

ПРЕДМЕТ

< ЕВАЛУАЦИЈА И ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СЕРВИСА >

Предавање број 13

**< ЦИЉЕВИ ПРОГРАМА И ПОСТАВЉАЊЕ ЦИЉЕВА** **>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Недеља | Наставна јединица | Тематске јединице | Резултат – знања или вештине које студент треба да добије |
| 13 | Задаци програма и таргетирање | Циљеви и задаци програма. Циљеви. Фокус задатака. Добро одређени циљеви и задаци. | Упознавање са циљевима програма. |

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**

[ЦИЉЕВИ ПРОГРАМА И ПОСТАВЉАЊЕ ЦИЉЕВА 2](#_Toc7871224)

[Избор опције за израчунавање циљних вредности 2](#_Toc7871225)

[Покушаји циљно-усмереног приступа 13](#_Toc7871226)

Предавање бр. 13

**< ЦИЉЕВИ ПРОГРАМА И ПОСТАВЉАЊЕ ЦИЉЕВА** **>**

# ЦИЉЕВИ ПРОГРАМА И ПОСТАВЉАЊЕ ЦИЉЕВА

### Избор опције за израчунавање циљних вредности

Доступне су многе опције за израчунавање циљних вредности, од којих свака може бити прикладна за употребу у неким околностима, а у неким не. Чињеница је да се циљна вредност за било који здравствени проблем може израчунати на много начина, што наглашава значај успостављања консензуса о основној логици која се одражава у "ако, онда" обрасцу који води до тачно одређене вредности. Десет опција за израчунавање циљних вредности су овде описане. Прорачуни се лако могу обавити помоћу калкулатора или табеле.

**Слике 7-3, 7-4** и **7-5** приказују прорачуне програма чији је циљ смањење броја трудноћа адолесцената у *Bowe County*. За овај програм, исходи задатака су потребни у погледу степена испуњења тог циља.

У планирању неких здравствених програма могу се добити врло ограничене информације на којима се базирају израчунавања за неке циљне вредности. То је често случај, на пример, за иновативне програме, програме који се баве ретким здравственим проблемима, и програме који су веома прилагођени месту где се примењују. У таквим случајевима, само један део информације из процене здравственог стања заједнице може бити релевантан–а то је нумеричка вредност за тренутни ниво здравственог проблема. Четири опције за израчунавање циљне вредности могу се користити за развој исхода задатка под овим условима. **Табела 7-8** сумира услове под којима би свака од 10 опција била најбоље решење, и скицира предности и недостатке сваке од тих опција.

*Опција 1* претпоставља да неће доћи до промене због примене програма. То је еквивалентно прихватању тренутног нивоа или вредности. Приказујући непромењену позицију, он представља почетну тачку, посебно ако је здравствени програм у својој првој години примене и нема података о томе колико се промена може догодити. Ова опција може бити прикладна и за здравствене програме који су зрели и желе да задрже тренутну вредност која је на прихватљивом здравственом нивоу. Формула је следећа:

Циљна вредност = Тренутна вредност

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** | **H** | **I** | **J** | **K** | **L** |
| **1** |  |  | Дугорочно | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Садашња вредност | %  промене | Циљна вредност | Број година | Популација у ризику |  | Опција | Опис | Формула | Циљна вредност | Апсолутна промена | Процентуална промена |
| **3** | 37.6 |  |  |  | 16,556 |  | 1 | Уобичајено | (ниједна) | 37.6 | 0 | 0.0% |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | 37.6 |  |  |  | 16,556 |  | 2 | Користите статистички  значајне промене (aпрокс.) | A5 - (SQRT (2 \* (A5 \* (1000 - A3)) 2 / E5) \* 2) | 33.5 | 4.1 | -10.9% |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | 37.6 | -0.02 |  |  | 16,556 |  | 3 | Користите тренутни тренд  као жељену промену | (B7 \* A7) +A7 | 36.8 | 0.8 | -2.0% |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | 37.6 | -0.04 | 30 | 5 | 16,556 |  | 4 | Користите прихваћене дугорочне циљеве |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  | затим, година 1 | (B9 \* A9) +A9 | 36.1 | 1.5 | -4.0% |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  | затим, година 2 | (B9 \* J11)+  J11 | 34.6 | 1.5 | -4.0% |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  | затим, година 3 | (B9 \* J12)+ J12 | 33.2 | 1.4 | -4.0% |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  | затим, година 4 | (B9 \* J13)+ J13 | 31.9 | 1.3 | -4.0% |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  | затим, година 5 | (B9 \* J14) + J14 | 30.6 | 1.3 | -4.0% |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  | Укупно побољшање |  |  | 7.0 | 18.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** | **H** | **I** | **J** | **K** | **L** |
| **1** | Округ | Величина популације у ризику | Број тинејџерских порођаја | Тинејџерска стопа рађања на 1000 |  | Опција | Опис | Формула | Садашња вредност | Циљна вредност | Апсолутна промена | Процентуална промена |
| **2** | O | 793 | 9 | 11,3 |  |  |  |  | 37,6 |  |  |  |
| **3** | P | 2785 | 66 | 23,7 |  |  | Не разматрати |  |  |  |  |  |
| **4** | Q | 859 | 22 | 25,6 |  | 5 | Просечна стопа | Просек (D2:D7, D9:D11, D13) | 37,6 | 33,8 | 3,8 | 10,2% |
| **5** | R | 2205 | 64 | 29,0 |  | 6 |  | Средишња тачка између најниже и највише стопе: Мeдијана  (D2:D7, D9:D11, D13) | 37,6 | 31,0 | 6,6 | -17,4% |
| **6** | S | 1338 | 40 | 29,9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | T | 994 | 32 | 32,2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | ***Субтотална / стопа за прибл. 50% становништва*** | ***8974*** | ***233*** | ***26,0*** |  |  | ***С обзиром на величину узорка:*** |  |  |  |  |  |
| **9** | U | 708 | 24 | 33,9 |  | 7 | Стопа за "најбољих" 50% становништва | 50%= B14\*0.50 =8278  Збир величина до 8278, земље O,P,Q,R,S,T |  |  |  |  |
| **10** | V | 2664 | 106 | 39,8 |  |  |  | (C8 / B8) \* 1000 | 37,6 | 26,0 | 11,6 | -30,9% |
| **11** | W | 302 | 15 | 49,7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | ***Субтотална / стопа за прибл. 75% становништва*** | ***12648*** | ***378*** | ***29,9*** |  | 8 | Стопа за 75% становништва (земље P do X) | 75%=B14\*0.75 =12,417.  Збир величина до 12,417. Земље P,Q,R,S,T,U,V,W |  |  |  |  |
| **13** | X | 3908 | 244 | 62,4 |  |  |  | (C12 / B12) \* 1000 | 37,6 | 29,9 | 7,7 | -20,5% |
| **14** | ***Тотална / укупна стопа*** | ***16556*** | ***622*** | ***37,6*** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** | **H** | **I** | **J** | **K** | **L** |
| **1** | Стратуми | Величина популације у ризику | Број тинејџерских порођаја | Тинејџерска стопа рађања на 1000 |  | Опција | Опис | Формула | Садашња вредност | **Циљна вредност** | Апсолутна промена | Процентуална промена |
| **2** | Сиромаштво |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Да | 2533 | 148 | 58,4 |  | 9 | Стопа за најбољи стратум | (ниједна) | 37,6 | **33,8** | 3,8 | -10,1% |
| **4** | Не | 14,023 | 474 | 33,8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Укупно | 16,556 | 622 |  |  | 10 | Укупна стопа базирана на стратум-специфичним стопама | **Корак 1. Користити формулу опције 2 за стратуме** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  | 10% смањење Да сиромаштво  стратума = (−0.1 \* 16) + 16 | 58,4 | **52,6** | 5,8 | -10,0% |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  | 2% смањење Не сиромаштво  стратума = (-0.02 \* 17) + 17 | 33,8 | **33,1** | 0,7 | -2,0% |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  | **Корак 2. Израчунајте крајњи циљ, према % становништва у свакој групи** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  | (J6 \* (B3 / B5)) +(J7 \* (B4 / B5)) | 37,6 | **36,1** | 1,5 | -4,0% |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Табела 7-8 | | Резиме када користити сваку од опција | | | |
| Опција | **Опис опције** | | **Врста програма за који је идеална** | **Предности опције** | **Недостаци опције** |
| 1 | Уобичајен, без промене | | Зрео, стабилан програм | Не захтева историјске податке | Не захтева побољшање |
| 2 | Промена заснована на резултатима статистичког теста | | Популационо базирани или програм са великим бројем корисника | Подржава аргумент да је побољшање више него случајно | Осетљива на величину узорка; може резултирати неразумним циљем; захтева неко статистичко знање |
| 3 | Процентуална промена у здравственом проблему заснована на тренутном тренду, литератури или очекивањима | | Стабилан програм; стабилна циљна популација | Врло једноставна и лако разумљива; може лако узети у обзир податке о тренду ако су доступни | Тренд мора бити познат |
| 4 | Користи постојећи стандард или стандард за пројектовање циљних вредности за неколико година | | Програм мора показати побољшање | Компарабилни програми се могу упоредити | Захтева постојање дугорочног циља или стандарда; захтева дугорочни програм |
| 5 | Просечна стопа за географска подручја | | Популационо базирана | Лако разумљива | Потребно је имати податке за сваку област |
| 6 | Медијана стопа за географска подручја | | Популационо базирана | Лако разумљива | Потребно је имати податке за сваку област |
| 7 | Укупна стопа за најбољих 50% географских подручја | | Базирана на популацији или више места | Узима у обзир најбоље и најлошије вредности у циљној популацији; целу циљну популацију доводи до оствариве вредности | Потребно је имати податке за сваку област; може бити теже разумљива; превиђа величину узорка |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Табела 7-8 | | Резиме када користити сваку од опција (наставак) | | | |
| Опција | **Опис опције** | | **Врста програма за који је идеална** | **Предности опције** | **Недостаци опције** |
| 8 | Укупна стопа за најбољих 75% географских подручја | | Базирана на популацији или више места | Узима у обзир најбоље и најлошије вредности у циљној популацији; целу циљну популацију доводи до оствариве вредности | Потребно је имати податке за сваку област; може бити теже разумљива |
| 9 | Стопа за најбољи стратум користећи социодемографско груписање | | Популационо заснована или разноврсна циљна група са доказима диспаритета | Узима у обзир најбоље и најлошије вредности у циљној популацији; циљну популацију доводи до оствариве вредности | Потребно је имати податке за сваку групу; може бити теже разумљива |
| 10 | Укупна стопа заснована на диференцијалним циљевима за сваки стратум | | Популационо заснована или разноврсна циљна група са доказима диспаритета | Програм мора показати побољшање; интензивнија програмска интервенција усмерена на групу са највећом потребом за побољшањем | Потребно је имати податке за сваку групу; може бити теже разумљива |

