

# Logiczny model programu zdrowotnego, czyli jak przygotować skuteczny program polityki zdrowotnej w jednostce samorządu terytorialnego

## Logic model or how to develop an effective health program at local government unit

DOROTA CIANCIARA

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie modelu logicznego, tj. narzędzia bardzo użytecznego do planowania programów zdrowotnych oraz do zarządzania nimi. Model logiczny może być wykorzystany przez wszystkie podmioty, które planują i realizują programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej, w tym przez jednostki samorządu terytorialnego. W artykule omówiono składowe elementy modelu (nakłady, działania, produkty, rezultaty, oddziaływanie) oraz postępowanie w trakcie pracy z użyciem modelu logicznego. Model logiczny jest z powodzeniem stosowany do planowania programów o różnej tematyce od ok. 30 lat, toteż zaproponowano, aby jego opracowanie stało się częścią projektów programów nadsyłanych do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji celem ich zaopiniowania.

**Słowa kluczowe:** model logiczny, program zdrowotny, zdrowie publiczne

The aim of this article is to present a logic model as a very useful tool for health programs planning and management. The logic model can be used by all those who plan and implement health programs, including local government units. The article discusses the components of the model (inputs, activities, outputs, outcomes, impacts) and proceedings during the model development. The logic model has been successfully used for planning of programs focused on various topics for about 30 years, so it is proposed for use in draft programs that are sent to The Agency for Health Technology Assessment and Tariff System for the assessment purpose.

**Key words:** logic model, health program, public health

© Hygeia Public Health 2016, 51(3): 242-248

www.h-ph.pl

Nadesłano: 16.04.2016

Zakwalifikowano do druku: 10.09.2016

**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. 503 11 1778, e-mail: dcianciara3@gmail.com

## Wstęp

Zgodnie z nowelizacją prawa od 2015 r. ministrowie lub jednostki samorządu terytorialnego (JST) opracowują, wdrażają, realizują i finansują tzw. programy polityki zdrowotnej (PPZ), podczas gdy NFZ ma w gestii programy zdrowotne (PZ) [1]. PPZ i PZ zostały zdefiniowane jako: „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców” (art. 5, p. 29a, 30 Ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków

publicznych). Projekty PPZ podlegają opiniowaniu przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), ale opinia negatywna nie ma realnego wpływu na samorządową decyzję o wdrożeniu programu.

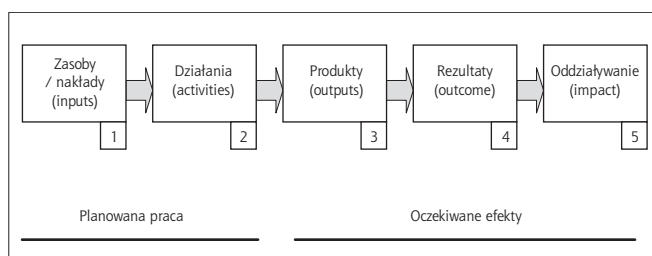
Agencja stworzyła schemat PPZ, który jest wzorowany m.in. na regulacjach Ministerstwa Zdrowia. Zalecany schemat oraz wskazówki do jego opracowania są jedynym formalnym standardem odnośnie do kształtu programu. Dotychczasowe doświadczenia pokazują dobitnie, że realizacja programów samorządowych natrafia na wiele przeszkód. Problemy dotyczą aspektów formalno-prawnych [2], ale polegają również na niskiej jakości projektów PPZ nadsyłanych do AOTMiT [3-7]. W świetle istniejącej sytuacji,

a także zadań wyznaczonych samorządom przez Ustawę o zdrowiu publicznym [8], niezbędne jest zapewnienie JST wsparcia merytorycznego, aby mogły lepiej planować i realizować swoje programy [9, 10]. Wsparciem tym może być tzw. *logic model* – logiczny model programu (LMP), który jest powszechnie stosowany m.in. w zdrowiu publicznym.

Celem artykułu jest wyjaśnienie: 1. charakteru oraz podłoża powstania LMP i 2. postępowania w trakcie pracy nad LMP.

### Charakterystyka i podłoże modelu logicznego

LMP jest stosowany na świecie do planowania programów o różnej tematyce od ok. 30 lat. Narzędzie to służy do usystematyzowania pracy nad programem. Ponadto służy do pokazania, jak będzie przebiegał dany program – ilustruje drogę, po której program zmierza do celu i efektów [11]. W najprostszej poglądowej postaci LMP przedstawia się następująco:



LMP jest zatem prezentacją programu, która:

- wyróżnia poszczególne elementy (składowe) programu
- określa oczekiwane stopniowane efekty
- pokazuje wzajemne zależności między składowymi.

