

Jak stosować schemat programu zdrowotnego

WSKAZÓWKI OGÓLNE

- Niniejszy schemat odpowiada idealnemu projektowi programu zdrowotnego, jednak jego podstawowym celem jest wskazanie LOGICZNEJ BUDOWY projektu programu zdrowotnego, ze zwróceniem uwagi na wewnętrzne powiązania jego poszczególnych elementów
- Przedstawienie projektu programu w rozbiciu na punkty główne 1-7 jest obligatoryjne
- Podpunkty wskazują, jaka treść powinna być zawarta w każdym z punktów głównych. Zalecane jest rozwinięcie punktów głównych w podpunkty wg poniższego schematu, co należy wykorzystać adekwatnie do cech planowanego programu, rozważając starannie, czy opisane w nich kwestie odnoszą się do danego projektu
- Wszystkie informacje powinny być podawane w sposób syntetyczny; projekt powinien zawierać wyłącznie informacje wiążące się bezpośrednio z zakresem programu (duża objętość projektu nie jest jednoznaczna z jego wysoką jakością); w przypadku rozbudowanego projektu zaleca się umieszczenie na początku zwięzłego streszczenia
- Dobrze zaprojektowany program zdrowotny powołuje się na konkretne, zmierzone lub oszacowane na podstawie dostępnych publikacji dane. Informacje, np. dotyczące problemu zdrowotnego, epidemiologii czy oszacowań skuteczności planowanych działań, należy cytować z podaniem danych bibliograficznych pozwalających dotrzeć do cytowanego źródła (artykuł, książka, wiarygodna strona internetowa, ekspert)

WSKAZÓWKI SZCZEGÓŁOWE

1. Opis problemu zdrowotnego

- a. Problem zdrowotny – krótkie przedstawienie problemu zdrowotnego, będącego zagrożeniem dla stanu zdrowotnego lub jakości życia obywateli, który powinien być na tyle sprecyzowany, aby możliwe było oszacowanie jego nasilenia (np. liczba chorych na chorobę, której chcemy zapobiegać lub którą chcemy leczyć); problem zdrowotny powinien być dobrany tak, aby można było mu zapobiegać lub go modyfikować (np. ograniczać ryzyko cukrzycy poprzez zapobieganie otyłości) u członków wybranej grupy docelowej
- b. Epidemiologia – krótkie przedstawienie następstw choroby lub stanu zdrowia, którego dotyczy program (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 2 ustawy[1]), i jego znaczenia dla zdrowia obywateli (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 3 ustawy[1]), w tym informacja, czy leczenie choroby jest uznawane za priorytet zdrowotny (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 1a ustawy[1] i Rozp. MZ z 21.08.09 r.[4]); wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 1b ustawy[1]) ze szczególnym uwzględnieniem danych regionalnych
- c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego (powiatowi, gminie; jeśli program powiatowy ma być realizowany tylko w niektórych gminach – oszacowanie populacji włączonych gmin; jeśli program ma dotyczyć tylko dzieci do lat 18, tylko kobiet, tylko osób po 65. r.ż. – oszacowanie liczebności tej grupy na obszarze, na którym program będzie realizowany) oraz oszacowanie populacji, która ze względu na problemy zdrowotne kwalifikuje się do objęcia programem (czyli populacja, która byłaby objęta idealnym programem, gdyby nie było ograniczeń finansowych ani organizacyjnych; w przypadku programów przesiewowych – populacja, w której poziom ryzyka uzasadnia prowadzenie badań przesiewowych)
- d. Dostępne, finansowane ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie problemu zdrowotnego objętego programem wraz ze wskazaniem, czy działania programu mają uzupełniać dostępne świadczenia (np. zwiększać częstość badań, oferować je dodatkowej populacji), czy zaspokajając potrzebę świadczeń niedostępnych
- e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu (wynikające z danych przedstawionych w powyższych punktach 1a-1d) – np. rozległością problemu zdrowotnego, niedostępnością/ograniczoną dostępnością świadczeń, względami społecznymi, w tym wynikami przeprowadzonych konsultacji społecznych (w tym przypadku podać, z jakimi grupami społecznymi i w jaki sposób konsultowano wprowadzenie programu)

2. Cele programu

Uwaga: cele programu powinny odpowiadać rozległości problemu zdrowotnego z jednej strony, a możliwościom programu z drugiej; np. jeśli problem zdrowotny dotyczy 10 000 osób na obszarze jednostki samorządu terytorialnego, a w ramach programu planuje się świadczenia dla 100 osób, istotne zmniejszenie nasilenia problemu zdrowotnego w populacji jest celem nierealnym

- a. Cel główny – realistyczny, zgodny z planowanymi działaniami programu cel długoterminowy, np. zwiększenie dostępności konkretnych świadczeń,

zwiększenie wiedzy rodziców z niższym wykształceniem na temat prawidłowej opieki zdrowotnej nad dzieckiem; ew. odnieść się do celów

