

PROWADZENIE MONITORINGU ZADAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

**Raport za rok 2017
oraz porównanie z rokiem 2016**



**Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia
na lata 2016-2020**

Warszawa, 2018 r.

Praca zbiorowa pod redakcją:

Aleksandra Czerw

Bogdan Wojtyniak

Autorzy:

Ewa Bandurska
Tomasz Bandurski
Weronika Ciećko
Katarzyna Kwiatkowska
Olga Partyka
Monika Pajewska
Bogumiła Szumiąg
Szymon Szumiąg
Agnieszka Wojtecka
Marzena Zarzeczna-Baran



Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24
00-791 Warszawa
telefon centrali: (0-22) 54-21-200, 54-21-400
fax: (0-22) 849-74-84, 849-35-13
email: dyrektor@pzh.gov.pl

Opracowanie raportu wykonane przez NIZP-PZH na podstawie umowy nr 6/7/7/NPZ/FRPH/2018/1094/222 roku na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia pod nazwą Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego, zakresie punktu 3 w ramach Zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych zawartej dnia 24 sierpnia 2018 roku w Warszawie pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia a Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny.

SPIS TREŚCI

Indeks skrótów	7
1. Streszczenie	10
2. Abstract.....	12
3. Wprowadzenie.....	15
4. Materiał i metodologia badawcza raportu	15
5. Wyniki ewaluacji zadań realizowanych w roku 2017 – podmioty centralne	16
5.1.Szczegółowy opis metodyki analizy danych z podmiotów centralnych	16
5.2. Wyniki ewaluacji zadań realizowanych przez podmioty centralne w roku 2017 – dane pierwotne	18
5.2.1. Liczba zadań zrealizowanych przez podmioty centralne w roku 2017.....	19
5.2.2. Cel i numer zadania NPZ	20
5.2.3. Czas trwania zadania	23
5.2.4. Zasięg terytorialny zadania	24
5.2.5. Populacja docelowa zadania	24
5.2.6. Realizator zadania.....	27
5.2.7. Tryb realizacji zadania.....	28
5.2.8. Elementy działań podejmowane w ramach zadania.....	30
5.2.9. Podmiot finansujący zadanie (rodzaj).....	31
5.2.10. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PF	33
5.2.11. Podmiot współfinansujący zadanie (rodzaj).....	36
5.2.12. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PWF	36
5.2.13. Całkowity koszt zadania	39
5.2.14. Podsumowanie analizy danych ilościowych.....	40
5.2.15. Kwota finansowania a nr celu operacyjnego	41
5.2.16. Kwota finansowania w przeliczeniu na 1 osobę w populacji docelowej w celach operacyjnych.....	42
5.3. Analiza porównawcza roku 2017 (dane pierwotne) i roku 2016	43
5.3.1. Całkowita liczba zrealizowanych zadań.....	43
5.3.2. Liczba zrealizowanych zadań w zależności od nr celu operacyjnego NPZ.....	44
5.3.3. Liczba działań w roku 2016 i 2017 w zależności od nr zadania NPZ.....	45
5.3.4. Czas trwania zadania	46
5.3.5. Zasięg terytorialny zadania	47
5.3.6. Populacja docelowa zadania	48
5.3.7. Realizator zadania	51
5.3.8. Tryb realizacji zadania	52
5.3.9. Rodzaj działań podejmowanych w ramach zadań	53

5.3.10. Liczba osób biorących udział w działaniach	54
5.3.11. Podmiot finansujący działanie (rodzaj)	55
5.3.12. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PF	56
5.3.13. Podmiot współfinansujący działanie (rodzaj).....	58
5.3.14. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PWF	59
5.3.15. Całkowity koszt zadania	61
5.3.16. Analiza zbiorcza danych ilościowych	62
5.3.17. Koszt realizacji zadania w zależności od nr celu operacyjnego	63
5.3.18. Koszt realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od nr celu operacyjnego	63
5.3.19. Jakość sprawozdawczości w latach 2016-2017	64
5.4. Wyniki ewaluacji zadań realizowanych przez podm. centr. w roku 2017 – dane zweryfikowane	64
5.4.1. Liczba zadań zrealizowanych przez podmioty centralne w roku 2017	65
5.4.2. Cel i numer zadania NPZ	66
5.4.3. Czas trwania zadania.....	68
5.4.4. Zasięg terytorialny zadania	69
5.4.5. Populacja docelowa zadania.....	70
5.4.6. Realizator zadania.....	72
5.4.7. Tryb realizacji zadania.....	73
5.4.8. Elementy działań podejmowane w ramach zadania.....	74
5.4.9. Podmiot finansujący zadanie (rodzaj).....	74
5.4.10. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PF.....	76
5.4.11. Podmiot współfinansujący zadanie (rodzaj)	78
5.4.12. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PWF	79
5.4.13. Całkowity koszt zadania	81
5.4.14. Podsumowanie analizy danych ilościowych	82
5.4.15. Koszt realizacji zadania w zależności od nr celu operacyjnego	83
5.4.16. Koszt realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od nr celu operacyjnego	84
5.5. Analiza porównawcza roku 2017 (dane zweryfikowane) i roku 2016	86
5.5.1. Całkowita liczba zrealizowanych zadań.....	86
5.5.2. Liczba zrealizowanych zadań w zależności od nr celu operacyjnego	87
5.5.3. Liczba działań zrealizowanych przez podmioty centralne w zależności od nr zadania	88
5.5.4. Czas trwania zadania	89
5.5.5. Zasięg terytorialny zadania	90
5.5.6. Populacja objęta zadaniem	91
5.5.7. Realizator zadania	94
5.5.8. Tryb realizacji zadania	94
5.5.9. Rodzaj działań podejmowanych w ramach zadań	96

5.5.10. Liczba osób biorących udział w działaniach	96
5.5.11. Podmiot finansujący zadanie (rodzaj)	97
5.5.12. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PF	98
5.5.13. Podmiot współfinansujący zadanie (rodzaj).....	100
5.5.14. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PWF	101
5.5.15. Całkowity koszt zadania	102
5.5.16. Analiza zbiorcza danych ilościowych	102
5.5.17. Koszt realizacji zadania w zależności od nr celu operacyjnego	103
5.5.18. Koszt realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od nr celu operacyjnego.....	104
5.5.19. Jakość sprawozdawczości w latach 2016-2017	104
5.6. Analiza porównawcza zadań zrealizowanych w roku 2017 – dane pierwotne i zweryfikowane	105
5.6.1. Analiza porównawcza roku 2017 – dane pierwotne i dane zweryfikowane	105
5.6.2. Całkowita liczba zrealizowanych zadań.....	105
5.6.3. Liczba zrealizowanych zadań w zależności od nr celu operacyjnego	106
5.6.4. Liczba działań zrealizowanych przez podmioty centralne w zależności od nr zadania	107
5.6.5. Czas trwania zadania	108
5.6.6. Zasięg terytorialny zadania	109
5.6.7. Populacja docelowa zadania	110
5.6.8. Realizator zadania	113
5.6.9. Tryb realizacji zadania	114
5.6.10. Rodzaj działań podejmowanych w ramach zadań	115
5.6.11. Liczba osób biorących udział w działaniach	116
5.6.12. Podmiot finansujący zadanie (rodzaj)	117
5.6.13. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PF	118
5.6.14. Podmiot współfinansujący zadanie (rodzaj).....	119
5.6.15. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PWF	120
5.6.16. Całkowity koszt zadania	122
5.6.17. Analiza zbiorcza danych ilościowych	123
5.6.18. Koszt realizacji zadania w zależności od nr celu operacyjnego	124
5.6.19. Koszt realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od nr celu operacyjnego.....	124
5.6.20. Jakość sprawozdawczości – dane pierwotne i dane zweryfikowane	125
5.7. Wyniki ewaluacji zadań realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w roku 2017	125
5.7.1. Liczba zadań zrealizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego	125
5.7.2. Cel operacyjny i numer zadania npz.....	126
5.7.3. Czas trwania zadania	128
5.7.4. Zasięg terytorialny zadania	129
5.7.5. Populacja docelowa zadania	131

5.7.6. Realizator zadania	133
5.7.7. Tryb realizacji zadania	134
5.7.8. Elementy działań podjęte w zadaniu	135
5.7.9. Podmiot finansujący zadanie (rodzaj)	136
5.7.10. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PF	137
5.7.11. Podmiot współfinansujący zadanie (rodzaj).....	138
5.7.12. koszty realizacji zadania	140
5.7.13. Podsumowanie analizy danych ilościowych.....	142
5.8. Analiza porównawcza zadań zrealizowanych przez jst w latach 2016-2017	143
5.8.1. Liczba zadań zrealizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego	143
5.8.1. Cel operacyjny i numer zadania NPZ.....	145
5.8.2. Zasięg terytorialny zadania	147
5.8.3. Populacja docelowa zadania.....	149
5.8.4. Realizator zadania.....	151
5.8.5. Tryb realizacji zadania.....	152
5.8.6. Elementy działań podjęte w zadaniu	153
5.8.7. Podmiot finansujący zadanie (rodzaj).....	154
5.8.8. Kwota finansowania, zakres finansowania i źródła finansowania PF	155
5.8.9. Koszt realizacji zadania	157
5.9. Jakość sprawozdawczości JST	159
5.10. najczęściej pojawiające się i zgłaszane problemy w realizacji zadań	160
5.10.1. Problemy w realizacji zadań – najczęściej występujące.....	160
5.10.2. Problemy w realizacji zadań – najczęściej zgłaszane	161
5.11. Propozycje zmian w realizacji rozporządzenia MZ (dz. U. Poz. 2216).....	168
Ocena możliwości osiągnięcia wskaźników określonych w rozdziale xii narodowego programu zdrowia i ich adekwatności z ewentualnymi rekomendacjami zmian	170
5.12. Narodowy Program Zdrowia.....	170
5.13. Cele NPZ uwzględnione w zadaniach realizowanych w latach 2016 - 2017	171
5.14. Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ	171
5.14.1. Wskaźniki ewaluacji i oceny realizacji NPZ – oczekiwane wartości najistotniejszych wskaźników monitorowania NPZ	171
5.14.2. Wskaźniki monitorowania celu strategicznego nieprzyporządkowane do pojedynczego celu operacyjnego.....	172
5.14.3. Wskaźniki monitorowania poszczególnych celów operacyjnych.....	173
Podsumowanie.....	178
Spis rycin	179
Spis tabel	184

INDEKS SKRÓTÓW

COI	Centrum Onkologii Instytut
COI	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
COSI	Stały Komitet Współpracy Operacyjnej w zakresie Bezpieczeństwa Wewnętrznego
Eurostat	Europejski Urząd Statystyczny
EU–SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions (Statystyki Unii Europejskiej Dotyczące Dochodów I Warunków Życia)
EZOP II	Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej edycja II
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
GUS	Główny Urząd Statystyczny
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (Zdrowotne zachowania dzieci w wieku szkolnym)
IMiD	Instytut Matki i Dziecka
IMiD	Instytut Matki i Dziecka
IMP	Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi
IMP	Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi
IOŚ	Instytut Ochrony Środowiska - Państwowy Instytut Badawczy
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii
IŻŻ	Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła
JST	Jednostki samorządu terytorialnego – województwa, powiaty, gminy
KBPN	Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomani
KGP	Komenda Główna Policji
KRRIT	Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji
Me	Mediana
ME	Ministerstwo Energii

MEN	Ministerstwo Edukacji Narodowej
MEN	Ministerstwo Edukacji Narodowej
MF	Ministerstwo Finansów
MKiDN	Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego
MON	Ministerstwo Obrony Narodowej (w tym zadania realizowane przez Żandarmerię Wojskową)
MRPiPS	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
MS	Ministerstwo Sprawiedliwości
MSiT	Ministerstwo Sportu i Turystyki
MSiT	Ministerstwo Sportu i Turystyki
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (w tym zadania realizowane przez policję i państwową straż pożarną)
MŚ	Ministerstwo Środowiska
MZ	Ministerstwo Zdrowia
MZ	Ministerstwo Zdrowia (w tym zadania realizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS i Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii)
NATPOL	Ogólnopolskie Badanie Rozpowszechnienia Czynn timerzyka Chorób Układu Krążenia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIGRR	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
NIL	Narodowy Instytut Leków
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
NPZ	Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
NPZ	Narodowy Program Zdrowia 2016-2020
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PF	Podmiot finansujący (zadanie z zakresu zdrowia publicznego)
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
PM10	Pył drobny, o średnicy ziaren mniejszej niż 10 µm

POLPAN	Polskie Badanie Panelowe, dawniej: Polski Survey Panelowy
POL-SENIOR	Badanie populacji osób starszych w Polsce
PWF	Podmiot współfinansujący (zadanie z zakresu zdrowia publicznego)
PZP	Prawo Zamówień Publicznych
RIO	Regionalne Izby Obrachunkowe
RPO	Rzecznik Praw Obywatela
SFZP	Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
SW	Służba więzienna
UDPP	Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie
ULC	Urząd Lotnictwa Cywilnego
UOZP	Ustawa o Zdrowiu Publicznym
WOBASZ	Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności
WOTUiW	Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnień i Współuzależnienia

Wprowadzenie. Rok 2017 jest drugim rokiem prowadzenia sprawozdawczości z zakresu realizacji zadań z obszaru zdrowia publicznego - zgodnie z obowiązującymi od 2016 roku przepisami prawnymi. Z dniem 11 września 2015 r. weszła w życie ustawa o zdrowiu publicznym, nakładająca na organy władzy publicznej obowiązek raportowania działań z zakresu zdrowia publicznego do Ministerstwa Zdrowia, które działa jako koordynator realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). Sposób przekazywania informacji o zrealizowanych i podjętych w danym roku działaniach określony został w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz. U. poz. 2216). Dodatkowo, co dwa lata Minister Zdrowia przygotowuje informację na temat zadań z omawianego zakresu i przedstawia ją Radzie Ministrów, która po jej przyjęciu, przekazuje ją do Sejmu RP.

Materiał i metody. Raport obejmuje zestawienie informacji na temat programów zrealizowanych w roku 2017 przez podmioty centralne oraz jednostki samorządu terytorialnego, w tym statystyczne opracowanie przekrojowe oraz porównawcze z rokiem 2016. Dane z podmiotów centralnych analizowano dwukrotnie – przed i po weryfikacji przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia.

Wyniki. Zgodnie z danymi zweryfikowanymi, podmioty centralne zrealizowały w roku 2017 10883 zadania, z czego największa część była zrealizowana przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Najwięcej zadań dotyczyło celu operacyjnego NPZ nr 4, trwało rok, było realizowanych na poziomie powiatu lub kilku powiatów (co może wynikać z faktu, że większość podmiotów realizujących zadania stanowiły stacje sanitarno-epidemiologiczne działające lokalnie) i było skierowanych do grup wyselekcjonowanych ze względu na cechę (wielkość grupy docelowej zamykała się w przedziale 1.000-4.999 osób).

Podmioty centralne najczęściej (94,51%) wskazywały jako podstawne prawną realizowanych zadań przepisy branżowe, np. Ustawę o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z 14.03.1985 r. (t.j. Dz.U. 2017, poz 1261 z późn. zm.). Ich zadania obejmowały różnorodne działania, najczęściej sklasyfikowane jako „inne” (55,33%), ale powszechnie podejmowano także działania promocyjno-edukacyjne (47,60%).

Podmiotem finansującym była najczęściej jednostka publiczna (inna niż JST) (94,28%), korzystająca z budżetu państwa (97,16%). Powszechnym zjawiskiem było wskazywanie kosztów zerowych realizacji zadań. Podmiotem współfinansującym był najczęściej JST (43,53% zadań współfinansowanych), który korzystał ze środków własnych i przekazywał najczęściej 1.000-4.999 zł.

Całkowity koszt zadań zrealizowanych w roku 2017 wyniósł blisko 1,5 mld zł. Najwięcej środków finansowych przeznaczano na zadania w ramach celu operacyjnego nr 5.

Analiza porównawcza z rokiem 2016 wykazała, że liczba zadań zmniejszyła się z prawie 16 tys. do niecałych 11 tys., przy czym niezmiennie najczęściej były to w obu analizowanych okresach zadania realizowane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne, dotyczące celu operacyjnego nr 4, trwające rok, kierowane do grup wyselekcjonowanych. Zmienił się zasięg terytorialny zadań – w roku 2016 były to najczęściej województwa, w roku 2017 powiat lub kilka powiatów. Zwiększyła się natomiast średnia liczba populacji docelowej z ponad 155 tys. osób do blisko 450 tys. osób.

Zmianie uległ też wskazywany przez podmioty tryb realizacji zadań z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w roku 2016 na przepisy branżowe sklasyfikowane jako „inne”. W obu analizowanych okresach podmioty najczęściej podejmowały w

ramach zadań działania określone jako „inne” (37,82% w roku 2016 i 55,33% w roku 2017), a w drugiej kolejności działania typu promocyjno-edukacyjnego.

W obu analizowanych okresach podmiotem finansującym zadanie była najczęściej jednostka publiczna (inna niż JST) – odpowiednio dla roku 2016 i 2017 74,08% i 94,28%.

Zarówno średnia kwota finansowania podmiotu finansującego jak i koszt całkowity zadań zmniejszyły się – z ponad 230 tys. zł do niecałych 85 tys. zł i z ponad 300 tys. zł do niecałych 135 tys. zł. Zmniejszyła się również średnia kwota wydatkowana przez podmiot współfinansujący z 236 tys. zł do 126 tys. zł. W roku 2016 podmiotem współfinansującym był najczęściej podmiot publiczny inny niż JST (38,56%), a w roku 2017 samorząd terytorialny (43,43%). Zmniejszeniu uległ koszt realizacji zadania w przeliczeniu na jedną osobę w populacji docelowej w odniesieniu do wszystkich celów operacyjnych poza celem nr 5.

Zgodnie z przesłanymi sprawozdaniami, jednostki samorządów terytorialnych zrealizowały w 2017 roku ponad 21 tys. zadań, najwięcej w województwie śląskim (n=2.455; 11,61%). Były to najczęściej zadania przypisane do celu operacyjnego nr 2 (n=10.356; 48,98%), trwające od 11 miesięcy do roku (n=4.375; 20,69%), realizowane na terenie miasta (53,93%) i kierowane do młodych osób – tj. łącznie dzieci i młodzieży (n=6.376; 30,16%). Samorzady terytorialne jako podstawę prawną najczęściej wskazywały przepisy prawne skalsyfikowane jako „inne” (n=10393; 49,16%). W zadaniach najczęściej podejmowana działania profilaktyczne (n=12.748), najmniej licznie realizowano działania badawcze (n=8). Podmiotem finansującym zadanie była najczęściej JST (n=17.207; 81,38%), a współfinansującym NGO (n=3.516; 60,18%). Kwoty przeznaczone na realizację zadania mieściły się w przedziale od 0 zł do ponad 268 tys. zł, średnio blisko 140 tys. zł. Najczęstszym źródłem finansowania były środki własne podmiotu finansującego (n=18.564; 87,80%). Całkowite koszty zadań zamykały się w przedziale od 0 zł do blisko 110,5 mln zł. Średni koszt realizacji zadania wynosił blisko 161 tys. zł. Łączna kwota wydatkowana przez jednostki samorządu terytorialnego na działania z zakresu zdrowia publicznego na podstawie sprawozdanych danych może być określona na blisko 3 mld złotych w 2017 r.

Porównując dane otrzymane z JST w roku 2017 z rokiem 2016 można zauważyć, że ogólna liczba zadań realizowanych przez JST zmniejszyła się z ponad 23 tys. w roku 2016 do nieco ponad 21 tys. w roku 2017. Zmianie uległ zasięg terytorialny zadań – w roku 2016 były to najczęściej gminy (n=10.436; 44,82%), a rok później miasta (n=11.403; 53,93%) oraz grupa docelowa działań z grup wyselekcjonowanych w roku 2016 na dzieci i młodzież (n=6.376; 30,16%). Zmianie uległ także najczęściej wskazywany realizator działania. W roku 2017 była to jednostka samorządu terytorialnego (n=6.339; 29,98%), a rok wcześniej szkoła (n=5.517; 23,69%). Istotne zmiany zaszły w zakresie wskazywanego trybu realizacji zadania. W roku 2016, JST najczęściej nie określały tego trybu lub robiły to niepoprawnie (n=7.144; 30,68%), w roku 2017 z kolei najczęściej wskazywano przepisy prawne sklasyfikowane jako „inne” (n=10.393; 49,16%), braki danych zanotowano jedynie w 802 zadaniach, co stanowiło 3,79% ogółu. Kwoty finansowe przeznaczone na realizację zadania zwiększyły się pomiędzy rokiem 2016 i 2017. Średnia kwota przeznaczona na realizację jednego zadania w roku 2016 wynosiła około 107 tys., w roku 2017 więcej, bo około 134 tys. zł. Częściej wskazywano jako źródło finansowania źródło własne (wzrost z 71,17% w roku 2016 do 87,80% w 2017). W większości województw największe średnie koszty realizacji zadania występowały w przypadku celu operacyjnego nr 1. Łączna kwota wydatkowana przez JST również się zwiększyła z 1,53 mld zł w roku 2016 do blisko 3 mld złotych w roku 2017.

Wnioski. Jakość sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego poprawiła się w 2017 roku. Można to stwierdzić na podstawie analizy zmiany liczby odpowiedzi „brak danych” w

poszczególnych parametrach. Największą poprawę zanotowano w przypadku trybu realizacji zadania (z 36,89% do 0,33% dla podmiotów centralnych i z 30,68% do 3,79% dla JST) oraz źródła finansowania podmiotu finansującego (z 32,27% do 0,45% dla podmiotów centralnych i z 26,11% do 3,82% dla JST). Samorządy terytorialne i podmioty centralne realizują dużą liczbę zadań, koncentrując się zwłaszcza na zadaniach dotyczących zagadnień tematycznych spójnych z celem operacyjnym NPZ nr 2 oraz nr 4.

Należy mieć na uwadze, że niniejsza analiza dotyczyła sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w głównie aspekcie ilościowym. W celu dokonania analizy jakościowej należałoby przeprowadzić pogłębione wywiady z wybraną grupą jednostek samorządowych na szczeblu gmin, powiatów i województw, oraz jednostek centralnych. Analiza jakościowa związana jest z oceną merytoryczną prowadzonych działań, dotyczącą między innymi osiągnięcia założonych celów zadań, grupy docelowej, rodzaju interwencji, sposobu implementacji, efektywności kosztowej, oceny efektów programu. Jak wskazano w opracowaniu pt. „Dobre praktyki w realizacji Narodowego Programu Zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego w odniesieniu trybów zlecenia wykonywania zadań z zakresu zdrowia publicznego”, Raport za rok 2017, istnieje pilna potrzeba przeprowadzenia szkoleń zarówno w odniesieniu do stosowanego prawa jak i merytorycznego przygotowania i realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w tym programów polityki zdrowotnej.

2. ABSTRACT

Introduction. The 2017 year is the second year of reporting on the implementation of tasks in the field of public health in accordance with the legal acts in force since 2016. In 2016, the Act on Public Health was introduced, which obliges public authorities to report public health activities to the Minister of Health, who acts as the coordinator of the implementation of the National Health Program (NHP).

The method of providing information on the completed and undertaken activities in a given year was defined in the Regulation of the Minister of Health of December 21st, 2016 on annual information on completed or undertaken public health tasks (Journal of Laws, item 2216). Additionally, every two years, the Minister of Health prepares information on the tasks in the discussed scope and presents it to the Council of Ministers, which upon its adoption passes it to the Sejm of the Republic of Poland.

Material and methods. The report includes a summary of information on programs implemented in 2017 by central entities and local government units, including statistical cross-sectional and comparative studies with 2016. Data from central entities were analyzed twice - before and after verification carried out by the Ministry of Health.

Results. According to verified data, central entities performed 10883 tasks in 2017, the largest of which was carried out by sanitary and epidemiological stations. The largest number of tasks related to the operational objective of the National Health Program No. 4, lasted one year, were implemented at the poviats level or a few poviats (which may result from the fact that the majority of entities performing tasks were sanitary and epidemiological stations operating locally) and were

directed to groups selected due to the feature (the size of the target group was in the range of 1.000-4.999 people).

The central entities most frequently (94.51%) pointed out as the legal basis for the tasks implemented their basic legal acts, e.g. the Act on the State Sanitary Inspection of March 14, 1985 (consolidated text: Journal of Laws 2017, item 1261, as amended). Their tasks included various activities, most often classified as "other" (55.33%), but promotional and educational activities were also undertaken (47.60%).

The financing unit was usually a public entity (other than local government units) (94.28%), using the state budget (97.16%). A common phenomenon was indicating the zero costs of conducting tasks. The co-financing entity was most often local government units (43.53% of co-financed tasks), which used own funds and most often transferred PLN 1.000-4.999.

The total cost of tasks completed in 2017 amounted to nearly PLN 1.5 billion. The largest amount of funds was allocated to tasks under operational objective No. 5.

The comparative analysis with 2016 showed that the number of tasks decreased from almost 16 thousand to approximately 11 thousand of tasks, while the most frequently these were in both analyzed periods tasks performed by State Sanitary Inspection sanitary and epidemiological stations regarding the operational objective No. 4, lasting a year, addressed to selected groups of people. The area of conducting tasks has changed - in 2016 they were mostly voivodships, in 2017 a poviats or several poviats. On the other hand, the average number of target population increased from over 155 thousand people to almost 450 thousand.

The legal basis changed from the Act on healthcare services financed from public funds in 2016 into industry regulations classified as "other" in 2017. In both analyzed periods, entities most often undertook tasks identified as "others" (37.82% in 2016 and 55.33% in 2017), and in the second place, promotional and educational activities. In both analyzed periods, the unit financing the task was usually a public entity (other than LGUs) - respectively for 2016 and 2017 74.08% and 94.28%.

Both the average financing amount of the financing entity and the total cost of the tasks increased - from over PLN 230 thousand to PLN almost PLN 85 thousand and from over PLN 300 thousand to almost PLN 135 thousand. On the other hand, the average amount disbursed by the co-financing entity decreased from PLN 236 thousand to PLN 126 thousand. In 2016, the co-financing unit was usually a public entity other than local government units (38.56%), and in 2017, local government units (43.43%). The cost of completing the task per one person in the target population in relation to all operational goals beyond objective no. 5 decreased.

According to the reports submitted, local government units (LGUs) implemented over 21 thousand tasks in 2017, the largest number in the Śląskie Voivodeship (n=2.455, 11.61%). These were mostly tasks assigned to operational objective No. 2 (n = 10.356, 48.98%), lasting from 11 months to a year (n=4.375, 20.69%), implemented in the area of one city (53.93%) and directed to young people – i.e. children and adolescents (n=6.376, 30.16%). The territorial self-governments most often indicated as legal basis the legal regulations categorized as "other" (n=10.393, 49.16%). The most frequently undertaken actions within the tasks were preventive actions (n=12.748), the research activities were the least numerous (n=8). The entity that financed the task was mostly LGU (n=17.207, 81.38%), and co-financing NGOs (n=3.516, 60.18%). The amounts allocated for the implementation of the task ranged from PLN 0 to over PLN 268 thousand, on average almost PLN 140 thousand. The most frequent source of financing was own funds of the financing entity (n=18564, 87.80%). Total costs of activities were in the range from PLN 0 PLN to almost PLN 110.5 million. The average cost of the task

was almost PLN 161 thousand. The total amount spent by local government units on public health activities based on the reported data can be set at nearly PLN 3 billion in 2017.

Comparing the data with 2016, it can be noticed that the total number of tasks implemented by LGUs decreased from over 23 thousand of tasks in 2016 to just over 21 thousand in 2017. The area of conducting the tasks changed - in 2016 these were most often communes (n=10.436; 44,82%), and a year later cities (n=11.403, 53,93%). The most indicated target group of activities also changed from selected groups in 2016 to children and adolescents (n=6376; 30.16%). Type of unit conducting the task also changed – in 2017, it was a local government unit (n=63.299, 29.98%), and a year earlier the school (n=5.517, 23.69%). Significant changes can be noticed when analysing legal grounds for conducting tasks. In 2016 local units most often didn't specify it or did it incorrectly (n=7.144, 30.68%), in 2017 the most frequently indicated legal regulations classified as other (n=10393; 49.16%), missing data was noted only in 802 tasks, which constituted 3.79% of the total. The financial amounts allocated for the implementation of the task increased between 2016 and 2017. The average amount allocated for the implementation of one task in 2016 was approximately PLN 107 thousand and in 2017 PLN 134 thousand. In the majority of voivodships, the highest average costs of task implementation occurred in the case of operational objective No. 1. The source of financing classified as "own" was mentioned more often in 2017 than in 2016 (an increase from 71.17% in 2016 to 87.80% in 2017). The total amount spent on programs also increased from PLN 1.53 billion in 2016 to nearly PLN 3 billion in 2017.

Conclusion. The quality of reporting on the implementation of public health tasks has improved in 2017. This can be stated on the basis of the analysis of the change in the number of responses "missing data" in individual parameters. The greatest improvement was recorded in the case of legal basis of conducting tasks (from 36.89% to 0.33% for central entities and from 30.68% to 3.79% for local government units) and the financing source of the financing entity (from 32.27% to 0.45 % for central entities and from 26.11% to 3.82% for local government units). LGUs and central entities perform a large number of tasks, focusing in particular on tasks related to thematic issues consistent with the operational objective of NPZ No. 2 and No. 4.

It should be clearly noticed that the presented analysis included results on the implementation of public health tasks in mainly quantitative aspects. In order to perform a qualitative analysis, it would be necessary to conduct in-depth interviews with a selected group of local government units at the level of communes, poviats and voivodships, as well as central units. Qualitative analysis is related to the substantive evaluation of the activities carried out, including, among others, achievement of the objectives, target group, type of intervention, implementation method, cost effectiveness, and evaluation of program effects. As indicated in the document entitled "Good practices in the implementation of the National Health Program by local government units in the modes of commissioning the performance of public health tasks, Report for 2017", there is an urgent need to conduct training both with regard to the applicable law and the substantive preparation and implementation of health tasks including health policy programs.

3. WPROWADZENIE

Obowiązki Ministra Zdrowia w zakresie koordynacji działań z zakresu zdrowia publicznego precyzuje art. 4 ustawy o zdrowiu publicznym (UOZP). Wymienione są w nim obowiązki Ministra, to jest między innymi monitorowanie realizacji zadań, sporządzanie informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego jakie zostały zrealizowane lub podjęte w danym roku wraz z ich ewaluacją.

W dniu 21 grudnia 2016 roku zaczęło obowiązywać rozporządzenie Ministra Zdrowia (Dz.U. 2016 poz. 2216) odnoszące się do raportowania rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych działaniach z zakresu zdrowia publicznego. W rozporządzeniu tym określony został wzór sprawozdania, którym mają obowiązek posługiwać się organy administracji rządowej (w raporcie określone jako podmioty centralne) i samorząd terytorialny (JST), wypełniając obowiązek raportowania wyżej wspomnianych działań. Ma to na celu uporządkowanie sprawozdawczości i ułatwienie realizacji postulatów UOZP.

Zgodnie z obowiązującym prawem, podmioty centralne (z wyłączeniem wojewody) do dnia 30 kwietnia każdego roku przekazują roczną informację o zrealizowanych lub podjętych działaniach do Ministra Zdrowia. JST do dnia 31 marca każdego roku przekazują tożsamą informację do właściwego wojewody. Wojewoda, po weryfikacji nadesłanych informacji pod kątem spełnienia m.in. wymogów określonych w UOZP, przekazuje informację zbiorczą do Ministra Zdrowia. Ma na to czas do 30 września każdego roku.

Przedstawione w niniejszym dokumencie dane stanowią podsumowanie działań podjętych przez podmioty centralne i JST w roku 2017, jak również porównanie parametrów działań podejmowanych w roku 2016 i 2017.

Opracowanie zostało wykonane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny na podstawie umowy 6/7/7/NPZ/FRPH/2018/1094/222.

4. MATERIAŁ I METODOLOGIA BADAWCZA RAPORTU

Materiał badawczy do analiz zawartych w Raporcie stanowiły sprawozdania przedłożone przez JST i podmioty centralne za rok 2017, jak również w zakresie analizy porównawczej, dane z roku 2016.

Analizę zadań za rok 2017 i porównanie z rokiem 2016 wykonano odrębnie dla podmiotów centralnych oraz JST.

Analiza objęła takie parametry jak:

- **Liczba zadań** zrealizowanych przez podmioty centralne w odniesieniu do zakresu zdrowia publicznego;
- Wskazywane **cele i zadania z zakresu NPZ**, których dotyczyły analizowane działania podejmowane przez JST i podmioty centralne;

- **Zakres terytorialny** podejmowanych działań, **czas trwania i populacja** objęta interwencją (liczba i rodzaj);
- Cechy realizatora omówione ze względu na **rodzaj** oraz **tryb realizacji zadania**;
- **Elementy zadania** realizowane w toku działań takie jak promocyjno-edukacyjne, profilaktyczne, szkoleniowe i konferencje, działalność badawcza i inna;
- Parametry finansowe w tym takie jak **podmiot finansujący i współfinansujący** (rodzaj) i przypisane im **kwoty finansowania oraz jego zakres** (w %) oraz **całkowity koszt działania**;

Na podstawie własnych spostrzeżeń oraz uwag nadesłanych przez JST i podmioty centralne w ramach części raportu dotyczącej katalogu dobrych praktyk, podjęto próbę wskazania elementów problematycznych. Uwagi te mogą stanowić wskazówki dla opracowania dalszych udoskonaleń systemu, co w przyszłości może przekładać się na dalszą poprawę jakości sprawozdawczości zadań z zakresu ZP w Polsce.

Na podstawie danych pozyskanych bezpośrednio od JST przygotowano katalog dobrych praktyk dotyczących realizacji zadań z zakresu NPZ przez samorządy w odniesieniu do trybu realizacji ww. zadań przewidzianego w adekwatnych przepisach prawnych tj.

- Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm.) (zwana dalej: PZP),
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817, z późn. zm.) (zwana dalej: UDPP),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) (zwana dalej: SFZP)

5. WYNIKI EWALUACJI ZADAŃ REALIZOWANYCH W ROKU 2017 – PODMIOTY CENTRALNE

Do opracowania wyników odnoszących się do sprawozdawczości podmiotów centralnych za rok 2017 wykorzystano dane nadesłane przez te podmioty. Zasady sprawozdawczości podmiotów centralnych omówiono szczegółowo w części wprowadzającej niniejszego raportu.

5.1. SZCZEGÓŁOWY OPIS METODYKI ANALIZY DANYCH Z PODMIOTÓW CENTRALNYCH

Analiza zadań zrealizowanych przez podmioty centralne w roku 2017 została przeprowadzona w trzech etapach.

Pierwszy etap polegał na dokonaniu analizy danych przesłanych przez podmioty bez dokonywania ich oceny jakościowej czy logicznej. Dane nie były w żaden sposób zmieniane, a jedynie poddane statystycznej analizie opisowej dla roku 2017 oraz porównawczej z rokiem 2016. Dane te w dalszej części Raportu nazywane będą **danymi pierwotnymi**.

Drugi etap oceny stanowiła, podobnie jak w pierwszym etapie, statyczna analiza opisowa i porównawcza z rokiem 2016, jednak dane przesłane przez podmioty centralne zostały najpierw poddane ocenie pod względem spełniania kryteriów opracowanych przez zespół ekspertów z Ministerstwa Zdrowia. Dane te w dalszej części będą nazywane **danymi zweryfikowanymi**.

Katalog kryteriów opracowanych przez MZ uwzględnił 9 parametrów, których spełnienie wymagało dodatkowej weryfikacji u podmiotu raportującego oraz 4 parametry wykluczające, tj. ich spełnienie wiązało się z wykluczeniem danego zadania z analizy, jako że nie stanowił on zadania z zakresu zdrowia publicznego. Poniżej zaprezentowano dokładne dane na temat zastosowanych kryteriów - Tabela 1.

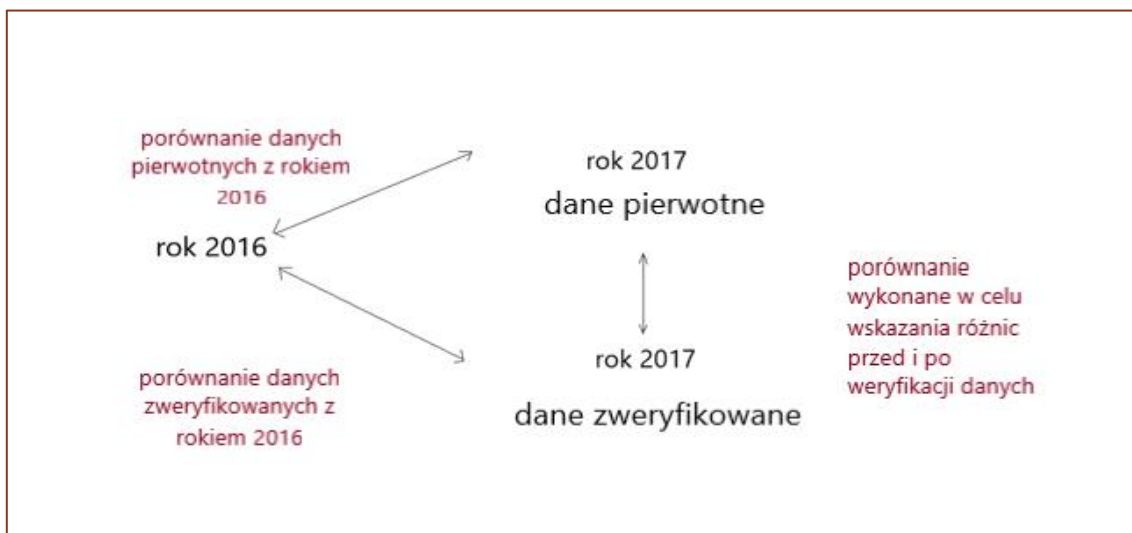
Tabela 1. Kryteria oceny zadań sprawozdanych w roku 2017 przez podmioty centralne - opracowanie MZ

LP	Kryteria weryfikujące prawidłowość sprawozdawanych zadań
KRYTERIA DOTYCZĄCE DODATKOWEJ WERYFIKACJI ZADANIA	
1	Liczba objętych zadaniem nie zgadza się z populacją – liczba osób objętych zadaniem jest mniejsza niż liczba uczestników (niezbędna weryfikacja, czy jest to błąd, czy jest to efekt np. szkolenia kaskadowego)
2	Niewielka liczba populacji objęta zadaniem (>10 <100 osób)
3	Brak dokładnego przypisania zadania nr zadania NPZ (jeśli zadanie wpisuje się w NPZ)
4	Liczba konferencji, spotkań, kontroli (o tej samej tematyce) i drukowanych publikacji równa się liczbie działań. Weryfikacja – 20 konferencji czy kontroli itp. Obejmujących tą samą tematykę stanowi jedno działanie. Jeśli konferencje bądź kontrole itp. dotyczą różnych zagadnień, wówczas każde z osobna należy traktować jako pojedyncze działanie.
5	Nieprawidłowy tryb realizacji zadania lub jego brak
6	Brak dodatkowych informacji dot. zadania – czego dokładnie dotyczyło.
7	Nagminne umieszczanie informacji „nd” – nie dotyczy. W takiej sytuacji zadanie które w nic się nie wpisuje, z założenia nie powinno być sprawozdawane – wymaga weryfikacji.
8	Brak informacji dotyczącej źródła finansowania jak i kwot pieniężnych przeznaczonych na realizację.
9	W przypadku, gdy zadanie obejmuje różne działania (np.: szkoleniowe i badawcze) to weryfikujemy zasadność wybrania danego rodzaju działania.
KRYTERIA ODRZUCAJĄCE ZADANIE	
1	Pojedyncze działanie przedstawione jako zadanie (spotkanie, narada, pogadanka itp.)
2	Zduplikowane zadania (kopie zadania/zadań do usunięcia)
3	Znikoma populacja objęta zadaniem (< 10 osób)
4	Zadania nie wpisujące się w sprawozdawczość (ani ustawa o ZP ani NPZ) (remonty, przebudowy, wyposażanie pomieszczeń, zakup sprzętu, sprząatanie terenów zielonych itp.) Usługi powiązane ze Zdrowiem Publicznym wpisują się i są akceptowane (np. ścieżki rowerowe, infrastruktura do szczepień)
5	Wartość kosztów istotnie przekraczająca możliwości finansowe realizatora programu, np. większa niż sumaryczne wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce.
6	Liczba osób wielokrotnie przewyższająca populację całego kraju (np. kilkaset milionów osób)

Trzeci etap oceny stanowiło porównanie pomiędzy danymi za rok 2017 przed i po weryfikacji dokonanej przez zespół ekspertów na podstawie kryteriów opracowanych przez MZ.

W związku z zastosowaniem procesu weryfikacji, analizę zadań sprawozdanych przez podmioty centralne za rok 2017 przeprowadzono trójtorowo – porównując odrębnie dane pierwotne i po weryfikacji z rokiem 2016 oraz porównując dwa komplety danych za rok 2017 (Rycina 1).

Rycina 1. Schemat analizy zadań zrealizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 zastosowany w raporcie (opracowanie własne)



Jako, że analiza dotyczyła roku 2017 – programy trwające dłużej niż rok, w raporcie ujęte są jako roczne zadania. Pozostały czas realizacji programu zostanie ujęty w raportach w latach kolejnych.

W ujęciu tabelarycznym w raporcie na kolor czerwony zaznaczono wartości maksymalne dla danego parametru.

Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel wersja 2007 oraz pakietu statystycznego. W opisie statystycznym danych ilościowych posłużono się klasycznymi miarami położenia jak średnia arytmetyczna i mediana (Me), oraz odchyleniem standardowym (SD) jako miarami zmienności.

5.2. WYNIKI EWALUACJI ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE W ROKU 2017 – DANE PIERWOTNE

Analizie jakościowej i ilościowej poddano zadania, które zostały sprawozdane przez podmioty centralne za rok 2017. Z oceny nie wyłączono żadnych zadań. W przypadku, gdy dane zadanie było sprawozdane jako zadania cząstkowe, które były realizowane przez różne podmioty, rekordy rozdzielano i traktowano jako osobne działania.

5.2.1. LICZBA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE W ROKU 2017

W sumie, podmioty centralne przesłały **10.853 zadania**, które zrealizowały w roku 2017. Najwięcej zadań sprawozdały jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Sumaryczna liczba zadań wykonanych przez te jednostki wyniosła 10.249, co stanowiło 94,43% ogółu. Drugim w kolejności podmiotem pod względem liczby zadań było MSWiA (n=137; 1,26%) i MZ (n=103; 0,95%). Pozostałe dane poniżej – Tabela 2.

Tabela 2. Zadania z zakresu zdrowia publicznego raportowane przez poszczególne podmioty centralne (liczba i %)

Instytucja raportująca	Liczba	Procent
PIS	10 249	94,43
MSWiA	137	1,26
MZ	103	0,95
NIZP-PZH	91	0,84
NFZ	86	0,79
PARPA	52	0,48
MON	35	0,32
IMP	14	0,13
IMW	11	0,10
IPiN	9	0,08
MEN	9	0,08
NIL	9	0,08
NIGRR	7	0,06
ME	6	0,06
COI	4	0,04
PKP	4	0,04
IMiD	4	0,04
PAN	4	0,04
MF	3	0,03
MSiT	3	0,03
UOKiK	3	0,03
GUS	3	0,03
CIOP	2	0,02
MRiRW	2	0,02
CSIOZ	2	0,02
ULC	1	0,01
SUMA	10 853	100

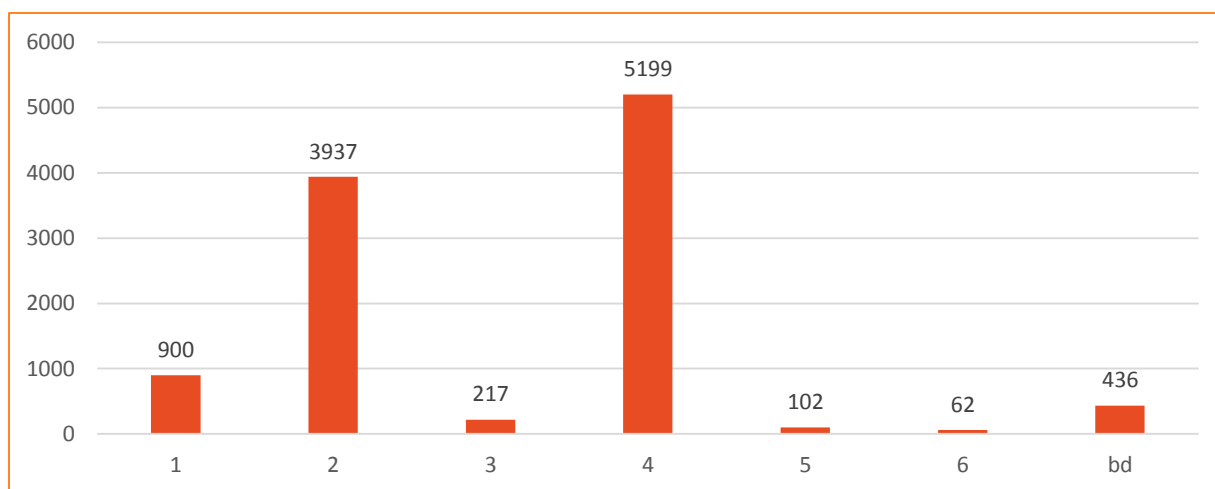
Większość z powyższych zadań było realizowana przez pojedynczą instytucję (n=10390; 95,73%). Pozostałe były współfinansowane i stanowiły odpowiednio (n=463; 4,27%).

5.2.2. CEL I NUMER ZADANIA NPZ

Zadania, które były realizowane przez podmioty centralne najczęściej dotyczyły 4 celu operacyjnego (n=5199; 47,90%), tj. *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu*, a następnie 2 celu operacyjnego (n=3937; 36,28%), tj. *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*. Łącznie zadania te stanowiły blisko 85% ogółu zadań zrealizowanych w roku 2017. Tytuły wszystkich celów operacyjnych i zadań zostały zbiorczo przedstawione w Załączniku 1. Pozostałe dane przedstawiono poniżej - Tabela 3 oraz Rycina 2.

Tabela 3. Liczba zadań realizowanych w odniesieniu do celu operacyjnego NPZ (liczba i %)

NPZ nr celu	Liczba	Procent (%)
1	900	8,29
2	3 937	36,28
3	217	2,00
4	5 199	47,90
5	102	0,94
6	62	0,57
Bd	436	4,02
SUMA	10 853	100,00



Rycina 2. Liczba działań podejmowanych przez podmioty centralne w roku 2017 w zależności od celu operacyjnego NPZ

Podmioty centralne sprawozdały aż 289 różnych typów zadań NPZ, z czego 76 zadań pojawiła się w sprawozdawczości tylko raz.

Najczęściej raportowanym zadaniem było 4.2.1 w ramach 2 celu operacyjnego (n=557; 5,13%), co odpowiada *prowadzeniu działań informacyjno-edukacyjnych* oraz 2.1.5 (n=543; 5,00 %) w ramach tego samego celu NPZ, co odpowiada tytułowi: *Profilaktyka chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, z uwzględnieniem podwyższonego ryzyka związanego z pełnieniem służby przez żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy, w tym przede wszystkim wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, zakażeń i chorób przenoszonych drogą płciową (HIV, kiła, rzeżączka, chlamydia, HPV), inwazyjnych zakażeń bakteryjnych (np. Sepsa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie płuc z bakteriami), gruźlicy oraz wybranych zagrożeń pasożytniczych.*

Ogólnie, najczęściej pojawiającą się informacją w tym zakresie był brak danych (727; 6,7%). Często pojawiającą się w tym zakresie odpowiedzią było n/d, pomimo wskazówek dotyczących tego aspektu, jakie są zawarte w instrukcji. Tytuły celów operacyjnych i zadań zostały zbiorczo przedstawione w Załączniku 1.

Poniżej przedstawiono zbiorcze dane na temat wskazywanych zadań NPZ – z uwagi na duże zróżnicowanie odpowiedzi przedstawiono tylko te, w których liczba rekordów wynosiła przynajmniej 50.

Tabela 4. Działania podejmowane przez podmioty centralne w relacji do numeru zadania NPZ - zestawienie numery zadań, które zostały sprawozdane przynajmniej 50 razy (liczba i %)

NPZ nr zadania	Liczba	Procent
bd	727	6,70
4.2.1	557	5,13
2.1.5	543	5,00
1.1.4	481	4,43
1.2.5	419	3,86
1.2.1	407	3,75

4.2.2	398	3,67
1.1.6	397	3,66
2.1.1.1.b	393	3,62
4.2.3	361	3,33
2.1.11	246	2,27
1.1.2	241	2,22
1.1.3	230	2,12
4.1.2	224	2,06
1	170	1,57
2	167	1,54
1.1.1	150	1,38
2.1.8	147	1,35
2.1.10	142	1,31
2.4.2.1	138	1,27
4.1.2.5	136	1,25
1.1	130	1,20
4.2.1.5	112	1,03
2.3.1.1	107	0,99
2.1.2.4	106	0,98
1.1.2.1	106	0,98
4	100	0,92
2.1.2.3.c	94	0,87
2.1.7	90	0,83
4.1.1.6	89	0,82
1.3	84	0,77
2.2.1.1.1.b	84	0,77
4.2.1.11	81	0,75
3.1.i	78	0,72
2.4.2.3	78	0,72
2.1.1.1.a	75	0,69
2.1.1.3	73	0,67
2.1.9	71	0,65
2.5.14	71	0,65
1.1.5	67	0,62
4.1.1.2	66	0,61
4.1.1.3	65	0,60
2.1	61	0,56
4.2	61	0,56
3.1.e	60	0,55
4.1.1.4	60	0,55

1.2.7	59	0,54
1.2.6	55	0,51
4.1	53	0,49
2.4.1.2	51	0,47
4.3.1.i	50	0,46

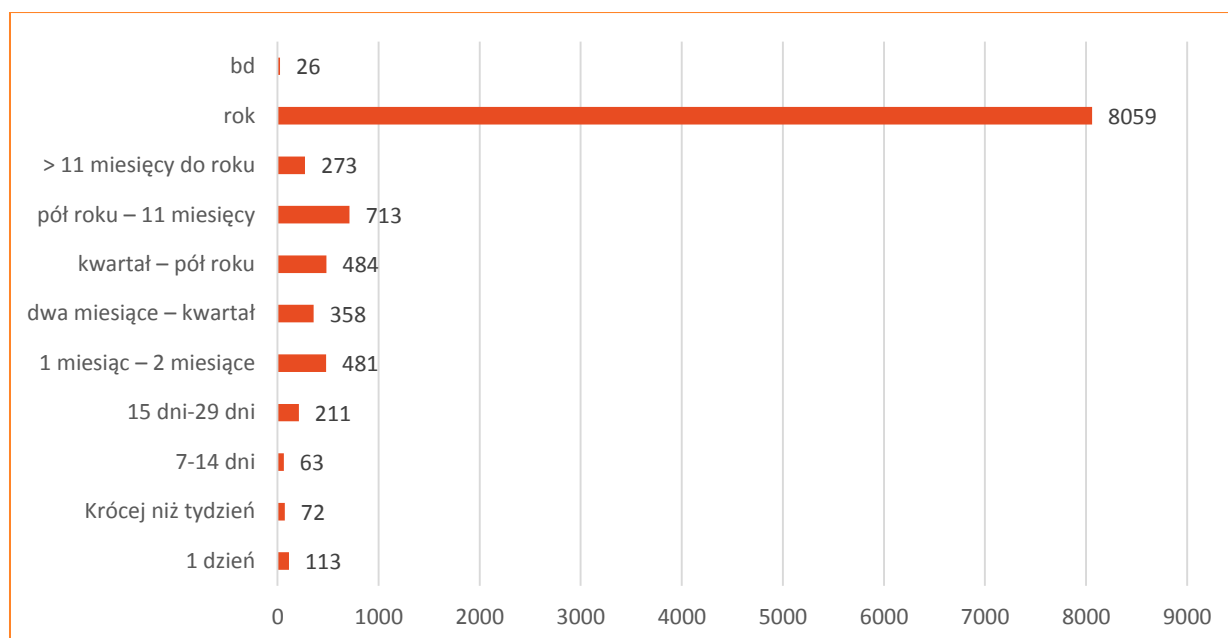
5.2.3. CZAS TRWANIA ZADANIA

W analizie czasu trwania działań jako podstawową jednostkę obliczeniową wykorzystano liczbę dni. Dodatkowo, analizę wykonano w przedziałach czasowych.

