



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej

Wersja 1.1

Warszawa, 2016

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

ul. Krasickiego 26

02-611 Warszawa

tel. +48 22 566 72 00,

fax +48 22 566 72 02

email: sekretariat@aotmit.gov.pl

www.aotmit.gov.pl

Powielanie tego dokumentu w celach niehandlowych jest dozwolone, pod warunkiem podania cytowanego źródła.

Spis treści

Wstęp	4
Informacje ogólne	4
Rozdział 1. Planowanie programu	6
Rozdział 2. Problem zdrowotny i epidemiologia	7
Rozdział 3. Określenie celów i mierników efektywności	8
Rozdział 4. Charakterystyka populacji docelowej oraz zaplanowanie interwencji	11
Rozdział 5. Monitorowanie i ewaluacja programu.....	14
Rozdział 6. Trwałość efektów zdrowotnych	17
Rozdział 7. Planowanie budżetu i koszty.....	19
Rozdział 8. Organizacja programu	20
Podsumowanie	21
Przydatne strony	22
Piśmiennictwo	24

Wstęp

Niniejsze opracowanie zostało stworzone przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) we współpracy z ekspertami z zakresu zdrowia publicznego. Ma ono na celu przedstawienie wskazówek dotyczących planowania, wdrażania oraz realizacji Programów Polityki Zdrowotnej (PPZ) w oparciu o obowiązujące regulacje prawne oraz dostępne dowody naukowe.

Głównym celem poradnika jest ułatwienie autorom programów poprawnej konstrukcji PPZ oraz zwrócenie uwagi na jego istotne elementy wraz z logiczną i spójną budową. Przedstawione w poradniku informacje odnoszą się do ogólnych założeń dobrze przygotowanego PPZ, zaś wykorzystane przykłady mają na celu praktyczne przedstawienie opisywanych elementów.

Informacje ogólne

Program Polityki Zdrowotnej (PPZ) – jest to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego.

Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia programów polityki zdrowotnych jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.*). PPZ powinny uwzględniać priorytety zdrowotne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31a ust. 2 Ustawy (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, *Dz. U. z 2009 r., Nr 137, poz. 1126*). PPZ powinny być także zbieżne z Narodowym Programem Zdrowia.

Ustawa nakłada obowiązek na jednostki samorządu terytorialnego (JST) przekazywania projektów PPZ do AOTMiT celem ich zaopiniowania. Na proces analizy przekazanego projektu i przygotowania opinii AOTMiT ma 2 miesiące.

Proces przygotowania opinii w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej rozpoczyna się od przygotowania raportu szczegółowego oceniającego zgodność projektu PPZ z zaleceniami AOTMiT, opisem aktualnego stanu finansowania świadczeń medycznych w Polsce oraz wytycznych krajowych i światowych dotyczących zaproponowanej w projekcie interwencji w danej populacji docelowej. W tym celu przygotowywane są aneksy do raportów szczegółowych, które opisują skuteczność, bezpieczeństwo, rekomendacje kliniczne (odnoszące się do aktualnych wytycznych i praktyki medycznej), rekomendacje refundacyjne oraz opinie ekspertów klinicznych w obrębie przedmiotowego problemu zdrowotnego. Aneksy przygotowywane są głównie w oparciu o wtórne dowody naukowe, przede wszystkim przeglądy systematyczne.

W toku prac nad przygotowaniem aneksów do raportów szczegółowych, wykorzystywane są informacje udostępniane w bazach informacji medycznej, na stronach organizacji zajmujących się ochroną zdrowia (towarzystwa naukowe, organizacje eksperckie, organizacje zrzeszające pacjentów) oraz na stronach krajowych i zagranicznych urzędów i instytucji publicznych odpowiedzialnych za ochronę zdrowia i zdrowie publiczne. Aneks do raportów szczegółowych jest okresowo aktualizowany. Podstawą do aktualizacji jest pojawienie się nowych dowodów naukowych, które mogą wpływać na wnioskowanie o skuteczności, bezpieczeństwie, opłacalności i innych aspektach stosowania danej technologii medycznej w ramach programu polityki zdrowotnej.

Sporządzony raport szczegółowy (wraz z aneksem) jest przekazywany Radzie Przejrzystości, która na jego podstawie przygotowuje opinię w sprawie zasadności realizacji projektu programu polityki zdrowotnej. W oparciu o ww. dokumenty, przygotowywana jest opinia Prezesa Agencji, która jest następnie przekazywana do jednostki samorządu terytorialnego i zamieszczana na stronie internetowej AOTMiT w zakładce Biuletynu Informacji Publicznej.

Wydawana przez Prezesa Agencji opinia ma na celu wskazanie nieścisłości i nieprawidłowości, które pojawiają się w projekcie i przedstawienie sposobów ich skorygowania w odniesieniu do dostępnych dowodów naukowych.

Rozdział 1. Planowanie programu

Planowanie PPZ należy rozpocząć od przeprowadzenia analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikowania obszarów, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie danych problemów zdrowotnych na określonym obszarze oraz przedstawią jego sytuację na tle kraju. Należy zidentyfikować przyczyny zaistniałej sytuacji, a następnie dokonać wyboru problemu zdrowotnego, na którym skupiać się będzie dany program. W tym miejscu ważne jest także wstępne określenie populacji docelowej, do której skierowane będą dane interwencje.

Wartościowe dane mogą zostać uzyskane z podmiotów leczniczych zlokalizowanych na danym terenie oraz lokalnych stowarzyszeń zajmujących się szeroko pojętą ochroną zdrowia. W poszukiwaniu informacji epidemiologicznych warto odwiedzić np. strony Krajowego Rejestru Nowotworów (<http://onkologia.org.pl/>), strony Głównego Urzędu Statystycznego (<http://stat.gov.pl/>). Podkreślić należy, że każdy problem zdrowotny będzie się charakteryzował inną specyfiką i wnioskodawca PPZ zgodnie z Ustawą powinien przy planowaniu programu w obszarach, gdzie jest to możliwe opierać się na mapach potrzeb zdrowotnych publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia (<http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/>).

