

ПРЕДМЕТ

< ЕВАЛУАЦИЈА И ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СЕРВИСА >

Предавање број 3

**< ТИПОВИ ЕВАЛУАЦИЈЕ И ПИРАМИДА ЈАВНОГ ЗДРАВЉА** **>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Недеља | Наставна јединица | Тематске јединице | Резултат – знања или вештине које студент треба да добије |
| 3 | Контекст развоја и евалуације здравственог програма | Типови евалуација. Пирамида јавног здравља. Здравствени програми, пројекти и услуге. | Упознавање са типовима евалуације и пирамиде јавног здравља. |

Copyright © 2019 – Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу. Сва права задржана. Без претходне писмене дозволе од стране Факултета медицинских наука забрањена је репродукција, трансфер, дистрибуција или меморисање неког дела или читавих садржаја овог документа, копирањем, снимањем, електронским путем, скенирањем или на било који други начин.

Copyright © 2019 – Faculty of Medical Sciences of University of Kragujevac. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying,, recording, scanning or otherwise, without the prior written permission of Faculty of Medical Sciences.

**САДРЖАЈ**

[Типови евалуација 2](#_Toc8738400)

[Обавезне и добровољне евалуације 3](#_Toc8738401)

[Када не треба вршити евалуацију 3](#_Toc8738402)

[Пирамида јавног здравља 4](#_Toc8738403)

[Употреба пирамиде јавног здравља у планирању и евалуацији програма 6](#_Toc8738404)

[Пирамида јавног здравља као еколошки модел 6](#_Toc8738405)

[Здравствени програми, пројекти и услуге 7](#_Toc8738406)

[Кроз пирамиду 7](#_Toc8738407)

Предавање бр. 3

**< ТИПОВИ ЕВАЛУАЦИЈЕ И ПИРАМИДА ЈАВНОГ ЗДРАВЉА** **>**

## Типови евалуација

Неколико главних врста активности је класификовано као евалуација. Свака врста активности захтева специфичан фокус, сврху и скуп вештина. Овде су представљене врсте евалуација као преглед подручја планирања и евалуације. Процена потреба заједнице (такође позната као процена здравственог стања у заједници) је тип евалуације која се врши ради прикупљања података о здравственим проблемима група појединаца. Подаци прикупљени у ту сврху се затим користе за прилагођавање здравственог програма потребама и различитим карактеристикама те групе. Процена потребе заједнице је главна компонента програмског планирања, која се спроводи у раној фази планирања програма и евалуације циклуса. Осим тога, може бити захтевано да процена заједнице буде комплетирана на регуларној основи. На пример, многе државе раде петогодишње планирање програма на основу процене потреба државе. Друга врста евалуације почиње у исто време када и програм почиње.

Евалуација процеса се фокусира на степен до којег је програм имплементиран као што је планирано, и на квалитет имплементације програма. Процене процеса познати су по разним терминима, као што су евалуације мониторинга, у зависности од њихових фокуса и карактеристике. Основни оквир за израду евалуације процеса долази из компоненте процесне теорије развијене целокупне теорије програма у фази планирања. Теорија процеса описује логистичке активности, ресурсе и интервенције потребне за постизање здравствене промене код учесника програма. Информације из евалуације процеса се користе за планирање, ревизију или побољшање програма.

Трећи тип евалуације настоји да одреди ефекат програма - другим речима, да покаже или идентификује ефекат програма на оне који су учествовали у програму. Ефекат евалуације одговара на кључно питање: Да ли је програм направио разлику? Као основа се користи компонента теорије ефеката теорије програма за израду ове евалуације. Када спроводе процену ефекта евалуације, евалуатори настоје да користе најстроже и робусне конструкције, као и методе и статистичке анализе. Ефекат евалуације је чешће познат као исход или утицај евалуације. Исход евалуације усредсређују се на непосредније ефекте програма, док процене утицаја могу имати дугорочнији фокус. Овај термин се не користи доследно у евалуационој литератури; појмови „утицај евалуације“ и „исход евалуације”, изгледа да се користе наизменично. Планери програма и евалуатори морају бити опрезни у погледу начина на који они и други користе термине и не би требало да оклевају да разјасне значења и да се позабаве свим основним заблудама или неспоразумима.

