

Zasady projektowania programów z zakresu zdrowia publicznego



Anna Panasiuk

Gł. Specjalista w Dz. Metodologii, Inf. Naukowej i Szkoleń, BORK
Agencja Oceny Technologii Medycznych

Seminarium samorządowe pt.: „Projektowanie i ocena
samorządowych programów zdrowotnych”
Warszawa, 18.11.2011 r.

Plan prezentacji



- Zakres programów zdrowotnych
- Cechy właściwie zaprojektowanego programu zdrowotnego
 - ▶ elementy, które należy rozważyć
 - ▶ pytania, na które należy odpowiedzieć
- Schemat programu zdrowotnego proponowany przez AOTM

Zakres programów zdrowotnych



Promocja zdrowia - proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem, jego poprawę oraz umacnianie (Karta Ottawska, 1986)

Składniki promocji zdrowia



Zakres programów zdrowotnych

Zapobieganie chorobom



I. Profilaktyka pierwotna

zapobieganie powstawaniu chorób: zmiany środowiska, zmiany zachowań niszczących zdrowie

II. Profilaktyka wtórna

powstrzymanie rozwoju choroby: wczesne wykrywanie, diagnostyka, natychmiastowe i skuteczne leczenie

III. Profilaktyka trzeciego stopnia

zapobieganie nawrotom, powikłaniom, niepełnosprawności, rehabilitacja, podnoszenie jakości życia

Zakres programów zdrowotnych

Edukacja zdrowotna

- niezbywalny element promocji zdrowia
- dostarczanie **wiedzy** o celach działań na rzecz zdrowia
- dążenie do zapobiegania chorobom poprzez **wpływ** na zachowania osobnicze, postawy i wykazanie korzyści płynących z zachowania zdrowia

Podejście „tradycyjne”: wiedza + zmiana postaw + zmiana zachowań.

Podejście „nowe” również: współdziałanie i komunikacja wszystkich zainteresowanych stron (uczestnictwo i partnerstwo), znaczenie czynników społecznych, ekonomicznych, fizycznych i politycznych, wolny wybór.

Zakres programów zdrowotnych

Ocena ważności problemów zdrowotnych (wg WHO):

- **ostrość problemu** (wysoka śmiertelność, zachorowalność, wskaźnik niepełnosprawności, zmniejszenie zdolności do nauki i pracy, obniżenie zdolności wzrostu i rozwoju, narażenie życia płodu)
- **częstość występowania problemu** (sporadyczny czy bardzo częsty)
- **niepomyślne implikacje** (polityczne, społeczne, ekonomiczne, demograficzne)
- **dystrybucja problemu** (ogólnokrajowy, regionalny, lokalny)
- **nierówności w zasobach** (nierówna dystrybucja zasobów opieki zdrowotnej)

Ustanawianie celów zdrowotnych - w Polsce:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015
- Plany, programy, strategie regionalne (np. wojewódzkie)

Zakres programów zdrowotnych



Program - zbiór działań zaprojektowanych dla określonych celów.

Program zdrowotny w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej,

ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów,

polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców,

finansowany ze środków publicznych.

Cechy właściwie zaprojektowanego programu zdrowotnego



Właściwie zaprojektowany program zdrowotny (wg APHA):

- I. Odnosi się do jednego lub kilku ściśle określonych, mierzalnych i modyfikowalnych czynników ryzyka/problemów zdrowotnych, które są obecne w docelowej populacji oraz stanowią zagrożenie/pogarszają stan zdrowia i jakość życia tej populacji,
- II. Uwzględnia szczególną charakterystykę, potrzeby i preferencje docelowej populacji,
- III. Obejmuje działania o udokumentowanej skuteczności w zakresie ograniczania rozpowszechnienia danego czynnika ryzyka/problemu zdrowotnego, odpowiednie do warunków, w jakich ma być realizowany program,
- IV. Obejmuje działania, stanowiące optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów,
- V. Od początku jest organizowany, planowany i wdrażany w sposób umożliwiający ocenę jego działania i wyników.

