

ПРЕДМЕТ

< ЕВАЛУАЦИЈА И ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СЕРВИСА >

Предавање број 1

**< УВОДНА РАЗМАТРАЊА** **>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Недеља | Наставна јединица | Тематске јединице | Резултат – знања или вештине које студент треба да добије |
| 1 | Уводна разматрања | Концепт здравља. Историја планирања здравственог програма. Евалуација као професија. Ко планира и вреднује? Улоге евалуатора. | Упознавање са основним концептима и појмовима и историјски преглед. |

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**

[УВОДНА РАЗМАТРАЊА 1](#_Toc7192479)

[Историја и контекст 1](#_Toc7192480)

[Концепт здравља 1](#_Toc7192481)

[Историја планирања здравственог програма 2](#_Toc7192482)

[Евалуација као професија 5](#_Toc7192483)

[Ко планира и вреднује? 6](#_Toc7192484)

[Улоге евалуатора 7](#_Toc7192485)

Предавање бр. 1

**< КОНТЕКСТ РАЗВОЈА И ЕВАЛУАЦИЈЕ ЗДРАВСТВЕНОГ ПРОГРАМА** **>**

# УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Здравље не представља стање постојања које се може лако постићи кроз изоловане, неинформисане и индивидуалне акције. Здравље појединца, породица и популације је стање у којем су физичко, ментално и социјално благостање интегрисани тако да је могуће оптимално функционисање. Из ове перспективе, постизање и одржавање здравља кроз животни век је сложен, компликован и замршен посао. За неке је здравље присутно без обзира на посебне напоре или намере, док за већину нас, здравље захтева, у најмању руку, одређени ниво пажње и специфичне информације. Пажња се усмерава управо кроз здравствене програме, чиме се обезбеђују информације, али то не гарантује да се пажња и информације примењују кроз радње или понашање које су потребне и довољне за постизање здравља. Према томе, они који пружају здравствене програме, колико год били велики или мали, морају разумети не само процесе којима они којима је потребна пажња и информације могу добити оно што је потребно, већ и процесе учења из њихових искустава у пружању здравственог програма.

Управо су процеси и ефекти планирања и евалуације здравствених програма предмет овог поглавља. Дискусија почиње кратким прегледом историјског контекста, а позадина поставља основу за процену све већег броја публикација на тему планирања и евалуације здравствених програма које су се појавиле последњих година, и за признавање професионализације евалуатора. Употреба термина „процеси“ за описивање активности укључених у планирање и евалуацију здравствених програма има за циљ да означи акцију, циклусе и отвореност. Ово поглавље уводи циклус планирања и евалуације, а интеракције и интеративна природа овог циклуса су наглашене кроз текст. Пошто је здравље индивидуални, агрегатни и популациони феномен, здравствени програми морају бити концептуализовани на тим нивоима. Пирамида јавног здравља, уведена у овом поглављу, користи се у целом тексту као средство за концептуализацију и актуализацију здравствених програма за појединце, агрегате и популације.

## Историја и контекст

Одговарајућа полазна тачка за овај текст је промишљање и разумевање онога шта је „здравље“, уз основно поштовање генезе области планирања и евалуације здравствених програма. Основа у овим елементима је кључна за постизање професионалне оцене.

### Концепт здравља

Од кључног је значаја започети циклус планирања и евалуације здравственог програма тако што ћемо прво размислити о значењу здравља. И експлицитна, и имплицитна значења здравља могу драматично утицати на оно што се сматра здравственим проблемом и наредним правцем програма. Најшире прихваћена дефиниција здравља је она коју излаже Светска здравствена организација (СЗО), која је по први пут дефинисала здравље као више од одсуства болести, али и присуства благостања (СЗO, 1947).