На пример, циљна вредност за стопу рађања на 1000 адолесценткиња старости 15 до 17 година је наведена у циљу као 37.6 на 1000. Ова циљна вредност коришћена је у програмском задатку као “колико“ вредност.

*Опција 2* идентификује вредност која, када се упореди са тренутном вредношћу, резултира статистички значајним побољшањем. Ова опција би била прикладна ако је извор података кредибилан, програм има ригорозну интервенцију, или креатори политике морају бити уверени да је програм исплатива инвестиција. Зато што се промена може десити случајно, а не само због здравственог програма, планери морају аргументовати да је величина промене већа него што би се десила само случајно, и стога се може приписати програму. Апроксимација Z-теста се може искористити за извођење величине промене koja би била статистички значајна. Типично, ниво значајности је подешен на p =.05, што значи да је вероватноћа да се дође до тог циља дође случајно мања од 5 на 100, или 5%. Ниво значајности .05 преводи се у Z скор од 1.96, који се користи у формули за процену циљне вредности. Формула је прилично комплексна, али је донекле овде поједностављена тако да се може користити за табеларни прорачун:

Ова формула претпоставља да је тренутна вредност цео број – то јест, да је проценат или број на 1000, 10 000, или шта год да су уобичајене јединице за индикаторе извештавања. Множилац је, дакле, та јединична вредност. У примеру стопе адолесцентног рађања, тренутна вредност је 37,6, а множилац 1000. Поред тога, формула је написана тако да ће циљна вредност бити мања од тренутне вредности. Ако се побољшање у индикатору преведе у циљну вредност која је већа од тренутне вредности знак минус (-) у формули ће се променити у знак плус (+).

