

Ocena gminnego programu ochrony zdrowia psychicznego

Assessment of the municipal mental health program

Aleksandra Jastrzębowska¹, Łukasz Balwicki¹,
Małgorzata Balwicka-Szczyrba², Marzena Zarzeczna-Baran¹

¹Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Katedra Prawa Cywilnego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego

Summary

Aim. The aim of this article was to assess the structure of municipal Mental Health Program.

Method. The subject of the analysis was the Gdansk Mental Health Program for the years 2016–2023. The program was verified through comparison with the model of health policy program, developed by the Agency for Health Technology Assessment and Tariff System. Particular attention was paid to the presence of all recommended components of a program and the precise definition of terminology, especially the formulated goals, expected results and efficiency measures.

Results. The evaluated program does not contain required components of the health policy program. Unfortunately, this affects its quality. The document reveals a lack of estimation of the program implementation costs. The main goals and specific objectives do not meet the SMART criteria. Among the measures of effectiveness included in the program, the product indicators of quantitative nature have the largest share. Additionally, there is a lack of information on how to measure quality results and determine impact indicators. Regarding the evaluation, the assessment of the quality of services, their effectiveness and durability of the intended effects were not taken into account.

Conclusions. Structural recommendations for mental health programs are needed. They would increase the effectiveness of the planned activities. Such effect could be achieved by use of criteria for health policy programs expressed in the Act of 27 August 2004 on health care benefits financed from public funds. Mental health programs would benefit if they were consulted by public health specialists.

Słowa kluczowe: program zdrowotny, ewaluacja programu, zdrowie psychiczne

Key words: health program, program evaluation, mental health

Wstęp

Zgodnie z artykułem 5 pkt 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych program polityki zdrowotnej 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 uzyskaniu poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Jest on opracowywany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego [1]. Zgodnie z tą ustawą Narodowy Fundusz Zdrowia może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy zdrowotne, a ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej (PPZ).

Projekt programu polityki zdrowotnej jest opracowywany na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz dostępnych danych epidemiologicznych. Artykuł 48a ust. 2 ustawy wylicza szczegółowo elementy, jakie powinien on zawierać, a kolejne przypisy wskazują procedury i zasady oceny projektów takich programów. W szczególności jednostki samorządu terytorialnego mają obowiązek przekazania projektu programu polityki zdrowotnej do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w celu jego zaopiniowania, a Agencja jest zobowiązana sporządzić swoją opinię w ciągu dwóch miesięcy od otrzymania projektu [1]. Ustawa w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 zawiera szczegółowe kryteria, na podstawie których sporządza się raport, a w dalszej kolejności opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej.

Od zasady oceny projektów polityki zdrowotnej przez AOTMiT są jednak wyjątki, albowiem obowiązki temu nie podlegają projekty znajdujące podstawę prawną w ustawach szczególnych, innych niż ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W opinii z dnia 21 marca 2013 roku Ministerstwa Zdrowia [2] wskazuje się, że do takich programów należy m.in. regionalny program ochrony zdrowia psychicznego. Jest on tworzony na podstawie art. 2 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego oraz, w obowiązującym stanie prawnym, Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 [3]. Tym samym projekt ten nie musi spełniać szczegółowych kryteriów przewidzianych dla projektów polityki zdrowotnej ujętych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym zwłaszcza nie musi być oceniany przez profesjonalny podmiot, jakim jest AOTMiT.

Trzeba przy tym odnotować, że przepisy prawne regulujące realizację takich programów, w szczególności ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, odpowiedzialność za tworzenie regionalnych i lokalnych programów ochrony zdrowia psychicznego nakładają na jednostki samorządu terytorialnego, narzucając określone cele i zadania do realizacji [4]. Nie precyzują natomiast struktury i formalnych wyznaczników programu zdrowotnego na podobieństwo ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wytycznych AOTMiT.

Schemat programu polityki zdrowotnej stworzony przez AOTMiT określa wytyczne dla prawidłowego formułowania efektywnych programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego. Został on opracowany na podstawie dowodów naukowych, wskazujących na rolę odpowiedniego formułowania celów i mierników efektywności, w tym wytycznych dla oceny technologii medycznych [5] i rekomendacji sieci EUnetHTA [6].