Model pełni funkcję porządkującą i jest pomocą dla twórców oraz interesariuszy podczas planowania, wdrożenia, monitorowania i ewaluacji programu, a także zarządzania nim [12-14]. LMP pełni również funkcję wyjaśniającą, bowiem jest pomocny w komunikowaniu się związanym z programem – przedstawianiu go różnym podmiotom oraz wyjaśnianiu jego składowych. Z powodu tej właśnie funkcji LMP mógłby być wykorzystywany w procedurze opiniowania projektów PPZ, czyli dołączany do wniosku kierowanego do Agencji.

LMP jest często przedstawiany w postaci tabelarycznej, ale występuje też jako schemat blokowy (hierarchiczny lub cykliczny). Zapis w tabeli wydaje się łatwiejszy w obróbce. Zaleca się, aby (zwłaszcza dla celów komunikacji) stworzyć LMP, który mieści się na jednej kartce papieru w formacie A4 [15].

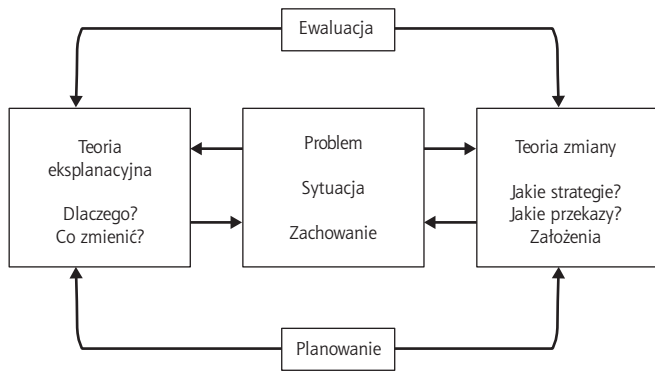
Należy podkreślić, że nie ma jednego, uniwersalnego LMP i w piśmiennictwie anglojęzycznym

występuje on w licznych odmianach, które mają różne składowe i różne nazwy, zwłaszcza związane z efektami programu. Przykładami różnych podejść są następujące składowe modelu:

- *inputs* → *process* → *outputs* → *otcomes*
- *inputs/resources* → *activities* → *outputs* → *effects*
- *resources* → *activities* → *outputs* → *outcomes* (*short-, long-term*)
- *resources* → *activities* → *ouputs* → *short & long-term outcome* → *impact*
- *situation* → *inputs* → *outputs* (*activities, participation*) → *outcome-impact* (*knowledge, actions, conditions*)
- *situation* → *inputs* → *outputs* (*activities, participation*) → *outcome-impact* (*short-, medium-, long-term*)
- *situation analysis* → *priority setting* → *inputs* → *activities* → *outputs* → *outcomes* → *impacts*.

Różnorodność nomenklatury występuje również w języku polskim i np. produkty (*outputs*) są nazywane rezultatami twardymi, a rezultaty (*outcome*) rezultatami miękkimi [16]. Z powodu trudności z tłumaczeniem na język polski w powyższym zestawieniu posługiwano się terminologią angielską. Poza tym trzeba odnotować, że *logic model* jest określany również jako: *blueprint, casual chain, chain of reasoning, conceptual map, logical framework, model of change, performance framework, program theory, rationale, roadmap, theory of action, theory of change* [17, 18].

Pierwsze użycie modelu logicznego przypada na koniec lat 70. XX w. [15]. Jego prekursorem jest podejście matrycy logicznej (LFA – *Logical framework approach*) i zawarta w nim matryca/rama logiczna (*logical framework matrix, logical matrix, logframe matrix*) [19-21]. Jest to szeroko stosowana metoda planowania, monitorowania i ewaluacji projektów rozwojowych stworzona w 1969 r. przez *US Agency for International Development*. Zrozumienie istoty tej metody jest bardzo przydatne w planowaniu PPZ oraz w opracowaniu LMP. Można powiedzieć, że model logiczny jest uproszczoną wersją matrycy. Podejście matrycy (jak również LMP) jest przykładem wykorzystania teorii działania (*ToA – Theory of Action*), ta zaś jest operacjonalizacją teorii zmiany (*ToC – Theory of Change*) w odniesieniu do danego programu. *ToA* wraz z *ToC* tworzą tzw. teorię programu [22]. Ogólniejsza *ToC* dotyczy dynamiki zmian w danym kontekście, procesów i mechanizmów, które powodują zmianę: analizuje stan początkowy, opisuje sekwencję zdarzeń, które mają doprowadzić do określonego skutku [23, 24]. *ToC* wraz z teoriami eksplanacyjnymi, wyjaśniającymi przyczyny istnienia problemu, w tym determinanty zachowań, są podstawą budowania wszystkich programów zdrowotnych, w tym profilaktycznych i promocji zdrowia [25]:



**Opracowywanie modelu logicznego programu zdrowotnego**

Omówienie LMP należy zacząć od kwestii terminologicznych. Będzie tu używany termin program, a nie projekt czy interwencja lub inicjatywa. Czynności wykonywane w trakcie programu będą nazywane działaniami, a nie interwencjami (jak podaje schemat AOTMiT). Do opisu efektów PPZ zostaną zastosowane terminy, które są powszechnie stosowane we wnioskach o dofinansowanie ze środków UE, czyli:

produkt, rezultat i oddziaływanie. Umiejętność odróżnienia produktów od rezultatów i oddziaływań, czyli stopniowanie efektów działania, ma podstawowe znaczenie dla konstrukcji PPZ oraz LMP. Trzeba zaznaczyć, że tworzenie LMP powinno być pracą zespołową z interesariuszami [26, 27].

Spośród różnych podejść do LMP najbardziej użyteczny dla osób o niewielkim doświadczeniu w planowaniu programów będzie model zawierający (zestawienie 1):

- sytuację
- nakłady
- działania
- produkty
- rezultaty krótkoterminowe
- oddziaływanie średnioterminowe
- oddziaływanie długoterminowe.

Zaproponowany model odpowiada konstrukcji PPZ oczekiwanej przez AOTMiT, chociaż opisuje go w innej kolejności. W pewnym sensie można powiedzieć, że opisuje program od końca!

Zestawienie 1. Etapy pracy nad modelem logicznym/ stages of logic model completion

1. Sytuacja ➔ 2. Nakłady ➔ 3. Działania ➔ 4. Produkty ➔				Efekty programu		
				5. Rezultaty krótkoterminowe	Oddziaływanie	
					6. Średnioterminowe	7. Długoterminowe
1. Analiza sytuacji w danej populacji	8. Siły i środki potrzebne do realizacji wybranych strategii (np. szczepionki; urzędnicy; personel; standardy i procedury wykonania; materiały edukacyjne; fantomy; sale do ćwiczeń)	9. Działania zgodne z wybranymi strategiami (np. przeprowadzenie szczepień; wykonanie badań; szkolenie personelu; informacja o programie; rekrutacja uczestników; współpraca z domami kultury; dystrybucja materiałów edukacyjnych; sesje edukacyjne)	10. Mierzalne surowe wyniki działań (np. zakończenie cyklu szczepień u 220 dzieci; przeprowadzenie 680 badań diagnostycznych; opracowanie programu szkoleń; rozpienie 30 plakatów w 10 różnych lokalizacjach; odbycie 5 spotkań rekrutacji w 2 domach kultury; dystrybucja 500 broszur; udział 60 osób)	11. Mierzalne efekty krótkotrwałe (np. zwiększenie odsetka dzieci zaszczepionych z 10 do 20%; nabycie umiejętności prawidłowej kontroli glikemii u 50% uczestników programu; duża przydatność szkoleń w ocenie 75% uczestników)	12. Mierzalne efekty średnioterminowe (np. zmniejszenie odsetka osób cukrzycą z 26 do 20% w gminie/powiecie... w ciągu 5 lat; zmniejszenie liczby zachorowań/zapadalności na... wśród... o 10 p.p. w gminie/powiecie... w ciągu 5 lat; zmniejszenie liczby powikłań z powodu... o 5 p.p. w gminie/powiecie... w ciągu 5 lat; 45% uczestników szkoleń stosuje zrównoważoną dietę po 12 miesiącach od zakończenia kursu)	13. Mierzalne efekty długoterminowe (np. zmniejszenie umieralności z powodu... w gminie/powiecie... w ciągu 10 lat; zwiększenie przeciętnego trwania życia o 2 lata w gminie/powiecie... w ciągu 10 lat; poprawa samooceny zdrowia/jakości życia u 50% uczestników w ciągu 3 lat)
2. Wybór problemu zdrowotnego (priorytet) 3. Analiza przyczyn ww. problemu, (np. system zdrowia; środowisko społeczne, materialne; polityka; edukacja; zachowania) 4. Wybór strategii działania, zmiana przyczyn problemu (np. poprawa dostępu; szczepienia; diagnostyka; edukacja) 5. Wybór grupy docelowej (np. podmioty lecznicze, lekarze, pacjenci) 6. Analiza motywacji do zachowań grupy docelowej 7. Wybór metod i kanałów dostępu						
↑ ↓ Założenia				↑ ↓ Czynniki zewnętrzne		