Średni czas trwania zadania wyniósł 311 dni (Me=364). Pozostałe miary rozkładu zaprezentowano zbiorczo - Tabela 19.

Najczęściej zadania podejmowane przez podmioty centralne trwały rok (n=8059; 74,26%), a następnie od pół roku do 11 miesięcy (n=7136; 57%) , a więc były to zadania długotrwałe - Rycina 3.

W 26 zadaniach podmiot centralny nie określił czasu trwania zadania, co stanowiło 0,24% ogółu zadań zrealizowanych w roku 2017.



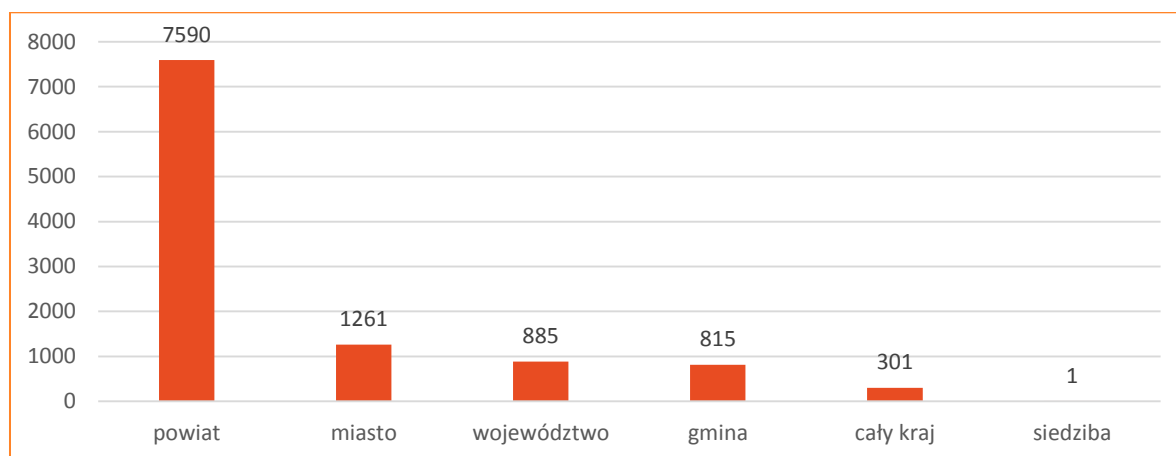
Rycina 3. Czas trwania działań podejmowanych przez podmioty centralne w przedziałach

5.2.4. ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Zadania podejmowane przez podmioty centralne najczęściej były realizowane lokalnie - w zakresie jednego lub kilku powiatów (n=7590; 69,93%), co może być wywołane faktem, że najczęściej występującym podmiotem realizującym były stacje sanitarno-epidemiologiczne działające lokalnie. Podmioty centralne określiły zasięg terytorialny w 100% realizowanych zadań. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 5 oraz Rycina 4.

Tabela 5. Zasięg terytorialny zadań realizowanych przez podmioty centralne (liczba i %)

Zasięg	Liczba	Procent
Powiat	7 590	69,93
Miasto	1 261	11,62
Województwo	885	8,15
Gmina	815	7,51
Cały kraj	301	2,77
Siedziba	1	0,01
SUMA	10 853	100



Rycina 4. Zasięg terytorialny działań podejmowanych przez podmioty centralne

5.2.5. POPULACJA DOCELOWA ZADANIA

Grupa docelowa, w pierwszej kolejności, została poddana analizie jakościowej, tj. ze względu na rodzaj. W tym celu populacja została podzielona na 10 grup, tj.:

1. **Grupy wyselekcjonowane** – to osoby, które włączono do działania przez wzgląd na specyficzną cechę, np. wykonywany zawód (nauczyciele, psycholodzy), zachowanie (np.

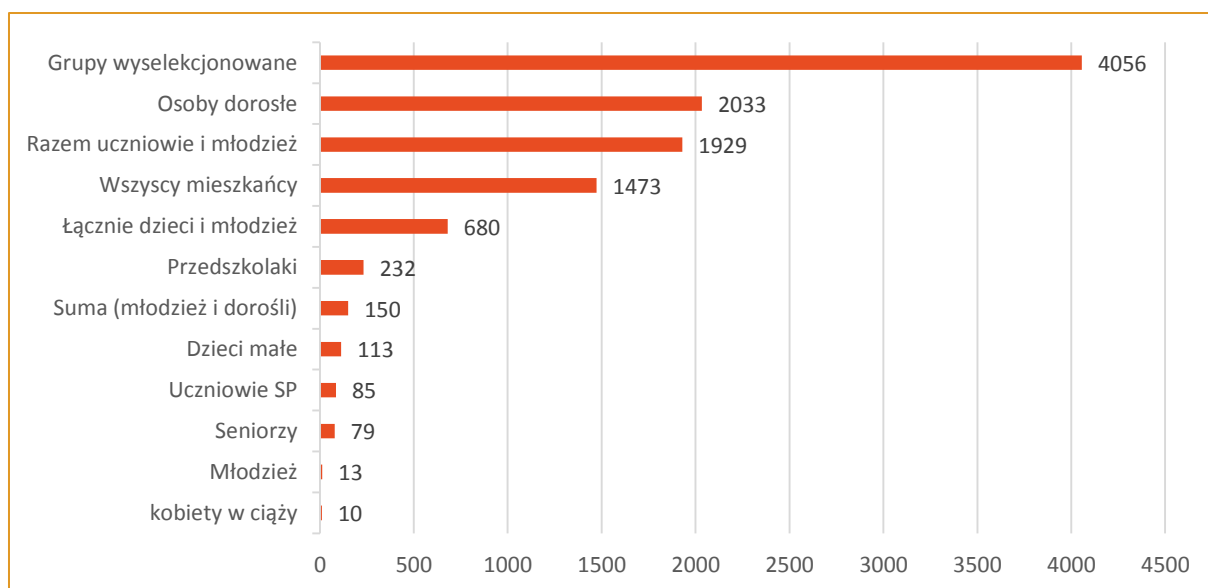
nadużywanie alkoholu, stosowanie substancji psychoaktywnych) bądź sytuację (np. przebywanie na koloniach/obozach, korzystanie ze stołówki szkolnej);

2. **Seniorzy** – osoby w wieku 65+ lub określone przez realizatora jako osoby starsze;
3. **Łącznie dzieci i młodzież** – przede wszystkim osoby w wieku 0-18 lub podobnym;
4. **Uczniowie SP** – uczniowie szkół podstawowych oraz gimnazjalnych (różnice w raportowaniu wynikają ze zmiany systemu szkolnictwa);
5. **Razem uczniowie i młodzież** – uczniowie szkół wszystkich poziomów;
6. **Młodzież** – uczniowie szkół ponadgimnazjalnych i studenci;
7. **Suma (młodzież i dorośli)** – młodzież (10 r.ż. i więcej) oraz osoby dorosłe;
8. **Przedszkolaki** – dzieci w wieku 3-6 lat;
9. **Dzieci małe** – dzieci do 3 r.ż.
10. **Kobiety w ciąży**

Odbiorcami zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanymi przez podmioty centralne były najczęściej osoby, które można zaliczyć do grupy osób wyselekcjonowanych (n= 4554; 41,96%), a więc osoby, które brały udział w działaniach przez wzgląd na ściśle określoną cechę, np. bycie nauczycielem, rodzicem, policjantem czy bycie osobą nadużywającą alkoholu. Następnie byli to uczniowie i młodzież ujęci wspólnie (n=2533; 23,34%). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 5 oraz Tabela 6.

Tabela 6. Rodzaj grupy docelowej w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne (liczba i %)

Grupa docelowa (rodzaj)	Liczba	Procent
Grupy wyselekcjonowane	4 056	37,37
Osoby dorosłe	2 033	18,73
Razem uczniowie i młodzież	1 929	17,77
Wszyscy mieszkańcy	1 473	13,57
Łącznie dzieci i młodzież	680	6,27
Przedszkolaki	232	2,14
Suma (młodzież i dorośli)	150	1,38
Dzieci małe	113	1,04
Uczniowie SP	85	0,78
Seniorzy	79	0,73
Młodzież	13	0,12
Kobiety w ciąży	10	0,09
SUMA	10 853	100



Rycina 5. Liczba osób będąca odbiorcami działań z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne ze względu na rodzaj

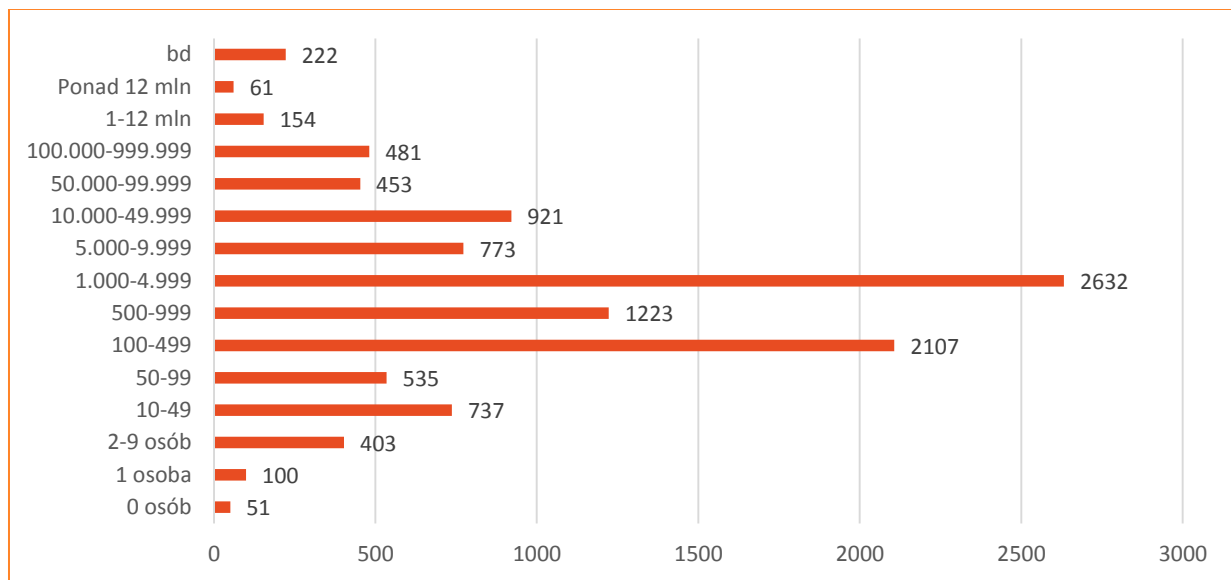
Drugi etap analizy stanowiła ocena ilościowa populacji docelowej. W tym celu określono wielkość populacji w poszczególnych działaniach podejmowanych przez podmioty centralne. Liczba osób, które brały udział w zadaniach była zróżnicowana (0-38.434.000). Obie wartości należy uznać za zastanawiające – zarówno zadania skierowane do całego społeczeństwa polskiego jak i takie, które nie są kierowane do nikogo są w praktyce mało prawdopodobne. Średnia liczba osób biorących udział w działaniach realizowanych przez podmioty centralne w rok 2017 wynosiła blisko 277 tysięcy osób (Me=1.018). Pozostałe miary rozkładu zaprezentowano zbiorczo - Tabela 19.

Dane na temat liczebności populacji docelowej poddano także analizie w przedziałach. Okazało się, że najczęściej zadania były skierowane do grup o liczebności 1.000-4.999 osób (n=2.632; 24,25%) oraz 100-499 osób (n=2.107; 19,41%). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 7 oraz Rycina 6.

Tabela 7. Liczba osób w populacji docelowej w przedziałach (liczba i %)

Liczebność grupy docelowej	Liczba	Procent
0 osób	51	0,47
1 osoba	100	0,92
2-9 osób	403	3,71
10-49	737	6,79
50-99	535	4,93
100-499	2 107	19,41
500-999	1 223	11,27
1.000-4.999	2 632	24,25
5.000-9.999	773	7,12
10.000-49.999	921	8,49
50.000-99.999	453	4,17

100.000-999.999	481	4,43
1-12 mln	154	1,42
Ponad 12 mln	61	0,56
bd	222	2,05
SUMA	10 853	100



Rycina 6. Liczba osób biorących udział w działaniach z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne w przedziałach

5.2.6. REALIZATOR ZADANIA

W celu określenia rodzaju podmiotu realizującego zadanie z zakresu zdrowia publicznego zastosowano podział na następujące grupy:

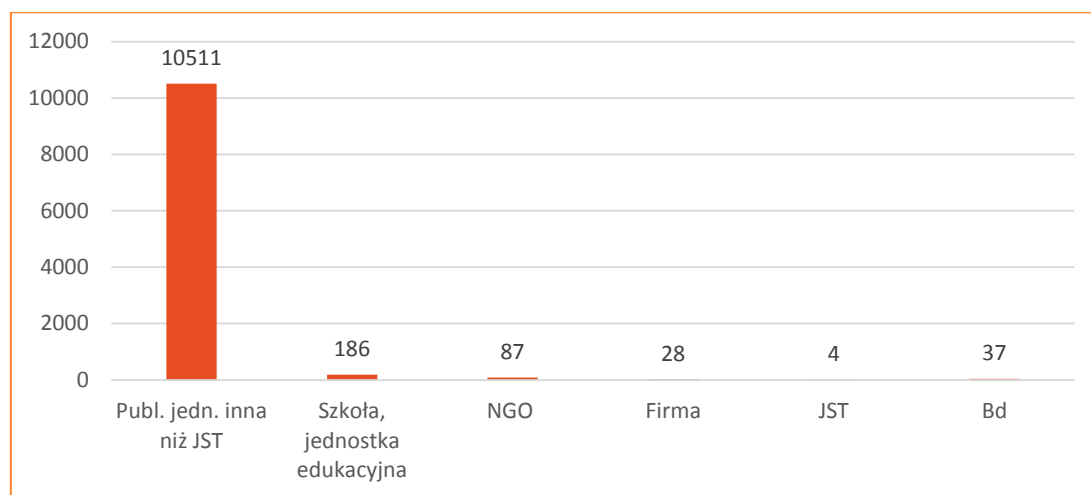
- **JST** – jednostka samorządu terytorialnego, np. urząd gminy, starostwo powiatowe;
- **Publiczna jednostka inna niż JST** – jednostka publiczna inna niż samorządowa, np. NFZ, PARPA, stacja sanitarno-epidemiologiczna (wyłoniła ze względu na sporadycznie (błędne) wskazywanie w sprawozdawczości JST jako realizatorów zadań);
- **NGO** – (ang. *non-governmental organizations*) organizacje pozarządowe, w tym organizacje kościelne;
- **Firma** – jednostki prywatne, w tym NZOZy;
- **Szkoła, jednostka edukacyjna** – szkoły, uniwersytety, jednostki o profilu szkoleniowym i edukacyjnym.

Najczęściej, realizatorem działania zadań z zakresu ZP wśród podmiotów centralnych były jednostki publiczne inne niż samorząd terytorialny (n=10511; 96,85%) oraz w następnej kolejności szkoły i jednostki edukacyjne (n=186; 1,71%). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 8 oraz

Rycina 7. W przypadku 37 zadań podmiot centralny nie określił w sposób konkretny realizatora działań.

Tabela 8. Rodzaj podmiotu centralnego realizującego działanie z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)

Realizator zadania (rodzaj)	Liczba	Procent
Publ. jedn. inna niż JST	10 511	96,85
Szkoła, jednostka edukacyjna	186	1,71
NGO	87	0,80
Firma	28	0,26
JST	4	0,04
Bd	37	0,34
SUMA	10 853	100,00



Rycina 7. Podmiot centralny realizujący zadanie z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj

5.2.7. TRYB REALIZACJI ZADANIA

W tej sekcji podmiot centralny miał za zadanie określić na podstawie jakich przepisów prawnych wykonał czynności w ramach omawianego działania. W celu opisu aktów prawnych wskazanych przez podmioty zastosowano następujące skróty oraz grupy:

- **SFZP** - ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.);
- **PZP** – ustawa prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm.);
- **UOZP** – ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916, z późn. zm.);
- **UDPP** – ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie; (Dz.U. z 2003 Nr 96 poz. 873, z późn. zm.);
- **DL** – ustawa o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654, z późn. zm.);

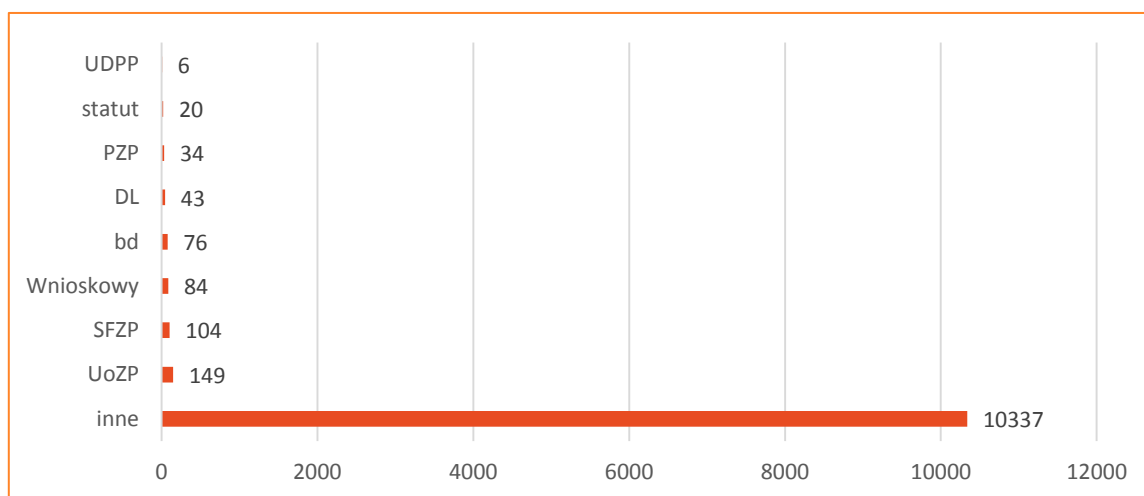
- **Tryb wnioskowy** – realizowane w trybie wnioskowym
- **Statut** – realizowane zadania własne/statutowe;
- **Inne** – pozostałe przepisy prawne, głównie o charakterze branżowym – np. ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawa o systemie oświaty, ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi i inne.

Większość (n=10337; 95,25%) podmiotów wskazywało w zakresie tego parametru tryb realizacji zadania, który wpisuje się w grupę „inne”. Były to przede wszystkim branżowe akty prawne wykorzystywane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne, policję lub straż pożarną. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 9 oraz

Rycina 8.

Tabela 9. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne (liczba i %)

Tryb realizacji zadania	Liczba	Procent
Inne	10 337	95,25
UOZP	149	1,37
SFZP	104	0,96
Wnioskowy	84	0,77
Bd	76	0,70
DL	43	0,40
PZP	34	0,31
Statut	20	0,18
UDPP	6	0,06
SUMA	10 853	100



Rycina 8. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne

W 76 przypadkach podmioty centralne nie określiły podstawy prawnej lub zrobiły to nieprawidłowo, wskazując np. formę realizacji zadania (tj. czynności wykonywane w ramach zadania, np. dokonanie kontroli czy spędzanie czasu z podopiecznymi programu). Zadania te określono jako „bd”.

5.2.8. ELEMENTY DZIAŁAŃ PODEJMOWANE W RAMACH ZADANIA

Wśród elementów działań, jakie podmioty centralne miały do wyboru w celu opisanie zrealizowania zadania były:

- Działania promocyjno-edukacyjne;
- Działania profilaktyczne;
- Działania szkoleniowe i konferencje;
- Działalność badawcza;
- Inne.

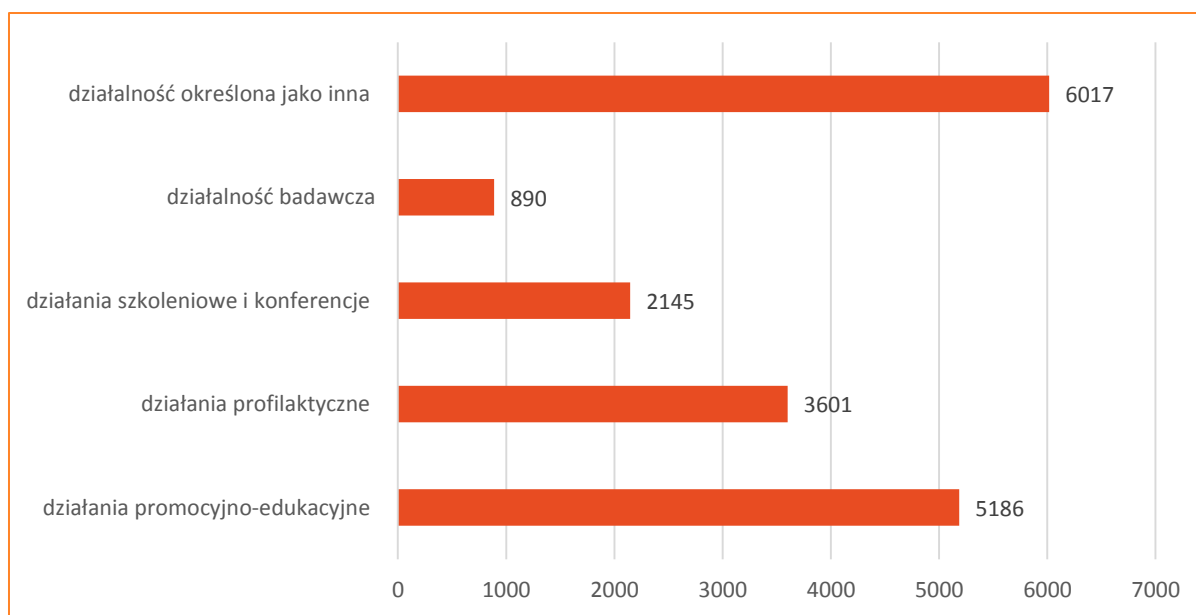
W ramach jednego zadania możliwe, ale nie obowiązkowe było podjęcie więcej niż jednego rodzaju działania. W takim wypadku podmiot centralny powinien określić liczbę zadań, a w przypadku części działań także liczbę osób poddanych określonemu działaniu.

Podmioty centralne podjęły działania w następującym zakresie:

- Działania promocyjno-edukacyjne - w 47,78% działań (n=5186);
- Działania profilaktyczne - w 33,18% działań (n=3601);
- Działania szkoleniowe i konferencje - w 19,76% działań (n=2145);
- Działalność badawczą - w 8,20% działań (n=890);
- Działalność określoną jako inną - w 55,44% (n=6017).

Podmioty centralne najczęściej decydowały się na prowadzenie działalności określonej jako „inna” (n=6017; 55,44%). Były to takie działania jak: kontrole realizacji projektu, kontrole sanitarne obiektów, wizytacje, badania ankietowe czy zbieranie danych i przygotowywanie na ich podstawie sprawozdań. Drugim w kolejności rodzajem działania pod względem częstości wdrażania były działania promocyjno-edukacyjne (n=5186; 47,78%). Były to takie działania jak np. publikowanie informacji (zarówno w formie tradycyjnej jak i internetowej), prowadzenie akcji zdrowotnych, dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej -

Rycina 9.



Rycina 9. Liczba działań podjętych w ramach zadań realizowanych przez podmioty centralne

W grupie działań określonych jako „inne” określono, w sposób szacunkowy, liczbę działań mających charakter kontroli sanitarnych obiektów, pobierania próbek, wydawanie decyzji administracyjnych. Ich liczba została określona na około 2.170 rekordów. Uwzględniając jedynie zadania, w których podmiot sprawozdający nie wskazał żadnego działania poza określonym jako „inne” liczba działań o tytułach wskazujących na prowadzenie działań kontrolnych stacji wyniosła blisko 1.900 działań.

Dane na temat liczby osób biorących udział w poszczególnych rodzajach działań jak również o liczbie samych działań są przedstawiono zbiorczo - Tabela 19.

5.2.9. PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Dane dotyczące zagadnień finansowych (kwota finansowania i zakres wyrażony procentowo) zostały poddane analizie oddzielnie dla podmiotu finansującego oraz współfinansującego. Oba podmioty zostały również opisane ze względu na rodzaj poprzez przypisanie do określonych grup.

Co ważne, w większości zadań sprawozdanych przez podmioty centralne w rubryce wartość finansowania i koszt całkowity pojawiała się wartość zera. Ma to istotny wpływ na wartość wyników statystyk opisowych. Ani czas, ani nakład pracy pracowników danej instytucji nie był wyceniany przez podmioty centralne, co może niesłusznie sugerować, że zadania nie były związane z żadnymi kosztami. W rzeczywistości nie wykonano takich obliczeń – może to wynikać z braku jednolitej metodyki szacowania kosztu pracy lub innych kosztów własnych, stąd nie jest możliwe uwzględnienie takich informacji w niniejszej analizie.

Podmiotem finansującym (PF) zadanie była najczęściej instytucja publiczna inna niż JST (n=10341; 95,28%). W grupie tej najczęściej pojawiającym się realizatorem były stacje sanitarno-epidemiologiczne. Następnym pod względem częstości podmiotem finansującym były ministerstwa

(n=171; 1,58%). W 67 zadaniach (co stanowiło 0,62%) podmioty centralne nie wskazały podmiotu finansującego. Podmioty centralne wskazywały także takie podmioty jak szkoły, NGO czy JST. Może to wynikać z błędnego wskazywania realizatora zadania jako podmiotu finansującego (np. oferującego zasoby ludzkie) oraz z faktu, że w wielu wypadkach podmioty sprawozdawały zerowe koszty realizacji zadań i PF został wskazany jako podmiot udostępniający zasoby inne niż finansowe. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 10 oraz Rycina 10.

Tabela 10. Podmiot finansujący zadania z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj

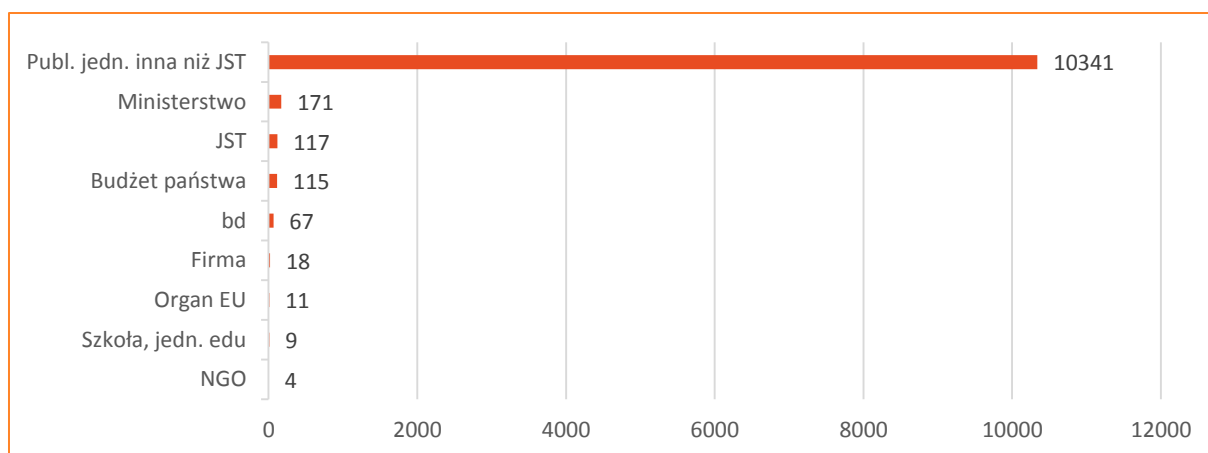
Podmiot finansujący zadanie PF (rodzaj)	Liczba	Procent
Publiczna jednostka inna niż JST	10 341	95,28
Ministerstwo	171	1,58
JST	117	1,08
Budżet państwa	115	1,06
Bd	67	0,62
Firma	18	0,17
Organ EU	11	0,10
Szkoła, jedn. edukacyjne	9	0,08
NGO	4	0,04
SUMA	10 853	100

Przykładowo, cztery zadania, w których jako PF zostały wskazane NGO dotyczyły:

- Profilaktyki wad postawy „Lekki tornister”;
- Prowadzenia szkoleń personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych;
- Koordynowania Ogólnopolskiego programu profilaktyki nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży pt. „Trzymaj formę!”
- Realizacji działań dotyczących konkursu "Mały ekspert ds. Lekkiego Tornistra"

Należy zwrócić uwagę, że koszty wskazane przez podmiot sprawozdający w tym wypadku wynosiły 0 zł i określenie powyższych podmiotów jako PF oznaczało zaangażowanie zasobów pozafinansowych, np. wolontariuszy.

Były to zadania sprawozdane w trzech przypadkach przez PIS, a w jednym przez COI.



Rycina 10. Liczba podmiotów finansujących zadania z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj

5.2.10. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PF

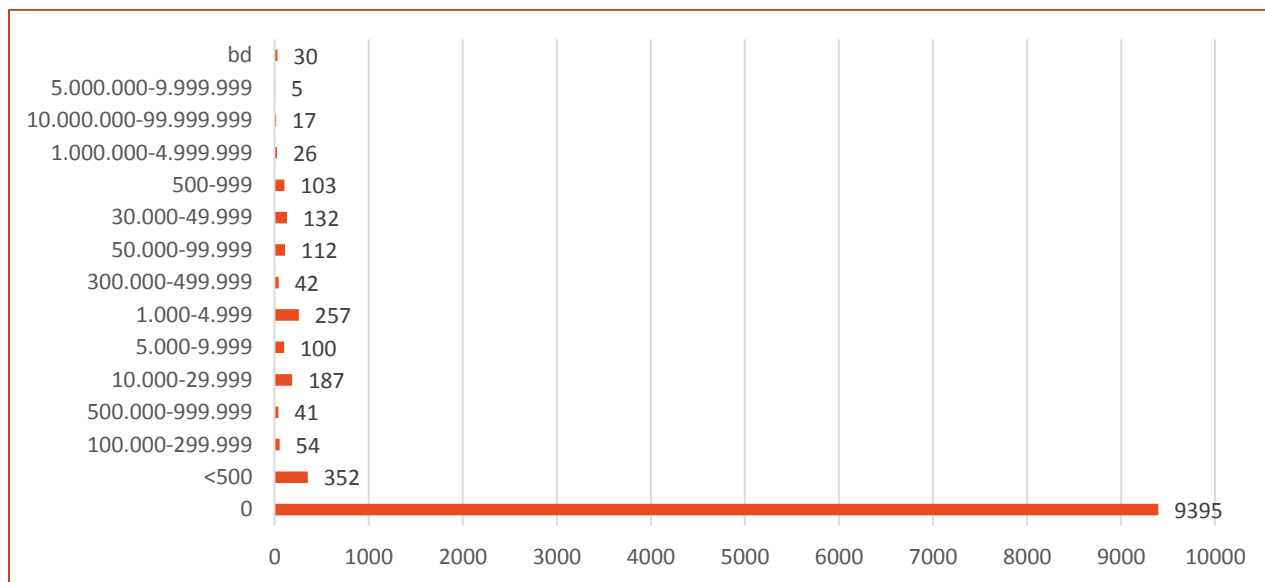
Kwoty, jakie podmioty finansujące przeznaczyły na finansowanie działań z zakresu zdrowia publicznego wynosiły średnio blisko 52,5 tys. zł (Me=0) i zamykały się w przedziale od 0 zł do ponad 45 mln zł. Udział procentowy wynosił średnio 98,41% i zawierał się w przedziale od 0 do 100%. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli zbiorczej z danymi ilościowymi - Tabela 19.

Analiza kwoty finansowania PF w przedziałach wykazała, że najczęściej wskazywano zerowe koszty realizacji działania – tak było aż w 86,57% działań (n=9.395), kolejno < 500 zł (n=352; 3,24%). Pozostałe dane przedstawiono poniżej - Tabela 11 oraz Rycina 11.

Tabela 11. Kwota finansowania przez podmiot finansujący (PF) w przedziałach (liczba i %)

Kwota finansowania - PF	Liczba	Procent
0	9 395	86,57
<500	352	3,24
100.000-299.999	54	0,50
500.000-999.999	41	0,38
10.000-29.999	187	1,72
5.000-9.999	100	0,92
1.000-4.999	257	2,37
300.000-499.999	42	0,39
50.000-99.999	112	1,03
30.000-49.999	132	1,22
500-999	103	0,95
1.000.000-4.999.999	26	0,24
10.000.000-99.999.999	17	0,16

5.000.000-9.999.999	5	0,05
bd	30	0,27
SUMA	10 853	100

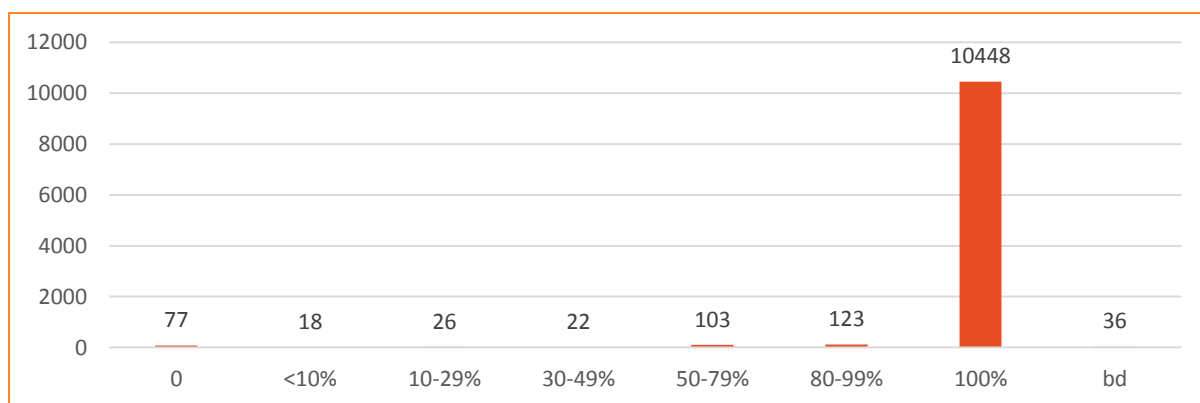


Rycina 11. Kwota finansowania działań przez podmiot finansujący w przedziałach

Zakres finansowania poniesiony przez PF najczęściej wynosił 100% - taka wartość została sprawozdana w przypadku 96,27% zadań (n=10448). Oznacza to, że najczęściej koszt 0 zł finansowania PF stanowił jednocześnie 100% kosztów realizacji zadania. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 12 oraz Rycina 12.

Tabela 12. Zakres finansowania zadań przez PF w przedziałach (liczba i %)

Zakres finansowania (w%) - PF	Liczba	Procent
0	77	0,71
<10%	18	0,17
10-29%	26	0,24
30-49%	22	0,20
50-79%	103	0,95
80-99%	123	1,13
100%	10 448	96,27
bd	36	0,33
SUMA	10 853	100



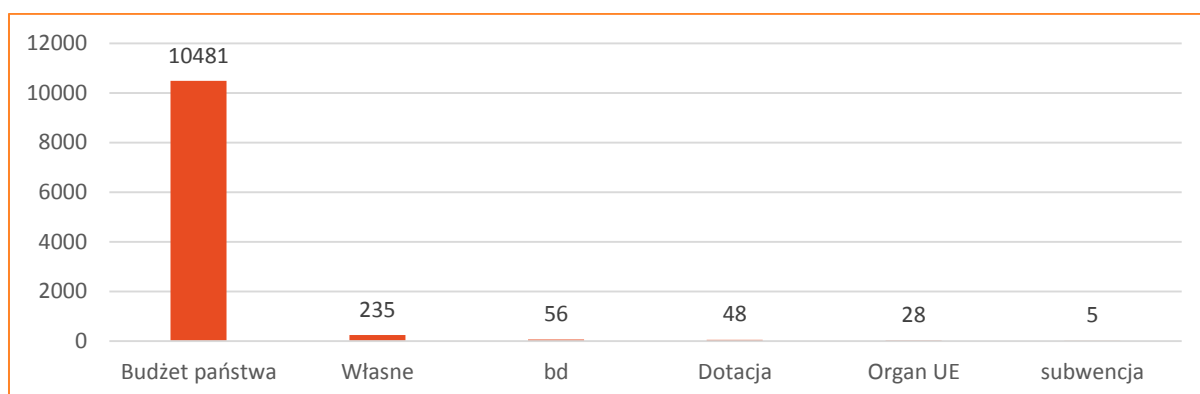
Rycina 12. Zakres finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego przez PF - ujęcie przedziałowe (w%)

Źródłem finansowania, które było najczęściej wskazywane przez PF był budżet państwa (n=10.481; 96,57%), a następnie własne źródło finansowania (n=235; 2,17%). Uwagę zwraca źródło finansowania „subwencja”, była ona wskazywana jako źródło finansowania dla PF określanego jako firma. Koszty realizacji zadania każdorazowo jednak były określane na poziomie zerowym.

Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 13 oraz Rycina 13. W przypadku 56 zadań podmiot centralny nie sprawozdał źródła finansowania podmiotu finansującego.

Tabela 13. Źródło finansowania PF (liczba i %)

Źródło finansowania – PF	Liczba	Procent
Budżet państwa	10 481	96,57
Własne	235	2,17
Bd	56	0,52
Dotacja	48	0,44
Organ UE	28	0,26
Subwencja	5	0,05
SUMA	10 853	100



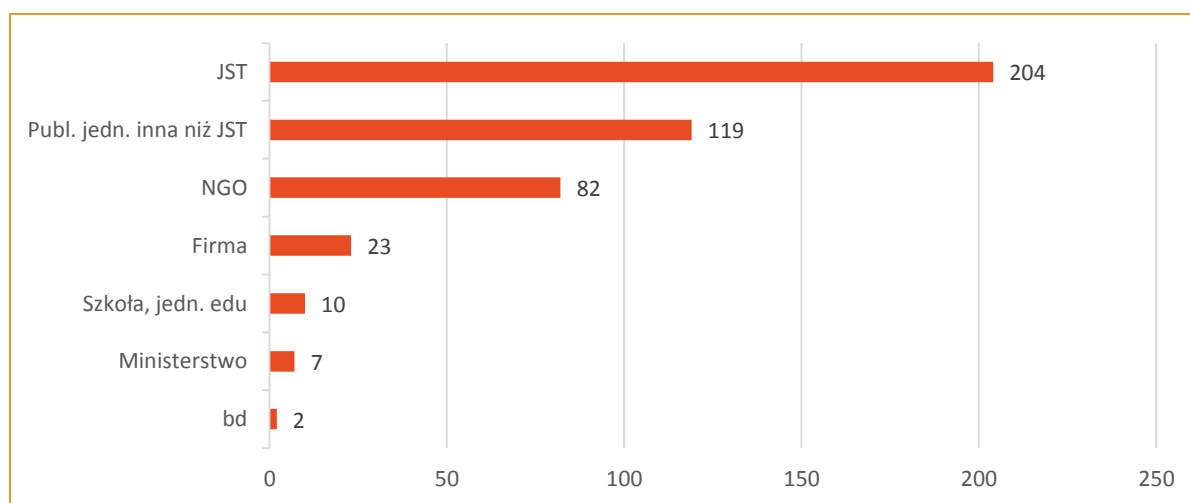
Rycina 13. Źródło finansowania PF

5.2.11. PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Podmiotem współfinansującym (PWF) najczęściej były jednostki samorządu centralnego (n=204; 43,59%), a następnie jednostki publiczne inne niż JST (n=119; 25,43%). W przypadku 2 zadań podmiot centralny nie określił rodzaju podmioty współfinansującego – pomimo podania danych finansowych w odniesieniu do współfinansowania zadania. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 14 oraz Rycina 14.

Tabela 14. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)

Podmiot współfinansujący zadanie PWF (rodzaj)	Liczba	Procent
JST	204	43,59
Publ. jedn. inna niż JST	119	25,43
NGO	82	17,52
Firma	23	4,91
Szkoła, jedn. edu	10	2,14
Bd	2	0,43
Ministerstwo	7	1,50
SUMA	468	100



Rycina 14. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego

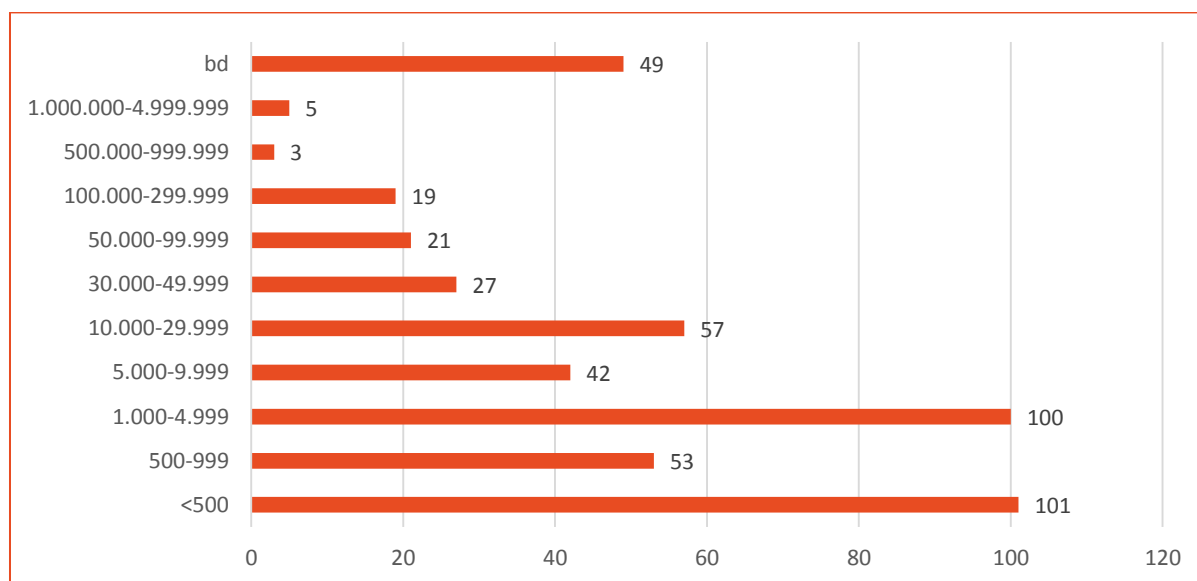
5.2.12. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PWF

Podmioty współfinansujące przeznaczały na realizację zadań średnio 42 tys. zł (Me=2425), przy czym wartość współfinansowania zawierała się w zakresie od 0 zł do 2,4 mln zł. Kwota 0 zł była jednocześnie wskazywana jako konkretny zakres finansowania, gdzie całkowite koszty zadania również wynosiły 0 zł. Należy to zapewne odczytywać jako sytuację, w której PWF angażował się w zadanie np. zasobami ludzkimi, ale nie wycenił ich w precyzyjny sposób.

Analiza przedziałowa kwoty współfinansowania wykazała, że PWF najczęściej przeznaczał środki o wartości poniżej 500 zł (n=101; 21,17%), a następnie środki z zakresu od 1000 zł do 4999 zł (n=100; 20,96%). W przypadku 49 zadań pomimo wskazania PWF nie określono kwoty współfinansowania. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 15 oraz Tabela 15.

Tabela 15. Kwota współfinansowania PWF w przedziałach

Kwota finansowania - PWF	Liczba	Procent
<500	101	21,17
500-999	53	11,11
1.000-4.999	100	20,96
5.000-9.999	42	8,81
10.000-29.999	57	11,95
30.000-49.999	27	5,66
50.000-99.999	21	4,4
100.000-299.999	19	3,98
500.000-999.999	3	0,63
1.000.000-4.999.999	5	1,05
bd	49	10,27
SUMA	477	100

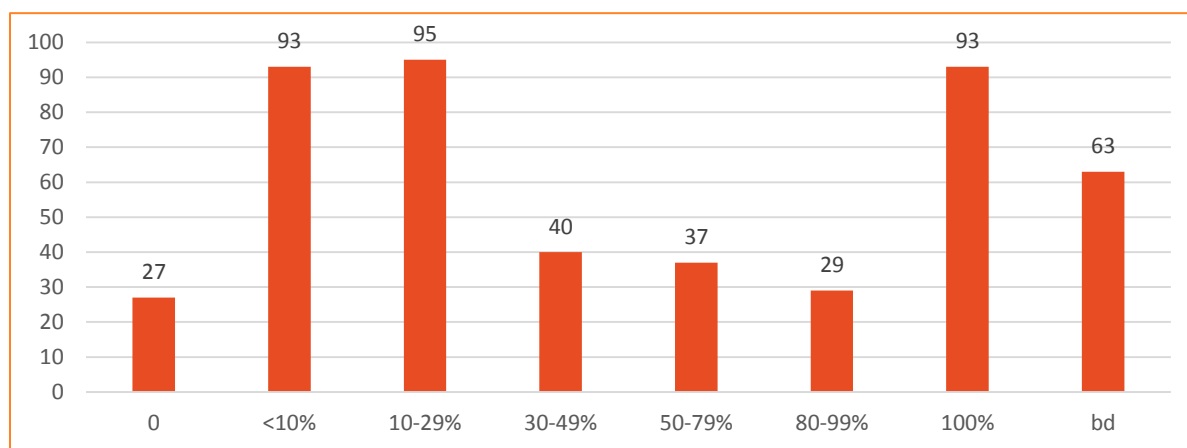


Rycina 15. Kwota współfinansowania PWF w przedziałach

Poziom współfinansowania PWF charakteryzował się dużym zróżnicowaniem – najczęściej było to 10-29% (n=93; 19,92%) bądź <10% lub 100% (n=93; 19,50%). W przypadku 93 zadań podmiot centralny nie sprawozdał poziomu współfinansowania zadania przez PWF mimo podania pozostałych parametrów. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 16 oraz Tabela 16.

Tabela 16. Zakres współfinansowania zadania przez PWF w przedziałach (w %)

Zakres finansowania (w%) - PWF	Liczba	Procent
0%	27	5,66
<10%	93	19,50
10-29%	95	19,92
30-49%	40	8,39
50-79%	37	7,76
80-99%	29	6,08
100%	93	19,50
bd	63	13,21
SUMA	477	100

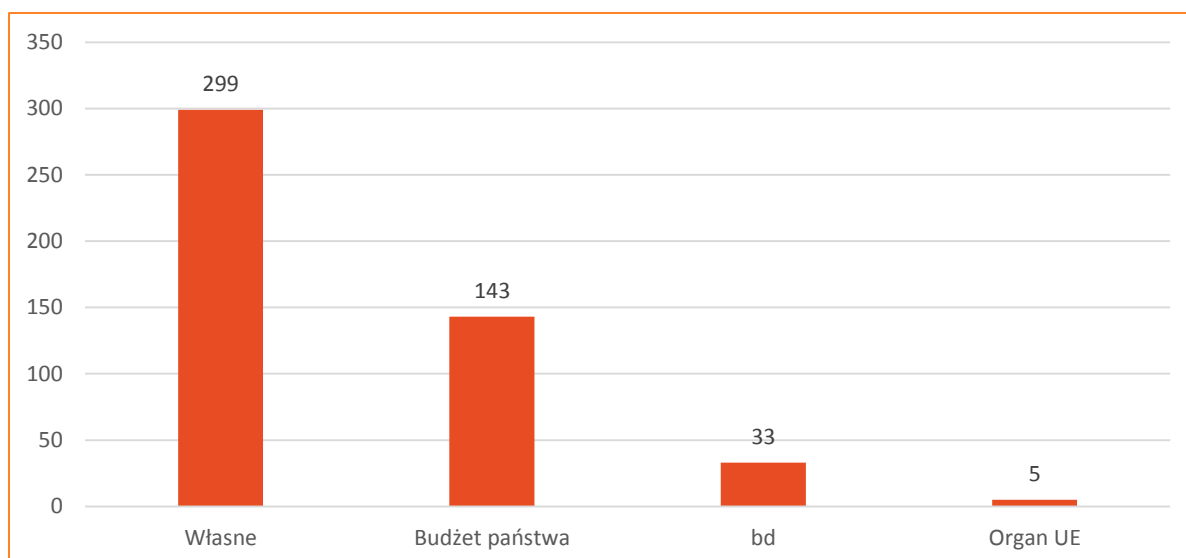


Rycina 16. Zakres współfinansowania zadań przez PWF w przedziałach (w %)

Najczęściej wskazywanym źródłem finansowania udziału PWF w zadaniach z zakresu zdrowia publicznego były własne zasoby finansowe (n=299; 62,69%), a następnie budżet państwa (n=143; 29,79%). W 33 przypadkach podmiot centralny nie sprawozdał źródła finansowania PWF. Pozostałe dane poniżej - Tabela 17 oraz Rycina 17.

Tabela 17. Źródło finansowania PWF (rodzaj)

Źródło finansowania - PWF	Liczba	Procent
Własne	299	62,29
Budżet państwa	143	29,79
Bd	33	6,46
Organ UE	5	1,04
	481	100



Rycina 17. Źródło finansowania PWF (rodzaj)

5.2.13. CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA

Całkowita kwota środków finansowych przeznaczona na działania z zakresu ZP (zgodnie ze sprawozdanymi danymi) wyniosła blisko 586 mln zł.

Analiza przedziałowa wykazała, że najczęściej całkowity koszt realizacji był wskazywany na poziomie 0 zł (n=9.232; 85,06%), a następnie mniej niż 500 zł (n=366; 3,37%). W 48 przypadkach podmioty centralnie nie sprawozdały wartości całkowitych kosztów. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 18 oraz Tabela 18.

Tabela 18. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach

Całkowity koszt zadania	Liczba	Procent
0	9 232	85,06
<500	366	3,37
500-999	147	1,35
1.000-4.999	325	2,99
5.000-9.999	105	0,97
10.000-29.999	182	1,68
30.000-49.999	81	0,75
50.000-99.999	111	1,02
100.000-299.999	115	1,06
300.000-499.999	45	0,41
500.000-999.999	43	0,40
1.000.000-4.999.999	28	0,26
5.000.000-9.999.999	7	0,06

10.000.000-19.999.999	8	0,07
20.000.000 - 59.999.999	9	0,08
Bd	49	0,44
SUMA	10 853	100



Rycina 18. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach (w zł)

5.2.14. PODSUMOWANIE ANALIZY DANYCH ILOŚCIOWYCH

Dla danych ilościowych dokonano analizy opisowej, posługując się standardowymi miarami położenia (średnia, mediana, wartość maksymalna i minimalna). Dane zaprezentowano w postaci zbiorczej poniżej – Tabela 19.