Do oceny gminnego programu ochrony zdrowia psychicznego wybrano Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2023 (GPOZP), który dnia 31 maja 2016 roku został przyjęty do realizacji Uchwałą Nr 665/16 Rady Miasta Gdańska [7]. Inspiracją do powstania programu były Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2011–2015 [8], poprzednik obecnie obowiązującego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2017–2022, oraz rekomendacje Obywatelskiej Koalicji na rzecz Zdrowia Psychicznego [9]. Został on opracowany na podstawie celów Narodowego Programu Zdrowia [10] związanych z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego, jak również celów aktualnego Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego [3] dotyczących interwencji w modelu środowiskowym oraz integracji społecznej osób chorych. Szczegółowa analiza struktury tego dokumentu stanowi przedmiot niniejszej pracy.

Metodologia

Przedmiotem analizy był Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2023 (GPOZP) [7]. Strukturę tego dokumentu porównano ze schematem Programu Polityki Zdrowotnej (PPZ) zgodnym z wytycznymi AOTMiT. Wzięto pod uwagę w szczególności zawartość wszystkich punktów schematu AOTMiT oraz precyzję ich określenia. Są to według kolejności:

- 1) Informacje o autorach programu i okresie jego realizacji.
- 2) Opis problemu zdrowotnego.
- 3) Cele programu (czy sformułowano cel główny oraz cele szczegółowe, czy cele spełniają kryteria zawarte w koncepcji SMART pochodzącej z teorii zarządzania Petera F. Druckera [11] oraz czy zostały określone oczekiwane efekty i mierniki efektywności odpowiadające celom).

Według koncepcji SMART cel powinien być: szczegółowy i konkretny, mierzalny, osiągalny, realistyczny, określony w czasie i kosztach.

W ocenie posłużono się definicją wskaźników monitorowania pochodzącą z programów operacyjnych realizowanych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (takich jak Program Operacyjny Kapitał Ludzki) [12]. Można je podzielić na trzy podstawowe grupy ze względu na poziom ich wdrażania:

- a) wskaźniki produktu – odnoszące się do danego projektu, wyrażone w jednostkach fizycznych;
- b) wskaźniki rezultatu – odnoszące się do bezpośredniego efektu działań podejmowanych w ramach programu (w krótkim okresie) wobec uczestników projektów. Wskaźniki rezultatu mogą być wyrażone w jednostkach fizycznych

- bądź w wartościach procentowych (twarde wskaźniki rezultatu). Mogą one również oceniać dane jakościowe (miękkie wskaźniki rezultatu);
- c) wskaźniki wpływu (oddziaływania) – o charakterze długookresowym, pokazujące wpływ programu w kontekście zmian społecznych czy gospodarczych. Są one monitorowane na poziomie celu głównego i celów strategicznych programu.
 - 4) Adresaci programu.
 - 5) Organizacja programu (czy program jest podzielony na etapy odpowiadające okresom jego realizacji, czy zostały określone planowane interwencje wraz z terminami ich realizacji, czy zostały przedstawione dowody skuteczności planowanych oddziaływań oraz standardy i wytyczne wobec określonego problemu zdrowotnego, opracowania zgodne z EBM).
 - 6) Koszty (czy zostały oszacowane koszty jednostkowe dla poszczególnych interwencji oraz koszty całkowite przeprowadzenia programu).
 - 7) Argumenty dotyczące zasobów (czy określono powody wyboru takiego programu).
 - 8) Monitorowanie i ewaluacja (czy są planowane: ocena zgłaszalności do programu; ocena jakości świadczeń w programie; ocena efektywności programu oraz ocena trwałości jego efektów).

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono rezultaty porównania struktury Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego ze schematem programu rekomendowanym przez AOTMiT

Tabela 1. Porównanie struktury GPOZP ze schematem programu polityki zdrowotnej AOTMiT

	SCHEMAT PPZ	GPOZP
1. Informacje podstawowe	<ul style="list-style-type: none"> – okres realizacji – autorzy – kontynuacja/ trwałość programu 	<ul style="list-style-type: none"> – określono nieprecyzyjnie – brak informacji – określono
2. Opis problemu zdrowotnego	<ul style="list-style-type: none"> – definicja – epidemiologia – populacja zakwalifikowana – obecne postępowanie – uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 	<ul style="list-style-type: none"> – określono szczegółowo – określono szczegółowo – określono nieprecyzyjnie – określono – określono
3. Cele programu	<ul style="list-style-type: none"> – cel główny – cele szczegółowe – efekty – mierniki efektywności 	<ul style="list-style-type: none"> – określono nieprecyzyjnie – określono niezgodnie z koncepcją SMART – brak informacji – określono

