

# Planowanie samorządowych programów zdrowotnych.

## Część I. Problem zdrowotny, adresaci

### Planning of community health programs. Part I. Health problem, target population

KATARZYNA DUDZIK<sup>1/</sup>, DOROTA CIANCIARA<sup>1/</sup>, ELŻBIETA ZALEWSKA<sup>1/</sup>, ANNA LEWCZUK-WESOŁOWSKA<sup>1/</sup>, SYLWIA PIĘTKA<sup>1/</sup>, JUSTYNA GRUDZIAŻ-SĘKOWSKA<sup>1/</sup>, RAFAŁ RDZANY<sup>2/</sup>, ANNA BRZEZIŃSKA<sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

<sup>2/</sup> Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie

**Wprowadzenie.** Programy polityki zdrowotnej (uprzednio programy zdrowe, PZ) realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) mogą mieć istotny wpływ na poprawę sytuacji zdrowotnej ludności. Projekty programów powinny być opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (uprzednio AOTM). Do planowania programów Agencja zaleca stosowanie odpowiedniego schematu. Praca jest próbą scharakteryzowania samorządowych PZ realizowanych w Polsce poprzez analizę ich projektów nadesłanych w 2012 r. do AOTM w celu zaopiniowania.

**Cel badań.** Ilościowe zanalizowanie projektowanych PZ pod kątem zmiennych: 1. problem zdrowotny będący podłożem programu, 2. adresaci programu, 3. tryb zapraszania do programu. Ponadto podjęto próbę analizy jakościowej projektów PZ.

**Materiał i metody.** Materiał stanowiło 331 udostępnionych przez AOTM projektów PZ spośród 370 nadesłanych do Agencji w 2012 r. W badaniu ilościowym określono: tematykę programu (problem zdrowotny) w 295 losowo wybranych projektach programów (89%), adresatów w 286 (86%), a tryb zapraszania w 100 (30%). Analizę jakościową prowadzono poprzez analizę treści PZ i określenie przyjętych strategii, błędów strategicznych, a następnie porównanie zidentyfikowanych błędów z opinią wystawioną przez AOTM.

**Wyniki.** Najwięcej PZ (34% ogółu) dotyczyło chorób zakaźnych, z tego niemal połowa zakażeń wywołanych przez HPV, a jedna piąta przez *Streptococcus pneumoniae*. Większość była adresowana do obu płci (81%), a także osób po 65 rż (50%). Niemal połowa PZ nie zawierała informacji o trybie zaproszenia do programu. Najczęściej stosowanym sposobem zaproszenia było wykorzystanie lokalnych środków masowego przekazu (23% ogółu). W analizie jakościowej ustalono, że w projektach PZ posługiwano się zróżnicowaną terminologią, nierzadko błędną. Wyróżniono 6 rodzajów błędów strategicznych, dotyczących natury programu i kierunków działania.

**Wnioski.** PZ planowane do realizacji przez JST były często niekompletne, niezgodne z oczekiwaniami Agencji i niepoprawne. Sytuacja ta pilnie wymaga stworzenia mechanizmów wsparcia dla JST.

**Słowa kluczowe:** samorząd terytorialny, program zdrowotny, ocena technologii medycznych, Polska

**Introduction.** Health policy programs (formerly health programs, HPs) implemented by local government units (LGUs) can have a significant impact on improving the health of the population. Draft programs should be reviewed by the Agency for Health Technology Assessment and Tariff Systems (formerly Agency for Health Technology Assessment, AOTM). The AOTM recommends the use of a template it provides for the HPs planning. This paper attempts to characterize the local HPs implemented in Poland by analyzing the projects submitted to the AOTM for review in 2012.

**Aim.** To carry out a quantitative analysis of HPs using the following criteria: 1. health problem addressed in the HP, 2. the target groups of the HP, 3. the involvement (invitation) procedure to participate in the HP. In addition, an attempt to analyze the HP quality was made.