Tabela 19. Wyniki zbiorcze dla oceny danych ilościowych

Zmienna	N ważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Czas trwania	10 824	311	364	1	365
Liczebność grupy docelowej	10 722	276 593	1 018	0	38 434 000
Dział. Promocyjno-edukacyjne - liczba działań	5 141	438	4	0	1 835 792
Dział. Promocyjno-edukacyjne - liczba osób	5 101	40 598	506	0	38 000 000

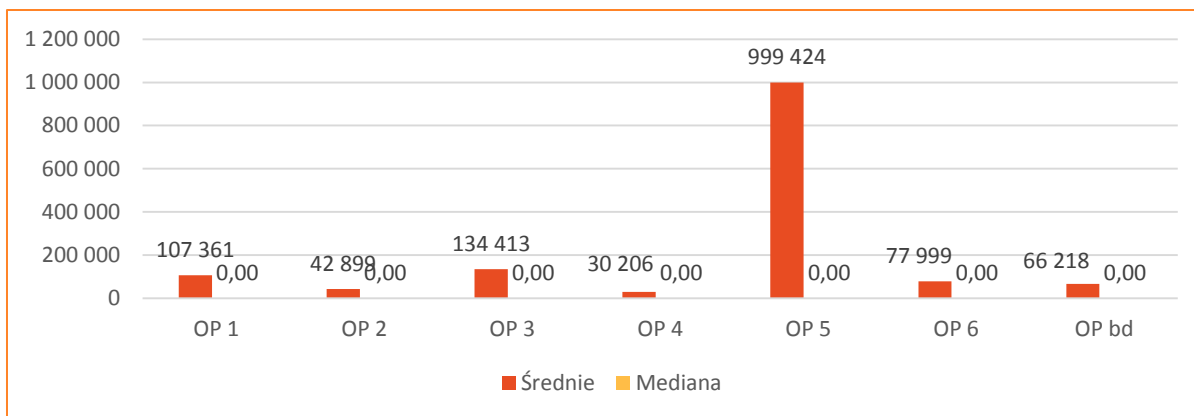
Dział. Profilaktyczne - liczba działań	3 423	83	4	1	52 578
Dział. Profilaktyczne - liczba osób	3 398	36 445	407	0	38 000 000
Dział. Szkoleniowe i konferencje - liczba działań	2 118	10	1	1	1 558
Dział. Szkoleniowe i konferencje - liczba osób	2 122	258	23	0	47 194
Działalność badawcza - liczba działań	847	803	2	1	331 519
Działania inne - liczba działań	5 899	185	6	1	297 563
Kwota finansowania - PF	10 825	52 458	0	0	45 390 627
Zakres finansowania (w %) - PF	10 812	98,41%	100,00%	0,00%	100,00%
Kwota finansowania - PWF	418	42 433	2 425	0	2 400 000
Zakres finansowania (w %) - PWF	403	45,35%	28,00%	0,00%	100,00%
Całkowity koszt zadania	10 846	54 027,03	0	0	45 390 627

5.2.15. KWOTA FINANSOWANIA A NR CELU OPERACYJNEGO

Analizie poddano także kwotę finansowania zadań w podziale na cele operacyjne. Wykazano, że największe średnie koszty zostały sprawozdane w przypadku celu operacyjnego nr 5, tj. *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*, które wyniosły blisko 100 mln zł, największą sumaryczną kwotę wydano z kolei na zadanie przypisane do celu operacyjnego nr 1, tj. *Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa* – szczegółowe dane poniżej Tabela 20 oraz Rycina 19.

Tabela 20. Całkowity koszt realizacji zadania w zależności od celu operacyjnego NPZ

Całkowity koszt zadania					
Nr celu NPZ	N ważnych	Średnia	Mediana (Me)	Minimum	Maksimum
OP 1	899	107 361	0	0	45 390 627
OP 2	3 937	42 899	0	0	38 865 886
OP 3	216	134 413	0	0	7 684 227
OP 4	5 196	30 206	0	0	23 111 706
OP 5	101	999 424	0	0	43 960 587
OP 6	62	77 999	0	0	4 830 662
OP bd	435	66 218	0	0	6 900 000
Ogółem	10 846	54 027	0	0	45 390 627

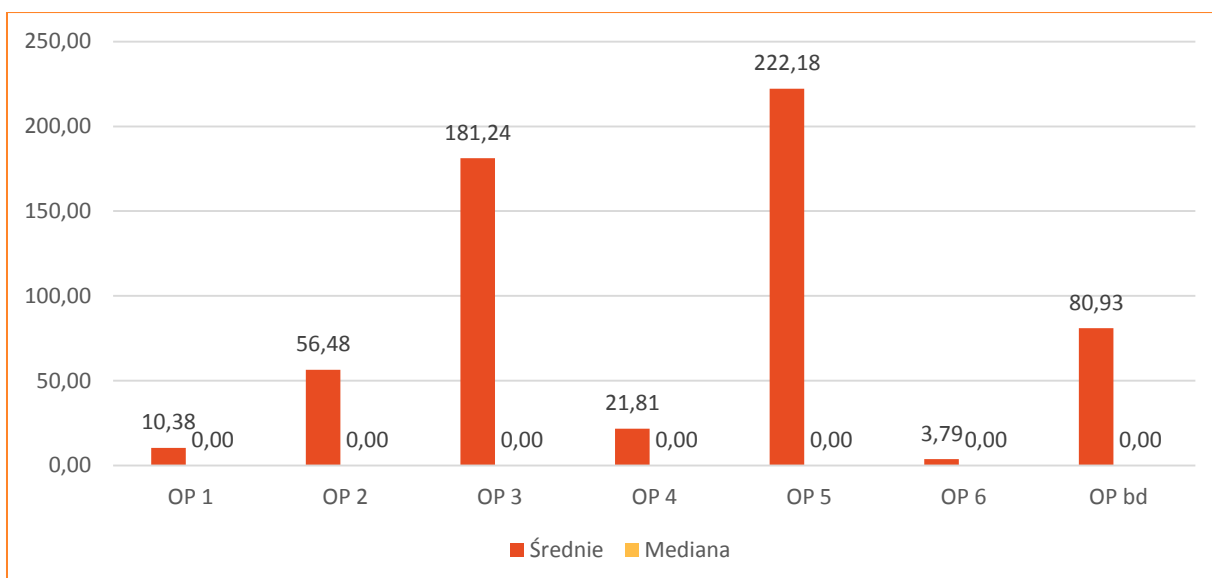


Rycina 19. Całkowite koszty realizacji zadania w odniesieniu do celów operacyjnych NPZ

5.2.16. KWOTA FINANSOWANIA W PRZELICZENIU NA 1 OSOBĘ W POPULACJI DOCELOWEJ W CELACH OPERACYJNYCH

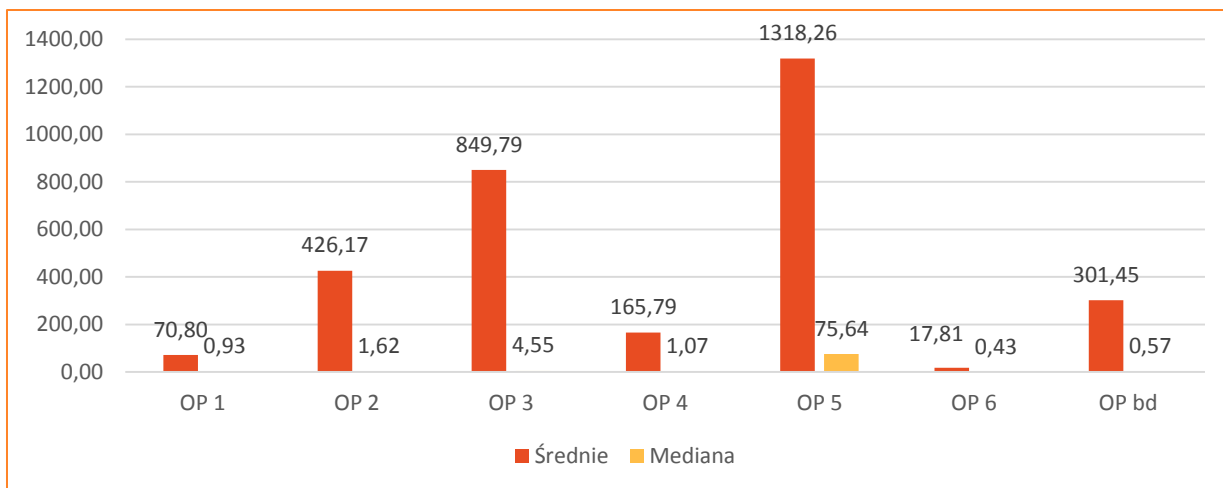
Ogólnie, średni koszt realizacji zadania z zakresu ZP w roku 2017 w przeliczeniu na 1 osobę wyniósł 40,44 zł (Me=0), nie uwzględniając zerowych wartości kosztów koszt ten wyniósł 286,98 zł (Me=1,20).

Największe średnie koszty w przeliczeniu na 1 osobę ponownie stwierdzono w przypadku celu operacyjnego nr 5 (222,18 zł), tj. *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*, a następnie w przypadku celu operacyjnego nr 3 (181,24zł), tj. *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństw*. Mediana wyniosła zero. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 20 oraz Rycina 21.



Rycina 20. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego (w zł)

Wykonując tożsamą analizę z wyłączeniem zerowych kosztów realizacji zadania uzyskano następujące wyniki – Rycina 21.



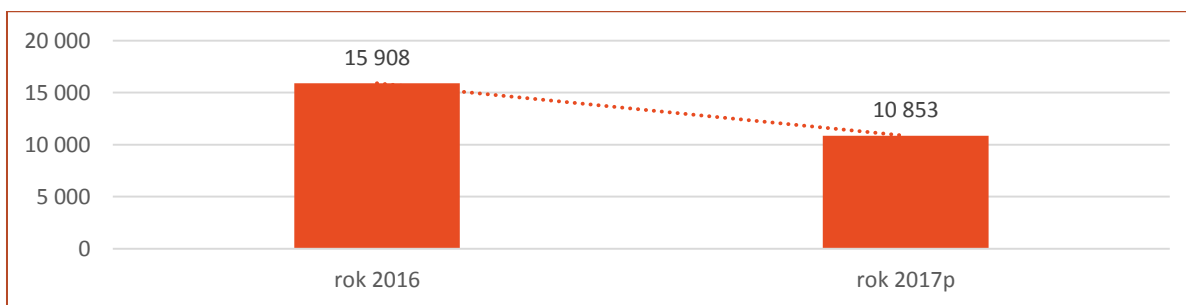
Rycina 21. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego bez uwzględnienia kosztów zerowych

5.3. ANALIZA PORÓWNAWCZA ROKU 2017 (DANE PIERWOTNE) I ROKU 2016

Analizę wykonano dla wszystkich parametrów omówionych w pierwszej części raportu. Rok 2017 w tabelach i na rycinach oznaczono jako **2017p** – co oznacza dane pierwotne, tj. przed weryfikacją dokonaną przez Ministerstwo Zdrowia. Proces weryfikacji, wraz z jego założeniami i przebiegiem, został szczegółowo opisany w metodologii oceny zadań sprawozdanych przez podmioty centralne.

5.3.1. CAŁKOWITA LICZBA ZREALIZOWANYCH ZADAŃ

W roku 2016 podmioty centralne sprawozdały o ponad 5 tys. zadań więcej niż w roku 2017. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 22.

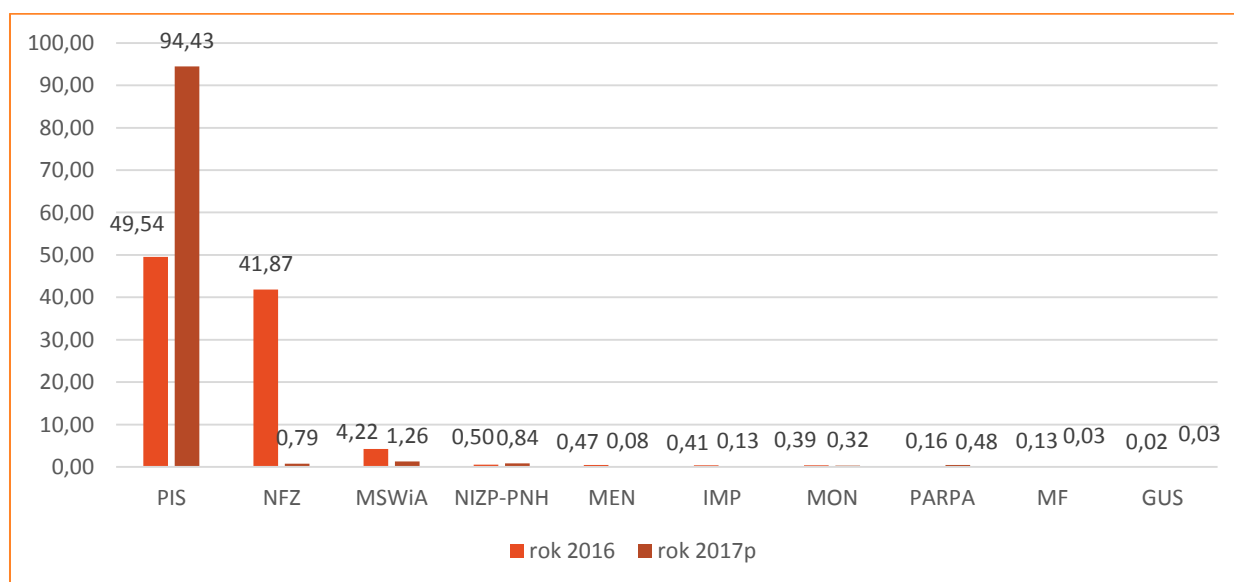


Rycina 22. Liczba zadań sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017

Zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 najwięcej zadań z zakresu zdrowia publicznego sprawozdała Państwowa Inspekcja Sanitarna. W roku 2016 zadania realizowane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne stanowiły 49,54% ogółu zadań, a w roku 2017 aż 94,43% ogółu. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 23 oraz Tabela 21.

Tabela 21. Zadania raportowane przez poszczególne podmioty centralne w latach 2016-2017 (tylko w zakresie podmiotów powtarzających się w obu latach poddanych analizie) (liczba i %)

Instytucja raportująca	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
PIS	7 881	49,54	102 49	94,43
NFZ	6 660	41,87	86	0,79
MSWiA	672	4,22	137	1,26
NIZP-PNH	80	0,50	91	0,84
MEN	75	0,47	9	0,08
IMP	66	0,41	14	0,13
MON	62	0,39	35	0,32
PARPA	26	0,16	52	0,48
MF	20	0,13	3	0,03
GUS	3	0,02	3	0,03



Rycina 23. Zmiana odsetka zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne w latach 2016-2017 (dla powtarzających się podmiotów)

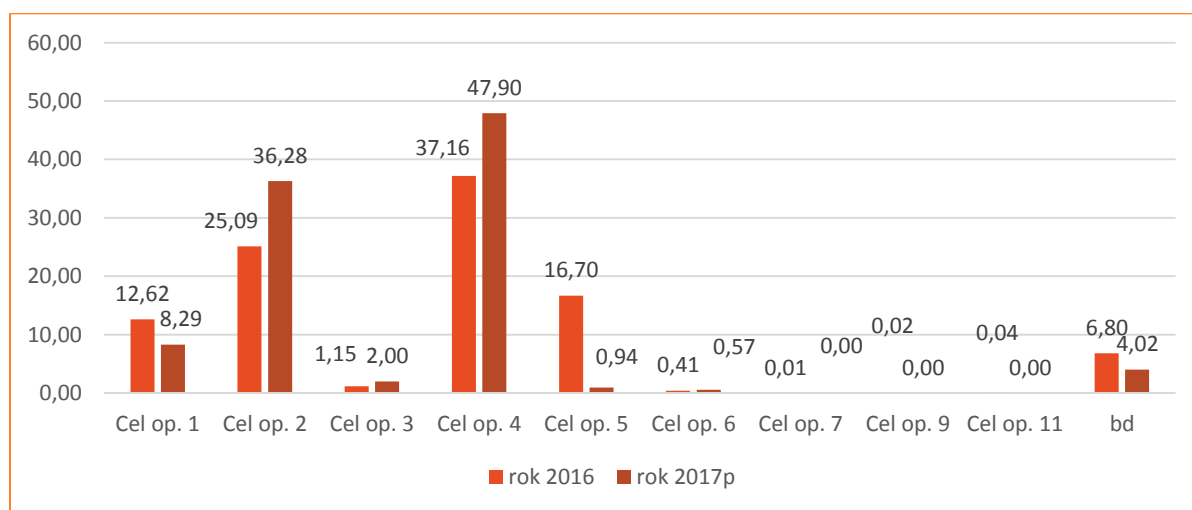
5.3.2. LICZBA ZREALIZOWANYCH ZADAŃ W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO NPZ

Zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 najwięcej zadań było realizowanych w zakresie celu operacyjnego nr 4, tj. *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu*. Szczegółowe zestawienie tytułów wszystkich celów i zadań NPZ zawiera Załącznik 1. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 22 oraz Rycina 24.

Uwagę zwraca fakt, że w roku 2017 zmniejszył się odsetek zadań, w których podmioty centralne nie sprawozdały informacji o celu operacyjnym (odpowiednio 4,02% i 6,8%). W roku 2016 wskazano błędnie cele operacyjne o nr 7,9 i 11 nie wchodzące w skład NPZ. W roku 2017 taka sytuacja nie powtórzyła się.

Tabela 22. Zmiana liczby i odsetka zadań w zależności od celu operacyjnego NPZ realizowanych w latach 2016-2017

Nr celu operacyjnego	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
OP 1	2 007	12,62	900	8,29
OP 2	3 992	25,09	3 937	36,28
OP 3	183	1,15	217	2,00
OP 4	5 912	37,16	5 199	47,90
OP 5	2 656	16,70	102	0,94
OP 6	65	0,41	62	0,57
OP 7	2	0,01	0	0
OP 9	3	0,02	0	0
OP 11	7	0,04	0	0
bd	1081	6,80	436	4,02
SUMA	15 908	100	10 853	100



Rycina 24. Zmiana odsetka zadań zrealizowanych w latach 2016-2017 w zależności od celu operacyjnego NPZ

5.3.3. LICZBA DZIAŁAŃ W ROKU 2016 I 2017 W ZALEŻNOŚCI OD NR ZADANIA NPZ

Analiza porównawcza w zakresie numeru zadania NPZ, jakie zostało przypisane zadaniom przez podmioty centralne nastęrcza wiele trudności ze względu na duże zróżnicowane odpowiedzi. Stąd analizę ograniczono do porównania w zakresie 10 najczęściej wskazywanych numerów zadań. Zestawienie tytułów celów i zadań NPZ zawiera Załącznik 1.

Zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 podmioty centralne najczęściej nie wskazywały numeru zadania NPZ, przy czym należy zauważyć, że odsetek ten zmniejszył się w roku 2017 (z 12,70% w roku 2016 do 6,70% w roku 2017). Uwagę zwraca nr zadania 2.5, który był często raportowany w roku 2016 w ramach celu operacyjnego nr 5, co odpowiada tytułowi: *Rozwój usług i ośrodków geriatrycznych i wprowadzenie elementów geriatry do praktyki lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej*. Spośród 10 najczęściej raportowanych numerów zadań 4 występowały wśród najczęściej raportowanych zarówno w roku 2016 jak i 2017, były to zadania:

- **4.2.1.** – tj. *Prowadzenie działań zapobiegawczych*
- **2.1.1.1.b** – tj. *Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych, adresowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci, młodzieży i rodziców na temat zagrożeń wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, a także z pozamedycznego stosowania produktów leczniczych, których używanie może prowadzić do uzależnienia.*
- **1.2.1.** – tj. *Podjęcie inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie.*
- **4.2.1.** – tj. *Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych.*

Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 23.

Tabela 23. Zmiana najczęściej wskazywanych numerów zadań NPZ w latach 2016-2017 (pierwsze 10 miejsc) na kolor zielony oznaczono numery zadań, które powtarzają się w obu latach

Nr zadania NPZ	rok 2016		rok 2017p		
	Liczba	Procent	Nr zadania NPZ	Liczba	Procent
bd	2 021	12,70	bd	727	6,70
2.5	1 068	6,71	4.2.1	557	5,13
2.1.1.1.b	882	5,54	2.1.5	543	5,00
2.3	868	5,46	1.1.4	481	4,43
2.6	834	5,24	1.2.5	419	3,86
2.2	726	4,56	1.2.1	407	3,75
1.2.1	621	3,90	4.2.2	398	3,67
4.2.1	607	3,82	1.1.6	397	3,66
2.14	562	3,53	2.1.1.1.b	393	3,62
1.2.5	524	3,29	4.2.3	361	3,33

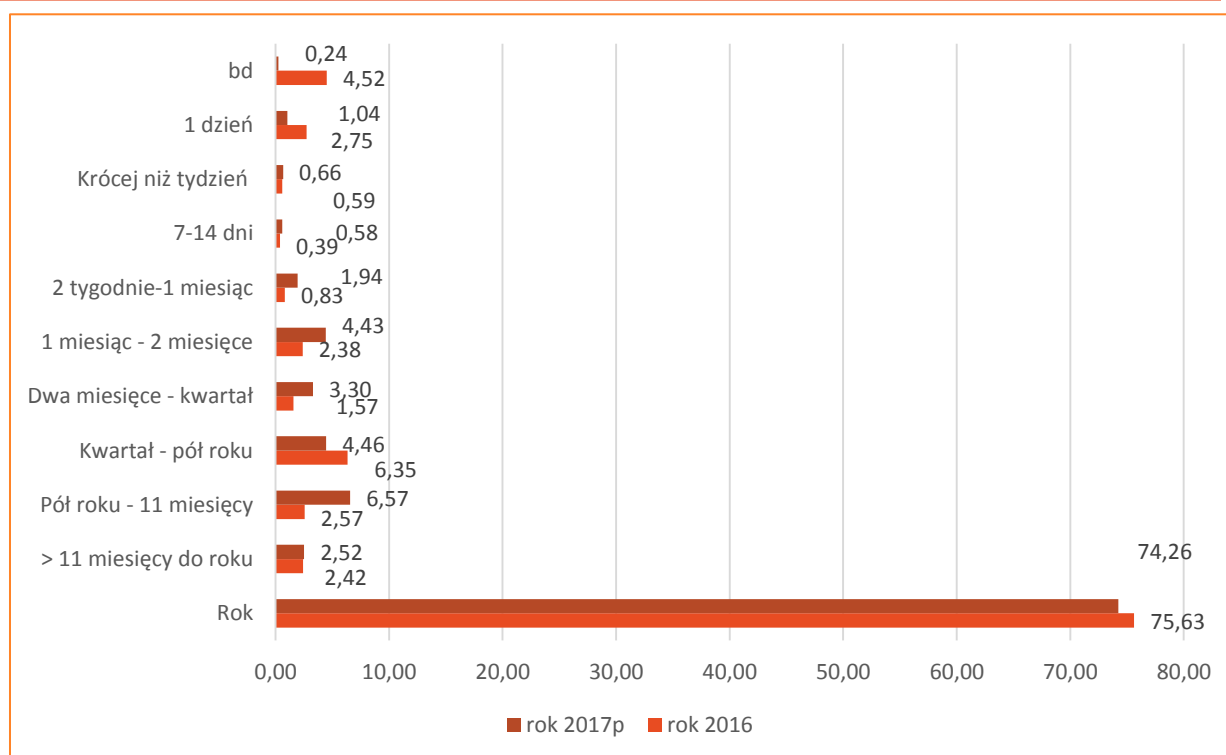
5.3.4. CZAS TRWANIA ZADANIA

Średni czas trwania zadania uległ nieznacznemu skróceniu w roku 2017 w porównaniu z rokiem 2016 (odpowiednio 311 i 317 dni) – szczegółowe dane na temat parametrów ilościowych przedstawiono zbiorczo - Tabela 36.

Analiza przedziałowa wykazała, że zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 czas trwania programu wynosił najczęściej rok (odpowiednio 75,63% zadań dla roku 2016 i 74,26% dla roku 2017). Warto zauważyć, że zmniejszyła się liczba zadań, dla których podmioty centralnie nie wskazały czasu trwania – z 4,52% w roku 2016 do 0,24% w roku 2017. Pozostałe dane poniżej - Tabela 24 oraz Rycina 25.

Tabela 24. Zmiana czasu trwania działania w latach 2016-2017 w przedziałach (liczba i %)

	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Rok	12 031	75,63	8 059	74,26
> 11 miesięcy do roku	385	2,42	273	2,52
Pół roku - 11 miesięcy	409	2,57	713	6,57
Kwartał - pół roku	1 010	6,35	484	4,46
Dwa miesiące - kwartał	250	1,57	358	3,30
1 miesiąc - 2 miesiące	379	2,38	481	4,43
2 tygodnie-1 miesiąc	132	0,83	211	1,94
7-14 dni	62	0,39	63	0,58
Krócej niż tydzień	94	0,59	72	0,66
1 dzień	437	2,75	113	1,04
Bd	719	4,52	26	0,24
SUMA	15 908	100	10 853	100



Rycina 25. Zmiana czasu trwania zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w%)

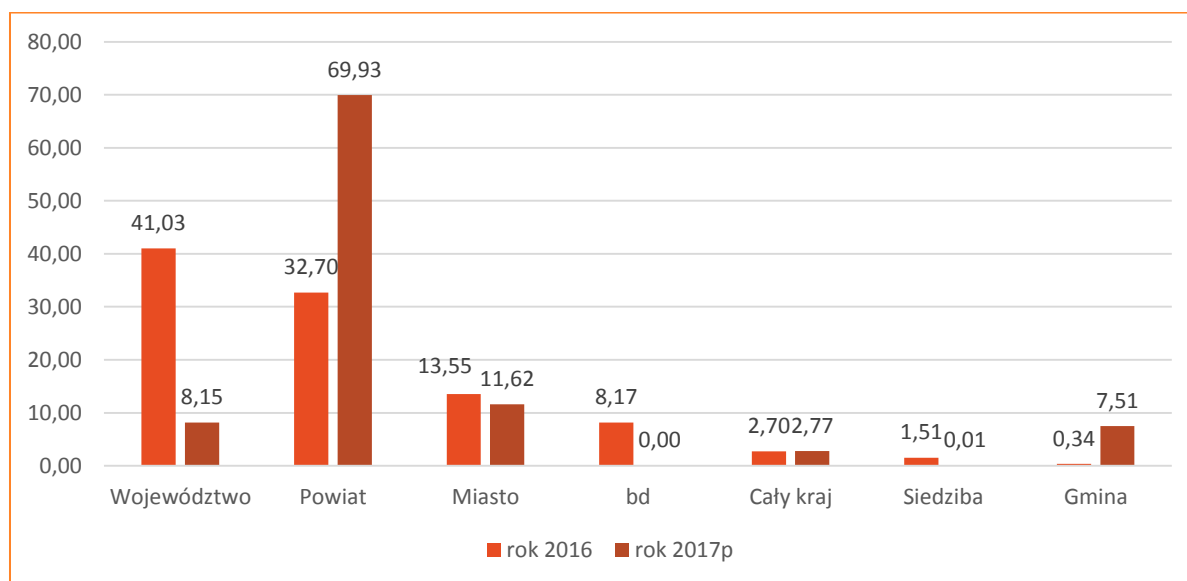
5.3.5. ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Zasięg terytorialny zadań realizowanych w latach poddanych analizie zmienił się. W roku 2016 zadania najczęściej obejmowały całe województwo, podczas gdy w roku 2017 obejmowały jeden lub kilka powiatów, co może wynikać z dużego zaangażowania stacji sanitarno-epidemiologicznych, których działania mają charakter lokalny. Warto zauważyć fakt, że w odróżnieniu od roku 2016 kiedy

w 8,17% zadań nie wskazano zasięgu, w roku 2017 nie było ani jednej takiej sytuacji. Odsetek programów, które obejmowały cały kraj była podobna w obu analizowanych latach. Pozostałe dane poniżej - Rycina 26 oraz Tabela 25.

Tabela 25. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych w latach 2016-2017 (liczba i %)

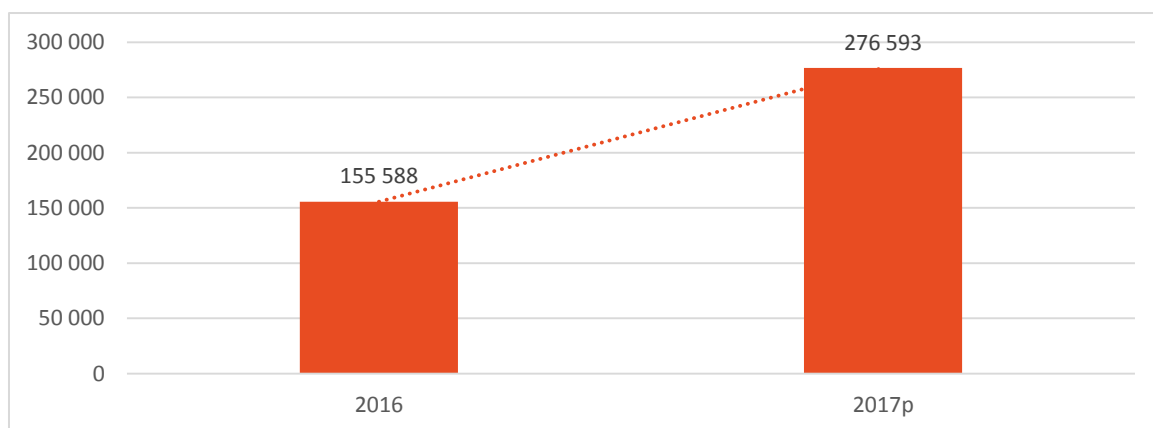
Zasięg terytorialny	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Województwo	6 527	41,03	885	8,15
Powiat	5 202	32,70	7 590	69,93
Miasto	2 155	13,55	1 261	11,62
Bd	1 300	8,17	0	0
Cały kraj	429	2,70	301	2,77
Siedziba	241	1,51	1	0,01
Gmina	54	0,34	815	7,51
SUMA	15 908	100	10 853	100



Rycina 26. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w %)

5.3.6. POPULACJA DOCELOWA ZADANIA

Ilościowa analiza porównawcza wykazała, że średnia liczba osób objętych działaniem zwiększyła się wraz z czasem – w roku 2016 wynosiła niecałe 156 tys. osób, podczas gdy w roku 2017 już blisko 277 tys. osób - Rycina 27.



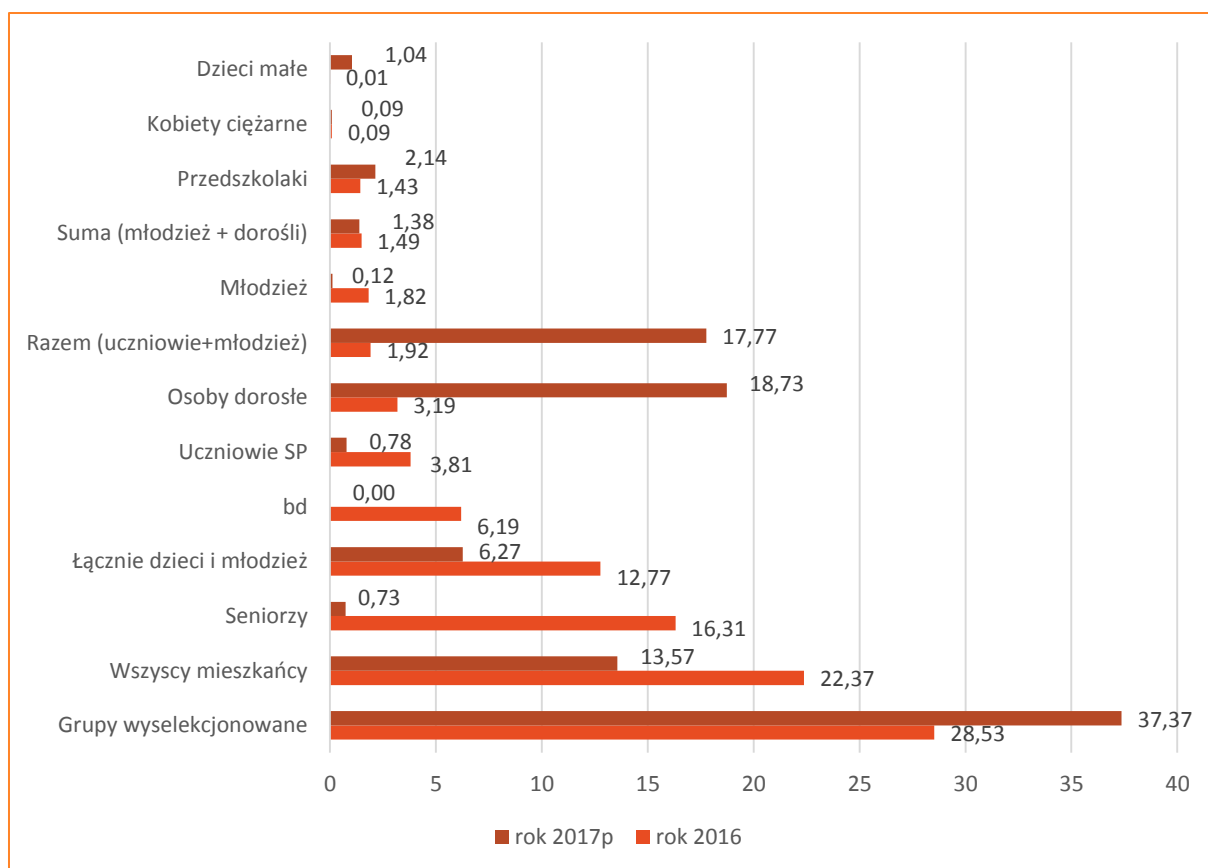
Rycina 27. Zmiana średniej liczby osób w grupie docelowej zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017

Tak istotna zmiana wielkości populacji docelowej zadań wynika z faktu, że w roku 2017 w około 50 zadaniach wielkość populacji docelowej oszacowano na poziomie bliskim lub przekraczającym 38 mln osób. Jednocześnie liczba zadań skierowanych do populacji 1-12 mln osób była niemal dwukrotnie mniejsza w roku 2016 w porównaniu z rokiem 2017 - Tabela 27.

Rodzaj populacji docelowej uległ częściowo zmianie w latach 2016-2017. W roku 2017 częściej wskazywano grupę uczniów i młodzieży ujętą wspólnie (odpowiednio 23,34% w roku 2017 i 1,92% w roku 2016), z kolei zmniejszeniu uległ odsetek działań skierowanych do seniorów (z 16,31% do 0,40%) i wszystkich mieszkańców (z 22,37% do 9,42%). Zarówno w roku 2016 jak i 2017 programy najczęściej były kierowane do grup wyselekcjonowanych – pozostałe dane poniżej (Rycina 28 oraz Tabela 26).

Tabela 26. Zmiana rodzaju populacji docelowej działań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)

Rodzaj populacji docelowej	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Grupy wyselekcjonowane	4 539	28,53	4 056	37,37
Wszyscy mieszkańcy	3 558	22,37	1 473	13,57
Seniorzy	2 605	16,31	79	0,73
Łącznie dzieci i młodzież	2 032	12,77	680	6,27
Bd	985	6,19	0	0
Uczniowie SP	606	3,81	85	0,78
Osoby dorosłe	507	3,19	2 033	18,73
Razem (uczniowie+młodzież)	306	1,92	1 929	17,77
Młodzież	289	1,82	13	0,12
Suma (młodzież + dorośli)	237	1,49	150	1,38
Przedszkolaki	228	1,43	232	2,14
Kobiety ciężarne	15	0,09	10	0,09
Dzieci małe	1	0,01	113	1,04
SUMA	15 908	100	10 853	100



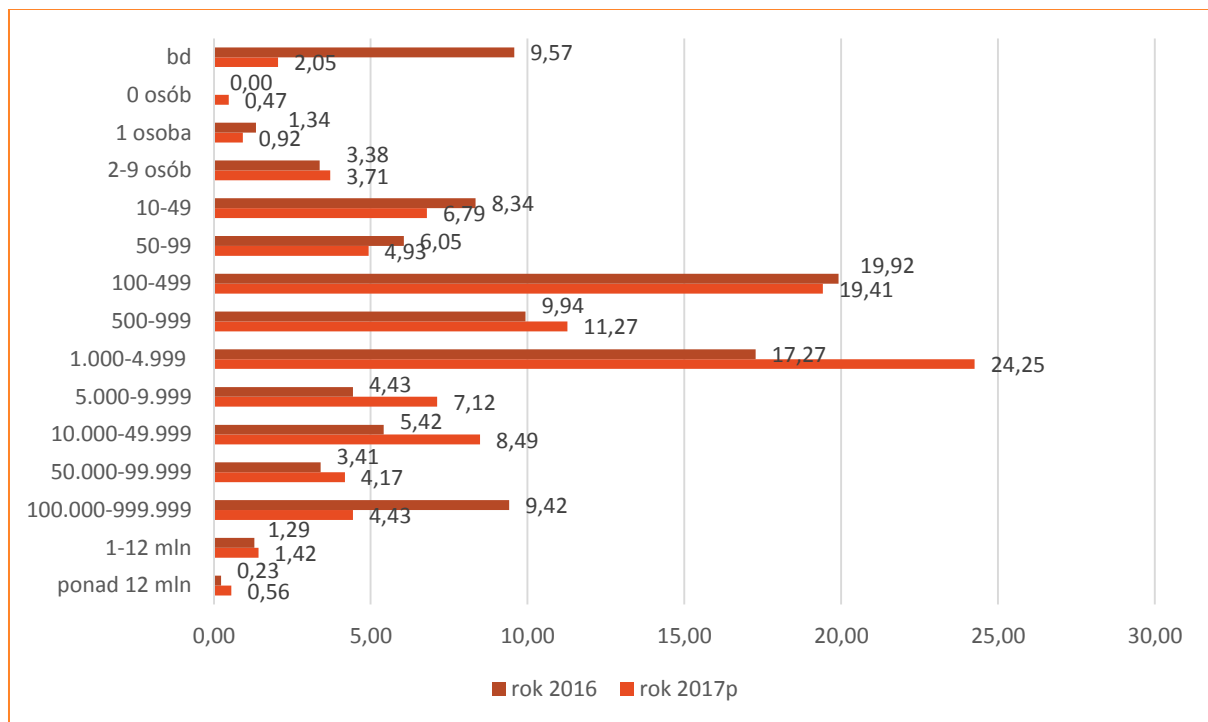
Rycina 28. Zmiana rodzaju populacji docelowej w działaniach podmiotów centralnych w latach 2016-2017 (w %)

Przedziałowa analiza liczebności osób w populacji biorących udział w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne wykazała, że w roku 2016 działania skierowane były do populacji wielkości rzędu 100-499 osób, podczas gdy w roku 2017 populacji większej – tj. 1.000-4.999 osób. Co więcej, zmniejszył się odsetek zadań, w których podmioty centralne nie wskazały rozmiaru populacji docelowej (z 9,57% do 2,04%). Pozostałe zaprezentowano poniżej - Tabela 27 oraz Rycina 29.

Tabela 27. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017

	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Ponad 12 mln	36	0,23	61	0,56
1-12 mln	205	1,29	154	1,42
100.000-999.999	1 498	9,42	481	4,43
50.000-99.999	542	3,41	453	4,17
10.000-49.999	862	5,42	921	8,49
5.000-9.999	705	4,43	773	7,12
1.000-4.999	2 747	17,27	2 632	24,25
500-999	1 581	9,94	1 223	11,27
100-499	3 169	19,92	2 107	19,41
50-99	963	6,05	535	4,93
10-49	1327	8,34	737	6,79

2-9 osób	537	3,38	403	3,71
1 osoba	213	1,34	100	0,92
0 osób	0	0	51	0,47
bd	1523	9,57	222	2,05
SUMA	15 908	100	10 853	100



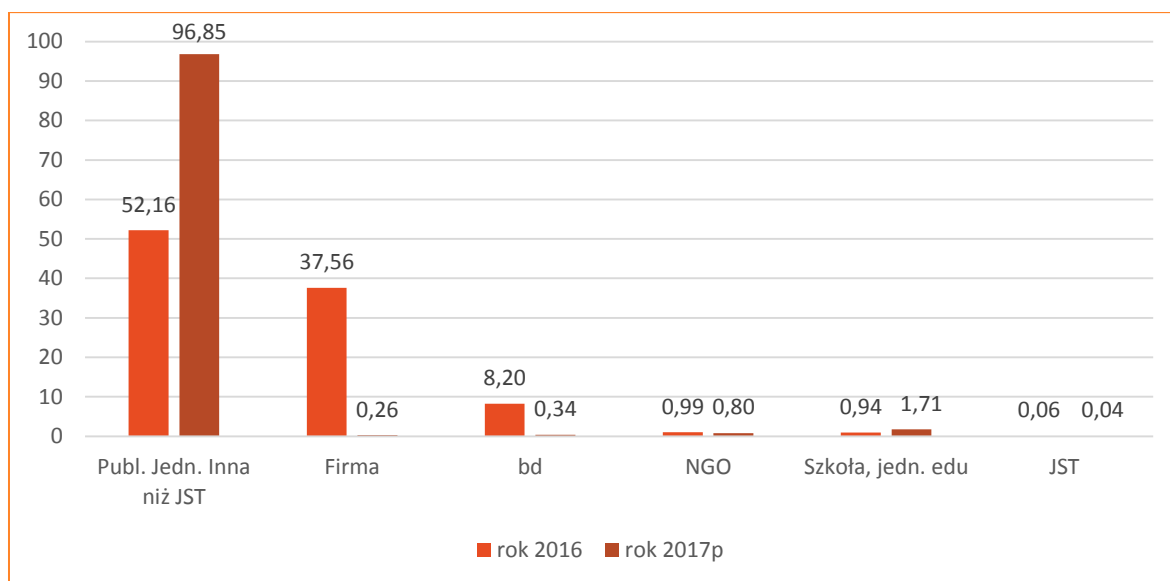
Rycina 29. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w %)

5.3.7. REALIZATOR ZADANIA

Zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 realizatorem działań sprawozdanych przez podmioty centralne były najczęściej jednostki publiczne inne niż JST (w roku 2016 realizowały 52,16% działań, a w roku 2017 znacznie więcej, bo 96,85%). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 28 oraz Rycina 30.

Tabela 28. Zmiana realizatora działań sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)

Rodzaj	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. jedn. inna niż JST	8 309	52,16	10 511	96,85
Firma	5 975	37,56	28	0,26
Bd	1 306	8,20	37	0,34
NGO	158	0,99	87	0,80
Szkoła, jedn. edu	150	0,94	186	1,71
JST	10	0,06	4	0,04
SUMA	15 908	100	10 853	100



Rycina 30. Zmiana rodzaju realizatora działań z zakresu zdrowia publicznego (rodzaj) w latach 2016-2017 (w %)

5.3.8. TRYB REALIZACJI ZADANIA

Tryb realizacji zadania (rozumiany jako podstawna prawna podejmowanych działań) był różnie raportowany w latach 2016-2017.

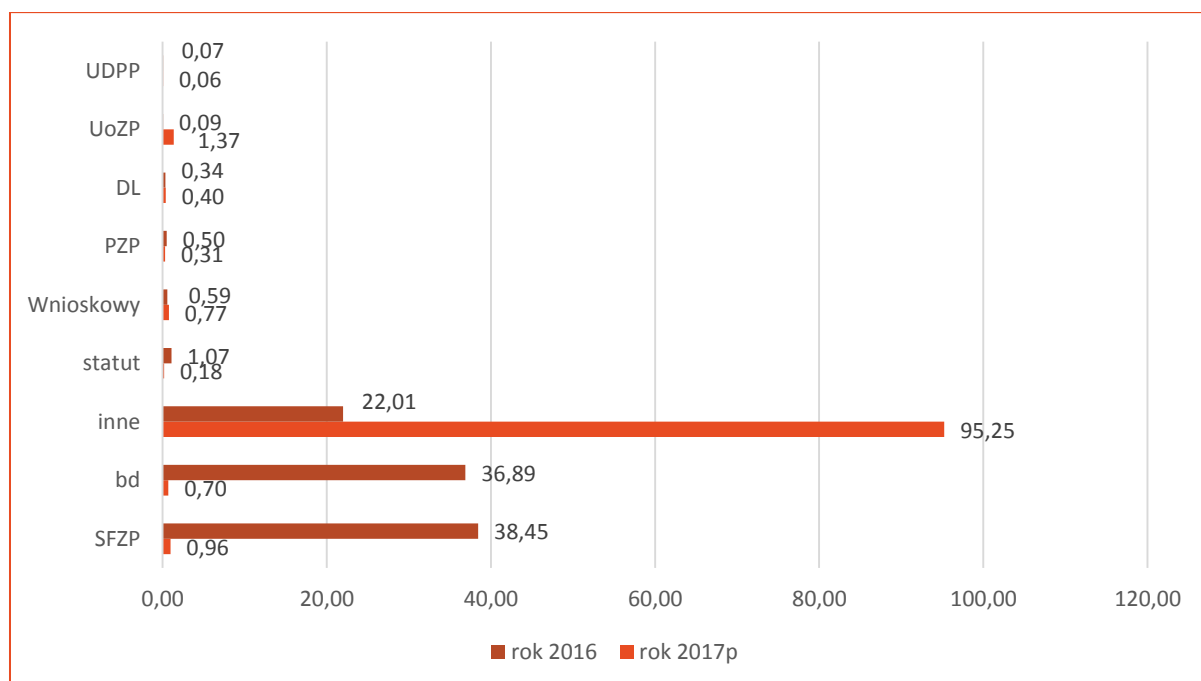
W roku 2016 najczęściej wskazywanym trybem było SFZP czyli ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z2016 r. poz. 1793, z późn. zm.). W roku 2017 z kolei podmioty centralne jako podstawę prawną działań wskazywały akty prawne sklasyfikowane jako „inne” (opisane szczegółowo we wcześniejszej części raportu dotyczącej analizy sposobu raportowania trybu realizacji zadań za rok 2017). Kategoria „Tryb realizacji zadania” wywoływała w roku 2016 ogromne wątpliwości wśród podmiotów sprawozdających, a jej wypełnienie było problematyczne. W znacznej mierze odpowiedzi udzielane w tym zakresie dotyczyły rodzaju działań podejmowanych w zakresie zadania, a nie podstawy prawnej. W roku 2017 z kolei tych wątpliwości było istotnie mniej.

Należy zauważyć, że znacząco zmniejszeniu uległa zarówno liczba jak i odsetek zadań, dla których podmioty centralnie nie wskazały trybu realizacji. W roku 2016 były to 5868 zadań, co stanowiło 36,89%, a w roku 2017 mniej, bo 76 zadań (0,70% ogółu). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 31 oraz Tabela 29.

Tabela 29. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2016-2017

Tryb realizacji zadania	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
SFZP	6 116	38,45	104	0,96
Bd	5 868	36,89	76	0,70
Inne	3 501	22,01	10 337	95,25

Statut	170	1,07	20	0,18
Wnioskowy	94	0,59	84	0,77
PZP	80	0,50	34	0,31
DL	54	0,34	43	0,40
UoZP	14	0,09	149	1,37
UDPP	11	0,07	6	0,06
SUMA	15 908	100	10 853	100



Rycina 31. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017 (w %)

5.3.9. RODZAJ DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH W RAMACH ZADAŃ

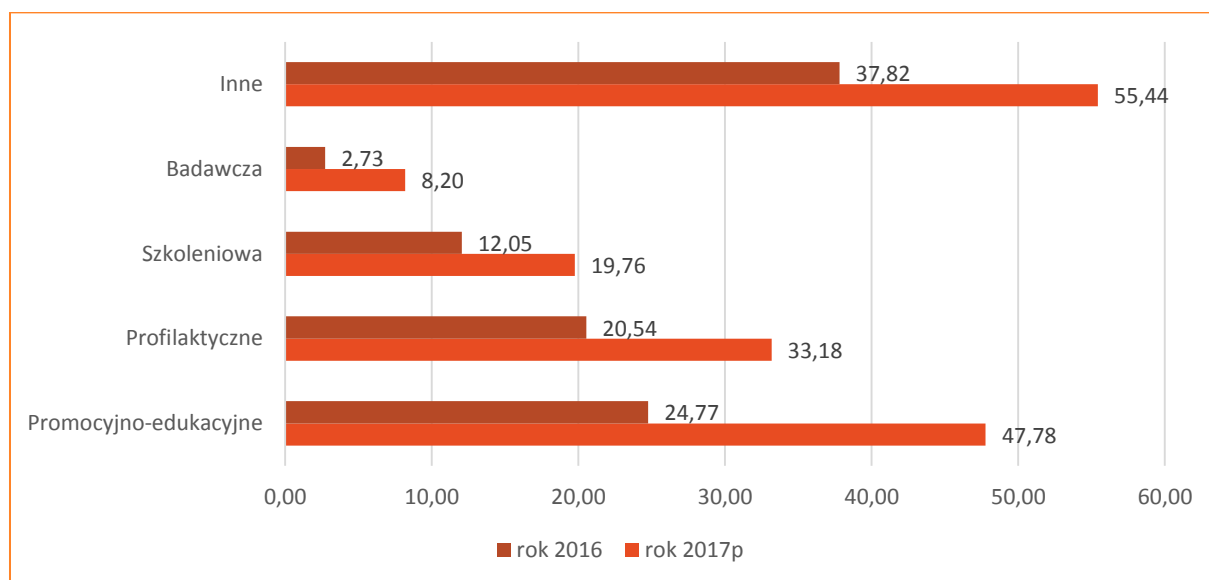
Zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 najczęściej podejmowano działania określone jako „inne” – w roku 2016 były one podjęte w 37,82% działań, a w roku 2017 w 55,44% ogółu zadań.

Warto zwrócić uwagę, że w roku 2017 odsetek zadań, w których pojawiały się dane grupy zadań był większy – niezależnie od rodzaju działania. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 32 oraz Tabela 30.

Tabela 30. Zmiana częstości podejmowania działań w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)

Rodzaj działań	rok 2016		rok 2017p	
	liczba	odsetek ogółu działań w danym roku	liczba	odsetek ogółu działań w danym roku
Promocyjno-edukacyjne	3 940	24,77	5 186	47,78

Profilaktyczne	3 268	20,54	3 601	33,18
Szkoleniowa	1 917	12,05	2 145	19,76
Badawcza	435	2,73	890	8,20
Inne	6 017	37,82	6 017	55,44



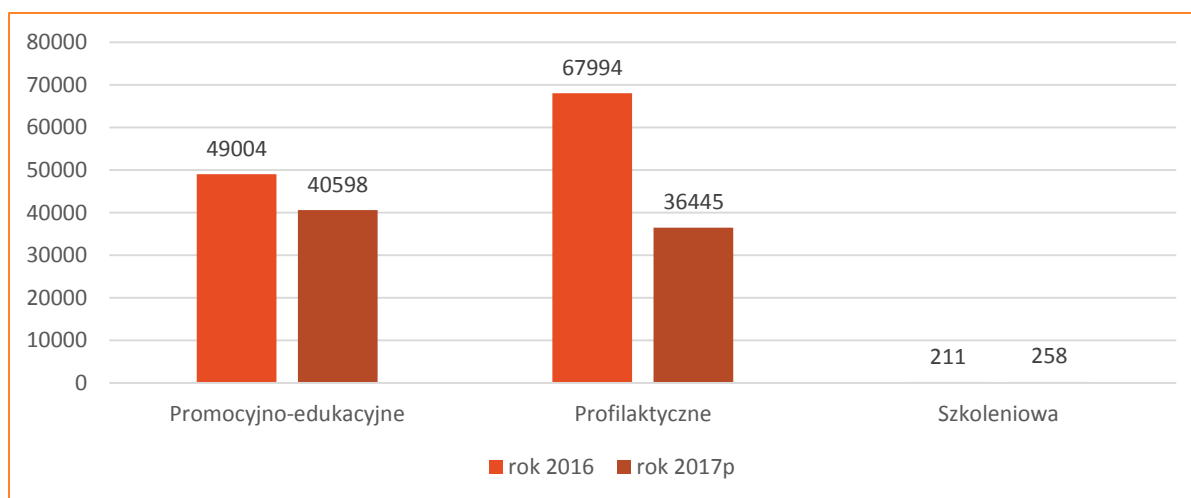
Rycina 32. Zmiana częstości podejmowania działań w zakresie zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w%)

5.3.10. LICZBA OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W DZIAŁANIACH

Średnia liczba osób biorących udział w działaniach promocyjno-edukacyjnych oraz profilaktycznych była mniejsza w roku 2017 niż w 2016, przy czym różnica była mniej dostrzegalna w przypadku działań promocyjno-edukacyjnych niż profilaktycznych. W zakresie działań szkoleniowych stwierdzono z kolei wzrost średniej liczby uczestników z 211 osób w roku 2016 do 258 w roku 2017. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 33 oraz Tabela 31.