(An Ad Hoc Work Group of the American Public Health Association, 1987)

I. Problem zdrowotny lub czynnik ryzyka (1/3)

Dokładnie określony

- Czy możliwe jest **zdefiniowanie** wybranego problemu zdrowotnego?
- Czy i w jakim stopniu dany problem **powiązany** jest z innymi?

Obecny w populacji docelowej

- Czy dany problem rzeczywiście **występuje** w populacji docelowej?
- Jak bardzo jest **rozpowszechniony** w populacji docelowej?
- Czy jego rozpowszechnienie **uzasadnia** podjęcie działań?

I. Problem zdrowotny lub czynnik ryzyka (2/3)

Ważny dla stanu zdrowia społeczności

- Czy ograniczenie wybranego problemu **poprawi** stan zdrowia lub jakość życia członków populacji docelowej?
- Czy cel programu **odzwierciedla** priorytety i preferencje grupy docelowej i całej społeczności?
- Czy wybrany problem jest **istotny** na tle innych problemów zdrowotnych danej społeczności?
(ze względu na rozpowszechnienie lub inne aspekty)

I. Problem zdrowotny lub czynnik ryzyka (3/3)

Możliwy do zmierzenia

- Czy istnieją **statystyki** opisujące wybrany problem w grupie docelowej?
- **Skąd** można zaczerpnąć właściwe dane?

Podlegający zmianom

- Czy **możliwe** jest ograniczenie albo wyeliminowanie danego problemu?
- Czy dany czynnik (zachowanie, element środowiska) jest **modyfikowalny**?

II. Specyfika populacji docelowej (1/3)

Charakterystyka populacji docelowej

- **Do kogo**, do jakich osób kierowany jest program?
(wiek, płeć, wykształcenie, status materialny i społeczny, styl życia, itp.)
- Czy planowane działania będą **dostępne** dla członków populacji docelowej?
(miejsce, czas, koszty, język i formy przekazu)
- Czy zaplanowane działania mają szansę „**zadziałać**” w populacji docelowej?

II. Specyfika populacji docelowej (2/3)

Potrzeby

- **Jakie** są potrzeby grupy docelowej i całej społeczności?
- Czy planowane działania **odpowiadają** tym potrzebom?
- Czy można wskazać **grupy** „wysokiego ryzyka”?
- Jeżeli zapotrzebowanie jest duże, czy można wskazać grupy, do których **w pierwszym rzędzie** powinny być skierowane planowane działania?
- W jakich grupach potrzeby są **największe**?

II. Specyfika populacji docelowej (3/3)

Preferencje

- Czy proponowany problem, działanie mogą stać **w sprzeczności** z preferencjami, ze światopoglądem danej grupy?
- Jakie **zagrożenia** dla realizacji programu mogą z tego wynikać?
- Czy zaplanowane działania zostaną **zaakceptowane** przez grupę docelową?
- Jakie działania będą właściwe, aby wzbudzić i podtrzymać **zainteresowanie** udziałem w programie członków wybranej grupy?

III. Proponowane działania (1/2)

O udowodnionej skuteczności

- Jakie są najbardziej **skuteczne** działania w zakresie wybranego problemu zdrowotnego? Jakie działania są **zalecane**?
- Jakie są **dowody** skuteczności wybranych działań?
Na ile są one przekonujące?
- Czy istniejące dowody dotyczą **problemu zdrowotnego**, na który ukierunkowany jest program?
- Czy proponowane działania były skuteczne w podobnej **populacji**?
- Czy proponowane działania były skuteczne w **warunkach** zbliżonych do tych, jakie proponuje program?
- Jakich **wyników** można oczekiwać? Czy prognozowany efekt jest warty wysiłku?

III. Proponowane działania (2/2)

Możliwe do przeprowadzenia

- Na czym dokładnie **polegają** proponowane działania?
- Jakie są **zależności** pomiędzy zaplanowanymi działaniami (etapy, sekwencja)?
- W jakich **warunkach** działania muszą zostać przeprowadzone, aby były skuteczne (i bezpieczne)?
- Czy możliwe jest **zapewnienie** właściwych warunków? (aparatura, kwalifikacje, koszty, terminy, kontynuacja itp.)
- Jakie **trudności** mogą się pojawić w związku z wdrażaniem wybranej interwencji?

