000–500 000 PLN. Największe średnie koszty programu stwierdzono w przypadku interwencji z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia – 567 126,20 PLN, profilaktyki chorób nowotworowych – 469 939,20 PLN, i opieki długoterminowej i hospicyjnej – 315 433,80 PLN.

Przy pomocy testu Kruskala-Wallis stwierdzono istnienie statystycznie istotnych różnic pomiędzy kosztem całkowitym programu a innymi cechami. Wykazano, że koszt ogólny i jednostkowy realizacji programu różniły się istotnie w zależności od tematyki programu, koszty ogólne zależały od poziomu hierarchicznego JST. W tabeli 1 przedstawiono również wyniki analizy post-hoc wskazujące na największe różnice.

Finalna ocena AOTMiT

Biorąc pod uwagę wszystkie elementy programów, AOTMiT wydała pozytywne opinie w odniesieniu do 49% nadsyłanych projektów (n = 273). Kolejne 19% uzyskało ocenę warunkowo pozytywną (n = 107), a 32% negatywną (n = 177).

W analizie zależności pomiędzy wydaniem pozytywnej opinii a czynnikami warunkującymi stwierdzono przy użyciu testu U Manna-Whitneya istnienie zależności pomiędzy kosztem całkowitym a wydaniem pozytywnej opinii. Programy droższe istotnie częściej uzyskiwały pozytywną rekomendację AOTMiT (p = 0,006). Zależności tej nie stwier-

dono już jednak w przypadku relacji pomiędzy kosztami jednostkowymi a pozytywną rekomendacją ($p = 0,393$).

Przestrzeganie zaleceń AOTMiT przez samorządy terytorialne

Kolejnym krokiem było porównanie opinii AOTMiT z rzeczywistymi działaniami podejmowanymi przez samorządy terytorialne. Jednostki, które przesłały największą liczbę projektów do ewaluacji, zostały zapytane, czy stosowały się do rekomendacji wydanych przez AOTMiT. Ta część badania dotyczyła województw: śląskiego, mazowieckiego i dolnośląskiego oraz dodatkowo pomorskiego.

Najpierw trzy województwa z największą liczbą programów przesłanych do AOTMiT zostały zapytane drogą mailową o przestrzeganie zaleceń. Autorzy wykorzystali oficjalne dane adresowe pochodzące z witryn JST. W związku z brakiem odpowiedzi pytanie zostało ponownie zadane tym razem drogą telefoniczną, gdzie uzyskano częściowe dane. W latach 2013–2014 województwo śląskie przesłało do AOTMiT 94 projekty, spośród których 28 zostało ocenionych negatywnie. Samorząd zdecydował się na realizację 8 programów z grupy ocenionych negatywnie bez wprowadzania do nich istotnych zmian. Pomimo prób nie uzyskano konkretnych informacji z województw dolnośląskiego oraz mazowieckiego. Zgodnie z danymi z bazy danych województwa pomorskiego nie zrealizowano żadnego programu, który otrzymałby negatywną ocenę AOTMiT.

Dyskusja

Efektywna polityka zdrowotna wymaga precyzyjnego określenia celów i priorytetów działań oraz konkretnych zadań, które powinny być wykonane we właściwym czasie. Zarówno samorządy terytorialne, jak i inne instytucje (np. organizacje pozarządowe) podejmują w Polsce działania, których celem jest prowadzenie skutecznej polityki zdrowotnej, między innymi poprzez realizację programów zdrowotnych [12]. Każde działanie, strategia czy program zdrowotny muszą sprostać kryteriom używanym w ocenie tego rodzaju aktywności (zarówno finansowanym, jak i medycznym). To jedyny sposób, by zwiększać efektywność polityki zdrowotnej i wydatkowywania środków publicznych [13].

Chociaż samorządy terytorialne zdają się posiadać odpowiednie kompetencje do przygotowywania i koordynowania programów zdrowotnych, analiza opinii AOTMiT wskazuje po raz kolejny, że w tym zakresie wciąż istnieje wiele niedociągnięć. Zasadnym wydaje się więc korzystanie z pomocy instytucji HTA. Dzięki ich działaniom,

również w Polsce, możliwe jest zwiększanie efektywności kosztowej realizowanych technologii medycznych.

HTA staje się coraz bardziej docenianym narzędziem, również w zakresie polityki zdrowotnej [14]. W 2007 roku WHO wskazała, że HTA powinno być elementem procesu decydowania o kształcie polityki zdrowotnej. Organy Unii Europejskiej również oceniają HTA jako przydatne w podejmowaniu decyzji przez organy administracji publicznej, w tym samorządy terytorialne [15].