Tabela 31. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w poszczególnych rodzajach działań podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)

Rodzaj działania	rok 2016	rok 2017p
Promocyjno-edukacyjne	49 004	40 598
Profilaktyczne	67 994	36 445
Szkoleniowa	211	258



Rycina 33. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach realizowanych w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2017 (w %)

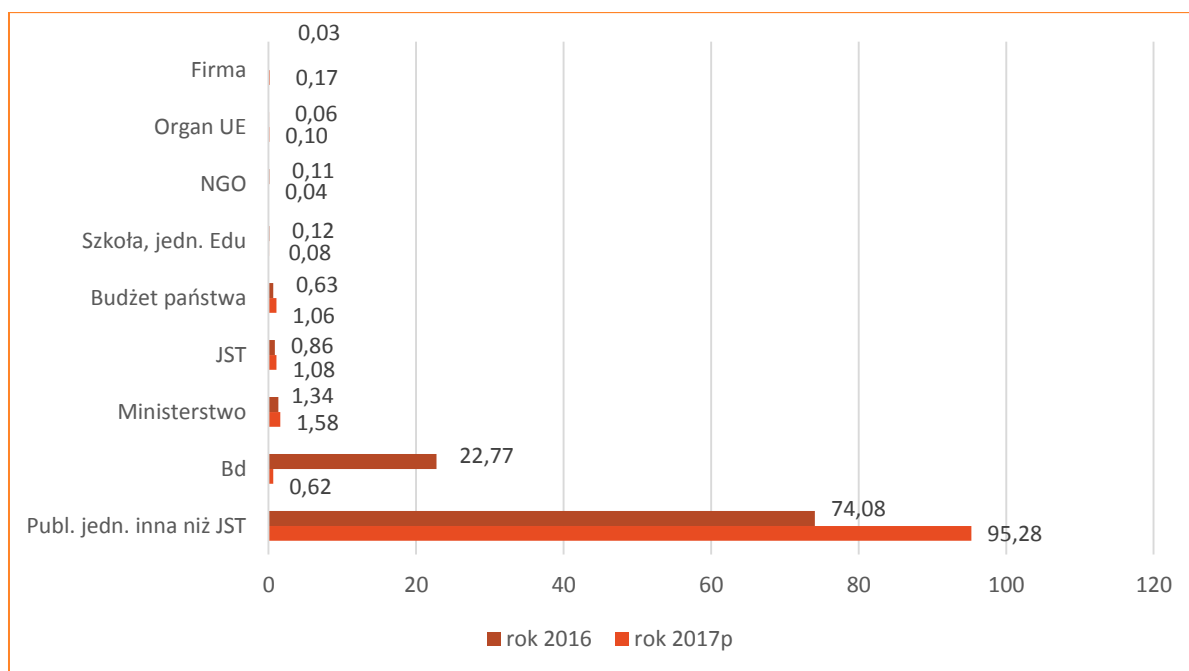
5.3.11. PODMIOT FINANSUJĄCY DZIAŁANIE (RODZAJ)

Zarówno w roku 2017 jak i w roku 2016 podmiotem finansującym zadanie była najczęściej jednostka publiczna inna niż JST (odpowiednio w roku 2016 taki podmiot finansujący występował w 74,08% zadań i w 95,28% w roku 2017).

Warto zauważyć, że pomiędzy rokiem 2016 i 2017 istotnie zmniejszyła się liczba zadań, dla których podmioty centralne nie sprawozdały informacji o podmiocie finansującym – z 22,77% do 0,62%. Ponownie, zastanawiające jest wskazanie jako podmiotu finansującego organów nieuprawnionych do tego rodzaju aktywności, np. firm, szkół czy JST, czego źródeł należy upatrywać zapewne w błędnym rozpoznaniu roli realizatora i podmiotu finansującego oraz powszechnie stosowanym określeniem kosztów jako zerowe i np. uzyskaniem wsparcia pod postacią zaangażowania osób czy innych zasobów pozafinansowych. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 32 oraz Rycina 34.

Tabela 32. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie w latach 2016-2017 (liczba i %)

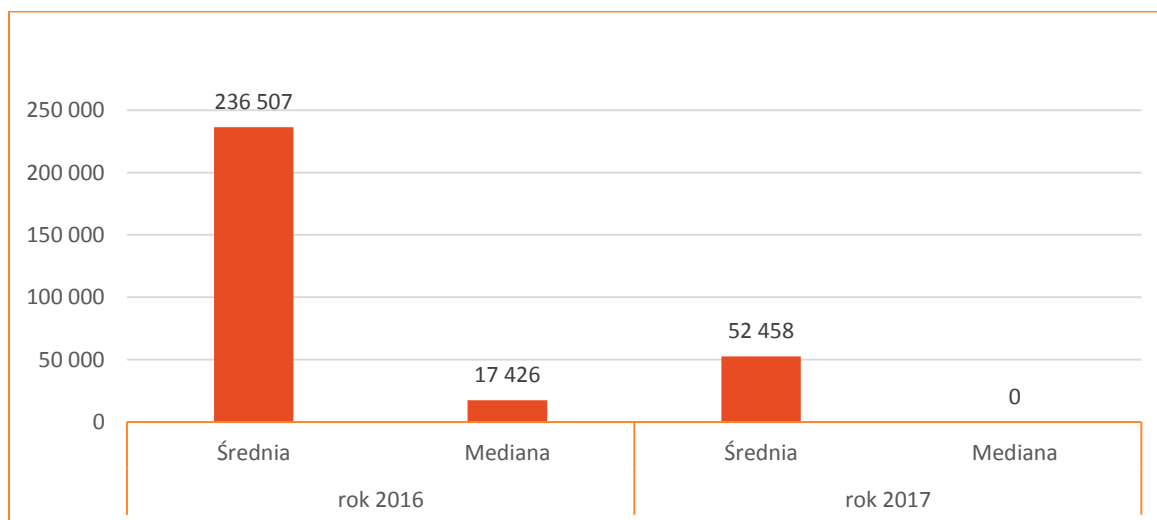
	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. jedn. Inna niż JST	11 785	74,08	10 341	95,28
Bd	3 623	22,77	67	0,62
Ministerstwo	213	1,34	171	1,58
JST	137	0,86	117	1,08
Budżet państwa	100	0,63	115	1,06
Szkoła, jedn. edu	19	0,12	9	0,08
NGO	18	0,11	4	0,04
Organ UE	9	0,06	11	0,10
Firma	4	0,03	18	0,17
SUMA	15 908	100	10 853	100



Rycina 34. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie w latach 2016-2017 (w%)

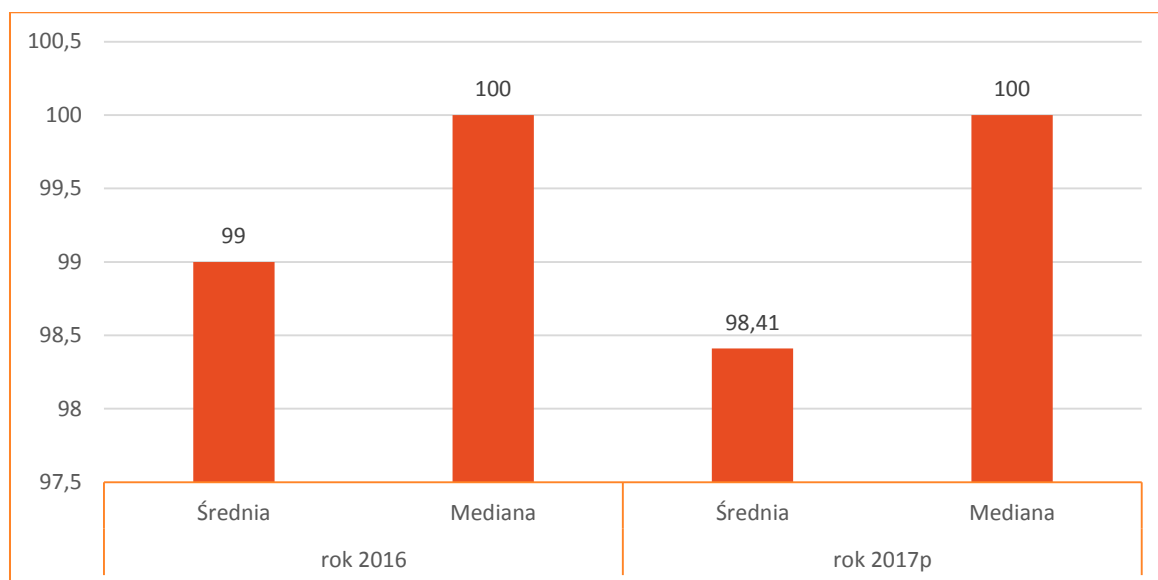
5.3.12. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PF

Średnia kwota finansowania wydatkowana przez PF zmniejszyła się z około 236 tys. zł w roku 2016 do około 52,5 tys. zł w roku 2017. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 35.



Rycina 35. Zmiana kwoty finansowania PF w latach 2016-2017 (w zł)

Mniej radykalnym zmianom uległ zakres finansowania PF wyrażony procentowo. Mediana pozostała bez zmian (Me=100), średnia nieznacznie się zmniejszyła z 99% w roku 2016 do 98,41% w roku 2017. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 36.



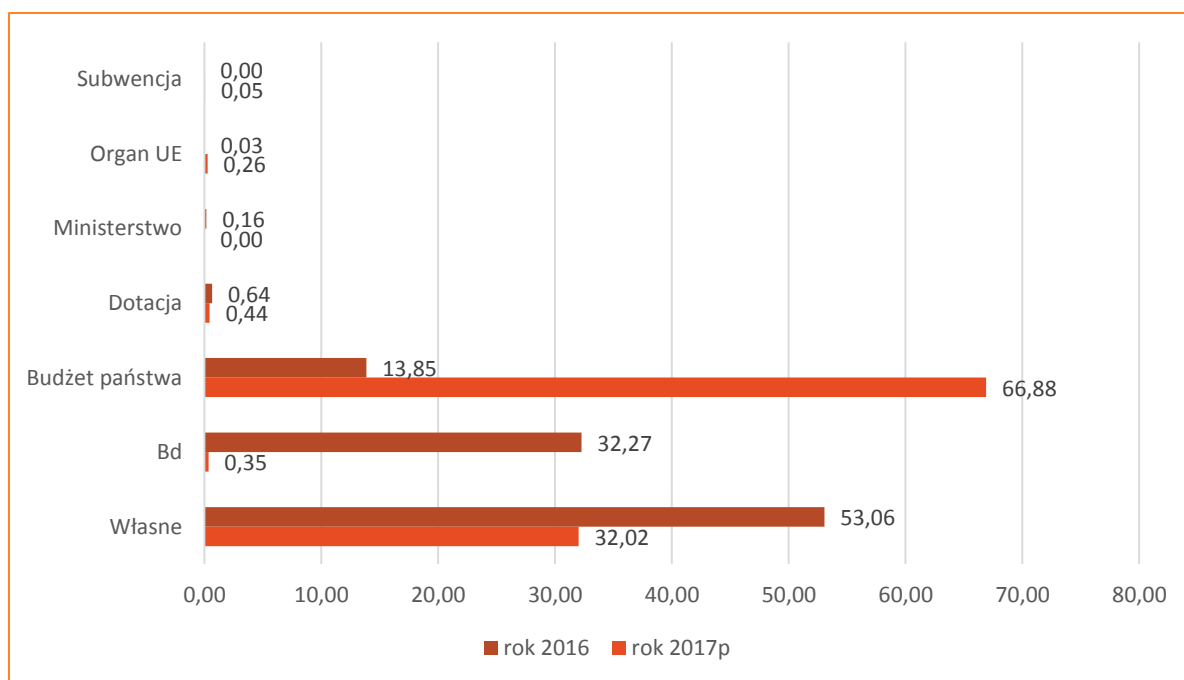
Rycina 36. Zmiana zakresu finansowania PF w latach 2016-2017 (w%)

W roku 2016 najczęściej wskazywanym źródłem finansowania PF były własne zasoby (n=8.440; 53,06%). W roku 2017 z kolei częściej raportowano budżet państwa (n=10.481; 96,57%). Może to wynikać z dwóch przyczyn. Po pierwsze zmiany rodzaju podmiotu finansującego zadania (np. w roku 2016 NFZ sprawozdał 41,87% ogółu zadań (n=6.660), a w roku 2017 istotnie mniej, bo 86, co stanowiło zaledwie 0,79% ogółu zadań) oraz danych wejściowych wprowadzanych przez podmioty centralne. W roku 2016 dominującym określeniem wprowadzonym przez podmioty były środki własne lub „bd”. W roku 2017 głównie wskazywano budżet państwa.

Warto zauważyć, że zmniejszeniu uległa liczba zadań, w której podmioty centralne nie wskazały źródła finansowania PF. Podczas gdy w roku 2016 sytuacja ta dotyczyła ponad 5 tys. zadań, co stanowiło 32,27% ogółu, to w roku 2017 liczba ta spadła do zaledwie 38 zadań, czyli 0,35% ogółu. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 37 oraz Tabela 33.

Tabela 33. Źródło finansowania PF (rodzaj) w latach 2016-2017 (liczba i %)

Źródło finansowania - PF	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Własne	8 440	53,06	3410	31,42
Bd	5 133	32,27	56	0,52
Budżet państwa	2 204	13,85	10 481	96,57
Dotacja	102	0,64	48	0,44
Ministerstwo	25	0,16	0	0
Organ UE	4	0,03	28	0,26
Subwencja	0	0	5	0,05
SUMA	15 908	100	10 853	100



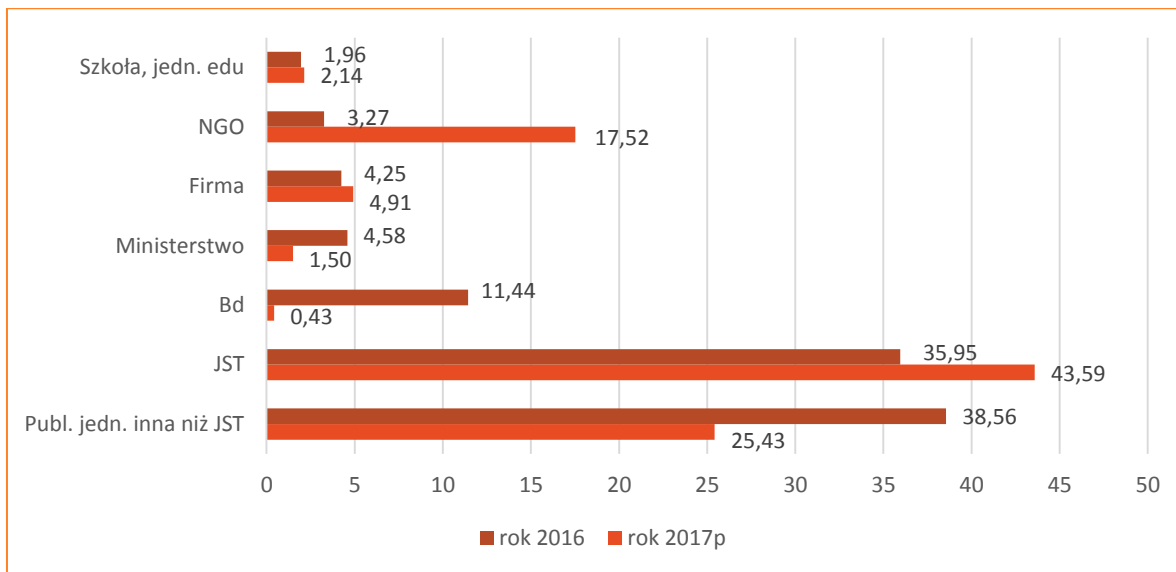
Rycina 37. Zmiana źródła finansowania PF w latach 2016-2017 (w %)

5.3.13. PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY DZIAŁANIE (RODZAJ)

W roku 2016 najczęściej występującym rodzajem podmiotu współfinansującego była jednostka publiczna inna niż JST (n=118; 38,56%). W roku 2017 z kolei najczęściej sprawozdawanym rodzajem PWF były jednostki samorządu terytorialnego (n=205; 42,98%). Uwagę zwraca zmniejszenie liczby zadań, dla których podmioty centralne nie określiły rodzaju PWF (mimo wskazania np. danych dotyczących kwoty lub zakresu finansowania) oraz ponownie, wskazywanie podmiotów nieuprawnionych (co zostało wyjaśnione wcześniej i zapewne wynika z faktu nagminnego określania kosztów jako 0 zł i myleniem funkcji realizatora i PF). W roku 2016 „bd” wystąpiło w 34 zadaniach, co stanowiło 11,44%, podczas gdy w roku 2017 takich zadań były 2, co odpowiadało 0,43% ogółu zadań, w których występował PWF. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 34 oraz Rycina 38.

Tabela 34. Rodzaj podmiotu współfinansującego w latach 2016-2017 (liczba i %)

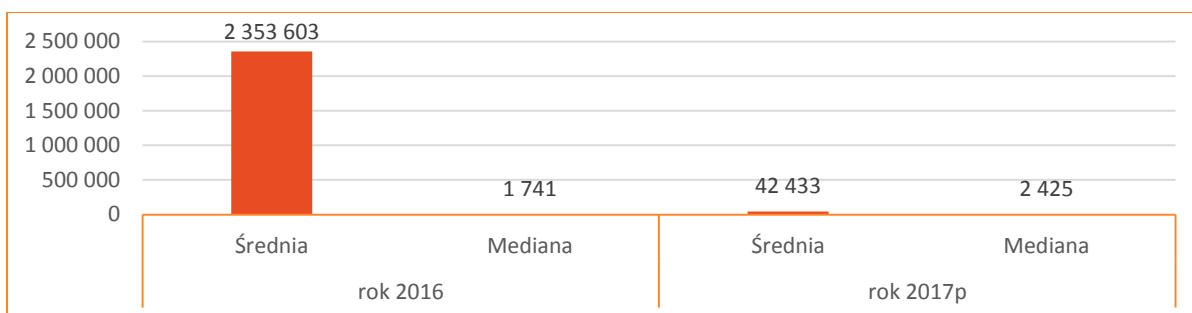
PWF (rodzaj)	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. jedn. inna niż JST	118	38,56	119	25,43
JST	110	35,95	204	43,59
Bd	34	11,44	2	0,43
Ministerstwo	15	4,58	7	1,50
Firma	13	4,25	23	4,91
NGO	10	3,27	82	17,52
Szkoła, jedn. edu	6	1,96	10	2,14
SUMA	306	100	468	100



Rycina 38. Zmiana rodzaju podmiotu współfinansującego w latach 2016-2017 (w%)

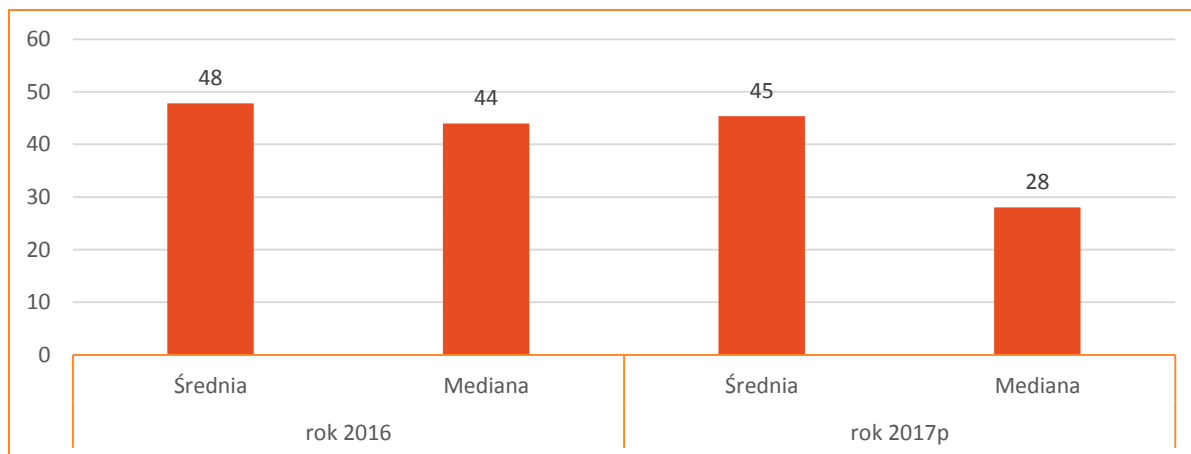
5.3.14. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PWF

Średnia kwota wydatkowana przez PWF na działania z zakresu zdrowia publicznego zmniejszyła się z 2,3 mln zł w roku 2016 do nieco ponad 42 tys. zł w roku 2017. Tak duża różnica wynika zapewne z faktu, że w roku 2016 PWF finansował jedno zadanie w kwocie rzędu > 500 mln zł oraz dwa zadania w kwocie rzędu 10-499 mln zł (szczegółowe dane częściowo w tabeli zbiorczej z danymi ilościowymi - Tabela 36 oraz w Raporcie za rok 2016). W roku 2017 taka sytuacja nie miała miejsca. Mediana wydatków PWF zwiększyła się z 1.741 zł w roku 2016 do 2.425 zł w roku 2017. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 39.



Rycina 39. Zmiana kwoty współfinansowania zadań z zakresu ZP przez PWF w latach 2016-2017

Zakres współfinansowania działań przez PWF nie ulegał tak dynamicznym zmianom. Średni zakres wyniósł w roku 2016 48%, a w roku 2017 niewiele mniej, bo 45%. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 40.

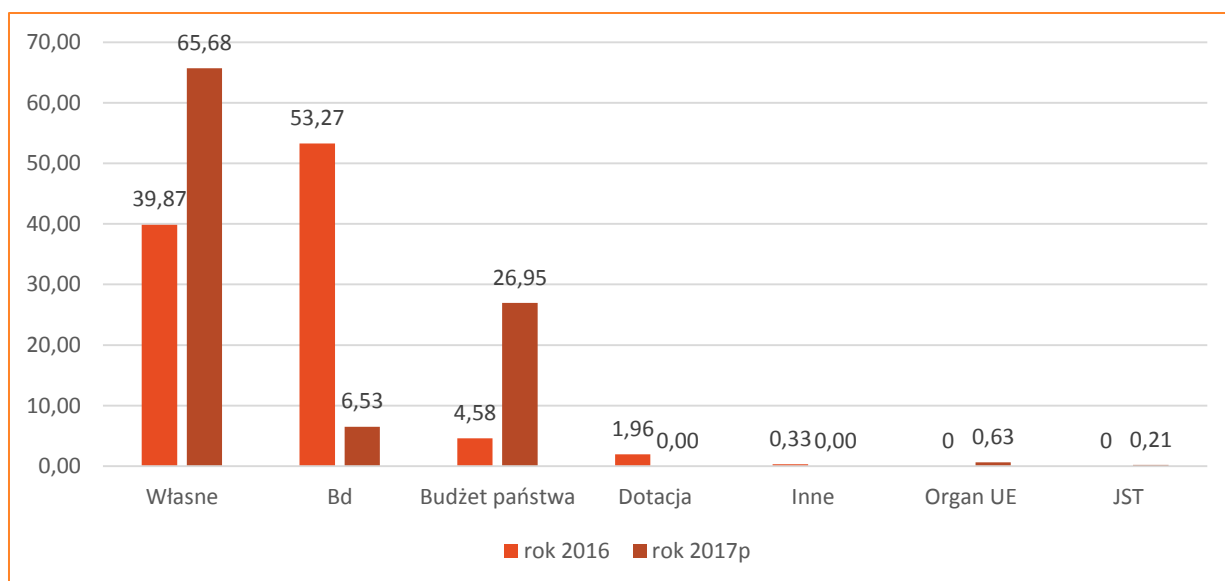


Rycina 40. Zmiana zakresu współfinansowania zadań z zakresu ZP przez PWF w latach 2016-2017

Zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 najczęściej wskazywanym źródłem finansowania dla PWF były zasoby własne (odpowiednio 39,87% zadań współfinansowanych w roku 2016 i 65,68% w roku 2017). Uwagę zwraca zmniejszenie się liczby i odsetka zadań, w których podmioty centralne nie wskazały źródła finansowania PWF. W roku 2016 sytuacja taka dotyczyła aż 53,27% zadań (i jednocześnie stanowiła najczęściej występującą odpowiedź), podczas gdy w roku 2017 liczba zadań bez określenia źródła finansowania dla PWF wyniosła 31 (co stanowiło 6,53% zadań). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 41 oraz Tabela 35.

Tabela 35. Zmiana źródła finansowania PWF w latach 2016-2017 (liczba i %)

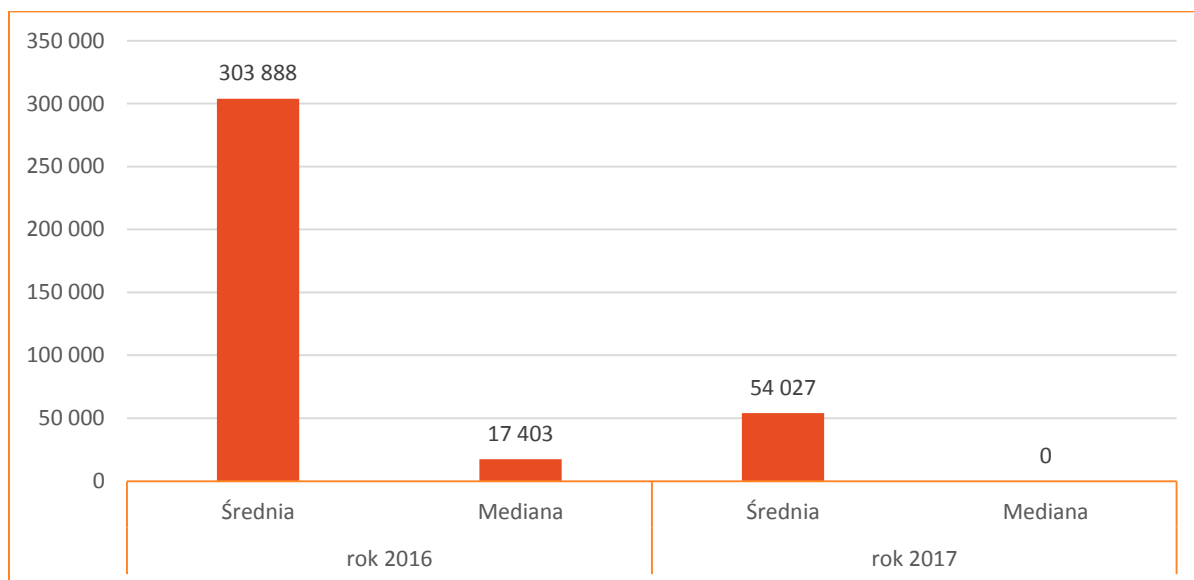
Źródło finansowania - PWF	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Własne	122	39,87	299	62,29
Bd	163	53,27	33	6,46
Budżet państwa	14	4,58	143	29,79
Dotacja	6	1,96	0	0
Inne	1	0,33	0	0
Organ UE	0	0	5	0
SUMA	306	100	475	100



Rycina 41. Zmiana źródła finansowania PWF w latach 2016-2017 (w %)

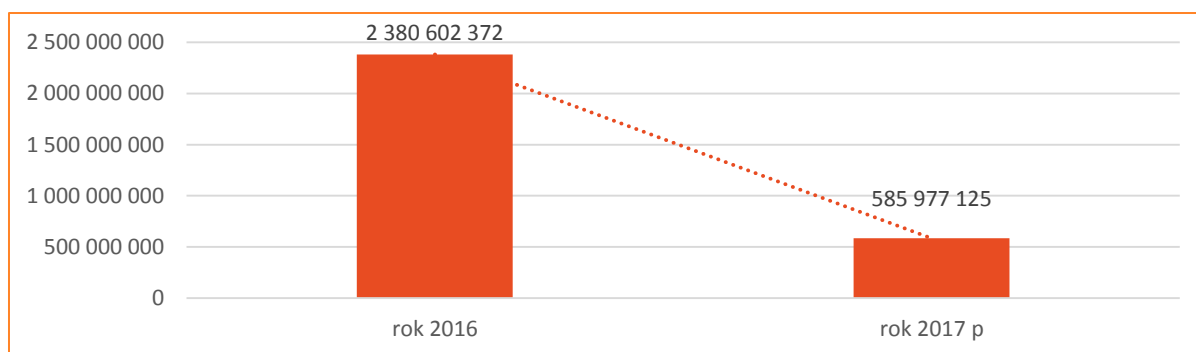
5.3.15. CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA

Średnia wartość całkowitego kosztu realizacji pojedynczego zadania zmniejszyła w latach 2016-2017 z nieco ponad 300 tys. w roku 2016 do około 54 tys. zł w roku 2017. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 42.



Rycina 42. Zmiana wartości średniej i mediany całkowitego kosztu realizacji zadania w latach 2016-2017 (w zł)

Sumaryczny całkowity koszt realizacji wszystkich zadań zmniejszył się z 2,38 mld zł w roku 2016 do 0,59 mld w roku 2017. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 42. Zmniejszeniu uległ też maksymalny koszt pojedynczego zadania, który zmniejszył się z około 516 mln zł w roku 2016 do około 45 mln w roku 2017 (Tabela 36).



Rycina 43. Zmiana całkowitego kosztu realizacji zadań w latach 2016-2017 (w zł)

5.3.16. ANALIZA ZBIORCZA DANYCH ILOŚCIOWYCH

Poniżej (Tabela 36) przedstawiono zbiorcze zestawienie zmian w zakresie danych ilościowych, jakie nastąpiły w latach 2016-2017.

Tabela 36. Zbiorcza analiza ilościowa zmian wybranych parametrów zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017

Zmienna	rok 2016					rok 2017p				
	N	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	N	Średnia	Mediana	Min.	Maks.
Czas trwania (dni)	15 189	317	365	1	365	10 824	311	364	1	365
N grup doc	14 385	155 588	760	1	38 530 000	10 722	276 593	1018	0	38 434 000
Dział. promocyjno-educacyjne - liczba działań	3 910	59	7	1	87 281	5 141	438	4	0	1835792
Dział. promocyjno-educacyjne - liczba osób	3 559	49 004	300	1	62 200 636	5 101	40 598	506	0	38 000 000
Dział. profilaktyczne - liczba działań	3 158	933	21	1	242 791	3 423	83	4	1	52578
Dział. profilaktyczne - liczba osób	3 114	67 994	268,5	0	38 000 000	3 398	36 445	406,5	0	38 000 000
Dział. szkoleniowe i konferencje - liczba działań	1 879	8	2	0	725	2 118	10	1	1	1 558
Dział. szkoleniowe i konferencje - liczba osób	1 869	211	24	0	14 889	2 122	258	23	0	47 194
Działalność badawcza - liczba działań	414	1753	8	1	278 449	847	803	2	1	331 519
Działania inne - liczba działań	5 940	372	23	1	355 778	5 899	185	6	1	297 563
Kwota finansowania - PF	8 251	236 507	17 426	0	242 975 202	10 825	52 458	0	0	45 390 627
Zakres finansowania (w%) - PF	14 702	99	100	0	100	10 812	98,41%	1	0	100%
Kwota	236	2 353 603	1741	0	516 497 104	418	42433	2425	0	2 400 000

finansowania - PWF										
Zakres finansowania (w%) - PWF	211	48	44	1	100	403	45,35%	0,28	0	100%
Całkowity koszt zadania	8 281	303 888	17 403	0	759 472 306	10 846	54 027	0	0	45 390 627

5.3.17. KOSZT REALIZACJI ZADANIA W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Średnia wartość kosztów realizacji zadania zwiększyła się w zakresie zadań przypisanych do celu operacyjnego nr 1 oraz 5, w pozostałych przypadkach zmniejszyła się lub dane dla określonego celu operacyjnego nie występowały. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 37.

Tabela 37. Zmiana wartości kosztów realizacji zadania w zależności od numeru celu operacyjnego w latach 2016-2017

OP	rok 2016				rok 2017p			
	Średnia	Mediana	Max	Min	Średnia	Mediana	Min	Max
1	67 856	3 825	7 300 000	0	107361	0	0	45 390 627
2	175 937	7 835	25 485 819	0	42899	0	0	38 865 886
3	216 753	55 864	7 006 030	0	134413	0	0	7 684 227
4	65 252	13 197	28 014 871	0	30206	0	0	23 111 706
5	738 782	30 669	759 472 306	100	999424	0	0	43 960 587
6	197 152	82 470	1 250 049	227	77999	0	0	4 830 662
7	95 864	95 864	95 864	95 864				
9	4 340	4 340	4 340	4 340				
11	62 524	51 792	144 855	30 200				
bd	172 809	82 470	1 250 049	227	66218	0	0	6 900 000

Należy zwrócić uwagę na fakt, że w roku 2016 podmioty centralne wskazywały na faktycznie nieistniejące numery celów operacyjnych NPZ (7, 9 oraz 11). W roku 2017 taka sytuacja nie miała miejsca.

5.3.18. KOSZT REALIZACJI ZADANIA W PRZELICZENIU NA 1 OSOBĘ W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Średnia wartość kosztów w przeliczeniu na 1 osobę w populacji docelowej zwiększyła się w przypadku zadań realizowanych w ramach celu operacyjnego nr 3 oraz 5, w pozostałych przypadkach zmniejszyła się. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 38.

Tabela 38. Zmiana kosztu realizacji zadań w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2017

Nr celu operacyjnego NPZ	rok 2016		rok 2017p	
	Średni kosz/1 osobę	Mediana koszt/1 osobę	Średni kosz/1 osobę	Mediana koszt/1 osobę
OP 1	532,84	48,00	70,80	0,93
OP 2	526,06	33,45	426,17	1,62
OP 3	754,01	88,06	849,79	4,55
OP 4	258,01	62,14	165,79	1,07
OP 5	591,01	58,05	1318,26	75,64
OP 6	98,89	74,35	17,81	0,43

5.3.19. JAKOŚĆ SPRAWOZDAWCZOŚCI W LATACH 2016-2017

Jakość sprawozdawczości opisano przy pomocy analizy zmian liczebności zadań, w których podmioty centralne nie określały bądź określały błędnie danych parametr, tj. liczby zadań z rekordem „bd”.

Analiza częstości występowania odpowiedzi typu „bd” w zakresie raportowanych parametrów wykazała, że we wszystkich parametrach zarówno liczba jak i odsetek tego rodzaju odpowiedzi zmniejszył się – szczegółowe dane zaprezentowano poniżej (Tabela 39).

Tabela 39. Występowanie odpowiedzi "bd" w zadaniach sprawozdawanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017

Parametr	rok 2016		rok 2017p	
	liczba bd	procent bd	liczba bd	procent bd
numer celu operacyjnego NPZ	↑ 1081	↓ 6,80	↓ 436	↓ 4,02
numer zadania NPZ	↑ 2021	↓ 12,70	↓ 727	↓ 6,70
czas trwania zadania	↑ 719	↓ 4,52	↓ 26	↓ 0,24
zasięg terytorialny	↑ 1300	↓ 8,17	↓ 0	↓ 0,00
populacja objęta zadaniem (rodzaj)	↑ 985	↓ 6,19	↓ 0	↓ 0,00
populacja objęta zadaniem (liczebność)	↑ 1523	↓ 9,57	↓ 222	↓ 2,05
realizator zadania (rodzaj)	↑ 1306	↓ 8,20	↓ 38	↓ 0,35
Tryb realizacji zadania	↑ 5868	↓ 36,89	↓ 76	↓ 0,70
Podmiot finansujący zadanie PF	↑ 3623	↓ 22,77	↓ 67	↓ 0,62
Źródło finansowania PF	↑ 5133	↓ 32,27	↓ 38	↓ 0,35
Podmiot współfinansujący zadanie PWF	↑ 34	↓ 11,44	↓ 11	↓ 2,31
Źródło finansowania PWF	↑ 163	↓ 53,27	↓ 31	↓ 6,53

5.4. WYNIKI EWALUACJI ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ PODM. CENTR. W ROKU 2017 – DANE ZWERYFIKOWANE

Analizie poddano **10.883** rekordy nadesłane przez podmioty centralne i poddane weryfikacji przez MZ. Opis metodyki procesu weryfikacji został opisany w części wstępnej do analizy danych podmiotów centralnych.

5.4.1. LICZBA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE W ROKU 2017

Całkowita liczba zadań, które zostały włączone do analizy wniosła 10.883 rekordy, z czego najwięcej nadesłał PIS (n=10.240; 94,09%), a następnie MSWiA (n=119;1,09%) – w tym zawierały się m.in. programy realizowane przez policję czy PSP. Ogólnie, najwięcej zadań sprawozdały jednostki organizacyjne PIS. Szczegółowe dane poniżej - Tabela 40.

Tabela 40. Zadania z zakresu zdrowia publicznego raportowane przez poszczególne podmioty centralne (liczba i %)

Instytucja raportująca	Liczba	Procent
PIS	10240	94,09
MSWiA	119	1,09
MZ	109	1,00
NIZP-PZH	83	0,76
NFZ	86	0,79
PARPA	52	0,48
MON	33	0,30
IMP	17	0,16
IMW	11	0,10
IPiN	9	0,08
MEN	8	0,07
NIL	9	0,08
NIGRR	7	0,06
ME	6	0,06
COI	5	0,05
PKP	3	0,03
IMIiD	4	0,04
PAN	4	0,04
MF	3	0,03
MSiT	3	0,03
UOKiK	3	0,03
GUS	0	0
CIOP	2	0,02
MRiRW	3	0,03
CMJwoZ	2	0,02
ULC	1	0,01
MS	19	0,17
MŚ	3	0,03
RPP	1	0,01
MC	1	0,01
KRTiT	1	0,01
MRPiPS	7	0,06
MKiDN	3	0,03
Iżiż	26	0,24
SUMA	10883	100

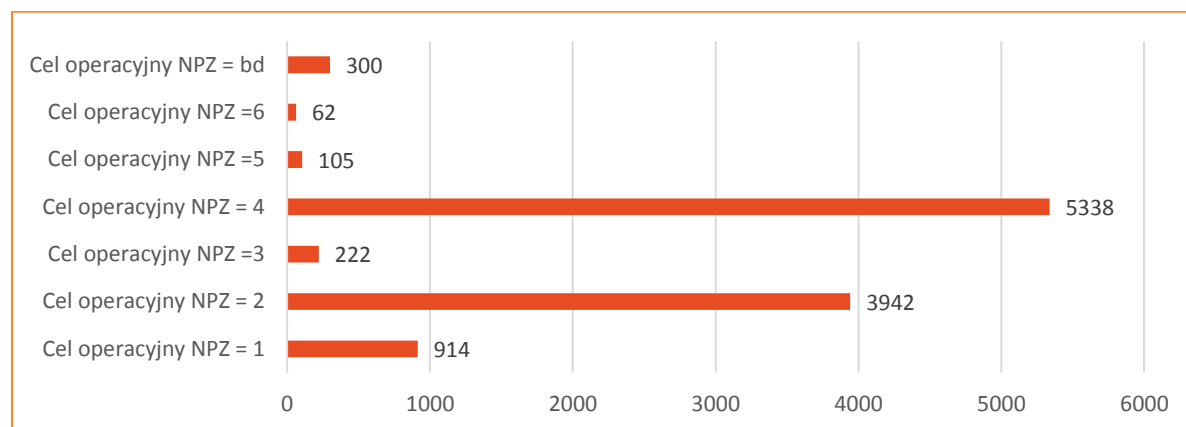
Większość z powyższych zadań było realizowana przez pojedynczą instytucję (n=10419; 95,74%). Pozostałe były współfinansowane i stanowiły odpowiednio (n= 464; 4,26%). Proces weryfikacji dokonany przez MZ wskazał na konieczność dokonania korekt w zakresie 99,79% (n=10.860) sprawozdanych zadań, tzn. że poprawione zostały niemal wszystkie dane z bazy, przy czym należy zauważyć, że zakres tych zmian był zróżnicowany i mógł dotyczyć nawet pojedynczego sformułowania, które nie musiało wpłynąć na dane ujęte w raporcie (np. tytuł zadania czy numer ID podmiotu sprawozdającego).

5.4.2. CEL I NUMER ZADANIA NPZ

Podmioty centralne najczęściej podejmowały działania z zakresu 4 celu operacyjnego (n=5.338; 49,05%), tj. *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki a następnie 2 celu operacyjnego (n=3.942; 36,22%), tj. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*. Zestawienie tytułów wszystkich celów i zadań NPZ zawiera Załącznik 1. Łącznie wspomniane zadania stanowiły 85,27% ogółu zadań zrealizowanych w roku 2017. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 41 oraz Rycina 44.

Tabela 41. Liczba zadań realizowanych w odniesieniu do celu operacyjnego NPZ (liczba i %)

Nr celu operacyjnego NPZ	Liczba	Procent
OP 1	914	8,40
OP 2	3 942	36,22
OP 3	222	2,04
OP 4	5 338	49,05
OP 5	105	0,96
OP 6	62	0,57
OP = bd	300	2,76
SUMA	10 883	100



Rycina 44. Liczba zadań podejmowanych przez podmioty centralne w roku 2017 w zależności od celu operacyjnego NPZ

Analiza w zakresie numeru zadania NPZ okazała się problematyczna ze względu na duże zróżnicowanie podawanych numerów zadań. W roku 2017 podmioty centralne sprawozdały aż 293 typy zadań, z czego aż 72 rodzaje zadania pojawiły się w sprawozdawczości tylko jeden raz. Z tego względu zaprezentowano te rodzaje, dla których liczba działań wyniosła przynajmniej 50. Zestawienie tytułów celów i zadań NPZ zawiera Załącznik 1.

Najczęściej raportowanym zadaniem było 4.2.1 w ramach 2 celu operacyjnego (n=573; 5,27%), co odpowiada tytułowi *Opracowywanie i upowszechnianie standardów dotyczących postępowania w przypadku udzielania pomocy osobom używającym NSP*, następnie 2.1.5 w ramach tego samego celu, co odpowiada tytułowi: *Prowadzenie działań edukacyjnych adresowanych do kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, w tym opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących profilaktyki i leczenia osób uzależnionych oraz zagrożeń związanych z zakażeniami HIV, HCV i HBV oraz chorób przenoszonych drogą płciową wśród osób stosujących substancje psychoaktywne* oraz 1.1.4, tj. *Tworzenie warunków umożliwiających kształtowanie i utrzymanie prawidłowych wzorców odżywiania i aktywności fizycznej w środowiskach nauki, pracy, służby i wypoczynku*. W przypadku 567 zadań (co stanowiło 5,21% ogółu działań) podmiot centralny nie wskazał numeru zadania NPZ. Pozostałe dane poniżej - Tabela 42.

Tabela 42. Działania podejmowane przez podmioty centralne w relacji do numeru zadania NPZ - zestawienie zawiera zadania NPZ, które zostały sprawozdane przynajmniej 50 razy (liczba i %)

Numer zadania NPZ	Liczba	Procent
4.2.1	573	5,27
bd	567	5,21
2.1.5	544	5,00
1.1.4	481	4,42
1.2.5	472	4,34
1.1.6	411	3,78
1.2.1	406	3,73
4.2.2	396	3,64
2.1.1.1.b	386	3,55
4.2.3	376	3,45
2.1.11	258	2,37
1.1.2	246	2,26
1.1.3	242	2,22
4.1.2	231	2,12
2	197	1,81
1	172	1,58
4.1.2.5	161	1,48
2.1.8	148	1,36
1.1.1	146	1,34
2.1.10	141	1,30
1.1	135	1,24
2.4.2.1	122	1,12
4.2.1.5	121	1,11
1.1.2.1	108	0,99
2.1.2.4	106	0,97
2.3.1.1	98	0,90
2.1.2.3.c	95	0,87
4	93	0,85

2.1.7	88	0,81
1.3	88	0,81
3.1.i	83	0,76
2.2.1.1.1.b	82	0,75
4.1.1.6	79	0,73
2.1.1.3	73	0,67
2.1.1.1.a	72	0,66
2.5.14	72	0,66
2.1	69	0,63
1.1.5	69	0,63
4.2.1.11	69	0,63
2.1.9	68	0,62
2.4.2.3	65	0,60
4.1.1.4	65	0,60
4.1.1.2	64	0,59
1.2.7	60	0,55
4.2	59	0,54
3.1.e	58	0,53
4.1	56	0,51
4.1.1.3	55	0,51
1.2.6	54	0,50
4.3.1.i	53	0,49
3.1.a	50	0,46

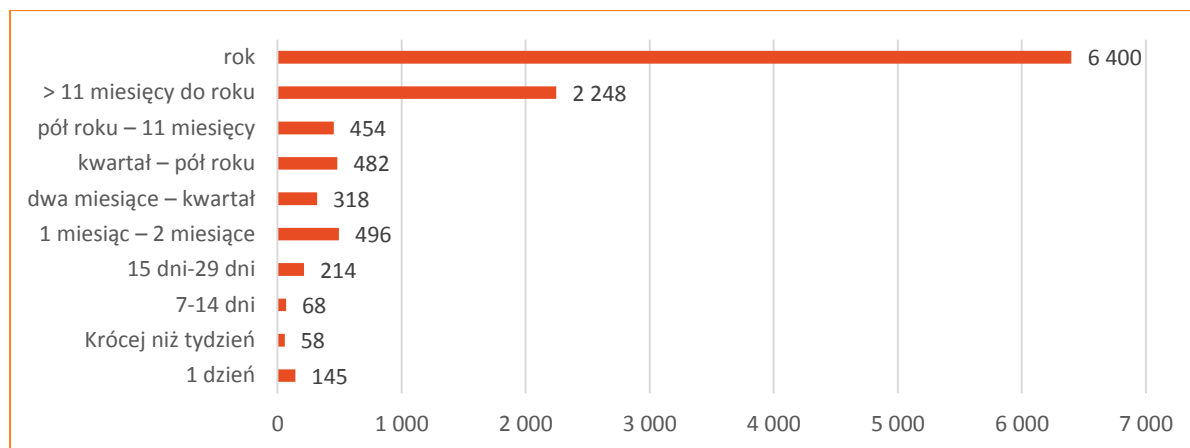
5.4.3. CZAS TRWANIA ZADANIA

W analizie czasu trwania działań jako podstawową jednostkę obliczeniową wykorzystano liczbę dni. Dodatkowo, analizę wykonano w przedziałach czasowych. Zadania realizowane przez podmioty centralne trwały średnio 311 dni (Me=364). Szczegóły zaprezentowano w opracowaniu zbiorczym - Tabela 59. Najczęściej zadania podejmowane przez podmioty centralne trwały rok (n=6400; 58,81%), a następnie ponad 11 miesięcy do roku (n=2248; 20,66%). Podmioty centralne określiły w 100% czas trwania zadania. Pozostałe dane poniżej - Tabela 43 oraz Rycina 45.

Tabela 43. Czas trwania działań podejmowanych przez podmioty centralne w przedziałach (liczba i %)

Czas trwania działania	Liczba	Procent
1 dzień	145	1,33
Krócej niż tydzień	58	0,53
7-14 dni	68	0,62
15 dni-29 dni	214	1,97

1 miesiąc – 2 miesiące	496	4,56
Dwa miesiące – kwartał	318	2,92
Kwartał – pół roku	482	4,43
Pół roku – 11 miesięcy	454	4,17
> 11 miesięcy do roku	2 248	20,66
rok	6 400	58,81
SUMA	10 883	100



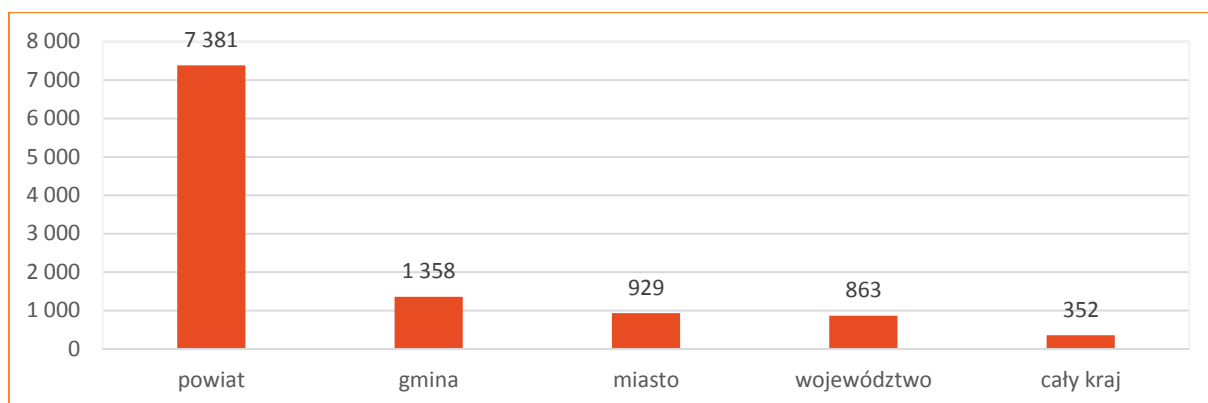
Rycina 45. Liczba działań podejmowanych przez podmioty centralne a czas ich trwania (w przedziałach)

5.4.4. ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Zadania podejmowane przez podmioty centralne najczęściej były realizowane lokalnie - w zakresie jednego lub kilku powiatów (n=7381; 67,82%), co może być związane z tym, że realizatorami najczęściej były stacje sanitarno-epidemiologiczne działające lokalnie. Podmioty centralne określiły w 100% zasięg terytorialny działań podejmowanych w roku 2017. Szczegóły poniżej - Rycina 46 oraz Tabela 44.

Tabela 44. Zasięg terytorialny działań z zakresu ZP (liczba i %)

Zasięg terytorialny działań	Liczba	Procent
Powiat	7 381	67,82
Gmina	1 358	12,48
Miasto	929	8,54
Województwo	863	7,93
Cały kraj	352	3,23
SUMA	10 883	100



Rycina 46. Zasięg terytorialny działań podejmowanych przez podmioty centralne

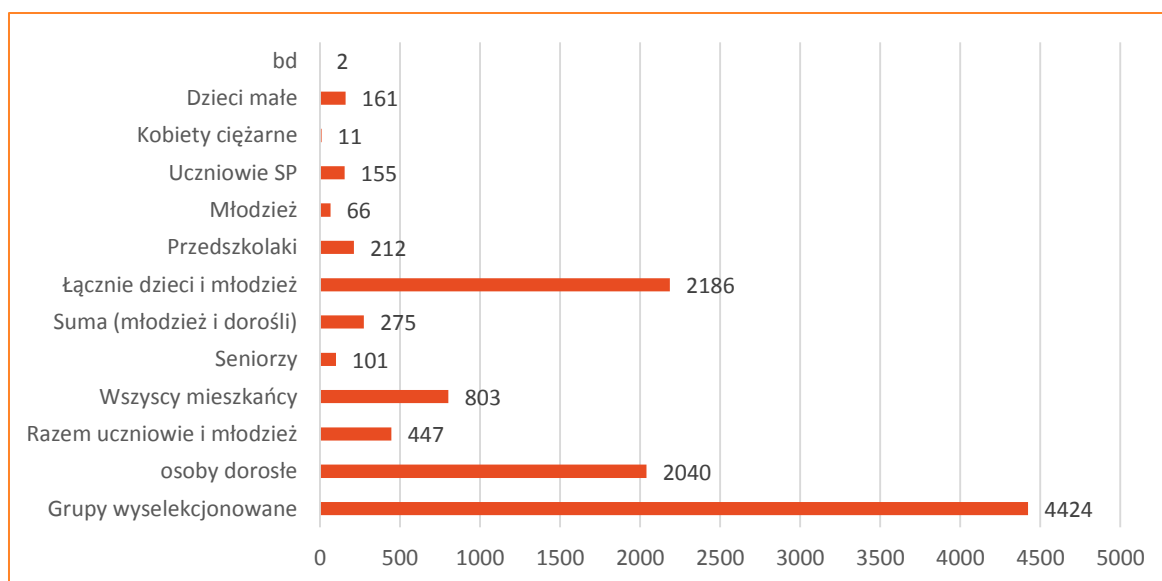
5.4.5. POPULACJA DOCELOWA ZADANIA

Grupa docelowa działań z zakresu ZP została w pierwszej kolejności poddana ocenie jakościowej ze względu na rodzaj. W tym celu opisano ją za pomocą przypisanych nazw podgrup, których zakres został omówiony wcześniej.

