



Ministerstwo
Zdrowia



NARODOWY
INSTYTUT
ZDROWIA
PUBLICZNEGO
PAŃSTWOWY INSTYTUT
BADAWCZY

Standardy planowania i ewaluacji programów zdrowotnych

Dr hab. n. med. Dorota Cianciara, prof. CMKP

Warszawa

Grudzień 2024 r.

Plan

1. Wprowadzenie
2. Struktura opracowania, najważniejsze wątki i narzędzia
3. Podsumowanie ekspertyz równoległych
4. Rekomendacje

1. Wprowadzenie

Założenia

- Misja

- Ujednoczyć podejście do programów polityki zdrowotnej, zdrowotnych, profilaktyki, profilaktycznych, interwencji programowych
- Poprawić planowanie i ewaluację programów
- Poprawić jakość programów
- Uwzględniać w programach społeczne uwarunkowania zdrowia i kwestie sprawiedliwości w zdrowiu
- Zachęcać do działań horyzontalnych, przełamujących bariery administracyjne
- Rzetelnie oceniać skuteczność programów, przynajmniej poprzez uzyskanie wyników krótko- i średnioterminowych
- Móc porównywać programy
- Budować bazę krajowych dowodów i dobrych praktyk
- Udzielać rekomendacji
- Gromadzić argumenty do wsparcia i finansowania zdrowia publicznego
- Przygotować podłoże do ewaluacji ekonomicznej – efektywności
- Budować potencjał zdrowia publicznego
- Wspierać zdrowie w wymiarze populacyjnym



Założenia

- Standard
 - Typowy, przeciętny model, wzór do naśladowania
 - Zdefiniowano jako
 - Normy oraz etapy i sposoby postępowania umożliwiające typowość działań
 - W toku pracy wyróżniono
 - 4 normy planowania
 - 4 normy ewaluacji
 - 7 etapów planowania
 - 6 etapów ewaluacji

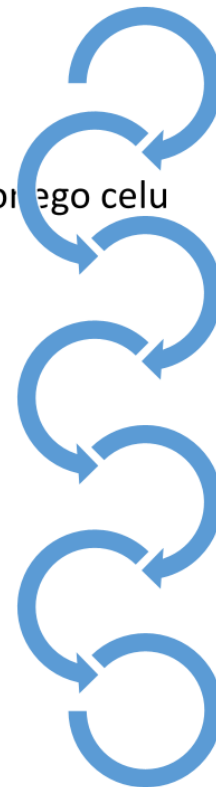




Założenia

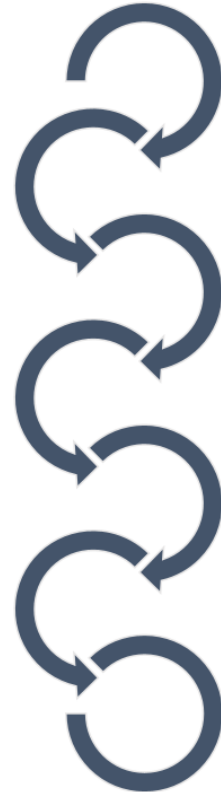
- Program

- Zestaw działań zaplanowanych na określony czas w celu osiągnięcia określonego celu (-ów) dotyczącego (-ych) zdrowia
- Uniwersalne narzędzie zdrowia publicznego
- Społeczno-środowiskowy (społeczny) model zdrowia
- Piramida wpływu na zdrowie
- Profilaktyka pierwotna i wtórna, uniwersalna i selektywna
- Promocja zdrowia wg Karty Ottawskiej (1986)
- Relatywnie niewielki zakres (tematyka, zasięg, czas)
- Cykl życia programu (związki planowanie-realizacja-ewaluacja)
- Znaczenie kontekstu
- Zaangażowanie społeczności

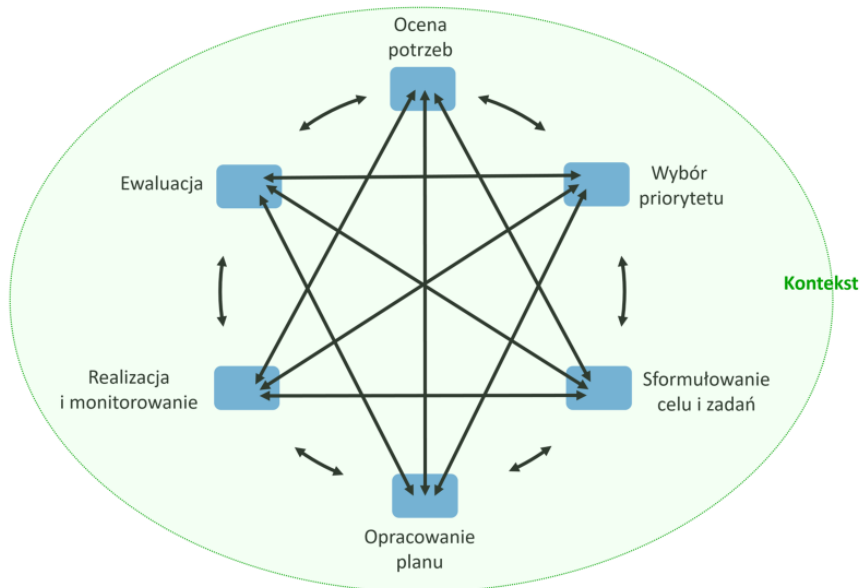


Założenia

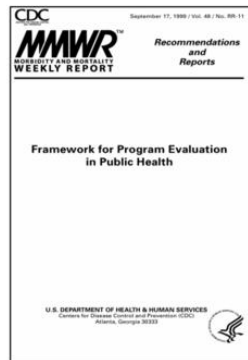
- Opracowanie
- Założenia merytoryczne
 - Dla początkujących i średniozaawansowanych
 - Wyjaśnienie specyfiki działania zdrowia publicznego
 - W oparciu o literaturę anglojęzyczną i polską
 - W oparciu o podejścia generyczne, a nie autorskie, *stricte* naukowe
 - W oparciu o CDC Program Evaluation Framework (26.09.2024) (clou)
 - Podejście wypośrodkowane, realistyczne
 - Model logiczny 5- lub 6-elementowy (clou)
 - Termin „zadanie” (*objective*), a nie cel szczegółowy
 - Planowanie operacyjne
 - Tylko zarys metodyki badań ewaluacyjnych
- Założenia techniczne
 - Ujednolicona terminologia (w nawiasie termin angielski)
 - Jak najwięcej grafiki, ilustracji
 - Oddzielenie treści głównej od didaskaliów (ramki z komentarzem)
 - Unikanie powtórzeń pomimo iteratywności planowania programu i ewaluacji



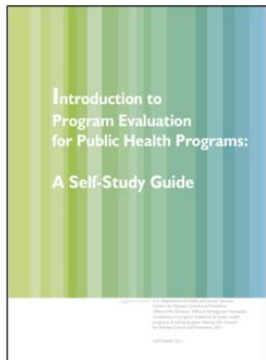
Iteratywność procesów największa trudność



