

Jak ulepszyć programy promocji zdrowia?

Część II. Planowanie programów

How to improve health promotion programs? Part II. Program planning

DOROTA CIANCIARA^{1,2/}, EWA URBAN^{1/}, KATARZYNA LEWTAK^{1/}, MARIA PIOTROWICZ^{1/},
MAŁGORZATA GAJEWSKA^{1/}

^{1/} Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

^{2/} Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

W wielu krajowych programach promocji zdrowia, w tym samorządowych programach polityki zdrowotnej oraz w programach dofinansowanych ze środków zagranicznych, występują dwie nieprawidłowości. Pierwsza dotyczy niewłaściwej interpretacji promocji zdrowia i najczęściej utożsamiana jest z promowaniem zdrowego stylu życia. Druga dotyczy planowania działań promocji zdrowia.

Celem artykułu jest wyjaśnienie zasad planowania programów promocji zdrowia. Zasady te opisano zwięźle i opatrzone komentarzami. Zastosowano formę komentarzy do sześciu etapów planowania programów promocji zdrowia proponowanych w Ontario (Kanada): 1. zarządzanie procesem planowania; 2. przeprowadzenie oceny sytuacji; 3. ustalenie celu(-ów), audytorium i zadań; 4. wybór strategii i działań oraz przydzielenie zasobów; 5. wybór wskaźników; 6. przegląd planu działania. Szczególną uwagę zwrócono na ostatni z etapów i opracowanie tzw. modelu logicznego, który pokazuje wzajemne relacje między wszystkimi składowymi programu i umożliwia wnikliwą ocenę własnego planu. Zaproponowano autorską wersję szablonu modelu logicznego przystosowaną do potrzeb mniej doświadczonych twórców programów.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która opiniuje projekty programów samorządowych zaleca schemat programu polityki zdrowotnej (PPZ) i podaje wskazówki do planowania i realizacji programów. Brakuje w nich jednoznacznych odniesień do promocji zdrowia, takich jak np. opis diagnozy sytuacji społecznej, sposobów zaangażowania i upodmiotowienia uczestników. Nie uwzględniono w nich także miękkich wskaźników jakości i skuteczności promocji zdrowia, np. wzrost samoskuteczności uczestników, stopień zaangażowania uczestników, wsparcie społeczne lub spójność społeczna.

Słowa kluczowe: *promocja zdrowia, programy zdrowotne, programy polityki zdrowotnej, planowanie, model logiczny*

In many national health promotion programs, including self-government health policy programs, and programs financed from foreign resources, we observe two irregularities. The first one concerns improper interpretation of health promotion and is most often associated with promoting a healthy lifestyle. The second involves the planning of health promotion activities.

The purpose of this article is to explain the principles of health promotion program planning. These principles are briefly described and commented upon. The form of comments for the six stages of health promotion programs planning proposed in Ontario (Canada) was used: 1. the planning process management, 2. situation assessment, 3. goal(s), audience and activities setting, 4. strategy and action selection and resource allocation, 5. indicators selection and 6. an overview of the action plan. Particular attention was paid to the last stage and the development of the logical model which shows the mutual relationships between all components of a program and allows a thorough assessment of the plan. The original version of the logical model template was adapted to the needs of less experienced authors of programs.

The Agency for Health Technology Assessment and Tariff System (AOTMiT), which reviews the local government programs, recommends a scheme for health policy program (HPP) and provides guidance for program planning and implementation. They lack explicit references to health promotion, such as, e.g., the social situation diagnosis description, ways of participants' involvement and empowerment. They do not include soft indicators of the health promotion quality and effectiveness, such as the increase in participants; self-efficacy, the degree of participants' involvement, social support or social cohesion.

Key words: *health promotion, health programs, health policy programs, planning, logic model*

© Hygeia Public Health 2018, 53(2): 107-113

www.h-ph.pl

Nadesłano: 21.09.2017

Zakwalifikowano do druku: 15.04.2018

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Ewa Urban

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. 22 542 13 63, e-mail: eurban@pzh.gov.pl

Wieloletnie doświadczenie zawodowe uczy, że w wielu krajowych programach promocji zdrowia (w tym samorządowych programach polityki zdrowotnej realizowanych na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych oraz w programach dofinansowanych ze środków zagranicznych) występują dwie nieprawidłowości [1-6].