Насупрот томе, претпоставимо да се овај метод користи у програму који обухвата само 500 адолесценткиња. У овом случају, циљна вредност од 14.0 би била потребна да би резултат био статистички значајно побољшање, очигледно немогућ циљ који треба постићи. Статистичко тестирање би, дакле, требало да се користи као помоћ у разумевању која би разумна циљна вредност могла бити, а не за одређивање циљне вредности *per se*.

*Опција 3* је да одаберете жељену процентуалну промену у здравственом проблему и конвертујете проценат у дефинитивну циљну вредност. Ова опција је најједноставнији приступ и може бити лако разумљива заинтересованим странама. Може се користити у здравственим програмима који се налазе на било ком нивоу у пирамиди јавног здравља и у било ком домену здравља. Промена у процентима која се користи у формули може се изабрати на основу информација добијених из објављене литературе, или може бити само процена са извесним степеном нагађања. Формула је следећа:

Циљна вредност = (% жељене промене × Тренутна вредност) ± Тренутна вредност

Ако постоје подаци о тренду здравственог исхода, онда се постотак смањења (или повећања) може побољшати на основу прошлог и недавног искуства. Промена у процентима може бити изабрана тако да одражава или наставак посматраног тренда или промену у тренду (тј. или убрзање побољшања или успоравање погоршања, у зависности од здравственог исхода од интереса).

У примеру адолесцентне стопе рађања, подаци о тренду указују на просечно годишње смањење од 2%. Користећи овај проценат у формули за опцију 3, циљна вредност за стопу рађања на 1000 адолесценткиња износи 36,8 на 1000 (видети слику 7-3). Ако планери програма одлуче да је смањење од 4% прикладније - то јест, ако претпостављају да програм може убрзати побољшање - циљна вредност за стопу рађања на 1000 адолесценткиња била би 36.1. Циљна вредност изабрана за овај прорачун затим се користи у програмском циљу као “колико” вредност.

Како ова вежба открива, иако смањење од 4% адолесцентних порођаја може захтевати постизање значајних програмских ресурса, смањење стопе може бити једва приметно. Може бити корисно поновити прорачун са мало другачијим процентима и размотрити које елементе у организационом плану и плану коришћења услуга треба да се модификују да би се постигле те друге промене у процентима.

*Опција 4* се користи када су програми у току, пројекти су вишегодишњи, или се очекује да ће имати дугорочне ефекте. За такве програме, део временског оквира може бити неколико година у будућности. У овом случају, постаје неопходно имати годишње циљне вредности које кумулативно досежу жељену дугорочну циљну вредност. У суштини, укупан износ промене је распршен кроз временски период за програм. Из тог разлога, циљне вредности за сваку годину ће бити погођене очекиваном дужином програма и почетном или тренутном вредношћу. Опција 4 се може користити за програме на било којем нивоу пирамиде јавног здравља, али је прикладна само за задатке везане за дугорочни циљ. Да бисте користили опцију 4, прва одлука планера здравствених програма је да одаберу постојећи репер или стандард, као што је циљ „Здрави људи“ који идентификује жељену циљну вредност за здравствени проблем који треба да се постигне дугорочно.

Израчунавање годишњих циљних вредности захтева прво процену износа годишњих промена потребних за приближавање дугорочном циљу. Ова годишња процентуална промена се онда користи у калкулацијама као што су оне у опцији 3 да би се одредила циљна вредност за сваку наредну годину. Следећи сет формула се користи у низу за извођење опције 4:

Годишња % промена = [(Дугорочни циљ – Тренутна вредност) /

Тренутна вредност] / Број година

Циљна вредност за следећу годину = (Годишњи % жељене промене × Тренутна вредност)

± Тренутна вредност

Циљна вредност за наредну годину = (Годишњи % жељене промене × Прошлогодишња вредност) ± Прошлогодишња вредност