Четврти тип евалуације се фокусира на ефикасност и трошкове повезане са програмом. Процене трошкова обухватају више специфичних трошкова: трошкови-ефективности евалуације, трошкови-исплативост и трошкови-корисност. Процене трошкова у највећем делу раде истраживачи зато што процене трошкова-исплативости и трошкова – корисности захтевају стручњаке из области економије. Сличности и разлике између ова три типа студија трошкова детаљније се разматрају даље у тексту тако да програмери могу бити, у најмању руку, паметни потрошачи објављених извештаја о процени трошкова. Зато што се процене трошкова врше касно у циклусу планирања и евалуације, њихови резултати неће бити доступни на време како би се направило побољшање или ревизија програма. Уместо тога, такве процене се генерално користе током наредних фаза планирања ради прикупљања информација за одређивање приоритета програма.

Свеобухватне евалуације, пета врста евалуације, укључују анализу потребних података о процени, података о евалуацији процеса, о процени ефеката и процени трошкова. Није неуобичајено да особље програма има сваки од ових врста података доступних за даљу анализу; међутим, то је релативно неуобичајено. Програм ће користити све ове податке како би извео опсежније закључке о ефикасности и ефективности програма. Поред тога, за веће, сложеније здравствене програме, свеобухватна евалуација може бити прилично скупа и изазовна и стога је мање вероватно да ће бити планирана као активност евалуације. Могуће је створити свеобухватну евалуацију из постојећих процеса и евалуације ефекта током времена, ако се подаци могу сабрати и интерпретирати као комплетан скуп информација.

Шести тип евалуације је мета-евалуација. Мета-евалуација се врши путем комбиновања налаза из претходних евалуација исхода различитих програма за исти здравствени проблем. Сврха мета-евалуације је добијање увида у то који од различитих програмских приступа је имао највећи ефекат и одредити максималан ефекат који одређени програмски приступ има на неки здравствени проблем. Ова врста евалуације се ослања на доступност постојећих информација о евалуацијама и употреби одређеног скупа методолошких и статистичких процедура. Из тих разлога, мање је вероватно да ће мета-евалуације бити извршене од стране програмског особља; уместо тога, оне се генерално изводе од стране истраживача за евалуацију. Мета-евалуације које су публиковане су изузетно корисне у планирању програма јер указују на то које програмске интервенције ће вероватно имати ефекат на учеснике. Објављене мета-евалуације такође могу бити корисне у утицају на здравствену политику и одлуке о финансирању здравства.

Сумативне евалуације, у најстрожем смислу, врше се на крају програма да дају закључну изјаву у вези са ефектима програма. Нажалост термин “сумативна евалуација” се понекад користи да означи или исход или утицај евалуације, додајући још већу конфузију у терминологију. Сумативне евалуације се обично разликују од формативне евалуације. Термин формативна евалуација се користи да означи процене програма које се извршавају у раној фази имплементације програма и користе се за измене програма.

### Обавезне и добровољне евалуације

Евалуације нису спонтани догађаји. Уместо тога, они су или обавезни или добровољни. Мандат за евалуацију програма је увек повезан на неки начин са финансирањем агенција, било да је то владино тело или фондација. Ако је евалуација обавезна, онда ће уговор за добијање средстава за програм укључити и параметре за спецификацију језика и временски оквир за мандатну евалуацију. Мандат за евалуацију може прецизирати да ли ће евалуацију обавити особље пројекта или екстерни евалуатори или обоје. На пример, државни програм здравственог осигурања деце (*SCHIP*) основан је 1998. године као федерално финансиран и обавезан програм за проширење осигурања које покрива децу само изнад федералног нивоа сиромаштва. Конгрес има власт да овласти евалуације федералних програма и то је управо и учињено са SCHIP-ом. Ово је само један пример федералног програма који има мандатну евалуацију.