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

4. Adresaci programu	– oszacowanie populacji – tryb zapraszania do udziału	– brak informacji – brak informacji
5. Organizacja programu	– etapy – planowane interwencje – kryteria kwalifikacji – dowody skuteczności oddziaływań – standardy, wytyczne	– określono – określono szczegółowo – brak informacji – brak informacji – brak informacji
6. Koszty	– jednostkowe – planowane koszty całkowite – źródła finansowania	– brak informacji – brak informacji – określono nieprecyzyjnie
7. Argumenty dotyczące zasobów	– powody wyboru programu	– brak informacji
8. Monitorowanie i ewaluacja	– ocena zgłaszalności – ocena jakości świadczeń – ocena efektywności – ocena trwałości efektów	– określono – brak informacji – brak informacji – brak informacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie schematu PPZ oraz dokumentu GPOZP.

Szczegółowa weryfikacja zawartości GPOZP względem schematu PPZ

(1) Informacje podstawowe

Program nie uszczegóławia okresu realizacji. Brakuje informacji o autorach programu oraz na temat jego kontynuacji i trwałości. Poprzedni program został wspomniany w dalszej części dokumentu, w której poruszono kwestię źródeł finansowania oraz przedstawiono wnioski ze sprawozdań z realizacji GPOZP (2012–2015).

(2) Opis problemu zdrowotnego

Opis problemu zdrowotnego znajduje się w informacjach wprowadzających. Definicja zdrowia psychicznego oraz populacja kwalifikująca się do włączenia do programu są tu szczegółowo opisane, a w celu uzyskania większej precyzji stworzony został „Katalog zaburzeń adresatów Programu”. Program uwzględnia w swoich działaniach również osoby z otoczenia osób cierpiących, tj. rodziny, środowisko lokalne oraz członków wszelkich grup zawodowych świadczących szeroko rozumianą pomoc.

Uzasadnienie potrzeb wdrożenia i realizacji programu jest jednym z punktów pierwszej części GPOZP i zostało zawarte w sześciu podpunktach, uwzględniających podniesienie poziomu i jakości życia chorujących, potrzebę identyfikacji aktualnych problemów, rozpoznanie istniejących zasobów oraz obowiązek realizacji zadań własnych gminy, a także gwarancję zabezpieczenia środków finansowych w jej budżecie. Są

to niewątpliwie jasno sprecyzowane kwestie, które uzasadniają potrzebę realizowania GPOZP oraz jego kontynuowania w przyszłości.

Epidemiologia zaburzeń zdrowia psychicznego została przedstawiona w części II programu zatytułowanej „Diagnoza”. Do jej sporządzenia wykorzystano wiele źródeł danych pochodzących zarówno z ogólnodostępnych wyników badań (m.in. badanie EZOP z 2010–2011 czy banku danych lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego dla województwa pomorskiego), jak i wyników badań zleconych (m.in. badanie ESPAD 2015 nad używaniem alkoholu i środków odurzających przez uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w Gdańsku czy badanie Millward Brown na temat częstości występowania przemocy w rodzinie). Zakres uwzględnionych źródeł informacji wydaje się autorom wystarczający do oszacowania potrzeb społeczności lokalnej miasta Gdańska.

Dalsza część „Diagnozy” GPOZP omawia dotychczasowe wsparcie, jakim objęto mieszkańców miasta Gdańska pod kątem problemów zdrowia psychicznego. System wsparcia uwidacznia mapa podmiotów realizujących świadczenia w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień na terenie Gdańska, powstała na podstawie danych Wydziału Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku. Informacje o ochronie zdrowia z podziałem na świadczenia zdrowotne i określeniem kosztów pochodzą z danych Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2010–2014 dla Miasta Gdańska. Dotychczasowe postępowanie w odniesieniu do osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi na terenie miasta Gdańska wydaje się precyzyjnie określone.

(3) Cele programu

Celem głównym GPOZP jest tworzenie lokalnego systemu zapewniającego optymalne warunki i szanse rozwoju psychicznego mieszkańców Gdańska oraz poprawę jakości życia osób doświadczających trudności i kryzysów psychicznych oraz z zaburzeniami psychicznymi, ich rodzin, opiekunów i otoczenia społecznego w Gdańsku.