Pierwsza dotyczy niewłaściwej interpretacji promocji zdrowia, przy czym najczęściej jest ona utożsamiana

z promowaniem zdrowego stylu życia. Druga nieprawidłowość dotyczy planowania działań promocji zdrowia i w znacznej mierze wynika z pierwszej.

Nie można poprawnie zaplanować działań zgodnie z duchem promocji zdrowia, jeśli jej rozumienie jest odstępstwem od sedna rzeczy. Do najczęściej spotykanych tu błędów można zaliczyć stawianie celów, które są niemożliwe do osiągnięcia (np. zmniejszenie umieralności) oraz wykorzystywanie nieadekwatnych metod (np. edukacja zdrowotna wśród dzieci prowadzona w celu zmniejszenia umieralności wśród dorosłych w perspektywie jednego roku). Błędy i potknięcia takie mogą być wynikiem wyboru rozwiązań najprostszych i niewymagających wysiłku, ale też braku umiejętności planowania promocji zdrowia. Wiele wskazuje, że większe znaczenie ma drugi czynnik: „W większości powiatów w skład zespołów projektowych wchodziłi przedstawiciele środowisk medycznych oraz urzędnicy. Rekrutowano pracowników z wykształceniem wyższym, posiadających doświadczenie z zakresu zarządzania projektami oraz wdrażania procedury o zamówieniach publicznych” [7]. Tymczasem zarządzanie jest inną umiejętnością niż ich planowanie [8]. Oba uchybienia mają rozstrzygające znaczenie dla przebiegu promocji zdrowia, a więc jej skuteczności i dlatego wymagają niwelowania.

Celem tego artykułu jest wyjaśnienie zasad planowania programów promocji zdrowia. Zasady te opisano zwięźle i opatrzone komentarzami, które zwracają uwagę na uchybienia widoczne w różnych programach promocji zdrowia. W części I artykułu przedstawiono zasadnicze różnice między profilaktyką chorób a promocją zdrowia (Jak ulepszyć programy promocji zdrowia. Część I. Istota promocji zdrowia. Hygeia Public Health 2018, 53(1): 9-15).

Schematy planowania programów

W piśmiennictwie opisano wiele schematów (tzw. modeli) planowania programów, w tym zdrowotnych, które koncentrują się na profilaktyce lub promocji zdrowia. Można tu wymienić przynajmniej:

- Zarządzanie cyklem projektu (*Project Cycle Management – PCM*), matryca logiczna;
- PRECEDE – PROCEED;
- PATCH (*Planned Approach to Community Health*);
- Model środowiskowej promocji zdrowia (*Community Organization Stages*);
- I-Plan (ABC);
- PEN-3;
- VMOSA (*Vision, Mission, Objectives, Strategies, Action Plans*);
- MAPP (*Mobilizing for Actions through Planning and Partnerships*);
- MAP-IT (*Mobilize, Assess, Plan, Implement, Track*).

Każdy schemat ma swoją specyfikę i kładzie nacisk na nieco inny element procesu planowania. Dla przykładu – PCM jest skoncentrowany na zarządzaniu projektami. PRECEDE-PROCEED skupia się na behawioralnych, środowiskowych i strukturalnych (edukacyjnych i politycznych) uwarunkowaniach problemu zdrowotnego. Uczy zatem pewnej pokory, ponieważ w żadnym programie nie można jednocześnie modyfikować wszystkich uwarunkowań i osiągnąć szybkiej poprawy sytuacji. Natomiast I-Plan oraz PEN-3 uwzględniają motywacje i wsparcie przy zmianie zachowania. W praktyce nierzadko dokonuje się syntezy różnych schematów, toteż zasadne byłoby znać je wszystkie.

Większość schematów planowania jest opisana w piśmiennictwie anglojęzycznym, niemniej istnieje kilka opracowań w języku polski, zwłaszcza z pogranicza edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia [9-13]. Trzeba pamiętać, że zarówno w języku angielskim, jak polskim, nie ma ujednoliconej nomenklatury.