Остале евалуације могу бити повезане са акредитацијом која је потребна за надокнаду пружених услуга, што их чини де факто мандатним евалуацијама. На пример, да би добиле акредитацију од Заједничке комисије, организације за здравствене услуге морају прикупити податке током времена о исходима пацијената. Ови подаци се затим користе за развој континуираног напора ради побољшања квалитета. Сличан процес постоји и за агенције за ментално здравље. Комисија за акредитацију објеката за рехабилитацију (*CARF*) захтева да провајдери организација спроводе самоевалуацију као рани корак у процесу акредитације.

Потпуно добровољне евалуације се покрећу, планирају и завршавају од стране особља пројекта у настојању да се направи побољшање програма. Међутим, с обзиром на релативно низак ниво награда и трошкове, извршавање евалуације када то није потребно значи да ће овакве евалуације вероватно имати малу научну заснованост. Програми у којима се ангажују добровољне евалуације могу имати добре намере, али често им недостају вештине и знања која су потребна за спровођење одговарајуће евалуације.

### Када не треба вршити евалуацију

Ситуације и околности које нису погодне за спровођење евалуације постоје, упркос захтевима за процену. Конкретно, није препоручљиво вршити евалуацију под следећим околностима: када нема питања о програму, када програм нема јасан правац, када се заинтересоване стране не могу сложити око циљева програма и кад нема довољно новца да се спроведе ваљана процена (*Patton*, 2008). У складу са овим ситуацијама, *Weiss* (1972) је препознао да се понекада процене захтевају и спроведу у мање легитимне сврхе: одложити програм или политичке одлуке, чиме се избегава одговорност израде програма или политичких одлука; да програм изгледа добро као напор за односе с јавношћу; или да се испуни захтев за програмским одобрењем. Као што све претходно наведено сугерише, они који се баве планирањем и евалуацијом програма морају бити сврсисходни у ономе што се раде и бити свесни да екстерне силе могу утицати на процесе планирања и евалуације.

Пошто је Вајс изразио своје запажање 1972. године, финансијери су почели да траже програм оцењивања процеса и учинка, као и спровођење ових евалуација како би се испунио тај захтев који би се сматрао легитимним. Ова промена која се иначе десила као техника дизајнирања и спровођења евалуација програмских процеса и ефеката је побољшана, и очекивање је да ће чак и обавезне евалуације на неки начин бити корисне. Ипак, и даље је од кључног значаја размотрити како спровести евалуације легитимно, ригорозно, јефтино и поштено.

Интереси и степен утицаја који имају заинтересоване стране могу да се промене. Такве промене утичу не само на начин на који је евалуација концептуализована, већ и на то да ли се евалуација користи. Поред тога, приоритети и одговорности организација и агенције које обезбеђују да се програм може мењати током испоруке програма, што онда може довести до промена у имплементацији програма евалуације нису узети у обзир. На пример, ако повучени ресурси доводе до скраћене или поједностављене евалуације, накнадни налази могу указивати на неуспех програмске интервенције. Међутим, то ће остати нејасно да ли је наизглед неефикасна интервенција била последица дизајна програма или дизајна евалуације.

Поред тога, неочекивани проблеми у спровођењу програмских интервенција и евалуација ће увек постојати. Чак и строго дизајниране евалуације се суочавају са изазовима у стварном свету које проистичу из флуктуације особља, потенцијалног неукључивања учесника у програм, лоше време, или било који низ других фактора који могу ометати постизање оригиналног дизајна евалуације.

