

# Trwałość samorządowych programów zdrowotnych

## Sustainability of community health programs

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

W obszarze zdrowia publicznego i promocji zdrowia trwałość jest terminem odnoszącym się do pojęć takich jak: kontynuacja, ciągłość działania, instytucjonalizacja programów zdrowotnych (PZ). Dzięki trwałości programy mogą być prowadzone przez dłuższy czas, toteż mogą dawać wymierne korzyści zdrowotne. W krajowych działaniach zdrowia publicznego często ignoruje się znaczenie trwałości. W efekcie programy są krótkoterminowe, ich trwałość nie jest ani planowana, ani poddawana monitorowaniu i ewaluacji. Brak długoterminowej kontroli procesów w PZ, a zwłaszcza brak oceny rezultatów zdrowotnych i oddziaływania na zdrowie są sprzeczne z zasadą odpowiedzialności zdrowia publicznego.

Planowanie trwałości nie jest odrębnym zadaniem, ale częścią regularnego planowania PZ i powinno uwzględnić kilka istotnych elementów, które pomagają ją osiągnąć. Celem niniejszego opracowania jest zdefiniowanie pojęcia trwałości oraz scharakteryzowanie czynników mogących mieć istotny wpływ na kontynuację PZ.

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

In the area of public health and health promotion, the term 'sustainability' is a broad concept encompassing continuity and consistency of operations, as well as the institutionalization of health programs (HPs). Sustainable HPs can be carried out for a longer period of time, therefore they can provide measurable health benefits. The national public health activities often ignore the importance of sustainability. As a result, HPs are short-term, their sustainability is neither planned nor subject to monitoring and evaluation. The lack of long-term control over the HP processes, especially the deficit of assessment of health outcomes and impact, is contrary to the principle of accountability of public health.

The sustainability planning should not be considered a separate activity, but rather a part of the regular HP planning and should encompass a number of essential elements that help achieve sustainability. The purpose of this study is to define the concept of sustainability and to describe the factors that may have a significant impact on the HP continuity.

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

© Hygeia Public Health 2015, 50(1): 104-111

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

W piśmiennictwie związanym ze zdrowiem publicznym nie ma ujednoczonej definicji programu zdrowotnego, projektu zdrowotnego i interwencji zdrowotnej. W niniejszym opracowaniu posługiwano się terminem „program zdrowotny” (PZ), przez który rozumiano zestaw wszystkich procedur i działań podjętych w celu uzyskania zakładanego efektu, który jest korzystny dla zdrowia zbiorowości ludzi. Przyjęta wykładnia jest kompilacją kilku definicji [1, 2].

PZ mogą odnosić się do różnych problemów zdrowotnych i ich uwarunkowań, mieć różnych adresatów oraz różne cele i zadania, wykorzystywać różne strategie i metody działania, monitorowania i ewaluacji. Istotna jest harmonizacja wymienionych elementów,

ich wewnętrzna spójność, która tworzy tzw. logikę programu [3].

Rozwój nauk biomedycznych i społecznych umożliwił powstanie nowych metod oceny sytuacji zdrowotnej ludności oraz zgromadzenie danych na temat czynników decydujących o zdrowiu. W krajach wysokorozwiniętych towarzyszyło temu tworzenie, wdrażanie i ocenianie coraz większej liczby PZ ukierunkowanych na rozwiązanie poszczególnych problemów. Równolegle pojawiły się pytania o znaczenie czasu w realizacji tych przedsięwzięć. Jak długo trzeba prowadzić podjęte działania, aby mogły osiągnąć efekt korzystny dla zdrowia? Czy zainicjowane przedsięwzięcia są kontynuowane? Czy uzyskane w trakcie realizacji programu efekty są trwałe? Wydaje się, że

przy próbach odpowiedzi na te pytania zbyt mało uwagi poświęcono pytaniu drugiemu i trzeciemu, a więc monitorowaniu tego, co dzieje się z programami po ich formalnym zakończeniu, a zwłaszcza ocenie uzyskiwanych rezultatów zdrowotnych. Dla przykładu z przeglądu 19 opisów programów realizowanych w USA i Kanadzie wynikało, że we wszystkich (z wyjątkiem jednego) przypadkach analizowano kontynuację działań, ale tylko w kilku analizowano odległe w czasie korzyści dla uczestników i efekty zdrowotne [4].