**Materials & Methods.** The material consisted of 331 draft HPs obtained from the AOTM out of the 370 draft HPs submitted to the Agency in 2012. The quantitative study identified: the program topic (health problem) of 295 (89%) randomly selected draft HPs; the target group of the HP in 286 (86%) cases; the invitation procedure in 100 (30%) cases. The qualitative analysis was performed by an analysis of the content of HPs and identification of strategies and strategic errors, and then a comparison of identified errors with the opinion issued by the AOTM.

**Results.** Most of the HPs (34%) were related to infectious diseases, of which almost a half to infections caused by HPV, and a fifth by *Streptococcus pneumoniae*. The majority was addressed to both genders (81%), as well as to people over 65 years of age (50%). Almost one half of the HPs did not contain information about the invitation procedure. The most common way of invitation was the use of local media (23%). The qualitative analysis revealed that the draft HPs used a diverse terminology, often incorrect. The analysis identified 6 types of strategic mistakes relating to the program nature and coherent actions.

**Conclusions.** The draft HPs were often incomplete, incorrect and inconsistent with the AOTM expectations. This situation urgently requires the creation of support mechanisms for the LGUs.

**Key words:** local government, health program, health technology assessment, Poland

## Wprowadzenie

Z dniem 1 stycznia 2015 r. weszła w życie kolejna nowelizacja ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej zwana ustawą) [1]. Najważniejsze zmiany w obrębie omawianej problematyki dotyczą przede wszystkim nazewnictwa. Ustawa definiuje obecnie pojęcia: „program polityki zdrowotnej” oraz „program zdrowotny”. Oba programy stanowią zespoły zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej. Program polityki zdrowotnej jest opracowywany, wdrażany, realizowany oraz finansowany przez ministrów albo jednostki samorządu terytorialnego (JST), natomiast program zdrowotny przez NFZ. Do stycznia 2015 r. nie istniało rozróżnienie między programami polityki zdrowotnej i programami zdrowotnymi. Ponadto Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nosiła nazwę Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM). W opracowaniu używano nazewnictwa, które obowiązywało w analizowanym okresie, czyli program zdrowotny (PZ) oraz AOTM.

Zgodnie z ustawami o samorządzie terytorialnym danego szczebla [2-4] do zadań własnych gminy należy m.in. ochrona zdrowia, a powiatu i województwa m.in. promocja i ochrona zdrowia. Zasady realizacji PZ przez JST wynikają z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej zwanej ustawą) [5]. Historycznie, w wyniku kolejnych zmian w ustawie, opiniowanie przez AOTM samorządowych PZ dotyczyło programów, których realizacja miała rozpocząć się po 12.08.2009 r., a były jeszcze w fazie projektowania. Ponieważ obowiązek ten powstał w trakcie roku budżetowego, pierwsze opinie Agencji dotyczyły zgłoszeń programów planowanych do realizacji od 2010 roku. W latach 2010-2013 AOTM oceniła 820 projektów samorządowych PZ. Początkowo z roku na rok wzrastał odsetek projektów zaopiniowanych negatywnie. W 2010 r. zaopiniowano negatywnie 29,9% projektów PZ, w 2011 r. – 37,4%, natomiast w 2012 r. aż 41,5%. W 2013 r. po raz pierwszy zaobserwowano zahamowanie tej tendencji i odsetek projektów zaopiniowanych negatywnie wyniósł 34,4%. Na sytuację tę mogła mieć wpływ m.in. opinia prawna Ministerstwa Zdrowia z marca 2013 r. zwalniająca *de facto* Agencję z obowiązku opiniowania określonych typów projektów PZ, w tym z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii, nikotynizmowi, ochrony zdrowia psychicznego. Opinia ta wynikała z istnienia aktów prawnych, które regulowały zasady wdrażania PZ o takiej tematyce oraz wskazywały instytucje powołane do koordynacji stosownych programów. Do czasu wydania opinii projekty z zakresu ochrony zdrowia psychicznego stanowiły znaczny odsetek programów, które AOTM opiniowała negatywnie z powodu niespełniania ustawowej definicji PZ.