Pierwszą wersję modelu najlepiej jest przygotować odrębnie [28]. Pracę zaczynamy od podzielenia kartki papieru na 6-7 kolumn i nadania im odpowiednich nazw. Model tworzy się od lewej do prawej strony (zgodnie z kierunkiem strzałek w zestawieniu 1). Informacje dotyczące kolumny 1 (sytuacja) są zazwyczaj bardzo rozbudowane, toteż można zrezygnować z tej kolumny, a informacje te opisać oddzielnie. U dołu kartki po lewej stronie podaje się założenia (wewnętrzne), czyli nasze przekonania np. na temat sytuacji, programu, osób uczestniczących oraz warunków, w jakich będzie przebiegał program (np. zakładamy, że sytuacja została odpowiednio rozpoznana i ma miejsce, cel jest osiągalny zgodnie z danymi z piśmiennictwa, będziemy mieć do dyspozycji wymagane siły i środki, a podjęte działania rzeczywiście trafią do adresatów). Z prawej strony opisuje się czynniki zewnętrzne, czyli okoliczności w jakich będzie funkcjonował program, które mogą mieć na wpływ na jego przebieg, a realizatorzy nie mają na niego wpływu (np. wpływ, jaki będą mieć inni świadczeniodawcy lub kampanie informacyjne) [29]. Czynniki te stanowią tzw. ryzyko programu, które zawsze trzeba brać pod uwagę.

Wypełnianie kolumn 2-7 odbywa się z zastosowaniem zasady „jeżeli – to”, czyli w następujący sposób: jeżeli nasze założenia są słuszne i poniesiemy takie nakłady, to będziemy mogli przeprowadzić następujące działania; jeżeli przeprowadzimy takie działania, to powstaną następujące produkty; jeżeli powstaną takie produkty, to uzyskamy następujące rezultaty; jeżeli uzyskamy takie rezultaty, to oddziaływanie będzie następujące.

1. Sytuacja. W tej fazie planowania PPZ i tworzenia LMP należy:

- rozpoznać sytuację danej społeczności
- wybrać jeden priorytetowy problem zdrowotny (uwaga: w jednym PPZ można zmierzyć się z jednym problemem, programy skierowane na kilka problemów są dużo bardziej skomplikowane i osoby o małym doświadczeniu powinny ich unikać)
- zanalizować i ustalić przyczyny tego problemu
- wybrać tę przyczynę/te przyczyny problemu, które będą zmieniane w PPZ, a więc ustalić kierunek zmian, czyli strategię postępowania w oparciu o zasady zdrowia publicznego opartego na dowodach (EBPH – *Evidence based public health*) (uwaga: w jednym programie można odnieść się do co najwyżej do 3-4 przyczyn)
- wybrać grupy docelowe PPZ, a więc grupy których zachowanie chcemy wywołać/zmienić (np. rodzice dzieci) oraz grupy, które będą wprowadzać takie zmiany w zachowaniu (np. nauczyciele, pielęgniarki, lekarze, itp.)
- zanalizować motywacje do zmian w zachowaniu w grupach docelowych i ustalić jakie motywacje

należy zmieniać (np. wiedzę, świadomość, tzw. samoskuteczność, normy, wsparcie, dostęp)

- wybrać metody przyszłego działania.

W trakcie takiej analizy pomocne są różne teorie, metody i narzędzia, takie jak np.:

- metody badań społecznych (np. sondaże, wywiady, tzw. fokusy, testy psychologiczne)
- metody wyboru priorytetów do działania, tzw. macierze strategii (*strategy grid*)
- drzewo przyczyn problemu i drzewo celów działania
- schematy planowania programów zdrowotnych (zestawienie 2),
- teorie eksplanacyjne genezy/zmiany zachowań (np. model przekonań zdrowotnych, teoria planowanego zachowania/działania, transteoretyczny model zmiany, dyfuzja innowacji).

Ponadto istotne jest posługiwanie się zasadami EBPH (*Evidence Based Public Health*). Informacji o takim instrumentarium należy szukać w piśmiennictwie oraz Internecie, zazwyczaj w zasobach angielskojęzycznych.