IV. Optymalne wykorzystanie zasobów (1/2)

Określenie możliwości, zasobów, środków

- Jakie zasoby/struktury **organizacyjne** są konieczne do zrealizowania programu?
- Jakie środki **finansowe** są konieczne do zrealizowania programu? (**budżet!**)
- Czy dostępne zasoby są **wystarczające** do realizacji zaplanowanych działań w danej populacji?
- Czy cel i zakres planowanych działań jest **adekwatny** do posiadanych środków?
- Jak uzyskać **najlepszy** wynik tym samym kosztem (w ramach dostępnego budżetu)?

IV. Optymalne wykorzystanie zasobów (2/2)

Maksymalne wykorzystanie dostępnych możliwości

- Jakie zasoby (w tym niematerialne) są już **dostępne**?
- Jak można je **wykorzystać** do osiągnięcia przyjętego celu?
- Czy program **nie powiela** istniejących świadczeń?
- Czy działania programu są **komplementarne** do istniejących świadczeń?

V: Ocena przebiegu i wyników programu (1/2)

Możliwość odniesienia

- Czy możliwe jest oszacowanie **liczebności** grupy docelowej? (aby ocenić frekwencję, objęcie programem)
- Czy możliwe jest oszacowanie **wyjściowego nasilenia** wybranego problemu?
(rozpowszechnienie, zapadalność, umieralność)
- Czy można wskazać odpowiednią **grupę odniesienia** („kontrolna”)?

Mierzalne wyniki

- Czy istnieją **wskaźniki** odpowiadające celom programu?
- Jak te wskaźniki?

V: Ocena przebiegu i wyników programu (2/2)

Wykonalna ocena

- W jaki sposób będzie prowadzona **rejestracja** uczestników, umożliwiająca ocenę frekwencji?
- W jaki sposób będą prowadzone **pomiary** umożliwiające ocenę prawidłowości przebiegu (monitoring) i ocenę wyników programu?
- W jaki sposób będą wykorzystywane dane z monitorowania przebiegu programu? (możliwość wdrożenia **korekt** w trakcie trwania programu)?

Informacje i narzędzia udostępniane przez AOTM



- ✓ Najczęściej zadawane pytania (interpretacje prawne DP Min. Zdrowia)
- ✓ Zalecenia dotyczące pożądanых cech programu zdrowotnego
- ✓ Opinie wydane przez Prezesa AOTM
- ✓ Schemat Programu Zdrowotnego (zalecany)

Schemat programu zdrowotnego (AOTM)

www.aotm.gov.pl

SZUKAJ

- Strona główna
- O nas
- Struktura
- Aktualności
- Rada Konsultacyjna
- Rekomendacje i Stanowiska
- Wytyczne HTA
- Wnioski - Formularze
- Publikacje - Prezentacje
- EUnetHTA
- Samorządowe programy zdrowotne**
- Instytucje współpracujące
- Prasa
- Praca
- Zamówienia publiczne
- Staż w AOTM
- Seminarium w AOTM

[Strona główna](#) \ [Samorządowe programy zdrowotne](#)

Samorządowe programy zdrowotne

Nowelizacja ustawy z 27 sierpnia 2004 r. (dalej: ustawa) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (**Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.; tekst jednolity**) nałożyła na jednostki samorządu terytorialnego realizujące i finansujące programy zdrowotne obowiązek przekazania projektu programu do Agencji Oceny Technologii Medycznych (dalej: Agencja) w celu ich zaopiniowania, przy czym Agencja jest zobowiązana sporządzić swoją opinię w ciągu 3 miesięcy (art. 48 ust. 2a i 2b ustawy). W tym miejscu znajdują Państwo podstawowe informacje związane z oceną programów zdrowotnych jst, co ułatwi współpracę pomiędzy Agencją i jednostkami samorządowymi.

W związku z dużą ilością korespondencji spływającej do Agencji z pytaniami dotyczącymi opiniowania programów zdrowotnych jst, w zakładce **Najczęstsze pytania** będziemy sukcesywnie umieszczać wyjaśnienia dotyczące najczęściej nurtujących Państwa problemów.