Agencja zaleca, aby do konstruowania i formułowania programu posługiwać się zaproponowanym przez nią schematem. Jest on między innymi pochodną wytycznych zawartych w Zarządzeniu Ministra Zdrowia z 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych [6]. W załączniku 1 do tego zarządzenia podano schemat dokumentu PZ, który służy do użytku wewnętrznego Ministerstwa Zdrowia. Powyższe zarządzenie wraz z ustawą oraz innymi regulacjami [7-9] stało się kanwą, na której AOTM opracowała zalecany schemat PZ. Tworząc go Agencja skorzystała również z doświadczeń zagranicznych [10-12]. Schemat przedstawiono w tabeli I. Uzupełnieniem schematu są wskazówki dla użytkownika oraz zalecenia umieszczone na stronie AOTM.

Ponadto, JST w trakcie tworzenia programów mogą posługiwać się informacjami Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych ([www.ptpz.pl](http://www.ptpz.pl)) czy kreatorem samorządowych programów zdrowotnych ([www.kspz.pl](http://www.kspz.pl)). Ważne wskazówki zawiera poradnik tworzenia i wdrażania samorządowych PZ [13].

## Cel badania

Celem badania była próba scharakteryzowania PZ realizowanych przez JST poprzez analizę projektów programów nadesłanych do AOTM w celu ich zaopiniowania w 2012 r. Pomimo, że nie wiadomo ile spośród tych PZ zostało rzeczywiście wdrożonych, wydaje się, że analiza taka może być podstawą do oceny cech samorządowych PZ w Polsce.

Cele szczegółowe pracy polegały na określeniu w badaniu ilościowym trzech aspektów strategicznych, tj.: 1. problemów zdrowotnych, którym poświęcono projekty programów, 2. adresatów, do których skierowano programy, 3. trybu zapraszania do programów. Ponadto w badaniu jakościowym dokonano 4. analizy strategii przyjętych w projektach.

## Materiał i metody

Materiał stanowiło 331 udostępnionych przez AOTM projektów PZ spośród 370 nadesłanych do Agencji w 2012 r. w celu ich zaopiniowania. Agencja udostępniła SZP CMKP pełne wersje projektów. W badaniu ilościowym określono: 1. tematykę programu (problem zdrowotny) w 295 losowo wybranych projektach programów (89%), 2. adresatów w 286 (86%) oraz 3. tryb zapraszania w 100 (30%). Analizę jakościową dotyczącą strategii prowadzono poprzez analizę treści wszystkich 331 PZ. Dla potrzeb tego badania przyjęto, że strategia opisuje problem zdrowotny, a także adresatów programu oraz ich dostęp do świadczeń. Analizę tę prowadziły niezależnie od siebie dwie osoby w celu wyselekcjonowania programów niepoprawnych strategicznie i określenia rodzaju

Tabela I. Schemat programu zdrowotnego według AOTM  
Table I. AOTM health program scheme

Składowa /Component	Zawartość /Content
Strona tytułowa	Nazwa programu Okres realizacji programu Autorzy programu
Opis problemu zdrowotnego	Problem zdrowotny Epidemiologia Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu
Cele programu	Cel główny Cele szczegółowe Oczekiwane efekty Mierniki efektywności odpowiadające celom programu
Adresaci programu (populacja programu)	Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe Tryb zapraszania do programu
Organizacja programu	Części składowe, etapy i działania organizacyjne Planowane interwencje Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników Zasady udzielania świadczeń w ramach programu Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania Bezpieczeństwo planowanych interwencji Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu Dowody skuteczności planowanych działań <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opinie ekspertów klinicznych</li> <li>- Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek</li> <li>- Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej</li> <li>- Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne)</li> </ul>
Koszty	Koszty jednostkowe Planowane koszty całkowite Źródła finansowania, partnerstwo Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne
Monitorowanie i ewaluacja	Ocena zgłaszalności do programu Ocena jakości świadczeń w programie Ocena efektywności programu
Okres realizacji programu	Okres adekwatny do problemów zdrowotnych i celów programu

błędów. Następnie, po uzgodnieniu opinii tych osób, wspólne stanowisko porównywano z opinią AOTM o danych projektach PZ.