W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. W tym miejscu warto przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki - aby wdrożone działania z zakresu ochrony zdrowia cechowały się jak najwyższą jakością i efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ewentualna ich zmiana na takie, których uzyskanie charakteryzuje się większym prawdopodobieństwem. Trzeba mieć na uwadze, że jest to jeden z ważniejszych etapów programu, który decydować będzie o jego powodzeniu. Szczegółowe informacje na temat określania celów programowych znajdują się w rozdziale 3.

Wskazać należy, że na widoczne efekty zdrowotne mogą mieć wpływ nie tylko działania medyczne (np. szczepienia, diagnostyka), ale również takie, które stanowią wartość dodaną do już istniejących i funkcjonujących jak np. edukacja zdrowotna. Wspieranie działań funkcjonujących na szczeblach krajowych i wojewódzkich może stanowić jeden z priorytetów PPZ.

W kolejnych rozdziałach poradnika przedstawiono szczegółowy opis poszczególnych elementów, które powinny znajdować się w projekcie PPZ.

Rozdział 2. Problem zdrowotny i epidemiologia

Należy zdefiniować problem zdrowotny, w sposób krótki i zwięzły opisać dane jednostki chorobowe, których dotyczyć będzie PPZ. Istotne jest opisanie sytuacji lokalnej i uzasadnienie z jakich powodów samorząd chce ukierunkować swe działania akurat na przedmiotowy problem zdrowotny. Opisać przy tym należy znaczenie dla zdrowia społeczności lokalnej biorąc pod uwagę specyfikę regionu oraz inne istotne aspekty, które miały wpływ na wybór problematyki PPZ.

Dane epidemiologiczne wskazane w PPZ powinny być możliwie jak najbardziej aktualne i koncentrować się przede wszystkim na dostępnych danych lokalnych. Zaleca się odniesienie wspomnianych danych do danych krajowych biorąc pod uwagę zapadalność/chorobowość i umieralność ze szczególnym uwzględnieniem populacji, której dotyczyć ma dany program (szczegółowy opis populacji w rozdziale 4).

Przykład

PPZ dot. badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego (RJG).

W tym przypadku niezbędne jest wskazanie szczegółowych informacji dotyczących realizowania na danym obszarze programu populacyjnego dot. przesiewu w kierunku RJG, finansowanego przez NFZ. Jeżeli program taki nie był realizowany, to należy wskazać jakie są powody takiej sytuacji i czy jest możliwość wdrożenia innych rozwiązań, które sprawią, że program populacyjny obejmie swoim zasięgiem dany obszar. W ramach planowanego PPZ możliwe jest wspieranie działań finansowanych już ze środków publicznych.

W przypadku niektórych PPZ zasadne jest przedstawienie także innych danych (np. dot. dostępności danych świadczeń, sytuacji demograficznej, zasobów kadrowych i materialnych, które mogą okazać się niezbędne do realizacji przedmiotowych świadczeń itp.), które mogą rzutować na ocenę sytuacji zdrowotnej w rejonie – zaleca się tutaj korzystanie z narzędzi opisanych w rozdziale 1, w szczególności mapy potrzeb zdrowotnych.

Rozdział 3. Określenie celów i mierników efektywności

Cel jest to oczekiwany, docelowy stan. Inaczej mówiąc, jest to dążenie do uzyskania konkretnie zdefiniowanej zmiany.

Dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją SMART, wg której powinien on być:

- **Specific** – sprecyzowany, konkretny, szczegółowy i dobrze zdefiniowany. Specyficzność celu oznacza precyzję w opisanu tego, co ma zostać osiągnięte w przyszłości. Powinien on mieć jasno zdefiniowany rezultat.
- **Measurable** – mierzalny. To cel, którego realizację można monitorować i mierzyć.
- **Achievable** – osiągalny. Osiągalność celu oznacza, że osoby, które mają go osiągnąć powinny mieć możliwość zdobycia zasobów potrzebnych do jego realizacji. Istotne jest określenie takich celów, które nie będą zbyt łatwe lub zbyt trudne do osiągnięcia.
- **Relevant** – istotny, ważny. Cel powinien być powiązany z wartościami/priorytetami danej jednostki. Przy jego tworzeniu warto zadać pytanie: Co ważnego można zyskać dzięki jego realizacji? Co ważnego zmieni się w danym obszarze po jego osiągnięciu?
- **Time-bound** - zaplanowany w czasie. Przy formułowaniu celu nie może zabraknąć ostatecznego terminu jego osiągnięcia. Jest to także warunek skutecznego monitorowania realizacji celu.

W procesie planowania PPZ ważne jest określenie celów głównych oraz celów szczegółowych (częstkowych). Każdy PPZ powinien mieć wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony cel główny, którego osiągnięcie stanowić będzie potwierdzenie skuteczności zaplanowanych i podejmowanych działań.

W trakcie definiowania celów niezbędne jest określenie konkretnych wartości, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu. W związku z tym należy znać wartości wyjściowe i odnieść je do wartości uzyskanych po zakończeniu programu - np. w okresie realizacji (*wskazać konkretną wartość*) programu zwiększenie o 50% (*wskazać zakładaną wartość*) liczby dzieci, które poddano szczepieniu ochronnemu przeciwko (*podać rodzaj szczepionki*) zgodnie z cyklem szczepienia.

