

Uwaga! Każdą stronę Ankiety należy opatrzyć pieczęcią nagłówkową Podmiotu w którym została przeprowadzona Ankieta.

Zadania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia do realizacji na lata 2005 – 2015, czytaj dalej: „Zadania...”

Część I

dotyczy: sposobu wykorzystania dokumentu pn. „Zadania Samorządu Województwa Zachodniopomorskiego w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia do realizacji na lata 2005 – 2015”.

1. Proszę podać w roli jakiego podmiotu Państwo występuje:

- ☐ Starostwo Powiatowe
 - ZOZ
- ☐ Miasto na prawach powiatu
 - ZOZ
- ☐ Urząd Miasta i Gminy
 - ZOZ
- ☐ Urząd Gminy
 - ZOZ
- ☐ Urząd Marszałkowski
 - ZOZ
- ☐ PUM
 - PSK 1
 - PSK 2
- ☐ MON, MSW
 - 109 Szpital Wojskowy w Szczecinie
 - 107 Szpital Wojskowy w Wałczu
 - ZOZ MSW w Koszalinie
 - ZOZ MSW w Szczecinie
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

- ☐ Organizacja Pożytku Publicznego
- ☐ Narodowy Fundusz Zdrowia
- ☐ Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki
- ☐ Wojewódzka Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna
- ☐ Inne.....

2. Czy zapoznali się Państwo z dokumentem *Zadania ...*?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

3. Jeśli TAK, proszę podać sposób jego uzyskania:

- ☐ Bezpośrednio z Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego
- ☐ Strona internetowa Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego
- ☐ Szkolenie
- ☐ Konferencja
- ☐ Inny (proszę napisać skąd).....

4. Proszę określić jaka ścieżka dystrybucji dokumentu *Zadania...* w Państwa ocenie jest najskuteczniejsza/najbardziej zadawalająca?

- ☐ Wydruk i dystrybucja dokumentu do zainteresowanych
- ☐ Zamieszczenie w formie elektronicznej na stronie internetowej Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego
- ☐ Plik do pobrania ze strony www.wz.wzp.pl
- ☐ Szkolenie/Konferencja

☐ Inna

5. Czy wykorzystywali Państwo strukturę i treści zawarte w dokumencie *Zadania ...?*

☐ TAK

☐ NIE

6. Jeśli TAK proszę określić, które zapisy dokumentu *Zadania...* były Państwu pomocne w podejmowanych działaniach w ramach profilaktyki i promocji zdrowia (pytanie z możliwością wielokrotnego wyboru):

☐ Podstawy prawne i naukowe

☐ Definicje

☐ Zagrożenia zdrowotne, obszary szczególnego zagrożenia zdrowotnego

☐ Priorytety zdrowotne

☐ Strategie profilaktyczne

☐ Kryteria programowe

☐ Finansowanie zadań

☐ Obszary współpracy

☐ Tworzenie koalicji dla zdrowia

☐ Inne.....

7. Czy zamieszczone podstawy prawne i naukowe były pomocne w realizacji zadań własnych?

☐ TAK

☐ NIE

8. Czy zamieszczone definicje/słownikowe pojęcia/rozszerzenia/wyjaśnienia niektórych zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia były pomocne w realizacji własnych zadań?

☐ TAK

☐ NIE

9. Czy ustalone wojewódzkie zagrożenia zdrowotne tj. obszary szczególnego zagrożenia zdrowotne były tożsame z ustalonymi zagrożeniami lokalnymi?

☐ TAK

☐ NIE

10. Czy na bazie wskazanych priorytetów zdrowotnych zostały dokonane własne analizy w celu ustalenia priorytetów lokalnych:

☐ TAK, proszę podać ustalone priorytety od najważniejszego

.....
.....
.....

☐ NIE

11. Czy w oparciu o dokument *Zadania...* realizowali Państwo własne zadania zgodnie z określoną w nim strukturą i kryteriami programowymi ?