Од објављивања дефиниције СЗО, здравље је почело да се посматра од стране здравствених професија као холистички концепт који обухвата присуство физичких, менталних, развојних, социјалних и финансијских могућности, средстава и равнотеже. Ова идеја не искључује могућност да свака здравствена професија има одређени аспект здравља којем доприноси. На пример, стоматолог доприноси првенствено пацијентовом оралном здрављу, знајући да стање пацијентових зуба и десни има директну везу са његовим физичким и друштвеним здрављем. У складу са наведеним, стоматолог би могао рећи да је здравствени проблем каријес. Термин "здравствени проблем" се користи, а не "болест", "дијагноза" или "патологија", у складу са холистичким погледом да могу постојати проблеми, дефицити и патологије у једној компоненти здравља, док остале компоненте остају. Користећи термин „здравствени проблем“, олакшава се и размишљање и планирање здравствених програма за агрегате појединаца. Заједница, породица и школа могу имати здравствени проблем који је у средишту здравствене интервенције. Степен до којег планери здравствених програма имају заједничку дефиницију здравља и који су дефинисали опсег те дефиниције ће утицати на процену природе здравственог програма.

Здравље је предмет бриге више професија, него само здравствених радника, а такође, за многе Американце, концепт здравља се доживљава као право, заједно са грађанским правима и слободама. Право на здравље је често преведено од стране јавности и политичара у претпостављено да имају право на или приступ здравственој заштити. Овај политички аспект здравља је генеза здравствене политике на локалном, федералном и међународном нивоу. Степен до којег политичка природа здравља лежи у основи здравственог проблема који се тиче и који се програмски адресира, такође, ће утицати на коначну природу дефиниције здравственог програма.

### Историја планирања здравственог програма

Историја планирања здравствених програма има другачији пут развоја од оног у евалуацији програма. Само релативно недавно, у историјском смислу, ови путеви су почели да се преклапају, што је резултирало синергијом. Планирање здравствених програма има старију историју, ако се разматра јавно здравље. *Rosen* (1993) је тврдио да је планирање јавног здравља почело пре око 4000 година са планираним градовима у долини Инда, који су покривали планирање канализације. Посебно након индустријске револуције, планирање здравља становништва је напредовало и сада се сматра кључном карактеристиком дисциплине јавног здравља.

*Blum* (1981) се бавио планирањем напора који се предузимају у име јавног благостања, како би се постигла хотимична или намерна друштвена промена, као и пружање осећаја за смер и алтернативне начине поступања и како би се утицало на друштвене ставове и акције. Остали (*Dever*, 1980; *Rohrer*, 1996; *Turnock*, 2004) имају слично дефинисано планирање као усмерену активност да се створи нешто што се раније није догодило за побољшање других и у сврху испуњавања жељених циљева. Сврха планирања је да осигура да програм има најбољу могућу вероватноћу да буде успешан, дефинисан у смислу да буде делотворан са што мање могућих ресурса. Планирање обухвата низ активности које се предузимају у циљу испуњења ове сврхе.

Суштински пример планирања је развој и коришћење циљева програма Здравих људи (*Healthy People*). Године 1979. програм „Здрави људи” (*U.S. Department of Health, Education, and Welfare [DHEW]*, 1979.) је објављен као резултат потребе за успостављањем програма превенције болести на подручју Сједињених Америчких Држава. Пратећа публикација, Промовисање здравља / Превенција болести (*U.S. Department of Health and Human Services [DHHS]*, 1980), означила је први пут да су циљеви у вези са специфичним подручјима здравља нације експлицитни, с очекивањем да ће ови циљеви бити остварени до 1990. године.

Програми „Здрави људи” постали су оквир за развој државних и локалних програма промоције здравља и превенције болести. Од свог објављивања, циљеви САД-а за национално здравље су ревидирани и објављени као „Здрави људи 2000” (DHHS, 1991), *Healthy Communities* 2000 (Америчка Асоцијација за јавно здравље (*American Public Health Association* [APHA], 1991)), „Здрави људи 2010” (DHHS, 2000), и, недавно, „Здрави људи 2020” (DHHS, 2011). Важно је напоменути да су и друге земље поставиле циљеве здравственог статуса и да међународне организације, као што су Светска здравствена организација (СЗО) и *Pan American Health Organization* (PAHO), развијају здравствене циљеве примењиве у свим земљама.