Cele szczegółowe to:

- I Prewencja – podniesienie wartości zdrowia psychicznego i ograniczenie zagrażających mu zjawisk.
- II Interwencja – rozwój wczesnej, kompleksowej, dostępnej interwencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz zapewnienie bezpieczeństwa i opieki.
- III Integracja – utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości konkretnych osób.
- IV Koordynacja i zarządzanie – zbudowanie systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

Spełnienie wszystkich kryteriów koncepcji SMART decyduje o tym, czy cel jest poprawnie sformułowany, co zwiększa szansę jego osiągnięcia. Cel I jest wieloznaczny – „ograniczenie zjawisk zagrażających zdrowiu psychicznemu” to sformułowanie ogólne, nie określa, o jakie konkretnie zjawiska chodzi – co utrudnia zaplanowanie i ocenę jego realizacji. Cel II, czyli „rozwój wczesnej interwencji diagnostycznej

i zapewnienie opieki chorym”, jest wystarczająco konkretny, jednak bez jego uszczegółowienia i powiązania z czasem oraz kosztami, trudno będzie zmierzyć zakres jego wdrożenia i nie da się przeprowadzić porównania z okresem poprzedzającym. Cel III – „integracja społeczna osób chorych i przywrócenie ich do pełnienia ról społecznych” – nie wydaje się do końca realistycznym zamiarem. Brzmi idealistycznie i jest zakończony sformułowaniem: „na miarę możliwości”, co uniemożliwia ocenę stopnia jego osiągnięcia. Cel IV – „zbudowanie systemu zarządzania działaniami z zakresu zdrowia psychicznego” – to znowu zbyt ogólna informacja, trudna do oceny i oszacowania. Czas przeznaczony na realizację celów GPOZP został rozciągnięty na lata 2016–2023. Powoduje to osłabienie dyscypliny czasowej, narzucającej określone ramy realizacji celów programu.

Ważnym czynnikiem, jeśli chodzi o sprawdzenie efektywności programu, są wskaźniki monitorujące, ilościowo przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Wskaźniki monitorujące poziom realizacji celu

CELE SZCZEGÓŁOWE GPOZP	WSKAŹNIKI MONITORUJĄCE
1. Prewencja – podniesienie wartości zdrowia psychicznego oraz ograniczenie zagrażających mu zjawisk.	I wskaźniki produktu: 2 II wskaźniki rezultatu – twarde: 3 – miękkie: 1 III wskaźniki wpływu: 0
2. Interwencja – rozwój wczesnej, kompleksowej, dostępnej ingerencji diagnostycznej i terapeutycznej oraz zapewnienie bezpieczeństwa i opieki.	I wskaźniki produktu: 1 II wskaźniki rezultatu – twarde: 1 – miękkie: 1 III wskaźniki wpływu: 0
3. Integracja – utrzymanie, wzmocnienie lub powrót do pełnienia ról społecznych, odzyskanie samodzielności i aktywności społecznej na miarę możliwości konkretnej osoby.	I wskaźniki produktu: 1 II wskaźniki rezultatu – twarde: 1 – miękkie: 1 III wskaźniki wpływu: 0
4. Koordynacja i zarządzanie – zbudowanie systemu zarządzania działaniami z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.	I wskaźniki produktu: 5 II wskaźniki rezultatu – twarde: 1 – miękkie: 0 III wskaźniki wpływu: 0

Źródło: opracowanie własne na podstawie Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2023.

Największy udział wśród wskaźników monitorowania GPOZP mają wskaźniki produktu o charakterze ilościowym (liczba wdrożonych projektów, liczba beneficjentów

programu). Natomiast biorąc pod uwagę wskaźniki miękkie oraz określenie odsetka mieszkańców Gdańska zadowolonych z udziału w programie, nie można uznać, że jest to mierzalny parametr tego programu. W projekcie nie ma wzmianki o sposobie liczbowego wyrażenia zadowolenia ani o porównaniu poziomu świadomości i wiedzy mieszkańców przed przeprowadzeniem zamierzonych interwencji i po ich przeprowadzeniu. Wskaźniki oddziaływania również nie zostały określone.

(4) Adresaci programu

We wstępie omawianego dokumentu zawarty jest „Katalog zaburzeń adresatów Programu”, oparty na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. W rozdziale trzecim dotyczącym celów program określa bezpośrednich i pośrednich beneficjentów podjętych działań. Brakuje oszacowania populacji, której włączenie do programu jest możliwe. Jedyne informacje, jakie możemy znaleźć na temat potencjalnych odbiorców programu, to dane Wydziału Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego dla podmiotów leczniczych w mieście Gdańsku za lata 2010–2014, dotyczące liczby pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zgłaszających się w latach 2012–2014 do gdańskich Poradni Zdrowia Psychicznego.