☐ TAK

☐ NIE

12. Czy przy wykorzystaniu zapisów w dokumencie *Zadania...* opracowywali Państwo własne lokalne programy profilaktyki i promocji zdrowia:

☐ TAK

☐ z opinią AOTMiT (Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji)

☐ opinia pozytywna, nazwa zadania

.....
.....

☐ opinia negatywna, nazwa zadania

.....
.....

☐ bez opinii AOTMiT

☐ NIE, proszę podać przyczynę

.....
.....
.....

13. Czy wskazówki dotyczące finansowania zadania ułatwiły poszukiwania dostępności środków na cele profilaktyczne?

☐ TAK

☐ NIE

14. Czy zasada SMART jest dla Państwa całkowicie zrozumiała?

☐ TAK

☐ NIE, proszę podać przyczynę

☐
.....
.....

15. Czy realizowali Państwo określone w dokumencie umieszczone poniżej obszary współpracy (pytanie wielokrotnego wyboru)?

☐ Obustronny przepływ informacji danych statystycznych i epidemiologicznych oraz dotyczących szczególnych zagrożeń zdrowotnych

- ☐ Ustalenie priorytetów zdrowotnych i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa
- ☐ Budowanie strategii profilaktycznych w zakresie chorób cywilizacyjnych zakaźnych i patologii społecznych
- ☐ Wspieranie lokalnych inicjatyw w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki
- ☐ Tworzenie sieci instytucji promujących zdrowie
- ☐ Przebieg procesu monitorowania i ewaluacji strategii profilaktycznych i wymiana doświadczeń
- ☐ Działania na rzecz organizacji szkoleń, konferencji i zespołów problemowych w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki
- ☐ Podnoszenie kwalifikacji osób odpowiedzialnych za zdrowie publiczne i promowanie liderów środowiskowych
- ☐ Współpraca z NFZ jako podstawowym płatnikiem w sektorze zdrowia
- ☐ Współpraca z organizacjami pozarządowymi jako instytucjami zwiększającymi świadomość ludzi wobec tych chorób, które ich dotyczą.

Proszę o krótki opis zaznaczonych pozycji

.....

.....

.....

16. Czy udało się Państwu wykorzystać zasady tworzenia koalicji na rzecz zdrowia i takowe powołać do życia?

- ☐ TAK, proszę podać jakie

.....

.....

.....

- ☐ NIE

17. Oceń w skali od 1 do 5 przydatność dokumentu *Zadania...*

1	2	3	4	5
Nieprzydatny	Słabo przydatny	Obojętny	Przydatny	Bardzo przydatny

Uzasadnienie

.....

.....

.....

18. Oceń w skali od 1 do 5 strukturę dokumentu *Zadania...*

1	2	3	4	5
Źle	Słabo	Bez znaczenia	Dobrze	Bardzo dobrze

Uzasadnienie

.....

.....

.....

19. Oceń w skali od 1 do 5 treść dokumentu *Zadania...*

1	2	3	4	5
Źle	Słabo	Bez znaczenia	Dobrze	Bardzo dobrze

Uzasadnienie

.....

.....

.....

20. Czy uczestniczyli Państwo w spotkaniach/konferencjach na których przedstawiano zasady wynikające z dokumentu *Zadania...*:

☐ TAK

☐ NIE , proszę wyjaśnić dlaczego

.....
.....
.....

21. Czy w Państwa ocenie zasadnym jest opracowanie nowej edycji dokumentu
Zadania ... do realizacji na lata 2017-2020”?

- ☐ TAK
☐ NIE

22. Czy czynicie Państwo przygotowania do realizacji zadań/programów
profilaktycznych według nowych zasad i z udziałem środków Europejskiego
Funduszu Społecznego (EFS)?

- ☐ TAK
☐ NIE

Część II

dotyczy: realizacji zadań/programów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia

1. Czy realizowali Państwo działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia?

☐ TAK

☐ NIE, proszę podać przyczynę

.....
.....
.....