- b. Cele szczegółowe – kilka sprecyzowanych efektów możliwych do osiągnięcia w wyniku działań programu
- c. Oczekiwane efekty – które powinny być zbieżne z wymienionymi wyżej celami i odzwierciedlać realne możliwości realizatorów programu
- d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu (patrz też pkt. 6. Monitorowanie i ewaluacja)

3. Adresaci programu (populacja programu)

- a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe (np. ze względu na posiadane środki finansowe lub zasoby lub możliwość dotarcia) z ew. uzasadnieniem ograniczeń w stosunku do populacji oszacowanej w pkt. 1c; jeśli do programu włączeni mają być nie wszyscy potencjalni odbiorcy, podać ogólne kryteria kwalifikacji osób włączanych do programu i sposoby postępowania wobec osób spełniających kryteria kwalifikacji, dla których nie wystarczy miejsc w programie; rozważyć, czy przy kwalifikacji chorych zostanie zachowana zasada równości dostępu do świadczeń programu osób spełniających kryteria kwalifikacji
- b. Tryb zapraszania do programu – sposoby dotarcia do adresatów; rozważyć sposoby unikania nadużywania świadczeń (czyli zapobiegania sytuacji, gdy do programu, który ma być uzupełnieniem oferty NFZ przeznaczonym dla osób dotychczas niekorzystających ze świadczeń, zgłaszać będą się ludzie przewrażliwieni na punkcie własnego zdrowia, a niekoniecznie wymagający świadczeń z uwagi na rzeczywiste problemy zdrowotne)

4. Organizacja programu

- a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne – jeśli dotyczy, opisać części składowe programu, np. rekrutacja i działania edukacyjne (wykłady, zabawy, konkursy) w programie edukacyjnym przeciwdziałania otyłości u dzieci oraz etapy programu, np. etap wstępnej diagnostyki w wykonaniu lekarza ogólnego, etap pogłębionej diagnostyki w wykonaniu lekarza specjalisty i zajęcia rehabilitacyjne w programie przesiewowego wykrywania i leczenia wad postawy u dzieci; działania to np. badanie ogólne przez lekarza pierwszego kontaktu, badania laboratoryjne, podanie szczepionki, cykl szkoleń na wybrany temat. Należy w szczególności rozważyć, jakiego typu działania są adekwatne do radzenia sobie z wybranym problemem zdrowotnym – czy wystarczą działania krótkoterminowe, np. szczepienie, czy do osiągnięcia oczekiwanych efektów niezbędne są działania długoterminowe – wtedy zalecane jest wdrożenie programu wieloletniego
- b. Planowane interwencje – Opisać działania prozdrowotne przewidziane w ramach programu, np. rodzaj badań przesiewowych, szkoleń albo działań profilaktycznych. Jeśli program przewiduje stosowanie konkretnych *interwencji*, takich jak psychologiczne warsztaty terapeutyczne, opisać w porozumieniu z specjalistą konkretny rodzaj interwencji, np. terapia kognitywno-behawioralna. Jeśli program przewiduje stosowanie produktów leczniczych (lub, odpowiednio, wyrobów medycznych), wymienić WSZYSTKIE dostępne produkty lecznicze (wyroby medyczne) właściwe do

wykorzystania w programie (np. trzy dostępne szczepionki) i zasady wyboru konkretnego preparatu, który zostanie w programie zastosowany.

- c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/do poszczególnych etapów programu – podać dokładne kryteria włączania obywateli do programu, przechodzenia uczestników do kolejnych etapów programu, zakończenia udziału w programie
- d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu – rozważyć, czy są dostosowane do potrzeb uczestników programu (np. pod względem czasu i miejsca, gdzie świadczenia są oferowane), czy ułatwiają korzystanie z programu
- e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych – czy działania programu wspierają lub uzupełniają świadczenia dostępne w ramach NFZ (a jeśli tak, wyjaśnić dokładniej), czy oferują świadczenia niedostępne w systemie opieki zdrowotnej (z ew. wskazaniem, czego dotyczą świadczenia finansowane ze środków publicznych w danym problemie zdrowotnym)
- f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania – rozważyć, czy z działań programu wynika konieczność powiązania go ze świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych i czy są one dostępne (np. jeśli program polega na badaniach przesiewowych i skierowaniu do specjalisty w ramach NFZ w razie podejrzenia choroby, to jaka jest dostępność specjalistów; czy w szczególności zagwarantowano możliwość wykorzystania zalet wczesnego wykrycia choroby w programie badań przesiewowych)
- g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji – jeśli w programie stosowane będą leki, wymienić ich działania niepożądane; rozważyć wrażliwość podejmowanych działań i związaną z tym potrzebę zachowania poufności danych osobowych, możliwość stygmatyzacji
- h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu – ew. informacje o koordynatorze, oczekiwanych kwalifikacjach realizatorów programu (np. osób prowadzących warsztaty czy szkolenia), warunkach niezbędnych do realizacji świadczeń programu
- i. Dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy[1])
 - i. Jeśli uzyskano *opinie ekspertów* klinicznych na temat planowanych w programie działań, proszę je przedstawić (w tym wskazane przez ekspertów dowody skuteczności) z podaniem danych eksperta
 - ii. Jeśli znane są *zalecenia kliniczne* dotyczące postępowania w danym problemie zdrowotnym, polskie albo zagraniczne, zwłaszcza opracowane zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach (EBM, *evidence-based practice*), proszę się na nie powołać
 - iii. Jeśli odnaleziono inne *dowody skuteczności* (efektywności klinicznej) oraz *efektywności kosztowej* działań w programie, zwłaszcza przeglądy systematyczne i analizy ekonomiczne wykonane zgodnie z metodologią oceny technologii medycznych (HTA, *health technology assessment*),