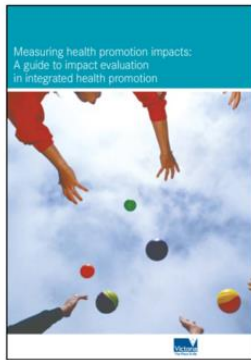
Przykłady analizowanych źródeł



1999



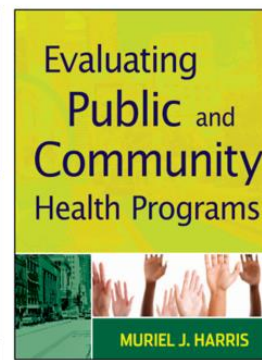
2005



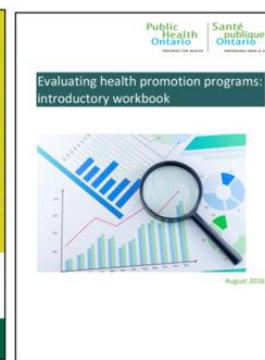
2008



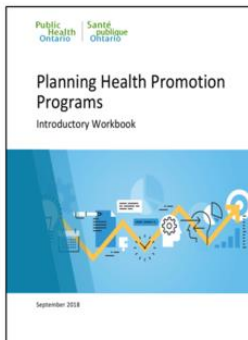
2010



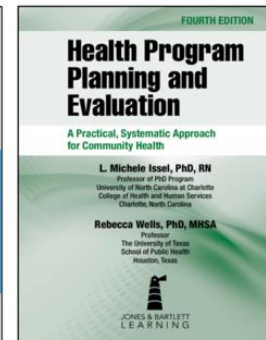
2010



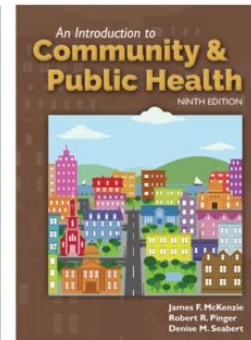
2016



2018



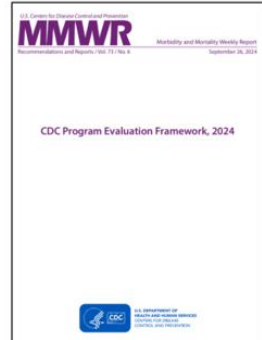
2018



2018



2021



2024



9

Dorota Cianciara

Przykłady analizowanych źródeł



1994



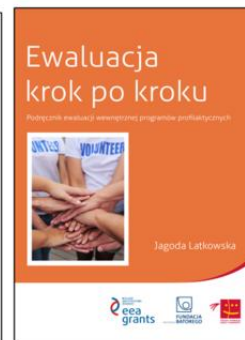
2008



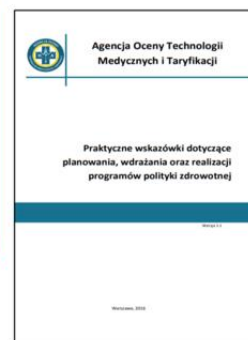
2011



2012



2014



2016



2017



2019



2022



2023



2024



Dorota Cianciara

10

2. Struktura opracowania, najważniejsze wątki i narzędzia



Struktura opracowania

Spis treści

Wykaz skrótów

Słownik

Streszczenie

Spis rysunków i tabel

1 Wstęp

1.1 Cel opracowania

1.2 Uzasadnienie

1.3 Założenia

1.4. Podsumowanie ekspertyz równoległych

2 Działalność zdrowia publicznego

2.1 Zakres działalności

2.2 Rola w społeczeństwie

2.3 Aktualne tendencje

2.4 Znaczenie programów zdrowotnych

2.4.1 Definicja programu

2.4.2 Cykl życia programu

2.4.3 Atrybuty programu

3 Planowanie programów zdrowotnych

3.1 Definicja, znaczenie planowania, rodzaje, modele

3.2. Standardy planowania

3.2.1 Normy planowania

3.2.1.1 Trafność

3.2.1.2 Partnerstwo

3.2.1.3 Sprawiedliwość w zdrowiu

3.2.1.4 Model logiczny

3.2.2 Etapy planowania

3.2.2.1 Przygotowanie planowania

3.2.2.2 Ocena potrzeb

3.2.2.3 Wybór priorytetu

3.2.2.4 Wybór celu, grup docelowych, zadań

3.2.2.5 Wybór strategii i metod

3.2.2.6 Określenie wskaźników do ewaluacji

3.2.2.7 Opracowanie planu i modelu logicznego programu

3.4. Uwagi końcowe

4 Wprowadzenie do zagadnień ewaluacji i monitorowania

4.1 Ewaluacja

4.1.1 Ewaluacja w przekroju międzynarodowym

4.2. Monitorowanie

5 Ewaluacja programów zdrowotnych

5.1 Definicja, znaczenie ewaluacji

5.2 Rozwój ewaluacji

5.3 Rodzaje ewaluacji

5.4. Standardy ewaluacji

5.4.1 Normy ewaluacji

5.4.1.1 Użyteczność

5.4.1.2 Wykonalność

5.4.1.3 Wiarygodność

5.4.1.4 Jawność

5.4.2 Etapy ewaluacji

5.4.2.1 Przygotowanie ewaluacji

5.4.2.2 Opisanie programu

5.4.2.3 Określenie celu ewaluacji, postawienie pytań ewaluacyjnych, wybór schematu badawczego

5.4.2.4 Zebranie danych

5.4.2.5 Opracowanie danych, analiza, formułowanie wniosków i rekomendacji

5.4.2.6 Wykorzystanie ustaleń

5.5 Uwagi końcowe

6 Podsumowanie

Rozwiązania graficzne

Komentarz

Wielu uczestników systemu zdrowia publicznego nie zdaje sobie sprawy, że działa w obrębie tego systemu. Trudno jest precyzyjnie zdefiniować zawód „pracownika zdrowia publicznego”. Wyróżnia się kadrę podstawową, dla której zdrowie publiczne stanowi główną część jej obowiązków służbowych oraz kadrę rozszerzoną, czyli osoby, które poprzez swoje działania w pewien sposób przyczyniają się do pracy zdrowia publicznego, nawet jeśli nie zdają sobie z tego sprawy. Ogólnie jednak trudno jest wskazać i policzyć „pracowników zdrowia publicznego”. W taki sam sposób można podzielić „instytucje zdrowia publicznego”.

Brak poczucia przynależności do systemu zdrowia publicznego jest też cechą tzw. populacji generalnej. Tymczasem wszyscy – w różnym stopniu – jesteśmy służbą zdrowia publicznego.