W dalszej części opracowania w odniesieniu do projektów PZ posługiwano się również terminem program lub PZ. W przykładach nie podawano nazwy JST, która zgłosiła projekt.

## Wyniki

### Wybrane problemy zdrowotne

Ustalono, że planowane PZ najczęściej dotyczyły chorób zakaźnych (34,2%), zdrowia psychicznego (15,7%), chorób nowotworowych i chorób układu mięśniowo-szkieletowego (po 11,7%), uzależnień (9,2%) oraz chorób cywilizacyjnych (8,6%). Dużo mniejszy odsetek stanowiły programy dotyczące próchnicy zębów, chorób dróg rodnych i położnictwa (tab. II, ryc. 1). W grupie chorób zakaźnych najczęściej programów dotyczyło zakażeń wywołanych wirusem brodawczaka ludzkiego (ok. 16%) oraz zakażeń wywołanych przez *Streptococcus pneumoniae* (ok. 7%).

### Adresaci programów

Stwierdzono, że najwięcej PZ było skierowanych zarówno do kobiet jak i mężczyzn (81%). Mniej adresowano wyłącznie do kobiet (18%). Zaledwie trzy programy skierowano wyłącznie do mężczyzn (np. „Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego z elementami profilaktyki uzależnień”).

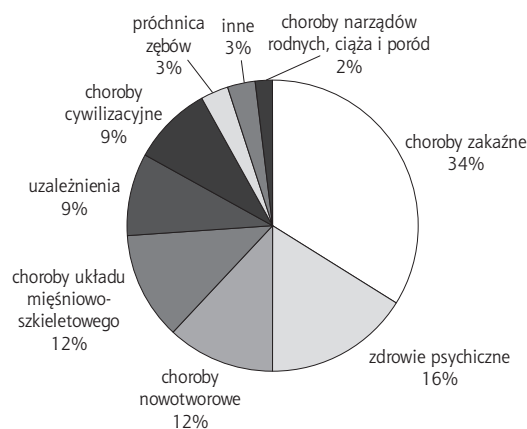
W analizie zastosowano skalę wieku podzieloną na 67 grup, z czego pierwsza obejmowała wiek poniżej jednego roku, a ostatnia powyżej 65 lat. Najwięcej programów adresowanych było do osób po 65 r. życia (50%), najmniej do dzieci w wieku do trzech lat (28%). Odnotowano tendencję do tworzenia programów dla populacji powyżej 45 r.ż. Programy szczepień przeciwko HPV adresowano do dziewcząt w wieku od 10 do 16 lat.

### Tryb zapraszania do programu

W analizie brano pod uwagę, czy dany program zawierał tryb zapraszania. Jeżeli tak, to jakich instrumentów użyto w celu dotarcia do adresata. Spośród 100 badanych programów niemal w połowie nie