Należy podkreślić, że problematyka trwałości programów, czasu ich trwania, jest przedmiotem dyskusji i badań od lat 80. XX w., zwłaszcza w odniesieniu do programów skoncentrowanych na społeczności (*community health programmes*), wykorzystujących strategie promocji zdrowia oraz edukację zdrowotną. W promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej trwałość pełni wiele zadań: umożliwia „życie po życiu” programu, czyli po zakończeniu finansowania, stwarza większą szansę na powtarzalność przekazów, daje czas na zmiany w zachowaniach, normach społecznych, środowisku czy polityce, usprawnia komunikację i buduje potencjał do kolejnych działań. W profilaktyce biomedycznej zwiększa ponadto dostępność świadczeń, pozwala objąć wielokrotnymi działaniami dane grupy docelowe lub zwiększyć liczbę uczestników. Ma to podstawowe znaczenie np. dla uzyskania odporności zbliznowiskowej, populacyjnej albo we wczesnym wykrywaniu danej choroby w określonej populacji.

W stosunkowo wczesnych pracach na temat trwałości podnoszono znaczenie czynników związanych z: a. konstrukcją programu, jego ekipą oraz budżetem, b. strukturą administracyjną programu, jej powiązaniem z innymi programami oraz świadczeniami, c. społecznością, w której wdraża się program (np. poziom zamożności) [5]. W aktualnym piśmiennictwie naukowym coraz więcej uwagi poświęca się trwałości programów, a w ślad za tym podkreśla się znaczenie kolejnych czynników [6].

Celem niniejszego opracowania jest zdefiniowanie pojęcia trwałości oraz wskazanie czynników, które mogą mieć istotny wpływ na kontynuację programów. W pracy wykorzystano informacje z piśmiennictwa międzynarodowego oraz własną analizę projektów PZ nadesłanych do Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) w 2012 r. w celu ich zaopiniowania w 2012 r. Omówiono sześć czynników, które zdaniem autorów mają szczególne znaczenie dla trwałości PZ realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST).

### **Pułapka językowa (*sustainability vs sustainable development*)**

W piśmiennictwie anglojęzycznym związanym ze zdrowiem publicznym słowo „*sustainability*” wy-

stępuje w dwóch znaczeniach. Pierwsze odnosi się do zrównoważonego rozwoju, drugie zaś do trwałości programów.

Zrównoważony rozwój (*sustainability, sustainable development*), w Polsce nazywany często ekorozwojem, jest pojęciem, którego ewolucję obserwuje się od konferencji ONZ w Sztokholmie w 1972 r., kiedy to ochrona środowiska została uznana za ważny aspekt polityki państwowej i świadomości społecznej. Podniesiono tam kwestię podmiotowości człowieka, ale również jego prawa i obowiązki wobec środowiska, w którym żyje: „Człowiek ma podstawowe prawo do wolności, równości, odpowiednich warunków życia w środowisku. Dobra jakość tego środowiska pozwala na życie w godności i dobrobycie. Stąd też człowiek ponosi wszelką odpowiedzialność za ochronę i polepszenie środowiska tak dla obecnych jak i przyszłych pokoleń” [7, 8].

Uznano, że środowisko i jego zasoby nie są własnością jedynie obecnie żyjącego pokolenia, lecz powinny one stanowić podstawę do życia i rozwoju przyszłych generacji. Myślą przewodnią ekorozwoju jest zatem takie działanie, które pozwoli zaspokoić potrzeby obecnego pokolenia, ale także przyszłych pokoleń. Istotnym rozwinięciem idei zrównoważonego rozwoju oraz powiązaniem jej z problematyką zdrowotną był tzw. raport *Brundtland*, opublikowany w 1987 r. przez Komisję ONZ ds. środowiska i rozwoju [9] oraz Deklaracja z Rio [10].

Obecnie zrównoważony rozwój jest jednym z zagadnień podejmowanych przez Światową Organizację Zdrowia. Równoległe wiele inicjatyw i programów zdrowia publicznego koncentruje się na zrównoważonym rozwoju lub wspiera go. Przykładem może być *Program on Global Sustainability and Health* prowadzony przez *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*. Kwestia zrównoważonego rozwoju stała się podłożem manifestu na rzecz zdrowia planetarnego opublikowanego 8 marca 2014 r. w czasopiśmie *The Lancet* [11]. W trakcie wyszukiwania piśmiennictwa anglojęzycznego należy uważać na kontekst, w którym używane jest określenie „*sustainability*”.

### **Samorządowe programy zdrowotne**

W świetle ustaw o samorządzie terytorialnym poszczególnych szczebli do zadań własnych gminy należy m.in. ochrona zdrowia, a powiaty i województwa realizują m.in. zadania w zakresie ochrony i promocji zdrowia [12-14].

W obecnym stanie prawnym, zgodnie z kolejną nowelizacją ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej ustawą), wyróżniamy „programy polityki zdrowotnej” oraz „pro-

gramy zdrowotne” [15]. Od dnia 1 stycznia 2015 r. JST oraz ministrowie opracowują, wdrażają, realizują i finansują tzw. programy polityki zdrowotnej. Programy zdrowotne są zaś opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez Fundusz. Oba rodzaje programów mogą trwać jeden rok lub dłużej.

