

Programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorzady – spojrzenie z wewnątrz

Health policy programmes implemented by local governments – an inside perspective

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

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

^{2/} Zakład Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób Przewlekłych, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

Wprowadzenie. Do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego (JST) w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej.

Cel. Rozpoznanie uwarunkowań realizacji (i planowania) programów zdrowotnych z perspektywy wewnętrznej, tj. samorządowców.

Materiały i metody. Badania przeprowadzono metodą jakościową za pomocą wydłużonego zogniskowanego wywiadu grupowego (extended FGI) wśród pracowników samorządów szczebla powiatowego. Badaniem objęto urzędników z 5 wybranych celowo województw, w których wytypowano po 5 powiatów. W wywiadach wzięły udział 24 osoby. Badanie przeprowadzono w okresie 06-13.04.2017 r.

Wyniki. Można powiedzieć, że: zdrowie nie stanowi priorytetu działania samorządów szczebla powiatowego; w powiatach brakuje jednorodnych struktur zajmujących się tematyką zdrowotną, w tym programami; nie ma powszechnego zrozumienia działalności AOTMiT; idea programów modelowych jest atrakcyjna, ale budzi liczne wątpliwości; kryteria sukcesu programu odnoszą się do nakładów i procesu, a nie do efektów programów.

Wnioski. Realizacja programów jest związana z licznymi trudnościami i problemami, które w znacznej mierze są niezależne od woli samorządów i urzędników. Konieczne jest opracowanie strategii wsparcia dla samorządów. Zaproponowano kilka scenariuszy.

Słowa kluczowe: jednostki samorządu terytorialnego, powiaty, programy zdrowotne, partnerstwo lokalne, badanie fokusowe

Introduction. The tasks of local government units (LGU) with regard to providing equal access to healthcare services include, in particular; health policy programmes development, implementation and evaluation of their effects.

Aim. To explore the determinants of the health programmes' implementation (and planning) from an inside perspective (local government workers).

Material & method. The study was conducted applying the qualitative method using the extended focus group interview (FGI) among local government workers at the county level. The study covered local government workers from five purposely chosen provinces. In each of them five counties were selected. 24 people took part in the interviews. The study was carried out in the period from 6th to 13th of April 2017.

Results. It may be said that: health is not a priority issue for LGU at the county level; there is a lack of homogeneous structures dealing with health issues, including health policy programmes in counties; the AOTMiT activities do not meet with general approval; the idea of model programmes is attractive, but raises many doubts; the programmes' success criteria refer to inputs and process, not to programmes' effects.

Conclusion. Programmes' implementation is associated with numerous difficulties and problems that, in a major perspective, remain beyond local governments' and officials' powers. It is necessary to develop a support strategy for LGU. Several scenarios have been recommended.

Key words: local governments, counties, health programmes, local partnership, focus group interview

© Hygeia Public Health 2019, 54(2): 97-104

www.h-ph.pl

Nadesłano: 25.03.2019

Zakwalifikowano do druku: 04.05.2019

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Anna Rutyna

Zakład Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób Przewlekłych

NIZP-PZH

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. 22 542 13 65, e-mail: arutyna@pzh.gov.pl

Wprowadzenie

Do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego (JST) w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających

z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. Oceniając z zewnątrz realizację samorządowych programów zdrowotnych można powiedzieć, że w Polsce widoczne są znaczne różnice terytorialne w dostępie do programów dla mieszkańców, stosunkowo niewielkie zainteresowanie samorządów takimi

programami, w tym niewielkie zainteresowanie gmin oraz powiatów zagrożonych deprivacją i wyższą umiarkowaną przyczyną, a także ogólnie niski poziom finansowania programów w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Same programy cechuje monotematyczność i biomedyczne podejście do problemów zdrowotnych, czego skutkiem jest ukierunkowanie programów na choroby a nie na zdrowie oraz planowanie odgórne. Poza tym cechuje je niezadowalająca jakość i brak oceny efektów. Mówiąc w skrócie – obserwatora zewnętrznego może niepokoić mała liczba programów, ich nierównomierna dystrybucja przestrzenna, słabe finansowanie i niezadowalająca treść i jakość. Ważne jest też to, że realizacji programów towarzyszy niestabilność i mała przejrzystość prawa [1].

Jak można poprawić tę sytuację? Czego można oczekiwać od samorządowców w tej sprawie? Dotychczas nie przeprowadzono badań wśród samorządowców na temat ich opinii o realizacji programów zdrowotnych (obecna poprawna nazwa to programy polityki zdrowotnej). A opinie te mogłyby wnieść realistyczne spojrzenie na sytuację i podpowiedzieć możliwe strategie poprawy.

Cel

Rozpoznanie uwarunkowań realizacji (w tym planowania) programów zdrowotnych z perspektywy pracowników samorządów szczebla powiatowego.