Tabela II. Tematyka programów zdrowotnych  
Table II. Health program issues

Problem zdrowotny /Health issue	Liczba zgłoszonych projektów /Number of draft HPs submitted	Odsetek (%) /Percentage (%)
Choroby zakaźne	111	34,2
Zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego	51	15,7
Zakażenia <i>Streptococcus pneumoniae</i>	21	6,5
Grypa	20	6,2
Zakażenia <i>Neisseria meningitidis</i>	14	4,3
Zakażenia rotawirusowe	3	0,9
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1	0,3
Ospa wietrzna	1	0,3
Zdrowie psychiczne	51	15,7
Osoby dotknięte przemocą	1	0,3
Choroby nowotworowe	38	11,7
Rak piersi	11	3,4
Rak prostaty	5	1,5
Rak jajnika	3	0,9
Rak jelita grubego	3	0,9
Rak narządów rodnych	3	0,9
Rak płuc	3	0,9
Rak szyjki macicy	3	0,9
Nowotwory skóry	2	0,6
Rak tarczycy	2	0,6
Choroby onkologiczne ogólnie	1	0,3
Nowotwory górnych dróg oddechowych	1	0,3
Rak układu moczowego	1	0,3
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	38	11,7
Rehabilitacja niepełnosprawnych	17	5,2
Wady postawy	9	2,8
Rehabilitacja lecznicza	8	2,5
Osteoporoza	2	0,6
Dysfunkcja kręgosłupa	2	0,6
Uzależnienia	30	9,2
Leczenie uzależnienia od alkoholu	20	6,2
Terapie uzależnień	3	0,9
Profilaktyka uzależnień	2	0,6
Leczenie uzależnienia od tytoniu	2	0,6
Leczenie uzależnień od narkotyków	2	0,6
Toksykologia (toksykologiczny telefon alarmowy)	1	0,3
Choroby cywilizacyjne	28	8,6
Schorzenia układu krążenia	16	4,9
Nadwaga i otyłość	5	1,5
Cukrzyca typu 2	5	1,5
Wszystkie schorzenia związane z chorobami cywilizacyjnymi	2	0,6
Próchnica zębów	11	3,4
Działania profilaktyczne i terapeutyczne próchnicy zębów		
Choroby narządów rodnych, ciąża i poród	7	2,2
Przygotowanie do porodu i połogu	4	1,2
Badania kobiet w ciąży	1	0,3
Zapłodnienie <i>in vitro</i>	1	0,3
Opieka nad wcześniakami	1	0,3
Choroby układu oddechowego	3	0,9
Inne (rehabilitacja po mastektomii)	2	0,6
Choroby układu nerwowego	2	0,6
Wady narządu wzroku	1	0,3
Wady narządu słuchu	1	0,3
Choroby nerek	1	0,3
Choroby tarczycy	1	0,3



Ryc. 1. Odsetek programów zdrowotnych wg tematyki

Fig. 1. Percentage of health programs by issue

sformułowano trybu zaproszenia. W 30 planowano jednoczesne użycie kilku kanałów komunikacji. Najczęściej stosowanymi sposobami dotarcia do beneficjentów były metody uwzględniające wykorzystanie lokalnych środków masowego przekazu (23% ogółu badanych programów), Internetu (22%), plakatów (18%), akcji informacyjno-edukacyjnych w szkołach (15%), tablic ogłoszeń (13%) oraz pośrednictwo pracowników służby zdrowia (11%). W dużo mniejszym zakresie korzystano z broszur i ulotek (7%), z akcji promocyjno-informacyjnych organizowanych przez podmioty użyteczności publicznej (6%), z ogłoszeń parafialnych (4%) oraz z infolinii (1%).

### Błędy strategiczne

W analizie jakościowej brano pod uwagę przede wszystkim merytoryczną stronę projektów, ich zgodność z dowodami naukowymi z badań klinicznych i populacyjnych oraz ogólnymi zasadami tworzenia PZ. Opinie autorów były porównywane z sugestiami zawartymi w opiniach AOTM.

Przeprowadzenie tej analizy polegało na ocenie warstwy słownej PZ, ta zaś rodziła wiele wątpliwości. Na plan pierwszy wysuwała się tu kwestia różnorodnego słownictwa używanego przez JST do opisu takich samych problemów i działań. Ponadto nierzadko odnotowano błędne użycie fachowej terminologii, czego dobitnym przykładem może być tytuł programu: „Profilaktyka zdrowia sportowców amatorów do 21 roku życia”. Jeszcze inne wątpliwości dotyczyły zasadności używania wielu terminów, w tym terminu „badania przesiewowe” w stosunku do programów, które bardziej odpowiadają strategii badań diagnostycznych lub *case finding* (np. „Program badań przesiewowych w kierunku alergii dla dzieci w wieku szkolnym”, „Program profilaktyki nadwagi i otyłości. Badania przesiewowe w kierunku nadwagi i otyłości w populacji dzieci 6-18 lat oraz populacji osób dorosłych wraz z poradnictwem dietetycznym i interwencjami behawioralnymi”).