Ustawa mówi, że do zadań własnych JST (gminy, powiatu i województwa) w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in. „opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców” [15]. Programy polityki zdrowotnej w powiecie powinny powstawać po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami, a w województwie – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami. Programy te powinny dotyczyć przede wszystkim istotnych problemów epidemiologicznych.

Projekty programów polityki zdrowotnej mają powstawać na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych, być przekazywane do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i opiniowane tam w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu programu. W przypadku programu polityki zdrowotnej, który jest kontynuacją programu realizowanego w poprzednim okresie nie jest wymagana opinia Agencji.

Analizę i ocenę projektów programów nadesłanych do zaopiniowania prowadzono w okresie, kiedy obowiązywał stary porządek prawny [16]. Posługiwano się wówczas wyłącznie terminem „program zdrowotny” (PZ), a opinie wydawała Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM) w ciągu 3 miesięcy. W dalszej części opracowania posługiwano się uprzednim nazewnictwem. W okresie tym obowiązywała następująca definicja PZ: „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”. Opracowywanie i realizowanie PZ było (jak obecnie) zadaniem własnym JST wszystkich szczebli.

Zwraca uwagę, że do zadań władz publicznych ustawa zalicza zapewnienie równego dostępu do m.in. promocji zdrowia i profilaktyki, ale nie definiuje pojęcia „promocja zdrowia”. Definicję tę, zgodną z wykładnią Karty Ottawskiej, podaje ustawa o działalności leczniczej [17].

Pośród 370 projektów PZ nadesłanych do AOTM w 2012 r. w celu ich zaopiniowania udostępniono 331 (89%). W tej grupie przeanalizowano 295 losowo dobranych programów (89%) pod kątem problemu

zdrowotnego, który był podłożem PZ. Zdecydowana większość samorządowych PZ polegała na działaniach biomedycznych – na prowadzeniu akcji szczepień ochronnych lub oferowaniu badań diagnostycznych, leczenia, rehabilitacji albo fachowej pomocy osobom uzależnionym lub niepełnosprawnym. Częstym dodatkiem do tych działań było prowadzenie edukacji zdrowotnej, ściśle powiązanej z danym problemem zdrowotnym. Programy zakorzenione w społeczności, bliskie idei promocji zdrowia, dotyczyły niemal wyłącznie ochrony zdrowia psychicznego i stanowiły zaledwie ok. 16%.

Ponadto analizowano 220 losowo wybranych projektów programów JST (66%) pod kątem planowanego czasu realizacji. Programy o rocznym okresie trwania stanowiły 29%. Jedynie jedna piąta programów była prognozowana na okres trzyletni. Dłuższą planowaną realizację, powyżej 10 lat, odnotowano zaledwie w 2 programach. Wskazuje to, że kwestia trwałości nie jest brana pod uwagę przez JST. Poradnik dla samorządowców zaleca realizację programów w perspektywie wieloletniej [18]. Ustalenia te wskazują, że niezbędne jest omówienie problematyki trwałości PZ.

### Definiowanie trwałości programów zdrowotnych

W piśmiennictwie termin „trwałość” (*sustainability*) ma wiele synonimów, w tym np. „instytucjonalizacja” (*institutionalization*) [19]. Nie ma jednolitej definicji dotyczącej trwałości programów zdrowotnych. Dla przykładu trwałość jest definiowana lub rozpatrywana jako: utrzymanie korzyści dla zdrowia, kontynuacja działań programowych w ramach struktury organizacyjnej [5, 6], rutynizacja, nawykowe działanie organizacji [20, 21], element budowania potencjału społeczności (*community capacity building*) [22] lub „proces zmiany, który zapewnia powstanie adaptatywnego systemu prewencji oraz innowacyjność, które mogą być zintegrowane z aktualnymi działaniami w celu osiągnięcia korzyści przez różnych interesariuszy” [23]. Podkreśla się potrzebę stworzenia mocniejszych podstaw teoretycznych dla tego procesu [24].

W niniejszym artykule przyjęto, że trwałość jest zestawem czynników organizacyjnych (wewnątrz programu) i kontekstowych (zewnętrznych), które pozwalają utrzymać w czasie działania programowe oraz korzyści zdrowotne.

### Czynniki mające wpływ na uzyskanie trwałości

W cyklu życia PZ wyróżnia się trzy etapy: fazę wstępną (inicjacyjną), fazę realizacji oraz fazę trwałości (kontynuacji). Pomimo, że trwałość dotyczy fazy „po programie”, to jednak jej uzyskanie jest pochodną procesu planowania oraz realizacji. Tak więc trwałość jest konsekwencją wszystkich działań programowych, które odbywały się wcześniej. Planowanie trwałości

ści nie jest zatem odrębnym zadaniem, ale częścią regularnego planowania PZ, a także strategicznego planowania w danej jednostce.