Као што се види на слици 7-3, годишњи пад од 4% доводи до адолесцентске стопе рађања од 30,6 на 1000 на крају 5 година, за укупно смањење од 7 рођених на 1000. Овај пад представља смањење стопе рађања код адолесценткиња за 18,6%. У овом примеру, стопа од 30 рођења на 1000 је дугорочни циљ; према томе, користећи овде описану методу, коначна циљна вредност није била егзактно задовољена јер је стопа побољшања одржавана на 4% сваке године. Да би се постигао дугорочни циљ, стопа побољшања би се морала незнатно повећавати сваке године. Питање за дискусију у тиму за планирање је, међутим, да ли је за програм могуће годишње смањење од 4% за 5 година и да ли ће смањење од 18,6% током 5 година бити прихватљиво за агенције које финансирају и друге заинтересоване стране. Планери програма такође морају да размотре да ли се промена може идентификовати коришћењем тренутно изабраних метода за употребу у евалуацији ефекта.

Опције од 5 до 10 су релевантне за програме базиране на популацији и на вишестраним програмима када се подаци могу стратификовати, било по географском подручју или по неким карактеристикама као што су старост, раса/етничка припадност или приход. Пример адолесцентске трудноће је програм базиран на популацији, користи податке из свих средњих школа у Бове округу, као и податке о томе да ли је приход у адолесцентским породицама испод или изнад нивоа сиромаштва. Када се стратификација користи за постављање циљева, планери често претпостављају да су неке локације већ достигле веома пожељан ниво и стога се не очекује да ће се драматично побољшати када се програм имплементира. Последица је да ће неке локације вероватно бити драстично далеко од било којег циља који се може поставити, што значи да морају направити радикална побољшања како би достигли било који разумни циљ. Степен до којег је место можда већ на идеалном нивоу захтева пажњу тима за планирање и треба да се одражава у логичким изјавама и наредним одлукама о избору циљних вредности. *Опција 5* поставља циљну вредност као просечну вредност стопа у местима, а *опција 6* поставља циљну вредност као медијану стопа у местима. *Опције 5* и *6* ће вероватно дати веома сличне циљне вредности, посебно ако су стопе здравственог исхода у местима нормално расподељене. Супротно томе, ако не постоји нормална расподела, оне можда неће дати сличне вредности. У адолесцентском (женском узрасту од 15 до 17 година) примеру стопе рађања (види слику 7-4), стопа рађања у округу се креће од 11,3 на 1000 адолесценткиња до 62,4 на 1000 адолесценткиња, при чему просечна стопа свих средњих школа износи 33,8 а медијана 31.0. Недостатак ове две опције је да оне не узимају у обзир различите величине циљне популације у свакој групи, као што је то у сваком округу или у свакој клиници. Ако места имају веома различите адолесцентске стопе рађања и величине циљне популације и ако ти подаци нису нормално расподељени, онда опције 5 и 6 можда нису оптимални приступи.

*Опције 7* и *8* узимају у обзир величине популације у области на коју се програм односи. Укупна стопа од 37,6 рођених на 1000 адолесценткиња за све школе заједно (вредност коришћена у опцијама од 1 до 4 као тренутна вредност) је просек за целу популацију. Ипак, пошто комбинује податке за све школе, она замагљује информације по школама. Опције 7 и 8, насупрот томе, такође израчунавају укупне тренутне вредности; уместо да користи све школе, свака опција користи само део популације са „најбољим“ резултатима. Опције 7 и 8 базиране су на идеји да стопа коју постиже одређени део циљне групе треба да буде доступна читавој циљној групи, тако да циљна вредност треба да се одреди на основу постојеће стопе.

Опције 7 и 8 користе оно што се назива „методом упарених просека“ (Кiefe и остали, 1998). Овај приступ учвршћује идеју да циљна вредност за програм треба да има за циљ да премести целу циљну популацију на вредност која је већ постигнута делом циљне популације. Другим речима, за опције 7 и 8, циљна вредност за циљ била би да се адолесцентска стопа рађања у школама побољша тако да одговара стопи рађања коју већ постижу школе које обухватају 50% или 75% адолесцената.