Liczne programy miały po kilka znaczących błędów. W wyniku uzgodnienia ocen zdefiniowano sześć rodzajów błędów, które zaprezentowano w tabeli III. Ponadto zidentyfikowano takie PZ, w których doszło do skumulowania wielu błędów strategicznych i innych formalnych, czego przykładem może być następująca opinia Agencji: „Projekt programu zdrowotnego nie jest zgodny z szablonem zalecanym przez AOTM, brakuje niezbędnych informacji dotyczących: budżetu programu, trybu zapraszania do programu, zasad udzielania świadczeń w ramach programu, kompetencji/warunków niezbędnych do realizacji programu, oczekiwanych efektów, mierników efektywności programu, sposobu monitorowania i ewaluacji programu oraz ilości miejsc w programie” (program pod nazwą „Tydzień dla serca”).

## Dyskusja

Większość PZ zgłoszonych do oceny w 2012 r. przez JST była związana z chorobami zakaźnymi. Programy te polegały na szczepieniach ochronnych przeciwko danej chorobie, nieobjętych tzw. kalendarzem szczepień. Pomimo, że konstrukcja takich programów jest w zasadzie dość prosta, to jednak nierzadko występowały tu błędy. Poza niewłaściwym tytułem (np. zapobieganie rakowi szyjki macicy w przypadku szczepień przeciwko HPV) można do nich zaliczyć brak jakichkolwiek elementów edukacyjnych w programie, a nawet brak lekarskiej kwalifikacji do szczepień. Zwraca też uwagę, że przedłożone do oceny AOTM programy szczepionkowe nierzadko miały identyczną konstrukcję oraz zawierały identyczne

sformułowania. Sugeruje to, że wnioskodawcy posługiwali się jakimś szablonem, być może stworzonym przez producenta lub dystrybutora szczepionki

Mniej więcej połowa PZ była adresowana do osób w wieku 65 i więcej lat. Programy te koncentrowały się na wykrywaniu poszczególnych chorób, ale nierzadko nie podano informacji o dalszym postępowaniu w przypadku wykrycia znamion choroby. Sugeruje to, że wykrywanie zmian i patologii jest celem samym w sobie. Programy szczepionkowe i diagnostyczne, które stanowiły absolutną większość w badanej puli, reprezentują biomedyczne i „twarde” podejście do ochrony zdrowia. W jakiejś mierze powielają nawet działania podstawowej opieki zdrowotnej.

W sposobach zapraszania do programów polegano głównie na formach komunikacji impersonalnej (bezosobowej), zazwyczaj dużo mniej skutecznych zarówno w przekonywaniu do poddania się badaniom diagnostycznym, jak też w bardziej wszechstronnej edukacji zdrowotnej. Programy, które w największym stopniu obejmowały różne formy edukacji zdrowotnej, promocję zdrowia, wsparcie społeczne i inne „miękkie” formy działania dotyczyły ochrony zdrowia psychicznego. Były to zazwyczaj programy najbardziej rozbudowane, wielocłonowe. Znaczna ich część była kopią Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [14]. Wiele z nich uzyskało negatywną opinię AOTM. Może to świadczyć o złożoności tej tematyki i trudnościach związanych z opracowaniem dobrego PZ w tym obszarze. Innym wyjaśnieniem jest nieprzystawalność zapisów

Tabela III. Rodzaje błędów strategicznych w projektach programów zdrowotnych. W 3. kolumnie zacytowano fragment opinii AOTM  
Table III. Types of strategic errors in draft health programs. AOTM's opinion quoted in 3<sup>rd</sup> column