W piśmiennictwie autorzy podają różne czynniki mogące mieć wpływ na trwałość PZ. Dla przykładu Vermeer i wsp. [25] twierdzą, że dla trwałości programu istotne są: a. kontekst w jakim prowadzi się program, w tym cechy organizacji wiodącej, b. koalicja, w tym przywództwo, zasady współpracy oraz partnerzy, c. program, czyli postrzeganie celu programu oraz jego rezultatów. Schell i wsp. [6] podkreślają znaczenie kolejnych czynników, takich jak: (i) wsparcie polityczne, (ii) stabilność finansowania, (iii) partnerstwo, (iv) potencjał organizacyjny, (v) ewaluacja programu, (vi) adaptacja programu, (vii) komunikacja, (viii) wpływ programu na przekonania, postawy i zachowania związane z celem programu, (ix) planowanie strategiczne. Ponadto w analizach i badaniach trwałości można spotkać inne domeny, takie jak np.: profesjonalna i społeczna świadomość dotycząca konkretnej kwestii (problemu) i jej znaczenia; budowanie umiejętności, tworzenie wspierających struktur i modyfikowanie środowiska społecznego, tak aby wspierało zachowania zdrowotne; integracja jednego lub więcej działań oraz grup wsparcia; podtrzymywanie partnerstwa. Zwraca przy tym uwagę, że różnym perspektywom teoretycznym i badawczym towarzyszy także odmienne spojrzenie poszczególnych interesariuszy na składowe i procesy związane z trwałością [26].

W niniejszym artykule przyjęto, że dla trwałości samorządowych PZ największe znaczenie mają: 1. zaplanowanie trwałości, 2. potencjał organizacyjny, 3. wsparcie polityczne, 4. partnerstwo, 5. monitorowanie i ewaluacja, 6. stabilność finansowa. Czynniki te są ze sobą ściśle powiązane.

### Zaplanowanie trwałości

W wielu istniejących schematach (tzw. modelach) planowania programów, które dążą do zmian w społeczności istnieją elementy poświęcone zaplanowaniu trwałości lub jej składowych. Na przykład PATCH (*Planned Approach to Community Health*) kładzie duży nacisk na budowanie koalicji (*alliances*) [27]. W modelu ABC jednym z trzech etapów planowania jest stworzenie planu kontynuacji [28]. Bracht i Kingsbury kwestie związane z trwałością przypisali do 2 spośród 5 etapów planowania całego przedsięwzięcia [29].

Szczegóły planowania trwałości podaje amerykańska CDC w specjalnym przewodniku, w którym zaleca następujące starania: a. doprowadzić do tego, aby wszyscy partnerzy koalicji rozumieli trwałość w taki sam sposób, b. stworzyć plan pracy trwałej koalicji, który uwzględni m.in. włączenie odpowiednich osób i podmiotów, częstość spotkań, efektywną komunikację między partnerami, c. wskazać sposoby zwiększenia

szansy na trwałość (np. stworzyć system komunikacji, zapewnić odpowiednie zasoby, stworzyć taką strukturę organizacji, która wspiera współpracę), d. dokonać przeglądu interwencji i działań, które aktualnie odbywają się w danej społeczności lub które odbędą się wkrótce oraz próbować połączyć te działania, e. stworzyć kryteria do oceny, jakie działania powinny być kontynuowane, f. zdecydować, co będzie kontynuowane i co jest priorytetem, g. opracować warianty kontynuacji priorytetów, h. stworzyć plan trwałości (kontynuacji), i. wdrożyć plan kontynuacji, j. ocenić rezultaty i zrewidować plan, jeśli jest to potrzebne [30].

### Potencjał organizacyjny

Organizacja programu, zwłaszcza w promocji zdrowia, powinna być wieloetapowa i wielopoziomowa. Wielu badaczy oddziaływań społecznych wykazało, że działania w społecznościach są coraz bardziej złożone pod względem swojej organizacji.