Przykład

Dobrze zaplanowany i przygotowany program edukacyjny w zakresie zdrowego odżywiania powinien przyczynić się do wzrostu wiedzy m. in. na temat odżywiania. Jednak celem głównym takiego programu powinno być przełożenie wiedzy na konkretne - praktyczne zachowania, czyli np. zwiększenie o 25% liczby osób o prawidłowych nawykach wśród uczestników, lub w okresie 3 lat obniżenie wskaźnika BMI do prawidłowej wartości u 50% osób biorących udział w programie.

Cele szczegółowe natomiast powinny stanowić uzupełnienie celu głównego. Powinny charakteryzować się dużą szczegółowością. Ich osiągnięcie jest elementem warunkującym osiągnięcie celu nadrzędnego.

Mierniki efektywności są to wskaźniki, które umożliwiają obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Mierniki powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym miejscu/otoczeniu/programie wyrażone w odpowiednich jednostkach miary.

W trakcie dobierania wskaźnika do określonego celu pomocne mogą okazać się pytania dodatkowe pozwalające na poprawne skonstruowanie kryteriów i wskaźników realizacji stawianego celu: Co chce się osiągnąć realizując dany cel? Co powinno się zmienić na skutek realizacji celu? Po czym można poznać, że dany cel został osiągnięty?

Należy pamiętać, aby mierniki dotyczyły rezultatów nie zaś podjętych wysiłków, były obserwowalne i obiektywne, zaś dane do pomiaru były łatwo dostępne.

Tworzenie mierników efektywności może odbywać się w kilku etapach:

1. Określenie/opisanie stanu istniejącego;
2. Opisanie spodziewanego efektu po wdrożeniu danych interwencji;
3. Wskazanie, w jaki sposób możliwy jest pomiar wielkości dokonanej zmiany;
4. Wybranie tych wskaźników, które najlepiej odpowiadają postawionym w programie celom.

Przykład

Biorąc powyższe pod uwagę w przypadku programu edukacyjnego z zakresu zdrowego odżywiania przykładowy cel główny, cele szczegółowe oraz mierniki efektywności można sformułować w następujący sposób:

Cel główny:

- w okresie jednego roku obniżenie wskaźnika BMI do prawidłowej wartości u 50% osób biorących udział w programie;

Cele szczegółowe:

- w okresie jednego roku zwiększenie o 50% liczby osób biorących udział w programie, które mają świadomość w jakich produktach żywnościowych występują nasycone kwasy tłuszczowe;
- w okresie jednego roku zwiększenie o 50% liczby osób biorących udział w programie, które mają świadomość które produkty odznaczają się wysoką zawartością białka;
- w okresie jednego roku zwiększenie o 50% liczby osób biorących udział w programie, które potrafią prawidłowo skonstruować jadłospis;

Mierniki efektywności:

- okresowe wielkości wskaźnika BMI w okresie jednego roku u osób biorących udział w programie;
- poziom wiedzy z zakresu występowania nasyconych kwasów tłuszczowych w produktach spożywczych zbadany przed oraz po wprowadzeniu programu (np. a podstawie ankiety);
- poziom wiedzy z zakresu występowania białka w produktach spożywczych

Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określone były przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Rozdział 4. Charakterystyka populacji docelowej oraz zaplanowanie interwencji

Po dokonaniu wyboru problemu zdrowotnego, w obszarze którego planowane są dane interwencje oraz dokładnym opisie celów programu można przystąpić do opisu populacji docelowej.

Należy przedstawić dokładną charakterystykę populacji docelowej. Istotne jest określenie wielkości populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie, jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do programu przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach programu.

Przy określaniu populacji docelowej należy pamiętać, aby odpowiadała ona charakterowi zaplanowanych interwencji (inaczej wygląda dobór populacji do programów zakładających np. szczepienia, inaczej zaś do badań przesiewowych). W tym celu zaleca się oparcie doboru uczestników o dostępne dowody naukowe. Należy pamiętać, że im większa włączona do programu populacja (dobrana w sposób prawidłowy), tym większe są możliwości uzyskania widocznych efektów zdrowotnych w danym zakresie. Ma to szczególne znaczenie przy wdrażaniu np. programów „szczepionkowych” lub programów edukacyjnych, gdzie kluczowe znaczenie odgrywa efekt populacyjny.

Ważne jest także, że w danych obszarach możliwe jest wyodrębnienie więcej niż jednej grupy docelowej.

Przykład

W odniesieniu do profilaktyki raka szyjki macicy możliwe jest wyodrębnienie 3 populacji docelowych:

- młodzieży poddawanych szczepieniom i edukacji;
- rodziców/opiekunów prawnych poddawanych edukacji zdrowotnej;
- matek/opiekunek prawnych dziewczynek zapraszanych do badań cytologicznych.

Wybór uczestników do programu powinien opierać się o jasne i przejrzyste dla wszystkich (ustalone przed wdrożeniem programu) kryteria kwalifikacji. Powinny one stanowić opis poszczególnych cech charakterystycznych dla danej populacji.

Przykład

W przypadku badań przesiewowych w kierunku cukrzycy u dzieci wykonywanie badań (np. znaczenie glukozy we krwi na czczo lub test OGTT) u wszystkich dzieci będzie działaniem nieprawidłowym. Jednak zawężenie populacji docelowej do dzieci otyłych i do określonego wieku będzie już działaniem prawidłowym. Z kolei w takim programie działania edukacyjne obejmujące prawidłową i zbilansowaną dietę, aktywność fizyczną, czy utrzymanie prawidłowej masy ciała powinny być skierowane do możliwie jak najszerszej populacji, a nie tylko do wspomnianych wyżej grup ryzyka.

