

Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja

Planning of community health programs. Part III. Monitoring and evaluation

DOROTA CIANCIARA^{1/}, RAFAŁ RDZANY^{2/}

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

^{2/} Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie

Wprowadzenie. Realizacja programów zdrowotnych (PZ) przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) powinna być poprzedzona właściwym zaplanowaniem programu, w tym jego monitorowania i ewaluacji (MiE). Projekty PZ powinny być opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (uprzednio AOTM).

Cel badania. Ilościowa i jakościowa ocena projektów PZ przygotowanych przez JST po kątem zaplanowanych sposobów prowadzenia MiE, w tym: 1. ocena liczby programów zawierających informacje dotyczące prowadzenia MiE, 2. ocena jakości i spójności informacji związanych z MiE, oraz 3. sformułowanie podstawowych zasad planowania PZ, w tym MiE, do wykorzystania przez JST.

Materiał i metody. Materiał stanowiło 331 udostępnionych przez AOTM projektów PZ spośród 370 nadesłanych do Agencji w 2012 r. Do badania wybrano losowo 209 projektów PZ (63%). W analizie ilościowej sprawdzano, czy projekt programu zawiera cele, opis efektów, informacje dotyczące MiE. W analizie jakościowej sprawdzano, czy informacje te są spójne, tj. powiązane ze sobą i uzasadnione. Spośród projektów PZ, które charakteryzowały się brakiem spójności wylosowano cztery, które opisano.

Wyniki. W projektach PZ najczęściej podawano cele (98%), rzadziej opis efektów (63%), informacje o monitorowaniu (62%), a najrzadziej informacje o ewaluacji (48%). Spójne (prawidłowe) opisy najczęściej dotyczyły celów (68%), rzadziej efektów i monitorowania (odpowiednio: 17%, i 14%), a najrzadziej ewaluacji (4%). Opisy niespójne (nieprawidłowe) dotyczyły z podobną częstością monitorowania, efektów i ewaluacji (odpowiednio: 48%; 46%; 44%), a najrzadziej celów (30%). Wykazano liczne nieprawidłowości, a zwłaszcza formułowanie celów w kategoriach długoterminowych dla programów krótkoterminowych oraz postępowanie się wskaźnikami produktu, a nie rezultatu.

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

Słowa kluczowe: samorząd terytorialny, program zdrowotny, monitorowanie, ewaluacja, Polska

Introduction. The implementation of health programs (HPs) by local government units (LGUs) should be preceded by proper program planning, including monitoring and evaluation (M&E). Draft programs should be reviewed by the Agency of Health Technology assessment and Tariff Systems (formerly AOTM).

Aim. The aim of the study was a quantitative and qualitative evaluation of draft HPs prepared by the LGUs in terms of M&E, i.e. 1. assessment of the number of programs containing information relevant to M&E, 2. assessment of the quality and consistency of the information, 3. formulation of the basic principles of HP planning, including the M&E rules, to be used by the LGUs.

Materials & Methods. The material consisted of 331 draft programs obtained from the AOTM out of 370 draft HPs submitted to the Agency in 2012. The study was carried out in 209 randomly selected drafts (63%). In the quantitative analysis the presence of goals, objectives, outcome and M&E indicators were checked up. The qualitative analysis tested whether those elements were consistent, i.e. interrelated and justified. Four drafts with visible inconsistency were randomly selected and described.

Results. The goals and objectives were among the most commonly specified elements (98%), less frequent were the descriptions of the outcome (63%), monitoring (62%), evaluation (48%). Consistent (accurate) descriptions were mostly related to goals and objectives, less often to outcome and monitoring, (respectively: 17%; 14%) and most seldom to evaluation (4%). Inconsistency in description was similarly related to monitoring, outcome and evaluation (respectively: 48%; 46%; 44%), then to goals and objectives (30%). Numerous inaccuracies were observed, especially in the formulation of long-term objectives for short-term HPs and use of the product indicators instead of the outcome indicators.

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

Key words: local government, health program, monitoring, evaluation, Poland

© Hygeia Public Health 2015, 50(1): 97-103

www.h-ph.pl

Nadesłano: 25.02.2015

Zakwalifikowano do druku: 26.02.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. n. med. Dorota Cianciara

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia

Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa

tel. 22 56 01 150, e-mail: dorota.cianciara@cmkp.edu.pl

Wprowadzenie

Programy zdrowotne (PZ) powinny być odpowiednio zaplanowane, dzięki czemu mogą przebiegać bez zakłóceń, przynosić zakładane efekty oraz zaspakajając potrzeby zdrowotne. W planowaniu uwzględnia się liczne składowe programów: cele, zadania, strategię, metody i działania oraz niezbędne zasoby, w tym ludzkie i materialne. Nieodłączną częścią procesu planowania PZ jest również opracowanie schematu monitorowania i ewaluacji (MiE), w tym odpowiednich wskaźników. Prowadzenie MiE – zgodnie z zaplanowanym schematem – jest zasadniczym mechanizmem nadzorowania programów. Jeśli wyniki ewaluacji potwierdzają słuszność wybranych rozwiązań, programy mogą być kontynuowane lub upowszechniane w innych rejonach o porównywalnej charakterystyce. MiE powinny być wykonywane zgodnie z zasadami etycznymi i standardami wykonania [1-5].