Nie jest znana liczba osób, które mimo problemów z różnych powodów nie korzystają z dostępnej pomocy. Nie ma też informacji na temat trybu zapraszania do udziału w programie, najprawdopodobniej ze względu na szeroki zakres oddziaływań.

(5) Organizacja programu

Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego został podzielony na zadania odpowiadające jego szczegółowym celom. Zadania te zawierają wymienione w podpunktach części, które są od siebie niezależne, nie stanowią poszczególnych etapów działań i mają być podejmowane równolegle w czasie trwania programu. Do każdego zadania przydzieleni są koordynator oraz realizator, jednak są to informacje bardzo ogólnikowe i nie dowiadujemy się z nich, jakie kwalifikacje i kompetencje mają mieć osoby na tych stanowiskach. Z opisu jasno wynika, że działania programu są powiązane ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych, jednak brakuje informacji na temat sposobu powiązania tych działań. Nie przedstawiono także dowodów skuteczności planowanych interwencji, wytycznych oraz standardów opracowanych zgodnie z zasadami EBM.

(6) Koszty

Źródłem finansowania GPOZP mają być „środki zabezpieczane corocznie w budżecie Gminy Miasta Gdańska, w tym w innych komplementarnych programach strategicznych oraz środki uzyskane ze źródeł zewnętrznych” – taką ogólną notkę można znaleźć w Informacjach Wprowadzających. Brakuje oszacowania konkretnych kosztów zarówno całkowitych, jak i jednostkowych, odpowiadających poszczególnym zadaniom programu.

(7) Argumenty dotyczące zasobów

Analizowany dokument nie zawiera informacji na ten temat.

(8) Monitorowanie i ewaluacja

Zadania obejmujące organizację współpracy międzypodmiotowej mającej na celu wdrażanie, monitoring i ewaluację działań realizowanych w ramach programu opisuje czwarty cel szczegółowy GPOZP. Dowiadujemy się z niego, że powołano Zespół Wdrożeniowy, koordynujący realizację GPOZP. Do zadań zespołu należą m.in. ewaluacja programu, opracowywanie metod i narzędzi monitorowania sytuacji osób w kryzysie psychicznym oraz ich rodzin, stałe monitorowanie stopnia realizacji programu oraz przygotowywanie rocznych sprawozdań z jego realizacji przedkładanych Radzie Miasta Gdańska. Ponadto powołane zostały rada programowa, tj. Gdańska Rada ds. Zdrowia Psychicznego – o znaczeniu strategicznym, a także Gdańskie Forum na rzecz Zdrowia Psychicznego. Brakuje jednak konkretnych planów co do przyszłej oceny skuteczności oraz trwałości efektów programu.

Dyskusja

Przedstawiona analiza jest według wiedzy autorów pierwszą w Polsce naukową publikacją dotyczącą ewaluacji gminnego programu ochrony zdrowia psychicznego w świetle istniejących wzorów i dowodów naukowych. W dotychczasowych artykułach oceniających programy polityki zdrowotnej autorzy skupiali się przede wszystkim na kwestii użyteczności podejmowanych w nich działań [13] oraz na skuteczności i ocenie wyników [14].

W wyniku porównania GPOZP z wytycznymi AOTMiT ujawniono istotne braki i niedociągnięcia w strukturze formalnej tego dokumentu, których można było uniknąć, gdyby przy tworzeniu programu opierano się na dostępnych wzorcach. Najpoważniejszym zarzutem w tym konkretnym wypadku jest brak oszacowania kosztów realizacji programu, przez co niemożliwe jest dokonanie analizy ekonomicznej zgodnie z metodologią HTA.