Materiały i metody

Badanie zostało zrealizowane w ramach Projektu predefiniowanego pn. Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego PL13. Zostało przeprowadzone metodą jakościową za pomocą wydłużonego zogniskowanego wywiadu grupowego (*extended FGI*) wśród pracowników samorządów szczebla powiatowego. Celem badania tego typu jest umożliwienie nieformalnej dyskusji oraz interakcji, a także sondowanie postaw i przekonań, które mogą okazać się trudne do artykulacji przez uczestników [2-6].

Wywiady przeprowadzono w 5 województwach, w każdym województwie uczestniczyli reprezentanci 5 powiatów. Wśród wybranych do badania województw były te które w latach 2012-2015 nadesłały do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) najwięcej projektów programów zdrowotnych, jak i te mniej aktywne [7]. Za kryterium dużej aktywności przyjęto liczbę $\geq 20,1$ programów/mln mieszkańców w ciągu 4 lat (tab. I.). Wyboru województw dokonano metodą losowania bezpośredniego. W grupie województw aktywnych znalazły się woj. dolnośląskie oraz mazowieckie, a w grupie najmniej aktywnych ($\leq 20,0$ programów/mln mieszkańców):

kujawsko-pomorskie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie. Głównym kryterium doboru powiatów z danego województwa była odległość stolicy powiatu od miejsca badania w granicach ok. 100 km. Badanie przeprowadzono w Warszawie, Wrocławiu, Toruniu, Olsztynie oraz Szczecinie w okresie 06-13.04.2017 r.

Do badania zaproszono przedstawicieli wydziałów, działów lub stanowisk pracy starostw powiatowych, do których kompetencji należy ochrona zdrowia, w tym realizacja programów zdrowotnych. Dopuszczono udział przedstawicieli innych wydziałów, np. odpowiedzialnych za koordynację projektów międzynarodowych (w tym dot. zdrowia) oraz inne osoby związane z realizacją programów zdrowotnych (np. pracowników szpitali, dla których organem założycielskim był powiat). W badaniu uczestniczyły 24 osoby.

Pełne badanie objęło 3 powiązane obszary tematyczne: 1. społeczność mojego powiatu, 2. cechy zdrowej społeczności, 3. realizacja programów zdrowotnych w moim powiecie, a w niniejszym artykule przedstawiono wyłącznie wyniki dotyczące części 3. Scenariusz wywiadu tej części obejmował następujące zmienne: stosowane nazewnictwo, doświadczenia własne, budowanie partnerstwa, wyobrażenie programu idealnego, potrzeba programów modelowych.

Tabela I. Całkowita liczba projektów programów zdrowotnych zaopiniowanych przez AOTMiT oraz liczba programów w przeliczeniu na 1 milion mieszkańców według województw (łącznie z lat 2012-2015)

Table I. Total number of health programmes projects approved by AOTMiT and number of programmes per 1 million inhabitants by provinces (2012-2015)

Województwo /Provinces	Liczba projektów programów /Number of health programmes projects	
	Całkowita z danego województwa /Total by provinces	W przeliczeniu na 1 mln mieszkańców województwa /per 1 milion inhabitants of province
dolnośląskie	145	49,8
kujawsko-pomorskie	34	16,2
lubelskie	41	19,0
lubuskie	20	19,6
łódzkie	72	28,6
małopolskie	94	28,0
mazowieckie	151	28,4
opolskie	45	44,7
podkarpackie	38	23,8
podlaskie	21	17,6
pomorskie	44	19,2
śląskie	180	39,1
świętokrzyskie	48	37,8
warmińsko-mazurskie	12	8,3
wielkopolskie	65	18,8
zachodniopomorskie	24	14,0

Wyniki

Charakterystyka badanych

Zdecydowaną większość badanych stanowiły kobiety (88%). Rozmówcy byli przedstawicielami różnych jednostek w obrębie struktury starostw powiatowych, także takich, które w swojej nazwie nie mają wskazanej problematyki zdrowia („My takiego wydziału zdrowia nie mamy”; „U nas wydział zdrowia w nazwie przy oświacie, to jest coś nowego”). Realizacja programów zdrowotnych leżała w kompetencjach różnych działów i osób w starostwach (m.in. stanowisko ds. ochrony zdrowia, Wydział Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej, Wydział Edukacji, Kultury i Spraw Społecznych, Wydział Rozwoju i Promocji). Trzech uczestników było zawodowo związanych ze szpitalem. Powszechnie podkreślano znaczenie problematyki zdrowotnej w działaniach samorządu.

Wśród uczestników badania znaleźli się pracownicy starostw z różnych grup zaszerogowania, poczynając od podinspektorów oraz inspektorów, poprzez naczelników wydziałów, dyrektorów wydziałów czy departamentów, a kończąc na przedstawicielach zarządu. Różni rangą byli też pracownicy szpitali.