Chociaż międzynarodowe instytucje akceptują i promują HTA, realny wpływ opinii AOTMiT na status zdrowotny społeczności lokalnych w Polsce można określić jako ograniczony i silnie zróżnicowany pomiędzy poszczególnymi regionami. Sytuacja ta jedynie potęguje już istniejące międzyregionalne różnice w zdrowiu i pozostaje niezmienna od lat, pomimo kroków legalizacyjnych mających na celu zmianę tej sytuacji [16]. W Polsce część samorządów terytorialnych wysyła projekty do oceny, niektóre wywiązują się z tego obowiązku częściowo, inne – sądząc po różnicy w liczbie nadsyłanych projektów – robią to jedynie sporadycznie.

W krajach Europy Zachodniej rola HTA, w tym ewaluacja programów zdrowotnych, jest stabilna i znacząca, chociaż w krajach CEE włączanie HTA do procesu podejmowania decyzji dotyczących zdrowia społeczeństwa stanowi wciąż ogromne wyzwanie [17]. W wielu krajach poza Polską HTA nie ma realnego wpływu na decyzje podejmowane przez rządzących [16, 18], co zaprezentowano w tabeli 2.

Wpływ HTA na realną politykę zdrowotną wydaje się być silniejszy w obszarze refundacji leków niż w przypadku programów zdrowotnych. Chociaż prawo w Polsce nakazuje samorządom terytorialnym zgłaszać każdą interwencję do oceny przez AOTMiT, to jednak sytuację, w których samorząd bez uprzedniej zgody AOTMiT, realizując program, miałby postawiony zarzut np. naruszenia dyscypliny finansów publicznych, należą do rzadkości.

Krajowe organizacje odpowiedzialne za nadzorowanie instytucji publicznych wydają się w większości przypadków tolerować brak przestrzegania prawa w tym zakresie. Przykładowo, w dokumencie z 2014 roku wydanym przez Najwyższą Izbę Kontroli czytamy, że NIK pozytywnie ocenia regionalną politykę prowadzoną przez miasto Płock pomimo kilku wspomnianych nieprawidłowości, spośród których jedną jest fakt realizowania programów zdrowotnych bez uprzedniego uzyskania opinii AOTMiT [19]. Co więcej, w przypadku gdy samorząd zgłosi program do oceny, a interwencja uzyska opinię negatywną, bez istotnych konsekwencji może ją zrealizować [8].

Tabela 2. Wpływ HTA na podejmowanie decyzji publicznych w wybranych krajach w roku 2011 i 2013 [16]

Kraj	Wpływ HTA	
	2011	2013
Australia	udowodniony realny wpływ	udowodniony realny wpływ
Kanada	niewystarczające dowody na realny wpływ	udowodniony realny wpływ
Brazylia	brak realnego wpływu	niewystarczające dowody na realny wpływ
Meksyk	–	brak realnego wpływu
Anglia	udowodniony realny wpływ	niewystarczające dowody na realny wpływ
Francja	brak realnego wpływu	brak realnego wpływu
Niemcy	brak realnego wpływu	brak realnego wpływu
Włochy	brak realnego wpływu	niewystarczające dowody na realny wpływ
Holandia	niewystarczające dowody na realny wpływ	niewystarczające dowody na realny wpływ
Polska	brak realnego wpływu	brak realnego wpływu
Szkocja	brak realnego wpływu	brak realnego wpływu
Szwecja	niewystarczające dowody na realny wpływ	niewystarczające dowody na realny wpływ
Korea Południowa	brak realnego wpływu	brak realnego wpływu
Tajlandia	–	brak realnego wpływu
Tajwan	–	brak realnego wpływu

362

Bardzo trudno jest określić ogólną jakość realizowanych programów zdrowotnych w ramach JST i wskazać poziom skuteczności regionalnej polityki zdrowotnej, jako że pozyskiwane dane są fragmentaryczne. Niemniej jednak, porównując dane za lata 2013–2014 z wcześniejszym okresem, zauważyć można, że liczba ta w kolejnych latach rośnie, co może wskazywać na zwiększającą się rolę instytucji HTA w kształtowaniu polityki zdrowotnej. Niestety (według różnych danych) – liczba programów ocenianych przez instytucję HTA stanowi zaledwie około 30% wszystkich interwencji realizowanych na terenie Polski [8]. Oczywiście należy wziąć pod uwagę, że niektóre z nich mogą być kontynuacją programów wdrożonych w latach poprzednich i nie wymagają ponownej oceny [20].