Programy w zakresie promocji zdrowia mogą koncentrować się na jednostkach, na siedliskach oraz szerszym kontekście społecznym – instytucjonalnym, prawnym czy politycznym [31]. Trwała poprawa stanu zdrowia grup społecznych wymaga skoordynowanych działań na tych trzech poziomach. Indywidualny poziom organizacyjny koncentruje się na informowaniu osób, edukacji oraz zmianie zachowań. Piśmiennictwo dostarcza wielu dowodów, że interwencje na tym poziomie są niewystarczające do poprawy stanu zdrowia zbiorowości ludzi, a bywają nawet szkodliwe (tzw. obwinianie ofiary). W przypadku braku innych poziomów interwencyjnych mają też niewielki wpływ na utrzymanie efektów, a więc nie zapobiegają nawrotom do poprzednich zachowań. Ponadto wymagają dużego zaangażowania pod względem liczby realizatorów oraz zasobów materialnych. Kolejny poziom, siedliskowy, koncentruje się na zmianach dotyczących środowiska i zwiększaniu dostępu do zasobów społecznych czy edukacyjnych, które promują zdrowie. Konieczne jest określenie dłuższych ram czasowych oraz systematyczny proces zarządzania zasobami. Poziom następny – systemowy, to działania o charakterze rozwoju społeczności (*community development*) czy akcji społecznej (*social action*), w których tworzy się nowe sieci partnerstw celem redystrybucji zasobów lub zmian w instytucjach i politykach. Poziom ten skupia się na szeroko rozumianych sprawach społecznych, aby zmienić prawne, polityczne, finansowe i instytucjonalne czynniki warunkujące zdrowie. Podobnie jak na poprzednim poziomie, konieczne są dodatkowe zasoby w długim okresie. W ujęciu Dahlgrena i Whitehead są to zaś cztery poziomy zharmonizowanego działania: a. poziom indywidualny, b. poziom społeczności, c. poziom warunków życia, d. poziom strukturalny (polityczny) [32].

PZ zmierzające do poprawy zdrowia zbiorowości ludzi i konstruowane w oparciu o dowody stają się zatem coraz bardziej skomplikowane, uwzględniają coraz więcej celów, zadań, strategii i metod. Konieczne staje się zintegrowanie działań programowych z funkcjami wielu innych podmiotów. Zaplanowanie i realizacja takich PZ wymaga posiadania niezbędnego potencjału organizacyjnego, w tym odpowiednich zasobów informacyjnych, materialnych i ludzkich – odpowiednio licznej i posiadającej odpowiednie kompetencje kadry.

Schreier [4] ponadto podkreśla rolę lidera (*program champion*), osoby mającej duży wpływ na działania organizacyjne, która kreśli wizję i scala działania na poszczególnych poziomach organizacyjnych, czym przyczynia się do trwałości i stabilności programów.

### Wsparcie polityczne

Bez względu na fakt, jak dobrze zaplanowane są działania w konkretnym programie, niedostateczne wsparcie polityczne może prowadzić do braku kontynuacji i trwałości. W klasycznej pracy Davida Eastona na temat systemów politycznych wsparcie zostało opisane w następujący sposób: „możemy powiedzieć, że A wspiera B lub A działa w imieniu B albo nastawia się korzystnie wobec B. B może być osobą lub grupą; może być celem, ideą lub instytucją”. Tak rozumiane wsparcie może być jawne (polega na działaniu) albo ukryte (polega na posiadaniu korzystnej postawy, wspierającego stanu umysłu) [33].

Wsparcie jawne może pochodzić z różnych poziomów i różnych organizacji oraz przybierać różne formy, takie jak np. udzielenie zgody na dane przedsięwzięcie, wpisanie danego kierunku działania do własnej agendy albo rzecznictwo w sprawie danego PZ lub danego problemu zdrowotnego. Spektakularnym przykładem roli jawnego wsparcia politycznego są wyniki oceny efektów programu edukacyjnego powiązanego ze szczepieniem przeciwko WZW typu B w Polsce. Najważniejszym czynnikiem upowszechnienia edukacji i szczepień było wsparcie władz lokalnych [34]. Przykładem jawnego wsparcia politycznego z różnymi szczeblami jest program *Avahan, the India Initiative*, ukierunkowany na profilaktykę HIV/AIDS, zainicjowany w 2003 r. i wspierany przez fundację Billa i Melindy Gates. Program wykazał, że dobrze zaplanowany i zarządzany program przyniósł efekty zdrowotne [35, 36].

Programy wymagają jednocześnie wsparcia ukrytego i tzw. woli politycznej. Wola taka jest przejawem społecznego zrozumienia i poparcia danej kwestii. Odzwierciedla oczekiwania społeczne oraz zobowiązanie do wsparcia lub modyfikacji starych programów albo do tworzenia nowych. Wola polityczna jest procesem gromadzenia zasobów do realizacji polityki oraz programów [37].

Należy podkreślić, że wsparcie może być w Polsce rozumiane jako pomoc, która pochodzi z najwyższych poziomów władzy, tymczasem mogą go udzielać różne osoby i podmioty, w tym społeczeństwo obywatelskie. Wsparcie krajowych i międzynarodowych liderów politycznych jest natomiast ważne w inicjatywach o zasięgu światowych [38].