Rozmówcy charakteryzowali się różnorodnym wykształceniem, zarówno na poziomie studiów wyższych, jak podyplomowych (m.in. administracja, budownictwo, filologia polska, ekonomia, organizacja pomocy społecznej). Wykształcenie medyczne pielęgniarskie posiadały 4 osoby, jedna była absolwentem studiów na kierunku zdrowie publiczne.

Urzednicy mieli zróżnicowane doświadczenia zawodowe związane z problematyką zdrowotną, w tym z realizacją programów zdrowotnych – poczynając od osób, które same planowały programy lub samodzielnie realizowały jednocześnie wiele projektów, poprzez koordynatorów czy realizatorów pojedynczych przedsięwzięć, a kończąc na osobach, których praca polegała głównie na monitorowaniu przebiegu działań i rozliczaniu wykonawców. Badani wielokrotnie odwoływali się do przykładów z innych JST.

W wielu przypadkach osoby, które w samorządach zajmują się zdrowiem, wykonują też zadania z innych obszarów („Bardzo szeroki wachlarz różnych zadań, nadzór nad stowarzyszeniami, trochę z ochrony zdrowia, m.in. konkursy ofert. Kultura, sport, sprawy społeczne, oświata”). Znamienne było to, że powszechnie narzekano na nadmiar zadań i przeciążenie pracą.

Realizacja programów zdrowotnych

Nazewnictwo. W trakcie rozmów urzednicy często używali nazwy program profilaktyczny („Ponieważ ludzie oczekują, że będzie leczenie, więc zawsze podkreślamy słowo profilaktyczne... Programów

zdrowotnych nie prowadzimy”). Inną używaną nazwą był program zdrowotny, a zdecydowanie najrzadziej posługiwano się terminem program polityki zdrowotnej („Tylko wyłącznie jest różnica w nazwie, bo wszystko inne jest takie samo; Tak mówiąc kolokwialnie [przyp. red.: programy polityki zdrowotnej], to programy zdrowotne, mówiąc skrótem”). Rozmówcy odróżniali programy od akcji zdrowotnych, które opisywali jako działania doraźne, jednodniowe, nie wymagające szczególnego planowania, a cieszące się dużym zainteresowaniem („Akcja jest raz w miesiącu i nie określamy populacji, tylko kto chętny... nagłaśniamy oczywiście temat... ludzie nie wiadomo skąd szybko się dowiadują i nie ma problemu, jeśli chodzi o zgłaszalność”).

Doświadczenia własne przy realizacji programów zdrowotnych. Badani opisywali sukcesy, ale też porażki i problemy związane z realizacją programów samorządowych. Problemy te można podzielić na 4 grupy: 1. podawanie w wątpliwość oczekiwań ustawodawcy dotyczących realizacji programów; 2. problemy wewnątrz JST, dotyczące jej potencjału wykonawczego; 3. cechy samego programu i 4. problemy zewnętrzne, w szeroko rozumianym otoczeniu (tab. II). Trzeba zauważyć, że problemy związane z otoczeniem, w tym np. brak zainteresowania programem jego beneficjentów czy brak zrozumienia wymagań stawianych przez AOTMiT są powiązane z umiejętnością tworzenia programów, a więc potencjałem JST.

Należy pamiętać, że przedstawione problemy są sumą doświadczeń wszystkich badanych i nie muszą występować w każdej JST czy konkretnej lokalizacji. Powiaty, ich specyfika oraz potencjał wykonawczy są zdecydowanie różne.

Budowanie partnerstwa. Badani wyrażali przekonanie, że programy wymagają współpracy licznych partnerów („Bez współpracy różnych ludzi, to w ogóle nie ma mowy o programie zdrowotnym”), a partnerstwo jest dobrze widziane („Można nie mieć wielkiego udziału, wystarczy, że się jest partnerem... wtedy są punkty”).

Zgodnie z prawem wybór realizatora programu następuje w drodze konkursu ofert (art. 48b ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) i wymaga zawarcia umów na realizację programu. Wymóg ten ma kardynalny wpływ na rozumienie pojęcia partnerstwa („My szukamy realizatora w drodze konkursowej, bo przepisy nas do tego zobowiązują... Cały czas. Partnerstwo”). Zwracano uwagę, że w partnerstwie trzeba sformalizować zasady współpracy i sporządzić osobne umowy z poszczególnymi partnerami („Raczej zdecydowanie na piśmie to musi być; My jesteśmy urzednikami”). Jeśli partnerami są jednostki podległe starostwu możliwe są inne sposoby działania, tj.