Niestety wraz z liczbą zgłaszanych programów w sposób istotny nie poprawiła się ich jakość. W latach 2010–2012 odsetek pozytywnych opinii (pozytywnych i warunkowo pozytywnych) wahał się w okolicy 60–65%. W roku 2013–2014 wyniósł on niewiele więcej, bo 68%, pomimo faktu, że pracownicy samorządów w tym czasie przeszli wiele szkoleń w zakresie tworzenia efektywnych programów zdrowotnych.

W latach 2013–2014 dał się zauważyć pewien korzystny trend – mianowicie programy najbardziej kosztowne częściej uzyskiwały pozytywną rekomendację AOTMiT, co

może wskazywać, że przynajmniej rozbudowane i kosztowne interwencje są przygotowywane zgodnie z kryteriami rekomendowanymi przez liczne instytucje HTA. Jednocześnie zastanawiające jest, że spośród wszystkich szczebli hierarchicznych samorządów terytorialnych programy najgorszej jakości przygotowują województwa, które stoją na czele władzy samorządowej. Tymczasem zgodnie z wynikami analizy to samorzady najniższego szczebla – a więc gminy – uzyskały największy odsetek pozytywnych lub warunkowo pozytywnych rekomendacji (52% vs. 47% w powiatach i 34 w województwach).

Zauważono również, że niektóre rodzaje programów cechują się lepszą jakością – to znaczy odsetek pozytywnych opinii w niektórych blokach tematycznych jest istotnie większy. Zwłaszcza w przypadku programów dotyczących szczepień całkowita liczba pozytywnych rekomendacji była duża (n = 149), jednocześnie warto przypomnieć, że programy te stanowią najsilnie reprezentowany blok tematyczny (stanowią około 40% ogółu programów).

Polski system zdrowia oceniany jest przez Polaków negatywnie – w rankingu *European Health Consumer Index 2015* (EHCI) znaleźliśmy się na jednej z ostatnich pozycji [21]. System zdrowia wymaga licznych modyfikacji, które prowadziłyby do bardziej efektywnego wykorzystania środków publicznych, między innymi przez samorzady

terytorialne. Wydaje się zasadnym systematyczne zachęcanie JST do wysyłania projektów programów zdrowotnych do oceny i podejmowania decyzji na podstawie HTA. Aktualnie przyjęte rozwiązania prawne pozwalają mieć jedynie nadzieję, że JST będą dobrowolnie brać pod uwagę wyniki ewaluacji. Brak restrykcyjnych rozwiązań prawnych i pobłażliwość w stosowaniu istniejących powoduje powstawanie licznych błędów w podejmowanych działaniach zdrowotnych oraz uniemożliwia jednoznaczną ocenę sytuacji i wprowadzenie adekwatnych działań naprawczych.

Ograniczenia badania

Badanie ma pewne ograniczenia. Najważniejszym jest fragmentaryczność posiadanych danych, zwłaszcza w zakresie pozyskanych od wybranych JST. W dalszych badaniach istotnym byłoby podjęcie bardziej zdecydowanych działań związanych z pozyskiwaniem informacji od samorządów. W niniejszej pracy celem autorów było podjęcie próby pozyskania informacji z pozycji zwykłego obywatela, nieznanego konkretnych aktów prawnych zezwalających na sprawowanie kontroli społecznej nad JST. Niemniej sam fakt istnienia trudności w pozyskaniu tych danych zdaje się być istotną informacją.

Wnioski

Rola HTA w prowadzeniu regionalnej polityki zdrowotnej przez samorządy terytorialne jest ograniczona. Wynika to z faktu, iż:

- 1) liczne programy zdrowotne realizowane przez samorządy terytorialne w Polsce nie są oceniane przez AOTMiT, w efekcie część z nich nie spełnia standardów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego;
- 2) część programów pomimo negatywnej oceny instytucji HTA jest realizowana bez istotnych zmian.

W zakresie regionalnej polityki zdrowotnej widoczny jest jednak pewien pozytywny trend, głównie dotyczący tego, iż:

- 1) liczba programów zgłaszanych przez JST do oceny przez AOTMiT rośnie;
- 2) droższe programy statystycznie istotnie częściej uzyskują pozytywne oceny niż programy tańsze.