Odbiorcami zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanymi przez podmioty centralne były najczęściej osoby, które można zaliczyć do grupy osób wyselekcjonowanych (n=4.424; 40,65%), a więc osoby, które brały udział w działaniach przez wzgląd na ściśle określoną cechę, np. bycie nauczycielem, rodzicem, policjantem czy bycie osobą nadużywającą alkoholu. Następnie, były to osoby młode, tj. łącznie dzieci i młodzież (n=2.186; 20,10%). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 47 Tabela 45

Tabela 45. Rodzaj grupy docelowej w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne

Rodzaj grupy docelowej	Liczba	Procent
Grupy wyselekcjonowane	4 424	40,65
Osoby dorosłe	2 040	18,74
Razem uczniowie i młodzież	447	4,11
Wszyscy mieszkańcy	803	7,38
Seniorzy	101	0,94
Suma (młodzież i dorośli)	275	2,53
Łącznie dzieci i młodzież	2 186	20,10
Przedszkolaki	212	1,94
Młodzież	66	0,61
Uczniowie SP	155	1,42
Kobiety ciężarne	11	0,10
Dzieci małe	161	1,48
Bd	2	0,02
SUMA	10 883	100



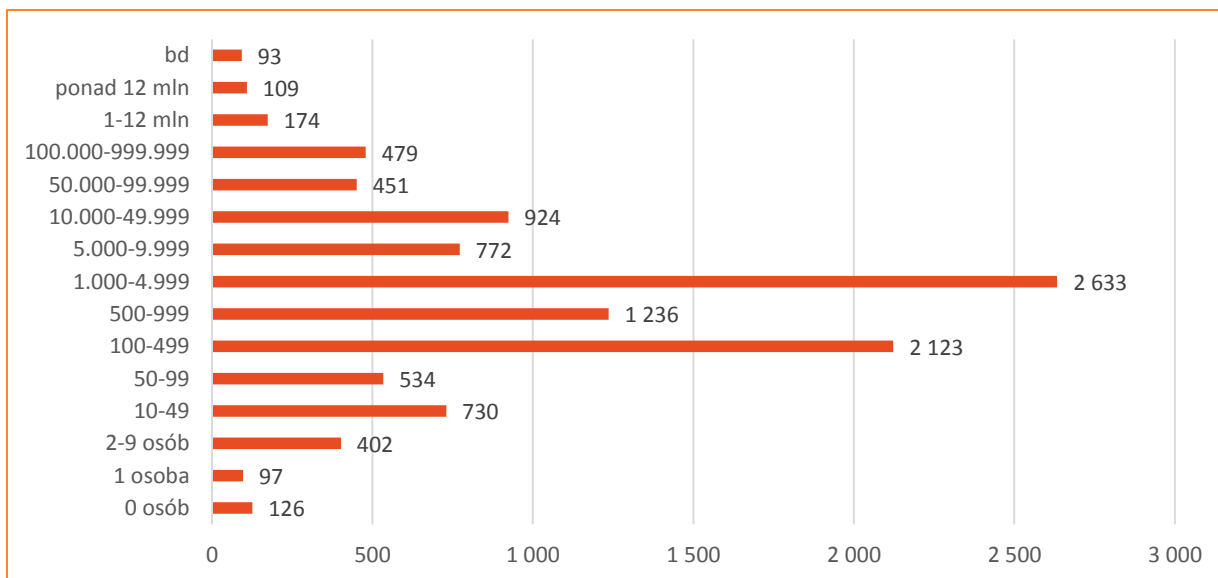
Rycina 47. Liczba osób będąca odbiorcami działań z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne ze względu na rodzaj

Następnie grupę tą poddano analizie ilościowej. W tym celu określono wielkość populacji w poszczególnych działaniach podejmowanych przez podmioty centralne. Średnio w działaniach z zakresu ZP brało udział blisko 450 tys. osób (Me=1.045). Pozostałe dane ilościowe zaprezentowano zbiorczo - Tabela 59.

Analiza w przedziałach wykazała, że działania skierowane były najczęściej do 1.000-4.999 osób (n=2.633; 24,19%) lub 100-499 osób (n=2.123; 19,51%). W 93 przypadkach nie określono wielkości populacji docelowej (co stanowiło 0,85%). Pozostałe dane poniżej - Tabela 46 oraz Rycina 48.

Tabela 46. Liczebność populacji docelowej w przedziałach (liczba i %)

Liczebność grupy docelowej	Liczba	Procent
0 osób	126	1,16
1 osoba	97	0,89
2-9 osób	402	3,69
10-49	730	6,71
50-99	534	4,91
100-499	2 123	19,51
500-999	1 236	11,36
1.000-4.999	2 633	24,19
5.000-9.999	772	7,09
10.000-49.999	924	8,49
50.000-99.999	451	4,14
100.000-999.999	479	4,40
1-12 mln	174	1,60
Ponad 12 mln	109	1,00
Bd	93	0,85
SUMA	10 883	100



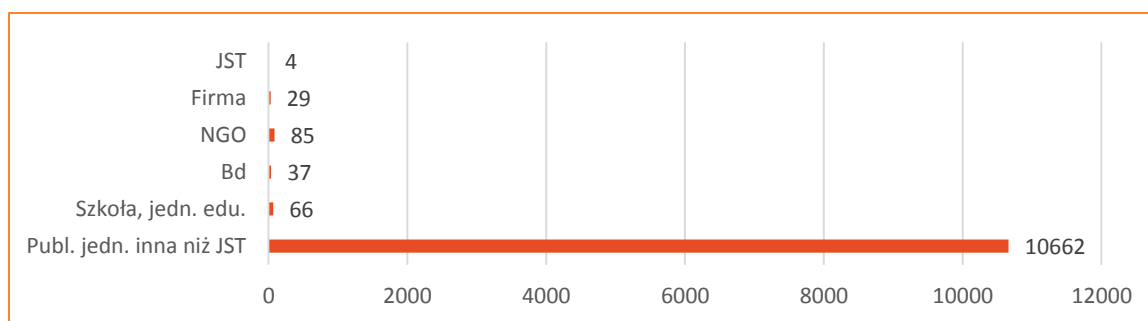
Rycina 48. Liczba osób biorących udział w działaniach z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne w przedsiębiorstwach

5.4.6. REALIZATOR ZADANIA

Najczęściej, realizatorem działań z zakresu ZP były jednostki publiczne inne niż JST – głównie stacje sanitarno-epidemiologiczne (n=10.662; 97,97%). W 37 przypadkach podmioty centralne nie określiły podmiotu realizującego zadanie, co stanowiło 0,34% ogółu. Pozostałe dane poniżej - Tabela 47 oraz Rycina 49.

Tabela 47. Rodzaj podmiotu centralnego realizującego działanie z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)

Rodzaj podmiotu realizującego zadanie	Liczba	Procent
Publ. jedn. inna niż JST	10 662	97,97
Szkoła, jedn. edu.	66	0,61
Bd	37	0,34
NGO	85	0,78
Firma	29	0,27
JST	4	0,04
SUMA	10 883	100



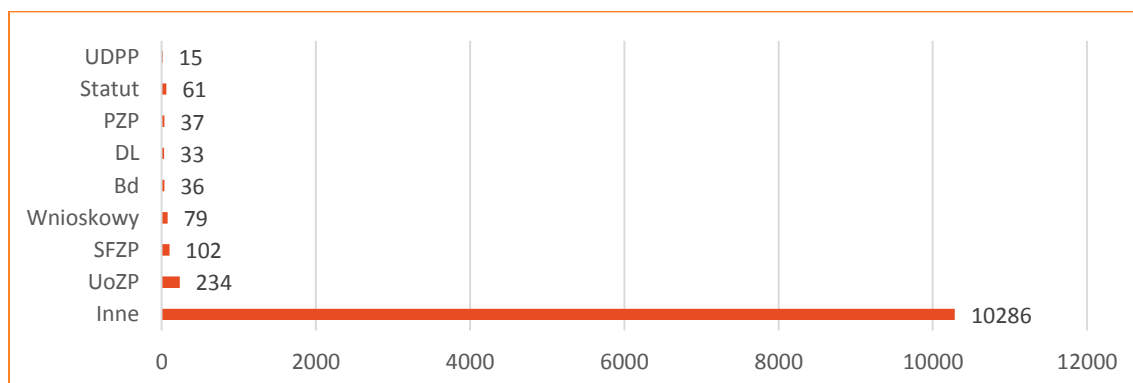
Rycina 49. Podmiot centralny realizujący zadanie z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj

5.4.7. TRYB REALIZACJI ZADANIA

W celu określenia trybu realizacji zadania, rozumianego jako podstawa prawna podjętych działań, podmioty centralne najczęściej wskazywały przepisy prawne sklasyfikowane jako „inne” – głównie branżowe ustawy i rozporządzenia, np. Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z 14.03.1985 r. (t.j. Dz.U. 2017, poz 1261 z późn. zm.). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 50 oraz Tabela 48.

Tabela 48. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne (liczba i %)

Tryb realizacji zadania	Liczba	Procent
Inne	102 86	94,51
UoZP	234	2,15
SFZP	102	0,94
Wnioskowy	79	0,72
Bd	36	0,33
DL	33	0,29
PZP	37	0,34
Statut	61	0,56
UDPP	15	0,14
SUMA	10 883	100



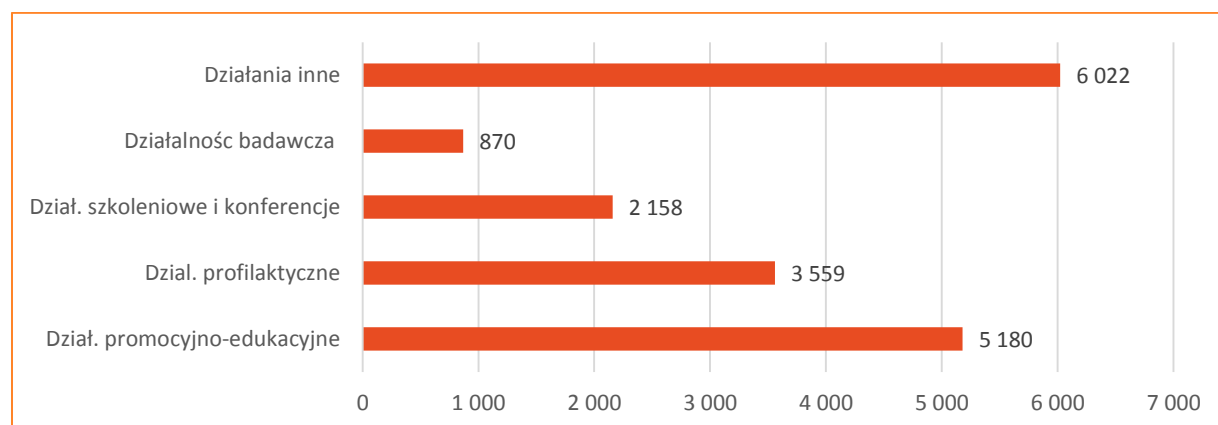
Rycina 50. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne

5.4.8. ELEMENTY DZIAŁAŃ PODEJMOWANE W RAMACH ZADANIA

Podmioty centralne najliczniej podjęły działania określone jako inne (n=6022; 55,33%, %). Były to takie działania jak: kontrole realizacji projektu, kontrole sanitarne obiektów, wizytacje, badania ankietowe czy zbieranie danych i przygotowywanie na ich podstawie sprawozdań. Drugim w kolejności rodzajem działania były działania promocyjno-edukacyjne (n=5180; 47,60%). Były to takie działania jak np. publikowanie informacji (zarówno w formie tradycyjnej jak i internetowej), prowadzenie akcji zdrowotnych, dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 51 oraz Tabela 49.

Tabela 49. Rodzaj działań podejmowanych w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne (liczba i %)

Rodzaj podjętych działań	Liczba	Procent
Dział. promocyjno-edukacyjne	5 180	47,60
Dział. profilaktyczne	3 559	32,70
Dział. szkoleniowe i konferencje	2 158	19,83
Dział. badawcza	870	7,99
Działania inne	6 022	55,33



Rycina 51. Liczba działań podjętych w ramach zadań realizowanych przez podmioty centralne

W grupie działań określonych jako „inne” oszacowano (na podstawie tytułów/nazw działań) liczbę działań odpowiadających tematycznie i zakresowo kontrolom sanitarnym prowadzonym przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Ich liczba wyniosła blisko 2.200 rekordów. Po uwzględnieniu jedynie tych zadań, w których podmiot sprawozdający nie wskazał żadnych innych działań poza tymi sklasyfikowanymi jako „inne” ich liczba wyniosła około 1.900.

5.4.9. PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Dane dotyczące zagadnień finansowych (kwota finansowania i zakres wyrażony procentowo) zostały poddane analizie oddzielnie dla podmiotu finansującego oraz współfinansującego. Oba podmioty zostały również opisane ze względu na rodzaj poprzez przypisanie do określonych grup. Co ważne, w większość zadań sprawozdanych przez podmioty centralne w rubryce wartość finansowania i koszt

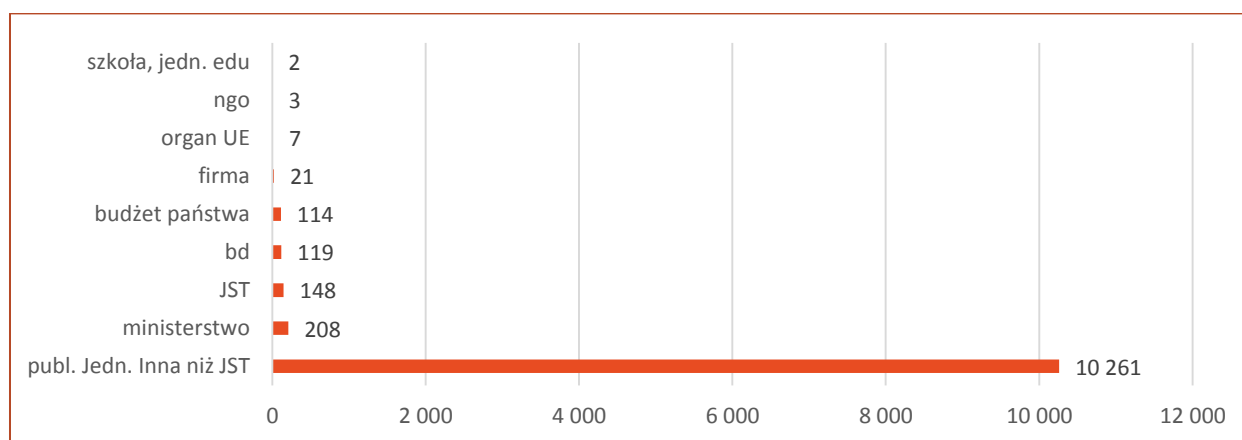
całkowity pojawiała się wartość zerowa. Ma to istotny wpływ na wartość wyników statystyk opisowych. Ani czas, ani nakład pracy pracowników danej instytucji nie był wyceniany przez podmioty centralne, co może niesłusznie sugerować, że zadania nie były związane z żadnymi kosztami.

Podmiotem finansującym (PF) zadanie z zakresu ZP były najczęściej jednostki publiczne inne niż jednostki samorządu terytorialnego (n=10.261; 94,28%). W grupie tej najczęściej pojawiającym się realizatorem były stacje sanitarno-epidemiologiczne. Następnym pod względem częstości podmiotem finansującym były ministerstwa (n=208; 1,91%). Uwagę zwracają takie instytucje jak firmy, NGO czy szkoły, które nie mogą pełnić roli PF i zostały sprawozdanie zapewne mylnie. Należy mieć także na względzie, że znaczna część zadań sprawozdanych przez podmioty centralne miała zerowe koszty realizacji i określenie danej jednostki jako PF może oznaczać zaangażowanie innych zasobów jak finansowe. Pozostałe dane poniżej – Tabela 50 oraz Rycina 52.

Dane na temat liczby osób biorących udział w poszczególnych rodzajach działań jak również o liczbie samych działań są przedstawiono zbiorczo - Tabela 59.

Tabela 50. Podmiot finansujący zadania z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj (liczba i %)

Podmiot finansujący PF (rodzaj)	Liczba	Procent
Publ. Jedn. Inna niż JST	10 261	94,28
Ministerstwo	208	1,91
JST	148	1,36
Bd	119	1,09
Budżet państwa	114	1,05
Firma	21	0,19
Organ UE	7	0,06
NGO	3	0,03
Szkoła, jedn. edu	2	0,02
SUMA	10 883	100



Rycina 52. Rodzaj podmiotu finansującego (PF) zadanie z zakresu ZP

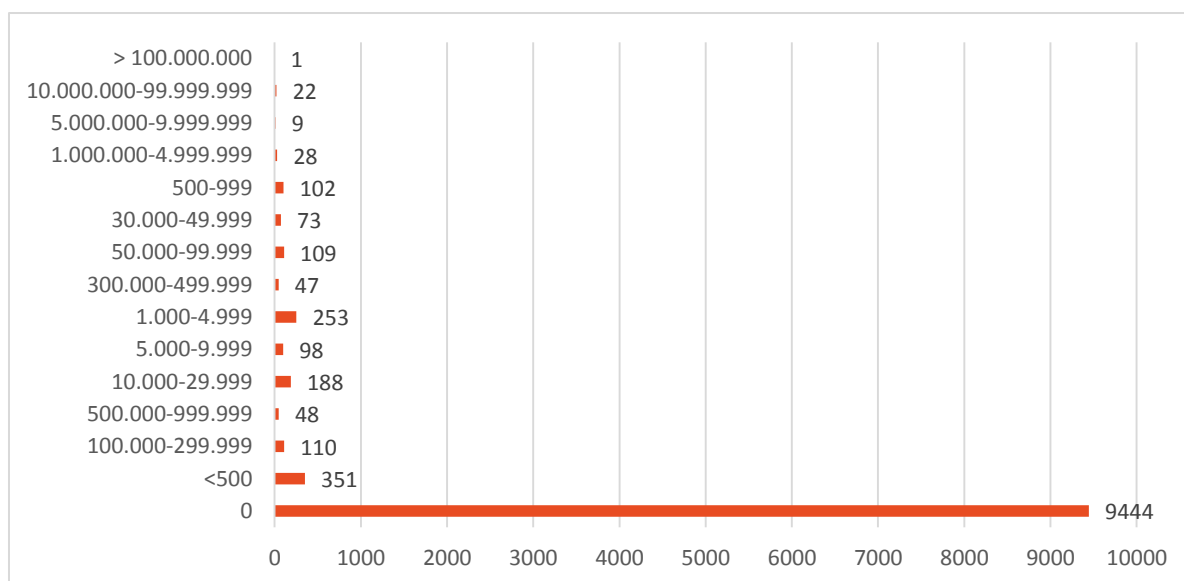
5.4.10. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PF

Kwoty, jakie podmioty finansujące przeznaczały na finansowanie działań z zakresu zdrowia publicznego wynosiły średnio blisko 85 tys. zł (Me=0) i zawierały się w przedziale (0 – 242.975.202 zł). Udział procentowy w finansowaniu PF wynosił średnio 98,80% (Me=100%) i zawierał się w przedziale 0-100%. Szczegółowe dane zaprezentowano w zbiorczej tabeli - Tabela 59.

Analiza kwoty finansowania PF w przedziałach wykazała, że najczęściej wskazywano zerowe koszty realizacji działania – tak było aż w 9.443 przypadkach, co stanowiło 86,77% ogółu zadań sprawozdanych za 2017 rok. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 53 oraz Tabela 51.

Tabela 51. Kwota finansowania przez podmiot finansujący (PF) w przedziałach (liczba i %)

Kwota finansowania PF	Liczba	Procent
0	9 444	86,78
<500	351	3,23
100.000-299.999	110	1,01
500.000-999.999	48	0,44
10.000-29.999	188	1,73
5.000-9.999	98	0,90
1.000-4.999	253	2,32
300.000-499.999	47	0,43
50.000-99.999	109	1,00
30.000-49.999	73	0,67
500-999	102	0,94
1.000.000-4.999.999	28	0,26
5.000.000-9.999.999	9	0,08
10.000.000-99.999.999	22	0,20
> 100.000.000	1	0,01
SUMA	10 883	100

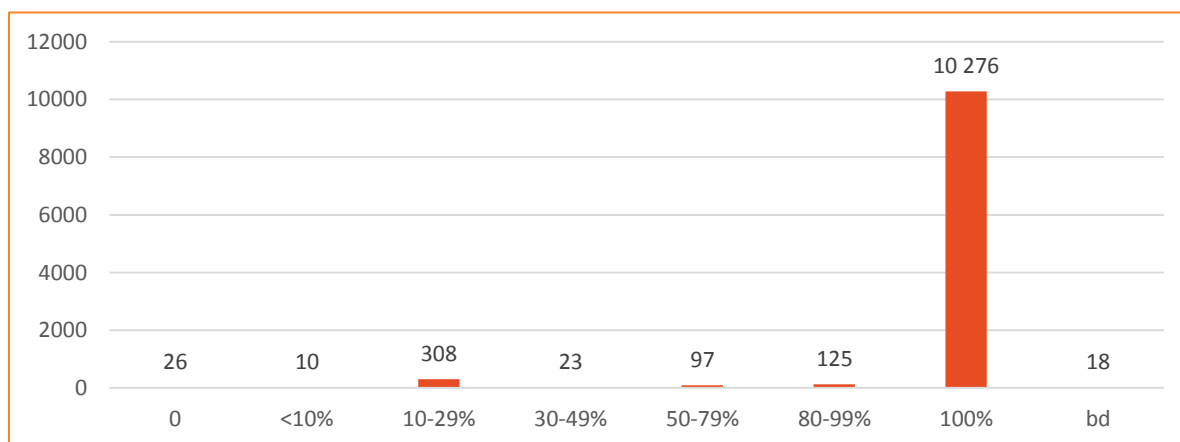


Rycina 53. Kwota finansowania działań przez podmiot finansujący w przedziałach

Zakres finansowania PF wynosił najczęściej 100%, takie określenie stwierdzono w 10276 przypadków, co stanowiło 94,58% ogółu zadań. W 18 przypadkach podmioty centralnie nie określiły zakresu finansowania (0,17%). Pozostałe dane poniżej – Tabela 52 oraz Rycina 54.

Tabela 52. Zakres finansowania zadań przez PF w przedziałach (liczba i %)

Zakres finansowania PF (w %)	Liczba	Procent
0	26	0,24
<10%	10	0,09
10-29%	308	2,83
30-49%	23	0,21
50-79%	97	0,89
80-99%	125	1,15
100%	10 276	94,58
bd	18	0,17
SUMA	10 883	100

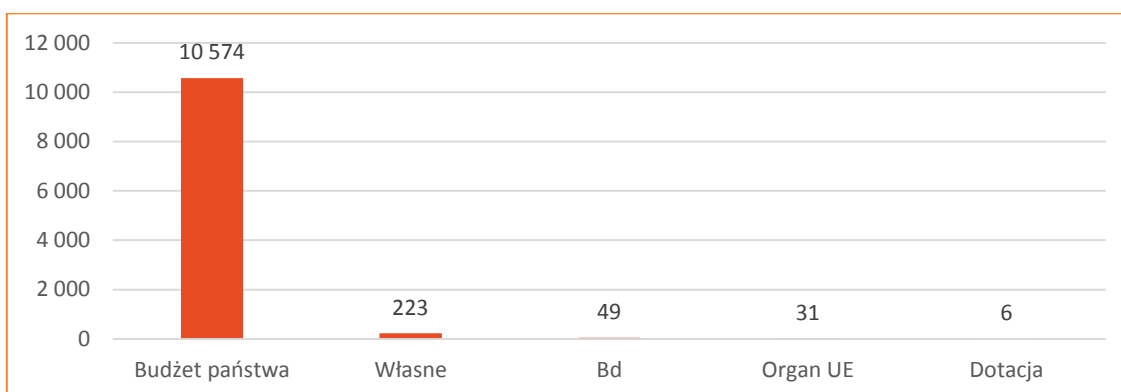


Rycina 54. Zakres finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego przez PF - ujęcie przedziałowe (w%)

Najczęściej wskazywanym źródłem finansowania był budżet państwa – tak określono 10574 zadania, co stanowiło 97,16% ogółu zadań. Pozostałe dane poniżej - Tabela 53 oraz Rycina 55.

Tabela 53. Źródło finansowania PF (liczba i %)

Źródło finansowania - PF	Liczba	Procent
Budżet państwa	10 574	97,16
Własne	223	2,05
Bd	49	0,45
Organ UE	31	0,28
Dotacja	6	0,06
SUMA	10 883	100



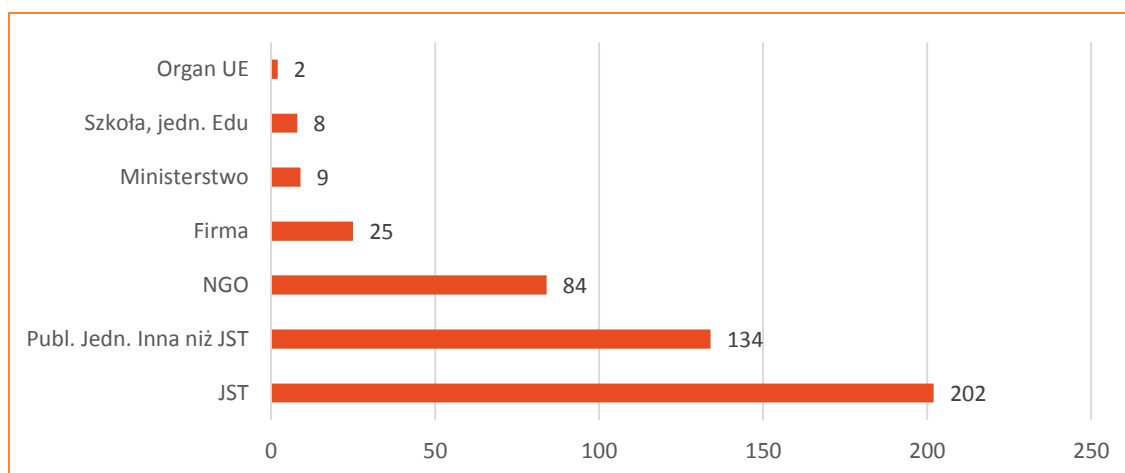
Rycina 55. Źródło finansowania PF ze względu na rodzaj

5.4.11. PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Podmiot współfinansujący został w sposób wystarczający do analizy określony w 464 zadaniach, przy czym najczęściej była to jednostka samorządu terytorialnego (n=202; 43,53%). Szczątkowe dane na temat współfinansowania pojawiały się w większej liczbie rekordów, jednak ich jakość nie pozwalała na przeprowadzenie analizy (np. podawano jedynie zakres finansowania bez określenia rodzaju PWF czy kwoty finansowania). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 54 oraz Rycina 56.

Tabela 54. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)

Podmiot współfinansujący (PWF) rodzaj	Liczba	Procent
JST	202	43,53
Publ. Jedn. Inna niż JST	134	28,88
NGO	84	18,10
Firma	25	5,39
Ministerstwo	9	1,94
Szkoła, jedn. Edu	8	1,72
Organ UE	2	0,43
SUMA	464	100



Rycina 56. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego

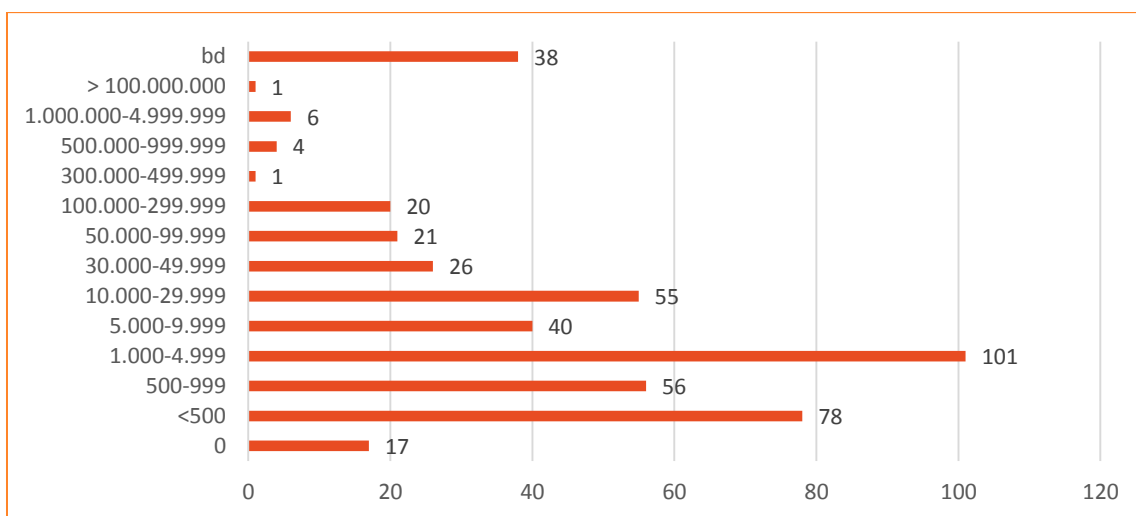
5.4.12. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PWF

Kwoty, jakie podmioty współfinansujące przeznaczały na finansowanie działań z zakresu zdrowia publicznego wynosiły średnio około 42 tys. zł (Me= 2.250 zł) i zamykały się w przedziale (0-516.497.104 zł). Udział procentowy wynosił średnio 28,06% (Me=16) i zawierał się w przedziale 0-100%. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli zbiorczej - Tabela 59.

Analiza kwoty finansowania PWF w przedziałach wykazała, że najczęściej wskazywano współfinansowanie o wartości z zakresu 1000-4999 zł (n=101; 21,77%). W 38 przypadkach (8,19%) podmiot raportujący nie wskazał kwoty współfinansowania zadania. Pozostałe dane poniżej - Tabela 55 oraz Rycina 57.

Tabela 55. Kwota współfinansowania zadania przez PWF w przedziałach (liczba i %)

Kwota finansowania - PWF	Liczba	Procent
0	17	3,66
<500	95	16,81
500-999	56	12,07
1.000-4.999	101	21,77
5.000-9.999	40	8,62
10.000-29.999	55	11,85
30.000-49.999	26	5,60
50.000-99.999	21	4,53
100.000-299.999	20	4,31
300.000-499.999	1	0,22
500.000-999.999	4	0,86
1.000.000-4.999.999	6	1,29
> 100.000.000	1	0,22
bd	38	8,19
SUMA	464	100

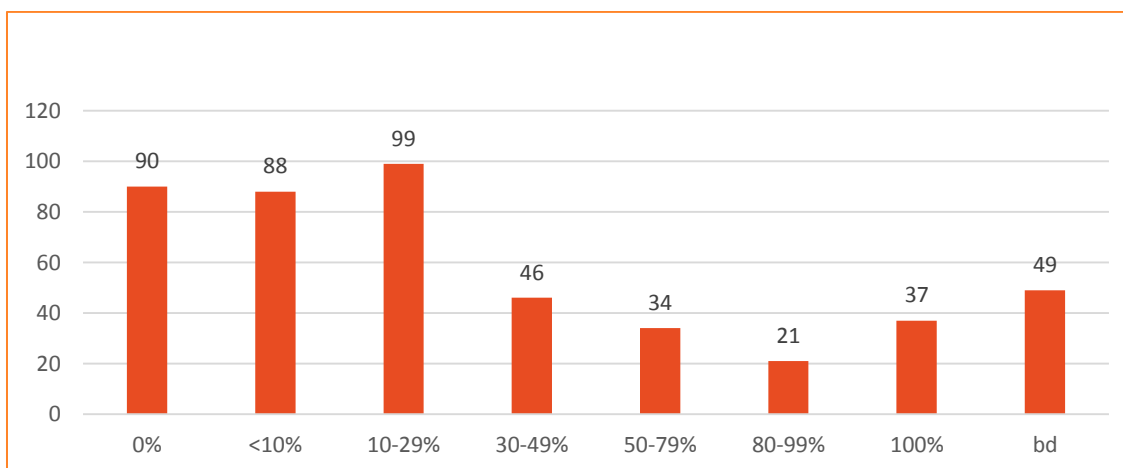


Rycina 57. Kwota współfinansowania zadania przez PWF w przedziałach

Zakres współfinansowania był zróżnicowany, najczęściej wynosił 10-29% (n=99; 21,34%) lub 0% (n=90; 19,40%). W 49 przypadkach podmiot raportujący nie wskazał zakresu finansowania mimo podania innych danych dotyczących PWF (rodzaj podmiotu lub kwota współfinansowania). Pozostałe dane poniżej – Rycina 58 oraz Tabela 56.

Tabela 56. Zakres współfinansowania zadań przez PWF w przedziałach (liczba i %)

Zakres finansowania (w%) - PWF	Liczba	Procent
0%	90	19,40
<10%	88	18,97
10-29%	99	21,34
30-49%	46	9,91
50-79%	34	7,33
80-99%	21	4,53
100%	37	7,97
bd	49	10,56
SUMA	464	100

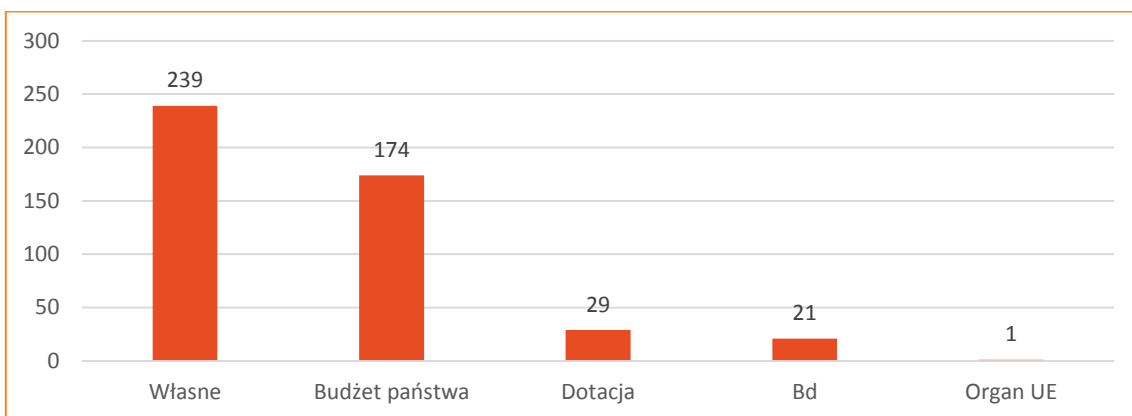


Rycina 58. Zakres współfinansowania zadań przez PWF w przedziałach

Najczęściej wskazywanym źródłem finansowania dla PWF było źródło własne. Tak wskazano w 239 przypadkach, co stanowiło 51,73% ogółu. W 21 zadaniach podmiot sprawozdający nie określił źródła finansowania PWF, co stanowiło 4,53% zadań współfinansowanych. Pozostałe dane poniżej – Rycina 59 oraz Tabela 57.

Tabela 57. Źródło finansowania PWF (rodzaj) – liczba i %

Źródło finansowania - PWF	Liczba	Procent
Własne	239	51,73
Budżet państwa	174	37,66
Dotacja	29	6,28
Bd	21	4,53
Organ UE	1	0,22
SUMA	464	100



Rycina 59. Źródło finansowania PWF (rodzaj)

5.4.13. CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA

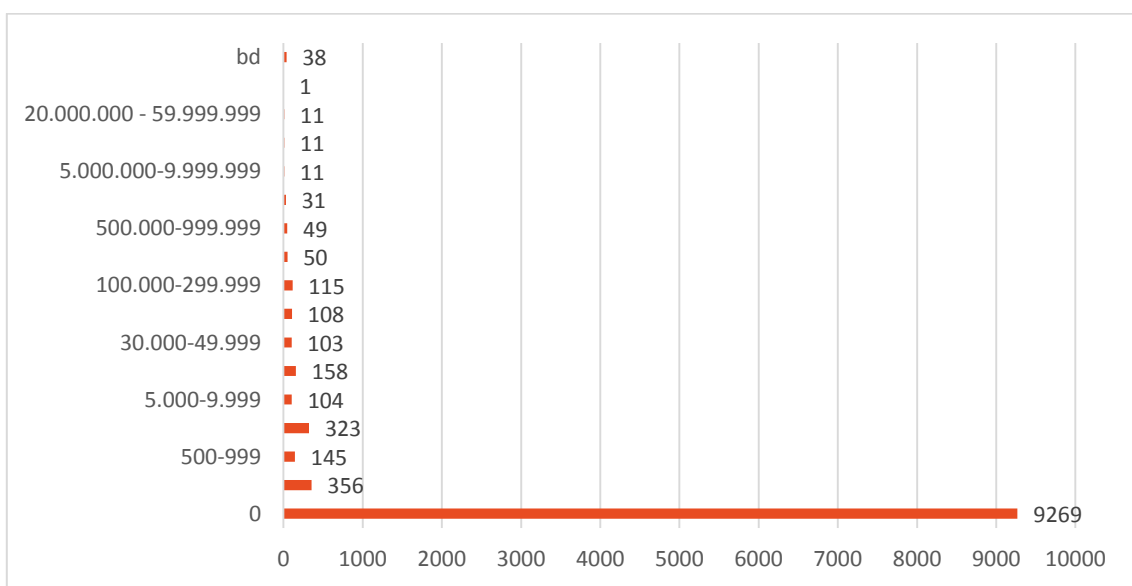
Całkowity koszt zadania w roku 2017 wynosił średnio blisko 135 tys. zł (Me=0) i zamykał się w przedziale od 0 do 759.472.306 zł. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli zbiorczej - Tabela 59.

Sumaryczna kwota przeznaczona na realizację zadań z zakresu ZP w roku 2017 wyniosła około 1,46 mld zł.

Analiza całkowitego kosztu realizacji zadania w przedziałach wykazała, że najczęściej wskazywaną wartością kosztów była kwota 0 zł (n=9269; 85,46%). W 37 przypadkach nie określono w sposób jednoznaczny kwoty całkowitej. Szczegóły poniżej - Tabela 58 oraz Rycina 60.

Tabela 58. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach (liczba i %)

Całkowity koszt zadania	Liczba	Procent
0	9 269	85,17
<500	356	3,27
500-999	145	1,33
1.000-4.999	323	2,97
5.000-9.999	104	0,96
10.000-29.999	158	1,45
30.000-49.999	103	0,95
50.000-99.999	108	0,99
100.000-299.999	115	1,06
300.000-499.999	50	0,46
500.000-999.999	49	0,45
1.000.000-4.999.999	31	0,28
5.000.000-9.999.999	11	0,10
10.000.000-19.999.999	11	0,10
20.000.000 - 59.999.999	11	0,10
>700.000.000	1	0,01
bd	38	0,35
SUMA	10 883	100



Rycina 60. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach

5.4.14. PODSUMOWANIE ANALIZY DANYCH ILOŚCIOWYCH

Dla danych ilościowych dokonano analizy opisowej, posługując się standardowymi miarami położenia (średnia, mediana, wartość maksymalna i minimalna). Poniżej przedstawiono zestawienie danych ilościowych - Tabela 59.

Tabela 59. Zbiorcza analiza ilościowa danych

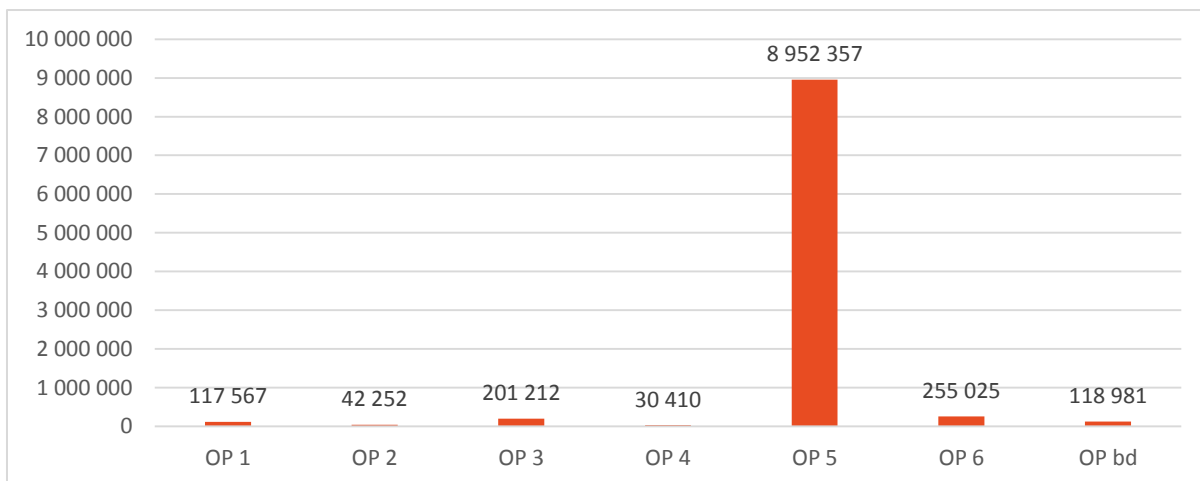
Zmienna	N ważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Czas trwania zadania	10 883	311	364	1	365
Liczebność grupy docelowej	10 790	449 450	1 045	0	38 434 000
Dział. promocyjno-edukacyjne - liczba działań	5 134	56	4	0	165 000
Dział. promocyjno-edukacyjne - liczba osób	5 117	49 153	509	0	38 000 000
Dział. profilaktyczne - liczba działań	3 425	62	4	0	52 578
Dział. profilaktyczne - liczba osób	3 400	44 027	408	0	38 000 000
Dział. szkoleniowe i konferencje - liczba działań	2 131	7	1	1	1 481
Dział. szkoleniowe i konferencje - liczba osób	2 128	264	24	0	47 194
Dział. badawcza - liczba działań	859	774	1	1	331 519
Działania inne - liczba działań	5 944	170	4	1	297 563
Kwota finansowania - PF	10 882	84 805	0	0	242 975 202
Zakres finansowania (w%) - PF	10 882	98,80%	100%	0%	100%
Kwota finansowania - PWF	426	1 261 829	2 250	0	516 497 104
Zakres finansowania (w%) - PWF	410	28,06%	16%	0%	100%
Całkowity koszt zadania	10 846	134 777	0	0	759 472 306

5.4.15. KOSZT REALIZACJI ZADANIA W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Analizie poddano całkowity średni koszt realizacji zadania w zależności od numeru celu NPZ. Wykazano, że największy średni koszt występował w przypadku celu operacyjnego nr 5 i wynosił blisko 9 mln zł, w zakresie tego celu operacyjnego stwierdzono także największe koszty jednostkowe zadania w kwocie blisko 760 mln zł. Zadanie to było zrealizowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i dotyczyło finansowego wspierania gmin w zakresie dożywiania pt.: „Pomoc państwa w zakresie dożywiania”. Pozostałe dane poniżej - Tabela 60 oraz Rycina 61.

Tabela 60. Całkowity koszt realizacji zadania w zależności od celu operacyjnego NPZ (liczba i %)

NPZ nr celu	Całkowity koszt zadania				
	Ważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
OP 1	911	117 567	0	0	45 390 627
OP 2	3 939	42 252	0	0	38 865 886
OP 3	221	201 212	0	0	9 002 308
OP 4	5 310	30 410	0	0	23 111 706
OP 5	104	8 952 357	0	0	759 472 306
OP 6	61	255 025	0	0	10 661 824
OP = bd	299	118 981	0	0	6 900 000



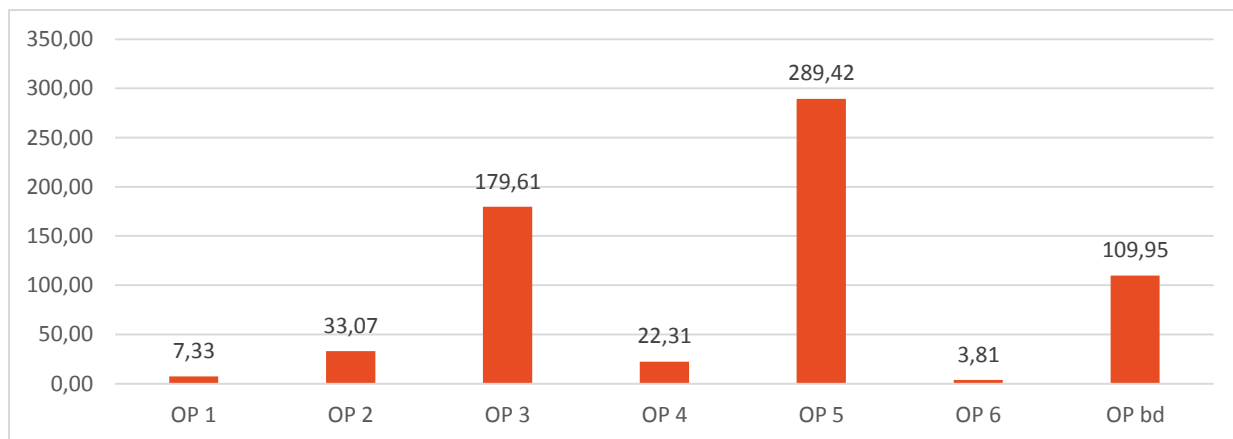
Rycina 61. Średnia wartość kosztu realizacji zadania w zależności od celu operacyjnego NPZ

5.4.16. KOSZT REALIZACJI ZADANIA W PRZELICZENIU NA 1 OSOBĘ W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Analizie poddano także średnie koszty w przeliczeniu na 1 osobę w grupie docelowej w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ. Wykazano, że ponownie największe koszty wystąpiły w przypadku celu operacyjnego nr 5 (289 zł/osobę). Średnie koszty w przeliczeniu na osobę dla wszystkich działań ogółem wyniosły **32,85 zł**. Pozostałe dane poniżej – Rycina 62 i Tabela 61.

Tabela 61. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego

NPZ nr celu	koszt/os.		
	Ważnych	Średnie	Mediana
OP 1	898	7,33	0
OP 2	3 856	33,07	0
OP 3	216	179,61	0
OP 4	5 207	22,31	0
OP 5	97	289,42	0
OP 6	60	3,81	0
OP = bd	287	109,95	0
Ogół	10 621	32,85	0

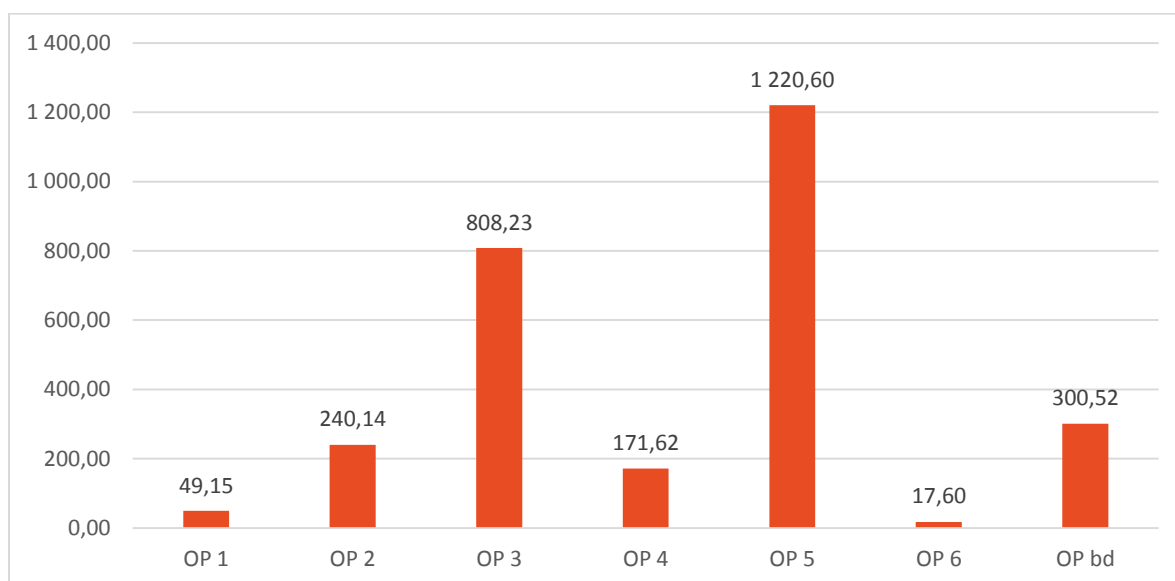


Rycina 62. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego

Wyłączając z analizy zerowe koszty realizacji zadań analizę wykonano ponownie, a jej wyniki zaprezentowano poniżej – Tabela 62 oraz Rycina 63.

Tabela 62. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego (bez uwzględnienia kosztów zerowych)

NPZ nr celu	koszt/os. [bez 0]		koszt/os. [bez 0]	
	N Ważnych	Średnia	Mediana	
OP 1	134	49,15	0,79	
OP 2	531	240,14	1,63	
OP 3	48	808,23	10,70	
OP 4	677	171,62	1,05	
OP 5	23	1 220,60	86,91	
OP 6	13	17,60	0,40	
OP =bd	105	300,52	0,43	
Ogół	1 531	333,14	1,18	



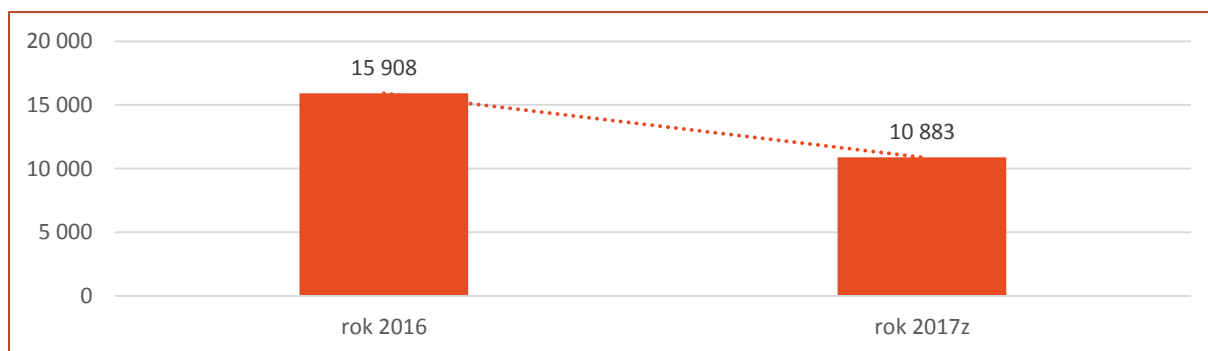
Rycina 63. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego (bez uwzględnienia kosztów zerowych)

5.5. ANALIZA PORÓWNAWCZA ROKU 2017 (DANE ZWERYFIKOWANE) I ROKU 2016

Analizę porównawczą z rokiem 2016 wykonano dla wszystkich parametrów omówionych w części opisowej dla danych zweryfikowanych z 2017 roku. Rok 2017 w tabelach i na rycinach oznaczono jako **2017z** – co oznacza dane zweryfikowane, tj. po weryfikacji dokonanej przez Ministerstwo Zdrowia. Proces weryfikacji, wraz z jego założeniami i przebiegiem, został szczegółowo opisany w metodologii oceny zadań sprawozdanych przez podmioty centralne.