Monitoring (M) jest bieżącą, rutynową analizą i służy do kontrolowania oraz modyfikowania przebiegu, a także postępów PZ. Ewaluacja (E) jest pogłębionym badaniem PZ, dzięki któremu można ocenić wartość całego programu i jego składowych [5-7]. Podstawowe różnice między tymi procesami przedstawiono w tabeli I. Dane z M mogą być wykorzystane do E, toteż nierzadko granica między tymi procesami jest płynna. Sens ewaluacji polega na ustaleniu:

- Trafności/adekwatności, czyli w jakim stopniu cele programu odpowiadają na zdiagnozowane potrzeby i problemy?
- Efektywności/wydajności, czyli jaki jest stosunek nakładów (kosztów) do uzyskanych efektów (korzyści)?
- Skuteczności/efektywności, czyli w jakim stopniu rezultaty programu zostały osiągnięte?
- Użyteczności, czyli w jakim stopniu program rzeczywiście przyczynił się do rozwiązania zidentyfikowanego problemu? Jakie faktyczne korzyści przyniósł beneficjentom?
- Trwałości, a więc czy korzystne efekty programu trwają po jego zakończeniu?

Przedstawione kryteria E są rutynowo używane przez Komisję Europejską [8]. Kryteria E są ściśle powiązane z planowanymi składowymi programami oraz jego matrycą logiczną (logiką programu) (tab. II). Trzeba odnotować, że nazwy dwóch wymienionych kryteriów (*efficiency*, *effectiveness*) mogą być różnie tłumaczone na język polski [9]. W piśmiennictwie można doszukać się innych szkół, podejść i przekrojów MiE.

W planowaniu PZ ogromne znaczenie ma sformułowanie celów szczegółowych (*objectives*, inaczej zadań programu) zgodnie z zasadą SMART. Umożliwia to równocześnie zaplanowanie obiektywnie mierzalnych wskaźników, czyli miar do MiE. Rozwinięciem akro-

Tabela I. Porównanie najważniejszych cech monitoringu i ewaluacji
Table I. Comparing key features of monitoring and evaluation

	Monitorowanie /Monitoring	Ewaluacja /Evaluation
Cel	Analiza wdrożenia Sprawdzanie postępów Bieżąca korekta	Ocena efektów populacyjnych Ocena postępów, ich znaczenia Pomoc na przyszłość
Zasadnicze pytania	Czy projekt/program przebiega zgodnie z planem? Czy uzyskano produkty i rezultaty?	Czy osiągnięto cele? W jaki sposób? Dlaczego nie osiągnięto celów?
Charakter	Rutynowe zbieranie informacji	Specjalnie projektowane badanie naukowe
Czas wykonania	W trakcie	Po wykonaniu części lub całości
Związek z logiką programu	Wkład Działania, proces Produkty Rezultaty krótkoterminowe	Wkład Działania, proces Produkty Rezultaty krótkoterminowe Oddziaływanie długoterminowe
Elementy	Harmonogram Budżet Produkty Rezultaty krótkoterminowe	Trafność/adekwatność (<i>relevance</i>) Efektywność/wydajność (<i>efficiency</i>) Skuteczność/efektywność (<i>effectiveness</i>) Użyteczność (<i>impact</i>) Trwałość (<i>sustainability</i>)
Mierniki i narzędzia	Listy obecności Karty pracy Wydane dyplomy Ankiety i testy Raporty Raporty finansowe	Wywiady Badania ankietowe Raporty
Wykonawca	Osoby zarządzające programem	Osoby zarządzające programem Osoby/instrukcje wynajęte

nimu SMART mogą być także inne niż podane słowa odnoszące się do cech zadań.

Należy zwrócić uwagę na różnice między wskaźnikami produktu, rezultatu, oddziaływania [10]. Wskaźniki produktu są statyczne i opisują wyłącznie stan po programie, podczas gdy wskaźniki rezultatu i oddziaływania są dynamiczne i obrazują zmianę między przed programem i po nim. Ten rodzaj wskaźników pokazuje realny wpływ programu na sytuację zdrowotną, obrazuje jego znaczenie i wartość. Należy dążyć do sytuacji, w których możliwe jest formułowanie wskaźników rezultatu i oddziaływania.