Kwalifikacja do programu może mieć różną formę. Zaleca się jej przeprowadzenie w oparciu o ujednolicone ankiety/kwestionariusze. Może mieć ona również charakter kwalifikacyjnej wizyty lekarskiej, w trakcie której lekarz decyduje o uczestnictwie w programie.

Możliwe jest także określenie kryteriów wykluczenia z programu, czyli czynników decydujących o braku możliwości uczestnictwa danej osoby w programie. Na przykład przeciwwskazania lekarskie do wykonania szczepienia lub wiek poniżej określonego pułapu.

W momencie wyboru danej grupy docelowej ważne jest określenie sposobów dotarcia do niej. Należy odpowiednio dobrać sposoby zapraszania do programu oraz działania informacyjne, które dostosowane będą do specyfiki danej grupy i pozwolą na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu.

Przykład

Inaczej prowadzone będą działania skierowane do dzieci (rodziców/opiekunów prawnych), a inaczej w przypadku osób starszych. W pierwszym przypadku dobrym rozwiązaniem jest rozpropagowanie informacji na terenie szkoły lub w jej pobliżu, na portalach społecznościowych. W przypadku osób starszych źródłem dotarcia do potencjalnych uczestników programów mogą być zakłady pracy lub też instytucje kościelne np. ogłaszanie akcji informacyjnych podczas ogłoszeń parafialnych lub środki masowego przekazu wykorzystywane przez nich najczęściej (lokalna prasa).

Z populacją ściśle powiązana jest interwencja jaka zostanie wybrana. Jest to działanie, które planuje się przeprowadzić w ramach programu we wskazanej populacji. Interwencją są zarówno świadczenia medyczne (diagnostyczne i terapeutyczne), jak również działania edukacyjne i społeczne. PPZ może zawierać jedną lub więcej interwencji, które mogą wzajemnie się uzupełniać i łączyć, lub też być niezależne.

Przykład

Przy wyborze PPZ dotyczącego szczepień, oprócz przeprowadzenia akcji szczepień, powinno się uwzględnić element edukacyjny charakteryzujący dane schorzenie oraz wskazujący zachowania profilaktyczne, które zminimalizują ryzyko wystąpienia danego schorzenia.

Istotne jest aby przedstawić jasny i szczegółowy opis poszczególnych interwencji. Muszą one być działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie lub stanowić aktualną praktykę lekarską. Zaleca się przedstawienie dowodów naukowych i/lub rekomendacji, wytycznych, opinii ekspertów, wskazujących na zasadność prowadzenia danych działań w określonej populacji.

Zaplanowane działania muszą odpowiadać celom programu, tzn. ich odpowiednie przeprowadzenie powinno umożliwiać realizację celów. Interwencje muszą być także dostosowane do potrzeb populacji docelowej. Z punktu widzenia uzyskania efektów zdrowotnych zaplanowane działania powinny stanowić uzupełnienie już istniejących świadczeń zdrowotnych. Niezasadne jest planowanie w ramach PPZ świadczeń, które dostępne są w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W przypadku jednak, gdy dany problem zdrowotny stanowi istotny problem w rejonie i pomimo istniejących świadczeń gwarantowanych, jego skala nie zmniejsza się, planowane w ramach PPZ interwencje powinny skupiać się na wspieraniu działań już prowadzonych (np. podnoszeniu świadomości mieszkańców i promowaniu/zachęcaniu do badań profilaktycznych). PPZ nie może zastępować i wchodzić w kompetencje poszczególnych poradni specjalistycznych.

Sposób udzielania świadczeń w ramach programu powinien być jasno przedstawiony. Należy dokładnie określić zakres wykonywanych usług, jeżeli są to usługi cykliczne to także ich częstotliwość oraz czas trwania.

W przypadku zaplanowania kilku interwencji istotne jest wykazanie zależności pomiędzy nimi. W tym punkcie należy również określić warunki przechodzenia uczestnika pomiędzy danymi etapami programu zawierającymi różne interwencje (np. określenie przedziałów referencyjnych badań, które warunkują wykonanie kolejnej interwencji). Uczestnicy programu muszą być świadomi zasad, którymi posługuje się realizator świadczeń.

Należy wskazać sposób zakończenia udziału w programie. Zasadne jest, aby zakończenie udziału wiązało się z przekazaniem uczestnikom zaleceń dalszego postępowania. Istotne jest także zaplanowanie ewentualnej kontynuacji świadczeń zdrowotnych (np. współpraca z lokalnym ośrodkiem zdrowia, do którego kierowani będą pacjenci po zakończeniu programu, potrzebujący dalszej opieki). PPZ powinien stanowić integralną część lokalnego systemu opieki zdrowotnej.

Przykład

Dobrym przykładem dotyczącym zakończenia udziału w programie jest program aktywizacji osób starszych polegający na zorganizowaniu zajęć fizycznych dla osób starszych. Po zakończeniu programu uczestnicy mogliby we własnym zakresie, dzięki zdobytym informacjom, prowadzić regularną i wzmoczoną aktywność fizyczną w formie już

Rozdział 5. Monitorowanie i ewaluacja programu

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji PPZ i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępów. Proces ten uzasadnia modyfikacje, które wspierają realizację celów programu.

Ewaluacja natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Należy mieć świadomość różnic występujących pomiędzy monitorowaniem i ewaluacją. Monitorowanie odpowiada na pytania badawcze: Czy program przebiega zgodnie z planem? Czy uzyskano rezultaty? Czas jego wykonania obejmuje okres realizacji programu, zaś badane rezultaty są krótkotrwałe. Ewaluacja natomiast odpowiada na pytania: Czy osiągnięto cel? W jaki sposób? Dlaczego nie osiągnięto celów? Czas jej wykonania powinien rozpocząć się w momencie zakończenia programu, zaś badane rezultaty są średnio lub długoterminowe, powinny być obserwowane w długim okresie czasu.