Еволуција циљева здравственог програма „Здрави људи”, такође, одражава убрзање стопе наглашавања на националној координацији напора за промоцију здравља и превенцију болести и ослањање на систематско планирање како би се постигла та координација. Развој публикације „Здрави људи“ такође одражава претпоставку већине планера да је планирање рационална активност, која може довести до резултата. Међутим, у вези са многим здравственим проблемима, Сједињене Америчке Државе још нису постигле постављене циљеве за 1990; ова чињеница одражава огроман потенцијал да планирање пропадне. Имајући у виду овај потенцијал, нагласак у овом тексту је на техникама које ће помоћи будућим планерима здравствених програма да буду реалнији у постављању циљева и мање зависе од линеарно рационалног приступа планирању.

Циљеве здравственог програма „Здрави људи 1990” су развили академици и клинички стручњаци из области превенције болести и промоције здравља. Насупрот томе, циљеви и здравствени проблеми наведени у програму „Здрави људи 2010” и „Здрави људи 2020” засновани су на идејама генерисаним на јавним форумима и путем коментара на Интернету, али су ове идеје ревидиране од стране експертских група пре њихове коначне публикације. Помак ка већем учешћу јавности у фази планирања здравствених програма је главна промена, која се сада сматра нормом. У складу са нагласком на учешће, улога и укљученост заинтересованих страна су наглашени у свакој фази планирања и циклуса евалуације.

Историја евалуације, из које се развила процена здравствених програма, далеко је краћа од историје планирања, почевши отприлике почетком 1900-их, али једнако је богата важним лекцијама за будуће евалуаторе здравствених програма. Прве оцене су извршене у области образовања, посебно као процена успеха ученика и заинтересованости за евалуацију наставних стратегија (*Patton*, 2008). Процена школског постигнућа ученика је релативно ограничен исход образовне интервенције и из тог разлога, рани евалуатори програма дошли су из дисциплине образовања, а из области образовања и психологије образовања су направљени многи методолошки помаци што је допринело развоју статистике.

*Guba* и *Lincoln* (1987) сумирали су историју евалуација предлажући генерацијске миљее или карактеристике које типизирају различите генерације. Касније, *Swenson* (1991) гради свој концепт генерација признајући да ће се појавити наредне генерације од којих ће свака укључивати знање о раним евалуацијама и проширивати то знање на основу садашњих широких културних и политичких трендова.

*Guba* и *Lincoln* (1987) назвали су прву генерацију евалуација раних 1900-их “техничком генерацијом”, које су за то време, у настајању научног управљања, статистике и истраживачких методологија коришћене за тестирање интервенција. Тренутно, евалуације настављају инкорпорирати рационалност ове генерације користећи активности које су систематичне, научно утемељене, логичне и секвенцијалне. Рационални приступи евалуацијама се фокусирају на идентификацију најпознатије интервенције или стратегије с обзиром на тренутно знање, мерење квантитативних исхода које су искусили учесници програма, те смањење степена ефекта програма.

Друга генерација, која је трајала до шездесетих година, фокусирана је на коришћење циљева као основе за евалуацију, у складу са менаџерским трендом под називом управљање према циљевима, па су сходно томе евалуације друге генерације углавном биле дескриптивне. Увођењем широких иновација и иницирањем федералних програма социјалних услуга, укључујући *Medicare*, *Medicaid* и *Head Start*, у 60-им годинама, фокус евалуација се пребацио на утврђивање заслуга и вредности програма. Због политичких питања која се тичу ових и сличних федералних програма, расла је свест о потреби да се утврди да ли социјалне политике имају икаквог утицаја на људе.