Rodzaj błędu /Type of error	Przykład programu (tytuł) /Example of HP (title)	Opinia AOTM /AHTA opinion
Niezrozumienie istoty interwencji	Program przeciwdziałania rakowi szyjki macicy	Konieczna jest zmiana nazwy programu na: „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV”
Brak zdefiniowanego problemu zdrowotnego	Medycyna szkolna	Program nie odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego. W jego opisie nie wskazano konkretnych interwencji. Zakres tematyczny pogadank jest bardzo szeroki, ponadto prowadzenie części tematów powinno się powierzyć specjalistom
Niewłaściwy wybór adresata	Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie chorób dróg oddechowych	Nie zostały uwzględnione wszystkie osoby z grupy ryzyka gruźlicy, pominięto mieszkańców schronisk dla bezdomnych, osoby uzależnione od alkoholu z grup społecznie marginalizowanych, samotnie mieszkające osoby w podeszłym wieku. Ponadto nie wszystkie osoby w wieku powyżej 40 lat zagrożone są chorobą nowotworową płuc lub POChP; należy uwzględnić również inne czynniki ryzyka, takie jak palenie tytoniu lub narażenie zawodowe na substancje pyliste. Adresatami części edukacyjnej programów profilaktyki raka płuc powinna być młodzież od ok. 12 r. życia
Brak precyzyjnie zdefiniowanych beneficjentów	Powiatowy program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka prostaty na lata 2012-2013	Zaplanowano uczestniczenie w programie jedynie 3,12% mężczyzn z populacji docelowej, nie precyzując kryteriów kwalifikacji do udziału w programie
Brak równego dostępu do świadczeń zdrowotnych	Profilaktyka oraz wczesne wykrywanie chorób dróg oddechowych wśród mieszkańców miasta	Program odnosi się do trzech dobrze zdefiniowanych problemów zdrowotnych, jakimi są: nowotwór płuc, POChP oraz gruźlica. Program zdrowotny nie uwzględnia poprawnie charakterystyki i potrzeb grupy docelowej. Populację docelową stanowią 43 353 osoby. Autorzy projektu zakładają, że w ramach programu zostanie zrealizowanych 310 badań co oznacza, że jedynie 0,7% populacji docelowej zostanie objętych programem
Brak informacji o czasie realizacji	Gminny program profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia HPV w 2012 roku	Czasokres realizacji programu budzi wątpliwości bez zapewnienia, że program będzie kontynuowany w kolejnych latach. Brak opisu dostępnych szczepionek i kryteriów ich wyboru. Brak harmonogramu szczepień – opis bardzo nieprecyzyjny. Nie uwzględniono konsultacji lekarskiej i ewentualnie badania przedmiotowego mającego na celu zdiagnozowanie ewentualnych przeciwwskazań do szczepienia.(...) Nie uwzględniono akcji edukacyjnej dla chłopców (i ewentualnie ich rodziców)

ustawy i schematu AOTM do konstrukcji programów, których celem jest interwencja społeczna, ukierunkowana na behawioralne i społeczne determinanty zdrowia.

Przychodzi na myśl uogólnienie, iż JST nie posiadają odpowiedniej wiedzy i umiejętności związanych z opracowywaniem PZ, a zapewne także z ich realizacją. Spostrzeżenie to nie jest jednak nowe [15-18]. Pomimo, że jakość programów lokalnych, w tym samorządowych, jest niezadawalająca, to nadal nie ma rozwiązań, które wspierałyby tworzenie dobrych, skutecznych i efektywnych programów. Bardzo ubogie jest krajowe piśmiennictwo metodyczne na ten temat. Nieomal nie ma krajowych badań, w których oceniano by efekty programów. Nie ma też bazy dobrych praktyk i błędne koło się zamyka. Dobry, umiejętnie zaplanowany program umożliwia przeprowadzenie ewaluacji, ta przynosi wyniki, dzięki którym mamy wiedzę, w jaki sposób realizować programy. Brak takiej wiedzy zgromadzonej w kontekście krajowym i lokalnym skłania do kierowania się wynikami badań skuteczności i efektywności prowadzonych za granicą.

Tymczasem wiadomo, że w populacjach krajów mniej rozwiniętych, biedniejszych, wykorzystanie najbardziej skutecznych i efektywnych interwencji zdrowotnych jest o połowę mniejsze niż w krajach bogatszych, a efekty tych wdrożonych są niewielkie, głównie z powodu mniejszej precyzji diagnostycznej, mniejszego reżimu wśród świadczeniodawców, mniejszej świadomości pacjentów i gorszej współpracy [19, 20].