Kończąc uwagi metodologiczne trzeba powiedzieć, że wybór zagadnień oraz wskaźników do MiE zależy od realizatorów, a także innych interesariuszy i nie ma konieczności prowadzenia tych procesów w całym możliwym spektrum [11].

Realizacja PZ przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) jest zależna od potrzeb zdrowotnych ludności, oczekiwań lokalnych interesariuszy oraz zasobności samorządowego portfela. Równocześnie programy te powinny być oparte na dowodach naukowych. Realizatorzy PZ, zanim zdecydują się na wdrożenie programu, powinni umieć uzasadnić konieczność podjęcia i sfinansowania określonych działań, w tym przedstawić argumenty, które uzasadnią wybór jednej

Tabela II. Powiązanie kryteriów ewaluacji z planowaniem i matrycą logiczną
Table II. Link between evaluation criteria and planning phase and Logframe

Planowanie zwyczajowe	Cel główny	Cele szczegółowe (zadania SMART ^{1/})	Strategie, metody, działania	Siły i środki	
Logika programu	Oddziaływanie długoterminowe (impact)	Rezultaty krótkoterminowe (outcome)	Produkty (output)	Procesy (activities)	Nakłady (input)
Monitorowanie		Rezultaty	Produkty	Procesy	Nakłady
Ewaluacja	Oddziaływanie	Rezultaty	Produkty	Procesy	Nakłady
Ewaluacja: trafność (relevance)	Oddziaływanie	Rezultaty	Produkty	Procesy	Nakłady
Ewaluacja: efektywność/wydajność (efficiency)		Rezultaty	Produkty	Procesy	Nakłady
Ewaluacja: skuteczność/efektywność (effectiveness)		Rezultaty	Produkty		
Ewaluacja: użyteczność (impact)	Oddziaływanie				
Ewaluacja: trwałość (sustainability)	Oddziaływanie	Rezultaty	Produkty	Procesy	Nakłady

^{1/} zadania SMART: *Specific* (odpowiednie do problemu), *Measurable* (możliwe do pomiaru), *Available* (dostępne po racjonalnych kosztach), *Relevant* (odpowiednie do nadzorowania), *Time-bound* (ograniczone w czasie)

(lub kilku) opcji, najwłaściwszych w danym kontekście. Dlatego projekty PZ przygotowane przez JST powinny być opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (uprzednio Agencję Oceny Technologii Medycznych, AOTM). Zgodnie ze schematem PZ (oraz wskazówkami dla użytkownika jak go stosować) podawanym przez AOTM oczekuje się, że projekt będzie zawierał m.in. informacje o celach (w tym: cel główny, cele szczegółowe, oczekiwane efekty, mierniki efektywności odpowiadające celom programu) oraz informacje o MiE (w tym np.: ocenę zgłaszalności do programu, ocenę jakości świadczeń, ocenę efektywności programu) [12,13].

Cel badania

Celem badania była ilościowa i jakościowa ocena projektów PZ przygotowanych przez JST po kątem planowanych sposobów prowadzenia MiE, w tym: 1. ocena liczby programów zawierających informacje o składowych programach koniecznych do prowadzenia MiE, 2. ocena jakości i spójności informacji związanych z MiE, 3. sformułowanie podstawowych zasad planowania PZ, w tym MiE, do wykorzystania w PZ realizowanych przez JST.

Materiał i metody

Materiał stanowiło 331 udostępnionych przez AOTM projektów PZ spośród 370 nadesłanych do Agencji w 2012 r. w celu ich zaopiniowania. AOTM udostępniła SZP CMKP pełne wersje projektów w wersji elektronicznej. Analizą objęto 209 (63%) losowo wybranych projektów PZ (operatem były pliki). Ocena ilościowa dotyczyła liczby projektów, w których sformułowano: (a) cele programu, (b) oczekiwane efekty, (c) informacje dotyczące MiE. Kierowano się przy tym schematem PZ podawanym przez AOTM.

W analizie jakościowej rozpatrywano projekty PZ pod kątem wewnętrznej spójności (poprawności) celów, efektów oraz informacji o MiE. Sprawdzano

zgodność: (i) celu głównego z celami szczegółowymi, (ii) oczekiwanych efektów z celami, (iii) wskaźników MiE z oczekiwanymi efektami i celami. Założono, że spójność celów polega na tym, że cele szczegółowe są konkretyzacją celu głównego i zmierzają do jego osiągnięcia. Spójność między celami a efektami zdrowotnymi była zdefiniowana jako przedstawienie efektów w taki sposób, który umożliwił ocenę osiągnięcia założonych celów. Ocena spójności informacji o MiE z resztą składowych polegała na ustaleniu czy zaproponowane wskaźniki są obiektywną miarą uzyskiwanych efektów i osiągania celów. Analizę prowadziły niezależnie od siebie dwie osoby, które uzgodniły opinię o nieprawidłowościach. Z grupy programów niespójnych (nieprawidłowych) wylosowano metodą bezpośrednią cztery programy, które zostały opisane i omówione.