Doświadczenia światowe wskazują, że jednym z podstawowych instrumentów wspomagających procesy decyzyjne są techniki ewaluacji ekonomicznej (głównie koszt/korzyść i koszt/efekt) [15]. Umożliwiają one ocenę interwencji programów zdrowotnych, a w konsekwencji selekcję działań najskuteczniej wpływających na stan zdrowia w warunkach ograniczeń finansowych. W dokumencie nie oszacowano kosztów jednostkowych na osobę oraz nie przedstawiono budżetu całkowitego. Autorzy podali jedynie źródła finansowania planowanych działań. Brakuje ustalonej stałej sumy pieniędzy zagwarantowanych corocznie w budżecie miasta, co powoduje, że nie ma pewności odnośnie zrealizowania jakiegokolwiek działania. Dobrze zaplanowany budżet jest bowiem odzwierciedleniem przyjętej strategii działania w czasie. W tym wypadku mowa o okresie ośmioletnim – program został opracowany na lata 2016–2023. Wydaje się, że korzystanie ze środków publicznych w celu realizacji działań programowych powinno być objęte szczególnie wnikliwą merytorycznie analizą ekonomiczną, pozwalającą na przewidzenie sposobu alokacji środków na kolejne lata trwania programu [16].

Cel główny oraz cele szczegółowe zostały sformułowane zbyt ogólnie. Zawierają stwierdzenia takie jak „poprawa jakości”, „podniesienie wartości” czy „zapewnienie opieki”, które nie mogą być zmierzone. Tymczasem cel powinien stanowić opis oczekiwanego stanu jako wyraz dążenia do osiągnięcia pewnej i trwałej zmiany [11]. Zbyt ogólnie wyrażony cel nie sprzyja jego realizacji. Aby więc zwiększyć szanse na pomyślne rezultaty, należy zadbać o konkrety. Cel główny powinien dostarczać odpowiedzi na pytanie, jaki jest oczekiwany efekt końcowy realizacji programu. Cele szczegółowe (pośredniczące) dotyczą modyfikacji lub zmiany wybranych aspektów problemów lub zjawisk, co przyczynia się do osiągnięcia celu głównego [16]. W tym wypadku określone cele powinny zawierać takie sformułowania, jak „wzrost poziomu świadomości” czy „zwiększenie dostępności do placówek opieki psychiatrycznej”, co umożliwiłoby określenie zamierzonych rezultatów oraz dokonanie precyzyjnej ewaluacji.

Istotne jest też umożliwienie wykazania danej zmiany w czasie, dzięki czemu można następnie określić stopień jej osiągnięcia w liczbach. Zdefiniowanie celu oparte na konkretnych liczbach czy wielkościach ułatwia jego przełożenie na działania i rezultaty. Jeżeli do celu nie można dobrać odpowiedniego wskaźnika/wskaźników, oznacza to, że cel został źle sformułowany i nie spełnia kryteriów SMART [17]. Najczęściej w projektach wskazywane, opisywane oraz mierzone są wskaźniki produktu oraz rezultatu, obserwowane bezpośrednio po wdrożeniu danej interwencji. Inną specyfikę mają wskaźniki wpływu – wymagające szerokiego kontekstu społecznego, zaawansowanej metodologii oraz dłuższej perspektywy czasowej, które powinny być oceniane nawet kilka lat po zakończeniu programu. Analizowany dokument zaś zawiera zarówno wskaźniki produktu, jak i rezultatu, jednak nie ma w nim żadnych informacji na temat sposobów mierzenia rezultatów jakościowych. Jedną z często wykorzystywanych metod ewaluacji jakościowej jest badanie ankietowe. Inne możliwości to przeprowadzenie krótkiego wywiadu przed interwencją, w jej trakcie i po niej oraz określenie (np. procentowe) liczby osób, które mają poczucie wzrostu swoich kompetencji lub są zadowolone z poprawy istniejącej sytuacji [18].

Jeśli chodzi o ocenę stanu psychicznego uczestników niektórych interwencji, najbardziej użyteczne są testy psychologiczne, które także mogą określić zmianę (np. poprawę nastroju) zachodzącą w czasie w grupie beneficjentów programu. Ilościowe metody zbierania danych w ewaluacji służą uzyskaniu informacji na temat skali zjawiska, które jest przedmiotem badania, oraz o związkach, jakie zachodzą pomiędzy danymi. W metodologii dobrego projektu najbardziej pożądanym jest określenie oczekiwanego poziomu danego wskaźnika [19]. Innymi słowy – oprócz opisu celu, działań, rezultatów, jakie te działania przyniosą i sposobów ich mierzenia, ważne jest, by zaplanować poziom wskaźnika, który zamierza się osiągnąć (np. wzrost zadowolenia z dostępności opieki o 10%).

W najnowszych programach krajów rozwiniętych często wykorzystywane są nowe technologie w celu ułatwienia kontaktu z beneficjentami oraz zbierania danych w formie pisemnej. Twórcy programów zapraszają uczestników do zalogowania się na portal, gdzie dostępne są informacje o programie oraz krótkie ankiety, które można wypełnić w dowolnym miejscu i czasie [20]. Tworzone są też aplikacje telefoniczne, które mogą pełnić funkcję tak edukacyjną, jak i ewaluacyjną [21].