W procesie planowania monitorowania i ewaluacji warto posłużyć się poniższą ścieżką postępowania:

1. Planowanie monitorowania i ewaluacji powinno być poprzedzone szczegółowym przeanalizowaniem sytuacji zdrowotnej. Diagnoza sytuacji w regionie umożliwia sformułowanie celów oraz wskaźników rezultatu.
2. Jeśli monitorowanie i ewaluacja wymaga zaplanowania dodatkowych zasobów (kadrowych, sprzętowych) należy określić posiadane w dyspozycji środki finansowe, które zostaną rozdysponowane na ten cel. W przypadku, gdy koszty monitorowania i ewaluacji przekraczają dostępne zasoby warto poszukać rozwiązań alternatywnych (np. wsparcie partnerskie, wsparcie sponsorskie).
3. W zakresie monitorowania należy określić wskaźniki, które będą odnosić się do:
 - a. zgłaszalności (odsetek uczestników PPZ, liczba osób, która nie została objęta programem z powodów zdrowotnych lub z innych powodów);
 - b. jakości świadczeń (np. ankieta satysfakcji);
4. W zakresie ewaluacji programu należy odnieść się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu (np. odsetek nowozdiagnozowanych chorych, odsetek osób u których obniżono masę ciała itp).
5. Istotne jest szczegółowe określenie rodzaju danych, niezbędnych do obliczenia wskaźników oraz sposobu ich zbierania.
6. Należy także określić metodę analityczną (np. ilościową), która posłuży obliczeniu zaplanowanych wskaźników.
7. Kolejnym krokiem jest przygotowanie planu działań. W przypadku monitorowania warto także zaplanować harmonogram uwzględniający skoordynowane działania organizacyjne. Plan działań powinien szczegółowo określać poszczególne kroki zdefiniowane w czasie z wyznaczeniem osób odpowiedzialnych (m.in. Kto i w jakim czasie będzie zbierał dane? Kto będzie odpowiedzialny za ich wstępną analizę? Kto przygotuje analizę końcową?).
8. W programach, których wskaźniki opierać się będą na współpracy z uczestnikami badania (np. dane pochodzące z ankiet, przeprowadzanych w pewnym odstępie czasu od zakończenia programu) niezbędne jest zaplanowanie takich działań informacyjnych (prowadzonych

w trakcie programu), które zapewnią pełną współpracę z uczestnikami, tak, aby uzyskane dane w jak największym stopniu odzwierciedlały rzeczywistą sytuację.

9. W przypadku programów wieloletnich zaleca się, aby proces zbierania i analizy danych podzielić na etapy określone w czasie (np. dane zbierane co kwartał, pół roku, rok). Każdy z okresów powinien być zakończony raportem okresowym.
10. Monitorowanie programu powinno być zakończone wraz z końcem udzielania świadczeń zdrowotnych. Monitorowanie powinno być zakończone raportem końcowym.
11. Ewaluacja programu powinna rozpocząć się po zakończeniu PPZ. Warto określić, które efekty zdrowotne będą wygasać wraz z czasem i do nich dostosować sposób przygotowywania raportów końcowych. Warto jednak zwrócić uwagę na trwałość uzyskanych efektów zdrowotnych dzięki realizacji PPZ – patrz rozdział 6.
12. Raporty końcowe powinny zawierać elementy niezbędne do całościowej oceny PPZ. W ich skład wchodzi m.in: skrócony opis prowadzonych działań, oceniane wskaźniki, sposób zbierania danych, sposób analizy, osoby odpowiedzialne za proces, analizowany okres.
13. Raporty z monitorowania i ewaluacji powinny być rozpowszechnione, tak aby możliwe było ich wykorzystanie przy planowaniu innych PPZ.

Przykład

1). Monitorowanie w programie dotyczącym szczepień p/grypie:

Ocena zgłaszalności powinna uwzględniać liczbę osób objętych programem szczepień w danym roczniku w zestawieniu z ogólną populacją, która kwalifikowałaby się do programu. Wskazać należałoby powody dla których szczepienie u niektórych osób nie zostało przeprowadzone (aspekty zdrowotne, aspekty etyczne etc.).

Ocena jakości udzielanych świadczeń powinna uwzględniać ocenę uczestnika programu (np. ankietę satysfakcji) oraz obiektywną ocenę osoby kontrolującej jakość przeprowadzanych procedur w ramach programu.

2). Ewaluacja programu dot. szczepień p/grypie:

Ewaluacja PPZ powinna uwzględniać m.in zapadalność na grypę w danym regionie w określonej populacji, wpływ programu szczepień na liczbę hospitalizacji z powodu grypy i jej grypy oraz określenie wpływu działań edukacyjnych na zgłaszalność na szczepienia poza programem oraz zachowania zdrowotne w populacji. wskaźniki związane z poszczepiennymi działaniami niepożądanymi.