## Пирамида јавног здравља

Као део Закона о учинку и резултатима владе (*GPRA*) из 1993. године, америчке федералне агенције су биле усмерене на процену њихових услуга и делотворности. Једна агенција, Биро за здравље мајке и детета у Управи за здравствене ресурсе, администрира неколико програма за стицање права, укључујући и „Тitle V“, који обезбеђује средства државе за програме побољшања здравља мајки и деце. Један корак према испуњавању са *GPRA* је био развој стандардних мера перформанси за програм „Title V “. Да би се позабавио опсегом здравствених питања обухваћених у програму „Тitle V”, модел је развијен под вођством директора, *Pete Van Dyke*, у којем би се распон услуга могао категоризирати. Модел је постао познат као "пирамида" међу државним и локалним здравственим програмима за мајку и децу који примају средства из програма „Тitle V”. Иако је пирамида развијена за употребу у државним програмима за мајку и дете, има примењивост и корисност као свеобухватни оквир за планирање и евалуацију програма јавног здравља.

Пирамиде имају тенденцију да буду лако разумљиве и да добро функционишу да би се обухватили концепти који се разликују. Из ових разлога, друге агенције у федералној влади су се ослањале и на пирамиде за приказивање вишеслојних услуга. На пример, америчко јавно здравство је користило Здравствену пирамиду (*U.S. Public Health Service*, 1994) да би се показала слојевита природа примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите. У подножју те пирамиде је била популација, која има одговарајући ниво у јавној пирамиди здравља.

Јавна пирамида здравља је подељена у четири секције. Врх, први део пирамиде садржи директне здравствене услуге, као што је медицинска нега, психолошко саветовање, болничко лечење и фармацеутске услуге. На овом нивоу пирамиде, програми се достављају појединцима, било пацијентима, клијентима или чак студентима. Уопштено, програми на директном нивоу услуга имају директан и често релативно непосредан утицај на појединачне учеснике здравственог програма. Директне услуге појављују се на самом врху пирамиде да би се обухватила најмања пропорција становништва.

**Фигура 1. Пирамида јавног здравља**

На другом нивоу пирамиде су омогућене службе, које представљају здравствене и социјалне службе које подржавају или допуњују здравствене „агрегате“. Агрегати се користе за разликовање између појединаца и популација; то су групе особе које деле одређену карактеристику, као што су менталне болести или терминални стадијум болести. Примери служби које пружају помоћ укључују центре за ментално здравље, програме за палијативно збрињавање, програме финансијске помоћи који обезбеђују превоз до медицинске неге, управљање случајевима у заједници за пацијенте који болују од АIDS-а, програми едукације о исхрани у школама и центрима за бригу о деци на радном месту. Као што овај списак програма показује, услуге на овом нивоу могу директно или индиректно допринети здрављу појединцима, породицама и заједницама.

Следећи, свеобухватнији ниво пирамиде јавног здравља јесу службе базиране на становништву. На нивоу популације пирамиде, услуге се достављају целокупном становништву, као што су сва лица која живе у граду, држави или региону. Примери популацијских услуге укључују програме имунизације за сву децу у округу, скрининг новорођенчади за сву децу рођену у држави, инспекције сигурности хране које се спроводе под покровитељством савезних прописа, програми за сигурност на радном месту, нутритивне декларације на храни и програм за труднице чији приходи падају испод федералних смернице за сиромаштво.

Као што овај списак одражава, разлика између агрегата и популације може бити нејасна. Програми на овом нивоу обично су намењени за целу популацију, понекад без свесне укључености појединаца. У том смислу, појединци примају здравствени програм заснован на популацији, као што је флуорисање воде, радије него да учествују у програму, као што је сеанса о престанку пушења. У оквиру јавног здравља и здравствених дисциплина, социјалне детерминанте здравља су добиле већу пажњу. Интервенције и програми који имају за циљ промену социо-економског контекста у којем живе популације би био укључен у тај популациони ниво пирамиде. Свакако, програми на нивоу становништва доприносе здрављу како појединаца, тако и кумулативно, на здравствени статус целокупног становништва.