### Partnerstwo i jego podtrzymanie

Istnieje wiele przykładów tworzenia PZ z udziałem wyspecjalizowanych sojuszy (partnerstw), w których biorą udział różne podmioty z sektora publicznego, prywatnego i pozarządowego reprezentując przy tym różne obszary życia społecznego. W piśmiennictwie współwystępują określenia, jak np.: sieci, koalicje, sojusze (partnerstwa) czy konsorcja, przy czym według niektórych badaczy wymienione formy współpracy różnią się pod względem funkcji, organizacji i struktury [39]. Ogólnie można powiedzieć, że na poziomie makro partnerstwa dążą do zmiany systemowych i politycznych uwarunkowań zdrowia, podczas gdy te z poziomu mikro (np. gmina) koncentrują się raczej na determinantach intra- i interpersonalnych (behawioralnych i psychospołecznych) oraz środowiskowych, takich jak np. zwiększenie dostępności świadczeń.

Zazwyczaj im większe zaangażowanie społeczności lokalnej i laików, tym większy sukces [40]. Spektakularnym przykładem jest sukces programu z Płn. Karelii, w którym pracowali liderzy opinii społecznej [41]. Duże znaczenie ma włączenie adresatów programów we wszystkie fazy planowania, realizacji i oceny programu. Podtrzymanie partnerstwa można uzyskać za pomocą m.in. dobrego systemu komunikacji, transparentności, podziału pracy i zakresów odpowiedzialności.

### Monitoring i ewaluacja

Czynności te należą do najtrudniejszych elementów planowania i realizacji PZ. Poświęcono im dziesiątki podręczników w piśmiennictwie międzynarodowym, ale tylko nieliczne w języku polskim [42]. Trzeba podkreślić, że monitorowanie (analiza) i ewaluacja (ocena) różnią się od audytu. Jednym z kryteriów stosowanych w ewaluacji jest trwałość. 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?

Ustawa uznaje, że zadaniem własnym JST jest nie tylko opracowywanie i realizacja PZ, ale również ocena ich efektów. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia [43] wśród informacji o zrealizowanych i planowanych programach zdrowotnych, które są przekazywane do ministerstwa, JST podają tylko: nazwę i cel programu, czas trwania, teren na którym jest realizowany, charakterystykę populacji oraz liczbę osób objętych programem, a także realizatorów. W schemacie zalecanym przez AOTM do tworzenia PZ w części poświęconej monitorowaniu i ewaluacji oczekuje się opisu: a. oceny zgłaszalności do programu, b. oceny jakości świadczeń, c. oceny efektywności programu mierzonej poprzez porównanie stanu wyjściowego i końcowego. Poradnik dla samorządowców [18] zaleca zaś tylko wykonywanie monitorowania i kontroli (czyli audytu), przy czym sugerowane wskaźniki monitorowania należą raczej do kręgu ewaluacji krajowej polityki zdrowotnej. W efekcie tych zasad JST nie mają impulsu do prowadzenia kompleksowego monitorowania i pełnej ewaluacji PZ. Jakkolwiek prowadzenie monitoringu i ewaluacji jest trudne, wymaga zasobów ludzkich i finansowych, to jednak zrezygnowanie z tych prac powoduje, że tracimy bezpowrotnie szansę na poprawę PZ, a prawdopodobnie marnujemy na masową skalę publiczne pieniądze.

### Stabilność finansowa

Już ponad dwadzieścia lat temu zauważono, że wiele PZ „umiera” po ustaniu finansowania. Na przykład w 20 klinikach planowania rodziny w Meksyku, Brazylii i Dominikanie w momencie wyczerpywania środków finansowych najczęstszą strategią było zwiększenie opłat od pacjentów. W większości klinik skutkiem wprowadzenia opłaty było zmniejszenie liczby pacjentów, zwłaszcza uboższych. Kilka placówek szukając nowych rozwiązań znalazło dodatkowe źródła finansowania, takie jak darowizny od lokalnych grup społecznych, wprowadzenie zróżnicowanych usług i możliwości wyboru tańszych świadczeń [44]. Zjawisko zamierania bardzo skutecznych programów obserwowano również w krajach wysokorozwiniętych, jak np. w USA [45].

Obecnie do osiągnięcia trwałości zaleca się wiele metod, niemniej kwestia stabilizacji finansowej nie straciła na znaczeniu i powinna być zaplanowana. Podkreśla się, że dla długowieczności PZ ważne są zróżnicowane źródła oraz metody finansowania [46] i wymienia np. [47]: włączenie działań i usług organizacji, która ma podobną misję działania, wykorzystanie wspólnych zasobów organizacji uczestniczących, ubieganie się o dotacje, zabieganie o wsparcie rzeczowe, *fundraising*, wprowadzenie opłat, ubieganie się o wpływy z podatków, ustalenie składek członkowskich.