3). W zależności o poruszanego w PPZ problemu zdrowotnego wskaźniki wykorzystywane w ramach ewaluacji mogą dotyczyć różnych obszarów:

Dane dotyczące populacji: podział ze względu na płeć, wskaźnik liczby urodzeń, wskaźnik śmiertelności, średnia długość życia;

Wydatki na zdrowie: poziom wydatków na zdrowie;

Stan zdrowia: samoocena w zakresie stanu zdrowia i niepełnosprawności, samoocena w zakresie możliwości wykonywania codziennych czynności przy przewlekłych stanach chorobowych;

Niemowlęta i dzieci: wskaźnik umieralności niemowląt, umieralność w okresie okołoporodowym, liczba urodzeń niemowląt o niskiej wadze ciała, odsetek niemowląt skutecznie zaszczepionych w pierwszym roku życia;

Sposób odżywiania: dane na temat ilości spożywanych owoców i warzyw, dane o liczbie spożywanych posiłków;

Personel służby zdrowia: liczba lekarzy POZ, liczba lekarzy specjalistów przypadających na jst, liczba wizyt pacjentów u lekarzy domowych;

Onkologia: częstość występowania poszczególnych nowotworów, odsetek kobiet, które poddały się kierunkowym profilaktycznym badaniom piersi oraz raka szyjki macicy, odsetek populacji, która poddała się przesiewowym badaniom w kierunku raka jelita grubego, wskaźniki przeżywalności chorych w odniesieniu do poszczególnych nowotworów;

Wpływ środowiska na zdrowie: odsetek populacji miejskiej narażonej na zanieczyszczenie powietrza przekraczające dopuszczalne normy stężenia.

Rozdział 6. Trwałość efektów zdrowotnych

Trwałością PPZ jest utrzymanie korzyści dla zdrowia po zakończeniu realizacji programu. Planowanie trwałości powinno stanowić część planowania PPZ. W tym celu warto jest przeprowadzić proces identyfikacji czynników, które mają kluczowe znaczenie dla trwałości efektów i są ze sobą ściśle powiązane. Są to czynniki takie jak:

- planowanie strategiczne, które prowadzi program w kierunku zakładanych celów;
- potencjał organizacyjny, czyli zasoby i wsparcie, które umożliwiają efektywne zarządzanie programem. Organizacja programu powinna charakteryzować się wieloetapowością i wielopoziomowością. Konieczne może stać się zintegrowanie działań PPZ z funkcjami innych instytucji i organizacji;
- wsparcie polityczne (określane również jako wsparcie środowiskowe), które zapewnia właściwe okoliczności dla programu. Wsparcie polityczne może być jawne i ukryte. Wsparcie jawne może stanowić udzielenie zgody na prowadzenie danego PPZ, zaś wsparcie ukryte jest przejawem społecznego zrozumienia i poparcia danej kwestii;
- partnerstwo, które zapewnia łączność między programem a jego interesariuszami, a także komunikacja z interesariuszami i opinią publiczną. Z punktu widzenia makrospołecznego odpowiada ono za zmiany systemowe i polityczne uwarunkowań zdrowia. W skali mikrospołecznej skupia się na zwiększaniu dostępności do świadczeń i indywidualnych uwarunkowaniach zdrowia;
- stabilność finansowa, która zapewnia ciągłość realizacji programu. Istotne dla trwałości PPZ jest określenie zróżnicowanych źródeł i metod finansowania;
- ewaluacja i adaptacja programu, które zapewniają efektywność w trakcie realizacji programu.

Projektowanie trwałości w ramach PPZ może opierać się na poniższej ścieżce postępowania:

1. Planowanie trwałości powinno być jedną ze składowych w procesie planowania PPZ. Warto w PPZ wyodrębnić oddzielną część dla działań, które planuje się przeprowadzić w ramach zapewnienia trwałości.
2. Planowanie trwałości należy rozpocząć od zidentyfikowania, czy zaplanowane w ramach PPZ działania będą skutkować długofalowymi efektami zdrowotnymi oraz czy zaplanowany czas realizacji PPZ pozwoli na uzyskanie efektów, utrzymujących się w czasie po jego zakończeniu.
3. Należy określić cel, który ma być zrealizowany w ramach trwałości (np. utrzymanie się efektów zdrowotnych w rok po zakończeniu programu)
4. W planowaniu trwałości należy określić potencjał organizacyjny. W tym celu należy sporządzić harmonogram działań zaplanowanych w PPZ oraz wyznaczyć osoby odpowiedzialne za poszczególne etapy.
5. W przypadku, gdy brak jest wystarczającej liczby zasobów (środków finansowych, kadry, sprzętu) należy poszukać rozwiązań alternatywnych (np. wsparcie sponsorskie) lub ograniczyć planowanie trwałości do posiadanych środków.
6. Ważne jest uzyskanie wsparcia środowiskowego poprzez nawiązanie współpracy z lokalnymi władzami. Wsparcie polityczne umożliwi gromadzenie zasobów do realizacji lokalnej polityki, której częścią mogą być PPZ.

7. Należy określić sposoby finansowania PPZ. Warto jest dokładnie rozplanować budżet na cały okres trwania programu i jego ewaluacji. Istotne jest także przeprowadzanie kontroli finansowych po zakończeniu poszczególnych etapów PPZ, które umożliwią bieżącą kontrolę wydatkowanych środków.
8. Kolejnym krokiem jest podjęcie partnerstwa z lokalnymi instytucjami i organizacjami, które poprzez współpracę zapewnią stałą promocję programu i zachęcać będą społeczeństwo do ciągłego korzystania z oferowanych świadczeń.
9. Należy w poprawny sposób zaplanować i przeprowadzić ewaluację programu, która określi jakie efekty zdrowotne i w jakim stopniu są rozpowszechnione w populacji.
10. Całość działań planowanych w ramach PPZ warto oprzeć o planowanie strategiczne, które umożliwi osiągnięcie zakładanych celów.
11. Warto mieć na względzie, że trwałość PPZ powinna być monitorowana oraz powinien być sprawdzany udział poszczególnych czynników w trwałości określonego PPZ. W przypadku, zaobserwowania zjawiska obniżania poziomu trwałości warto podejmować kroki, mające na celu poprawę sytuacji.

Przykłady

Dobrym przykładem trwałego efektu programu będzie prowadzenie szkoleń dla specjalistów zajmujących się aktywnością fizyczną. Wiedza przez nich zdobyta w trakcie jednej edycji programu może zostać wykorzystana w kolejnych edycjach lub podczas prowadzenia zajęć dla pozostałej części populacji, nie biorącej udziału w programie.