Ponadto ludzie zazwyczaj nie zdają sobie sprawy, że ich zdrowie w większym stopniu zależy od działalności zdrowia publicznego niż medycyny naprawczej. Doktor C. Everett Koop, który w latach 1982-1989 w USA z nominacji prezydenta Ronalda Raegana sprawował urząd *Surgeon General* twierdził, że: „opieka medyczna jest ważna dla każdego z nas od czasu do czasu, ale zdrowie publiczne jest ważne dla nas wszystkich przez cały czas”

Pomimo tego zdrowie publiczne jest niedoceniane. Jest niewidoczne, ponieważ – w przeciwieństwie do medycyny – jego sukcesy są niewidoczne. Sukcesem zdrowia publicznego jest bowiem epidemia, której w ogóle nie było! Szczególnie w czasie pandemii COVID-19 zaczęto podkreślać, że konieczne jest uczynienie zdrowia publicznego widzialnym, unaocznienie społeczeństwu jak działa ta niewidzialna tarcza.

3. Wybór zadań

- w tym momencie zaczyna się proces formułowania zadań, a także zaczyna się pracę nad modelem logicznym programu,
- w programach określa się zadania dotyczące procesu (*process objectives*) i dotyczące wyników (*outcome objectives*),
- precyzyjne sformułowanie zadań jest możliwe po przebyciu dwóch następnych etapów, tj. po wyborze strategii i metod oraz po określeniu wskaźników do ewaluacji procesu oraz wyników (patrz rozdział pt. Wybór strategii i metod oraz Określenie wskaźników do ewaluacji),
- precyzyjne sformułowanie zadań zazwyczaj następuje w kilku rundach,
 - pierwsza runda to stwierdzenie co chce się osiągnąć, na przykład: umożliwienie diagnostyki/testów,
 - w drugiej rundzie dodaje się sposób, w jaki chce się to osiągnąć, co odpowiada strategii i metodom, na przykład: przygotowanie/rozbudowanie bazy (laboratoria, testy, formalności, wykonawcy, itp.), informacja dla beneficjentów, edukacja, wykonanie badań/testów, pomoc i wsparcie dla poddanych diagnostyce/testom,
 - wymienione sposoby realizacji odpowiadają strategii biomedycznej, społecznej i indywidualnej,
 - w trzeciej rundzie dodaje się oczekiwany poziom realizacji zadania, co odpowiada wskaźnikom, na przykład: przygotowanie dwóch laboratoriów, informacja dla 200 kobiet mieszkank miejscowości MMM, wykonanie LLL liczby badań/testów wśród kobiet jw.,
- przykładami precyzyjnego sformułowania zadań dotyczących procesu są
 - opracowanie 5 scenariuszy do prowadzenia warsztatów na temat TTT dla kobiet mieszkank MMM do 31.03.2025 r.,
 - wzrost uczestnictwa uczniów szkół SSS w poradnictwie zawodowym o 10 p.p. w okresie styczeń-maj 2025 r.,
 - nawiązanie współpracy z 5 trenerami, którzy będą realizować program PPP do maja 2025 r.,
 - przeprowadzenie 10 szkoleń na temat TTT dla łącznie 100 nauczycieli szkół SSS z powiatu PPP w okresie maj-czerwiec 2025 r.,

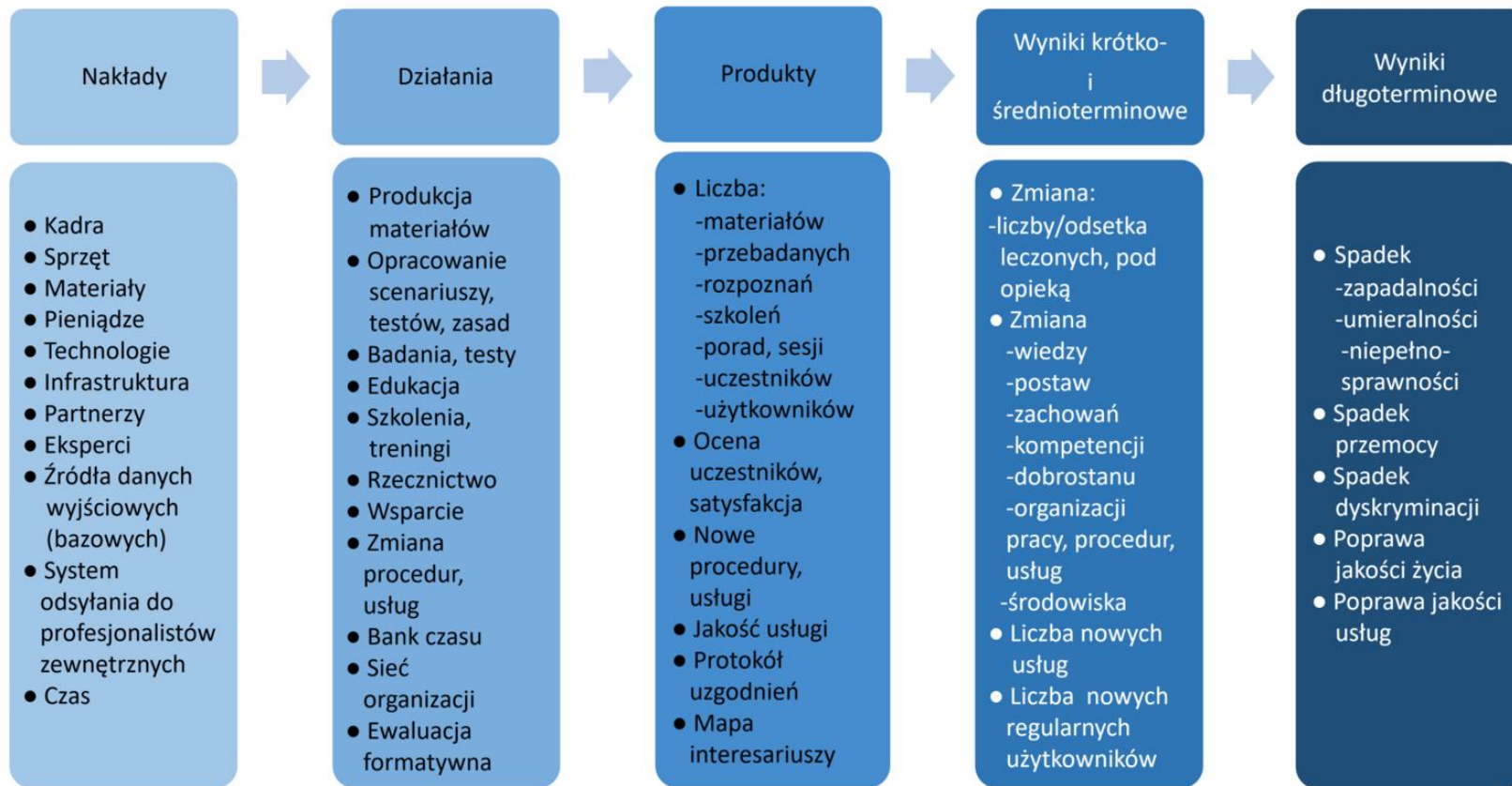


Proponowane standardy

Proces	Standardy	
	Normy	Etapy
Planowanie	Trafność	1. Przygotowanie planowania
	Partnerstwo	2. Ocena potrzeb
	Sprawiedliwość w zdrowiu	3. Wybór priorytetu
	Model logiczny	4. Wybór celu, grup docelowych, zadań
		5. Wybór strategii i metod
		6. Określenie wskaźników do ewaluacji
		7. Opracowanie planu i modelu logicznego
Ewaluacja	Użyteczność	1. Przygotowanie ewaluacji
	Wykonalność	2. Opisanie programu
	Wiarygodność	3. Określenie celu ewaluacji, postawienie pytań ewaluacyjnych, wybór schematu badawczego
	Jawność	4. Zebranie danych
		5. Opracowanie danych, analiza, formułowanie wniosków i rekomendacji
		6. Wykorzystanie ustaleń