W przypadku, gdy udzielono odpowiedź o treści NIE na pyt.1, należy pominąć rozwiązanie całej Części II Ankiety.

2. W jakich latach realizowali Państwo działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia?

☐ 2005

☐ 2006

☐ 2007

☐ 2008

☐ 2009

☐ 2010

☐ 2011

☐ 2012

☐ 2013

☐ 2014

☐ 2015

3. Czy realizowali Państwo zadania/programy z własnej inicjatywy?

☐ TAK

☐ NIE

4. Czy współrealizowali Państwo zadania/programy NFZ?

☐ TAK, proszę podać jakie

.....
.....

☐ NIE

5. Czy współrealizowali Państwo zadania/programy z Ministerstwa Zdrowia?

☐ TAK, proszę podać jakie

.....
.....
.....

☐ NIE

6. **Tabela nr 1-** proszę uzupełnić według zamieszczonego wzoru, gdzie podana cyfra odpowiada faktycznej liczbie realizowanych zadań/programów profilaktycznych w danym zakresie (pytanie z możliwością wielokrotnego wyboru):

LATA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	RAZEM
PRIORYTETY												
WZOR	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3
CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA												
CHOROBY NOWOTWOROWE												
CHOROBY ZAKĄŻNE												
CHOROBY PRZEWLEKLE (m.in. choroby: metaboliczne, układu moczowo-płciowe, układu trawiennego, układu oddechowego)												
CHOROBY ZAWODOWE												
EDUKACJA ZDROWOTNA/ ZMIANA STYLU ŻYCIA												
CHOROBY WIEKU PODESZŁEGO												
CHOROBY DZIECIĘCE												
URAZY/ZATRUCIA/WYPADKI												
ZABURZENIA PSYCHICZNE												
INNE												
RAZEM												
*Proszę	nie	wpisywać	zadań/programów	dotyczących	uzależnień.							

8. Proszę określić efekty finalne prowadzonych przez Państwa działań w zakresie profilaktyki z podziałem na poszczególne zadania wymienione w pyt.6:

(w przypadku, gdy tabela jest niewystarczająca do uzupełnienia danych, proszę wykonać ksero strony z tabelą, a następnie uzupełnić każdą dodatkową stronę jednocześnie opatrując pieczęcią lub czytelnym podpisem osoby wypełniającej)

	PLAN (%)	REALIZACJA			
		LICZBA	UDZIAŁ PROCENTOWY		
POPULACJA					
CEL ZADANIA/PROGRAMU		OSIAGNIĘTY		NIEOSIAGNIĘTY	
		TAK	NIE	TAK	NIE
PROBLEM SPECYFICZNY DLA LOKALNEJ SPOŁECZNOŚCI		ZGODNY Z PRIORYTETAMI		POZA PRIORYTETAMI	
		TAK	NIE	TAK	NIE
REALNOŚĆ I TERMINOWOŚĆ		POZYTYWNA		NEGATYWNA	
		TAK	NIE	TAK	NIE
	UZUPEŁNIĆ	WYNIK MIERNIKA			
MIERNIKI WEDŁUG ZADANIA/PROGRAMU	1)				
	2)				
	3)				
	4)				
	5)				
	6)				
	7)				
	8)				
	9)				
	10)				
PLAN JEDNOROCZNY	TAK				NIE
PLAN WIELOLETNI	TAK				NIE
DAJSZA KONTYNUACJA	TAK				NIE

9. Proszę podać najczęściej występujące problemy w trakcie wdrażania/realizacji/kontroli/ oceny zadania/programu:

☐ Wdrażanie

.....
.....
.....

☐ Realizacja

.....
.....
.....

☐ Kontrola

.....
.....
.....

☐ Ocena

.....
.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie Ankiety.

Uwaga! Każdą stronę Ankiety należy opatrzyć pieczęcią nagłówkową Podmiotu w którym została przeprowadzona Ankieta.