W dalszej części opracowania projekty programów zdrowotnych będą nazywane PZ lub programami. Zachowano nazwę AOTM, obowiązująca w 2012 r. Nie podawano nazwy JST, która przygotowała dany PZ.

Wyniki

Stwierdzono, że oceniane PZ miały bardzo zróżnicowaną konstrukcję, często niezgodną ze schematem zalecanym przez AOTM, toteż fragmenty programów związane z analizowanymi zmiennymi bywały rozproszone w tekście. Analiza wykazała, że w trzech ocenianych PZ (1%) nie sformułowano żadnego z ocenianych fundamentalnych elementów składowych programu, tj. celów, efektów, informacji o MiE. Wszystkie wymagane elementy wystąpiły również w trzech programach. W programach tych zachowano też wewnętrzną spójność poszczególnych składowych. Oznacza to, że stosunek liczby programów całkowicie spójnych i formalnie poprawnych do ogólnej liczby PZ projektowanych i zgłoszonych do AOTM wynosił 1:100.

Tabela III. Nieprawidłowości w planowaniu celów, efektów, monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych (wypisy z programów)
Table III. Inconsistencies in planned objectives, outcomes, monitoring and evaluation of health programs (program extracts)

Cel główny	Cel szczegółowy	Spodziewane efekty	Monitorowanie i ewaluacja (wskaźniki i inne aspekty)
A. Wczesna diagnostyka i profilaktyka nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka			
<ul style="list-style-type: none"> • Podniesienie świadomości społecznej niepokojących objawów skórnych • Zmniejszenie zachorowalności na choroby nowotworowe skóry 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukacja dotycząca zagrożenia rakiem skóry, czynników wywołujących i sprzyjających rozwojowi st. przedrakowych oraz nowotworów • Zmniejszenie zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe • Rozpropagowanie potrzeby konsultacji lek. oraz konieczności przeprowadzania badań kontrolnych • Wczesne rozpoznawanie i leczenie stanów przednowotworowych oraz nowotworów skóry • Wsparcie i pomoc dla osób dotkniętych chorobą, zachęcanie do dalszej walki z chorobą, leczenia i rehabilitacji 	<ul style="list-style-type: none"> • Lepsza świadomość mieszkańców co do zagrożeń mogących wywołać nowotwory skóry • Zaszczepienie nawyku kontroli stanu skóry • Konieczność poddawania się wizytom i badaniom kontrolnym • Wczesne zdiagnozowanie już zaistniałych problemów zdrowotnych i ich dalsze leczenie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ilość rozpropagowanych ulotek • Ilość przeprowadzonych pogadarek informacyjnych • Ilość przebadanych osób • Ilość wykrytych stanów chorobowych <p>Zakłada się pełną realizację programu w ciągu od 2 do 4 miesięcy. W programie planuje się przebadać ok. 400 osób. Koszt jednostkowy to 40 zł, a koszt całkowity to 16 000 zł. Kwota obejmuje koszt badania lekarskiego, wykonania ulotek, plakatów i innych materiałów informacyjnych oraz ogłoszeń.</p>
B. Program szczepień profilaktycznych dzieci przeciwko pneumokokom na lata 2012-2014			
<ul style="list-style-type: none"> • Poprawa stanu zdrowia dzieci poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko zakażeniom pneumokok. w (...) • Zmniejszenie nosicielstwa, zmniejszenie kosztów leczenia dzieci zakażonych pneumokokami • Ochrona przed zakażeniem osób w wieku starszym szczególnie po 65 r.ż. 	<ul style="list-style-type: none"> • Objęcie programem możliwie wysokiej liczby dzieci • Uzyskanie możliwie najwyższej frekwencji • Zmniejszenie zapadalności i umieralności na inwazyjne choroby pneumokokowe wśród dzieci • Zmniejszenie ilości terapii antybiotykowych 	<p>Wg lit. polskiej i światowej pr. szcz. ochr. może przyczynić się do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponad 95% spadku częstości występowania inwazyjnej choroby pneumokokowej u dzieci szczepionych • 65% redukcji hospit. spowodowanych potwierdzonym radiologicznie zapaleniem płuc u dzieci w wieku 0-1 r.ż. i 23% u dzieci w wieku 204 r.ż. • Ponad 40% redukcji częstości wizyt ambulat. oraz zalecanych antybiotykoterapii spowodowanych ostrym zap. ucha środkowego <p>W związku z postępowaniem wg wytycznych i udowodnionych w badaniach efektywności procedurach podawania szczepionki oczekuje się podobnych efektów szcz. ochr.</p>	<p>Nie podano metod i wskaźników ewaluacji</p> <p>Wymienione są wskaźniki do monitorowania programu, jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba dzieci uprawnionych do uczestniczenia w programie • Liczba dzieci objętych szczepieniami • Liczba dzieci, która przeszła pełny cykl szczepień <p>Adresaci: do programu zostaną zaproszone wszystkie urodzone w roku funkcjonowania programu dzieci w wieku od 6 tyg. ż. zamieszkałe na terenie JST, które nie były wcześniej szczepione szczepionką przeciwko pneumokokom</p> <p>Czas trwania: marzec 2012-grudzień 2014</p> <p>W kolejnych latach realizacji programu planuje się zaszczepić odpowiednio 200 (2012), 450 (2013) oraz 450 osób (2014).</p>