Разлика између опција 7 и 8 лежи у пропорцији циљне популације која се користи за израчунавање циљне вредности: опција 7 се базира на 50% циљне популације, док се опција 8 темељи на 75% циљне популације. Метода упарених просека се заправо може користити са било којим пропорцијама циљне популације. Што је већа пропорција, то ће бити лакше доћи до циља; што је мањи проценат, то је теже постићи циљ. Избор 50% значи да је половина циљне популације већ постигла циљ, али друга половина ће морати да се побољша; избор 75% је конзервативнији приступ, јер ће побољшање морати да се догоди само у 25% популације. Настављајући са примером, да би израчунали циљну вредност у складу са опцијом 7, планери програма би узели онолико школа колико је потребно да укључе 50% свих адолесцената у 10 школа које имају најниже (најбоље) стопе рађања. Затим би израчунали укупну стопу рађања за ову подгрупу школа. У овом примеру израчунавање мора укључити 6 од 10 школа како би се обухватило 50% адолесценткиња. Израчунавање је следеће:

Коришћење ових података даје циљну вредност од 26,0 рођених на 1000, што је смањење од 30,9% од укупне садашње стопе од 37,6. У поређењу са тим, ако се у израчунавању користе окрузи који имају 75% адолесцената укључених у прорачун (опција 8), онда је циљна вредност 29,9, или промена од 20,5%.

*Опције 9 и 10* су примери приступа кориштења стратификованих података (види слику 7-5). Ако су доступни подаци о здравственом статусу или стопама група унутар циљне популације, онда је могуће користити те стопе за израчунавање циљних вредности за те групе. Опција 9 је једноставно проширење методе упарених просека која се користи у опцијама 7 и 8; она користи “најбољу” стопу ове две групе као општи циљ. Насупрот томе, опција 10 почиње са два одвојена циља, заснована на два стратума, одабиром различитих постотних смањења или повећања за сваку од њих. Изабрани различити проценти могу одражавати интензивнији програмски напор који је усмерен на групу са најхитнијом потребом за побољшањем. Тако се израчунавају различити стратум-специфични циљеви, али се они онда могу комбининовати у једну циљну вредност за целу популацију израчунавањем просечног броја становника у свакој групи.

Формула за ово израчунавање следи:

Циљна вредностГрупа 1 = (% жељене промене × Садашња вредност) ± Садашња вредност

Циљна вредностГрупа2  = (% жељене промене × Садашња вредност) ± Садашња вредност

Укупни циљ = (% популације у групи 1 × Циљна вредностГрупа 1) + (% популације у групи 2 × Циљна вредностГрупа 2)

На крају, приступ заснован на доказима за утврђивање објективних циљева може се одредити на основу информација у објављеним евалуацијама интервенције. Студије су прегледане током фазе планирања и имају статистичке податке који показују колику је разлику интервенција направила за експерименталну групу. Коришћењем величине ефекта који се налази у тим проценама интервенције, може се проценити величина могућег побољшања. Слично томе, статистика о величини ефекта, која се наводи у мета-анализама, може се користити за процену циљне вредности, мада уз помоћ статистичара.

Укратко, разне технике се могу користити за израчунавање циљне вредности која ће се користити у ефектима циљевима. Свака техника израчунавања резултира различитом вредношћу (Табела 7-9). У овде наведеном примеру, потенцијална циљна вредност за стопу рађења код адолесцената варира од ниских 26,0 рођених на 1000 користећи опцију 7 до највише 37,6, што је садашња вредност, користећи опцију 1. Овај распон могућих и разумних циљних вредности наглашава важност постојања оквира за доношење одлука за постављање циљева, укључујући развој експлицитних логичких обрачуна, како би се реално дефинисало шта чини успех или делотворност здравственог програма. Која циљна вредност се на крају бира зависи од теорије програма, доступности ресурса и снаге интервенције. Иако су опције 2 и од 5 до 10 најприкладније за програме засноване на популацији, оне се могу прилагодити веома великим програмима директних услуга и омогућити нивое услуга пирамиде јавног здравља. Да бисте користили ове опције, довољно података мора бити доступно за сваку локацију и довољно локација мора имати разумне бројеве у групама. Опције 3 и 4 су једноставне и могу се користити за било који програм.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ТАБЕЛА 7-9 | | Опсег циљних вредности изведених из опција 1 до 10,  на основу података са слика 7-3 до 7-5 | |
| Опција | **Опис** | | **Резултујућа циљна вредност** |
| 1 | Уобичајена, без промене, општа стопа | | 37.6 |
| 2 | Резултат статистичког тестирања | | 33.5 |
| 3 | Промена процента у здравственом проблему: на основу података о тренду | | 36.8 |
| 4 | Користећи постојећи стандард или стандард за пројектовање циљне вредности за неколико година: циљ прве године | | 36.1 |
| 5 | Просечна стопа за подручје/места | | 33.8 |
| 6 | Медијана стопа за подручје/места | | 31.0 |
| 7 | Укупна стопа за најбољих 50% | | 26.0 |
| 8 | Укупна стопа за најбољих 75% | | 29.9 |
| 9 | Стопа за „најбољи“ стратум (нпр. Адолесценти који не живе у сиромаштву) | | 33.8 |
| 10 | Укупна стопа базирана на стратум-специфичним стопама | | 36.0 |