Dobry plan programu promocji zdrowia

Według źródeł biznesowych dobry plan posiada następujące cechy:

- celowy, czyli dopasowany do celu;
- wykonalny, a więc możliwy do zrealizowania;
- niesprzeczny, tzn. każda czynność wcześniejsza umożliwia czynność późniejszą;
- operatywny, a więc łatwy w zrozumieniu, w opanowaniu jego treści;
- racjonalny, tj. oparty na rzetelnej wiedzy;
- elastyczny, tj. dopuszczający do zmian w trakcie realizacji;
- optymalnie szczegółowy, tzn. ani zbyt szczegółowy, ani nazbyt ogólny;
- odpowiednio długodystansowy, obejmujący możliwie najdłuższy przedział czasowy;
- terminowy, a więc określający datę, po której staje się nieważny;
- kompletny, tzn. musi obejmować całość zadania i wszystkie istotne względy [14].

Identyczne cechy powinien posiadać dobry plan programu promocji zdrowia. Doświadczenie uczy jednak, że wiele krajowych planów z tego obszaru zawiera liczne niedociągnięcia, które wymagałyby dopracowania. Mając na uwadze owe niedociągnięcia uznano, że wymagają one wyjaśnień i sprostowań. W tym celu zastosowano formę komentarzy do 6 etapów planowania programów promocji zdrowia proponowanych w Ontario (Kanada):

1. Zarządzanie procesem planowania.
2. Przeprowadzenie oceny sytuacji.
3. Ustalenie celu(-ów), audytorium i zadań.
4. Wybór strategii i działań oraz przydzielenie zasobów.

5. Wybór wskaźników.
6. Przegląd planu działania [15].

Komentarze nie dotyczą wszystkich szczegółów danego etapu planowania, ale odnoszą się wyłącznie do kwestii często zanieganych, a zarazem ważnych. Dla uproszczenia argumentacji przyjęto, że planowanie dotyczy programu o stosunkowo prostej strukturze.

Ad 1. Zarządzanie procesem planowania dotyczy: wyboru interesariuszy (kluczowych, uczestniczących, wspierających i drugoplanowych) i ustalenia ich roli, sprecyzowania mechanizmów podejmowania decyzji, ram czasowych, zasobów, które można wykorzystać przy planowaniu oraz określenia planu zbierania i analizy danych (zakres i źródła danych).

Komentarz: Planowanie promocji zdrowia jest pracą z ludźmi, a nie dla nich, a więc ma charakter zespołowy. Przede wszystkim polega to na włączeniu do wszystkich etapów planowania tych osób i społeczności, dla których program jest przeznaczony.

Jakość planowania jest wypadkową posiadanych zasobów (w tym wiedzy i umiejętności osób planujących) oraz czasu przeznaczanego na proces. Jeśli zasoby i czas są ograniczone należy szukać odpowiednich partnerów, którzy mogą udzielić pomocy albo zawęzić przewidywany zakres działania.

Analiza (diagnoza) sytuacji ograniczona do danych epidemiologicznych na temat chorób i zaburzeń zdrowia nie pozwala na zaplanowanie promocji zdrowia! Niezbędna jest analiza szerszego kontekstu społecznego i środowiskowego (zasoby, spójność, warunki życia, organizacja systemu itp.), a przy próbach oddziaływania na zachowania konieczne jest rozpoznanie motywacji do działania. Przeprowadzenie analizy epidemiologicznej, behawioralnej, społecznej, środowiskowej, organizacyjnej, edukacyjnej i informacyjnej czy politycznej wymaga różnych umiejętności i odpowiedniego warsztatu [16].

Ad 2. Analiza sytuacji obejmuje: zebranie danych zgodnie z planem, przeanalizowanie ich, dokonanie ich syntezy oraz upowszechnienie wyników wśród interesariuszy, w tym populacji docelowej.

Komentarz: Analiza (diagnoza) bezwzględnie powinna być prowadzona przy udziale samych zainteresowanych. Należy też słuchać tych osób i grup, których zazwyczaj się nie słucha, tj. zmarginalizowanych czy wykluczonych, trudno dostępnych.

Analiza powinna odpowiedzieć na pytania: co jest problemem?, co lub kto przyczynia się do problemu (powoduje go)?, co można zrobić, aby zmniejszyć problem (poprawić sytuację)? Ważne jest stosowanie metod ilościowych (liczby) i jakościowych (opinie), a także ocena kompletności danych.