C. Program profilaktyki i promocji zdrowia na rok 2012. Działania w zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia – profilaktyka chorób układu krążenia			
<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie wykrywalności zachorowań i zmniejszenie umieralności z powodu ChUK • Zwiększenie poziomu wiedzy mieszkańców na temat przyczyn powstawania i możliwości zapobiegania oraz wczesnej diagnostyki i leczenia ChUK • Zmniejszenie częstości udarów • Ograniczenie negatywnych skutków ChUK • Promocja zdrowego stylu życia, niepalenia, prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej 	<p>Nie podano celów</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mieszkańcy, u których zostanie rozpoznana ChUK w zależności od wskazań medycznych otrzymają zalecenia dotyczące trybu życia lub zostaną skierowani (poza programem) na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ w odpowiednich rodzajach świadczeń. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba świadczeniobiorców z rozpoznaną ChUK • Liczba świadczeniobiorców, którzy skorzystali z edukacji zdrowotnej • Liczba świadczeniobiorców z podwyższonym poziomem poszczególnych czynników ryzyka w programie • Liczba świadczeniobiorców z określonym poziomem ryzyka ChUK <p>Analiza danych dotycząca zachorowania na ChUK dla mieszkańców (...) w wieku 19 lat i więcej wskazuje, że w przypadku tej grupy schorzeń wskaźnik zachorowalności na 1 tys. mieszkańców wyniósł aż 164,0 osoby. Ogólna liczba zachorowań na ten typ choroby wyniosła w 2011 r. 20 516 osób. Największy odsetek w ramach ChUK miała choroba nadciśnieniowa – 68,3% osób w wieku 19 lat i więcej (...). Wielkość populacji, do której skierowany jest program to 30 745 mieszk. Środki finansowe na realizację pr. zaplanowane w budżecie wynoszą 35 000 zł. Działania będą realiz. do wyczerpania limitu świadczeń, na równych zasadach dostępu</p>
D. Program profilaktyki i promocji zdrowia na rok 2012. Działania w zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia. Profilaktyka chorób nowotworowych – profilaktyka raka piersi			
<p>Zmniejszenie zachorowalności i umieralności kobiet z powodu raka piersi</p>	<p>Nie podano celów szczegółowych</p>	<p>Kobiety, u których zostanie rozpoznana choroba nowotworowa będą mogły odpowiednio wcześniej podjąć leczenie (poza programem) co daje lepsze szanse na mniej inwazyjne leczenie i powrót do zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba kobiet, które zgłosiły się do programu • Liczba kobiet, u których wykryto zmiany <p>W 2009 r. odnotowano 26 zach. na raka sutka. Działania, które służą do osiągnięcia celu: (a) promowanie nawyku badań profil. pod kątem czynników ryzyka zachorowania na ch.nowot., (b) realizacja badań profil. w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet w wieku 40-49 lat (jako rozszerzenie oferty NFZ finansującego badania u kobiet w wieku 50-69 l.), w tym: wypełnienie ankiety; wykonanie badań mammograficznych wraz z opisem; w uzasadnionych medycznie przypadkach wykonanie dodatkowo badania USG piersi.</p> <p>Wielkość populacji, do której skierowany jest program to 2 537 kobiet. Na realizację programu zaplanowano 25 000 zł.</p>

Opis celów programu

Cele zostały sformułowane w zdecydowanej większości programów (205 PZ; 98%). W tej grupie większość stanowiły PZ, w których cele zostały sformułowane we właściwy sposób (142 PZ; 68%). Jednak w co trzecim programie z opisanymi celami (63; 30%) odnotowano brak powiązania celów głównych ze szczegółowymi. Uznano, że są to programy opisane niepoprawnie. W czterech PZ (2%) nie przedstawiono żadnych celów realizacji programu, tj. głównego lub szczegółowych.

Opis efektów programu

Oczekiwane efekty zostały opisane w większości PZ (131; 63%). W programach tych były również sformułowane cele. Niemniej spójność między celami i efektami została zachowana tylko w jednej trzeciej takich programów, tj. w 36 na 131 PZ (17% ogółu). W pozostałych programach (78; 37%) nie podano informacji o spodziewanych efektach programu.