Zestawienie 2. Specyfika wybranych schematów planowania programów zdrowotnych/specifics of selected schemes of health program planning

Schemat (tzw. model planowania)	Silne strony schematu
<i>Project cycle management</i> + <i>Logical framework approach</i>	podstawowe narzędzia, na których opiera się dofinansowanie projektów z funduszy UE
PRECEDE-PROCEED	epidemiologiczna, behawioralna, środowiskowa, edukacyjna, strukturalna i polityczna diagnoza problemu zdrowotnego i jego przyczyn
I-PLAN	motywacje do zachowań zdrowotnych, w tym determinanty intra-, interpersonalne i społeczne
PEN-3	kulturowe determinanty zachowań
<i>Five-Stage Community Organization Model for Health Promotion</i>	upodmiotowienie społeczności, strategię partnerstwa
VMOSA ( <i>Vision, Mission, Objectives, Strategies, Action Plans</i> )	planowanie strategiczne, długofalowe, korzystne dla nowej organizacji
MAPP ( <i>Mobilizing for Actions through Planning and Partnerships</i> )	interaktywny proces tworzenia planów, włączenie interesariuszy

Etap ten ma charakter diagnostyczno-strategiczny i wymaga znacznego wkładu pracy, najlepiej zespołowej. Powinien tu zostać wyłoniony cel główny programu (*goal*), który będzie odnosić się do wybranego priorytetowego problemu zdrowotnego. Powinien powstać również zarys celów szczegółowych (*objectives*), ale ich ostateczny kształt ustala się później, ponieważ cele te (inaczej zadania) odnoszą się do rezultatów lub oddziaływania PPZ lub ewentualnie do działań. Z reguły cele szczegółowe są odbiciem rezultatów albo oddziaływań. Można powiedzieć, że cele szczegółowe są ścieżkami prowadzącymi do celu głównego.

Cel główny jest dość ogólnym zdaniem, które formułuje się w taki sposób, aby zawierało informację o: problemie zdrowotnym, kto będzie podmiotem/beneficjentem programu i jakie korzyści odniesie. Zwykle dodaje się też informację o czasie, w którym wystąpią te korzyści. Przykładowo celem głównym PPZ może być: poprawa wykrywalności/zwiększenie wczesnej wykrywalności choroby XYZ u osób dorosłych w wieku 45+ w latach 2016-2018. Z zasady cel główny – w przeciwieństwie do celów szczegółowych – nie musi (choć może) być sformułowany zgodnie z zasadą SMART (patrz dalej) [30]. Wszystkie następne kroki będą podporządkowane celowi głównemu [31].

2. Nakłady. Na tym etapie planuje się szczegółowo fundusze, zasoby ludzkie i materialne niezbędne do zrealizowania celu głównego i wytypowanych strategii realizacji. Nierzadko już na tym etapie powstaje potrzeba zawężenia celu głównego, ponieważ nie dysponujemy wkładem odpowiednim do ambitnego celu PPZ.

3. Działania. Etap zaczyna się od rozumowania: jeżeli użyjemy takich sił i środków, to będziemy mogli zrealizować następujące działania. Najczęściej okazuje się, że na wcześniejszym etapie nie przewidzieliśmy konieczności posiadania jakichś zasobów. Wtedy trzeba cofnąć się do etapu 2 (nakłady), a czasem nawet etapu 1, tj. do ponownego sformułowania celu głównego (sytuacja).

4. Produkty. Nadal obowiązuje zasada „jeżeli – to”. Na tym etapie określa się co „materialnego” wyprodukuje PPZ, czyli określa się np. liczbę badań diagnostycznych czy szkoleń, które mają być przeprowadzone albo liczbę uczestników czy partnerów. Produkty zazwyczaj odnoszą się do działania i uczestnictwa. Produkty PPZ są zarazem wygodnymi wskaźnikami do bieżącego monitorowania postępów programu, czego przykładem jest ocena zgłaszalności. W zasadzie wszystkie wymienione wcześniej działania powinny mieć swoje odpowiedniki w produktach. Niemniej należy też pamiętać, że w PPZ nie powinno się mierzyć wszystkiego.

Określenie produktów jest stosunkowo łatwe i z tego powodu w wielu (absolutnej większości!) znanych mi krajowych programach na tym etapie kończy się zarówno planowanie jak i ocenianie efektów. Przykładem takiego podejścia są np. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2008 i 2015 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje [32, 33] oraz stosowane do niedawna druki sprawozdawcze z realizacji Narodowego Programu Zdrowia [34].

Jednak produkty programu nie mówią niczego o jego rzeczywistych efektach. Na podstawie pro-

duktów nie można ocenić, czy niekorzystna sytuacja wyjściowa uległa jakiegokolwiek poprawie. Nie można zatem powiedzieć, czy wysiłek i pieniądze nie poszły na marne.