У основи, односно бази пирамиде је инфраструктура здравственог система и система јавног здравља. Здравствене услуге на другим нивоима пирамиде не би биле могуће, осим ако не постоје квалификовани здравствени професионалци, закони и прописи који се односе на здравље људи, осигурање и побољшање квалитета програма, лидерство и менаџерски надзор, планирање и програм здравствене евалуације, информациони системи и технолошки ресурси. Планирање и евалуација здравствених програма на нивоу директних, омогућених и популационих услуга јесте основна компонента инфраструктуре, то су све инфраструктурне активности.

### Употреба пирамиде јавног здравља у планирању и евалуацији програма

Здравствени програми постоје изван нивоа пирамиде, а евалуације ових програма су неопходне. Међутим, на сваком нивоу пирамиде, одређена питања која су јединствена за тај ниво морају постојати у оквиру развоја здравствених програма. Према томе, врсте здравствених радника и потребне врсте стручности разликују се по нивоу пирамида, појачавајући потребу за усклађивањем програма, учесника и провајдера на одговарајући начин. Слично томе, сваки ниво пирамиде карактеришу јединствени изазови за евалуацију програма. Из тог разлога, пирамида јавног здравља је изузетно користан оквир за помоћ у расветљавању тих разлика, питања и изазова, као и могућности да се учврсте здравствени програми потребни у целој ЕУ. Пирамида даје разлог за размишљање само о оним програмима који су потребни за побољшање здравља људи који су на одговарајући начи на нивоу директних услуга. Исто тако је тешко и скупо постићи исти број особа са програмом директних услуга као што је то случај са програмом услуга за становништво. Пирамида такође служи као подсетник да су интересне групе усклађене и одане што може бити специфично за ниво пирамиде. На пример, школски здравствени програм (програм на нивоу оспособљавања) ће имати различит скуп учесника и заинтересованих страна него програм сигурности на аутопуту (програм на нивоу становништва). Пирамида јавног здравља има посебан значај за јавне здравствене агенције бавећи се трима основним функцијама јавног здравља (Институт за Медицину, 1988): процена, сигурност и политика. Ове основне функције су очигледне, у различитим облицима, на сваком нивоу пирамиде. Слично томе, пирамида се може применити на стратешке планове организација у приватном здравственом сектору. За оптимално планирање здравственог програма, сваки здравствени програм који се развија или имплементира треба размотрити у односу на услуге, програме и здравствене потребе на другим нивоима пирамиде.

Пирамида јавног здравља се користи у образовању и обуци јавног здравственог особљa (*Mixon*, 2002), за објашњење услуга које се пружају деци са посебним здравственим потребама (*Colorado Department of Public Health and Environment*) и за образовање општег здравственог особља (*Rocky Mountain Public Health Education Consortium*, 2004). Остале здравствене и људске службе су користиле пирамиде како би објасниле организацију услуга. На пример, Управа за злоупотребу супстанци и услуге менталног здравља користи пирамиду да објасни трошкове за услуге менталног здравља.

### Пирамида јавног здравља као еколошки модел

Појединачно понашање и здравље сада се схватају као да су под утицајем друштвеног и физичко окружење појединаца.

**Фигура 2. Пирамида јавног здравља као еколошки модел**

**Јавна здравствена и приватна здравствена инфраструктура**

**Породице,комшилук, заједнице**

**Градови, државе, нације**

**Популација**

**Наука, теорија, пракса, програми, планирање,**

**структура, политике, ресурси, евалуација**

**Појединац**

Ово запажање се огледа у расту коришћењa еколошког приступа здравственим услугама и програмима јавног здравља. Еколошки приступ, који је произашао из теорије система примењених на појединце и породице (*Bronfenbrenner*, 1970, 1989), указује да се на појединце може утицати дејством фактора у њиховом непосредном друштвеном и физичком окружењу. Ова перспектива је проширена у перспективу друштвених детерминанти јавног здравља, која има широко прихватање (*Friedan*, 2010). Појединац се посматра као члан друштвене мреже, обично породице, која је члан веће друштвене мреже, као што је суседство или заједница. Начин на који се појединци уклопе унутар тих друштвених мрежа имају последице на здравље појединца.