Програме је требало оцењивати према њиховим заслугама и делотворности. Амерички генерални рачуноводствени уред ((*U.S. General Accounting Office (GAO)* ГАО, сада зван Владин уред за одговорност) основан је 1921. године у сврху проучавања коришћења јавних финансија, помагања Конгреса у доношењу одлука у вези са политиком и финансирањем, као и у сврху процене владиних програма. Нагласак друге генерације на процени ефеката квантификације подстакнут је, делом, извештајима ГАО-а који су засновани на проценама федералних програма.

Типично, резултати евалуација нису коришћени у “раним” данима евалуације образовних и социјалних програма. То јест, федерална здравствена политика није била вођена тиме да ли су евалуације показале да су програми успешни. Иако је научна строгост евалуација побољшана, њихова корисност је остала минимална. Међутим, почевши од 1980-их, почела је трећа генерација евалуација - названа “генерација преговарања” или “генерација одговора”. Током ове генерације, евалуатори су почели да признају да нису аутономни и да њихов рад треба да одговори на потребе оних који се оцењују. Као резултат ове свести, појавило се неколико линија. Ове линије у генерацији одговора одражавају тренутну разноликост у типовима, нагласцима и филозофијама које се односе на евалуацију програма.

Једна линија је евалуација усредсређена на коришћење (*Patton*, 2008), у којој је примарна брига евалуатора да развије евалуацију коју ће користити заинтересоване стране. Евалуације усмерене ка коришћењу се граде на следећим принципима (*Patton*, 1987): брига за коришћење евалуације прожима евалуацију од почетка до краја, евалуације су усмерене на интересе и потребе корисника, корисници евалуације морају бити укључени у одлуке које се тичу евалуације, а различите заједнице, организациони, политички, ресурсни и научни фактори утичу на коришћење евалуација. Евалуација усмерена на коришћење разликује се од евалуација које су фокусиране на исходе. (Табела 1-1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Табела 1-1. Поређење евалуација усмерених на исход и евалуација усмерених на коришћење | | |
|  | **Евалуација усмерена на исход** | **Евалуација усмерена на коришћење** |
| Сврха | Да представи сврху програма | Довођење заинтересоване стране да користи закључке евалуације, као и да исте користи за побољшање програма и развој будућих програма |
| Аудијенција | Оснивачи, истраживачи, други спољни чланови | Људи укључени у програм (интерна публика), донатори (оснивачи) |
| Метод | Методе истраживања, спољни евалуатори (обично) | Методе истраживања, партиципаторне |

Друга линија је партиципаторна евалуација (*Whitmore*, 1998), у којој је евалуација само вођена од стране стручњака и заправо је генерисана од стране оних који су инвестирали у здравствени проблем. Приступ учешћа или оснаживања позива широк спектар заинтересованих страна у активност планирања и евалуације, пружајући учесницима вештине и знање, како би значајно допринели активностима и подстакли њихов осећај власништва над производом.

Четврта генерација евалуације, која се појавила средином 1990-их, изгледа да је мета-евалуација: то јест, евалуација евалуација обављених у сличним програмима. Овај тренд у евалуацији програма је у складу са трендом у друштвеним наукама према коришћењу мета-анализе постојећих студија како би боље разумели теоријске односе. Такође, у складу са трендом у свим здравственим професијама, према коришћењу мета-анализе постојећих истраживања за развој праксе засноване на доказима.

Ова нова генерација је постала могућа јер култура евалуације сада прожима здравствене услуге, а огромни скупови података су доступни за употребу у мета-евалуацији. Један од показатеља културе евалуације је мандат од *United Way*, главног финансијера здравствених програма заснованих на заједници, да стипендисти проводе евалуацију исхода. Да би помогли донаторима да испуне овај мандат, *United Way* је објавио приручник (*United Way of America*, 1996) који би могли користити непрофесионалци у развоју основних евалуација програма. Култура евалуације је најочигледнија у експлицитним захтевима федералних агенција које финансирају здравствене програме засноване на заједници, да такви програми укључују евалуације које врше локални евалуатори.