### Podsumowanie

Wiele zagranicznych agencji zdrowia publicznego i fundacji (np. CDC, Robert Wood Johnson Foundation, California Health Care Foundation, Kaiser Permanente) do akceptacji programu lub jego dofinansowania wymaga dostarczenia dowodów na prawdopodobieństwo kontynuacji programu lub finansowania go z wielu źródeł, ponieważ zwiększa to szansę na długofalowe działania. Wymóg ten jest podyktowany współczesnymi potrzebami zdrowotnymi, dowodami naukowymi na temat skuteczności działań prozdrowotnych, zasadami etycznymi i odpowiedzialnością za działania zdrowia publicznego. Programy zazwyczaj potrzebują czasu, aby osiągnąć pewien poziom dojrzałości i zamierzone rezultaty.

Od lat podkreśla się, że lokalne programy zdrowotne w Polsce są bardzo niedoskonałe i konieczne jest usprawnienie systemu ich opracowywania i monitorowania [48-51]. Przeprowadzona własna analiza projektów samorządowych PZ pokazuje, że jednostki te wykorzystują głównie biomedyczne podejście typu „top-down”, które jest zazwyczaj mniej skuteczne w poprawie zdrowia populacji niż podejście społeczno-środowiskowe „bottom-up”. Zdecydowana większość tych programów polegała na prowadzeniu akcji szczepień ochronnych, na oferowaniu diagnostyki, ułatwianiu leczenia i rehabilitacji albo miała charakter pomocowy. Znaczna część była zaplanowana na okres jednego roku i nie wiadomo, czy były powtarzane. Jednocześnie kontynuacja działań i trwałość programów JST nie były wymagane. Aktualnie, zgodnie z nowelizacją ustawy, pod auspicjami wojewody będą raz na pięć lat opracowywane Regionalne (wojewódzkie) Mapy Potrzeb Zdrowotnych (art. 95a), określające liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywracania lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców. Mapy te mają być podłożem dla programów polityki zdrowotnej realizowanych przez JST i być może będą miały wpływ na planowanie trwałości programów.

Wdrażanie programów w okresie dłuższym niż rok umożliwia lepsze rozplanowanie zadań, zmniejsza presję czasu oraz sprzyja ewaluacji PZ. Pozwala efektywniej gromadzić i wykorzystywać zasoby materialne oraz ludzkie. Ułatwia budowanie zaufania społecznego do władzy, wsparcie społeczne dla innych inicjatyw, niezwiązanych ze zdrowiem, tworzy kapitał społeczny.

Oczywiście, istnieją okoliczności, w których przerwanie programu jest jak najbardziej właściwe, na przykład gdy po pewnym czasie od wdrożenia okazuje się, że pojawiają się bardziej odpowiednie i opłacalne metody realizacji przyjętego celu.