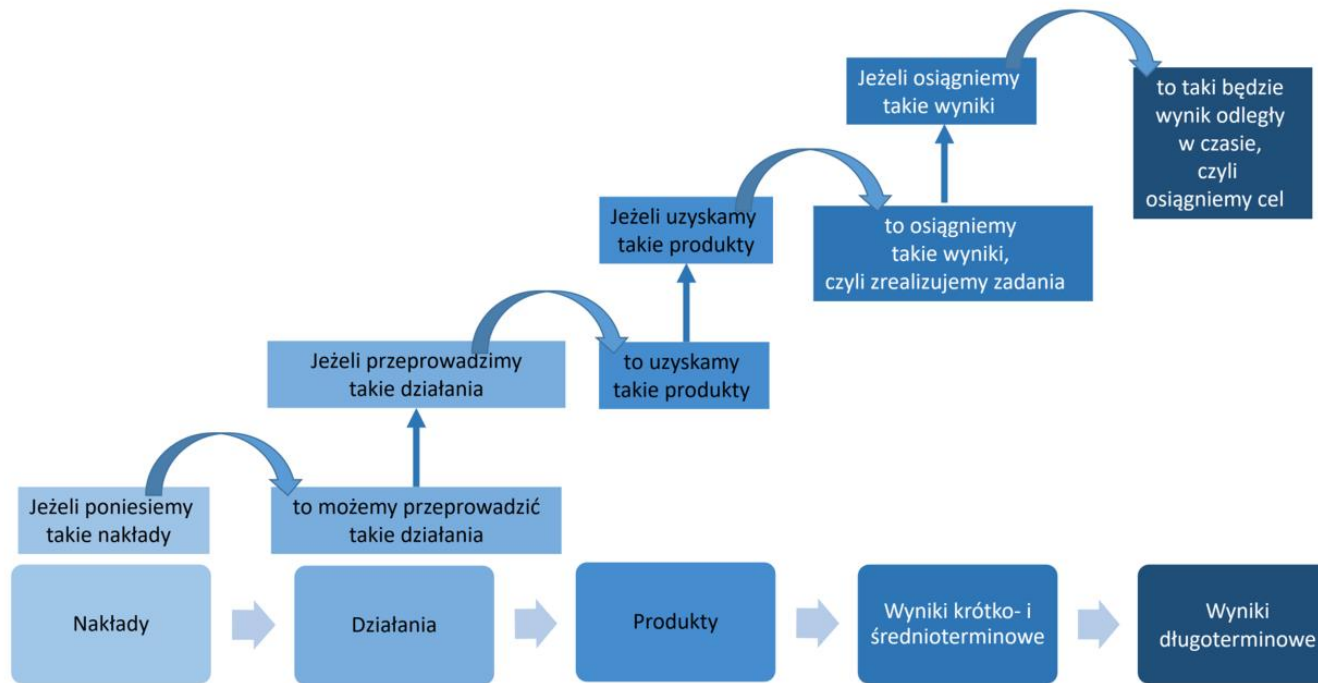
Proponowany model logiczny opis tego jak program „produkuje” wyniki





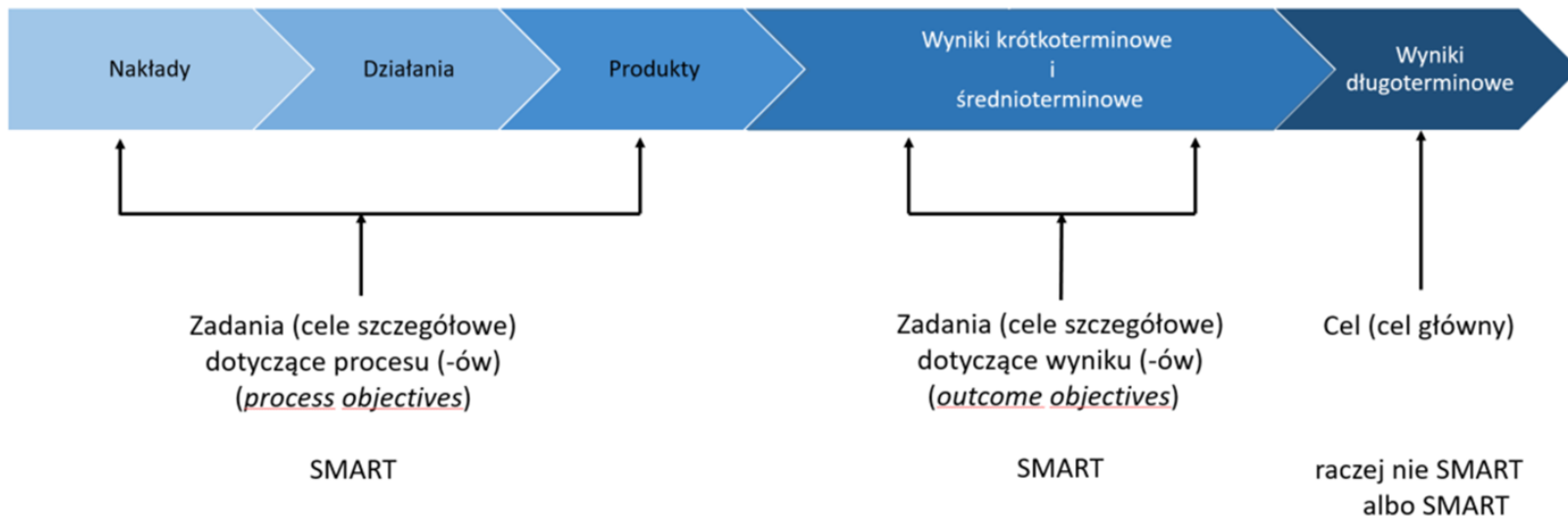
Opracowanie modelu logicznego

logika do przodu (jeżeli... to...)