W zakładce **Zalecenia** znajdują Państwo wskazówki dotyczące tworzenia poprawnie zaprojektowanych i efektywnych programów zdrowotnych.

W zakładce **Opinie** zamieszczamy wydane przez Agencję opinie w sprawie nadesłanych samorządowych programów zdrowotnych. Celem publikowania opinii jest przekazanie Państwu dalszych wskazówek, jak poprawnie konstruować programy zdrowotne oraz co mówią dowody naukowe w zakresie ocenianych problemów zdrowotnych (czyli zagadnień, których programy dotyczą). Publikowanie opinii **nie jest** wskazaniem błędów popełnionych przez konkretne samorzady, dlatego w opinii ukrywamy dane wskazujące na autorów programu.

Przedstawiamy Państwu propozycję **Schematu Programu Zdrowotnego** przygotowywanego przez jednostkę samorządu terytorialnego. W schemacie wyszczególniono dane niezbędne do właściwego zaprojektowania efektywnego programu zdrowotnego. Agencja zaleca jego stosowanie. Równocześnie, w celu zapewnienia jak najlepszej jakości i praktycznej przydatności dokumentu, przedkładamy go do konsultacji zewnętrznych. Wszelkie uwagi prosimy składać pod adresem samorzady@aotm.gov.pl Podsumowanie uwag i ew. aktualizacja Schematu planowane są na październik 2010 r.

Dziękując za odwiedzenie naszej strony, wyrażamy nadzieję, że nasze wspólne wysiłki przysłużą się efektywnemu wydawaniu środków publicznych przeznaczanych na cele zdrowotne.

Najczęstsze pytania

[Zalecenia](#)

[Opinie](#)

[Schemat Programu Zdrowotnego](#)

Schemat programu zdrowotnego (AOTM)

www.aotm.gov.pl

SZUKAJ

[Strona główna](#) \ [Samorządowe programy zdrowotne](#) \ Schemat Programu Zdrowotnego

Schemat Programu Zdrowotnego

Chcąc ułatwić samorządom przygotowanie projektów efektywnych programów zdrowotnych i usprawnić współpracę między jednostkami samorządów terytorialnych a Agencją Oceny Technologii Medycznych, jak również prace nad opiniowaniem programów w AOTM, przedstawiamy Państwu **Schemat Programu Zdrowotnego**. Sposób korzystania ze schematu i wypełniania go odpowiednimi danymi opisano we **Wskazówkach dla użytkowników**.

Proponowany 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 rozbiu na punkty główne 1-7 jest obligatoryjne. Zaproponowane podpunkty wskazują, jaka treść powinna być zawarta w każdym z punktów głównych. Zalecane jest rozwinięcie punktów głównych w podpunkty wg proponowanego 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.

Zapraszamy do zapoznania się z przedstawionymi dokumentami i stosowania ich w praktyce. Ewentualne sugestie lub uwagi ich dotyczące prosimy nadsyłać pod adresem samorzady@aotm.gov.pl. Podsumowanie Państwa opinii i ew. aktualizacja Schematu planowane są na październik 2010 r.

Uprzejmie informujemy, że będziemy brali pod uwagę wyłącznie opinie autoryzowane imieniem i nazwiskiem wraz z podaniem reprezentowanej instytucji i pełnionej funkcji/stanowiska. Pozyskane od Państwa dane osobowe będą chronione zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych, służąc tylko realizacji procesu opiniowania przedłożonych dokumentów, nie będą przetwarzane ani udostępniane podmiotom zewnętrznym, ani wykorzystywane w żadnym innym celu.