Tabela II. Problemy w realizacji programów zdrowotnych wg opinii badanych
Table II. Health programmes implementation problems according to the interviewee opinions

Problemy /Problems		Opinie (cytaty) /Opinions (quotes)
wątpliwości wobec oczekiwania ustawodawcy /doubts about a legislator expectations	zadania JST /LGU tasks	– JST nie są od tego, aby opracowywać i realizować programy. To jest kompletne nieporozumienie – Błędem jest, że narzuca się na JST realizację czegoś, a tak naprawdę nie ma ludzi do realizacji, do koordynowania
problemy wewnątrz JST /LGU inside problems	priorytety działań /activities priority	– W mniejszych powiatach... są pewne priorytety. Nie jest program zdrowotny na pewno na pierwszym miejscu, nawet gdybyśmy my sobie ustalili, że tak ma być
	kadra JST, umiejętności /LGU workers, competencies	– Zawsze jest problem z metodologią, jak to zrobić – Opracowaliśmy kilka programów, to jest robota potąd i nikt nie chce się tym zajmować. To, że samorzady miały same opracowywać i moja koleżanka po politechnice, my razem działaliśmy, to jest nieporozumienie – My mamy dość duży szpital, dla którego powiat jest organem założycielskim, ale gdyby nie było szpitala, to dla samych programów zdrowotnych wydział by nie istniał
	brak pieniędzy /lack of money	– Notorycznie mamy mało pieniędzy na realizację programów... z roku na rok coraz mniej – Później zaprzestaliśmy programu, ponieważ nie mamy środków finansowych na realizację. A średni koszt był tylko 74 PLN na osobę
	diagnoza wstępna /initial identification	– Żeby opracować programy, to musi być poparte analizami, ankietami, badaniami, to nie jest taka prosta sprawa – Nie ma dostępu do statystyki. To jest orka na ugorze, powiem szczerze. Ja np. dane zdobywałam z urzędu wojewódzkiego... do pani dzwoniłam, jeździłam, kłaniałam się. Byłam bardzo grzeczna, uprzejma itd. i wyciągnęłam, co się stamtąd dało po to, żeby mieć dane powiatowe – AOTM lepiej ocenia, jeśli mamy strategię i mamy opinię mieszkańców
cechy programu /health programmes features	tematyka programu /programmes subject	– Programy, które są związane z leczeniem, z uzyskaniem świadczenia, cieszą się zdecydowanie większym powodzeniem, niż programy prozdrowotne, czyli profilaktyczne
	kwestie etyczne /ethical issues	– Wyszło jeszcze wiele innych jednostek chorobowych, które wyszły jakby przy okazji... My nie mogliśmy przewidzieć, że w programie wyłapiemy trójkę dzieci śmiertelnie chorych – Została duża grupa pań zbadana. U jakiegoś procentu stwierdzono zaawansowaną osteoporozę i co dalej? Co im zaproponowano?... czy też okazały się, że są zagrożone... nie chodzi tylko o przebadanie – Chirurg potwierdził, zdiagnozował, że jest ten problem... Nawet go [pacjenta] nie dotknął i właściwie, tak na dobrą sprawę został pozostawiony sam sobie
problemy zewnętrzne /external problems	brak uczestników /lack of participants	– Patrzę na zainteresowanie... ile osób skorzystało... Dostajemy takie informacje od NFZ i wojewody. To są dane statystyczne dotyczące naszego powiatu z podziałem na gminy. Nie dochodzi do 50% – HPV-ka nie cieszyła się powodzeniem. Na ok. 500 dziewczynek w pierwszej edycji zgłosiło się 196, z czego do drugiej dawki podeszło 180... Nie poddało się tej drugiej dawce szczepienia, z tego względu, że naczytały się mamy, rodzice o negatywnych skutkach. Druga edycja to było jeszcze mniej
	brak wykonawców, partnerów /lack of executive units, partners	– Dziwię się, ale dużo organizacji [NGOs] nie chce pieniędzy na zdrowie, bo mogą robić sport, działania związane z kulturą, ale takich działań zdrowotnych, to nie – Nikt tego nie chce [materiałów promocyjnych]. Nie wiem, dlaczego. Nie chcą, bo po co nam to, gdzie my to powiesimy...
	współpraca z AOTMiT /cooperation with AOTMiT	– Dużo gmin wycofało się z realizacji jakichkolwiek programów, bo jednak AOTM robi barierę – Stwierdzą, że diagnoza jest niepełna, bo wcale nie wynika z niej, że w powiecie jest taki problem zdrowotny... więc napiszą ocenę negatywną i tłumacz się przed radą powiatu... Pierwsze co, to to, że ja nie potrafię napisać programu – Jeszcze w tym roku szybciej zdecydowaliśmy się na te programy. Nawet na te, które mają negatywną opinię – Program otyłości, to już powiem między nami, to był program fatalny i AOTM pozytywnie zaopiniował – Czytam opinię AOTM... oni się tam odnoszą właściwie do wszystkich elementów i fajnie można sobie poczytać, jakich błędów nie popełnić
	ochrona danych osobowych /Personal data protection	– Chciałam zrobić akcję pod tytułem cytologia... powiedziały nawet panie z onkologii, że mogą wziąć autokar... mówię robimy akcję na wsi, bo chciałam bardziej wieś dowartościować. I nie mogłam, bo jest ochrona danych osobowych

protokoły z porad lub zarządzenia starosty. Były jednak wypowiedzi, które świadczyły o działaniu bardziej swobodnym, samorządowym („Ten program jest właśnie bez żadnych dokumentów”).