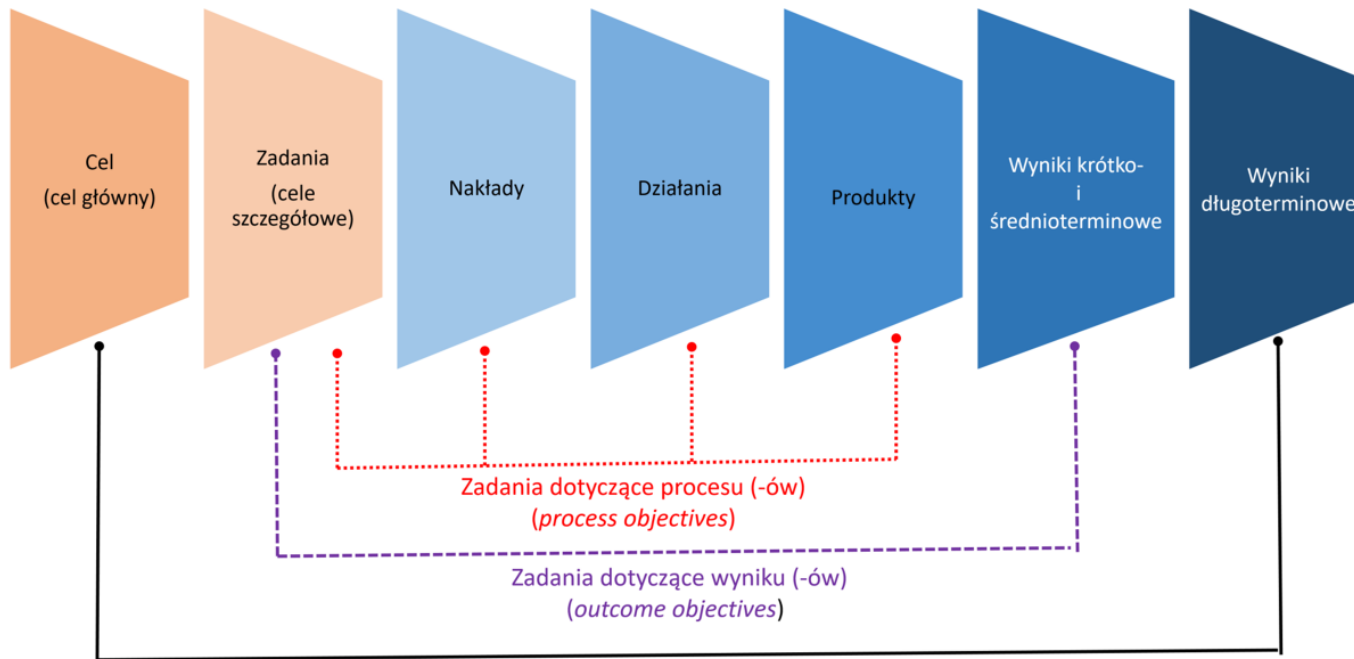


Dorota Cianciara

Związek modelu logicznego z celem i zadaniami

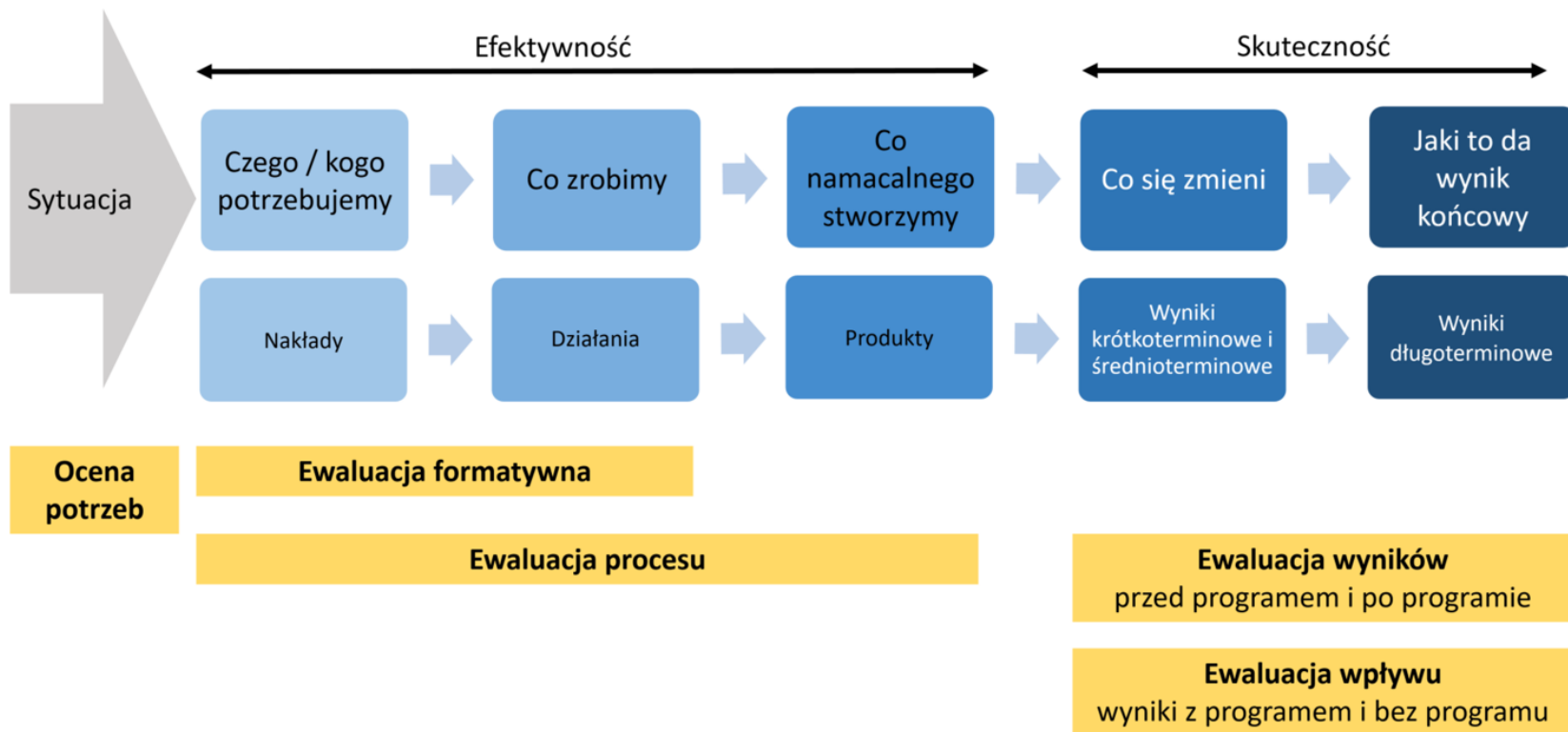


Związek modelu logicznego z celem i zadaniami

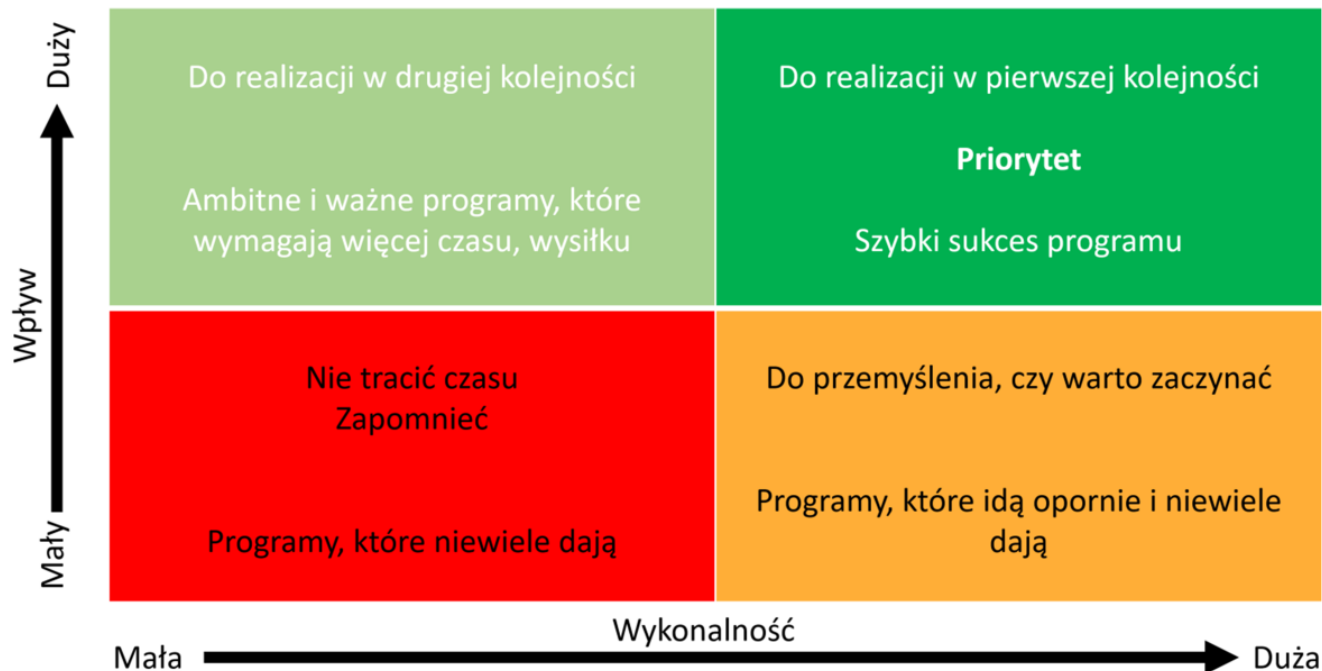


Dorota Cianciara

Związek modelu logicznego z rodzajami ewaluacji

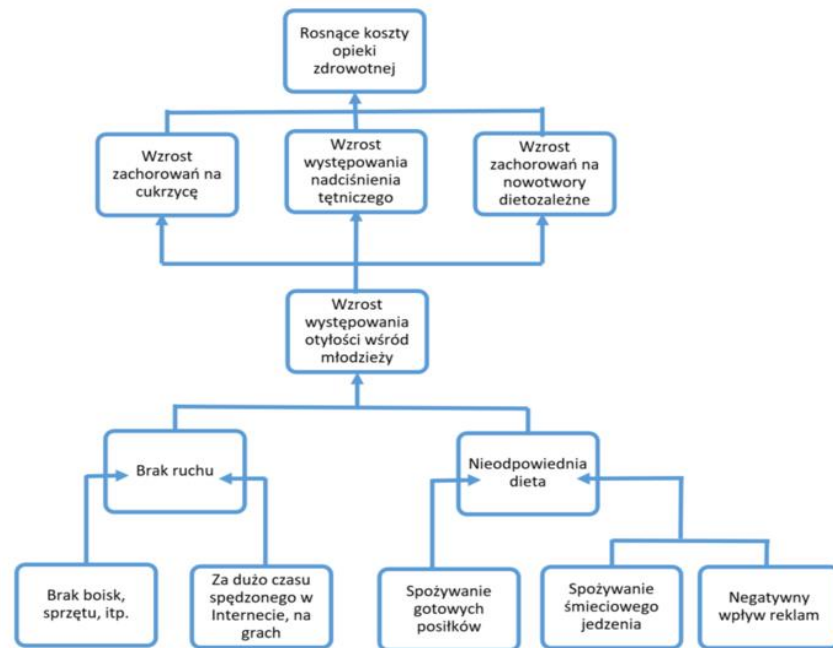


Wybór priorytetu, celu, inne decyzje



Dorota Cianciara

Drzewo problemu i drzewo celów wybór celu i zadań



Dorota Cianciara

Schematy badań ewaluacyjnych

Badania eksperymentalne									
1	Pretest-posttest								
	Grupa eksperymentalna	R	O ₁	P	O ₂				
	Grupa kontrolna	R	O ₁		O ₂				
2	Tylko posttest								
	Grupa eksperymentalna	R		P	O				
	Grupa kontrolna	R			O				
3	Analiza szeregów czasowych								
	Grupa eksperymentalna	R	O ₁	O ₂	O ₃	P	O ₄	O ₅	O ₆
	Grupa kontrolna	R	O ₁	O ₂	O ₃		O ₄	O ₅	O ₆
Badania quasi-eksperymentalne									
1	Pretest-posttest								
	Grupa eksperymentalna		O ₁	P	O ₂				
	Grupa porównawcza		O ₁		O ₂				
2	Analiza szeregów czasowych								
	Grupa eksperymentalna		O ₁	O ₂	O ₃	P	O ₄	O ₅	O ₆
	Grupa porównawcza		O ₁	O ₂	O ₃		O ₄	O ₅	O ₆
Badania nieeksperymentalne									
1	Pretest-posttest								
	Grupa eksperymentalna		O ₁	P	O ₂				
2	Analiza szeregów czasowych								
	Grupa eksperymentalna		O ₁	O ₂	O ₃	P	O ₄	O ₅	O ₆



3. Podsumowanie ekspertyz równoległych

Prof. Piotr Tyszko

Planowanie i ewaluacja programu zdrowotnego – rodzaje podejmowanych działań/metod w programie.