Innym przykładem utrzymywania się trwałych efektów zdrowotnych, jest regularne cykliczne wykonywanie szczepień ochronnych wśród dzieci. Planowane w tym zakresie działania wieloletnie, obejmujące całą populację docelową, pozwolą na uzyskanie trwałej odporności populacyjnej.

Rozdział 7. Planowanie budżetu i koszty

Planowanie budżetu powinno odbywać się w oparciu o model populacyjny, tzn. opierający się na kosztach jednostkowych, które następnie mnożone są przez liczebność populacji docelowej. W przypadku, gdy niemożliwe jest zastosowanie modelu populacyjnego dopuszcza się zaplanowanie budżetu w oparciu o koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń. W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.

Istotne jest wskazanie jednostki, odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet jst. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorzady terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

Należy w PPZ zamieścić uzasadnienie wskazujące, że zaplanowane w programie środki będą wydatkowane w sposób optymalny i efektywny.

Rozdział 8. Organizacja programu

Projekt PPZ powinien być przedstawiony w sposób jasny, przejrzysty i spójny z rekomendowanym przez AOTMiT schematem PPZ.

Uczestnik programu powinien być poinformowany o wszystkich zasadach realizacji programu (m.in. kwalifikacji do programu, zasad przechodzenia między etapami programu, zakończenie udziału)

Należy przedstawić wszystkie etapy programu i harmonogram działań. Istotne jest także wskazanie osób odpowiedzialnych za każdy z elementów programu.

PPZ powinien zawierać informacje na temat realizacji podobnych działań we wcześniejszych latach, tytuł programu, wskazanie obszaru, którego program dotyczy, wskazanie autorów, wnioskodawcy, planowanego terminu realizacji i w miarę możliwości także wyników

Ważne jest określenie sposobu wyboru realizatora (na podstawie zapisów Ustawy) oraz określenie dokładnych warunków i kompetencji personelu niezbędnych do wykonywania świadczeń w ramach programu. Wyboru realizatora programu jednostka samorządu terytorialnego dokonuje w drodze konkursu ofert. Komunikat o przeprowadzeniu konkursu ofert jednostka ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

W ogłoszeniu określa się w szczególności:

- przedmiot konkursu ofert,
- wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji PPZ,
- termin i miejsce składania ofert.

Przedmiotem konkursu, o którym mowa w Ustawie może być wyłącznie realizacja PPZ. Treść programu lub ewentualnie projektu programu powinna być znana najpóźniej na dzień ogłoszenia konkursu. Postępowanie niektórych jednostek samorządu terytorialnego, które jako przedmiot konkursu na wybór realizatora określają przygotowanie, wdrożenie i realizację programu zdrowotnego nie znajduje oparcia w przepisach Ustawy. Należy również zaznaczyć, że taka forma konkursu może budzić wątpliwości w odniesieniu do zachowania zasady uczciwej konkurencji pomiędzy podmiotami przystępującymi do konkursu. Możliwe jest przeprowadzenie konkursu na wybór realizatora, a nawet podpisanie umowy przed oceną PPZ przez Agencję. Taka informacja powinna jednak znajdować się w dokumentach przesyłanych do Agencji, która sprawdza czy realizator został wybrany w drodze konkursu ofert.

Podsumowanie

Reasumując, projekt programu polityki zdrowotnej powinien być skonstruowany w sposób spójny oraz zawierać wszystkie niezbędne elementy szablonu rekomendowanego przez AOTMiT. Ponadto powinien być zgodny z aktualnymi doniesieniami naukowymi. Jednostki samorządów terytorialnych powinny mieć na uwadze lokalne potrzeby zdrowotne społeczeństwa i w wyniku ich identyfikacji odpowiednio dostosować zakres tematyczny projektu programu. Zaleca się skonsultowanie wcześniej przygotowanego PPZ z ekspertami klinicznymi kompetentnymi w ściśle określonej dziedzinie (np. konsultanci wojewódzcy). Należy podkreślić, że dobrze skonstruowany PPZ oparty o wiarygodne informacje i dobrze przygotowane piśmiennictwo może otrzymać opinię pozytywną Prezesa AOTMiT oraz przynieść wymierne efekty zdrowotne dla lokalnej społeczności.