Пирамида јавног здравља, разликовањем и препознавањем важности, омогућавањем и пружањем услуга становништву, може се интегрисати са еколошким погледом на здравље и здравствене проблеме. Ако се погледа пирамида одозго, нивои се појављују као концентрични квадрати (Фигура 2) - директне услуге за појединце који се уграђују у услуге које су омогућене за породице, агрегате и комшилук, а које су опет смештене у оквиру популационих услуга за све становнике градова, држава или земаља. Ово је слично томе да се појединци смештају у окружењу које чини њихова породица, поставка радног места, или комшилук, које су све заједно интегрисане у факторе популационог окружења као што су друштвене норме и економско и политичко окружење. Инфраструктура здравственог система и јавног здравља је темељ и подршка окружењу за унапређење здравља и спречавање болести.

### Здравствени програми, пројекти и услуге

Оно што разликује програм од пројекта или услуге може се тешко објаснити, с обзиром на флуидност језика и термина. Термин програм је прилично генералан, али генерално подразумева структурирани напор да се обезбеди одређени скуп услуга или интервенција. Насупрот томе, пројекат се често односи на временски ограничен или експериментални напор да обезбеди одређени скуп услуга или интервенција кроз организациону структуру. У апстрактном смислу, услугу је тешко дефинисати, али генерално укључује интеракцију између провајдера и клијента, неопипљив аспект онога што се пружа, непостојана или пролазна природа за оно што се даје. Користећи ову дефиницију лако се види да оно што се пружа у здравственом програму квалификује као услугу, иако то можда није здравствена служба.

Здравствени програм је целина организоване структуре осмишљене за одредбу прилично дискретне интервенције усмерене на здравље, где је та интервенција намењена за одређену циљну публику. Поређења ради, здравствене услуге су организационе структуре преко којих пружаоци услуга комуницирају са клијентима или пацијентима како би задовољили потребе или решавање здравствених проблема клијената или пацијената. Здравствени програми, посебно у јавном здравству, имају тенденцију да пружају образовне услуге, усмерене су на превенцију и пружају услуге које нису на нивоу директних услуга пирамиде. У супротности, здравствене услуге постоје искључиво на директном нивоу услуга јавног здравља пирамида. Препознавање разлике између здравствених програма и здравствених услуга је важно за разумевање одговарајућих јединствених потреба планирања и евалуације сваког. Приступ који се користи у овом тексту разматра те јединствене разлике перспективе пирамиде јавног здравља.

## Кроз пирамиду

На директном нивоу услуга, планирање и евалуације здравствених програма се фокусирају на појединца, клијента или пацијента - то јест, на развијање програма који се пружају појединацу и на процену у којој мери ти програми чине разлику у здрављу појединаца који примају здравствени програм. Здравље је дефинисано као индивидуални термин и ефекти програма се мере као појединачне промене. Од овог нивоа пирамиде јавног здравља, заједница се највероватније посматра као контекст који утиче на здравље појединца.

На нивоу пружања услуга, планирање и евалуација здравствених програма се фокусира на потребе агрегата појединаца и услуга које су потребне агрегатима ради одржавања здравља или побољшања здравља. Услуге омогућавања су често друштвене, образовне, или људске услуге које имају индиректан утицај на здравље, што оправдава њихово укључивање у планирање здравствених програма. Здравље се и даље дефинише и мери као индивидуална карактеристика у мери у којој се пружају услуге појединим члановима агрегата. Међутим, планирање и евалуација програма не фокусира се на појединце, већ на агрегат као јединицу. На овом нивоу пирамиде, заједница може бити или агрегат који је намењен за здравствени програм или контекст у којем агрегат функционише и живи. Како ће се гледати заједница, зависиће од здравственог проблема који се решава.