## Piśmiennictwo / References

1. Porta M. A Dictionary of Epidemiology. Wyd 6. Oxford University Press, Oxford 2014: 228.
2. Tones K, Green J. Health Promotion: Planning and Strategies. SAGE, London 2004: 110.
3. Keleher H, MacDougall C, Murphy B. Understanding health promotion. Oxford University Press, Australia 2007: 116-118.
4. Scheirer MA. Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *Am J Eval* 2005, 26(3): 320-347.
5. Shediak-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ Res* 1998, 13(1): 87-108.
6. Schell SE, Luke DA, Schooley MW, et al. Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implement Sci* 2013, 8: 15.
7. Kozłowski S. Droga do ekorozwoju. PWN, Warszawa 1994.
8. Mikłaszewski A. Ekorożwój – rozwój zrównoważony. *Pr Nauk Inst Gór Politech Wroc* 2000, 87: 39-46.
9. United Nations. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future 1987.
10. The United Nations Conference on Environment and Development. Rio Declaration on Environment and Development, Rio de Janeiro 3-14 June 1992.
11. Horton R, Beaglehole R, Bonita R, Raeburn J, McKee M, Wall S. From public to planetary health: a manifesto. *Lancet* 2014, 9920(383): 847.
12. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. *Dz.U.* 1990 nr 16 poz. 95 z późn. zm.
13. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym. *Dz.U.* 1998 nr 91 poz. 578 z późn.zm.
14. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa. *Dz.U.* 1998 nr 91 poz. 576 z późn.zm.
15. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. *Dz.U.* 2004 nr 210 poz. 2135 z późn.zm.
16. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. *Dz.U.* 2008 nr 164 poz. 1027
17. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. *Dz.U.* 2011 nr 112 poz. 654 z późn.zm.
18. Kłosowska B, Rudka R, Skóbel B i wsp (red). Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować? Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013: 36. <http://www.mp.pl/opzg/publikacje>
19. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann* 2004, 27: 121-133.
20. Pluye P, Potvin L, Denis JL, et al. Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promot* 2004, 19(4): 489-500.
21. Pluye P, Potvin L, Denis JL, et al. Program sustainability begins with the first events. *Eval Program Plann* 2005, 28: 123-137.
22. Montemurro GR, Raine KD, Nykiforuk CIJ, et al. Exploring the process of capacity-building among community-based health promotion workers in Alberta, Canada. *Health Promot Int* 2014, 29(3): 463-473.
23. Johnson K, Hays C, Center H, et al. Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. *Eval Program Plann* 2004, 27: 135-149.
24. Stirman SW, Kimberly J, Cook N, et al. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci* 2012, 7: 17.
25. Vermeer AJ, van Assema P, Hedahl B, et al. Factors influencing perceived sustainability of Dutch community health programs. *Health Promot Int* 2013 Sep 9.
26. Hanson HM, Salmoni AW. Stakeholders' perceptions of programme sustainability: findings from a community-based fall prevention programme. *Public Health* 2011, 125(8): 525-532.
27. U.S. Department of Health and Human Services. Planned Approach to Community Health: Guide for the Local Coordinator. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
28. De Vries H. Planning and evaluating health promotion. [in:] *Evaluating Health Promotion*. Scott D, Weston R (eds). Stanley Thorne, Cheltenham, UK, 1998: 92-108.
29. Bracht N, Kingsbury L, Rissel C. A five-stage community organization model for health promotion: Empowerment and partnership strategies. [in:] *Health promotion at the community level: new advances*. Bracht N (ed). Wyd 2. Sage, Thousand Oaks 1999: 83-104.
30. Centers for Disease Control and Prevention. A Sustainability Planning Guide for Healthy Communities. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. [http://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/pdf/sustainability\\_guide.pdf](http://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/pdf/sustainability_guide.pdf)
31. Swerissen H, Crisp BR. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promot Int* 2004, 19(1):123-130.
32. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Future Studies. Stockholm 1991.
33. Easton D. An approach to the analysis of political system. *World Polit* 1957, 9(3): 383-400.
34. Przewłocka T. Evaluation of the hepatitis B prevention education programme in Poland. *Vaccine* 2000, 18(suppl 1): S46-S48.
35. Bennett S, Singh S, Ozawa S, et al. Sustainability of donor programs: evaluating and informing the transition of a large HIV prevention program in India to local ownership. *Global Health Action* 2011, 4.
36. Ng M, Gakidou E, Levin-Rector A, et al. Assessment of population-level effect of Avahan, an HIV-prevention initiative in India. *Lancet* 2011, 378(9803): 1643-52.
37. Lezine DA, Reed GA. Political Will: A Bridge Between Public Health Knowledge and Action. *Am J Public Health* 2007, 97(11): 2010-2013.

38. Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet* 2007, 370(9595): 1370-79.
39. Laverack G. *A-z of health promotion*. Palgrave Macmillan, New York 2014: 3-6.
40. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promot Int* 1998, 13(2): 99-120.
41. Puska P, Koskela K, McAlister A, et al. Use of lay opinion leaders to promote diffusion of health innovations in a community programme: lessons learned from the North Karelia project. *Bull WHO* 1986, 64(3): 437-46.
42. Ostrowski Ł, Wiśnicka M. *Ewaluacja – jak to się robi? Poradnik dla programów PAFW*. Fundacja Pracownia Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia”, Warszawa 2013.
43. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje. *Dz.U.*2008 Nr163 poz. 1024.
44. Haws J, Bakamjian L, Williams T, et al. Impact of sustainability policies on sterilization services in Latin America. *Stud Fam Plann* 1992, 32(2): 85-96.
45. Goodman RM, Steckler AB. The life and death of a health promotion program: an institutionalization case study. *Int Q Community Health Educ* 1987, 8(1): 5-21.
46. Savaya R, Spiro S, Elran-Barak R. Sustainability of social programs a comparative case study analysis. *Am J Eval* 2008, 29(4): 478-493.
47. University of Kansas. Work Group for Community Health and Development. *Community Tool Box*. Chapter 42. Section 1. Developing a Plan for Financial Sustainability. <http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/finances/grants-and-financial-resources/financial-sustainability/checklist>
48. Kulmatycki L. Szacowanie wartości programów zdrowotnych zgłoszonych do realizacji – na podstawie doświadczeń dolnośląskich. *Probl Hig Epidemiol* 2005, 86(2): 123-126.
49. 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.
50. 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.
51. 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.