Opis monitorowania i ewaluacji programu

Monitorowanie programu zostało opisane w większości PZ (129; 62%), niemniej najczęściej był to opis niepełny i pozostawiający liczne wątpliwości (100; 48%). W pozostałych przypadkach (80; 37%) kwestie monitorowania były pominięte.

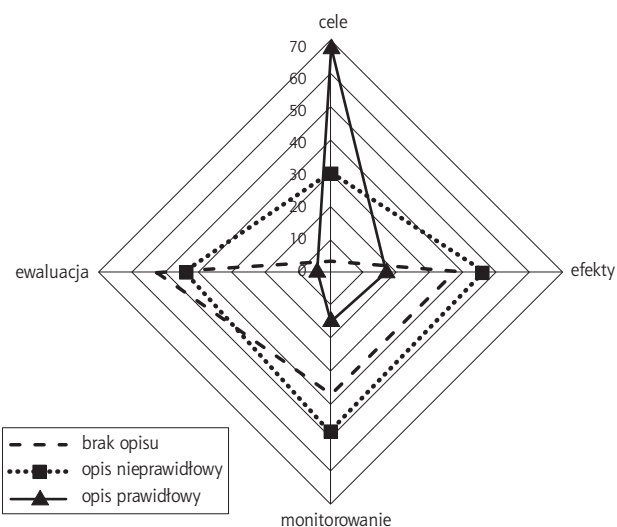
Ewaluacja programu została opisana tylko w połowie PZ (101; 48%). W tej grupie programów zazwyczaj wskazywano na wykorzystanie wskaźników (danych lub metod) pomiaru, które nie przystawały do efektów i celów programu (93; 44%). W drugiej połowie (108; 52%) pominięto opis informacji o metodach pomiaru efektów i celów. Oznacza to, że należyty opis ewaluacji występował w zaledwie ośmiu badanych PZ (4%).

Podsumowując, w analizowanych programach właściwe opisy dotyczyły najczęściej celów działania, a najrzadziej ewaluacji (ryc. 1). Brak opisów dotyczył głównie ewaluacji, a opisy nieprawidłowe – MiE.

Nieprawidłowości (brak spójności) w planowanym programie. Szczegółowo przykłady braku wewnętrznej spójności w programach przedstawiono w tabeli III.

Dyskusja

W realizacji każdego wymienionego PZ nie jest możliwe osiągnięcie założonych celów przy utrzymaniu treści pozostałych elementów. W przykładzie A, jeśli przewiduje się podniesienie świadomości społecznej związanej z nowotworami skóry oraz propagowanie wczesnego rozpoznawania i leczenia tych chorób, to efektem tych działań będzie przede wszystkim zwiększona świadomość (czujność, a nawet



Ryc. 1. Cele, efekty, monitorowanie i ewaluacja programu wg opisu danego elementu w projekcie programu zdrowotnego (brak opisu, opis nieprawidłowy, opis prawidłowy)

Fig. 1. Objectives, outcomes, monitoring and evaluation of health program according to description of item in draft program (no description, incorrect description, correct description)

lęk) adresatów tych działań. Może to wywołać lawinę dodatkowych wizyt u lekarzy, nadmierną liczbę rozpoznań (i nadrozpoznań) nowotworów skóry, a więc wzrost zachorowalności. Dopiero w dużo dłuższym czasie (mierzonym w latach, a program zaplanowano na dwa-cztery miesiące) i przy zachowaniu wszystkich składowych programu, można spodziewać się spadku zachorowalności na nowotwory skóry. Oznacza to, że w programie postawiono dwa wzajemnie wykluczające się cele. Cel szczegółowy nie może być powtórzeniem głównego. Proponowane wskaźniki (wszystkie należą do tzw. wskaźników produktu) tylko częściowo odnoszą się do efektów i nie mają związku z celami. Słowo „ilość” powinno być zastąpione słowem „liczba”.

W przypadku programu szczepień przeciwko pneumokokom (przykład B) oprócz celu polegającego na ochronie dzieci, wskazuje się cel ochrony osób w wieku starszym. Jednak żaden z proponowanych celów szczegółowych, żaden z efektów i wskaźników nie odnosi się do populacji w tym wieku. Celem programu jest również zmniejszenie nosicielstwa, ale w celach szczegółowych, efektach oraz wskaźnikach nie ma do tego żadnych odniesień. Podane wskaźniki (produktu), dotyczą liczby dzieci uprawnionych do szczepienia i objętych nim, i nie mogą wykazać uzyskania zakładanych efektów, osiągnięcia dwóch celów szczegółowych oraz celów głównych.