Wśród partnerów w realizacji programów wymieniano gminy („Partner już jest określony, on jest w gminie”), podmioty lecznicze/ośrodki zdrowia, szkoły, placówki kultury (np. biblioteki) i sportu (OSiR), służby mundurowe (policja i straż pożarna). Wnioskując z relacji urzędników partnerstwa (liczba i profil realizatorów i podmiotów zaangażowanych)

są zawiązywane pod kątem danego programu. Nie ma przesłanek, aby sądzić, że badani myśleli o w miarę stałych koalicjach na rzecz zdrowia mieszkańców powiatu („Jest dzień cukrzycy... My im [NGOs] udostępniamy np. tylko miejsca, albo drobne rzeczy, które jesteśmy w stanie bezkosztowo zorganizować. To jest taka współpraca, że oni mówią... tu jest taki pomysł, na taki projekt”).

Wyobrażenie idealnego programu zdrowotnego. Z odpowiedzi urzędników wynika, że nie ma gotowej recepty na idealny program zdrowotny.

Według badanych dobry program powinien być dobrze zaplanowany, skierowany do konkretnej grupy, cieszyć się zainteresowaniem odbiorców oraz mieć zapewnione adekwatne finansowanie. Najczęściej akcentowano potrzebę zaangażowania lokalnych liderów oraz autorytetów (np. celebrytów, władz lokalnych). Zdarzało się, że wśród istotnych czynników sukcesu programu wymieniono samo wykrycie choroby i uzyskanie wiedzy o jej posiadaniu (bez następczych działań leczniczych, których program zapewnić nie może) oraz korzyści materialne dla beneficjentów, tj. kosztowne prezenty, które nazwano wartością dodaną, a nie wymieniono osiągnięcia celów programu.

Najważniejsze wątki rozmów przedstawiono w tabeli III. Należy podkreślić, że w poszczególnych wywiadach narracja była odmienna, a zestawienie jest sumą wszystkich wypowiedzi.

Potrzeba programów modelowych. Rozmówcy zapytani o potrzebę istnienia programów modelowych często wyrażali zainteresowanie taką inicjatywą („Ja bym bardzo chciała, aby takie programy były opracowane i abyśmy mogli wejść lub nie; Na pewno by było dla mnie łatwiej, jeżeli by była sztampla, to i to wpisuję”). Niemniej uczestnicy mieli jednocześnie różne wątpliwości dotyczące m.in. określenia czym

jest program modelowy, możliwości dostosowania go do potrzeb lokalnych, objętości takiego programu, konieczności wdrożenia („Modelowe? Na pewno tak, ale też modelowe pod jakim względem? Bo nie w każdej gminie chorują na to samo; Ale dopuszczalne są również zmiany dostosowane do określonej lokalnej społeczności? To, jak najbardziej tak; Jest wiele programów, których ja nie jestem w stanie przeczytać. Teraz czytałam program neurologiczny, profilaktyka wtórna zachorowań, 70 parę stron bez harmonogramu. Dla mnie, dla praktyka, harmonogram jest najważniejszy; To nie może być obligatoryjne, że musimy i koniec”).

Dyskusja

Stwierdzono, że zdrowie nie stanowi priorytetu działania JST szczebla powiatowego, pomimo że osoby zajmujące się omawianą tematyką doceniają znaczenie problematyki zdrowotnej w działaniach samorządu.

W samorządach powiatowych brakuje jednorodnych struktur zajmujących się *stricto* tematyką zdrowia, w tym programami zdrowotnymi. Bardzo różne jest nie tylko formalne usytuowanie komórek i osób związanych z problematyką zdrowia w starostwach, a także różne jest przygotowanie zawodowe, doświadczenie (także zaangażowanie emocjonalne)

Tabela III. Kryteria sukcesu programu zdrowotnego wg opinii badanych
Table III. Health programmes success criteria according to the interviewee opinions