W kontekście projektu tworzonego przez duże miasto, jakim jest Gdańsk, rozpisano na wiele lat, będącego ponadto kontynuacją poprzedniego programu dotyczącego tego samego obszaru zdrowia, należy oczekiwać również wskaźników wpływu. Dzięki nim można by poddać ocenie korzyści zdrowotne wnoszone przez analizowany program, zgodnie z rekomendacjami HTA – na podstawie pomiaru istotnych klinicznie „punktów końcowych” [22], odgrywających kluczową rolę w danej jednostce chorobowej. W wypadku chorób psychicznych zasadne byłoby oparcie się na danych na temat liczby samobójstw na terenie objętym programem w przeciągu kolejnych lat jego trwania oraz aspektach poczucia zdrowia psychicznego w kwestionariuszu oceny jakości życia, takim jak SF-36 [23].

Można zauważyć, że formułowanie celów, rezultatów oraz ich wskaźników wymaga największej pracy i wsparcia dla autorów tego typu programów polityki zdrowotnej [24]. Zaangażowanie specjalistów z zakresu zdrowia publicznego w tworzenie projektów mogłoby pomóc w przełożeniu użytego języka działań na język efektów i ułatwić operacjonalizację, która zdecydowanie zwiększa szansę realizacji zamierzonych interwencji. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że brak strategii umożliwiającej ewaluację (np. jej pominięcie w fazie konstruowania programu) może być jedną z przyczyn niedostatecznej skuteczności programów zapobiegawczych [25].

Niniejsza ewaluacja dotyczy wyłącznie struktury analizowanego dokumentu, brakuje w niej oceny merytorycznej i analizy jego zgodności z nadrzędnymi aktami prawnymi obowiązującymi w Polsce. Trzeba zatem podkreślić, że na podstawie przedstawionych zastrzeżeń nie można wnioskować o efektywności GPOZP i sposobie jego wdrażania. GPOZP, zgodnie z rekomendacjami specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego [26], obejmuje obszar profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego. Dotyczy tym samym niezwykle trudno mierzalnych kwestii. Zdaniem specjalistów z zakresu zdrowia publicznego skuteczność oddziaływań tego typu programów zdrowotnych można poprawić przez większe zaangażowanie środowisk naukowych w opracowywanie konkretnych projektów oraz zaplanowanie efektywnych badań ewaluacyjnych [27].

Podnoszenie jakości działań mających na celu ochronę zdrowia psychicznego, w tym promocję zdrowia i profilaktykę, od kilku lat znajduje się wśród priorytetów WHO [28]. Standardy wypracowane przez światowe instytucje naukowe zajmujące się profilaktyką uzależnień są wykorzystywane w profilaktyce innych zachowań ryzykownych i zaburzeń. WHO upowszechnia kryteria dobrej jakości i dąży do ujednoczenia standardów we wszystkich krajach [29]. Warto się na nich oprzeć przy tworzeniu programów zarówno ogólnokrajowych, jak i regionalnych, by wykorzystując finanse publiczne, działać jak najefektywniej w świetle dostępnej wiedzy.

Wnioski

1. Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2023 nie spełnia istotnych kryteriów dobrze zaplanowanego programu polityki zdrowotnej według rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