Komunikowanie rezultatów analizy powinno być zróżnicowane pod względem formy (np. indywidualnie, grupowo, na piśmie) i treści (język, prezentacja wyników) przy uwzględnieniu potrzeb i zwyczajów poszczególnych interesariuszy. Komunikowanie powinno być dwukierunkowe, tzn. należy przedyskutować wyniki analizy i uwzględnić zgłaszane uwagi.

Ad 3. Ustalenie celu(-ów), audytorium (uczestników, tzw. grupy docelowej) i celów szczegółowych polega na sprecyzowaniu ustaleń z analizy sytuacji. Elementy te pokazują drogi, jakimi zdąża program. Cele szczegółowe określa się po sprecyzowaniu odbiorców (uczestników) programu.

Komentarz: Duże programy profilaktyczne o dużym zasięgu terytorialnym i dużych ambicjach zazwyczaj mają piętrową strukturę celów (np. misja, cel ogólny/główny/nadrzędny, cele szczegółowe, zadania). Mniejsze programy w społeczności, typowe dla promocji zdrowia, zazwyczaj mają prostą strukturę, tj. cel ogólny (1-2 na program) i cele szczegółowe (mogą być liczne w zależności od potrzeb).

W obu przypadkach cele główne zawsze wskazują, co chcemy zmniejszyć, poprawić, wprowadzić, ocenić u kogo i gdzie. Cele główne nie muszą określać czasu ani być mierzalne. Najniższy poziom celów (*objectives*) jest zawsze szczegółowy, mierzalny, określa dokładnie co lub kto ma się zmienić w efekcie programu, o ile i w jakim czasie. Cele szczegółowe powinny być kwantyfikowalne, sformułowane zgodnie z przyjętą także w Polsce zasadą SMART, czyli być: 1. konkretne (*Specific*), 2. mierzalne (*Measurable*), 3. osiągalne (*Achievable*), 4. realistyczne przy istniejących zasobach (*Realistic*), 5. określone w czasie (*Time-bound*) [17].

Osiągnięcie celu głównego nazywa się oddziaływaniem programu, a celów szczegółowych jego rezultatami. Typowe cele główne programu promocji zdrowia odnoszą się do: poprawy zdrowia, zmniejszenia nierówności w zdrowiu, tworzenia wspierającego środowiska, reorientacji usług publicznych i świadczeń zdrowotnych.

Cele szczegółowe w programie promocji zdrowia mogą dotyczyć 5 poziomów: 1. jednostki (np. zmiana zachowania), 2. interpersonalnego (np. aktywność liderów zdrowia), 3. organizacji (np. zmiana sposobu działania organizacji), społeczności (np. zmiana środowiska, tworzenie sieci, wzrost spójności społecznej), 4. społeczeństwa i 5. polityki publicznej (np. tworzenie prawa). Cele szczegółowe mogą dotyczyć 3 perspektyw czasu: 1. krótko- (do 1 roku), 2. średnio- (do 5 lat) i 3. długookresowej (ponad 5 lat). Dobre (czytaj skuteczne) programy powinny dążyć do dłuższych okresów działania.

Formułując cele szczegółowe należy wybierać takie rozwiązania sytuacji, które są ważne ze zdrowotne-

go i społecznego punktu widzenia, wykonalne oraz sprawdzone pod względem efektów. Cele szczegółowe nie powinny dotyczyć wyłącznie poprawy złych aspektów sytuacji w danej społeczności. Równie ważne jest wspieranie dobrych stron (np. wspieranie istniejących inicjatyw, organizacji obywatelskich czy silnych więzi grupowych).

Ad. 4. Wybór strategii i działań oraz przydzielenie zasobów jest uzupełnieniem kroku poprzedniego.

Komentarz: Strategia jest szerokim pojęciem, które oznacza ogólną metodę, kierunek, która ma doprowadzić do zamierzonego celu albo rozwiązania problemu. Istnieją liczne wyjaśnienia strategii promocji zdrowia, jak np. pięć płaszczyzn działania wg Karty Ottawskiej (podejście siedliskowe, organizacja społeczności czy komunikacja o zdrowiu, marketing społeczny, samopomoc itp.), a różnorodność ta potrafi być myląca. Początkującym można poradzić planowanie w kategoriach działań, czyli odpowiedzi na pytanie: co trzeba zrobić, aby osiągnąć dany cel szczegółowy. Zazwyczaj dla danego celu szczegółowego planuje się po kilka działań.