W przykładzie C postawiono pięć celów głównych, z których trzech (spadek umieralności, częstości udarów i ograniczenie skutków ChUK) nie można zrealizować za pomocą planowanych działań, jeśli mają trwać jeden rok kalendarzowy. Cele te można

by ewentualnie zaakceptować jedynie pod warunkiem sformułowania bardziej precyzyjnych i realistycznych celów szczegółowych (a tych nie podano). Zakładany efekt polega na zidentyfikowaniu osób, u których występują czynniki ryzyka ChUK lub u których rozpoznano chorobę. Osoby te mają być następnie skierowane do dalszej diagnostyki lub leczenia w trybie poza programem, na ogólnych zasadach korzystania ze świadczeń finansowanych przez NFZ. Strategia ta budzi poważne zastrzeżenia etyczne. Ponadto ma tylko dorozumiany, a nie bezpośredni związek z celami głównymi, takimi jak np. zmniejszenie umieralności na ChUK czy zmniejszenie częstości udarów. Zaproponowane wskaźniki (produktu) mogą być miarą wskazanego efektu, ale nie celów.

W przykładzie D nie jest możliwe osiągnięcie celu pod postacią zmniejszenia zachorowalności i umieralności na raka piersi. Planowane działania (edukacja i badanie mammograficzne) nie mają bezpośredniego, przyczynowo-skutkowego związku ze zmniejszeniem zachorowalności i umieralności, zwłaszcza po rocznym okresie realizacji programu. Podobnie jak w przykładzie C, kobiety z dodatnim wynikiem badania mają być kierowane na zwykłą ścieżkę diagnostyczno-leczniczą. Program wspiera proces wykrywania nowotworu, a więc choroby wywołującej duże obciążenie psychiczne, ale pozostawia adresata programu bez koordynowanej opieki i wsparcia psychologicznego. Zastanawia także zasadność (finansowa i kliniczna) planowanych działań, tj. badania mammograficznego w grupie kobiet 40-49 lat. Podane wskaźniki (produktu) określają liczbę kobiet, które zostały włączone do programu i u których wykryto zmiany, co nie pozwala ustalić, czy osiągnięto cel główny. Celów szczegółowych nie podano.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza wskazuje, że planowanie programów, w tym MiE, stanowi olbrzymią trudność dla JST. Na podstawie rozpoznania projektów PZ można sformułować kilkanaście reguł odnośnie do planowania programów.

1. Planowanie PZ wymaga wiedzy, umiejętności i wprawy, w tym dobrej znajomości metodyki cyklu zarządzania projektem i podejścia matrycy logicznej. Do zaplanowania programów „miękkich” absolutnie niezbędne są schematy planowania stworzone wyłącznie dla potrzeb edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
2. Zaplanowanie i prowadzenie MiE jest przejawem odpowiedzialności za działania podjęte w PZ, dobrostan populacji docelowej i wydatkowanie środków publicznych.
3. Program zaplanowany zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami (matrycą logiczną, modelami, sche-

matami, patrz p.1) powinien być opisany według oczekiwań donatora lub podmiotu opiniującego (np. AOTM).

4. Planowanie powinno być poprzedzone szczegółowym rozeznaniem stanu wyjściowego związanego z danym problemem zdrowotnym i daną społecznością. Rozpoznanie (diagnoza) sytuacji wyjściowej wymaga nakładów pracy, a nierzadko ponoszenia kosztów. Diagnoza epidemiologiczna i społeczna umożliwia sformułowanie celów szczegółowych oraz dynamicznych wskaźników sukcesu, tj. wskaźników rezultatu i oddziaływania (patrz p. 6).
5. W planowaniu należy uwzględnić wyniki badań dotyczących skuteczności i efektywności programów dotyczących tego samego problemu zdrowotnego. Najbardziej właściwe byłoby posługiwanie się wynikami badań krajowych, w których analizowano rezultaty podobnych programów w podobnych społecznościach. Dowodzi to konieczności prowadzenia ewaluacji realizowanych PZ oraz bezwzględnego upowszechniania wyników tej oceny.
6. Decydujące znaczenie dla konstrukcji programu ma zdefiniowanie celów szczegółowych (inaczej zadań, *objectives*). Zadania dojrzałego, optymalnego PZ powinny być zgodne z regułą SMART, uwzględniać zmianę (wzrost lub spadek danego czynnika) i brzmieć np.:
 - W okresie (...) zwiększenie o 50% liczby osób (np. K, M, dzieci, populacji docelowej) w wieku (...), które poddano szczepieniu ochronnemu przeciwko (...), zgodnie z cyklem szczepienia;
 - W okresie (...) zmniejszenie o 20% liczby osób (...) w wieku (...), u których wykryto czynniki ryzyka (...), takie jak (...);
 - W okresie (...) zmniejszenie o 5% liczby osób (...) w wieku (...), u których stwierdzono nadciśnienie tętnicze na poziomie 140/90 mm Hg;
 - W okresie (...) zwiększenie o 70% liczby osób (...) w wieku (...), które umieją prawidłowo zbadać poziom glikemii;
 - W okresie (...) zwiększenie o 60% liczby osób (...) w wieku (...), które umieją wskazać przynajmniej trzy czynniki ryzyka (...);
 - W okresie (...) zwiększenie o 50% liczby osób (...) w wieku (...), które mają świadomość, w jakich produktach żywnościowych występują (...).
7. Dobrze sformułowane cele szczegółowe są bazą, na której definiuje się efekty i buduje dynamiczne wskaźniki MiE. Wskaźniki dynamiczne (rezultatu i oddziaływania) obrazują zmianę wywołaną programem. Wskaźniki statyczne (produktu)