5.5.1. CAŁKOWITA LICZBA ZREALIZOWANYCH ZADAŃ

W roku 2017 podmioty centralne sprawozdały o 5.025 zadań mniej niż w roku 2016. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 64.

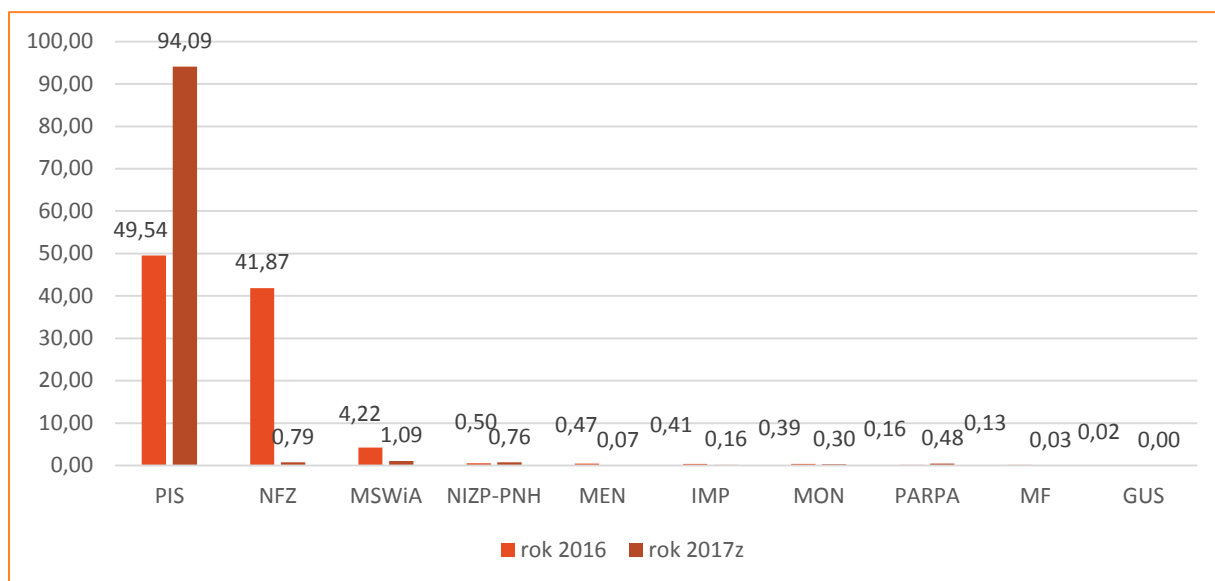


Rycina 64. Zmiana liczby zadań sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017

Zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 najwięcej zadań z zakresu zdrowia publicznego sprawozdała Państwowa Inspekcja Sanitarna. W roku 2016 zadania realizowane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne stanowiły 49,54% ogółu zadań, a w roku 2017 aż 94,09%. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 63 oraz Rycina 65.

Tabela 63. Zmiana w zakresie zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne w latach 2016-2017 (tylko w zakresie podmiotów powtarzających występujących najczęściej w obu analizowanych latach) (liczba i %)

Instytucja raportująca	rok 2016		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
PIS	7 881	49,54	10 240	94,09
NFZ	6 660	41,87	86	0,79
MSWiA	672	4,22	119	1,09
NIZP-PNH	80	0,50	83	0,76
MEN	75	0,47	8	0,07
IMP	66	0,41	17	0,16
MON	62	0,39	33	0,30
PARPA	26	0,16	52	0,48
MF	20	0,13	3	0,03
GUS	3	0,02	0	0



Rycina 65. Zmiana w % zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne w latach 2016-2017 (dla powtarzających się podmiotów)

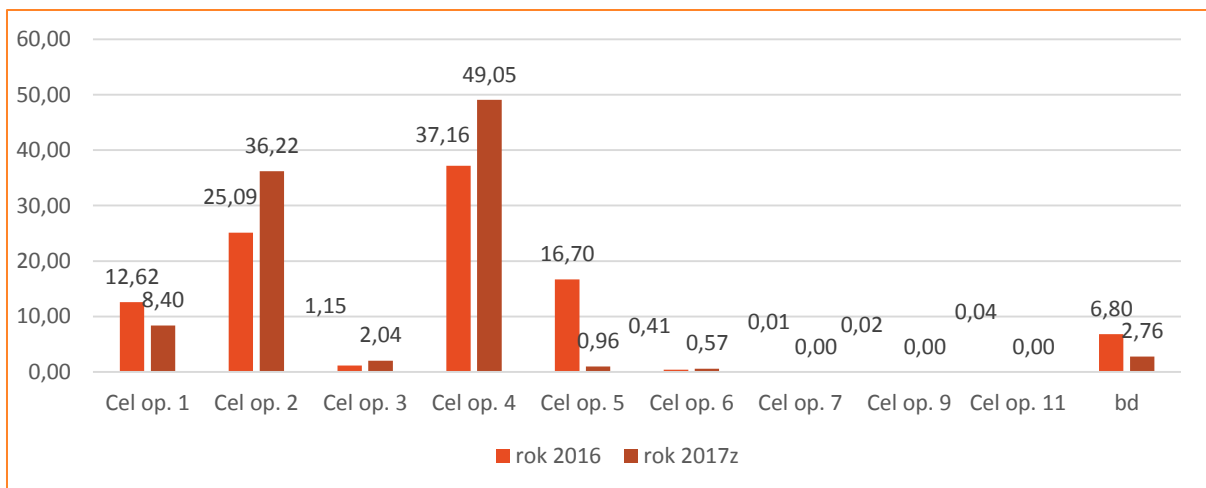
5.5.2. LICZBA ZREALIZOWANYCH ZADAŃ W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 najwięcej zadań było realizowanych w zakresie celu operacyjnego nr 4, tj. *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki*. Zestawienie tytułów wszystkich celów i zadań NPZ zawiera Załącznik 1.

Uwagę zwraca fakt, że w roku 2017 zmniejszył się odsetek zadań, w których podmioty centralne nie sprawozdały informacji o celu operacyjnym (odpowiednio 2,76% oraz 6,8%). Pozostałe dane poniżej – Tabela 64 oraz Rycina 66.

Tabela 64. Zmiana liczby i odsetka zadań w poszczególnych celach operacyjnych NPZ w latach 2016-2017

Nr celu NPZ	rok 2016		rok 2017z	
	Liczba	Odsetek (%)	Liczba	Odsetek (%)
OP 1	2 007	12,62	914	8,40
OP 2	3 992	25,09	3 942	36,22
OP 3	183	1,15	222	2,04
OP 4	5 912	37,16	5 338	49,05
OP 5	2 656	16,70	105	0,96
Cel 6	65	0,41	62	0,57
OP 7	2	0,01	0	0
OP 9	3	0,02	0	0
OP 11	7	0,04	0	0
OP = bd	1081	6,80	300	2,76
SUMA	15 908	100	10 883	100



Rycina 66. Zmiana odsetka zadań zrealizowanych w latach 2016-2017 w podziale na cele operacyjne (w %)

5.5.3. LICZBA DZIAŁAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE W ZALEŻNOŚCI OD NR ZADANIA

Analiza porównawcza w zakresie numeru zadania NPZ, jakie zostało przypisane zadaniom przez podmioty centralne nastęrcza wiele trudności ze względu na duże zróżnicowane odpowiedzi. Stąd analizę ograniczono do porównania w zakresie 10 najczęściej wskazywanych numerów zadań w roku 2016 i zestawienia ich z rokiem 2017. Pełna lista tytułów celów i zadań NPZ przedstawiona została w Załączniku 1.

W roku 2016 podmioty centralne najczęściej nie wskazywały numeru zadania NPZ, podczas gdy w roku 2017 odsetek ten zmniejszył się (z 12,70% w roku 2016 do 5,21% w roku 2017) i najczęściej wskazywanym numerem zadania było 4.2.1. w ramach celu operacyjnego nr 2, co odpowiada tytułowi: *Opracowywanie i upowszechnianie standardów dotyczących postępowania w przypadku udzielania pomocy osobom używającym NSP*. Zadanie to pojawiło się także wśród 10 najczęściej realizowanych w roku 2016. Spośród 10 najczęściej raportowanych numerów zadań 2 występowały wśród najczęściej raportowanych zarówno w roku 2016 jak i 2017. Poza wspomnianym powyżej zadaniem 4.2.1 było to zadanie 2.1.1.1.b realizowane w ramach celu operacyjnego nr 2, któremu odpowiada tytuł: *Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych, adresowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci, młodzieży i rodziców na temat zagrożeń wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, a także z pozamedycznego stosowania produktów leczniczych, których używanie może prowadzić do uzależnienia*. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 65.

Tabela 65. Zmiana w zakresie najczęściej wskazywanych numerów zadań NPZ w latach 2016-2017 (pierwsze 10 miejsc) na kolor zielony oznaczono numery zadań, które powtarzają się w obu latach (liczba i %)

Nr zadania NPZ	rok 2016		rok 2017z		
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	
bd	2021	12,70	4.2.1	573	5,27
2.5	1068	6,71	bd	567	5,21

2.1.1.1.b	882	5,54	2.1.5	544	5,00
2.3	868	5,46	1.1.4	481	4,42
2.6	834	5,24	1.2.5	472	4,34
2.2	726	4,56	1.1.6	411	3,78
1.2.1	621	3,90	1.2.1	406	3,73
4.2.1	607	3,82	4.2.2	396	3,64
2.14	562	3,53	2.1.1.1.b	386	3,55
1.2.5	524	3,29	4.2.3	376	3,45

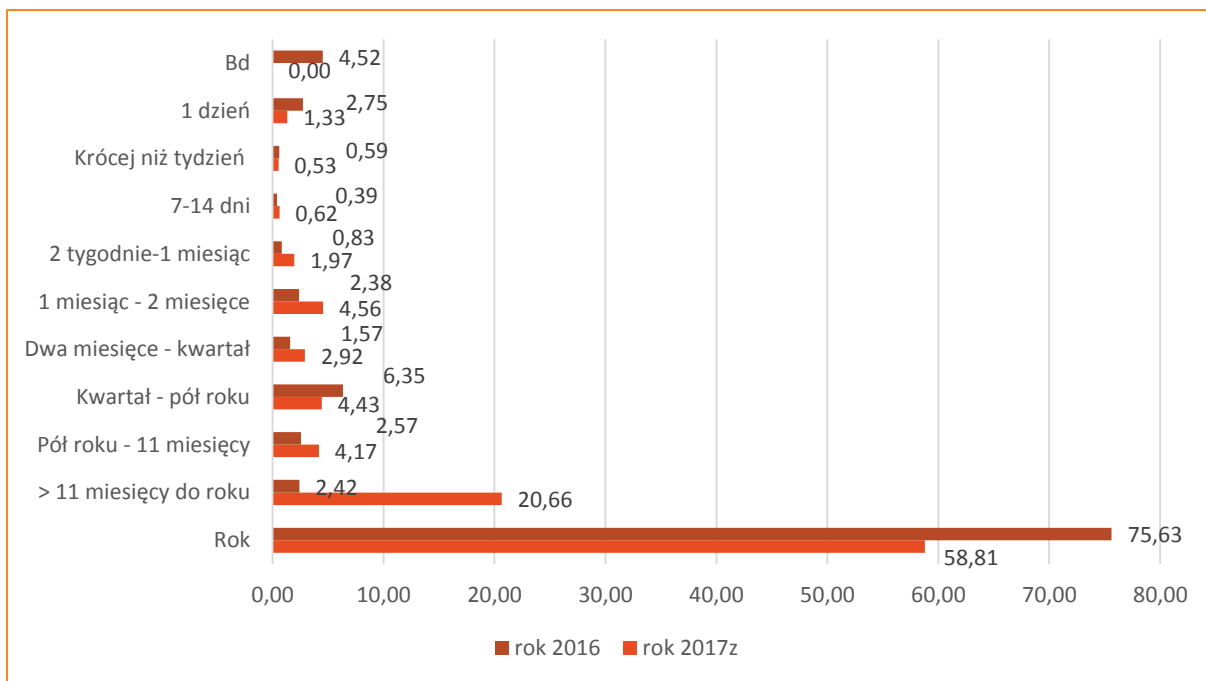
5.5.4. CZAS TRWANIA ZADANIA

Średni czas trwania zadania uległ nieznacznemu skróceniu w roku 2017 w porównaniu z rokiem 2016 (z 317 do 311 dni). Mediana nie zmieniła się w istotny sposób. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli zbiorczej dla danych ilościowych – Tabela 77.

Analiza w przedziałach wykazała, że zarówno w roku 2016 jak i 2017 czas trwania programu wynosił najczęściej rok (odpowiednio 75,63% zadań w roku 2016 i 58,81% w roku 2017). Warto zauważyć, że zmniejszyła się liczba i odsetek zadań, dla których realizatorzy nie określili czasu trwania zadania z 4,52% w roku 2016 do zera w roku 2017. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 67 oraz Tabela 66.

Tabela 66. Zmiana czasu trwania zadania w latach 2016-2017 (w przedziałach) – liczba i %

Czas trwania zadania	rok 2016		rok 2017z	
	liczba	procent	liczba	procent
Rok	12 031	75,63	6 400	58,81
> 11 miesięcy do roku	385	2,42	2 248	20,66
Pół roku - 11 miesięcy	409	2,57	454	4,17
Kwartał - pół roku	1 010	6,35	482	4,43
Dwa miesiące - kwartał	250	1,57	318	2,92
1 miesiąc - 2 miesiące	379	2,38	496	4,56
2 tygodnie-1 miesiąc	132	0,83	214	1,97
7-14 dni	62	0,39	68	0,62
Krócej niż tydzień	94	0,59	58	0,53
1 dzień	437	2,75	145	1,33
Bd	719	4,52	0	0
SUMA	15 908	100	10 883	100



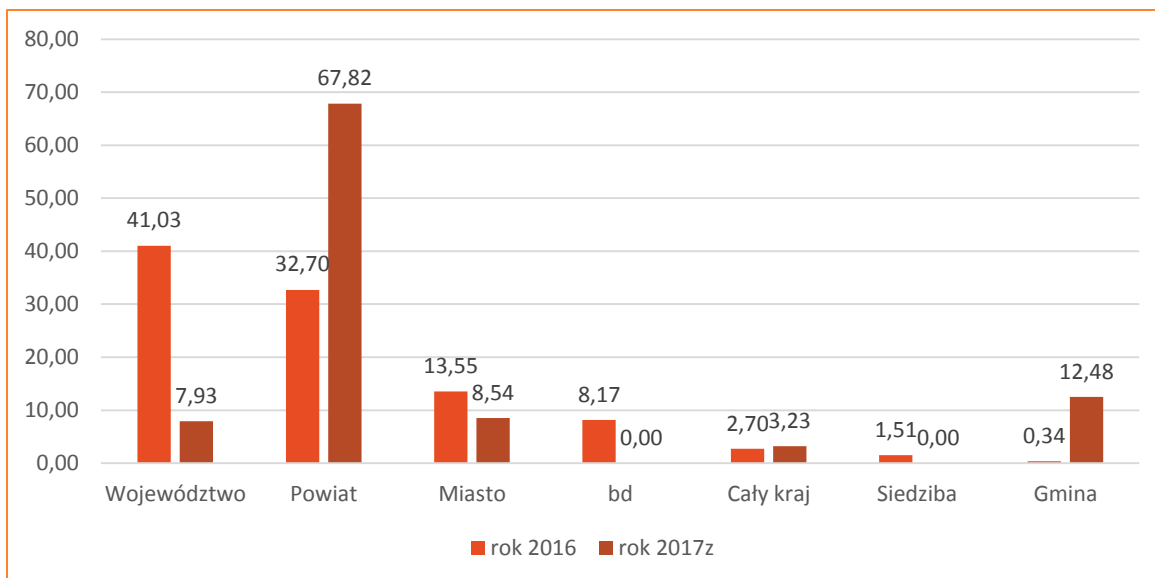
Rycina 67. Zmiana czasu trwania zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w%)

5.5.5. ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Zasięg terytorialny zadań realizowanych w latach poddanych analizie zmienił się. W roku 2016 zadania najczęściej obejmowały całe województwo, podczas gdy w roku 2017 obejmowały jeden lub kilka powiatów (co może być związane z większym zaangażowaniem stacji sanitarno-epidemiologicznych działających lokalnie). Warto zauważyć fakt, że w odróżnieniu od roku 2016 kiedy w 8,17% zadań nie wskazano zasięgu, w roku 2017 nie było ani jednej takiej sytuacji. Odsetek programów, które obejmowały cały kraj była podobna w obu analizowanych latach. Pozostałe dane poniżej – Tabela 67 oraz Rycina 68.

Tabela 67. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych w latach 2016-2017 (liczba i %)

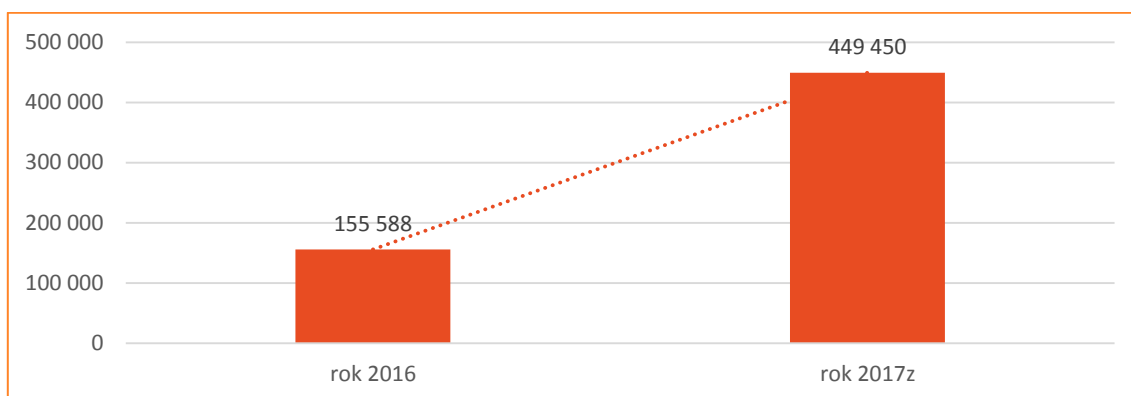
Zasięg terytorialny	rok 2016		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Województwo	6 527	41,03	863	7,93
Powiat	5 202	32,70	7 381	67,82
Miasto	2 155	13,55	929	8,54
Bd	1 300	8,17	0	0
Cały kraj	429	2,70	352	3,23
Siedziba	241	1,51	0	0
Gmina	54	0,34	1 358	12,48
SUMA	15 908	100	10 883	100



Rycina 68. Zmiana zakresu terytorialnego zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w %)

5.5.6. POPULACJA OBJĘTA ZADANIEM

Analiza ilościowa populacji docelowej wykazała, że średnia liczba osób zwiększyła się z blisko 156 tys. osób w roku 2016 do blisko 450 tys. osób w roku 2017. Tak istotne zwiększenie wartości wynika zapewne z faktu, że w roku 2017 aż w 94 zadaniach urzędy centralne wskazały liczebność grupy docelowej bliską lub przekraczającą 38 milionów osób. Co więcej – jak wynika z danych zamieszczonych poniżej (patrz również: Tabela 69), liczba zadań z populacją ponad 12 mln osób zwiększyła się blisko trzykrotnie w roku 2017 porównując z rokiem 2016. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 69.



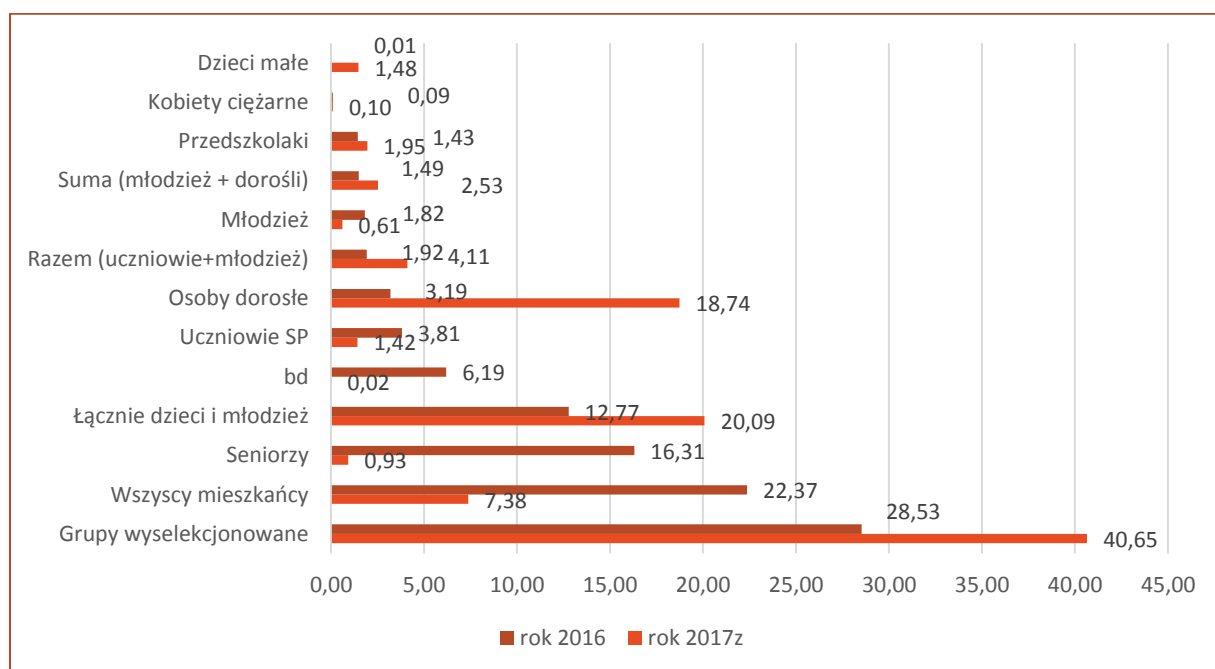
Rycina 69. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017

Także analiza jakościowa wykazała pewne różnice pomiędzy rodzajem populacji docelowej w roku 2016 i 2017. W roku 2017 częściej wskazywaną grupą były osoby dorosłe (18,74% vs. 3,19%). Rządziej natomiast kierowano działania do seniorów (0,93% vs. 16,31%). Zarówno w roku 2016 jak i 2017 zadania najczęściej były kierowane do grup wyselekcjonowanych. Warto zauważyć, że w latach 2016-

2017 zmniejszył się odsetek zadań, w których podmioty nie określiły rodzaju populacji docelowej (z 6,19% do 0,02%). Pozostałe dane poniżej - Tabela 68 oraz Rycina 70.

Tabela 68. Zmiana rodzaju populacji docelowej działań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)

Grupa docelowa (rodzaj)	rok 2016		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Grupy wyselekcjonowane	4 539	28,53	4 424	40,65
Wszyscy mieszkańcy	3 558	22,37	803	7,38
Seniorzy	2 605	16,31	101	0,93
łącznie dzieci i młodzież	2 032	12,77	2 186	20,09
Bd	985	6,19	2	0,02
Uczniowie SP	606	3,81	155	1,42
Osoby dorosłe	507	3,19	2 040	18,74
Razem (uczniowie + młodzież)	306	1,92	447	4,11
Młodzież	289	1,82	66	0,61
Suma (młodzież + dorośli)	237	1,49	275	2,53
Przedszkolaki	228	1,43	212	1,95
Kobiety ciężarne	15	0,09	11	0,10
Dzieci małe	1	0,01	161	1,48
SUMA	15 908	100	10 883	100



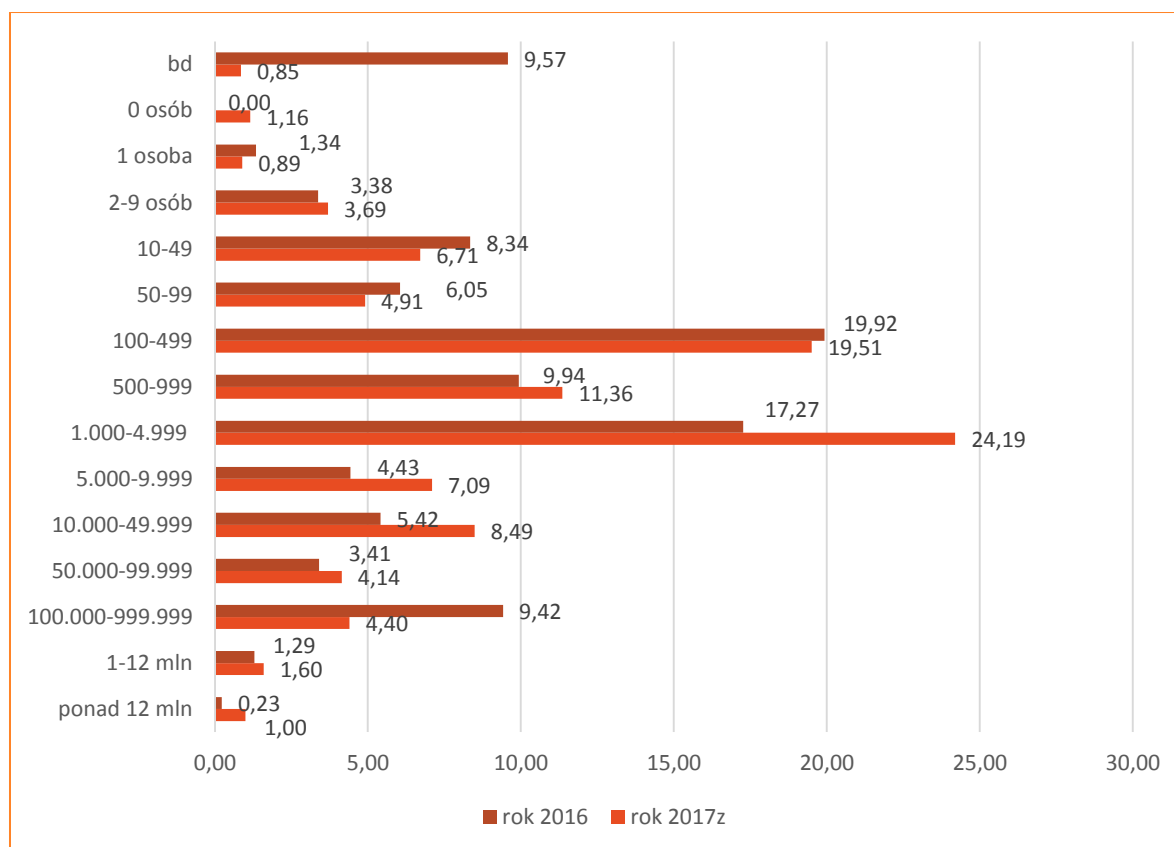
Rycina 70. Zmiana rodzaju populacji docelowej w działaniach podmiotów centralnych w latach 2016-2017 (w %)

Przedziałowa analiza liczebności osób w populacji biorących udział w zadaniach podejmowanych przez podmioty centralne wykazała, że w roku 2016 zadania skierowane były do populacji wielkości rzędu 100-499 osób, podczas gdy w roku 2017 była to populacja większa, bo mieszcząca się w zakresie 1.000-4.999 osób. Z kolei w roku 2017 w odróżnieniu od 2016 pojawiły się zadania, w której

populację docelową określono jako 0 osób, stanowiły one jednak niewielką część podejmowanych zadań (1,16%). Warto zauważyć, że zmniejszyła się liczba zadań, dla których podmioty centralnie nie określiły liczebności populacji docelowej (z 9,57% w roku 2016 do 0,85% w roku 2017). Szczegółowe dane poniżej - Rycina 71 oraz Tabela 69.

Tabela 69. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)

	rok 2016		rok 2017z	
	liczba	procent	Liczba	Procent
Ponad 12 mln	36	0,23	109	1,00
1-12 mln	205	1,29	174	1,60
100.000-999.999	1498	9,42	479	4,40
50.000-99.999	542	3,41	451	4,14
10.000-49.999	862	5,42	924	8,49
5.000-9.999	705	4,43	772	7,09
1.000-4.999	2 747	17,27	2 633	24,19
500-999	1 581	9,94	1 236	11,36
100-499	3 169	19,92	2 123	19,51
50-99	963	6,05	534	4,91
10-49	1 327	8,34	730	6,71
2-9 osób	537	3,38	402	3,69
1 osoba	213	1,34	97	0,89
0 osób	0	0	126	1,16
bd	1523	9,57	93	0,85
SUMA	15 908	100	10 883	100



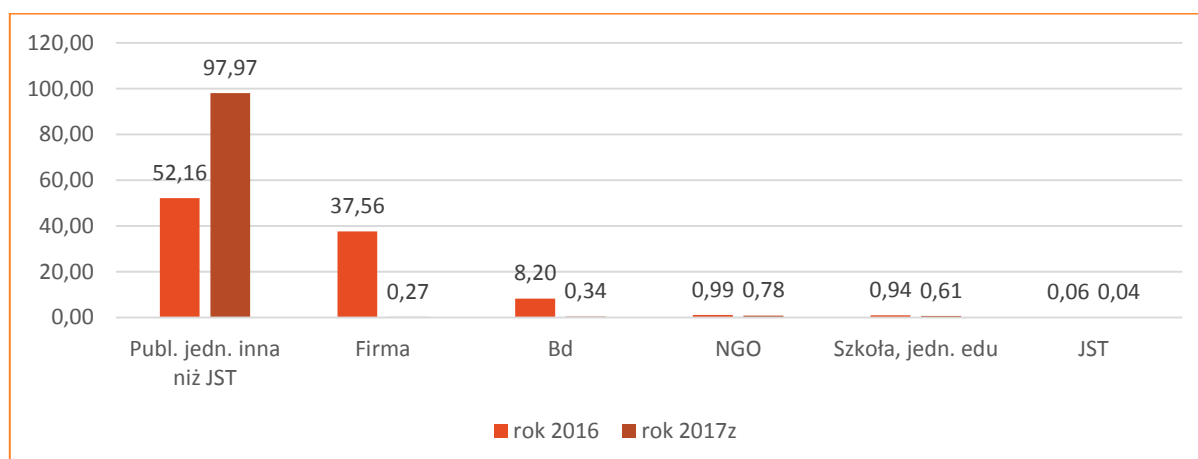
Rycina 71. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w %)

5.5.7. REALIZATOR ZADANIA

Zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 realizatorem zadań sprawozdanych przez podmioty centralne były najczęściej jednostki publiczne inne niż JST (w roku 2016 realizowały 52,16% zadań, a w roku 2017 znacznie więcej, bo 97,97%). Zmniejszyło się zaangażowanie firm, które w roku 2016 realizowały 37,56% zadań (były to głównie NZOy), a w roku 2017 mniej, bo 0,27% zadań. Warto zauważyć, że zmniejszyła się liczba i odsetek zadań, dla których podmioty centralnie nie określiły rodzaju realizatora działania (8,20% vs. 0,34%). Pozostałe dane poniżej - Rycina 72 oraz Tabela 70.

Tabela 70. Zmiana rodzaju realizatora zadań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2016-2017 (liczba i %)

Realizator zadania (rodzaj)	rok 2016		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. jedn. inna niż JST	8309	52,16	10662	97,97
Firma	5975	37,56	29	0,27
Bd	1306	8,20	37	0,34
NGO	158	0,99	85	0,78
Szkoła, jedn. edu	150	0,94	66	0,61
JST	10	0,06	4	0,04
SUMA	15 908	100	10 883	100



Rycina 72. Zmiana rodzaju realizatora sprawozdanych zadań w latach 2016-2017 (w %)

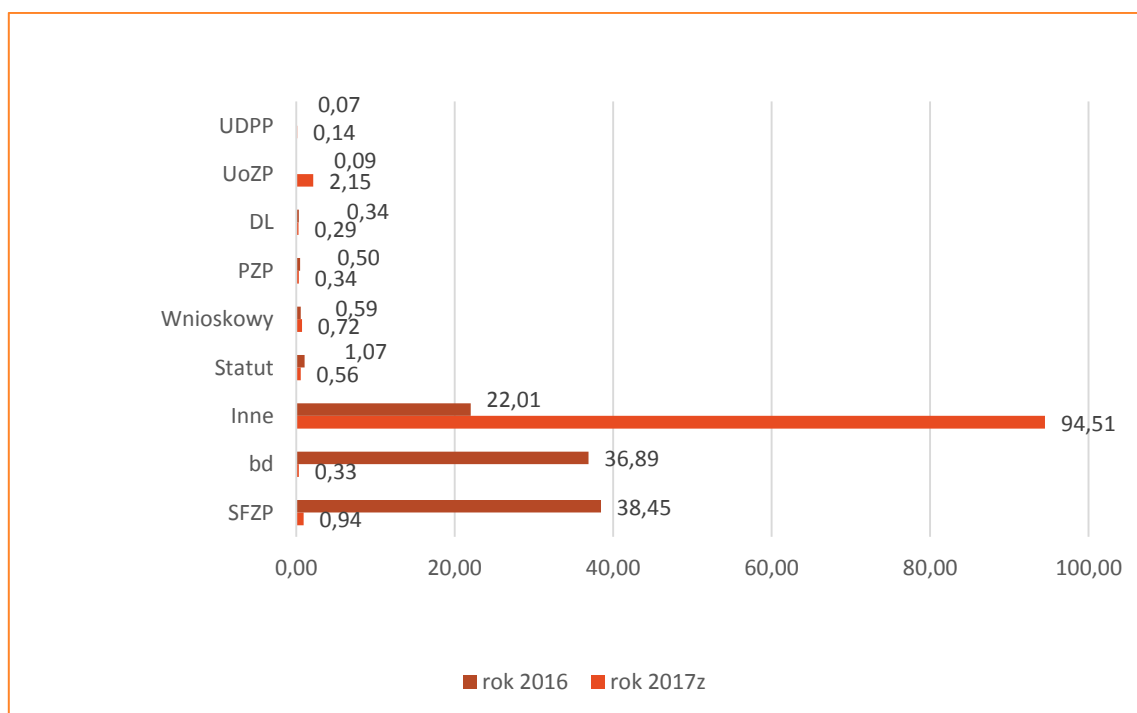
5.5.8. TRYB REALIZACJI ZADANIA

Tryb realizacji zadania (rozumiany jako podstawna prawna podejmowanych działań) był różnie raportowany w latach 2016-2017. W roku 2016 najczęściej wskazywanym trybem było SFZP czyli ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (n=6.116; 38,45%). W roku 2017 z kolei podmioty centralne jako podstawę prawną działań wskazywały akty prawne sklasyfikowane jako „inne” (opisane szczegółowo we wcześniejszej części raportu dotyczącej analizy sposobu raportowania trybu realizacji zadań za rok 2017).

Należy zauważyć, że znaczącemu zmniejszeniu uległa zarówno liczba jak i odsetek zadań, dla których podmioty centralne nie wskazały trybu realizacji. W roku 2016 były to blisko 6 tys. zadań, co stanowiło 36,89%, a w roku 2017 mniej, bo 36 zadań czyli 0,33% ogółu. Może wynikać to z faktu, że w roku 2016 element ten wywoływał wiele wątpliwości po stronie podmiotów sprawozdających, które często mylnie rozumiały go jako działania podejmowane w zadaniach czy formę ich realizacji, a nie podstawę prawną. W roku 2017 taka sytuacja miała miejsce istotnie rzadziej. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 71 oraz Rycina 73.

Tabela 71. Zmiana trybu realizacji zadań w latach 2016-2017

Tryb realizacji zadania	rok 2016		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
SFZP	6 116	38,45	102	0,94
Bd	5 868	36,89	36	0,33
Inne	3 501	22,01	10 286	94,51
Statut	170	1,07	61	0,56
Wnioskowy	94	0,59	79	0,72
PZP	80	0,50	37	0,34
DL	54	0,34	33	0,29
UoZP	14	0,09	234	2,15
UDPP	11	0,07	15	0,14
SUMA	15 908	100	10 883	100



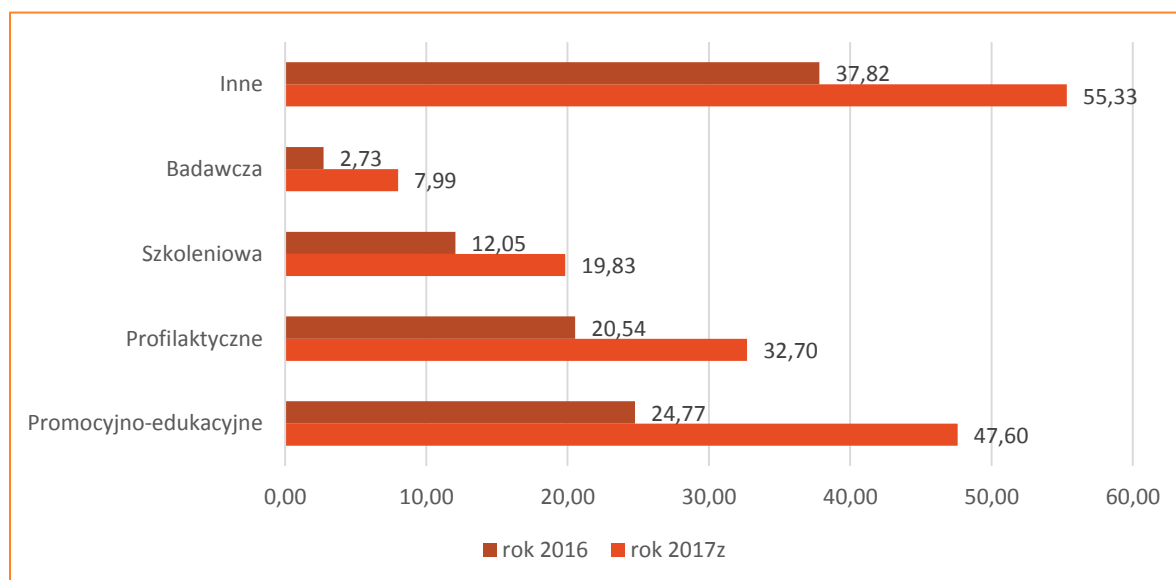
Rycina 73. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017 (w %)

5.5.9. RODZAJ DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH W RAMACH ZADAŃ

Zarówno w roku 2016 jak i w roku 2017 najczęściej podejmowano działania określone jako „inne” – w roku 2016 były one podjęte w 37,82% zadań, a w roku 2017 w 55,33% ogółu zadań. Warto zwrócić uwagę, że w roku 2017 odsetek zadań, w których pojawiały się dane grupy działań był większy – niezależnie od rodzaju działania. Największa różnica została zanotowana w przypadku działań promocyjno-edukacyjnych. Szczegółowe dane poniżej - Tabela 72 oraz Rycina 74.

Tabela 72. Zmiana częstości podejmowania działań w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2017

Rodzaj podejmowanych działań	rok 2016		rok 2017z	
	liczba	odsetek ogółu działań w danym roku	liczba	odsetek ogółu działań w danym roku
Promocyjno-edukacyjne	3 940	24,77	5 180	47,60
Profilaktyczne	3 268	20,54	3 559	32,70
Szkoleniowa	1 917	12,05	2 158	19,83
Badawcza	435	2,73	870	7,99
Inne	6 017	37,82	6 022	55,33



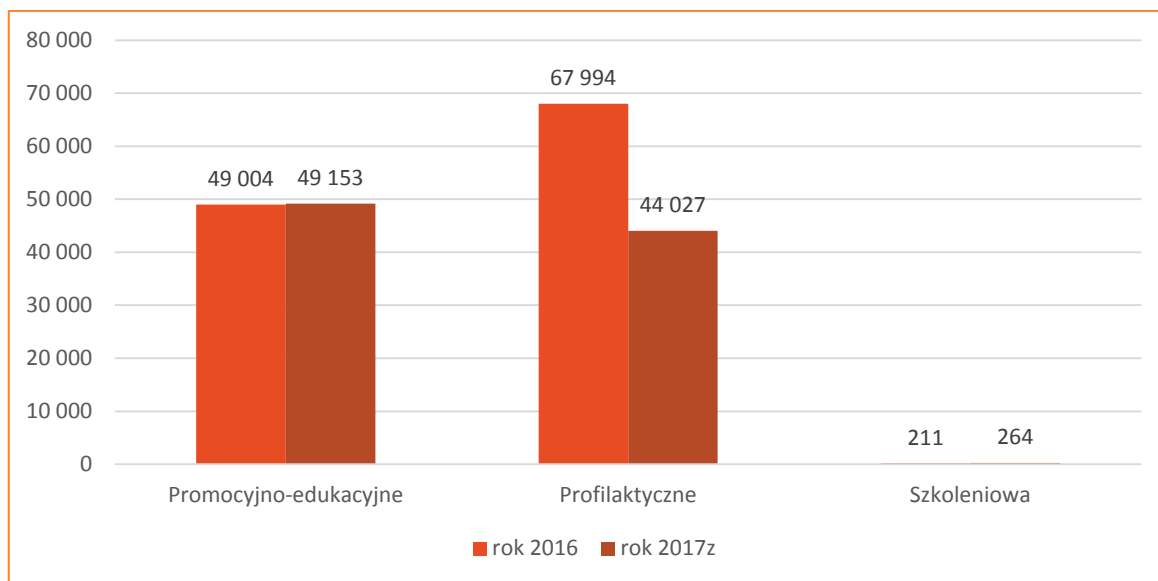
Rycina 74. Zmiana częstości podejmowania działań w zakresie zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w%)

5.5.10. LICZBA OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W DZIAŁANIACH

Średnia liczba osób biorących udział w działaniach promocyjno-edukacyjnych była w obu analizowanych latach zbliżona. Spadek średniej liczebności stwierdzono w przypadku działań profilaktycznych (z blisko 700 tys. osób do około 440 tys. osób). W zakresie działań szkoleniowych stwierdzono z kolei wzrost średniej liczby uczestników z 211 osób w roku 2016 do 264 w roku 2017. Szczegóły poniżej - Tabela 73 oraz Rycina 75.

Tabela 73. Zmiana liczebności osób biorących udział w działaniach realizowanych w ramach zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017 (liczba i %)

Rodzaj podejmowanych działań	rok 2016		rok 2017z	
	Średnia liczba osób		Średnia liczba osób	
Promocyjno-edukacyjne	49 004		49 153	
Profilaktyczne	67 994		44 027	
Szkoleniowa	211		264	



Rycina 75. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach realizowanych w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2017

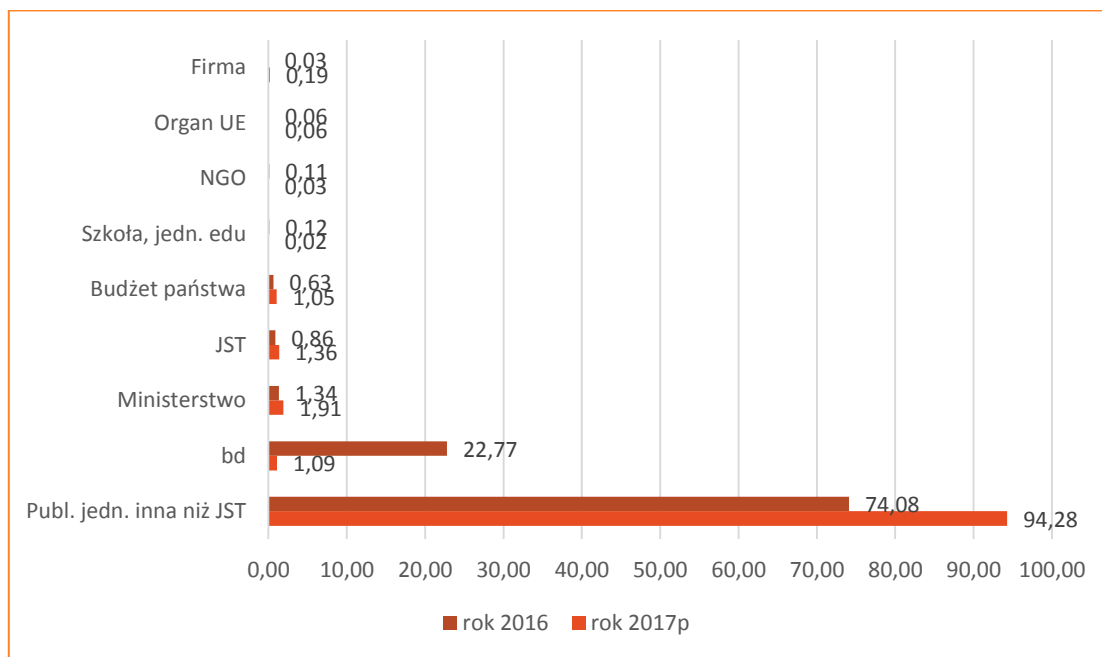
5.5.11. PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Zarówno w roku 2017 jak i w roku 2016 podmiotem finansującym zadanie była najczęściej jednostka publiczna inna niż JST (odpowiednio w roku 2016 taki podmiot finansujący występował w 74,08% zadań i w 94,28% w roku 2017). Warto zauważyć, że pomiędzy rokiem 2016 i 2017 zmniejszyła się liczba zadań, dla których podmioty centralne nie sprawozdały informacji o podmiocie finansującym – z 22,77% do 1,09% w roku 2017. Pozostałe zaprezentowano poniżej – Tabela 74 oraz Rycina 76.

Tabela 74. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2017 (liczba i %)

Podmiot finansujący PF (rodzaj)	rok 2016		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. jedn. inna niż JST	11785	74,08	10261	94,28
Bd	3623	22,77	119	1,09
Ministerstwo	213	1,34	208	1,91
JST	137	0,86	148	1,36
Budżet państwa	100	0,63	114	1,05

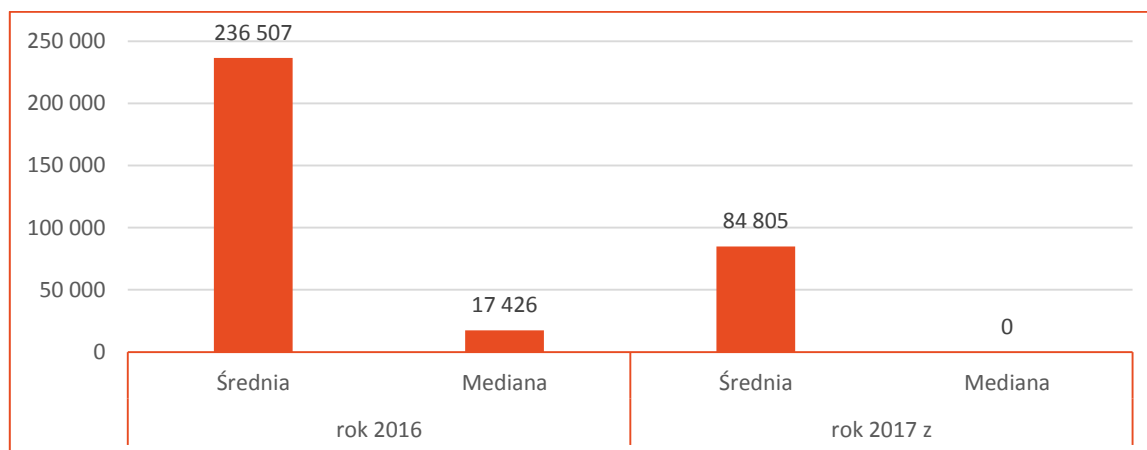
Szkoła, jedn. edu	19	0,12	2	0,02
NGO	18	0,11	3	0,03
Organ UE	9	0,06	7	0,06
Firma	4	0,03	21	0,19
SUMA	15 908	100	10 883	100



Rycina 76. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego PF w latach 2016-2017 (w %)

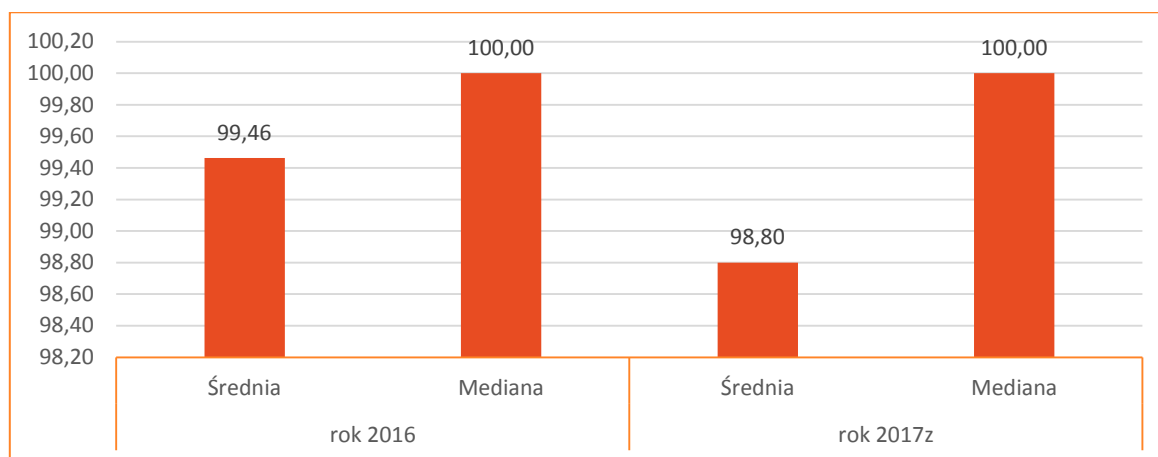
5.5.12. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PF

Średnia kwota finansowania wydatkowana przez PF zmniejszyła się z blisko 240 tys. zł w roku 2016 do niecałych 85 tys. zł w roku 2017. Mediana wyników zmniejszyła się z około 17 tys. zł do zera. Pozostałe dane poniżej - Rycina 77.



Rycina 77. Zmiana średniej i mediany kwoty finansowania PF w latach 2016-2017

Mniej znaczącym zmianom uległ zakres finansowania PF wyrażony procentowo. Mediana pozostała bez zmian (Me=100), średnia nieznacznie się zmniejszyła z 99,46% w roku 2016 do 98,98% w roku 2017. Pozostałe dane poniżej - Rycina 78.

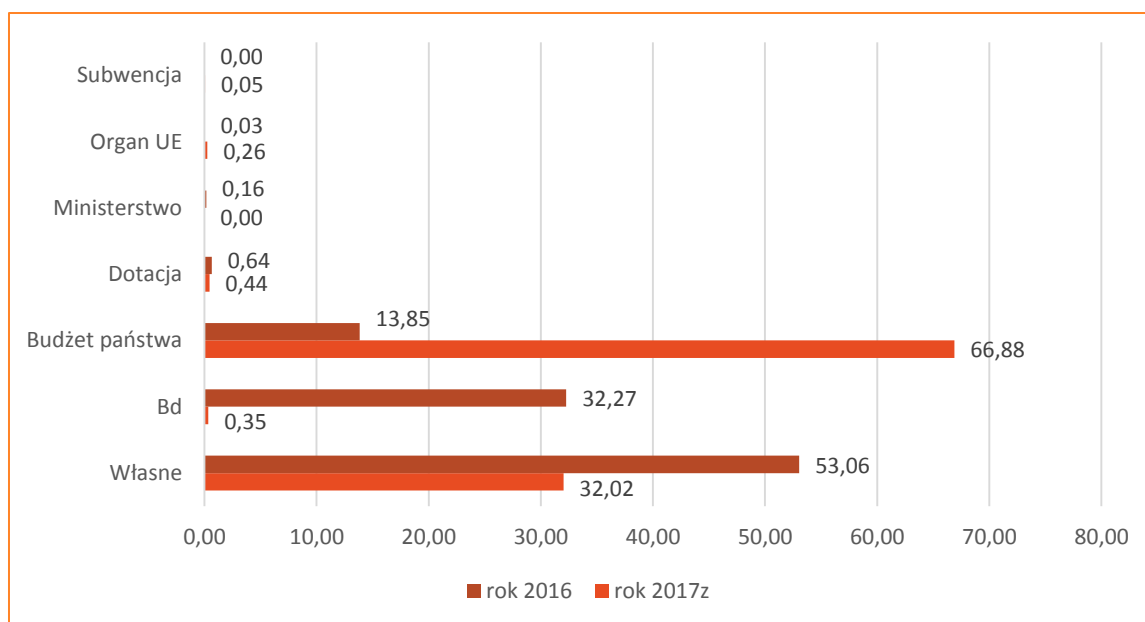


Rycina 78. Zmiana zakresu finansowania PF w latach 2016-2017 (w %)

W roku 2016 najczęściej wskazywanym źródłem finansowania PF były własne zasoby (n=8.440; 53,06%). W roku 2017 z kolei podmioty centralne najczęściej wskazywały budżet państwa (n=10.574; 97,16%). Warto zauważyć, że zmniejszeniu uległa liczba zadań, w której podmioty centralne nie wskazały źródła finansowania PF. Podczas gdy w roku 2016 sytuacja ta dotyczyła 5.133 zadań, co stanowiło 32,27% ogółu, to w roku 2017 liczba ta spadła do zaledwie 49, co stanowiło 0,45% ogółu zadań realizowanych w tym roku. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 75 oraz Rycina 79.