Działania trzeba opisywać starannie, tj. co ma być zrobione, dla kogo, przez kogo, kiedy i w jakim zakresie (np. liczba spotkań). Zrealizowanie tak opisanych działań nazywa się produktem programu. Jeśli lista działań jest długa, to przydatne jest ustalenie listy priorytetów, czyli ustalenie ważności działań ze względu na oczekiwany rezultat, w tym wskazanie takich działań, z których zrezygnować nie można.

Dla każdego działania należy przeznaczyć odpowiednie zasoby. W przypadku ich braku można szukać pomocy u partnerów, szukać alternatywnych źródeł finansowania, dokonywać przesunięć w czasie. Przy dotkliwym braku sił i środków trzeba przeformułować cały dotychczasowy plan.

Ważne jest, aby wybierać takie strategie i działania, których skuteczność udowodniono w badaniach naukowych zgodnie z zasadami promocji zdrowia/zdrowia publicznego opartych na dowodach. Wyszukiwanie odpowiednich informacji na ten temat może być czasochłonne i wydłużyć proces planowania.

Ad 5. Wybór wskaźników służy do tego, aby móc ocenić, czy program jest skuteczny.

Komentarz: Wybór wskaźników jest częścią procesu ewaluacji. Według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD), ewaluacja jest systematyczną i obiektywną oceną projektu lub programu (trwających lub skończonych), której celem jest określenie: trafności, adekwatności (*relevance*), efektywności, wydajności, 'ekonomiczności' (*efficiency*), skuteczności (*effectiveness*), wpływu (*impact*) oraz

trwałości, długotrwałości (*sustainability*) [18, 19]. Poniższe uwagi dotyczą wyłącznie oceny skuteczności (*effectiveness*).

Istnieje wiele podejść do ewaluacji programów, w tym programów promocji zdrowia i zdrowia publicznego. W Polsce nie dopracowaliśmy się ujednoczenia nazewnictwa i metod tego procesu, toteż trzeba korzystać z poradników anglojęzycznych [20, 21].

W programach promocji zdrowia bardzo silny akcent kładzie się na tzw. ewaluację uczestniczącą, w której wszyscy interesariusze powinni być włączeni w określanie i decydowanie o tym co, dlaczego i jak ma być mierzone pod kątem efektów [22]. Wynika to z faktu, że różne zainteresowane strony mogą mieć różne potrzeby i oczekiwania wobec ewaluacji. Partnerskie podejście do wszystkich etapów procesu badawczego (diagnoza, monitoring, ewaluacja) w trakcie realizacji programów promocji zdrowia jest podstawą tzw. badania w działaniu (*action research*) [23] albo *community-based participatory research* [24-26].

Ewaluacja, jej cele, zadania, metody i wskaźniki, muszą pasować do pozostałych elementów programu, jak pasują do siebie wszystkie koła zębate, np. w zegarku mechanicznym. Z doświadczenia wynika, że ewaluacja jest piętą achillesową planowania i realizacji programów [5].

Wskaźniki mogą dotyczyć stopnia osiągnięcia celu głównego (wskaźniki oddziaływania) oraz celów szczegółowych (wskaźniki rezultatu). W niezłożonych programach promocji zdrowia raczej nie określa się wskaźników oddziaływania, takich jak miary poprawy zdrowia czy zmniejszenia nierówności w zdrowiu. Możliwe jest jednak określenie wskaźników, jeśli celem głównym jest np. tworzenie wspierającego środowiska czy reorientacja świadczeń zdrowotnych.

Wyróżnia się też wskaźniki produktu, czyli miary oceny wykonania działań. Zazwyczaj wskaźniki produktu nie wymagają osobnego definiowania na tym etapie, ponieważ bezpośrednio wynikają z uprzednio sformułowanych działań (co ma być zrobione, dla kogo, przez kogo, kiedy i w jakim zakresie). Wskaźniki produktu nie mogą być miarą skuteczności programu!

Wskaźniki rezultatu, kluczowe przy ocenie skuteczności, mogą być ilościowe i jakościowe. Powinny być miarodajne, tj. powinny rzetelnie mierzyć dane zjawisko (np. samoocena wiedzy nie mierzy rzeczywistej wiedzy, toteż nie może być wskaźnikiem przyrostu wiedzy), a także możliwe do pomiaru (np. dostęp do uczestników programu, opłaty dla ekspertów, itp.).