5. Rezultaty krótkoterminowe. Nadal działamy wg zasady „jeżeli – to”. Rezultaty krótkoterminowe odnoszą się do efektów PPZ, które można zmierzyć w krótkim okresie po programie, czyli np. w okresie tygodni lub miesięcy [35]. W takim okresie najłatwiej jest zmierzyć zmiany w statusie, wiedzy, postawach, przekonaniach, ale pod warunkiem, że znamy początkowe wartości dla tych wskaźników. Rezultatem może też być nabycie umiejętności przez uczestników, ale i w tym przypadku wskazane jest porównanie ze stanem początkowym. Innym rodzajem rezultatu może być np. jakość szkoleń albo ćwiczeń rehabilitacyjnych, która będzie oceniana na podstawie ankiet uczestników i nie wymaga posiadania informacji wyjściowych. Najtrudniejsze do określenia są rezultaty zdrowotne, takie jak np. wzrost liczby osób zgłaszających się do lekarza, wzrost liczby osób, które podjęły leczenie w wyniku edukacji, objęcie pogłębioną diagnostyką większej liczby osób.

Rezultaty programu powinny być podane w kategoriach mierzalnych, zgodnie z zasadą SMART, czyli powinny informować co się zmieni, u kogo, gdzie, o ile i w jakim czasie. Należy też ustalić w jaki sposób można zebrać te informacje. W istocie oznacza to, że na tym etapie planujemy również ewaluację programu (czyli mierniki efektywności wg AOTMiT). Jeśli nie ma możliwości zebrania odpowiednich danych lub przeprowadzenia badań, należy przeformułować rezultaty oraz zweryfikować etapy poprzednie. Jeśli istnieje możliwość zebrania takich informacji, to planowane rezultaty mogą być podstawą do sformułowania celów szczegółowych.

Zasada SMART oznacza, że cele szczegółowe powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, relewantne (ważne dla celu), terminowe (*specific, measurable, achievable, relevant, time-bound*). Istnieją inne rozwinięcia skrótownicy SMART [36].

6. Oddziaływanie średnioterminowe. Jeżeli uzyskamy powyższe rezultaty, to powinniśmy osiągnąć efekt lub efekty, które są widoczne w okresie miesięcy lub lat, jak np. zwiększenie odsetka osób leczonych, zmiany w zachowaniach czy politykach. Ważne jest stopniowanie efektów, zachowanie proporcji między rezultatami a oddziaływaniami w taki sposób, aby rezultaty były mniejsze/węższe. Oddziaływanie to powinno być określone w kategoriach SMART. Powinno odnosić się do wzrostu lub spadku – najlepiej wyrażonego w punktach procentowych (p.p.). Powinno być tak sformułowane, aby pokazać skalę osiągnięcia celu głównego.

Patrząc realnie na PPZ realizowane przez JST, a zwłaszcza ich trwałość (a ściślej – jej brak), pracę nad LMP można zakończyć na określeniu oddziaływania średnioterminowego i zamknięciu klamry łączącej je z celem głównym. Niemniej w rozbudowanych i długotrwałych programach to właśnie oddziaływania średnioterminowe mogą być podstawą formułowania celów szczegółowych. Zależy to również od konstrukcji programu oraz możliwości prowadzenia ewaluacji.

7. Oddziaływanie długoterminowe. Dotyczy ono efektów osiąganych w skali lat i dekad, toteż raczej nie ma zastosowania do samorządowych PPZ, których nie planuje się na wiele lat. Oddziaływania średnioterminowe, a zwłaszcza długoterminowe są najłatwiejsze do wyobrażenia sobie, ale najtrudniejsze do zmierzenia (np. zmniejszenie zapadalności/umieralności na choroby przewlekłe). Jeżeli dana JST jest w stanie prowadzić wieloletni program i oceniać jego efekty w długiej perspektywie, to oddziaływanie długoterminowe powinno odzwierciedlać skalę osiągnięcia celu głównego, a średnioterminowe celów szczegółowych.

## Podsumowanie

Kończąc trzeba zaznaczyć kilka kwestii. Po pierwsze, LMP jest rodzajem łamigłówki – układanki, która wymaga kombinowania. Jej zasadnicze składowe (nakłady, działania, produkty, rezultaty, oddziaływania) są niezmiennie, ale ich zawartość różni się między programami. Programy o różnych celach różnią się z powodu odmienności celu. Programy o takim samym celu różnią się z powodu odmienności warunków, w jakich przebiegają. Dlatego podane w artykule przykłady mogą być wskazówką, ale nie są wzorcem. Ostatecznym kryterium poprawności LMP jest spójność wewnętrzna.