2. Ignorowanie dobrych wzorców przy formułowaniu programów polityki zdrowotnej może negatywnie wpłynąć na osiągnięte efekty.
3. Potrzebne są regulacje prawne zawierające szczegółowe wytyczne i procedury, które sprawią, że od jednostek samorządu terytorialnego będzie się wymagało poprawności strukturalnej formułowanych programów zdrowia psychicznego. Pomocne byłoby stosowanie do takich programów kryteriów i procedur wymaganych dla programów polityki zdrowotnej określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Do tworzenia programów polityki zdrowotnej warto zaangażować dobrze przygotowanych merytorycznie i warsztatowo specjalistów z dziedziny zdrowia publicznego, zwłaszcza przy formułowaniu celów, rezultatów i mierników efektywności oraz sposobów ewaluacji programu zarówno w trakcie jego trwania, jak i po jego zakończeniu.
5. Warto oprzeć się na rekomendacjach WHO oraz skorzystać z dostępnych w piśmiennictwie opisów ewaluacji programów zdrowotnych z innych krajów, których doświadczenie w tworzeniu takich projektów jest większe.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 j.t.
2. Ministerstwo Zdrowia. Opinia w sprawie programów tworzonych na podstawach prawnych innych niż art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warszawa 2013. http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/2016/08/13.03.21_MZ_opinia_dot_pz_wylaczonych_spod_oceny_AOTM.pdf.
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 marca 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, Dz. U. z 2017 r., poz. 458.
4. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. z 2017 r., poz. 882 j.t.
5. Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA) AOTMiT, wersja 3.0. Warszawa 2016.
6. HTA Network reflection paper on “Reuse of joint work in national HTA activities” Ref. Ares(2015)1982600 Bruksela: 2015.
7. Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2023. <http://www.gdansk.pl/pobierz/75560/Uchwala-nr-665-16-Rady-Miasta-Gdanska-z-dnia-31-maja-2016-roku-w-sprawie-przyjecia-Gdanskiego-Programu-Ochrony-Zdrowia-Psychicznego-na-lata-2016-2023>.
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128.
9. Łoza B, Grygiewicz J. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rekomendacje*. Warszawa: Fundacja Ius Medicinæ; 2015.
10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 1492.
11. Drucker PF. *Praktyka zarządzania*. Warszawa: Wydawnictwo MT Biznes; 2003.
12. Filipek A. *Fundusze Unii Europejskiej*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Placet; 2009.
13. Załuska M, Bronowski P, Panasiuk K, Brykalski J, Paszko J. *Ocena programu ICAR – „Komunikacja w Internecie i aktywna rehabilitacja dla psychicznie chorych”*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(3): 353–364.

14. Bobrowski JB, Pisarska A, Ostaszewski K, Borucka A. *Skuteczność programu profilaktyki alkoholowej dla dzieci na progu dojrzewania*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(3): 527–539.
15. Rydlewska-Liszkowska I. *Ewaluacja ekonomiczna jako element oceny programów profilaktycznych*. Med. Pracy. 2004; 55(6): 469–475.
16. Radomska A, Bonisławska K, Jarmołowska K, Okulicz-Kozaryn K, Macander D, Borkowska A i wsp. *System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*. Warszawa: Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii; 2010.
17. Sochocki MJ. *Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe*. Trzeci Sektor. 2006; 7: 90–91.
18. Woynarowska-Soldan M. *Metoda Action Research i jej zastosowanie w promocji zdrowia*. Hygeia Public Health. 2014; 49(4): 672–678.
19. Pawelek K, Marczak M. *Zasady skutecznej profilaktyki*. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu Nr 2. Poznań; 2006.
20. Wissow LS, Brown JD, Hilt RJ, Sarvet BD. *Evaluating integrated mental health care programs for children and youth*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2017; 26(4): 795–814.
21. Aakre JM, Lucksted A, Browning-McNee LA. *Evaluation of Youth Mental Health First Aid USA: A program to assist young people in psychological distress*. Psychological Services. 2016; 13(2): 121–126.
22. EUnetHTA Guidelines. *Endpoints used for relative effectiveness assessment of pharmaceuticals: Clinical endpoints*. Amended Nov 2015.
23. Cieślík B, Podbielska H. *Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia*. Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna. 2015; 21(2): 102–135.
24. Lobo R, Petrich M, Burns SK. *Supporting health promotion practitioners to undertake evaluation for program development*. BMC Public Health. 2014; 14: 1315.
25. Szymańska J. *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2012.
26. Łoza B, Gryglewicz J. „*Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020 – rekomendacje*” – raport Obywatelskiej Koalicji na Rzecz Zdrowia Psychicznego. Warszawa: Fundacja Ius Medicinæ; 2015.
27. Kozaryn-Okulicz K. *Przegląd badań dotyczących skutecznych strategii profilaktycznych*. Serwis Informacyjny Narkomania. 2004; 4(27): 21–42.
28. World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva; 2013. http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ (dostęp: 12.11.2017).
29. Giesen F, Searle A, Sawyer M. *Identifying and implementing prevention programmes for childhood mental health problems*. Journal of Paediatrics and Child Health. 2007; 43(12): 785–789.

Adres: Łukasz Balwicki
Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
80-210 Gdańsk, Al. Zwycięstwa 42a
Otrzymano: 7.04.2018
Zrecenzowano: 22.05.2018
Przyjęto do druku: 24.05.2018