Упркос сложености ове последње фазе евалуације, већина људи има интуитиван осећај за то шта је евалуација. Сврха евалуације може бити мерење ефеката програма у односу на постављене циљеве, како би се допринело накнадном одлучивању о програму (*Weiss*, 1972), такође, алтернативно, евалуација се може дефинисати као “употреба метода друштвених истраживања за систематско истраживање ефикасности програма социјалних интервенција на начин који је прилагођен њиховим политичким и организационим окружењима и осмишљен је тако да информише друштвене активности за побољшање социјалних услова” (*Rossi, Lipsey, & Freeman*, 2004). Други (*Herman, Morris, & Fitz-Gibbon*, 1987) су дефинисали евалуацију као процену колико добро функционишу политике и процедуре или као процену квалитета програма. Обе дефиниције евалуације остају релевантне.

Неодвојив елемент у овим дефиницијама евалуације је елемент оцењивања према неким критеријима. Ово имплицитно разумевање евалуације води оне који су укључени у здравственом програму да се осећају као да ће им се судити или ће се сматрати да не испуњавају те критерије и да ће након тога искусити неки облик реперкусија. Могу се бојати да ће као појединци или као програм бити означени као неуспех, неуспешни или неадекватни. Таква осећања морају бити призната и адресирана у раној фази планирања циклуса. Током циклуса планирања и евалуације, планери програма имају бројне могућности да ангажују и укључе особље програма и заинтересоване стране у процес евалуације и искоришћавање ових могућности дуг је пут у ублажавању брига особља програма и заинтересованих страна о квалитету просуђивања евалуације програма.

## Евалуација као професија

Главни развој у области евалуације је професионализација евалуатора. Америчка асоцијација за евалуацију (АЕА), основана 1986. године, служи за евалуацију првенствено у Сједињеним Америчким Државама. Постоји још неколико удружења, као што је Друштво за евалуацију у Уједињеном Краљевству и Удружење за евалуацију у Аустралији. Оснивање ових професионалних организација, чији су чланови евалуатори, и присуство секција које се односе на здравље у оквиру ових организација, показују постојање стручности и специјализованог знања из области повезаних са евалуацијом здравствених програма.

Како се поље евалуације развијало, тако се повећавао број и разноликост приступа који могу резултовати развојем евалуација. Тренутно је идентификовано 26 различитих приступа евалуацији, који спадају у 3 главне групе (*Stufflebeam & Shinkfield*, 2007). Једна група евалуација је оријентисана на питања и методе, као што су евалуације засноване на циљевима и експерименталне евалуације. Друга група евалуација је орјентисана на побољшања и одговорност и укључује приступ усмерен на потрошаче и акредитацију. Трећа група евалуација је она која има социјални програм или приступ заговарања, као што су одговорне евалуације, демократске процене и евалуација усредсређена на коришћење.

Неколико концепата је заједничко за све врсте евалуација - наиме, плурализам вредности, предлози заинтересованих страна, праведност и поштење заинтересованих страна, заслуга и вредност евалуације, преговарачки процес и исходи, те пуна сарадња. Ови концепти су формализовани у стандарде за евалуације које је успоставила Заједничка комисија за стандарде образовне евалуације из 1975. (*American Evaluation Association*, 2011). Тренутно, ова Заједничка комисија укључује многе организације у своје чланство, као што су Америчка асоцијација за евалуацију и Америчко удружење за истраживање образовања (*American Evaluation Association* и *American Educational Research Association*).