Ad. 6. Przegląd planu działania polega na rewizji dotychczasowych ustaleń i stworzeniu modelu logicznego programu.

Komentarz: Model logiczny służy do pokazania wzajemnych relacji między wszystkimi elementami

programu. Jego rolą jest rewizja procesu planowania. Służy też do prezentacji zarysu programu wszystkim interesariuszom, jest pomocny przy zarządzaniu i ewaluacji. Nie ma jednego ustalonego wzorca (szablonu) modelu [27-30], ale powszechnie używana i wygodna jest postać tabelaryczna mieszcząca się na jednej kartce formatu A4 (ryc. 1). Wypełniając tabelę rozumiemy:

- mamy taką sytuację;
- jeśli użyjemy takich zasobów (nakładów, sił i środków), to przeprowadzimy takie działania;
- jeśli przeprowadzimy takie działania, to uzyskamy takie materialne produkty;
- jeśli uzyskamy takie produkty, to będziemy mogli uzyskać rezultaty opisane w celach szczegółowych;
- jeśli będziemy mieć takie rezultaty, to w dalszej perspektywie czasu oddziaływanie naszego programu może być takie, jak opisaliśmy w celu głównym.

Wydaje się jednak, że stworzenie takiej typowej postaci modelu logicznego wymaga wprawy od osób planujących, ponieważ podaje się tam tylko węzłowe elementy programu, w tym jego efekty (produkty, rezultaty, oddziaływanie), ale z pominięciem sformułowanych celów. Dlatego poniżej proponujemy zmodyfikowaną wersję, która umożliwi wgląd w całą konstrukcję planu programu promocji zdrowia (tab. I). Wypełnianie schematu zaczynamy od dołu. Liczba wypełnionych wierszy zależy od tego, jak wygląda nasz plan. Jeśli nie określiliśmy strategii opuszczamy wiersz 2, jeśli mamy tylko cele szczegółowe krótkoterminowe opuszczamy wiersze 5-6a. W przypadku, gdy cel główny zdefiniowano w kategoriach niemierzalnych opuszczamy wiersz 8a. Liczba kolumn zależy natomiast od decyzji, do jakich grup adresujemy nasz program (w załączonej tabeli wskazano 3 grupy docelowe).

Poza modelem logicznym istnieją inne formy oceny jakości i poprawności przygotowywanych programów promocji zdrowia [31-33].

Podsumowanie

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 6. stwierdza, że zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności m.in. promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy zaś w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy (art. 7), powiatu (art. 8) i województwa (art. 9). Ustawa nie podaje definicji promocji zdrowia [34].



Ryc. 1. Szablon modelu logicznego programu

Fig. 1. Logic model template

Tabela I. Generyczny model logiczny programu

Table I. Generic program logic model

8a	Wskaźniki oddziaływania /Impact indicators			
8	Cel główny /Goal			
7	Audytorium /Audience			
6a	Wskaźniki rezultatu długoterminowe /Long-term outcome indicators			
6	Cele szczegółowe długoterminowe /Long-term objectives			
5a	Wskaźniki rezultatu średnioterminowe /Medium-term outcome indicators			
5	Cele szczegółowe średnioterminowe /Medium-term objectives			
4a	Wskaźniki rezultatu krótkoterminowe /Short-term outcome indicators			
4	Cele szczegółowe krótkoterminowe /Short-term objectives			
3a	Wskaźniki produktu /Output indicators			
3	Działania /Activities			
2	Strategie /Strategies			
1	Zasoby /Resources			

Kompleksowa analiza prawna funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce przeprowadzona przez Dercza i Izdebskiego pokazała, że: ‘Zagadnienia z zakresu promocji zdrowia należą do najbardziej ogólnikowo potraktowanych przez ustawodawcę. Zauważalny jest brak docenienia możliwości efektywnego prowadzenia przez władze publiczne promocji zdrowia i potraktowanie tego zagadnienia hasłowo, bez wskazania sposobów i metod prowadzenia skutecznych akcji promocyjnych’ [35]. Pomimo ogólnikowości zapisów jasne jest, że programy polityki zdrowotnej mogą i powinny dotyczyć promocji zdrowia.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (*Agency for Health Technology Assessment and Tariff System – AOTMiT*) podaje na swojej stronie internetowej zalecany schemat programu polityki zdrowotnej (PPZ) [36], który powstał w oparciu o przepisy prawa oraz dwie pozycje piśmiennictwa [37]. Jedna z nich liczy 660 stron i została zrecenzowana w następujący sposób: ‘Ta książka ma na celu dostarczenie