Największe trudności i wyzwania

Aspekty

- Im większa oryginalność przedsięwzięcia (wkład intelektualny w przygotowanie i realizację, złożoność) tym większe ryzyko niepowodzenia
- Projekty samorządowych programów polityki zdrowotnej (PPZ), pomimo dostępności instrukcji i materiałów, zawierają niedociągnięcia i błędy
- PPZ przebiegają w 3 fazach: (i) informacja dla ludności, upowszechnienie PPZ, edukacja (ii) bezpośrednia usługa, (iii) follow-up
- Najwięcej zastrzeżeń dotyczy działań informacyjno-edukacyjnych; w projektach są opisane hasłowo, nieprofesjonalnie
- Zastrzeżenia wobec technologii usługi dotyczą stosowania ich niezgodnie z wytycznymi oraz powielania świadczeń gwarantowanych (podwójne finansowanie)

Wnioski, rekomendacje

- Wytyczne AOTMiT do opracowania PPZ powinny szerzej ujmować zasady działań informacyjnych i edukacyjnych, przy współpracy pedagogów

Odniesienia w niniejszym opracowaniu

- Wyraźnie powiedziano, że program należy zaplanować metodą właściwą dla planowania programu, a następnie wpisać w schemat wymagany przez organ opiniujący lub finansujący (dotyczy to także PPZ)
- Wielokrotnie podkreślano konieczność włączenia zainteresowanych stron do planowania, realizacji i ewaluacji programów (PPZ są programami top-down, nie uwzględniają współpracy z adresatami)
- Zwrócono uwagę na konieczność nawiązania współpracy z ekspertami od zmiany zachowań, edukacji zdrowotnej, lekarzami, ewaluatorami zewnętrznymi, badaczami z różnych dziedzin, statystykami, itp. – zarówno do planowania, jak wykonania programu i ewaluacji



Dr hab. n. o zdr. Joanna Mazur, prof. UZ
Ewaluacja programów zdrowotnych – potrzeby a realia

Aspekty

- Standardy ewaluacji wg: SEVAL z 2000 r. (odpowiednik standardów OECD/DAC), CDC z 1999 r.; przykłady ewaluacji wykonalności; podział standardów na etyczne, metodologiczne i prakseologiczne; metaewaluacja
- Przedmiot ewaluacji: kształcenie, polityki, programy interwencyjne w obszarze zdrowia publicznego
- Możliwości zastosowania RCTs; EBM, EBPH; obiektywne vs subiektywne źródła danych
- Zasady prezentacji wyników, struktura raportu
- Teorie programu a ocena skuteczności: podejścia do zdrowia (biomedyczne, psychospołeczne, epidemiologiczne, społeczno-zdrowotne (the society-and-health-lens)), podejścia do ewaluacji (oparte na celach, potrzebach, teorii, uczestnictwie, użyteczności, realistyczne)
- Prowadzenie ewaluacji, w tym: model logiczny (terminy rezultaty i wpływ), kryteria wg OECD/DAC/UE, model Krickpatricka, model CIPP, inne podejścia, RE-AIM

Wnioski, rekomendacje

- Regulacje prawne mogą być impulsem do poprawy ewaluacji działań finansowanych ze środków publicznych, wymaga to standardu opracowań
- Potrzebne jest budowanie kultury ewaluacyjnej, kształtowanie norm w środowisku badaczy i praktyków, nabywanie wiedzy, udostępnianie podręczników, webinarów
- Brak uzgodnionej terminologii polskiej, potrzebne jest równoległe używanie nomenklatury anglojęzycznej
- Istnieje dużo realnych przeszkód w prowadzeniu ewaluacji, poprawa sytuacji powinna uwzględniać poprawność metodologiczną, czas, koszty, kompetencje personelu

Odniesienia w niniejszym opracowaniu

- Opracowanie dotyczy programów opartych na społeczno-środowiskowym (społecznym) modelu zdrowia
- Podstawą niniejszego opracowania są podejścia uogólniające, generyczne, a nie podejścia autorskie, zwłaszcza do ewaluacji
- Przyjęto inną interpretację (nazwy) składowych modelu logicznego, nie używano kryteriów ewaluacji wg OECD/DAC/UE
- Stosowano podejście jak w tabeli 4, gdzie rodzajami ewaluacji są: ocena potrzeb, ewaluacja procesu, wyników, wpływu, co uzupełniono o ewaluację formatywną
- Do analizy kontekstu nie odwoływano się bezpośrednio do PRISM/RE-AIM, jednakże opisano liczne aspekty tego schematu
- Stosowano ujednoliconą terminologię, dodawano terminy angielskie
- Opracowany materiał jest podręcznikiem, proponowane podejście jest realistyczne
- Zalecono namysł nad regulacjami dotyczącymi sprawozdawczości, uwzględniając przynajmniej ewaluację wyników, aby stworzyć bodziec do upowszechnienia ewaluacji



Dr Iwona Stanisławska	
Wybór problemu zdrowotnego (priorytetu) oraz analiza przyczyn ww. problemu. Największe trudności i wyzwania	
Aspekty	
•	Definicja i charakterystyka programu, przy uwzględnieniu odmian programów (zdrowotny, polityki zdrowotnej, profilaktyki, profilaktyczny); charakterystyka procesu planowania
•	Definicje i interpretacje potrzeb zdrowotnych; definicje i interpretacje ewaluacji
•	Pierwsze fazy planowania programu; idea działania zdrowia publicznego
•	Kryteria wyboru priorytetu, liczne, w tym zgodność z krajowymi politykami zdrowotnymi i polityką publiczną, w tym mapami potrzeb zdrowotnych
•	Omówienie istniejących baz danych (w tym m.in. Eurostat, WHO, GBD, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), CEIRPL, NFZ, SEZiZ, Krajowy Rejestr Nowotworów, NIZP-PZH, GUS), wady i braki w danych
•	Problemy dotyczące dostępności danych, jakości danych, zakresu danych
•	Problemy ze zbieraniem danych, ochroną danych
Wnioski, rekomendacje	
•	Wybór problemu zdrowotnego opierać na solidnych dowodach naukowych, takich jak badania epidemiologiczne, analiza trendów zdrowotnych, dane o umieralności i zachorowalności, a także prognozy dotyczące przyszłych wyzwań zdrowotnych (pomimo wyszczególnionych wcześniej licznych kryteriów wyboru)
•	Ujednolicić procesy planowania poprzez tworzenie wspólnych ram i metod oceny, które umożliwią porównanie różnych programów i wybór tych, które mają największy potencjał do poprawy zdrowia populacji
•	Uwzględnić zrównoważony rozwój i równość zdrowotną
Odniesienia w niniejszym opracowaniu	
•	Zastosowano szersze kryteria wyboru priorytetu niż epidemiologiczne
•	Ze świadomością istnienia problemów z dostępem do danych epidemiologicznych na poziomie lokalnym przyjęto założenie, że programy zdrowotne w rozumieniu tego opracowania bardzo rzadko będą mogły mieć wyznaczone cele <i>stricte</i> zdrowotne, sformułowane w kategoriach SMART, a więc możliwe do ewaluacji; skoncentrowano się natomiast na zadaniach programu, sformułowanych w kategoriach SMART, które można poddać ewaluacji wyników krótkoterminowych i średnioterminowych
•	Zwrócono uwagę na różne interpretacje oceny potrzeb, pełnowymiarową ocenę potrzeb zalecano w sytuacji, gdy program dąży do zmiany sytuacji oraz aktywizacji społeczności
•	Opracowanie służy stworzeniu ram i ujednoczeniu metod
•	Wielokrotnie podkreślano znaczenie sprawiedliwości w zdrowiu i podejmowania decyzji pod tym kątem; używano określenia nierówności/niesprawiedliwości w zdrowiu oraz sprawiedliwość w zdrowiu