Po drugie, planowanie PPZ i tworzenie LMP nie jest procesem liniowym. Polega zaś na wielokrotnych powrotach do kwestii, które wcześniej wydawały się ustalone. Zazwyczaj pracę zaczyna się od wyznaczenia ambitnych dalekosiężnych celów, ale dalsze etapy zmuszają do zawężania pola działania.

Po trzecie, planowanie programów zdrowotnych i zarządzanie nimi jest zadaniem trudniejszym niż mogłoby się to wydawać. Wynika to m.in. z niejednoznaczności nazewnictwa używanego w piśmiennictwie, istnienia licznych i ważnych koncepcji uzupełniających podstawowy nurt planowania, konieczności podporządkowania się twardym regułom ewaluacji i EBPH oraz podejmowania współpracy. Niezbędna jest umiejętność logicznego, krytycznego i systemowego myślenia. Podręcznik oxfordzki stwierdza nawet, że „nie wszyscy jesteśmy jednakowo zdolni do planowania i logistyki” [37].

Po czwarte, wymagane jest, aby nadesłany do Agencji projekt PPZ miał sprecyzowany cel główny, cele szczegółowe i inne elementy. Ten sposób planowania odpowiada podejściu profilaktycznemu, *top-down*, w którym wybór tematu, celu i metod jest domeną profesjonalistów ochrony zdrowia i decydentów. Jednakże w programach promocji zdrowia, opartych na modelu siedliskowym, *bottom-up*, tematy, cele i metody (także ewaluacji!) ustala się w długotrwałym procesie współpracy ze społecznością. Sam proces ich ustalania jest już częścią programu – działaniami. Istniejące zasady formalne powodują zatem, że do AOTMiT można zgłosić tylko taki projekt programu promocji zdrowia, który w istocie trwa już od pewnego czasu i osiągnął taki stopień dojrzałości, aby sprecyzować temat, cele, itd. Może to stanowić poważną trudność dla realizatorów.

## Piśmiennictwo / References

1. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015, poz. 581 z późn. zm.).
2. Głanowski G. Kontrowersje wokół realizacji samorządowych programów zdrowotnych. *Med Og Nauk Zdr* 2015, 21(2): 146-151.
3. Dudzik K, Cianciara D, Zalewska E i wsp. Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część I. Problem zdrowotny, adresaci. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 84-89.
4. Zalewska E, Cianciara D, Lewczuk-Wesołowska A i wsp. Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część II. Aspekty finansowe. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 90-96.
5. Cianciara D, Rdzany R. Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 97-103.
6. Cianciara D, Lewczuk-Wesołowska A, Zalewska E i wsp. Trwałość samorządowych programów zdrowotnych. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 104-111.
7. Rdzany R. Krytyczna analiza lokalnych programów zakresu profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowia, przewidzianych do realizacji na szczeblu powiatów i gmin, zgłoszonych do Agencji oceny technologii medycznych. Raport. Warszawa, maj 2015 (maszynopis).
8. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015, poz. 1916.).
9. Leśniewska A, Posobkiewicz M, Kanecki K i wsp. Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce – w świetle badań ankietowych. *Hygeia Public Health* 2014, 49(3): 472-477.
10. Dubas K, Seweryn M, Koperny M. Samorządowe programy zdrowotne – praktyczne aspekty realizacji. *Hygeia Public Health* 2014, 49(4): 747-754.