Kryterium sukcesu programu /Health program success criteria	Opinie (cytaty) /Opinions (quotes)
dobry plan /acceptable plan	<ul style="list-style-type: none"> – Dobrze odpowiadające na zapotrzebowanie naszych mieszkańców – Musimy znaleźć problem zdrowotny i pokazać skalę tego zjawiska w danym powiecie, a w ślad za tym podjąć działania, które będą to zjawisko eliminowały – Nie może być program, który się kończy i polega tylko na diagnozie – Żeby napisać program polityki zdrowotnej, to w każdym programie jest diagnoza problemu. I teraz proszę mi powiedzieć, jak mamy napisać diagnozę problemu, skoro nie mamy tych danych
odpowiednia grupa docelowa /proper target group	<ul style="list-style-type: none"> – Tu przedszkole, tu szkoła podstawowa... coś w tym dziecku zostaje – Jak widzę program profilaktyki, to [są dla ludzi] od 50 r.ż. Program powinien być skierowany do osób młodych
organizator, lider /administrator, leader	<ul style="list-style-type: none"> – Tak naprawdę nie ma znaczenia, od której strony to pójdzie... najpierw trzeba zacząć chcieć – Spędzałam popołudnia na organizowaniu tego wszystkiego... na koniec się modliłam, błagam nie przedłużajcie tego, bo ja chcę normalnie wrócić do życia
odpowiednie finansowanie /sufficient funding	<ul style="list-style-type: none"> – Bez pieniędzy nic się nie da zrobić – Co roku do 30 września, tworzy się budżet, więc proszę o rezerwację na same programy zdrowotne ok. 150.000 PLN i tak mniej więcej mam obcinane o połowę. Z 80.000 PLN dostaję i muszę realizować programy zdrowotne... i jeszcze te akcje
właściwa organizacja, metoda /proper organisation, method	<ul style="list-style-type: none"> – Może należy definiować do kogo chcemy trafić, bo nie jest tak, że jak jest coś do wszystkich skierowane, to reagujemy – Godziny, w jakich odbywają się badania profilaktyczne. Osoby, które pracują, nie mogą, bo to jest w godzinach porannych i do południa – Skupić się na edukacji, ponieważ ona jest najważniejsza. Bez edukacji po pierwsze ludzie nie będą się zgłaszać na badania. Oni nie mają świadomości, co wynika z tego. Co powinni, czego nie powinni. Jakie są zalety, jakie są wady, itd. Powinniśmy przede wszystkim rozmawiać, uświadamiać, nauczać, a nie od razu ingerować
odpowiedni zasięg /proper extent	<ul style="list-style-type: none"> – Taki zasięg jaki ma TV... ludzie zaczynają się zastanawiać, interesować się tematem... cykliczne powtarzanie pewnych kampanii naprawdę bardzo dużo dobrego robi – Lokalnie możemy dużo działać, ale TV jedną kampanią może bardzo dużo. Zmienić postawę różnych ludzi
mentor /mentor	<ul style="list-style-type: none"> – Musi być mentor, czy to aktor, tak jak jest w programach zdrowotnych, że jak chcemy coś wypromować, to dajemy kogoś znanego – Na festynie są władze... wszyscy to widzą... jeżeli chodzi o działanie promocyjne, to jest to bardzo medialne
atrakcyjne nagrody, prezenty /attractive benefits	<ul style="list-style-type: none"> – Były robione konkursy, były zachęty... wspaniałe nagrody, 400 prac wpłynęło i każdy otrzymał tablet – Jak ludzie wiedzieli, że dostaną ładny długopis, notes, kalendarz, poczęstunek, potem obiad, to ich zachęcało – ...też z funduszy norweskich jakiś powiat robił projekt... i była taka akcja, że ludzie wypełniali ankiety i przychodzili na badania, każdy dostał sokowirówkę

oraz zakres zadań tych osób. Wskazuje to na potrzebę pewnego zunifikowania struktur i zadań biur (regulaminów organizacyjnych) oraz kompetencji pracowników.

Prawidłowe przygotowanie i wdrożenie programów zdrowotnych wymaga posiadania różnego rodzaju zasobów, w tym ludzkich, informacyjnych, organizacyjnych i finansowych [8, 9]. Tymczasem w badanych powiatach do tych celów brakowało ludzi, usystematyzowanych procesów (procedur) i pieniędzy. Na uwagę zasługuje informacja, że powiaty cierpią na chroniczny brak środków finansowych na realizację programów zdrowotnych, a środki takie są głównie w dyspozycji gmin. Dyskusje w grupach fokusowych pokazały trudności związane z prowadzeniem diagnozy lokalnych problemów zdrowotnych, dostępem do wiarygodnych i aktualnych źródeł informacji, a także z umiejętnością dotarcia do nich oraz ich analizy i syntezy. Brakuje zatem zasobów, które można nazwać informacyjnymi. I problemu tego nie rozwiązuje publikowanie map potrzeb zdrowotnych, które koncentrują się na danych z poziomu województwa, a danych z poziomu gmin w ogóle nie podają.

Ważnym problemem wydaje się brak jednomyślnej zgody na zasady działania AOTMiT. Opiniowanie programów przez Agencję było najczęściej postrzegane jako dodatkowa trudność do pokonania w procesie przygotowania programów, a nie jako forma pomocy. Podawano przy tym przykłady na niezrozumiałą i błędną opinię otrzymaną z Agencji.