praktycznych wskazówek dla studentów promocji zdrowia w społeczności w zakresie projektowania, opracowywania i oceny programów wspólnotowych. Próbuje być zeszytem ćwiczeń, zawiera wiele list kryteriów i zaleceń dotyczących tworzenia programu... W pierwszym rozdziale została doprowadzona do kompletnej apopleksji z powodu kryteriów i definicji, a więc z herkulesowym wysiłkiem musiałam zmobilizować się, aby dojść do końca książki” [38]. Agencja podaje też instrukcję do planowania i realizacji PPZ, będącą uzupełnieniem schematu [39]. W obu plikach brakuje jednoznacznych odniesień do promocji zdrowia, takich jak np. opis diagnozy sytuacji społecznej czy sposobów zaangażowania i upodmiotowienia uczestników. Są natomiast tryby zapraszania do programu, kryteria i sposób kwalifikacji uczestników badań lub

szczepień oraz zasady udzielania świadczeń. W przyjętym schemacie nie ma miejsca na miękkie wskaźniki jakości i skuteczności promocji zdrowia, takie jak np. wzrost samoskuteczności uczestników (*self-efficacy*), stopień zaangażowania uczestników czy wsparcie społeczne lub spójność społeczna [40, 41]. Wysyłając projekt PPZ do oceny Agencji trzeba natomiast podać „dowody naukowe dotyczące efektywności klinicznej”.

Reasumując – stawiamy dolary przeciwko orzechom, że proponowany przez Agencję schemat nie spełnia oczekiwań promocji zdrowia. Czas to zmienić.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

- Rdzany R. Krytyczna analiza lokalnych programów z zakresu profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowia, przewidzianych do realizacji na szczeblu powiatów i gmin, zgłoszonych do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Projekt predefiniowany pn. Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu realizowanego w ramach Programu Operacyjnego PL13. Warszawa, maj 2015. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/download/484/> (15.08.2017).
- Cianciara D, Lewczuk-Wesołowska A, Zalewska E i wsp. Trwałość samorządowych programów zdrowotnych. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 104-111.
- 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.
- 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.
- Cianciara D, Rdzany R. Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 97-103.
- Sulikowska L. Programy (za mało) zdrowotne. *Gazeta Lekarska* 2013, 6: 32-33. <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2013/n201306/n20130614> (15.08.2017).
- Ewaluacja procesu realizacji programów polityki zdrowotnej wykonywanych aktualnie w wybranych powiatach w ramach Programu PL 13 – Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. EU-CONSULT Sp. z o.o. „Raport zbiorczy ewaluacji programów ZP w 26 powiatach”. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu> (10.06.2017).
- Fien J. Programme planning and project management. [in:] *Oxford handbook of public health practice*. Guest C, Riccardi W, Kawachi I, Lang I (eds). Oxford University Press, Oxford 2013: 512-520.
- Przewoźniak L. Promocja zdrowia – zagadnienia ogólne. [w:] *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*. Bik B, Henzel-Korzeniowska A, Przewoźniak L, Szczerbińska K (red). Szkoła Zdrowia Publicznego CMUJ, Kraków 1996: 45-53.
- De Vries H. Planowanie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia. [w:] *Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia*. Miller M, Cianciara D (red). PZH, Warszawa 1999: 38-81.
- Woynarowska B. *Metodyka edukacji zdrowotnej*. [w:] *Edukacja zdrowotna*. Woynarowska B (red). PWN, Warszawa 2007: 140-204.
- Woynarowska B. Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(3): 293-298.
- Woynarowska B. *Metodyka edukacji zdrowotnej*. [w:] *Edukacja zdrowotna*. Woynarowska B (red). PWN, Warszawa 2017: 155-198.
- Cechy dobrego planu. http://www.biznesowe.edu.pl/1382-cechy_dobrego_planu/ (08.06.2017).
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). *Planning Health Promotion Programs: Introductory Workbook*. 4th ed. Toronto, 2015. https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Planning_health_promotion_programs_workbook_En_2015.pdf (09.06.2017).
- Springer AE, Evans AE. Assessing environmental assets for health promotion program planning: a practical framework for health promotion practitioners. *Health Promot Perspect* 2016, 6(3): 111-118.
- Ewaluacja w cyklu wdrażania interwencji publicznej. [w:] *Bienias S, Strzęboszewski P, Opałka E (red). Ewaluacja – Poradnik dla pracowników administracji publicznej*. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2012: 26. https://www.ewaluacja.gov.pl/media/11102/poradnik_ewaluacji.pdf (07.06.2017).
- Organisation for Economic Co-operation and Development. *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management*. Paris, France 2010. <https://www.oecd.org/dac/evaluation/2754804.pdf> (07.06.2017).
- Austrian Development Agency. *Guidelines for Project and Programme Evaluations*. Final draft July 2009. <https://www.oecd.org/development/evaluation/dcdndep/47069197.pdf> (07.06.2017).