Пет стандарда оцењивања које је успоставила Америчка асоцијација за оцењивање су корисност, изводљивост, исправност, тачност и оцењивање одговорности (Табела 1-2; *American Evaluation Association*, 2011).

|  |  |
| --- | --- |
| Табела 1-2: Стандарди евалуације које је успоставила Заједничка комисија за стандарде за образовну евалуацију | |
| Стандард | **Опис** |
| Корисност | Повећати степен до којег заинтересоване стране програма налазе процесе евалуације и производе који су драгоцени у испуњавању њихових потреба. |
| Изводљивост | Повећати ефективност и ефикасност евалуације. |
| Исправност | Подржати оно што је исправно, праведно, законито, поштено у евалуацијама. |
| Тачност | Повећати поузданост и истинитост евалуације,тј. представе, пропозиције и закључке, посебно оних који подржавају квалитет суда интерпретације. |
| Оцењивање одговорности | Да подстакне адекватну документацију евалуација и мета-евалуациону перспективу, која је фокусирана на побољшање одговорности и продукта процеса евалуације. |
| Извор: Подаци од *American Evaluation Association*, 2011 | |

Стандард корисности наводи да евалуација мора бити корисна онима који су затражили евалуацију. Наведено подразумева да је евалуација корисна када приказује начине побољшавања интервенције, повећавања ефикасности програма или повећања могућности добијања финансијске подршке за програм, док стандард изводљивости означава да идеал не мора бити практичан. Евалуације које су веома сложене или скупе неће бити извршене од стране малих програма са ограниченим могућностима и ресурсима. Власништво је етичка и политички коректна компонента стандарда. Евалуације могу угрозити приватност или бити штетне за учеснике програма или особље програма. Стандард пристојности, такође, чини оцењиваче одговорним за поштовање свих других стандарда. Тачност је неопходна и остварује се кроз елементе који чине научне оквире. Ови успостављени и прихваћени стандарди за евалуацију одражавају тренутне норме и вредности које држе професионални евалуатори и заслужују пажњу у проценама здравствених програма. Постојање и прихватање стандарда заиста је показатељ професионалности евалуатора.

Постизање ових стандарда захтева да они који су укључени у планирање и евалуацију програма имају искуства у барем једном аспекту планирања или евалуације, било да је то искуство са здравственим проблемом; искуство са епидемиолошким, социјалним или бихевиоралним истраживачким методама; или вештине у олакшавању процеса, који укључују различите саставне компоненте, способности и интересе. Планирање и евалуација програма се може обавити на безброј начина, односно, може се рећи да не постоји један “прави пут”. Овај степен слободе и флексибилности могу представљати неугодност за неке људе, па као и код било које вештине или активности, док се искуство не стекне, програмери и евалуатори могу се осећати застрашеним величином задатка или искуством других укључених. Постати професионални евалуатор, према томе, захтева степен спремности да се учи, надограђује и буде флексибилан.

### Ко планира и вреднује?

Многе различите врсте здравствених професионалаца и друштвених научника могу бити укључене у планирање и евалуацију здравствених програма. На почетку програмског планирања и евалуације, нека стрепња се врти око тога ко треба да буде планер и евалуатор. У извесном смислу, практично, свако ко има интерес и спремност да буде активан учесник у процесу планирања или евалуације може бити укључен, укључујући здравствене стручњаке, пословне људе, парапрофесионалце и адвокате или активисте.

Планери и евалуатори могу бити запослени у организацији која ће предузети активности, или могу бити и екстерни консултанти ангажовани да помогну у свим фазама или само у одређеној фази циклуса планирања и евалуације. Наравно,и интерни и екстерни планери и евалуатори имају своје предности и недостатке, па у складу са тим без обзира на то да ли се користи интерни или екстерни евалуатор, професионалне улоге и оданост треба признати и схватити као факторе који могу утицати на доношење одлука.

Унутар организације планери и евалуатори су подложни предрасудама, свесно или не, у корист програма или неког аспекта програма, посебно ако њихово укључивање позитивно утиче на њихов рад. Са позитивне стране, интерни планери и евалуатори имају већу вероватноћу да имају знање о организационим факторима унутар организације, који се могу користити или могу имати позитиван ефекат на спровођење и успех здравственог програма. Интерни евалуатори могу искусити подељене лојалности, као што су између програма и њиховог посла, између особља програма и другог особља, или између предложеног програма или евалуације и њиховог погледа на оно што би било боље.