Elementy proponowanego schematu programu zdrowotnego



1. Opis problemu zdrowotnego
2. Cele programu
3. Adresaci programu
4. Organizacja programu
5. Koszty programu
6. Monitorowanie i ewaluacja
7. Okres realizacji programu

**Elementy
zasadnicze –
powinny się
znaleźć
w **każdym**
projekcie**

Elementy proponowanego schematu programu zdrowotnego



Opis problemu zdrowotnego

- Problem zdrowotny (definicja) – krótko, ale precyzyjnie
- Epidemiologia, np. zapadalność, chorobowość, śmiertelność, umieralność (wskaźniki właściwe dla danego problemu)
- Następstwa choroby lub stanu zdrowia; wpływ na stan zdrowia obywateli; priorytet zdrowotny?
- Liczebność populacji jst i populacji docelowej programu, zgodnie z kryteriami kwalifikacji
- Dostępne świadczenia gwarantowane w danym zakresie
- **Uzasadnienie wdrożenia programu** – odpowiedź na pytanie, **dlaczego** działania zaplanowane w programie miałyby wpłynąć na poprawę sytuacji, dlaczego powinny być finansowane

Elementy proponowanego schematu programu zdrowotnego



Cele programu

- Cel główny
- Cele szczegółowe
- Oczekiwane efekty
- Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Adresaci programu (populacja programu)

- Liczebność grupy, która będzie mogła wziąć udział w programie (odpowiednia do posiadanych środków)
- Tryb zapraszania do programu (gwarantujący dotarcie do zaplanowanej populacji; ograniczający nadużywanie świadczeń)

Elementy proponowanego schematu programu zdrowotnego



Organizacja programu

- Komponenty programu, etapy programu, działania organizacyjne
- Planowane interwencje (edukacyjne, profilaktyczne, lecznicze)
- Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/poszczególnych jego etapów
- Zasady realizacji świadczeń w ramach programu
- Zależność programu od innych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych
- Kwestie bezpieczeństwa związane z programem
- Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu
- Wskazanie dowodów skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6)
 - Wytyczne towarzystw/institucji naukowych,
 - Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) i efektywności kosztów wybranych interwencji (opcjonalnie)
 - Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w innych jednostkach samorządu terytorialnego (opcjonalnie)
 - Opinie ekspertów klinicznych (np. Konsultant Wojewódzki w danej dziedzinie)

Elementy proponowanego schematu programu zdrowotnego

Koszty

- Koszty jednostkowe (na 1 uczestnika; również koszty edukacji, materiałów informacyjnych)
- Szacowane koszty całkowite, również z perspektywy systemu ochrony zdrowia
- Źródła finansowania, partnerstwo
- Wykazanie, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Monitorowanie i ewaluacja

- Ocena zgłaszalności do programu
- Ocena jakości świadczeń w programie
- Ocena efektywności programu (co najmniej efekty krótkoterminowe)

Okres realizacji programu

Podsumowanie

- ▶ **Rozważenie zakresu programu**, z uwzględnieniem wagi niemedycznych uwarunkowań zdrowia i wielkości posiadanych środków
- ▶ **Dbłość o komplementarność**: jak uzupełnić istniejące świadczenia, jak współdziałać i uzupełniać świadczenia gwarantowane; jak wykorzystać istniejące możliwości – współpraca z towarzystwami naukowymi, lokalnymi środowiskami, instytucjami
- ▶ **Właściwie zaprojektowany program zdrowotny** jest ukierunkowany na dokładnie określony problem zdrowotny, uwzględnia potrzeby populacji docelowej, podejmuje działania o udokumentowanej skuteczności, stanowi optymalne wykorzystanie zasobów, obejmuje monitorowanie i ocenę wyników
- ▶ **Spójność logiczna projektu**: od rozpoznania potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, poprzez wyznaczenie celów do wyboru metod i wskaźników efektywności
- ▶ **Wskazanie źródeł** podawanych informacji
- ▶ **Wykorzystanie schematu** dostępnego na stronie internetowej AOTM



Dziękuję za uwagę

Piśmiennictwo:

An Ad Hoc Work Group of the American Public Health Association. Criteria for the Development of Health Promotion and Education Programs. Am J Public Health. 1987 Jan;77(1):89-92

Karski JB.: Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane Zagadnienia. Wydanie I, CeDeWu, Warszawa 2003

Wojtczak A: Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wa-wa, 2009

Wurzbach ME (ed.). Community Health Education and Promotion—A Guide to Program Design and Evaluation. Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland, 2002

Wykorzystano również fragmenty prezentacji dr R. Rdzanego "Samorządowy program zdrowotny - zasady przygotowania i proces oceny w AOTM", przedstawionej na Konferencji UM Woj. Śląskiego, Katowice 15.06.2011