20. US. 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. <https://www.cdc.gov/eval/guide/cdcevalmanual.pdf> (10.06.2017).
21. Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health. Program evaluation toolkit. Ottawa, Ontario 2103. <http://www.excellenceforchildandadolescent.ca/sites/default/files/docs/program-evaluation-toolkit.pdf> (09.06.2017).
22. Springett J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. [in:] Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al. (eds). WHO Regional Publications, European Series, No. 92. WHO, Copenhagen 2001: 83-105. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf (10.06.2017).
23. Woynarowska-Sołdan M. Metoda Action Research i jej zastosowanie w promocji zdrowia. *Hygeia Public Health* 2014, 49(4): 672-678.
24. Faridi Z, Grunbaum JA, Gray BS, et al. Community-based participatory research: necessary next steps. *Prev Chronic Dis* 2007, 4(3): A70.
25. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *Am J Public Health* 2010, 100 (Suppl 1): S40-S46.
26. Blumenthal DS. Is Community-Based Participatory Research Possible? *Am J Prev Med* 2011, 40(3): 386-389.
27. Goodstadt M. The Use of Logic Models in Health Promotion Practice, February 2005. http://logicmodel.weebly.com/uploads/1/7/0/1/17017646/the_use_of_logic_models_in_health_promotion.pdf (08.06.2017).
28. Public Health Ontario. Focus On: Logic model – A planning and evaluation tool. http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Focus_On_Logic_Models_2016.pdf (08.06.2017).
29. Centers for Disease Control and Prevention. Logic models. https://www.cdc.gov/oralhealth/state_programs/pdf/logic_models.pdf (08.06.2017).
30. Silverman B, Mai C, Boulet S, O’Leary L. Logic Models for Planning and Evaluation. <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/models/resource1-evaluationguide2009.pdf> (08.06.2017).
31. Korzeniowska E, Puchalski K. Kwestionariusz oceny jakości programów promocji zdrowia w miejscu pracy. *Med Pr* 2002, 53(5): 361-368.
32. Cianciara D. Europejski instrument do oceny jakości promocji zdrowia. *Prz Epidemiol* 2006, 60(4): 813-821.
33. How to improve the quality of your Health promotion projects? National Institute for Prevention and Health Education, Saint-Denis 2009. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale-Anglais.pdf> (08.06.2017).
34. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135 z póź. zm.).
35. Dercz M, Izdebski H. Prawne aspekty organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce. (Analiza prawa ustrojowego, materialnego i formalnego). <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/download/440/> (09.06.2017)
36. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Struktura PPZ. http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/2016/08/Zal_4_16-02-12_struktura_programu_polityki_zdrowotnej.pdf (10.06.2017).
37. Wurzbach ME (ed). Community Health Education and Promotion. A Guide to Program Design and Evaluation. Aspen Publishers Inc, Gaithersburg 2002.
38. Ritchie D. Community Health Education and Promotion – A Guide to Program Design and Evaluation: Book Review. *Public Health* 2004, 118(4): 303.
39. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej. Wersja 1.1. Warszawa 2016. http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/2016/08/Instrukcja_PPZ.pdf (11.06.2017).
40. Ader M, Berensson K, Carlsson P, et al. Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promot Int* 2001, 16(2): 187-195.
41. Chuang YC, Chuang KY, Yang TH. Social cohesion matters in health. *Int J Equity Health* 2013, 12: 87.