Извор интерних евалуатора могу бити чланови тимова за побољшање квалитета, посебно ако су имали било какву обуку у домену развоја програма или евалуације, јер се наведени домени односе на побољшање квалитета. Употреба укупног управљања квалитетом (*TQM*), континуирано побољшање квалитета (*CQI*) и друге методологије за побољшање квалитета од стране здравствених организација и агенција за јавно здравство могу бити саставни део постизања програма који добро функционишу. Подстицај за побољшање квалитета здравствене заштите подстакнут је коришћењем стандардних мера учинка, као што је Национални савет за осигурање података и скуп података о ефикасности здравствене заштите (*HEDIS*). Широка употреба *HEDIS*-а није само извор података за планере и евалуаторе здравствених програма, већ, такође, представља друштвену вредност, која се односи на податке и на евалуацију услуга, као представљање адекватне конкуренције.

Екстерни евалуатори могу донети нову перспективу и начин размишљања, који генерише алтернативе које тренутно нису у репертоару агенција за приступ здравственим проблемима и евалуацији програма. У поређењу са интерним евалуаторима, спољни евалуатори су мање склони да буду пристрасни у корист једног приступа - осим ако, наравно, нису изабрани због своје стручности у одређеној области, што би природно у одређеној мери ограничило њихову перспективу. Међутим, спољни планери и евалуатори програма могу да буду скупи консултанти. Неке организације које се специјализују за евалуацију здравствених програма служе као једна категорија екстерног евалуатора. Ове непрофитне истраживачке фирме, као што су *Mathematica* и *the Alpha Center*, добијају уговоре за процену здравствених програмских иницијатива и спровођење националних процена које захтевају софистицирану методологију и значајна средства.

На питање о томе ко врши евалуацију може се одговорити и посматрањем ко финансира евалуацију здравствених програма. Из ове перспективе, организације које врше евалуацију као компоненту свог пословања је одговор на питање ко врши евалуацију. Иако већина агенција за финансирање преферира да финансира здравствене програме, а не самосталне евалуације програма, постоје изузеци. На пример, Агенција за здравствена истраживања и квалитет (*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*) финансира истраживање здравствених услуга о квалитету медицинске неге, што у суштини утиче на евалуацијско истраживање. Друге федералне агенције, као што су Национални заводи за здравство (*National Institutes of Health*) и бирои у оквиру *Department of Health and Human Services*, финансирају евалуацијско истраживање пилот здравствених програма. Међутим, приоритети финансирања ових федералних агенција се мењају у складу са федералном здравственом политиком. Ово је управо подсетник да се финансирање организација и евалуација здравствених програма временом развијају.

### Улоге евалуатора

Од евалуатора се може захтевати да преузму различите улоге, с обзиром да су они професионалци укључени у процес који врло вероватно укључује и друге учеснике. На пример, како евалуација преузима социополитички процес, евалуатори постају посредници и агенти за промене, а ако је евалуација процес учења-подучавања, евалуатори постају и наставници и ученици интересних група. У мери у којој је евалуација процес који ствара нову реалност за заинтересоване стране, програмско особље и учеснике програма, евалуатори су ствараоци реалности. Понекад евалуација може имати непредвидив исход; па у таквим ситуацијама, евалуатори су људски инструменти који процењују што се догађа и анализирају догађаје. У идеалном случају, евалуације су процес сарадње, а евалуатори делују као сарадници са заинтересованим странама, програмским особљем и учесницима програма. Ако евалуација има облик студије случаја, евалуатори могу постати илустратори, историчари и приповедачи.

Ово су само неки од примера како се улоге професионалног евалуатора програма развијају и искрсну из тренутне ситуације. Улога појединца у активностима планирања и евалуације можда неће бити јасна у тренутку када је пројекат покренут. Улоге ће се развијати и напредовати како се одвијају активности планирања и евалуације.