Przydatne strony

1. Państwowy Zakład Higieny - <http://www.pzh.gov.pl/>
2. Główny Urząd Statystyczny - <http://stat.gov.pl/>
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych - <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/>
4. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - <http://www.aotm.gov.pl/www/>
5. Narodowy Fundusz Zdrowia - <http://www.nfz.gov.pl/>
6. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne - <http://polskietowarzystwoginekologiczne.com.pl/>
7. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne - <http://www.ptkardio.pl/>
8. Polskie Towarzystwo Alergologiczne - <https://www2.pta.med.pl/>
9. Polskie Towarzystwo Angiologia - <http://www.angio.org.pl/>
10. Polskie Towarzystwo Audiologiczne i Foniatryczne - <http://www.ptaf.pl/>
11. Polskie Towarzystwo Osteoartrologii - www.osteoporoza.pl
12. Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne - <http://www.ptendo.org.pl/>
13. Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej - <http://www.pted.pl/>
14. Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych - <http://www.pteilchz.org.pl/>
15. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne - <https://cukrzyca.info.pl/>
16. Polskie Towarzystwo Dietetyki - <http://ptd.org.pl/>
17. Polskie Towarzystwo Dermatologiczne - <http://www.ptderm.pl/>
18. Polskie Towarzystwo Genetyczne - <http://www.ptgen.pl/>
19. Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej - <http://ptgo.pl/>
20. Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów - <http://www.pthit.pl/>
21. Polskie Towarzystwo Internistów Polskich - <http://tip.org.pl/>
22. Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy
http://www.imp.lodz.pl/home_pl/towarzystwa/polskie_towarzystwo_medycyny_pracy/
23. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej - <http://ptmr.info.pl/>
24. Polskie Towarzystwo Psychologii i Medycyny Prenatalnej i Perinatalnej - <http://ptmppp.w.interiowo.pl/>
25. Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii - <http://www.ptmie.org.pl/>
26. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej - <http://www.ptms.org.pl/>
27. Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej - <http://www.kspms.org/>
28. Polskie Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej - <http://www.balneologia.lo.pl/indexpl.htm>
29. Polskie Towarzystwo Mikrobiologów - <http://www.microbiology.pl/>
30. Polskie Towarzystwo Nefrologiczne - <https://ptnefro.pl/>
31. Polskie Towarzystwo Nefrologii Dziecięcej - <http://ptnfd.org/>
32. Polskie Towarzystwo Neonatologiczne - <http://www.neonatologia.edu.pl/>
33. Polskie Towarzystwo Neurologiczne - <https://ptneuro.pl/>
34. Polskie Towarzystwo Neuropsychiatryczne - www.neuropsychiatria.org
35. Polskie Towarzystwo Okulistyczne - <http://pto.com.pl/>
36. Polskie Towarzystwo Onkologiczne - <https://pto.med.pl/>
37. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej - <https://ptok.pl/>
38. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej - <http://www.medycynapaliatywna.org/>
39. Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne - <http://ptoitr.pl/>
40. Polskie Towarzystwo Ortopedii Dziecięcej - <http://ppos.pl/>
41. Polskie Towarzystwo Parazytologiczne - www.ptparasit.org.pl
42. Polskie Towarzystwo Pediatryczne - <http://ptp.edu.pl/>
43. Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne - <http://ptug.pl/>
44. Polski Klub Koloproktologii - <http://www.pkk.org.pl/>
45. Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego - <http://www.ptzp.org/index.php/pl/>
46. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej - <http://ptoz.pl/>
47. Polskie Towarzystwo Psychiatrii - <http://www.psychiatria.org.pl/>
48. Polskie Towarzystwo Chorób Płuc - <http://www.ptchp.org/>
49. Polskie Towarzystwo Pneumonologii Dziecięcej - <http://ptpd.org.pl/>

50. Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego - <http://www.ratownictwo.info/>
51. Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej - <http://www.medycynaratunkowa.wroc.pl/>
52. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji - <http://www.ptreh.com/>
53. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii - www.fizjoterapia.org.pl/
54. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne - <http://pts.net.pl/>
55. Polskie Towarzystwo Wakcynologii - <http://ptwakc.org.pl/>
56. Polskie Towarzystwo Urologiczne - <http://www.pturol.org.pl/>

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.);
2. Zarządzenie nr 8/2008/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 stycznia 2008 r. w sprawie zasad opracowywania przez NFZ terapeutycznych programów zdrowotnych;
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009, 137, poz. 1126);
4. Wurzbach ME (ed.). Community Health Education and Promotion - A Guide to Program Design and Evaluation. Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland, 2002;
5. Porteous NL, Sheldrick BJ, Stewart PJ. The logic model: a blueprint for describing programs;
6. Walczak. W, Orientacja na cele w zarządzaniu projektami, MBA 4/2009;
7. Wróblewska A i wsp. Zarządzanie przez cele, Poradnik.;
8. Harris, J. Muriel, Evaluating Public and Community Health Programs, 2010;
9. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Ewaluacja. Poradnik dla pracowników administracji publicznej, Warszawa 2012;
10. Cianciara D., Rdzany R., Planowanie samorządowych programów zdrowotnych .Część III. Monitorowanie i ewaluacja. Hygeia Public Health 2015, 50 (1); 97-103;
11. International Federation of Red Crescent Societies, Project/ programme monitoring and evaluation (M&E) guide, Geneva 2011;
12. Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne, Standardy ewaluacji, Warszawa 2008;
13. Cianciara D. i wsp. Trwałość samorządowych programów zdrowotnych. Hygeia Public Health 2015, 50(1): 104-111;
14. P. Pluye et.al. Program sustainability: focus on organizational routines. Health Promotion International: Dec 2004 19,4: ProQuest Nursing Journals pg. 489;
15. Schnell S. et.al. Public health program capacity for sustainability: a new framework. Implementation Science 2013, <http://www.implementationscience.com/content/8/1/15>;
16. Swerissen H., Crisp B.R. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. Health Promotion International Vol. 19 No. 1 Oxford University Press 2004, <http://oxfordjournals.org>;
17. Kłosowska B. i wsp. Samorządowe programy Zdrowotne. Jak je dobrze realizować? Poradnik dla pracowników jednostek samorządu terytorialnego, Warszawa 2013;
18. An Ad Hoc Work Group of the American Public Health Association. Criteria for the Development of Health Promotion and Education Programs. Am J Public Health. 1987 Jan;77(1):89-92
19. Karski JB.: Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane Zagadnienia. Wydanie I, CeDeWu, Warszawa 2003
20. Wojtczak A: Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wa-wa, 2009
21. Wurzbach ME (ed.). Community Health Education and Promotion—A Guide to Program Design and Evaluation. Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland, 2002
22. Lawrence Green, Marshall Kreuter: Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach Hardcover – July 20, 2004
23. McKenzie JF, Neiger BL, Thackeray R.: Planning, Implementing&Evaluating – Health Promotion Programs, Pearson Education 2013
24. McDavid JC, Huse I, Hawthorn L: Program Evaluation and Performance Measurement – An Introduction to practise, Sage 2013