- obrazują wyłącznie stan po programie, co nie dowodzi, że cokolwiek się zmieniło czy poprawiło.
8. W sytuacjach, gdy nie jest znany stan wyjściowy można próbować uniknąć podawania skali wzrostu lub spadku danego czynnika, sformułować zadania w inny sposób (zawsze mierzalny!) i opierać się na wskaźnikach produktu, a wskaźnik rezultatu powinien wtedy wykazywać wartość „zero” na początku realizacji programu. Konsekwencją tego są jednak wątpliwości zarówno co do efektów zdrowotnych jak efektywności kosztowej programu.
 9. W planowaniu PZ użyteczne jest zaczynanie od końca, czyli znalezienie odpowiedzi na pytanie: „Co i jak będzie można zmierzyć po zakończeniu działań?”.
 10. W programach krótkoterminowych nie można wyznaczać celów, efektów i wskaźników w kategoriach długoterminowych, takich jak np. zmniejszenie umieralności, której osiągnięcie wymaga czasu, zazwyczaj wielu lat.
 11. W programach krótkoterminowych polegających na diagnostyce (i edukacji) nie można stawiać celu zmniejszenia zapadalności czy chorobowości. W programach tych należy spodziewać się raczej wzrostu liczby osób chorych, a więc wzrostu tych współczynników.
 12. W programach polegających na diagnostyce (i edukacji) nie można stawiać celu zmniejszenia umieralności, ponieważ nie zależy ona jedynie od świadomości społecznej oraz wczesnego wykrywania chorób.
 13. Programy polegające na diagnostyce (i edukacji), które nie oferują dalszego postępowania, w tym przynajmniej pomocy lekarza pierwszego kontaktu i wsparcia psychologicznego, budzą zastrzeżenia etyczne.

Piśmiennictwo / References

1. Centers for Disease Control. Framework for program evaluation in public health. MMWR 1999, 48(RR-11).
2. Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne. Standardy ewaluacji. Warszawa 2008. http://www.ewaluacja.org.pl/download/Standardy_ewaluacji_PTE.pdf
3. Prevention and Population Health Branch 2010, Evaluation framework for health promotion and disease prevention programs, Melbourne, Victorian Government Department of Health. [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/AE7E5D59ADE57556CA2578650020BBDE/\\$FILE/Evaluation%20framework%20for%20health%20promotion.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/AE7E5D59ADE57556CA2578650020BBDE/$FILE/Evaluation%20framework%20for%20health%20promotion.pdf)
4. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
5. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Project/programme monitoring and evaluation (M&E) guide. Geneva, 2011: 20-21.
6. Swiss Federal Office of Public Health. Guidelines for Health Programme & Project Evaluation Planning. Bern 1997: 13.
7. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Monitoring and Evaluation Toolkit. Wyd. 4. 2011: 6.
8. European Commission. Project cycle management guidelines. Volume 1. Brussels, March 2004. http://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403_en_2.pdf
9. Ostrowski Ł, Wiśnicka M. Ewaluacja – jak to się robi? Poradnik dla programów PAFW. Fundacja Pracownia Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia”, Warszawa 2013.
10. Kościelecki P, Bloch E, Śpiewak R, Zalewska K. Podręcznik tworzenia i ewaluacji wskaźników w lokalnych strategiach rozwoju. EGO, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi: 37-41.
11. Norman Bennett M, Bennewicz i Wspólnicy SJ. Raport końcowy z monitoring i ewaluacji projektu „Nowa praca – Twój biznes” realizowanego w ramach Działania 6.2 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na terenie województwa mazowieckiego. Lublin, czerwiec 2012: 19-20.
12. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Schemat programu zdrowotnego. http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/Schemat%20Programu%20Zdrowotnego/Szablon%20PZ_AnZ_JC_RK.pdf
13. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wskazówki dla użytkowników. http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/Schemat%20Programu%20Zdrowotnego/Wskazowki%20do%20szablonu%20PZ_AnZ_JC_RK.pdf