На нивоу услуга заснованих на популацији, планирање и евалуација здравствених програма фокусира се на потребе свих чланова популације. На овом нивоу пирамиде, здравствени програми су на минималном броју становника, што значи да су подаци прикупљени у односу на здравље становништва што покреће одлуке о здравственом програму. Овај приступ

резултира у програмима који су фокусирани на популацију и идеално (али не и нужно) базирани на популацији. Вреди напоменути да програми усмерени на становништво имају тенденцију да имају промоцију здравља или фокус на одржавање здравља, радије него на фокус ка лечењу болести. На нивоу популације, здравље је дефинисано у смислу статистике становништва, као стопа морталитета и морбидитета. У том смислу, циљеви „Здрави људи 2020“ (Табела 2) су претежно на нивоу популације пирамиде јавног здравља.

**Табела 2. Резиме приоритета „Здравих људи“ за 2020. годину**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 1.Приступ квалитетним здравственим услугама  2. Поремећаји здравља адолесцената  3. Артритис, остеопороза и хронично  повратна стања  4. Поремећаји крви и безбедност крви  5. Рак  6. Хронична болест бубрега  7. Деменције, укључујући Алцхајмерову болест  8. Дијабетес  9. Инвалидитет и секундарна стања  10. Рано и средње детињство  11. Образовни и на заједници базирани  програми  12. Здравље окружења  13. Планирање породице  14. Сигурност хране  15. Геномика  16. Глобално здравље  17.Здравствена комуникација и здравствене информационе технологије  18. Инфекције повезане са здравственом заштитом  19. Квалитет живота везан за здравље | 20. Слух и други сензорни или комуникацијски поремећаји  21. Болест срца и мождани удар  22. ХИВ  23. Имунизација и инфективне болести  24. Превенција повреда и насиља  25. Здравље лезбејки, хомосексуалаца, бисексуалаца и трансродних особа  26. Здравље мајке, бебе и детета  27. Безбедност медицинских производа  28. Ментално здравље и ментални поремећаји  29. Стање исхране и тежине  30. Безбедност и здравље на раду  31. Старије одрасле особе  32. Орално здравље  33. Физичка активност  34. Спремност  35. Јавна здравствена инфраструктура  36. Респираторне болести  37. Полно преносиве болести  38. Здраво спавање  39. Друштвене детерминанте здравља  40. Злоупотреба супстанци  41. Употреба дувана  42. Визија |

***Извор***: Министарство за здравство и људске услуге. Преузето 11. септембра 2012. Са [www.cdc.gov/nchs/healthy\_people/hp2020/hp2020\_topic\_areas.htm](http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020/hp2020_topic_areas.htm).

На нивоу инфраструктуре, планирање и евалуације здравствених програма су инфраструктурне активности јавног здравства и здравственог система. Инфраструктура укључује организационо управљање, набавку ресурса, и развој здравствене политике. Значајан документ који одражава здравствену политику је „Здрави људи 2020.“, који оцртава циљеве за здравље људи САД-а. Ови национални циљеви се разматрају приликом одређивања приоритета и користе их многе федералне и невладине агенције за финансирање, које често захтевају да здравствени програм утврди који су циљеви „Здравих људи 2020. године“. У мери у којој су планери и евалуатори здравствене заштите упознати са тим циљевима, они ће бити у могућности да боље осмисле одговарајуће програме, а затим и аргументују у корист релевантности сваког од тих програма. На нивоу инфраструктуре, здравље се може дефинисати у смислу појединачних радника у здравственом сектору. Прецизније, с обзиром да су планирање и евалуација програма инфраструктурне активности, на нивоу инфраструктуре, одлуке се доносе о дефиницији здравља која ће се користити у програму. Слично томе, начин на који та заједница се види, детерминише се на нивоу инфраструктуре.