11. W.K. Kellogg Foundation. Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action Logic Model Development Guide, January 2004. <https://www.wkcf.org/resource-directory/resource/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide> (16.04.2016).
12. Julian DA. The utilization of the logic model as a system level planning and evaluation device. *Eval Program Plann* 1997, 20(3): 251-257.
13. Dwyer JJ, Makin S. Using a program logic model that focuses on performance measurement to develop a program. *Can J Public Health* 1997, 88(6): 421-425.
14. Cooksy LJ, Gill P, Kelly PA. The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation. *Eval Program Plann* 2001, 24(2): 119-128.
15. Taylor-Powell E, Henert E. Developing a logic model: teaching and training guide. University of Wisconsin – Extension. Cooperative Extension Program Development and Evaluation, 2/29/2008. <https://fyi.uwex.edu/programdevelopment/files/2016/03/lmguidecomplete.pdf> (16.04.2016).
16. Kowalewska A. Poradnik dla wnioskodawcy: Jak przygotować dobry projekt, a potem przeprowadzić jego ewaluację. NBP, Warszawa 2015. [https://www.nbportal.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/50140/Poradnik-NBP-Jak-przygotowac-projekt-i-jego-ewaluacje.pdf](https://www.nbportal.pl/_data/assets/pdf_file/0010/50140/Poradnik-NBP-Jak-przygotowac-projekt-i-jego-ewaluacje.pdf) (16.04.2016).
17. McLaughlin JA, Jordan GB. Logic models: a tool for telling your program's performance story. *Eval Program Plann* 1999, 22(1): 65-72.
18. Silverman B, Mai C, Boulet S, O'Leary L. Logic Models for Planning and Evaluation A Resource Guide for the CDC State Birth Defects Surveillance Program Cooperative Agreement. CDC's Division of Birth Defects and Developmental Disabilities 2009. <http://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/models/resource1-evaluationguide2009.pdf> (16.04.2016).
19. European Commission. Aid delivery methods. Project cycle management guidelines. Brussels 2004. [https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403\\_en\\_2.pdf](https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403_en_2.pdf) (16.04.2016).
20. Komisja Europejska. Podręcznik – Zarządzanie Cyklem Projektu. Ministerstwo Gospodarki i Pracy, Warszawa 2004.
21. Puszczewicz B, Wosik E (red). Zarządzanie Cyklem Projektu. Przewodnik metodyczny. Fundacja „Fundusz Współpracy”, Warszawa 2007.
22. Hivos. What is the difference between ToC, Logframe and ToA? <http://www.hivos.net/Hivos-Knowledge-Programme/Themes/Theory-of-Change/Resources/6.-What-is-the-difference-between-ToC-Logframe-and-ToA> (16.04.2016).
23. Vogel I. Review of the use of 'Theory of Change' in international development. Review Report. UK Department for International Development, 2012. [http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/mis\\_spc/dfid\\_toc\\_review\\_vogeliv7.pdf](http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/mis_spc/dfid_toc_review_vogeliv7.pdf) (16.04.2016).
24. Vogel I. ESPA guide to working with theory of change for research projects. Directorate of the Ecosystem Services for Poverty Alleviation. <http://www.espa.ac.uk/files/espa/ESPA-Theory-of-Change-Manual-FINAL.pdf> (16.04.2016).
25. Rimer B, Glanz K. Theory at a Glance. A Guide For Health Promotion Practice. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health 2005. <http://www.sbccimplementationkits.org/demandrmnch/wp-content/uploads/2014/02/Theory-at-a-Glance-A-Guide-For-Health-Promotion-Practice.pdf> (16.04.2016).
26. Das BM, Petruzzello SJ, Ryan KE. Development of logic model for physical activity-based employee wellness program for mass transit workers. *Prev Chronic Dis* 2014, 11: 140124.
27. Knowlton LW, Phillips CC. Creating Program Logic Model. [in:] *The logic model guidebook. Better strategies for great results.* Knowlton LW, Phillips CC (eds). Sage, Los Angeles 2013: 34-47.
28. Colorado Department of Public Health and Environment. Colorado Health Assessment and Planning System (CHAPS). Phase VI: Develop a local public health improvement plan. <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe-lpha/steps-phase-vi-develop-local-public-health-improvement-plan> (16.04.2016).
29. University of Wisconsin-Extension. Program development and evaluation. Logic model. <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html> (16.04.2016).
30. Centers for Disease Control and Prevention. Developing Program Goals and Measurable Objectives. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. <http://www.cdc.gov/std/Program/pupestd/Developing%20Program%20Goals%20and%20Objectives.pdf> (16.04.2016).
31. Innovation Network. Logic model workbook 2010. <http://www.innonet.org/resources/logic-model-workbook> (16.04.2016).
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz.U. z 2008, nr 163, poz. 1024).
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz.U. z 2015, poz. 1867).
34. Sprawozdanie z realizacji celów i zadań Narodowego Programu Zdrowia w 2014 roku przez Starostwo Powiatowe/Urząd Miasta/Urząd Miasta i Gminy/Urząd Gminy. <http://www.powiat-olsztynski.pl/druki-sprawozdawcze-z-realizacji-narodowego-programu-zdrowia> (16.04.2016).
35. Centers for Disease Control and Prevention. Identifying the Components of a Logic Model. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. <http://www.cdc.gov/std/Program/pupestd/Components%20of%20a%20Logic%20Model.pdf> (16.04.2016).
36. Harris MJ. Developing initiatives: an overview. [in:] *Evaluation public and community health programs.* Harris MJ (ed). John Wiley & Sons, San Francisco 2010: 41-60.
37. Fien J. Programme planning and project management. [in:] *Oxford Handbook of Public Health Practice.* Guest C, Ricciardi W, Kawachi I, Lang I (eds). Oxford University Press, Oxford 2013: 518-519.