Dodatkowo zauważalnym jest fakt, że aktualnie obowiązujące rozwiązania prawne zdają się być niewystarczające dla zmobilizowania samorządów terytorialnych do pozyskiwania opinii AOTMiT. Pozostawiają one otwartą furtkę dla realizowania programów zdrowotnych bez ich uprzedniej ewaluacji lub też pomimo uzyskania negatywnej opinii.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Mossialos E (red.). Poland. Health system review. Health Systems in Transition. 2011;13,8.
2. Wnuk-Lipinski E. The Polish country profile: economic crisis and inequalities in health. Soc Sci Med. 1990;31(8):859–866.
3. Satterley N (red.). Social inequalities in health in Poland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
4. Watch Health Care. WHC BAROMETER, the report on changes in the availability of guaranteed medical services in Poland no. 13, http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometrwhc_xiiiifin2..pdf2016 [data dostępu: 1.04.2016].
5. World Health Organization. Regions for Health Network Twenty-first Annual Meeting report. Implementing the health 2020 vision at the regional level of governance, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/280973/Regions-for-health_Florence-report.pdf2014 [data dostępu: 15.04.2016].
6. Riggiozzi P. Locating regional health policy. Institutions, politics, and practices. Global Social Policy. 2015;15(3):212–228.
7. Vischer R. Subsidiarity as a principle of governance: beyond devolution, <http://mirrorofjustice.blogspot.com/mirrorofjustice/vischer/beyonddevolution.pdf>1996.
8. Brzezińska A. Samorządy uczą się szczepić, <http://www.mp.pl/szczepienia/wywiady/72099,samorzady-ucza-sie-szczepic> [data dostępu: 13.09.2016].
9. Ministry of Regional Development of the Republic of Poland. Department of Structural Policy Coordination, Regional policy in Poland, 2011, http://www.esponontheroad.eu/dane/web_espon_library_files/671/pl_regional_policy.pdf [data dostępu: 15.04.2016].
10. Dudzik K, Cianciara D, Zalewska E, Lewczuk-Wesołowska A, Piętka S, Grudziąż-Sękowska J et al. Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część I. Problem zdrowotny, adresaci. Hygeia Public Health. 2015;50(1):84–89.
11. Glanowski G. Kontrowersje wokół realizacji samorządowych programów zdrowotnych. Med Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2015;21(2):146–151.
12. Halik R, Kuszewski K. Narodowy Program Zdrowia 2007–2015 jako narzędzie kształtujące politykę zdrowotną Polski. Warszawa: PZH; 2007.
13. Tello J, Baez-Camargo C (red.). Strengthening health system accountability: a WHO European Region multi-country study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
14. Goyder E, Brereton M, Gardiner C, Mozygamba K, Sacchini D, Oortwijn W et al. Using the best available evidence to inform decision making on complex interventions: Building the future through increasing public and patient involvement in Health Technology Assessment. Eur J Public Health. 2013;23,suppl 1.
15. Garrido M. Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe. Current status, challenges, and potential. Observatory Studies Series. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
16. Wilsdon T, Fiz E, Haderi A. A comparative analysis of the role and impact of Health Technology Assessment: 2013 Final report. Charles Rives Associates; 2014.

17. Gulacsi L, Rotar A, Niewada M, Loblova O, Rencz F, Petrova P et al. Health technology assessment in Poland, the Czech Republic, Hungary, Romania and Bulgaria. *Eur J Health Econ.* 2014;15(suppl 1):S13–S25.
18. Oortwijn W, Mathijssen J, Banta D. The role of health technology assessment on pharmaceutical reimbursement in selected middle-income countries. *Health Policy.* 2010;95(2–3):174–184.
19. Szustowicz M. Raport pokontrolny Najwyższej Izby Kontroli R/14/002. Warszawa; 2014.
20. Kłosowska B, Rudka R, Skóbel B, Wójcik M. Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować? Warszawa: Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej; 2013.
21. Björnberg A. Outcomes in EHCI 2015. Täby: Health Consumer Powerhouse; 2015.

Zaakceptowano do edycji: 2016–04–12
Zaakceptowano do publikacji: 2016–04–28

Adres do korespondencji:

Ewa Bandurska
Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej
Gdański Uniwersytet Medyczny
al. Zwycięstwa 42a
80-210 Gdańsk
tel.: 58 349 15 44
fax: 58 349 15 48
e-mail: ebandurska@gumed.edu.pl