Poważne wydają się także problemy nazwane przez badanych niespodziewanymi efektami. Wynikają one z regulacji prawnych i dotyczą ciągłości opieki nad pacjentami, u których w trakcie realizacji programu diagnozuje się określone schorzenia czy problemy zdrowotne. Co do zasady programy samorządowe nie mogą opłacać świadczeń, które finansuje NFZ, czyli nie mogą oferować leczenia, które kontraktuje płatnik. Jakkolwiek czasem podejmowane są starania mające wspierać pacjentów w takiej sytuacji, to jednak rodzi to pytanie: czy działania, które służą jedynie wykrywaniu chorób, nawet jeśli są wsparte poradnictwem dla chorego, ale nie zapewniają leczenia, są uzasadnione etycznie? Kwestia ta była już przedmiotem krytyki [10].

Idea modelowych programów zdrowotnych wzbudziła wśród badanych spore zainteresowanie, jednak nie jest ani dostatecznie znana i rozumiana, ani powszechnie aprobowana. Modelowe, wzorcowe programy są obecnie traktowane jako istotne narzędzie wsparcia JST. Takie zalecenie daje np. NIK, chociaż nie definiuje tego pojęcia [11]. Jest to jednak półśrodek do poprawy jakości programów, ponieważ nie rozwiąże wszystkich problemów na tym polu. Sedno

samorządowych programów zdrowotnych tkwi w reagowaniu na specyficzne potrzeby danej społeczności. Nie jest możliwe stworzenie programów modelowych pasujących do wszystkich warunków. W najlepszym przypadku potrzebne będzie dostosowanie programu modelowego do kontekstu miejscowego i będzie to zależało nie tylko od umiejętności twórców programów, ale też dostępu do odpowiednich danych.

W anglojęzycznym piśmiennictwie międzynarodowym nie występuje określenie modelowy program zdrowotny. Powszechnie używa się natomiast określeń, takich jak model planowania, schemat planowania, podejście do planowania, przewodnik czy zeszyt ćwiczeń [8, 9, 12-14]. Modele planowania (schematy) różnią się pod wieloma względami, ale mają też elementy wspólne, które dotyczą: organizacji i planu działania, włączenia społeczności, wyznaczenia celów lub wizji, przeprowadzenia analizy społeczności (potrzeb), ustalenia priorytetów, stworzenia planu poprawy zdrowia społeczności, wdrożenia planu i monitorowania poprawy zdrowia, ewaluacji procesu i efektów [15]. Modele (schematy) prezentowane w piśmiennictwie międzynarodowym poruszają te kwestie, ponieważ dążą do tworzenia, do produkcji programów, a nie ich reprodukcji, odwzorowywania. Odwołują się do twórczej, a nie odtwórczej roli osób planujących program, dążą do ich samodzielności. W twórczym procesie opracowania programu zdrowotnego niezbędne jest również kierowanie się zasadami zdrowia publicznego opartego na dowodach [16, 17], a nie tylko medycyny opartej na dowodach, a także rozumienie koncepcji dobrych praktyk [18, 19] wraz z umiejętnością wyszukiwania informacji odpowiednich do tych celów.

Ostatnią kwestią, która zasługuje na komentarz jest to, że w trakcie dyskusji nad kryteriami sukcesu programu zdrowotnego badani koncentrowali się na nakładach i procesie realizacji, ale nie na efektach – stopniu osiągniętej w wyniku programu zmiany czy poprawy sytuacji. Być może wynika to z faktu, że nie utrwalił się zwyczaj obowiązkowej ewaluacji działań. Czyni to wielką szkodę, ponieważ bardzo pomocne byłoby stworzenie bazy dobrych praktyk w Polsce. Należy podkreślić, że najlepsza praktyka zidentyfikowana w kilku, a nawet więcej jednorodnych kontekstach społecznych, ekonomicznych, prawnych czy organizacyjnych nie musi okazać się właściwa czy relatywnie tania w środowiskach odmiennych [20, 21].

Wnioski

W skrócie można powiedzieć, że: 1. zdrowie nie stanowi priorytetu działania samorządów szczebla powiatowego, 2. w powiatach brakuje jednorodnych struktur zajmujących się tematyką zdrowotną, w tym programami, 3. urzędnicy czują się przeciążeni pracą,

wykonywać liczne inne zadania, brakuje im pieniędzy na programy, a nierzadko umiejętności potrzebnych do planowania programów zdrowotnych, 4. nie ma powszechnego zrozumienia działalności AOTMiT, 5. idea programów modelowych jest atrakcyjna, ale budzi liczne wątpliwości, 6. kryteria sukcesu programu odnoszą się do nakładów i procesu, a nie do efektów programów.

W badaniu wykazano zatem, że realizacja samorządowych programów zdrowotnych na szczeblu powiatów natrafia na liczne problemy, które w znacznej mierze są niezależne od woli samorządów i urzędników. Jeśli spojrzeć na sytuację tylko pod kątem głównych problemów naświetlonych w ocenie zewnętrznej (mało programów, nierównomierna dystrybucja przestrzenna, słabe finansowanie i niezadowalająca jakość), to opinie z powiatów nie pozwalają mieć nadziei na szybką i radykalną poprawę sytuacji.