## Покушаји циљно-усмереног приступа

Сви аспекти планирања, имплементације и евалуације програма отворени су за критику и рефлексију. Иако циљеви и задаци могу изгледати неконтроверзно, барем три упозорења наглашавају потребу за самокритичношћу током ових процеса: слаба ефикасност употребе циљева за вођење рада, потреба за спонтаношћу и неуредни изглед циљева и мера учинка.

Прво, висок степен нагласка који се ставља на постизање циљева - како процеса, тако и ефекта - оправдава размишљање о његовој историји и површан преглед доказа о корисности циљева. Концепт управљања циљевима (МБО) развијен је и популаризован педесетих година 20. века од стране Петера Дракера, научника из области менаџмента, заснован на теорији о постављању циљева као мотивацији за раднике. МБО је касније усвојен од стране Никсонове администрације (Dahlsten, Styhre, & Willander, 2005) и од тада је постао укорењено очекивање, посебно у федералним и државним владиним агенцијама. Сврха МБО-а је да мотивише појединце да раде према заједничком организационом циљу, задржавајући тако организацију фокусирану и интерно добро координисану.

Од његовог увођења, релативно мало истраживања се фокусирало на ефикасност МБО. *Poister* и *Streib* (1995), у анкети владиних агенција, открили су да се МБО широко користи, али се недоследно примењује. *Dinesh* и *Palmer* (1998) су коментарисали да је МБО ефикасан, али само када је имплементиран као што је и планирано. Конкретно, они су тврдили да је МБО неуспешан у пракси јер је делимично имплементиран, а аспект људских односа МБО-а је заборављен током година. Као последица тога, МБО се доживљава као старија мода (*Gibson & Tesone* 2001), иако са неким потенцијалним значајем за садашњост. Употреба циљева као основе за доношење одлука, било да се ради о програму или организацији, мора бити употпуњена и допуњена пажњом на добијање и прихватање циљева од стране особља, као и распоређивање људских ресурса на начин који подржава активности неопходне за постизање циљева и коришћењем система награђивања који чини постизање циљева смисленим.

Друго, вођење циљева и задатака је логичан, линеаран, системски приступ планирању здравственог програма. Насупрот томе, све већи број научне литературе о теорији сложености сугерише да у многим поставкама радних група, већа флексибилност и спонтаност воде до продуктивнијих радних тимова. Ако се здравствени програм дизајнира и обезбеђује као одговор на потребе заједнице, а контролисана евалуација програма се сматра непотребном, онда омогућавање самоорганизованих тимова може довести до “бољег” програма. Овај приступ свакако неће бити изводљив за здравствене програме који су, рецимо, финансирани од стране државе. Поред тога, планери и менаџери здравствених програма могу наићи на ситуације у којима мања контрола - другим речима, мање ослањање на циљеве — води бољем програму.

Коначно, пречесто се листа циљева, једном створена, заборавља и постаје одвојена од текућег надзора програма. То је вероватније случај са програмима који се јављају као одговор на захтеве заједнице или се заснивају на инконзистентној основи. У највећем делу, у здравственој заштити, циљеви здравственог исхода повезани су са мерама перформанси, које се користе за побољшање квалитета. Односи између циљева, мера перформанси и мониторинга програма детаљно се разматрају на другом месту у тексту.