Warto podkreślić, że obecna sytuacja prawna nakłada na samorządy obowiązek przekazywania do Agencji projektów programów w celu ich zaopiniowania, niemniej decyzja o realizacji zależy od JST i nie ma konieczności uzyskania opinii pozytywnej.

## Podsumowanie

Wyniki badania projektów PZ zgłoszonych przez JST do AOTM w 2012 r. wykazują liczne niedociągnięcia w planowaniu PZ. Wskazuje to, że istnieje pilna potrzeba stworzenia strategii i metod wsparcia JST w odniesieniu do planowania, wdrożenia oraz monitorowania i ewaluacji programów.

## Piśmiennictwo / References

1. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2014, poz. 1138.
2. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95 z późn. zm.
3. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym. Dz.U. 1998 nr 91 poz. 578 z późn. zm.
4. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa. Dz.U. 1998 nr 91 poz. 576 z późn. zm.
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2008 nr 164, poz. 1027 z późn. zm.
6. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych. Dz.Urz.MZ.10.4.32 z dnia 12 marca 2010 r. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=904&ml=pl&mi=904&mx=0&mt&my=9&ma=014926>
7. 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/new/?katnr=3&dzialnr=12&artnr=3071>
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dz.U. 2009 nr 37, poz. 1126.
9. Uchwała Nr. 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr&ms&ml=pl&mi=437&mx=0&ma=243>
10. Wurzbach ME (ed). Community Health Education and Promotion – A Guide to Program Design and Evaluation. Aspen Publishers, Gaithersburg, Md 2002.
11. Porteous NL, Sheldrick BJ, Stewart PJ. The logic model: a blueprint for describing programs. [http://www.phac-aspc.ca/php-psp/pdf/toolkit/logic\\_model\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.ca/php-psp/pdf/toolkit/logic_model_e.pdf)
12. Sudbury & District Health Unit, Public Health Research, Education and Development (PHRED) Program (2009). Annotated inventory of evaluation tools and resources. Sudbury. October 2009 (wykaz i omówienie narzędzi do ewaluacji programów zdrowotnych – kanadyjskich, amerykańskich i australijskich). [http://www.phredredsp.on.ca/Docs/Annotated%20Inventory%20of%20Evaluation%20Tools%20and%20Resources\\_PHRED\\_Oct%202009.pdf](http://www.phredredsp.on.ca/Docs/Annotated%20Inventory%20of%20Evaluation%20Tools%20and%20Resources_PHRED_Oct%202009.pdf)
13. Kłosowska B, Rudka R, Skóbel B, Wójcik M. Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować. Poradnik dla pracowników jednostek samorządu terytorialnego. Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osieńskiej, Warszawa 2013.
14. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011.
15. Kulmatycki L. Szacowanie wartości programów zdrowotnych zgłoszonych do realizacji – na podstawie doświadczeń dolnośląskich. Probl Hig Epidemiol 2005, 86(2): 123-126.
16. Demidowicz J, Kowalska J, Tyszko P. Lokalne programy profilaktyki nowotworów w realizacji Narodowego Programu Zdrowia na przykładzie wybranych województw. Probl Hig Epidemiol 2010, 91(3): 463-467.
17. Kowalska J, Demidowicz J, Tyszko P. Analiza lokalnych programów zdrowotnych w zakresie profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia w wybranych województwach. Probl Hig Epidemiol 2010, 91(4): 694-698.
18. Leśniewska A, Posobkiewicz M, Kanecki K i wsp. Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce – w świetle badań ankietowych. Probl Hig Epidemiol 2014, 49(3): 472-477.
19. Tugwell P, de Savingy D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. BMJ 2006, 332(7537): 358-361.
20. Tugwell P, Robinson V, Grimshaw J, Santesso N. Systematic review and knowledge translation. Bull WHO 2006, 84(8): 643-651.