Tabela 75. Zmiana źródła finansowania PF w latach 2016-2017 (liczba i %)

Źródło finansowania - PF	rok 2016		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Własne	8 440	53,06	223	2,05
Bd	5 133	32,27	49	0,45
Budżet państwa	2 204	13,85	10 574	97,16
Dotacja	102	0,64	6	0,06
Ministerstwo	25	0,16	0	0
Organ UE	4	0,03	31	0,28
SUMA	15 908	100	10 883	100



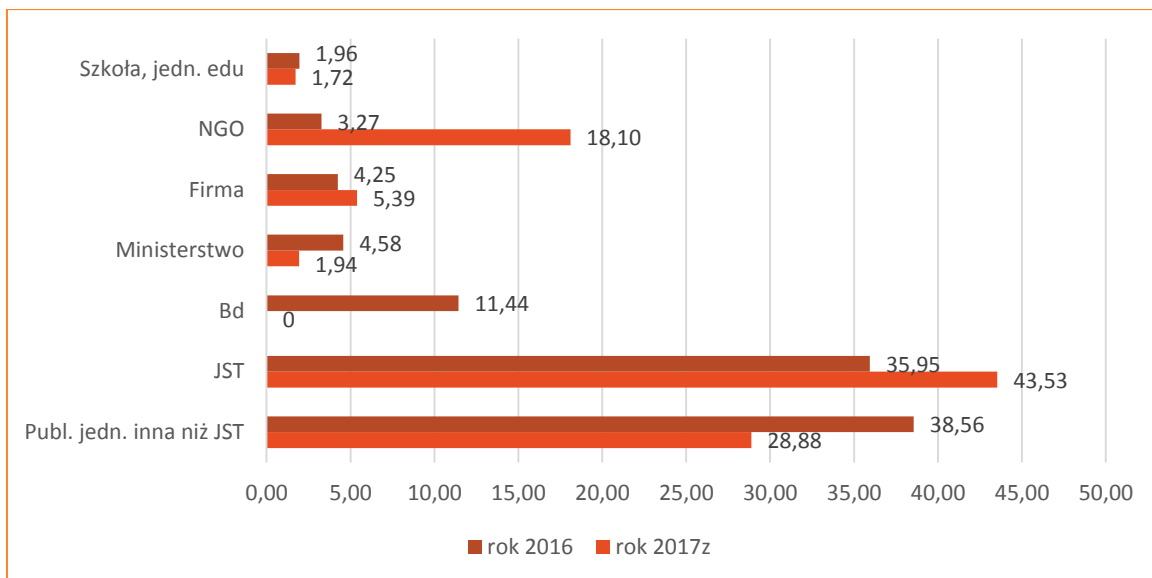
Rycina 79. Zmiana źródła finansowania PF w latach 2016-2017 (w %)

5.5.13. PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

W roku 2016 najczęściej występującym rodzajem podmiotu współfinansującego była jednostka publiczna inna niż JST (n=118; 38,56%). W roku 2017 z kolei najczęściej sprawozdawanym rodzajem PWF były jednostki samorządu terytorialnego (n=202; 43,53%). Uwagę zwraca zmniejszenie liczby zadań, dla których podmioty centralne nie określiły rodzaju PWF (mimo wskazania np. danych dotyczących kwoty i zakresu finansowania) W roku 2016 sytuacja taka wystąpiła w 34 zadaniach, co stanowiło 11,44%, podczas gdy w roku 2017 takich zadań nie było. Uwagę zwraca także większe zaangażowanie organizacji pozarządowych (zmiana z 3,27% do 18,10%). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 76 oraz Rycina 80.

Tabela 76. Zmiana rodzaju podmiotu współfinansującego PWF w latach 2016-2017 (liczba i %)

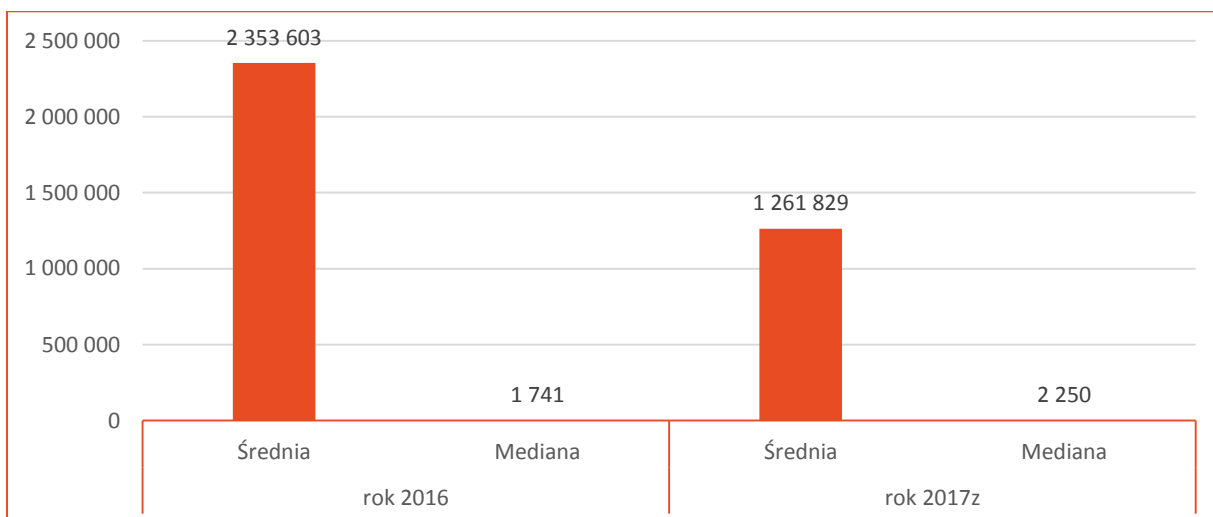
Podmiot współfinansujący zadanie PWF (rodzaj)	rok 2016		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. jedn. inna niż JST	118	38,56	134	28,88
JST	110	35,95	202	43,53
Bd	34	11,44	0	0
Ministerstwo	15	4,58	9	1,94
Firma	13	4,25	25	5,39
NGO	10	3,27	84	18,10
Szkoła, jedn. edu	6	1,96	8	1,72
Organ UE	0	0	2	0,43
SUMA	306	100	464	100



Rycina 80. Zmiana rodzaju PWF w latach 2016-2017 (w %)

5.5.14. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PWF

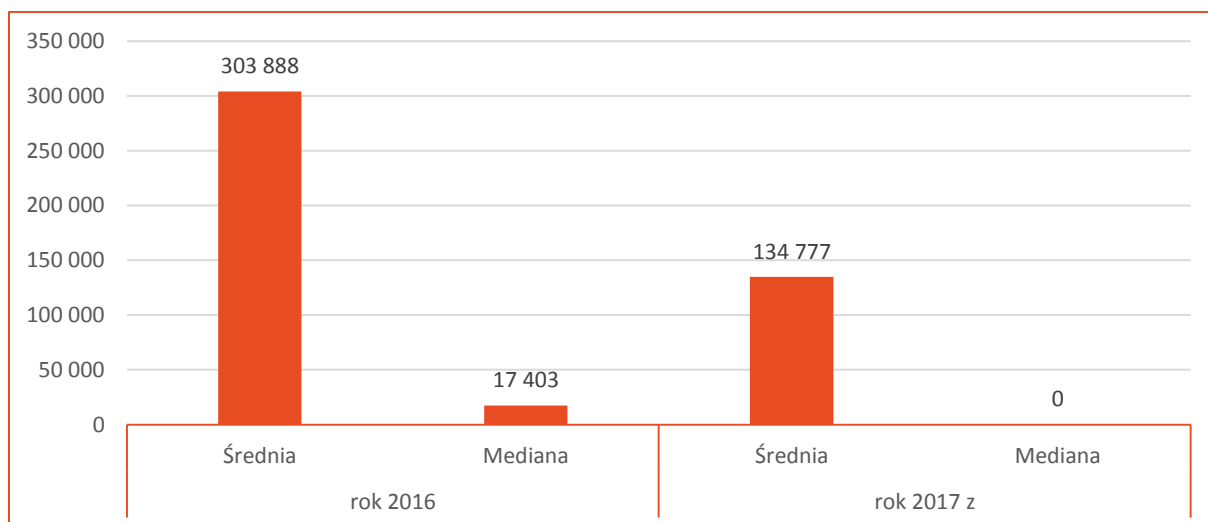
Średnia kwota wydatkowana przez PWF na działania z zakresu zdrowia publicznego zmniejszyła się z ponad 2 mln zł w roku 2016 do 1,26 mln zł w roku 2017. Mediana wydatków PWF zwiększyła się z 1.741 zł w roku 2016 do 2.250 zł w roku 2017. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 81.



Rycina 81. Zmiana średniej i mediany kwoty współfinansowania PWF

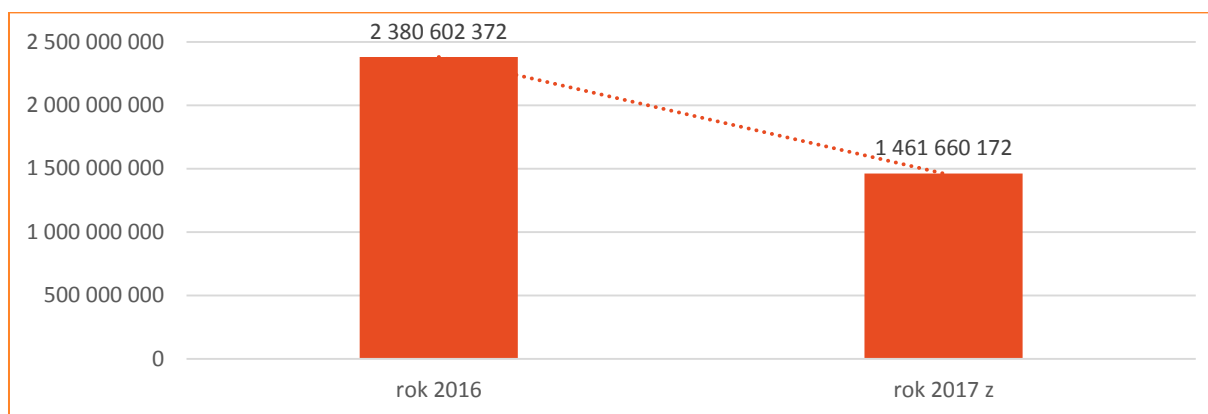
5.5.15. CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA

Średnia wartość całkowitego kosztu realizacji zadania zmniejszyła się w latach 2016-2017 z około 300 tys. zł w roku 2016 do niecałych 135 tys. zł w roku 2017, mediana z kolei zmniejszyła się z około 17 tys. zł w roku 2016 do zera w roku 2017. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 82.



Rycina 82. Zmiana wartości średniej i mediany całkowitego kosztu realizacji zadania w latach 2016-2017 (w %)

Sumaryczny koszt realizacji wszystkich zadań zmniejszył się z około 2,4 mld zł w roku 2016 do około 1,46 mld zł w roku 2017 – Rycina 83.



Rycina 83. Zmiana sumarycznej wartości kosztów realizacji zadań w latach 2016-2017 (w zł)

5.5.16. ANALIZA ZBIORCZA DANYCH ILOŚCIOWYCH

Poniżej (Tabela 77) przedstawiono zbiorcze zestawienie zmian w zakresie danych ilościowych, jakie nastąpiły w latach 2016-2017.

Tabela 77. Zbiorcza analiza ilościowa zmian wybranych parametrów zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017

Zmienna	rok 2016					rok 2017z				
	N ważnych	Średnia	Mediana	Min	Maks	N ważnych	Średnia	Mediana	Min	Maks
Czas trwania zadania	15 189	317	365	1	365	10 883	311	364	1	365
Liczebność grupy docelowej	14 385	155 588	760	1	38 530 000	10 790	449 450	1 045,00	0	38 434 000
Dział. promocyjno-educacyjne - liczba działań	3 910	59	7	1	87 281	5 134	56	4	0	165 000
Dział. promocyjno-educacyjne - liczba osób	3 559	49 004	300	1	62 200 636	5 117	49 153	509	0	38 000 000
Dział. profilaktyczne - liczba działań	3 158	933	21	1	242 791	3 425	62	4	0	52 578
Dział. profilaktyczne - liczba osób	3 114	67 994	269	0	38 000 000	3 400	44 027	408	0	38 000 000
Dział. szkoleniowe i konferencje - liczba działań	1 879	8	2	0	725	2 131	7	1	1	1 481
Dział. szkoleniowe i konferencje - liczba osób	1 869	211	24	0	14 889	2 128	264	23,5	0	47 194
Dział. badawcza - liczba działań	414	1 753	8	1	278 449	859	774	1	1	331 519
Działania inne - liczba działań	5 940	372	23	1	355 778	5 944	170	4	1	297 563
Kwota finansowania - PF	8 251	236 507	17 426	0	242 975 202	10 881	84 805	0	0	242 975 202
Zakres finansowania (w%) - PF	14 702	99%	100%	0	100%	10 882	99%	100%	0%	100%
Kwota finansowania - PWF	236	2 353 603	1 741	0	516 497 104	426	1 261 829	2 250	0	516 497 104,00
Zakres finansowania (w%) - PWF	211	48	44	1	100	410	0	16,00%	0%	100%
Całkowity koszt zadania	8 281	303 888	17 403	0	759 472 306	10 845	134 777	0	0	759 472 306

5.5.17. KOSZT REALIZACJI ZADANIA W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Średnia wartość kosztów realizacji zadania zwiększyła się w zakresie zadań przypisanych do celu operacyjnego nr 1, 5 oraz 6 w pozostałych przypadkach zmniejszyła się. Największa różnica wystąpiła w przypadku celu operacyjnego nr 5. Należy zauważyć, że w roku 2016 podmioty wskazywały cele 7-11, które nie figurują w zakresie NPZ. W roku 2017 taka sytuacja nie miała już miejsca. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 78.

Tabela 78. Zmiana wartości kosztów realizacji zadania w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2017

OP	rok 2016				rok 2017z			
	średnia	mediana	max	min	Średnia	Mediana	min	max
1	67 856	3 825	7 300 000	0	117 567	0	0	45 390 627
2	175 937	7 835	25 485 819	0	42 252	0	0	38 865 886
3	216 753	55 864	7 006 030	0	201 212	0	0	9 002 308
4	65 252	13 197	28 014 871	0	30 410	0	0	23 111 706
5	738 782	30 669	759 472 306	100	8 952 357	0	0	759 472 306
6	197 152	82 470	1 250 049	227	255 025	0	0	10 661 824
7	95 864	95 864	95 864	95 864				
9	4 340	4 340	4 340	4 340				
11	62 524	51 792	144 855	30 200				
bd	172 809	82 470	1 250 049	227	118 981	0	0	6 900 000

5.5.18. KOSZT REALIZACJI ZADANIA W PRZELICZENIU NA 1 OSOBĘ W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Średnia wartość kosztów w przeliczeniu na 1 osobę w populacji docelowej zwiększyła się w przypadku zadań realizowanych w ramach celu operacyjnego nr 3 oraz 5, w pozostałych przypadkach zmniejszyła się. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 79.

Tabela 79. Zmiana kosztu realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2017 (koszty w 2017 roku bez uwzględniania 0)

Nr celu operacyjnego NPZ	rok 2016		rok 2017z	
	Średni kosz/1 osobę	Me kosz/1 osobę	Średni kosz/1 osobę	Me kosz/1 osobę
OP 1	532,84	48	49,15	0,79
OP 2	526,06	33,45	240,14	1,63
OP 3	754,01	88,06	808,23	10,70
OP 4	258,01	62,14	171,62	1,05
OP 5	591,01	58,05	1220,60	86,91
OP 6	98,89	74,35	17,60	0,40

5.5.19. JAKOŚĆ SPRAWOZDAWCZOŚCI W LATACH 2016-2017

Jakość sprawozdawczości opisano przy pomocy analizy zmian liczebności zadań, w których podmioty centralne nie określały bądź określały błędnie danych parametr, tj. liczby zadań z rekordem „bd”. Analiza częstości występowania odpowiedzi typu „bd” w zakresie raportowanych parametrów wykazała, że we wszystkich parametrach zarówno liczba jak i odsetek tego rodzaju odpowiedzi zmniejszył się – szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 80.

Tabela 80. Zmiana częstości występowania odpowiedzi "bd" w zadaniach sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017

Parametr	rok 2016		rok 2017z		rok 2016		rok 2017z	
		liczba bd		liczba bd		procent bd		procent bd
numer celu operacyjnego NPZ	↑	1081	↓	300	↑	6,80	↓	2,76
numer zadania NPZ	↑	2021	↓	567	↑	12,70	↓	5,21
czas trwania zadania	↑	719	↓	0	↑	4,52	↓	0,00
zasięg terytorialny	↑	1300	↓	0	↑	8,17	↓	0,00
populacja objęta zadaniem (rodzaj)	↑	985	↓	2	↑	6,19	↓	0,01838
populacja objęta zadaniem (liczebność)	↑	1523	↓	93	↑	9,57	↓	0,85
realizator zadania (rodzaj)	↑	1306	↓	37	↑	8,20	↓	0,34
Tryb realizacji zadania	↑	5868	↓	36	↑	36,89	↓	0,33
Podmiot finansujący zadanie PF	↑	3623	↓	119	↑	22,77	↓	1,09
Źródło finansowania PF	↑	5133	↓	49	↑	32,27	↓	0,45
Podmiot współfinansujący zadanie PWF	↑	34	↓	0	↑	11,44	↓	0,00
Źródło finansowania PWF	↑	163	↓	49	↑	53,27	↓	10,56

5.6. ANALIZA PORÓWNAWCZA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH W ROKU 2017 – DANE PIERWOTNE I ZWERYFIKOWANE

Analizę wykonano dla wszystkich parametrów omówionych w pierwszej części raportu. W tabelach i na rycinach przedstawiono dane pierwotne (**2017p**) tj. przed weryfikacją dokonaną przez Ministerstwo Zdrowia oraz dane zweryfikowane (**2017z**) tj. po weryfikacji dokonanej przez Ministerstwo Zdrowia.

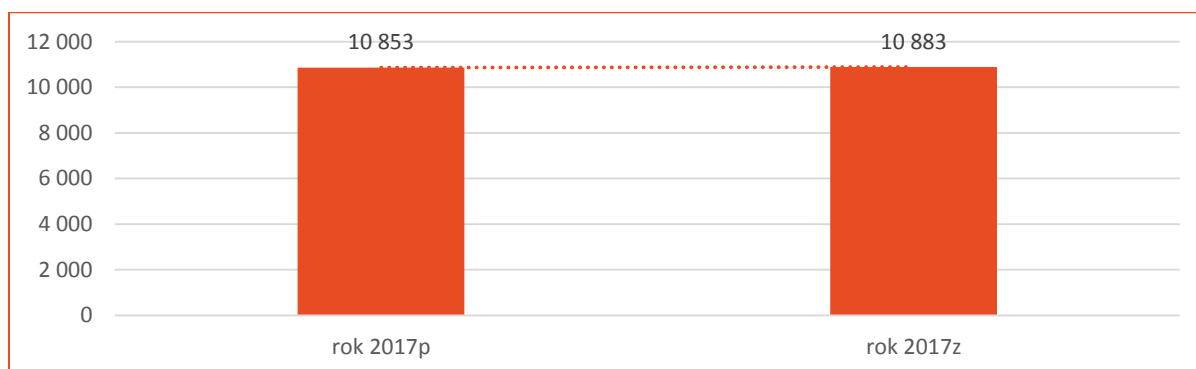
Rekordy uległy zmianie zarówno jakościowej (zmiany w zakresie zadań), jak i ilościowej – z bazy usunięto 30 zadań, a w zakresie 10.860 rekordów (99,79% ogółu) dokonano zmian, należy jednak mieć na względzie, że zmiany te miały zróżnicowany zakres i w części zadań mogły nie dotyczyć danych włączonych do analiz prezentowanych w niniejszym raporcie.

5.6.1. ANALIZA PORÓWNAWCZA ROKU 2017 – DANE PIERWOTNE I DANE ZWERYFIKOWANE

Analizę wykonano dla wszystkich parametrów omówionych w pierwszej części raportu. W tabelach i na rycinach przedstawiono dane pierwotne (**2017p**) tj. przed weryfikacją dokonaną przez Ministerstwo Zdrowia oraz dane zweryfikowane (**2017z**) tj. po weryfikacji dokonanej przez Ministerstwo Zdrowia. Proces weryfikacji, wraz z jego założeniami i przebiegiem, został szczegółowo opisany w metodologii oceny zadań sprawozdanych przez podmioty centralne.

5.6.2. CAŁKOWITA LICZBA ZREALIZOWANYCH ZADAŃ

Wykazano niewielką różnicę pomiędzy liczbą zadań sprawozdanych przez podmioty centralne przed weryfikacją (2017p) oraz po weryfikacji (2017z). Analiza wykazała, że zadań zweryfikowanych było o 30 więcej niż zadań pierwotnych (10.853 vs. 10.883). Szczegółowe dane poniżej - Rycina 84.

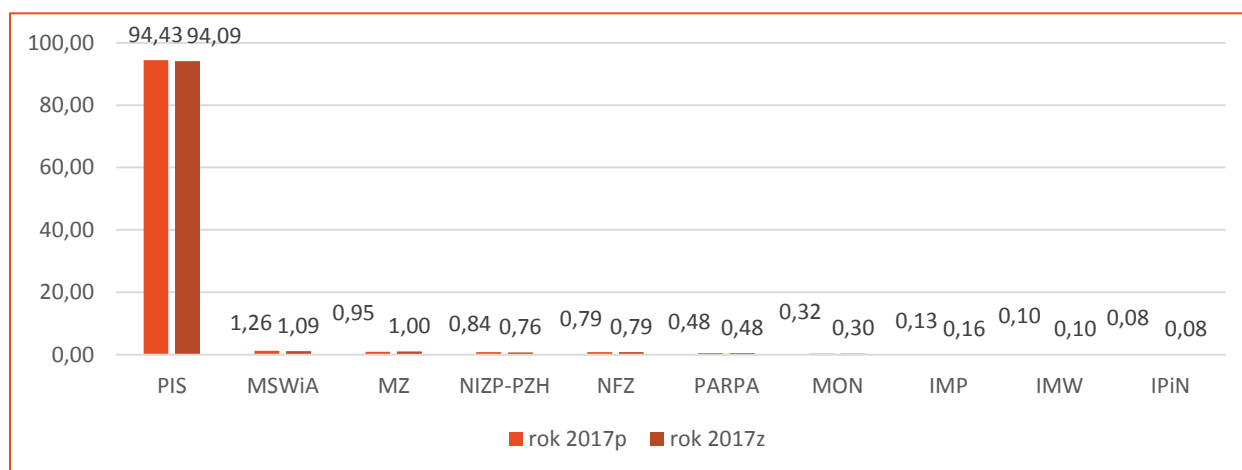


Rycina 84. Liczba zadań sprawozdanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych (rok2017p) i danych zweryfikowanych (rok2017z)

Zarówno w danych pierwotnych jak i w danych zweryfikowanych najczęściej zadań z zakresu zdrowia publicznego sprawozdała Państwowa Inspekcja Sanitarna. W danych pierwotnych zadania realizowane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne stanowiły 94,43% ogółu zadań, a w danych zweryfikowanych niewiele mniej, bo 94,09%. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 85 oraz Tabela 81

Tabela 81. Zmiana w zakresie liczby zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych (rok2017p) i danych zweryfikowanych (rok2017z)

Instytucja raportująca	rok 2017p		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
PIS	10 249	94,43	10 240	94,09
MSWiA	137	1,26	119	1,09
MZ	103	0,95	109	1,00
NIZP-PZH	91	0,84	83	0,76
NFZ	86	0,79	86	0,79
PARPA	52	0,48	52	0,48
MON	35	0,32	33	0,30
IMP	14	0,13	17	0,16
IMW	11	0,10	11	0,10
IPiN	9	0,08	9	0,08



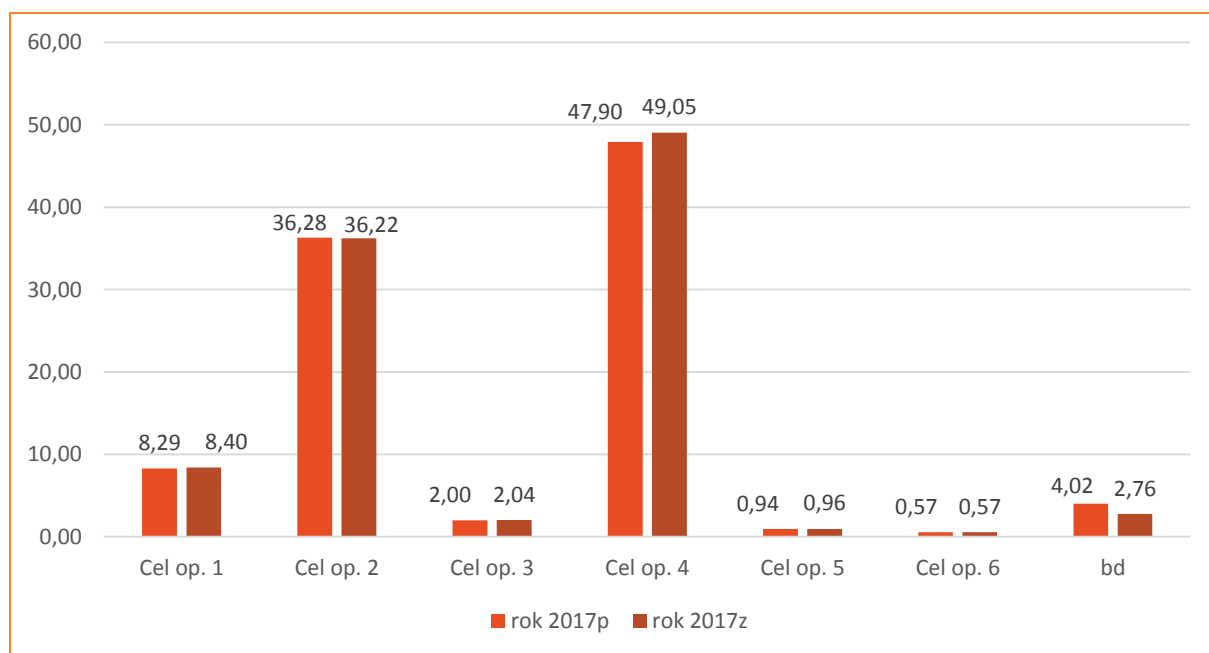
Rycina 85. Zmiana odsetka zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne dla danych pierwotnych (rok 2017p) oraz dla danych zweryfikowanych (rok 2017z)

5.6.3. LICZBA ZREALIZOWANYCH ZADAŃ W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Zarówno w danych pierwotnych (rok 2017p) jak i w danych zweryfikowanych (rok 2017z) najczęściej zadań było realizowanych w zakresie celu operacyjnego. Zestawienie tytułów celów i zadań NPZ zawiera Załącznik 1. Pozostałe dane poniżej – Tabela 82 oraz Rycina 86.

Tabela 82. Zmiana liczby i odsetka zadań w zależności od celu operacyjnego NPZ – porównanie danych pierwotnych (rok2017p) i danych zweryfikowanych (rok2017z)

Nr celu operacyjnego	rok 2017p		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
OP 1	900	8,29	914	8,40
OP 2	3 937	36,28	3 942	36,22
OP 3	217	2,00	222	2,04
OP 4	5 199	47,90	5 338	49,05
OP 5	102	0,94	105	0,96
OP 6	62	0,57	62	0,57
bd	436	4,02	300	2,76
SUMA	10 853	100	10 883	100



Rycina 86. Zmiana odsetka zadań zrealizowanych w zależności od celu operacyjnego NPZ – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych

5.6.4. LICZBA DZIAŁAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE W ZALEŻNOŚCI OD NR ZADANIA

Ze względu na duże zróżnicowane odpowiedzi w zakresie numeru zadania NPZ analizę ograniczono do porównania 10 najczęściej wskazywanych numerów zadań. Zestawienie tytułów celów i zadań NPZ przedstawiono w Załączniku 1.

W danych pierwotnych (rok 2017p) podmioty centralne najczęściej nie wskazywały numeru zadania NPZ, natomiast w danych zweryfikowanych (rok 2017z) najczęściej wskazywane było zadanie 4.2.1., co odpowiada *prowadzeniu działań informacyjno-edukacyjnych*. Wszystkie spośród 10 najczęściej raportowanych numerów zadań występowały wśród najczęściej raportowanych zarówno w danych pierwotnych jak i danych zweryfikowanych – Tabela 83.

Tabela 83. Zmiana najczęściej wskazywanych numerów zadań NPZ w danych pierwotnych (rok 2017p) oraz w danych zweryfikowanych (rok 2017z) (pierwsze 10 miejsc) na kolor zielony oznaczono numery zadań, które powtarzają się w obu zestawach danych

rok 2017p			rok 2017z		
nr zadania NPZ	Liczba	Procent	nr zadania NPZ	Liczba	Procent
bd	727	6,70	4.2.1	573	5,27
4.2.1	557	5,13	bd	567	5,21
2.1.5	543	5,00	2.1.5	544	5,00
1.1.4	481	4,43	1.1.4	481	4,42
1.2.5	419	3,86	1.2.5	472	4,34
1.2.1	407	3,75	1.1.6	411	3,78
4.2.2	398	3,67	1.2.1	406	3,73
1.1.6	397	3,66	4.2.2	396	3,64
2.1.1.1.b	393	3,62	2.1.1.1.b	386	3,55
4.2.3	361	3,33	4.2.3	376	3,45

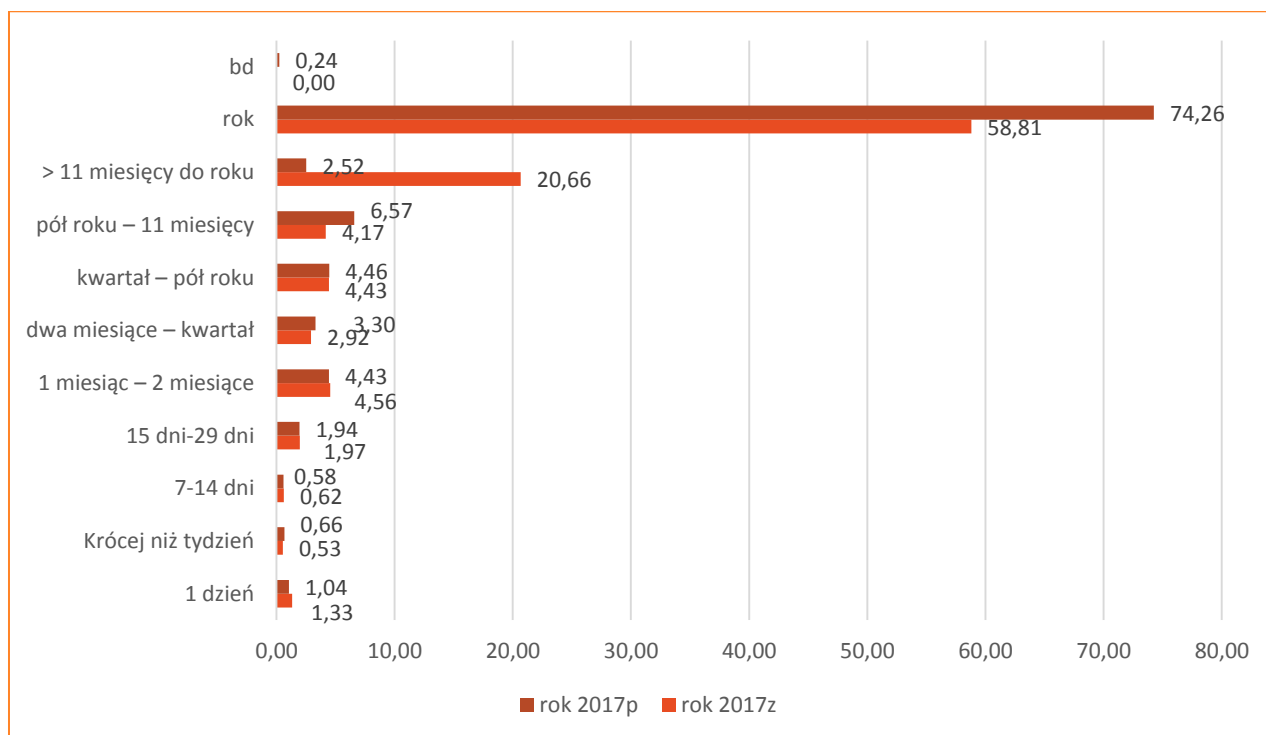
5.6.5. CZAS TRWANIA ZADANIA

Analiza przedziałowa wykazała, że zarówno w danych pierwotnych i w danych zweryfikowanych czas trwania programu wynosił najczęściej rok (odpowiednio 74,26% zadań dla danych pierwotnych i 58,81% dla danych zweryfikowanych). Warto zauważyć, że w danych zweryfikowanych dla każdego zadania był wskazany czas jego trwania. Szczegółowe dane poniżej - Tabela 84 oraz Rycina 87.

Tabela 84. Zmiana czasu trwania działania w przedziałach dla danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

Czas trwania zadania	rok 2017p		rok 2017z	
	liczba	procent	Liczba	Procent
Rok	8 059	74,26	6 400	58,81
> 11 miesięcy do roku	273	2,52	2 248	20,66
Pół roku - 11 miesięcy	713	6,57	454	4,17
Kwartał - pół roku	484	4,46	482	4,43
Dwa miesiące - kwartał	358	3,30	318	2,92
1 miesiąc - 2 miesiące	481	4,43	496	4,56
2 tygodnie-1 miesiąc	211	1,94	214	1,97
7-14 dni	63	0,58	68	0,62
Krócej niż tydzień	72	0,66	58	0,53
1 dzień	113	1,04	145	1,33

Bd	26	0,24	0	0
SUMA	10 853	100	10 883	100



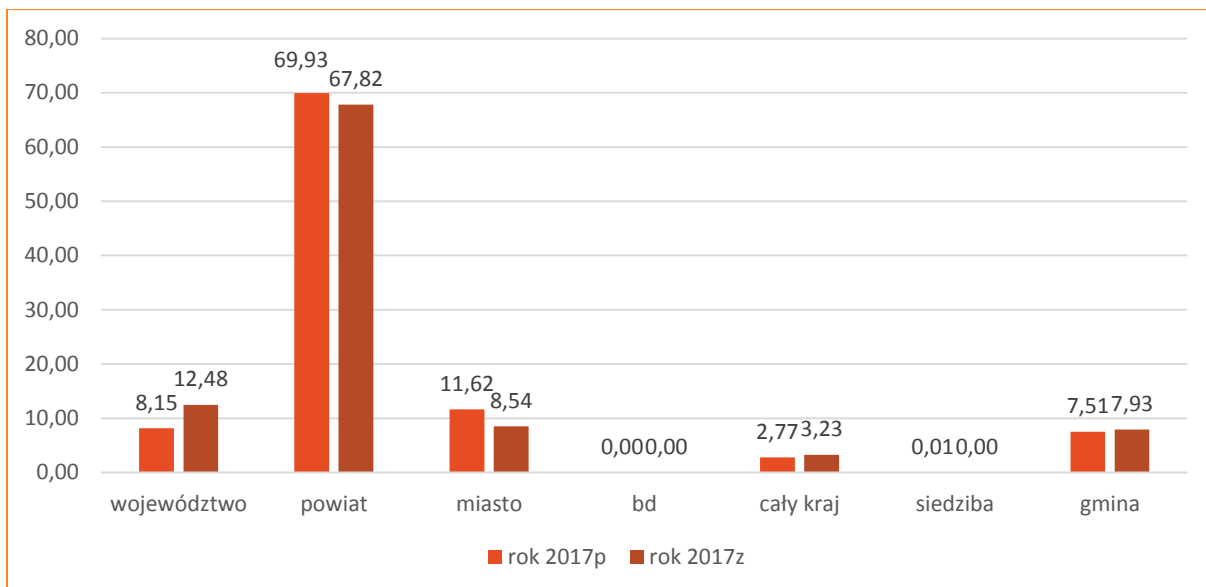
Rycina 87. Zmiana czasu trwania zadań realizowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)

5.6.6. ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Zarówno dla danych pierwotnych jak i zweryfikowanych zadania najczęściej obejmowały jeden lub kilka powiatów. Odpowiednio 7.590 zadań dla danych pierwotnych i 7.381 dla danych zweryfikowanych. Szczegółowe informacje poniżej - Tabela 85 oraz Rycina 88.

Tabela 85. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych w roku 2017 – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

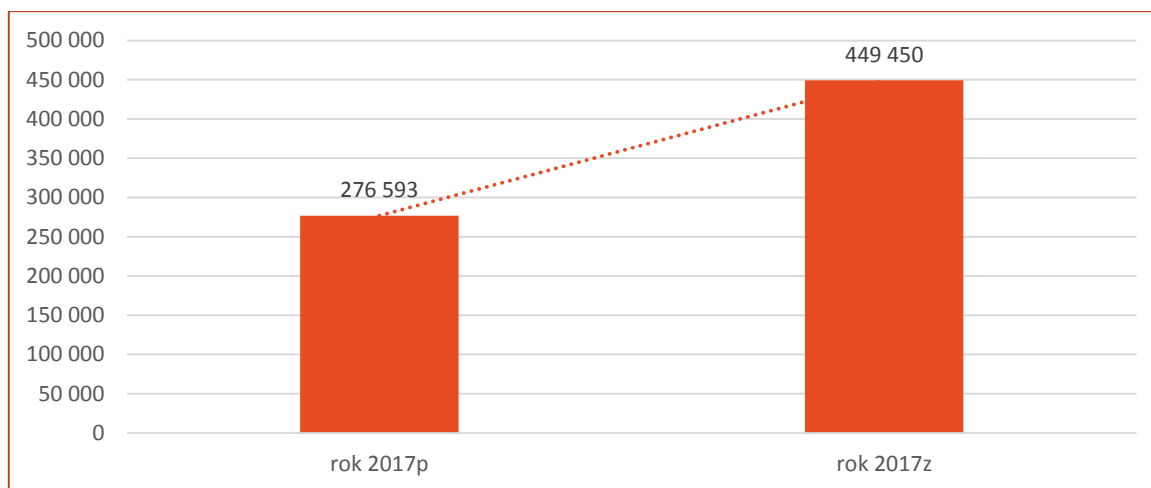
Zasięg terytorialny	rok 2017p		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Województwo	885	8,15	863	7,93
Powiat	7 590	69,93	7 381	67,82
Miasto	1 261	11,62	929	8,54
Bd	0	0	0	0
Cały kraj	301	2,77	352	3,23
Siedziba	1	0,01	0	0
Gmina	815	7,51	863	7,93
SUMA	10 853	100	10 883	100



Rycina 88. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)

5.6.7. POPULACJA DOCELOWA ZADANIA

Ilościowa analiza porównawcza wykazała, że średnia liczba osób objętych działaniem zwiększyła się. Przed weryfikacją wynosiła blisko 277 tys. osób, podczas gdy po weryfikacji prawie 450 tys. osób - Rycina 89.



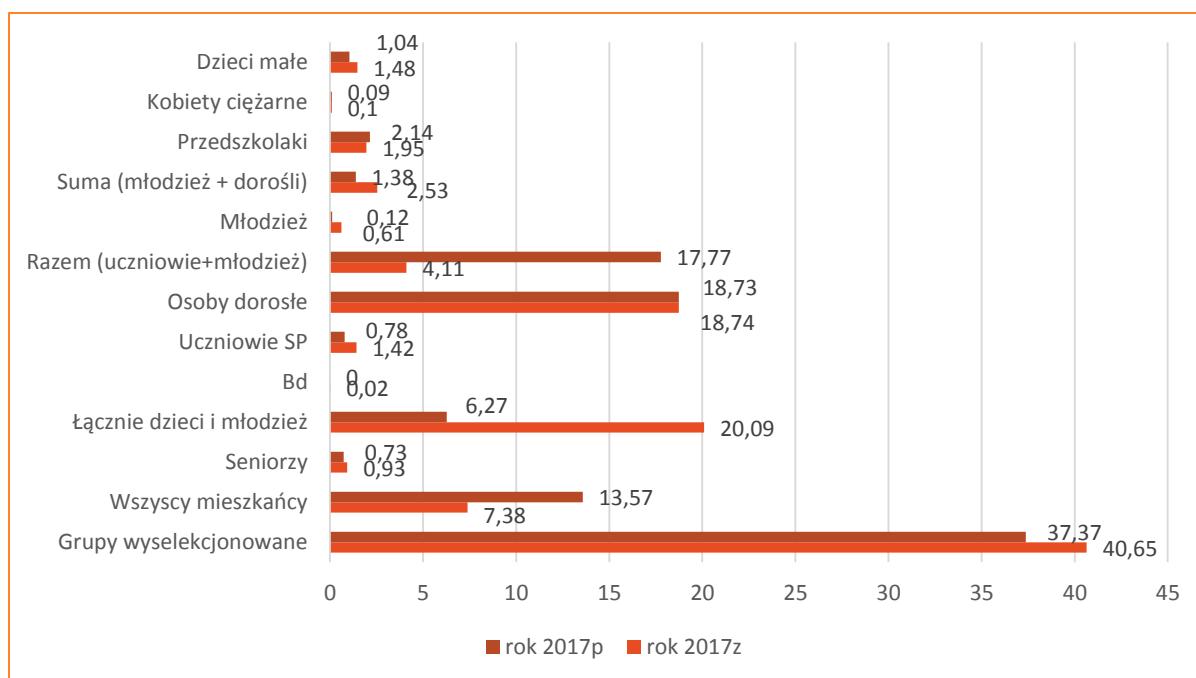
Rycina 89. Zmiana średniej liczby osób w grupie docelowej działań podejmowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

Zmiana wielkości średniej populacji docelowej wynika z korekty przeprowadzonej w procesie weryfikacji. Jak widać poniżej - Tabela 87, w danych zweryfikowanych pojawia się więcej programów z populacją wielkości rzędu ponad 12 mln osób.

Analizując rodzaj populacji docelowej zauważono, że dzieci i młodzież ujęte łącznie wskazywano stosunkowo częściej w danych zweryfikowanych (odpowiednio 20,09% dla danych zweryfikowanych i 6,27% dla danych pierwotnych). Odwrotnie kształtowała się sytuacja w grupie docelowej łączącej uczniów i młodzież. Populację tę wskazywano częściej w danych pierwotnych (odpowiednio 17,77% dla danych pierwotnych i 4,11% dla danych zweryfikowanych). Zarówno w danych pierwotnych jak i zweryfikowanych programy najczęściej były kierowane do grup wyselekcjonowanych. Pozostałe dane poniżej - Rycina 90 oraz Tabela 86.

Tabela 86. Zmiana rodzaju populacji docelowej działań realizowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

Rodzaj populacji docelowej	rok 2017p		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Grupy wyselekcjonowane	4 056	37,37	4 424	40,65
Wszyscy mieszkańcy	1 473	13,57	803	7,38
Seniorzy	79	0,73	101	0,93
łącznie dzieci i młodzież	680	6,27	2 186	20,09
Bd	0	0	2	0,02
Uczniowie SP	85	0,78	155	1,42
Osoby dorosłe	2 033	18,73	2 040	18,74
Razem (uczniowie + młodzież)	1 929	17,77	447	4,11
Młodzież	13	0,12	66	0,61
Suma (młodzież + dorośli)	150	1,38	275	2,53
Przedszkolaki	232	2,14	212	1,95
Kobiety ciężarne	10	0,09	11	0,10
Dzieci małe	113	1,04	161	1,48
SUMA	10 853	100	10 883	100



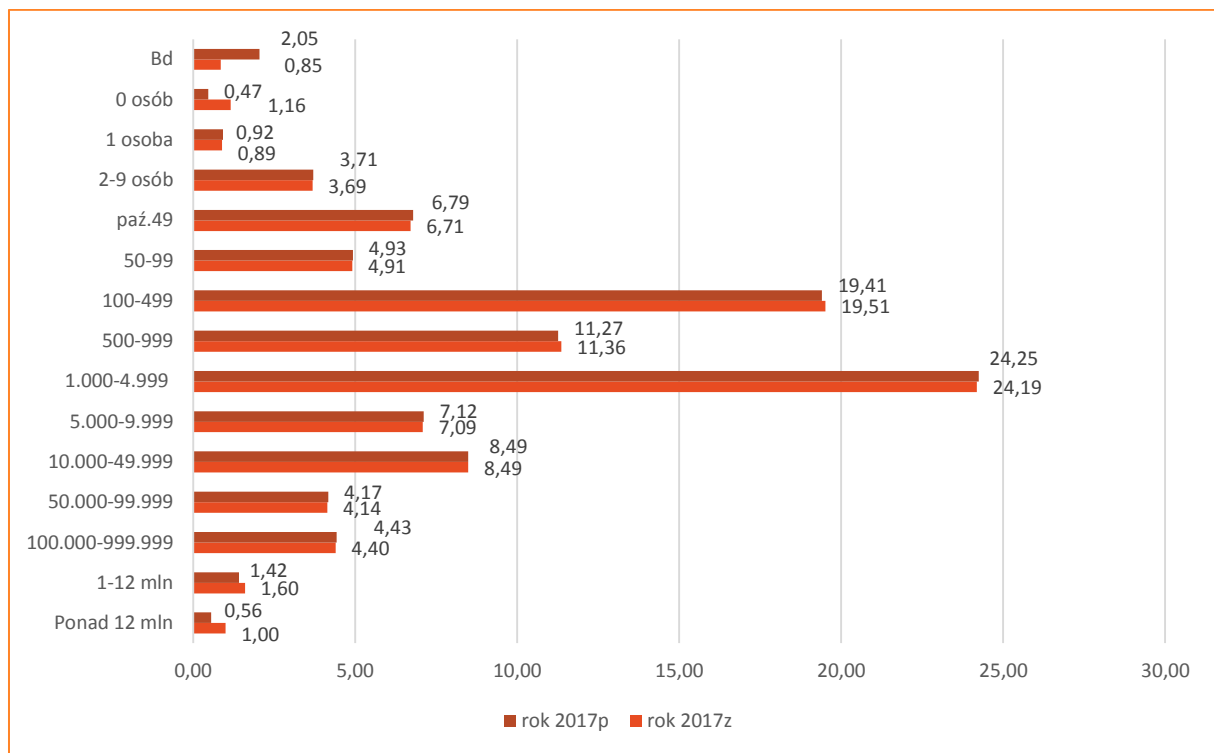
Rycina 90. Zmiana rodzaju populacji docelowej w działaniach podmiotów centralnych – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)

Przedziałowa analiza liczebności osób w populacji biorących udział w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne wykazała, że zarówno w danych pierwotnych jak i danych zweryfikowanych działania skierowane były do populacji wielkości rzędu 1.000-4.999 osób. Co więcej, w danych zweryfikowanych zmniejszył się odsetek zadań, w których podmioty centralne nie wskazały rozmiaru populacji docelowej (z 2,04% do 0,85%). Pozostałe zaprezentowano poniżej - Tabela 87 oraz Rycina 91.

Tabela 87. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

	rok 2017p		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Ponad 12 mln	61	0,56	109	1,00
1-12 mln	154	1,42	174	1,60
100.000-999.999	481	4,43	479	4,40
50.000-99.999	453	4,17	451	4,14
10.000-49.999	921	8,49	924	8,49
5.000-9.999	773	7,12	772	7,09
1.000-4.999	2 632	24,25	2633	24,19
500-999	1 223	11,27	1 236	11,36
100-499	2 107	19,41	2 123	19,51
50-99	535	4,93	534	4,91
10-49	737	6,79	730	6,71
2-9 osób	403	3,71	402	3,69
1 osoba	100	0,92	97	0,89

0 osób	51	0,47	126	1,16
Bd	222	2,05	93	0,85
SUMA	10 853	100	10 883	100



Rycina 91. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)

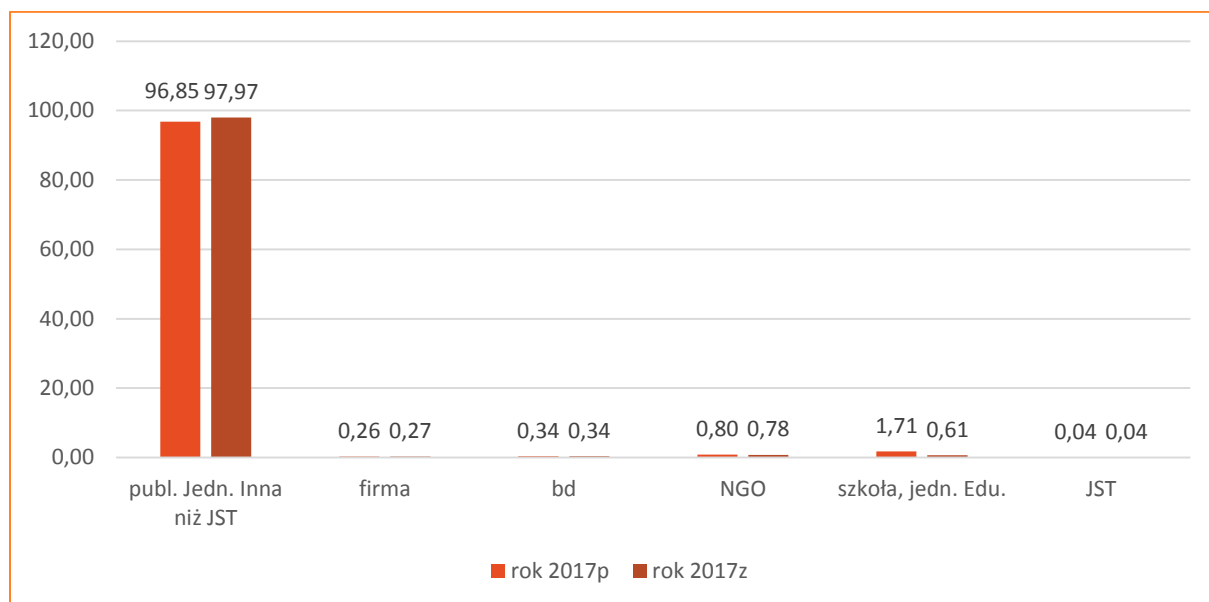
5.6.8. REALIZATOR ZADANIA

Zarówno w danych pierwotnych jak i w danych zweryfikowanych realizatorem działań sprawozdanych przez podmioty centralne były najczęściej jednostki publiczne inne niż JST (w danych pierwotnych realizowały 96,85% działań, a w danych zweryfikowanych 97,97%). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 92 oraz Tabela 88

Tabela 88. Zmiana realizatora działań sprawozdanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

Rodzaj	rok 2017p		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. jedn. inna niż JST	10 511	96,85	10 662	97,97
Firma	28	0,26	29	0,27
Bd	37	0,34	37	0,34
NGO	87	0,80	85	0,78

Szkoła, jedn. edu	186	1,71	66	0,61
JST	4	0,04	4	0,04
SUMA	10 853	100	10 883	100



Rycina 92. Zmiana rodzaju realizatora działań z zakresu zdrowia publicznego (rodzaj) – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)

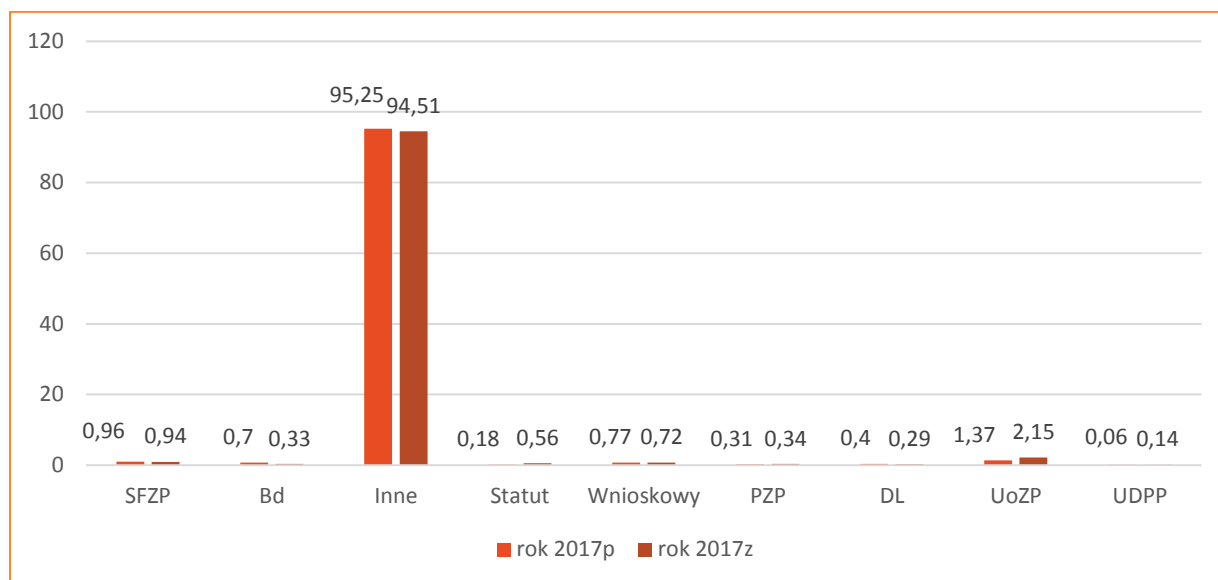
5.6.9. TRYB REALIZACJI ZADANIA

W danych pierwotnych jak i w danych zweryfikowanych podmioty centralne najczęściej jako podstawę prawną działań wskazywały akty prawne sklasyfikowane jako „inne” (opisane szczegółowo we wcześniejszej części raportu dotyczącej analizy sposobu raportowania trybu realizacji zadań za rok 2017). Dane szczegółowe zaprezentowano poniżej - Tabela 89 oraz Rycina 93.