Poprawa realizacji samorządowych programów zdrowotnych wymaga bezzwłocznego opracowania kompleksowej strategii rozwoju tych działań oraz

systemu wsparcia dla JST. Można tu wskazać m.in. budowanie koalicji samorządów do wspólnego wdrażania programów, nawiązywanie współpracy samorządów z badaczami, uczelniami czy instytucjami naukowymi w celu szkolenia oraz prowadzenia badań diagnostycznych i ewaluacyjnych, a także stworzenie banków informacji (niezagregowane dane społeczno-demograficzne i epidemiologiczne, poradnictwo, infolinia, podręczniki). W nurt ten wpisuje się obecnie realizowany przez autorki projekt pt. 'PROFIBAZA'. Jego celem jest poprawa jakości danych o lokalnych działaniach z obszaru profilaktyki chorób i promocji zdrowia w Polsce. W związku z tym będą prowadzone konsultacje z różnymi interesariuszami, w tym z przedstawicielami JST, które realizują programy zdrowotne.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

- Cianciara D, Lewtak K, Gajewska M i wsp. Programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorzady – spojrzenie z zewnątrz. *Hygeia Public Health* 2019, 54(2): 69-74
- French J, Gordon R. *Strategic social marketing*. Sage Publications, Los Angeles 2015: 283-284.
- Krueger RA. *Designing and Conducting Focus Group Interviews*. Illinois Higher Education Center. October 2002. <http://www.eiu.edu/ihec/Krueger-FocusGroupInterviews.pdf> (10.01.2019).
- CDC. *Data Collection Methods for Program Evaluation: Focus Groups*. Evaluation Briefs 13, 2008. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/pdf/brief13.pdf> (10.01.2019).
- Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. *Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups*. *Br Dent J* 2008, 204(6): 291-295.
- Anderson C. *Presenting and evaluating qualitative research*. *Am J Pharm Educ* 2010, 74(8): 141.
- Cianciara D, Lewtak K, Gajewska M i wsp. *Projekty programów zdrowotnych zaopiniowanych przez AOTMiT w latach 2012-2015*. [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Wojtyński B, Goryński P (red.) NIZP-PZH, Warszawa 2016: 357-380.
- Public Health Ontario. *Planning health promotion programs: introductory workbook*. Fourth Edition, Queen's Printer for Ontario, Toronto 2015. http://www.impactiedcr.com/assets/files/program_planning/planning_health_promotion_programs_workbook_En_2015.pdf (10.01.2019).
- Jacobs JA, Jones E, Gabella BA, et al. *Tools for Implementing an Evidence-Based Approach in Public Health Practice*. *Prev Chronic Dis* 2012, 9: E116.
- Cianciara D, Rdzany R. *Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja*. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 97-103.
- Załącznik nr 2. *Charakterystyka stanu prawnego*. [w:] *Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego*. NIK, Warszawa 2016: 45-48.
- Precede-Proceed Model. *Encyclopedia of Public Health*. <http://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/precede-proceed-model> (10.01.2019).
- A Guide to Developing Public Health Programmes: a generic programme logic model*. Occasional Bulletin No. 35. Ministry of Health, Wellington: 2006. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/public-health-programme-v2-may07.pdf> (10.01.2019).
- U.S. Department of Health and Human Services. *Planned Approach to Community Health: Guide for the Local Coordinator*. 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, Atlanta 1983. www.lgreen.net/patch.pdf (10.01.2019).
- CDC. *State, Tribal, Local & Territorial Public Health Professionals Gateway. Assessment & Planning Models, Frameworks & Tools*. <https://www.cdc.gov/stltpublichealth/cha/assessment.html> (10.01.2019).
- Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. *Evidence-based decision making to improve public health practice*. *Frontiers in Public Health Services and Systems Research* 2013, 2(2): article 2.
- Kohatsu ND, Robinson JG, Torner JC. *Evidence-based public health: an evolving concept*. *Am J Prev Med* 2004, 27(5): 417-421.
- Spencer LM, Schooley MW, Anderson LA, et al. *Seeking best practices: a conceptual framework for planning and improving evidence-based practices*. *Prev Chronic Dis* 2013, 10: 130186.

19. Ng E, de Colombani P. Framework for selecting best practices in public health: a systematic literature review. *J Public Health Res* 2015, 4(3): 577.
20. Macfarlane A. Discussion of factors that influence the success and failure of public health programmes. [in] What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents? Macfarlane A. WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Copenhagen 2005: 9-13. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74674/E86766.pdf (09.01.2019).
21. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. School-based sexuality education programmes. A Cost and Cost-Effectiveness Analysis in Six Countries. Executive summary. UNESCO, Paris 2011. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/CostingStudy.pdf> (09.01.2019).