Dr hab. Dorota Kleszczewska Komunikacja w zdrowiu
Aspekty
<ul style="list-style-type: none">• Definicja komunikacji, interpretacje, zastosowanie; kompetencje zdrowotne• Projektowanie skutecznej strategii komunikacji zdrowotnej: cel, adresaci, szczególne grupy adresatów, przekaz, kanały komunikacji, formy (w tym <i>social prescribing</i>)• Zaangażowanie społeczności, partnerstwa, ambasadorzy, influencerzy; komunikacja kryzysowa• Ewaluacja komunikacji zdrowotnej, kwestie etyczne
Wnioski, rekomendacje
<ul style="list-style-type: none">• Komunikacja odgrywa kluczową rolę w zdrowiu publicznym• Zadaniem komunikacji jest rozwój kompetencji zdrowotnych, szczególnie wśród młodzieży, co dotyczy m.in. interpretacji informacji i identyfikacji „fake news”• Komunikacja powinna opierać się na rzetelnych danych, przestrzegać standardów etycznych, respektować liczne zasady, angażować interesariuszy
Odniesienia w niniejszym opracowaniu
<ul style="list-style-type: none">• Zwrócono uwagę, że komunikacja zdrowotna, podobnie jak edukacja zdrowotna, jest metodą uniwersalną, którą można zastosować w obrębie wszystkich strategii działania w programach zdrowotnych• Podkreślano szczególne znaczenie komunikacji między twórcami programów a adresatami, realizatorami i innymi interesariuszami programu



Dr Bartosz Pędziński	
Ewaluacja ekonomiczna programów zdrowotnych – realia a potrzeby	
Aspekty	
•	Ocena technologii medycznych dla interwencji zdrowia publicznego, aspekty oceny; zasady HTA ogólne i w AOTMiT
•	Charakterystyka programów polityki zdrowotnej (PPZ), zasady wdrożenia, realizacji, dofinansowania przez NFZ, opinie o projektach PPZ
•	Programy zdrowotne i pilotażowe NFZ
•	Program pilotażowy "Profilaktyka 40 PLUS" (2021) - wskaźniki realizacji to liczba uczestników, liczba świadczeniodawców, dane nt. kompletności ankiet, wartość wydatków; żaden ze wskaźników nie odnosił się do ewaluacji ekonomicznej, a wartość kosztów można odnieść tylko do produktów, a nie rezultatów (efektów zdrowotnych) testowanej interwencji
•	Program pilotażowy POZ PLUS realizowany przy udziale Banku Światowego, schemat quasi-eksperymentalny, liczne wskaźniki produktu i rezultatu
•	Wytyczne AOTMiT (2014) do przygotowania i ewaluacji programów pilotażowych – zalecenie wykorzystania wskaźników finansowych dotyczących kosztów pośrednich oraz bezpośrednich
•	Programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii [np. w rekomendacjach KCPU na 2024 r. jest mowa o monitorowaniu problemu, monitorowaniu jakości programu, ewaluacji procesu i ewaluacji wyniku]
•	Program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego – wskaźniki realizacji dotyczą liczby świadczeniobiorców, liczby świadczeń, czasu oczekiwania na świadczenia, liczby hospitalizacji, liczby i czasu trwania zastosowań przymusu bezpośredniego, liczby skierowań, oceny jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej
•	Programy i działania na mocy innych przepisów; w regionalnych programach polityki zdrowotnej obligatoryjne są wskaźniki produktu i rezultatu
•	Definicja kosztów bezpośrednich, medycznych, niemedycznych; definicja kosztów pośrednich; koszty niematerialne
•	Matryca logiczna, opis, potencjalne wskaźniki
Wnioski	
•	Potencjalne kierunki ewaluacji ekonomicznej jako rodzaje ewaluacji ex-ante, on-going, ex-post; analizy: koszt-nakład i koszt-produkt; koszt-efekt, koszt-użyteczność, koszt-korzyść
•	Problemy ewaluacji ekonomicznej – dominują badania nieeksperymentalne i trudno jest ocenić wyniki długoterminowe
Odniesienia w niniejszym opracowaniu	
•	Zwrócono uwagę, że do ewaluacji ekonomicznej korzystne byłoby wyznaczanie wyników długoterminowych w kategoriach SMART, tzw. twardych punktów końcowych możliwych do weryfikacji na podstawie statystyki publicznej (np. zapadalność, chorobowość, umieralność) oraz prowadzenie ewaluacji wpływu, najlepiej poprzez badania eksperymentalne
•	Niniejsze opracowanie nie obejmuje ewaluacji ekonomicznej

4. Rekomendacje



- Upowszechnić użycie modelu logicznego
- Dążyć do tego, aby wszystkie programy poddawano ewaluacji formatywnej, procesu oraz wyników krótkoterminowych i średnioterminowych
- Pamiętać, że ewaluacja wyników nie daje podstaw do wnioskowania o przyczynowości, a więc nie dowodzi, że stwierdzona zmiana jest efektem programu
- Podjąć wysiłki w celu opracowania nowych wymagań i form sprawozdawczości z realizacji programów zdrowotnych, uwzględniających powyższe aspekty ewaluacji, aby dać formalny impuls do poprawy programów zdrowotnych
- Dążyć do stanu, w którym programy zdrowotne w Polsce będą stosunkowo długotrwałe, co otworzy drogę do ewaluacji wyników długoterminowych
- Dążyć do stanu, w którym programy osiągną taki poziom dojrzałości, że możliwe będzie wykonywanie ewaluacji wpływu – tam gdzie ma to uzasadnienie logiczne, naukowe i finansowe
- Pamiętać, że tylko ewaluacja wpływu dowodzi przyczynowości, czyli dowodzi, że stwierdzona zmiana jest efektem programu
- Rozwinąć działalność informacyjną dotyczącą planowania i ewaluacji programów zdrowotnych, działania rzecznicze, kształcenie i szkolenie, aby podnosić kulturę ewaluacyjną w systemie zdrowia publicznego



Per-Anders Tengland
PhD, Professor Emeritus at Malmö University

Logicznie rzecz biorąc, można robić promocję zdrowia bez profilaktyki chorób, chociaż nie jest to takie częste,

ale nie można robić profilaktyki chorób bez promocji zdrowia.

Większość interwencji promocji zdrowia ma na celu podłoże zdrowia, a nie zdrowie jako takie.

Tengland PA, 2010

dorota.cianciara@cmkp.edu.pl



Ministerstwo
Zdrowia



NARODOWY
INSTYTUT
ZDROWIA
PUBLICZNEGO
PAŃSTWOWY INSTYTUT
BADAWCZY

Dziękuję za uwagę