proszę przytoczyć ich wyniki (uwaga: przenoszenie informacji na temat efektywności kosztowej z jednego systemu opieki zdrowotnej do innego jest obciążone dużą niepewnością; w tym punkcie można też omówić kwestie przewagi efektywności kosztowej wybranego działania nad innymi możliwymi, np. przewagę efektywności kosztowej programu skierowanego na zwiększenie zgłaszalności do oferowanych w ramach NFZ badań przesiewowych w kierunku raka piersi nad programem oferującym własne badania mammograficzne)

- iv. Jeśli dostępne są dane nt. *podobnych programów zdrowotnych* wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne)

5. Koszty

- a. Koszty jednostkowe – np. zestawienie świadczeń oferowanych w programie + koszty jednostkowe świadczeń albo średnie koszty w przeliczeniu na jednego włączonego do programu albo zakres kosztów świadczeń oferowanych pojedynczemu włączonemu do programu, jeśli świadczenia ofertowane poszczególnym chorym w programie są różne
- b. Planowane koszty całkowite – wysokość samorządowych środków publicznych przeznaczanych na realizację programu (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 7 ustawy[1])
- c. Źródła finansowania, partnerstwo – jeśli dotyczy, omówić udział w realizacji programu dodatkowego finansowania, pochodzącego ze źródeł innych niż budżet samorządu; omówić inne rodzaje współpracy, np. współpracę z jednostką badawczą w zakresie oceny wskaźników efektywności
- d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne – proszę przedstawić, na czym opierał się samorząd podejmując decyzję o finansowaniu tego a nie innego programu zdrowotnego

6. Monitorowanie i ewaluacja – należy rozważyć możliwość oceny jakości programu w trzech wymienionych niżej zakresach

- a. Ocena zgłaszalności do programu
- b. Ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka)
- c. Ocena efektywności programu – dotycząca porównania stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym, zgodna z miernikami efektywności opisanymi w pkt. 2d, np. w programie promowania karmienia wyłącznie piersią do 6 mies. życia wskaźnikiem efektywności będzie odsetek dzieci karmionych wyłącznie piersią przed wdrożeniem programu i po jego przeprowadzeniu (ew. po roku jego działania, jeśli to program wieloletni); rozważyć możliwość oceny wskaźników w pewnym odstępie czasu po zakończeniu programu, np. po roku, dla zweryfikowania trwałości osiągniętych efektów (np. we współpracy z jednostką badawczą)

7. Okres realizacji programu – powinien być adekwatny do problemu zdrowotnego i celów programu, z uwzględnieniem momentu włączania chorych (np. jeśli uczestnik powinien mieć zapewnione w ramach programu długotrwałe świadczenia, a program

trwa rok, to uczestników należy rekrutować tylko na początku programu); ew. wskazać warunki przedłużenia programu na kolejne okresy

Opracowano na podstawie

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2007 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.);
2. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urzędowy Ministerstwa Zdrowia z 2010 nr 4 poz. 32);
3. Zarządzenie nr 8/2008/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 stycznia 2008 r. w sprawie zasad opracowywania przez NFZ terapeutycznych programów zdrowotnych (<http://www.nfz.gov.pl/bip/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=3071>);
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009, 137, poz. 1126)
5. Uchwała Nr. 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015
<http://bip.mz.gov.pl/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=243>
6. Wurzbach ME (ed.). Community Health Education and Promotion—A Guide to Program Design and Evaluation. Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland, 2002 (dostępna on-line w Google_books, np. <http://books.google.pl>)
7. Porteous NL, Sheldrick BJ, Stewart PJ. The logic model: a blueprint for describing programs. http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/pdf/toolkit/logic_model_e.pdf

Materiały dodatkowe dotyczące ewaluacji programów z zakresu zdrowia publicznego

1. Annotated inventory of evaluation Tools and Resources. Public Health Research, Education and Development (PHRED) Program, October 2009 (wykaz i omówienie narzędzi do ewaluacji programów zdrowotnych – kanadyjskich, amerykańskich i australijskich; wykorzystano opisy budowy programów zawarte w niektórych źródłach wymienionych w tabeli na str. 3) http://www.phred-redsp.on.ca/Docs/Annotated%20Inventory%20of%20Evaluation%20Tools%20and%20Resources_PHRED_Oct%202009.pdf