Tabela 89. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

Tryb realizacji zadania	rok 2017p		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
SFZP	104	0,96	102	0,94
Bd	76	0,70	36	0,33
Inne	10 337	95,25	10 286	94,51
Statut	20	0,18	61	0,56
Wnioskowy	84	0,77	79	0,72
PZP	34	0,31	37	0,34
DL	43	0,40	33	0,29

UoZP	149	1,37	234	2,15
UDPP	6	0,06	15	0,14
SUMA	10 853	100	10 883	100



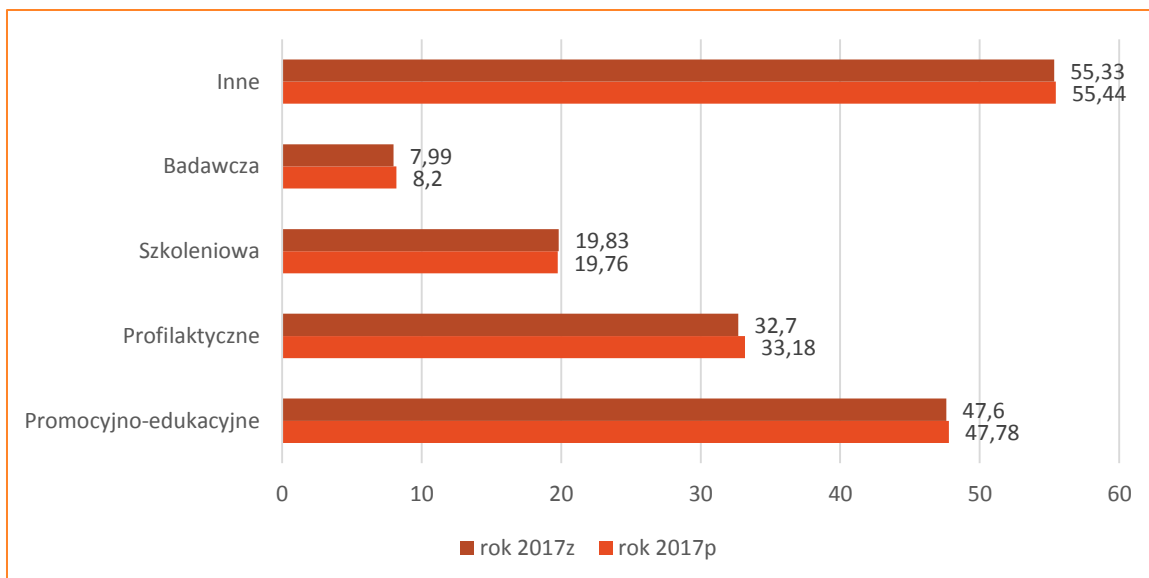
Rycina 93. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)

5.6.10. RODZAJ DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH W RAMACH ZADAŃ

Zarówno w danych pierwotnych jak i w danych zweryfikowanych najczęściej podejmowano działania określone jako „inne” – w danych pierwotnych uwzględniono je w 55,44% zadań, a w danych zweryfikowanych w 55,33% ogółu zadań. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 94 oraz Tabela 90.

Tabela 90. Zmiana częstości podejmowania działań w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

Rodzaj działań	rok 2017p		rok 2017z	
	liczba	odsetek ogółu działań w danym roku	liczba	odsetek ogółu działań w danym roku
Promocyjno-edukacyjne	5 186	47,78	5 180	47,60
Profilaktyczne	3 601	33,18	3 559	32,70
Szkoleniowa	2 145	19,76	2 158	19,83
Badawcza	890	8,20	870	7,99
Inne	6 017	55,44	6 022	55,33



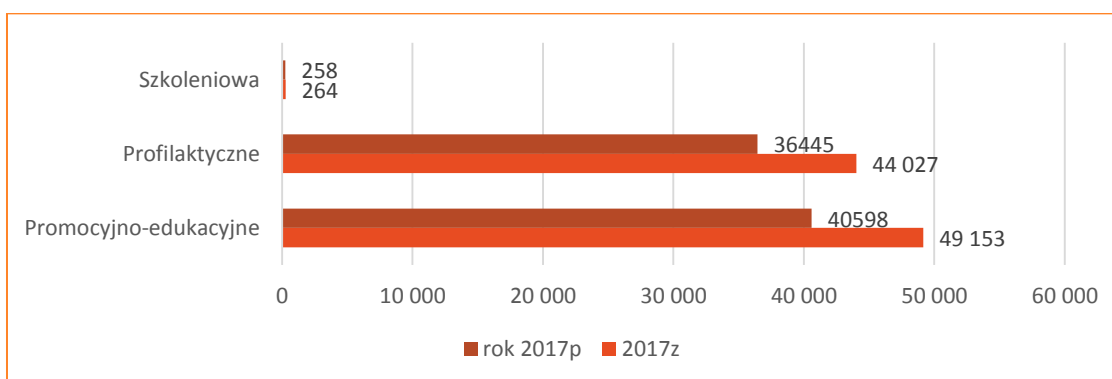
Rycina 94. Zmiana częstości podejmowania działań w zakresie zadań realizowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w%)

5.6.11. LICZBA OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W DZIAŁANIACH

Średnia liczba osób biorących udział w działaniach promocyjno-edukacyjnych oraz profilaktycznych była mniejsza w danych pierwotnych niż zweryfikowanych, przy czym różnica była mniejsza w przypadku działań profilaktycznych. W zakresie działań szkoleniowych stwierdzono z kolei niewielki wzrost średniej liczby uczestników z 258 osób dla danych pierwotnych do 264 osób w danych zweryfikowanych. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 91 oraz Rycina 95.

Tabela 91. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w poszczególnych rodzajach działań podejmowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

Rodzaj działania	Rok 2017p	Rok 2017z
Promocyjno-edukacyjne	40 598	49 153
Profilaktyczne	36 445	44 027
Szkoleniowa	258	264



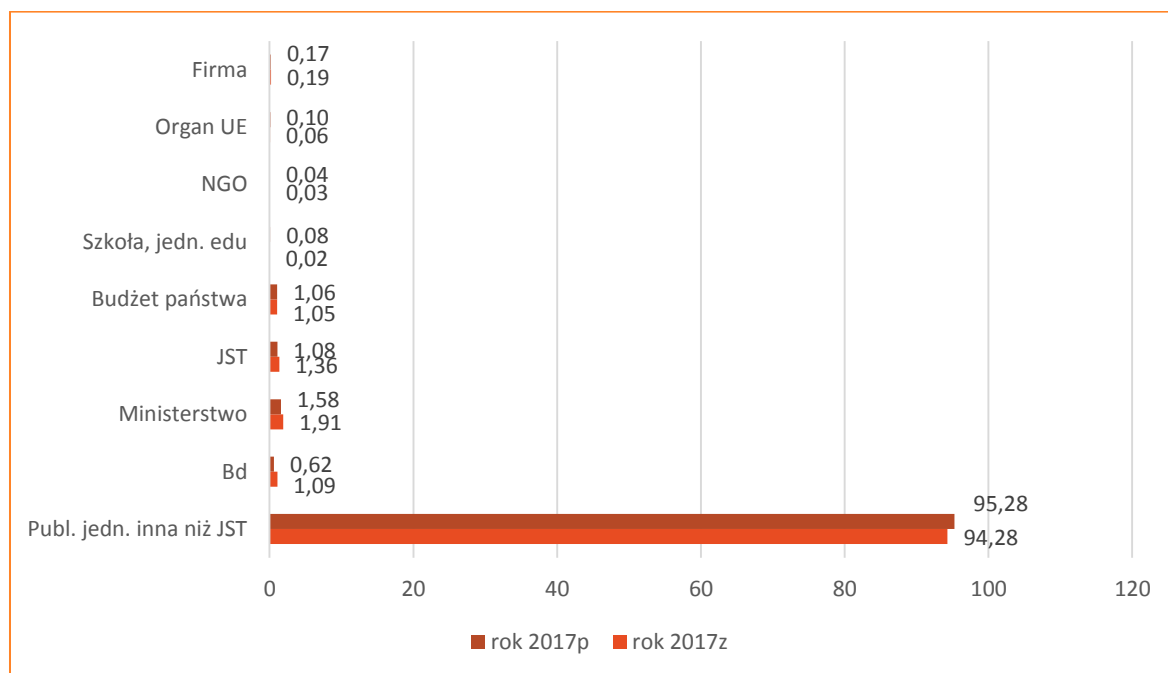
Rycina 95. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach realizowanych w zadaniach z zakresu ZP – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)

5.6.12. PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Zarówno w danych pierwotnych i w danych zweryfikowanych podmiotem finansującym zadanie była najczęściej jednostka publiczna inna niż JST (odpowiednio dla danych pierwotnych taki PF występował w 95,28% zadań i dla danych zweryfikowanych w 94,28%). Brak zasadności wskazywania pewnych podmiotów (np. firm) wyjaśniono już we wcześniejszej części raportu. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 96 oraz Tabela 92.

Tabela 92. Zmiana rodzaj podmiotu finansującego zadanie – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

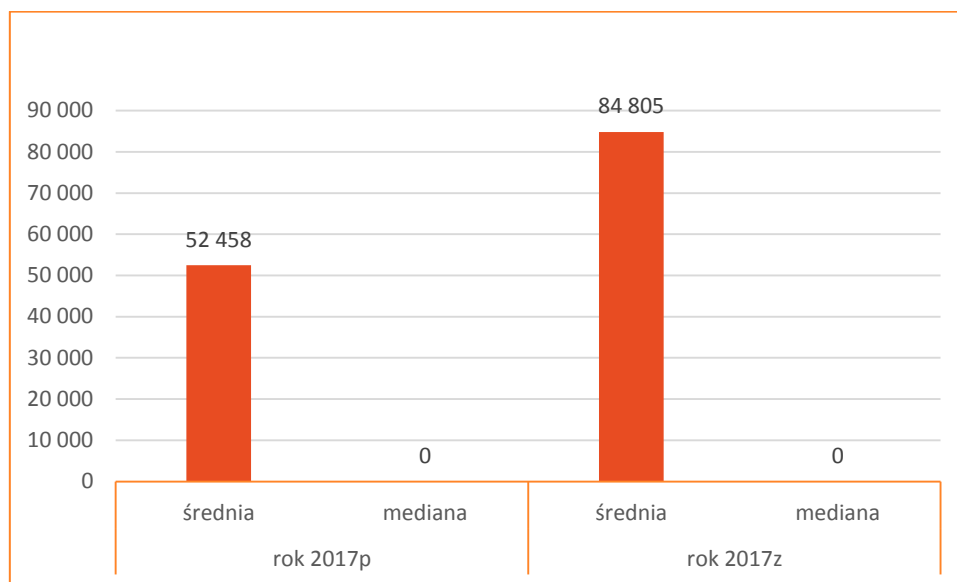
	rok 2017p		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. jedn. inna niż JST	10 341	95,28	10 261	94,28
Bd	67	0,62	119	1,09
Ministerstwo	171	1,58	208	1,91
JST	117	1,08	148	1,36
Budżet państwa	115	1,06	114	1,05
Szkoła, jedn. edu	9	0,08	2	0,02
NGO	4	0,04	3	0,03
Organ UE	11	0,10	7	0,06
Firma	18	0,17	21	0,19
SUMA	10 853	100	10 883	100



Rycina 96. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w%)

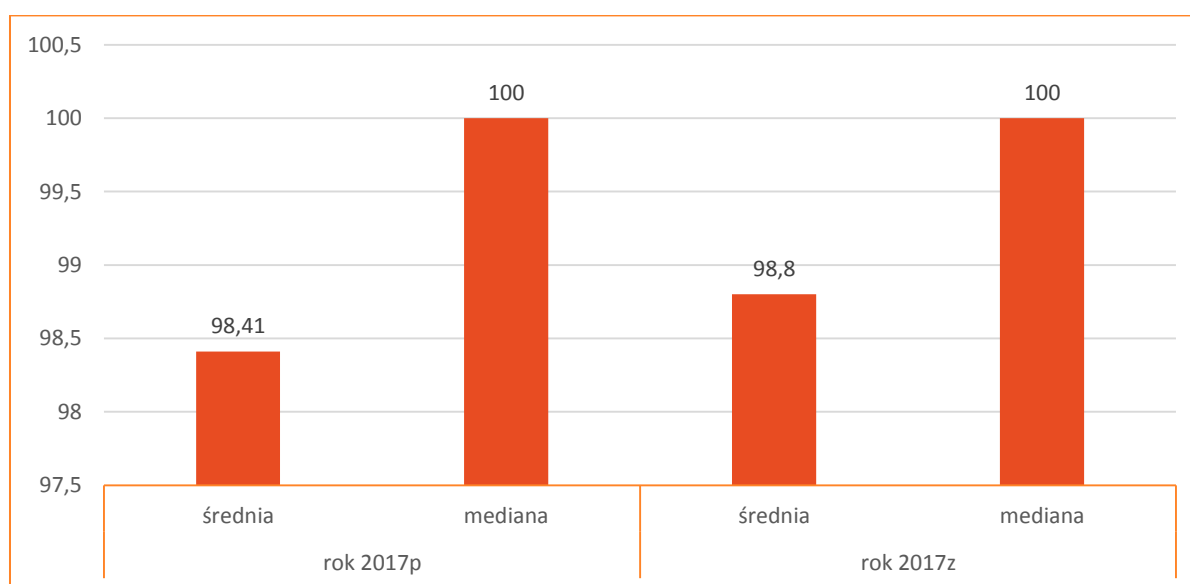
5.6.13. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PF

Średnia kwota finansowania wydatkowana przez PF zwiększyła się z około 52 tys. zł do blisko 85 tys. zł. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 97.



Rycina 97. Zmiana kwoty finansowania PF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w zł)

Mniej radykalnym zmianom uległ zakres finansowania PF wyrażony procentowo. Mediana pozostała bez zmian (Me=100), średnia nieznacznie się zwiększyła się z 98,41% w danych przed weryfikacją do 98,8% po weryfikacji. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 98.

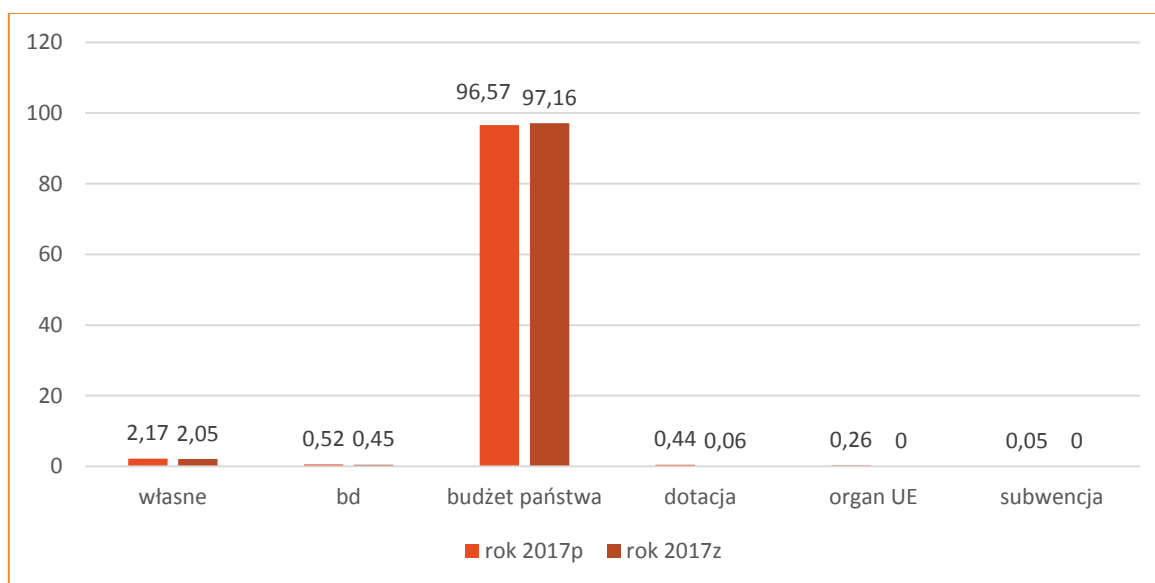


Rycina 98. Zmiana zakresu finansowania PF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w%)

Najczęściej wskazywanym źródłem finansowania PF zarówno dla danych pierwotnych jak i dla danych zweryfikowanych był budżet państwa (odpowiednio 96,57% dla danych pierwotnych i 97,16% dla danych zweryfikowanych). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 93 oraz Rycina 99.

Tabela 93. Zmiana źródła finansowania PF (rodzaj) – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

Źródło finansowania - PF	rok 2017p		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Własne	235	2,17	223	2,05
Bd	56	0,52	49	0,45
Budżet państwa	10 481	96,57	10 574	97,16
Dotacja	48	0,44	6	0,06
Organ UE	28	0,26	0	0
Subwencja	5	0,05	0	0
SUMA	10 853	100	10 883	100



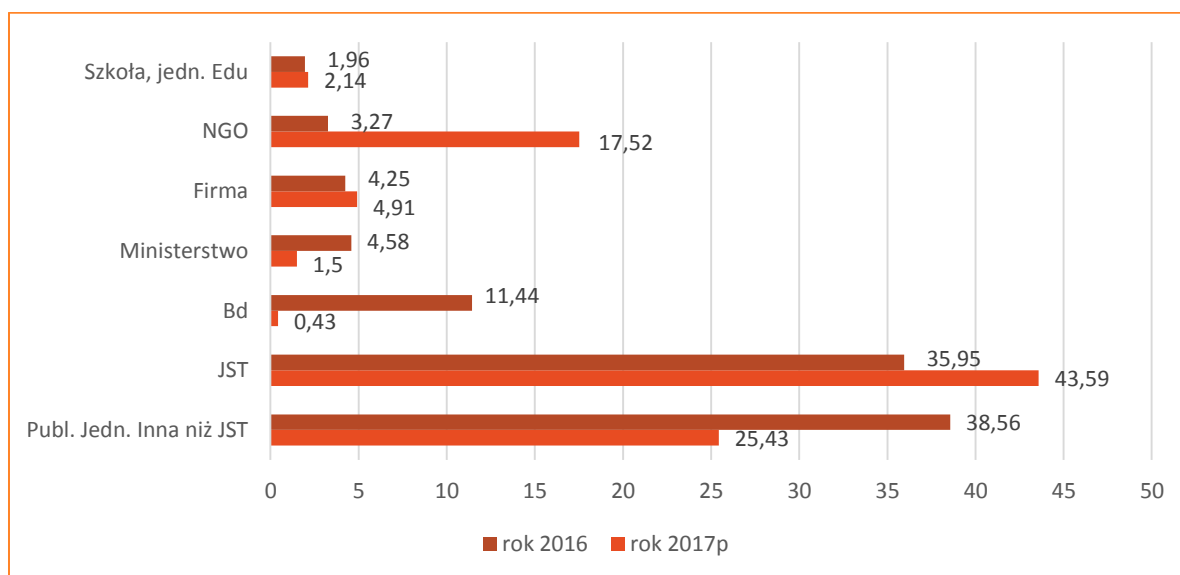
Rycina 99. Zmiana źródła finansowania PF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w%)

5.6.14. PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Zarówno w danych pierwotnych jak i zweryfikowanych najczęściej wskazywanym rodzajem PWF były jednostki samorządu terytorialnego, które występowały w tej roli w około 44% zadań. Braki danych w tym zakresie pojawiały się sporadycznie. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 100 oraz Tabela 94.

Tabela 94. Zmiana rodzaju podmiotu współfinansującego PWF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

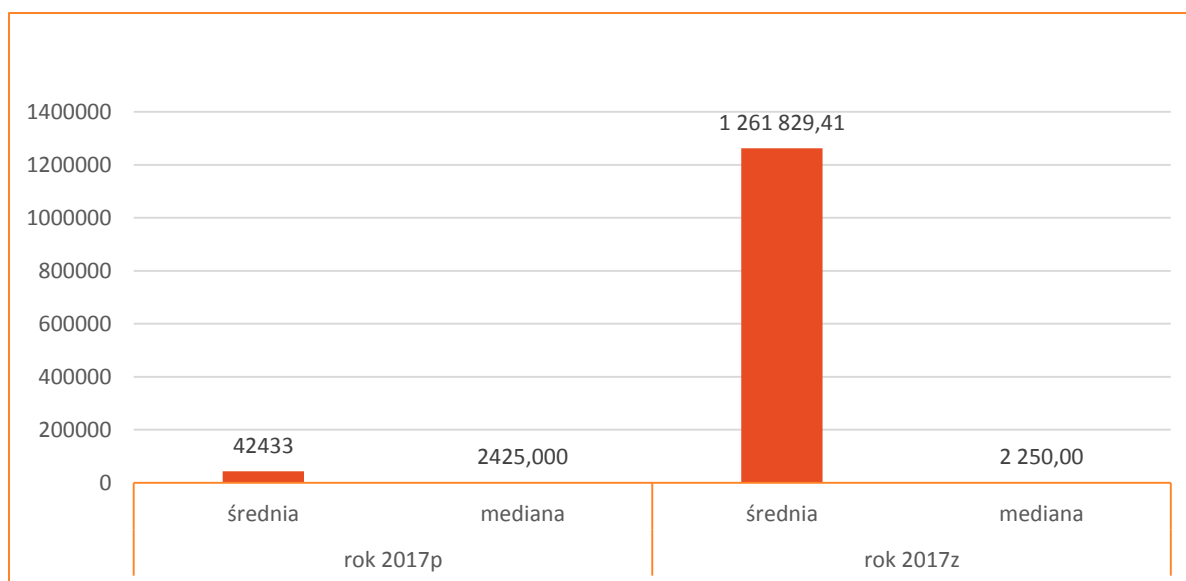
PWF (rodzaj)	rok 2017p		Rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. jedn. inna niż JST	119	25,43	134	28,88
JST	204	43,59	202	43,53
Bd	2	0,43	0	0
Ministerstwo	7	1,50	9	1,94
Firma	23	4,91	25	5,39
NGO	82	17,52	84	18,10
Szkoła, jedn. edu	10	2,14	8,0	1,72
Organ UE	0	0	2	0,43
SUMA	468	100	464	100



Rycina 100. Zmiana rodzaju podmiotu współfinansującego – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w%)

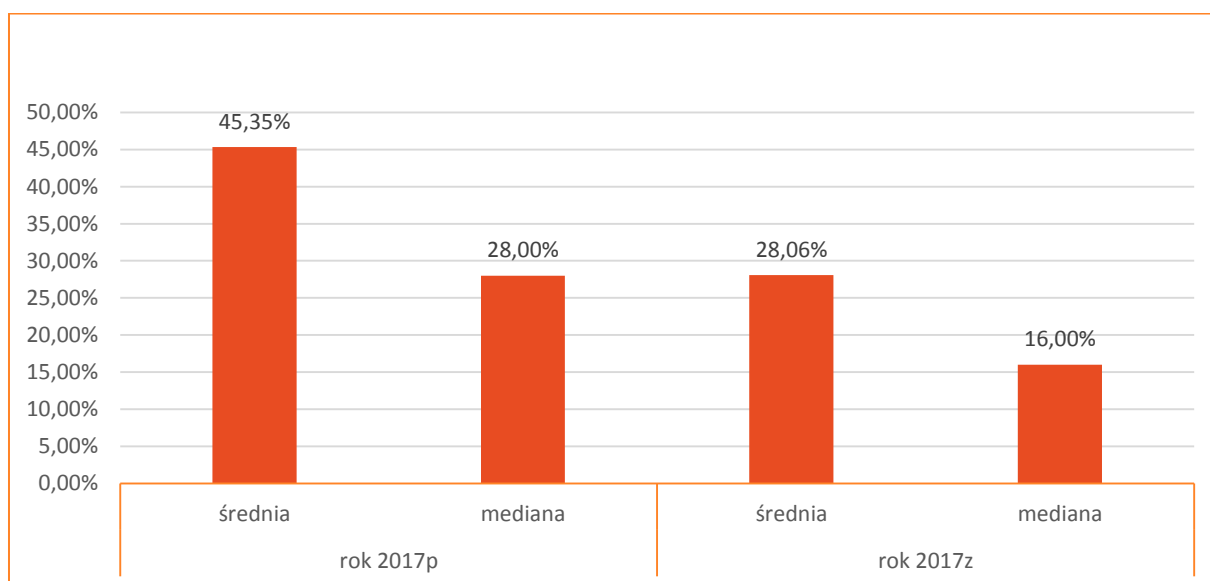
5.6.15. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PWF

Zanotowano różnicę w wartości średniej kwoty współfinansowania zadań przez PWF. Zwiększyła się ona z 42 tys. zł przed weryfikacją do 1,26 mln zł po weryfikacji. Mediana nie uległa istotnym zmianom - Rycina 101.



Rycina 101. Zmiana kwoty współfinansowania zadań z zakresu ZP przez PWF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w zł)

Zakres współfinansowania działań przez PWF nie ulegał tak dynamicznym zmianom, aczkolwiek zanotowano zmniejszenie średniej i mediany zakresu współfinansowania wyrażonego procentowo. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 102.

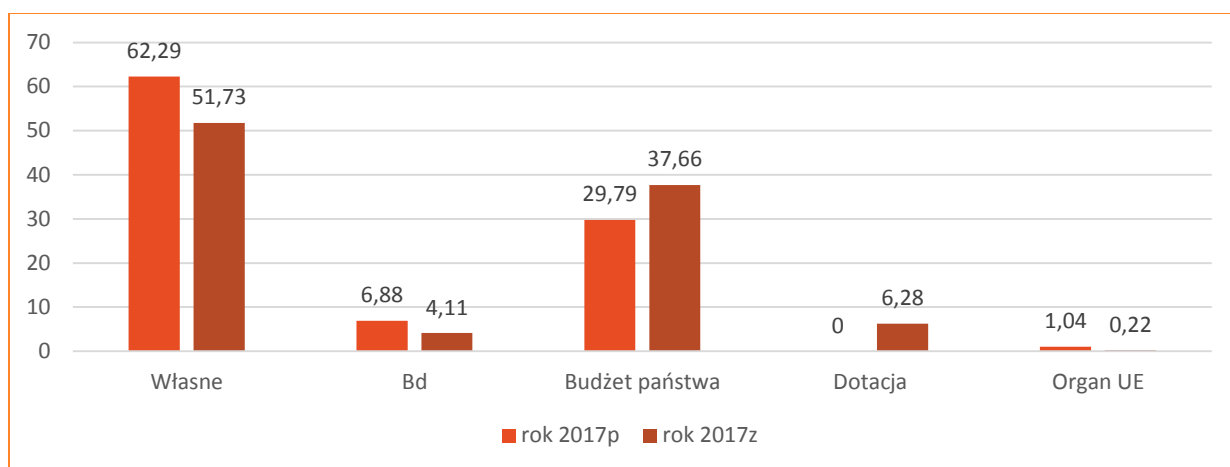


Rycina 102. Zmiana zakresu współfinansowania zadań z zakresu ZP przez PWF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)

Zarówno w danych pierwotnych jak i w danych zweryfikowanych najczęściej wskazywanym źródłem finansowania dla PWF były własne zasoby (odpowiednio 62,29% dla danych pierwotnych i 51,73% dla danych zweryfikowanych). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 95 oraz Rycina 103.

Tabela 95. Zmiana źródła finansowania PWF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)

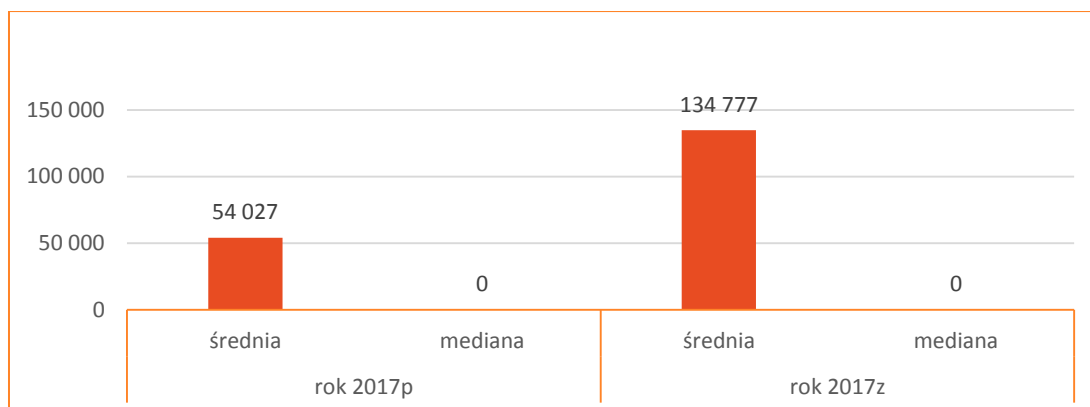
Źródło finansowania - PWF	rok 2017p		rok 2017z	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Własne	299	62,29	239	51,73
Bd	33	6,88	19	4,11
Budżet państwa	143	29,79	174	37,66
Dotacja	0	0	29	6,28
Organ UE	5	1,04	1	0,22
SUMA	480	100	462	100



Rycina 103. Zmiana źródła finansowania PWF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)

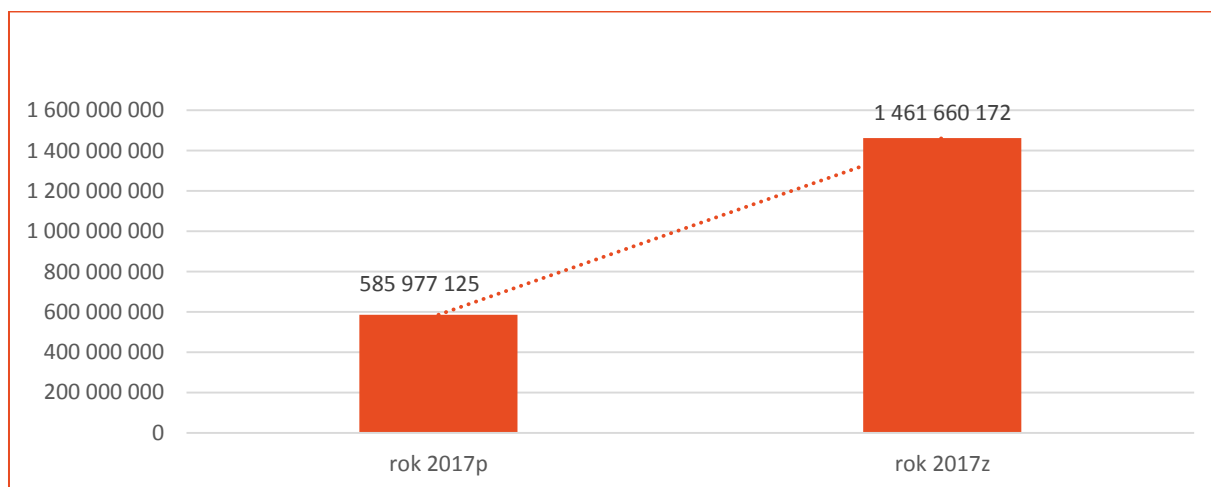
5.6.16. CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA

Średnia wartość całkowitego kosztu realizacji zadania zwiększyła się z około 54 tys. zł w przypadku danych pierwotnych do blisko 135 tys. zł dla danych zweryfikowanych. Mediana w obu wypadkach wyniosła 0 zł. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 104.



Rycina 104. Zmiana wartości średniej i mediany całkowitego kosztu realizacji zadania - porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)

Analiza zmiany całościowych kosztów realizacji zadań w roku 2017 przed i po weryfikacji wykazała, że koszty te zwiększyły się około 0,6 mld zł dla danych pierwotnych do około 1,46 mld zł dla danych zweryfikowanych. Szczegółowe dane poniżej - **Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.** oraz Rycina 105.



Rycina 105. Zmiana wartości kosztów całkowitych realizacji zadań w roku 2017 przed i po weryfikacji (w zł)

Należy zauważyć, że zmiany dotyczyły także maksymalnej kwoty wydatkowanej na pojedyncze zadanie, która w danych pierwotnych wyniosła około 45 mln zł, a w danych zweryfikowanych więcej, bo 759,5 mln zł - Tabela 96.

5.6.17. ANALIZA ZBIORCZA DANYCH ILOŚCIOWYCH

Poniżej przedstawiono zbiorcze zestawienie zmian w zakresie danych ilościowych, jakie przed i po weryfikacji - Tabela 96.

Tabela 96. Zbiorcza analiza ilościowa zmian wybranych parametrów zadań z zakresu ZP - porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych

Zmienna	rok 2017p					rok 2017z				
	N	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	N	Średnia	Mediana	Min.	Maks.
Czas trwania	10 824	311	364	1	365	10 883	311	364	1	365
Liczebność grupy docelowej	10 722	276 593	1 018	0	38 434 000	10 790	449 450	1 045,00	0	38 434 000
Dział. promocyjno-educacyjne - liczba działań	5 141	438	4	0	1 835 792	5 134	56	4	0	165 000
Dział. promocyjno-educacyjne - liczba osób	5 101	40 598	506	0	38 000 000	5 117	49 153	509	0	38 000 000
Dział. profilaktyczne - liczba działań	3 423	83	4	1	52 578	3 425	62	4	0	52 578
Dział. profilaktyczne - liczba osób	3 398	36 445	407	0	38 000 000	3 400	44 027	408	0	38 000 000
Dział. szkoleniowe i konferencje - liczba działań	2 118	10	1	1	1 558	2 131	7	1	1	1 481
Dział. szkoleniowe i konferencje - liczba osób	2 122	258	23	0	47 194	2 128	264	23,5	0	47 194
Działalność badawcza - liczba działań	847	803	2	1	331 519	859	774	1	1	331 519
Działania inne - liczba działań	5 899	185	6	1	297 563	5 944	170	4	1	297 563

Kwota finansowania - PF	10 826	52 458	0	0	45 392 627	10 882	84 805	0	0	242 975 202
Zakres finansowania (w%) - PF	10 812	98%	100%	0%	100%	10 882	99%	100%	0%	100%
Kwota finansowania - PWF	418	42 433	2 425	0	2 400 000	426	1 261 829	2 250	0	516 497 104
Zakres finansowania (w%) - PWF	403	45%	28%	0%	100%	410	28%	16,00%	0%	100%
Całkowity koszt zadania	10 847	54 027	0	0	45 390 627	10 846	134 777	0	0	759 472 306

5.6.18. KOSZT REALIZACJI ZADANIA W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Średnia wartość kosztów realizacji zadania zmniejszyła się w zakresie zadań przypisanych do celu operacyjnego nr 2, w pozostałych przypadkach zwiększyła się. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 97.

Tabela 97. Zmiana wartości kosztów realizacji zadania w zależności od numeru celu operacyjnego - porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (z uwzględnieniem kosztów 0 zł)

OP	rok 2017p				rok 2017z			
	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Średnie	Mediana	Minimum	Maksimum
1	107 361	0	0	45 390 627	117 567	0	0	45 390 627
2	42 899	0	0	38 865 886	42 252	0	0	38 865 886
3	134 413	0	0	7 684 227	201 212	0	0	9 002 308
4	30 206	0	0	23 111 706	30 410	0	0	23 111 706
5	999 424	0	0	43 960 587	8 952 357	0	0	759 472 306
6	77 999	0	0	4 830 662	255 025	0	0	10 661 824
bd	66 218	0	0	6 900 000	118981	0	0	6 900 000

5.6.19. KOSZT REALIZACJI ZADANIA W PRZELICZENIU NA 1 OSOBĘ W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Średnia wartość kosztów w przeliczeniu na 1 osobę w populacji docelowej zwiększyła się w przypadku zadań realizowanych w ramach celu operacyjnego nr 4, w pozostałych przypadkach zmniejszyła się. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 98.

Tabela 98. Zmiana kosztu realizacji zadań w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ - porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (bez kosztów zerowych)

OP	rok 2017p		rok 2017z	
	Średni koszt/1 osobę	Me koszt/1 osobę	Średni koszt/1 osobę	Me koszt/1 osobę
1	70,8	0,93	49,15	0,79
2	426,17	1,62	240,14	1,63
3	849,79	4,55	808,23	10,7
4	165,79	1,07	171,62	1,05
5	1 318,26	75,64	1 220,60	115,09
6	17,81	0,43	17,6	0,4
bd	301,45	0,57	300,52	0,43

5.6.20. JAKOŚĆ SPRAWOZDAWCZOŚCI – DANE PIERWOTNE I DANE ZWERYFIKOWANE

Jakość sprawozdawczości opisano przy pomocy analizy zmian liczebności zadań, w których podmioty centralne nie określały bądź określały błędnie dany parametr, tj. liczby zadań z rekordem „bd”. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 99.

Tabela 99. Występowanie odpowiedzi "bd" w zadaniach sprawozdawanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych

Parametr	rok 2017p		rok 2017z		rok 2017p		rok 2017z	
		liczba bd		liczba bd		procent bd		procent bd
numer celu operacyjnego NPZ	↑	436	↓	300	↑	4,02	↓	2,76
numer zadania NPZ	↑	727	↓	567	↑	6,70	↓	5,21
czas trwania zadania	↑	26	↓	0	↑	0,24	↓	0,00
zasięg terytorialny	↑	0	↑	0	↑	0,00	↑	0,00
populacja objęta zadaniem (rodzaj)	↓	0	↑	2	↓	0,00	↑	0,02
populacja objęta zadaniem (liczebność)	↑	222	↓	93	↑	2,05	↓	0,85
realizator zadania (rodzaj)	↑	37	↑	37	↑	0,34	↑	0,34
Tryb realizacji zadania	↑	76	↓	36	↑	0,70	↓	0,33
Podmiot finansujący zadanie PF	↓	67	↑	119	↓	0,62	↑	1,09
Źródło finansowania PF	↓	38	↑	49	↓	0,35	↑	0,45
Podmiot współfinansujący zadanie PWF	↑	11	↓	0	↑	2,31	↓	0,00
Źródło finansowania PWF	↑	31	↓	19	↑	6,53	↓	4,11

5.7. WYNIKI EWALUACJI ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W ROKU 2017

Analiza uwzględnia dane przekrojowe sprawozdane przez JST za rok 2017 oraz porównanie (w zakresie dostępnych danych) z rokiem 2016.

5.7.1. LICZBA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

W roku 2017 jednostki samorządu terytorialnego zrealizowały w sumie 21.144 zadań. Największą liczbę zadań z zakresu zdrowia publicznego sprawozdano w województwie śląskim (n=2.455, 11,61%), kolejno – w mazowieckim (n=2.352, 11,12%), należy jednak mieć na względzie, że są to jednocześnie

województwa o dużej liczbie mieszkańców (ponad 4,5 mln osób). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 100.

Tabela 100. Zadania z zakresu zdrowia publicznego zrealizowane przez JST w podziale na województwa w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu) oraz liczba mieszkańców na podstawie danych z GUS za ten sam rok

Województwo	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba mieszkańców
Śląskie	2 455	11,61	4 548 180
Mazowieckie	2 352	11,12	5 384 617
Małopolskie	1 725	8,16	3 391 380
Wielkopolskie	1 687	7,98	3 489 210
Łódzkie	1 633	7,72	2 476 315
Zachodniopomorskie	1 437	6,80	1 705 533
Lubelskie	1 315	6,22	2 126 317
Pomorskie	1 242	5,87	2 324 251
Lubuskie	1 185	5,60	1 016 832
Opolskie	1 088	5,15	990 069
Kujawsko-pomorskie	1 037	4,90	2 082 944
Podkarpackie	909	4,30	2 129 138
Dolnośląskie	878	4,15	2 902 547
Podlaskie	768	3,63	1 184 548
Warmińsko-mazurskie	728	3,44	1 433 945
Świętokrzyskie	705	3,33	1 247 732
SUMA	21 144	100	38 433 558

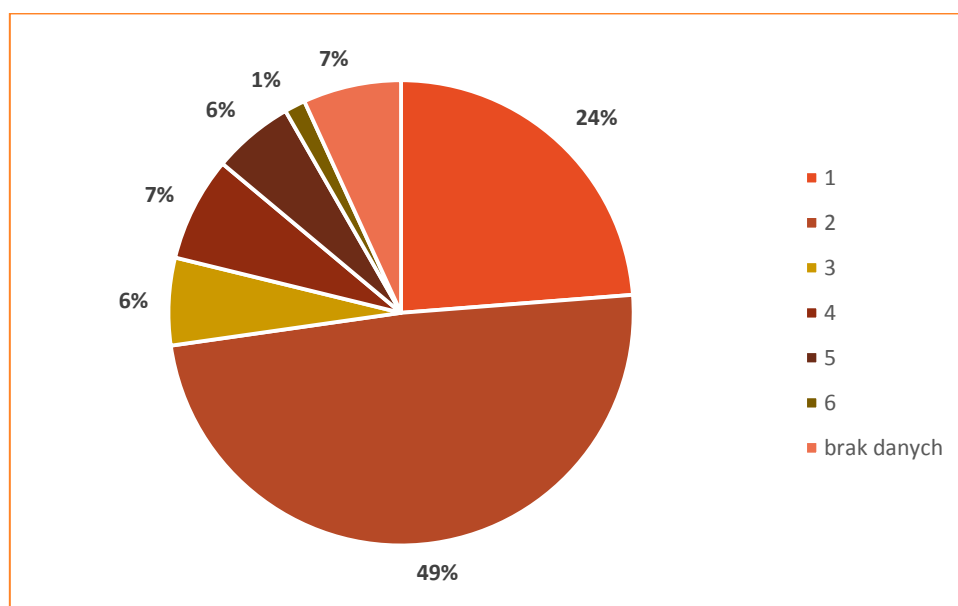
5.7.2. CEL OPERACYJNY I NUMER ZADANIA NPZ

Zadania, które realizowały samorządy, dotyczyły najczęściej Celu Operacyjnego 2 (n=10.356; 49,00%), tj. *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi* a w drugiej kolejności Celu Operacyjnego 1 (n=5.025; 23,77%), tj. *Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa*. Tak liczne wskazywanie Celu Operacyjnego nr 2 wynika zapewne z faktu, że każda gmina i każde województwo jest dysponentem środków z tzw. korkowego i opłat za zezwolenia na obrót hurtowy alkoholem i środki te, zgodnie z obowiązkiem ustawowym, przyjmują i przekazują do realizacji zadań z zakresu ZP. W 1.443 przypadkach nie została podana informacja na temat realizowanego Celu Operacyjnego NPZ (6,83%). Zestawienie tytułów zadań i celów NPZ zawiera Załącznik 1. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 101 oraz Rycina 106.

Tabela 101. Zadania zrealizowane w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)

Cel Op. NPZ (nr)	Liczba (N)	Procent (%)
------------------	------------	-------------

2	10 356	48,98
1	5 025	23,77
4	1 534	7,26
bd	1 443	6,83
3	1 285	6,08
5	1 194	5,65
6	307	1,45
SUMA	21 144	100



Rycina 106. Liczba zadań realizowanych w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w roku 2017 (w %)

Analizując rozkład omawianego czynnika w województwach można zauważyć, że we wszystkich z nich zadania najczęściej dotyczyły właśnie Celu Operacyjnego nr 2. Województwo opolskie jako jedyne określiło numer celu operacyjnego dla wszystkich zadań. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 102.

Tabela 102. Zadania zrealizowane w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w poszczególnych województwach w roku 2017

Województwo	Cel NPZ							Suma w województwie
	1	2	3	4	5	6	bd	
Dolnośląskie	218	397	55	80	32	7	89	878
Kujawsko-pomorskie	357	359	34	159	61	1	66	1 037
Lubelskie	302	727	123	100	23	29	11	1 315
Lubuskie	230	667	73	71	66	6	72	1 185
Łódzkie	200	923	79	65	65	30	271	1 633
Małopolskie	421	886	77	167	101	38	35	1 725
Mazowieckie	365	1 537	95	104	76	4	171	2 352
Opolskie	336	470	66	109	101	6	0	1 088

Podkarpackie	232	395	47	43	30	2	160	909
Podlaskie	173	470	22	19	40	6	38	768
Pomorskie	247	694	73	65	83	13	67	1 242
Śląskie	832	957	224	182	126	27	107	2 455
Świętokrzyskie	142	277	63	69	44	11	99	705
Warmińsko-mazurskie	193	329	49	36	55	8	58	728
Wielkopolskie	333	739	96	191	180	99	49	1 687
Zachodniopomorskie	444	529	109	74	111	20	150	1 437
SUMA	5 025	10 356	1 285	1 534	1 194	307	1 443	21 144

Jednostki samorządu terytorialnego określiły w sumie 301 różnych zadań NPZ, których dotyczyły ich działania. Najczęściej (n=1.154; 5,46%) było to zadanie 1.3.2. realizowane w zakresie celu operacyjnego nr 1 o tytule: *Zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej*. W przypadku 3.727 działań (17,6%) JST nie wskazały żadnego numeru zadania. Ze względu na duże zróżnicowanie wskazywanych numerów zadań, poniżej zaprezentowano dziesięć powtarzających się najczęściej - Tabela 103.

Tabela 103. Zadania NPZ najczęściej realizowane przez JST w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)

LP	Zadanie NPZ (nr)	Liczba (N)	Procent (%)
1	1.3.2	1 154	5,46
2	3.2.1.1	818	3,87
3	1	670	3,17
4	2	635	3,00
5	1.3.1	606	2,87
6	1.3	580	2,74
7	3.2.1	576	2,72
8	3.1.1.1	541	2,56
9	3	521	2,46
10	1.2	436	2,06

5.7.3. CZAS TRWANIA ZADANIA

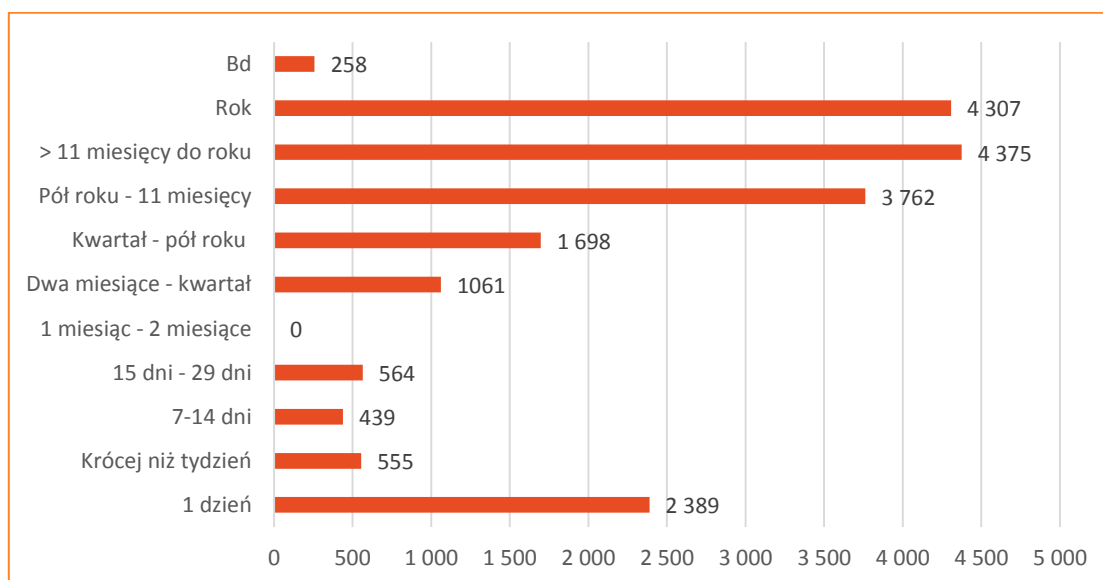
Działania podejmowane przez JST trwały najczęściej od 11 miesięcy do roku kalendarzowego (n=4375; 20,69%). W przypadku 258 działań (1,22 %) nie został określony czas trwania. Średnia i mediana czasu trwania działań wyniosły odpowiednio 228 i 276 dni. Pozostałe dane ilościowe zaprezentowano zbiorczo - Tabela 118. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 104 oraz Rycina 107.

Tabela 104 - Czas trwania zadań z zakresu ZP zrealizowanych w 2017 roku liczba i procent ogółu

Liczba

Procent

1 dzień	2 389	11,30
Krócej niż tydzień	555	2,62
7-14 dni	439	2,08
15 dni - 29 dni	564	2,67
1 miesiąc - 2 miesiące	1 736	8,21
Dwa miesiące - kwartał	1061	5,02
Kwartał - pół roku	1 698	8,03
Pół roku - 11 miesięcy	3 762	17,79
> 11 miesięcy do roku	4 375	20,69
Rok	4 307	20,37
Bd	258	1,22
Suma	21 144	100



Rycina 107. Czas trwania zadań zrealizowanych w roku 2017 w przedziałach czasowych

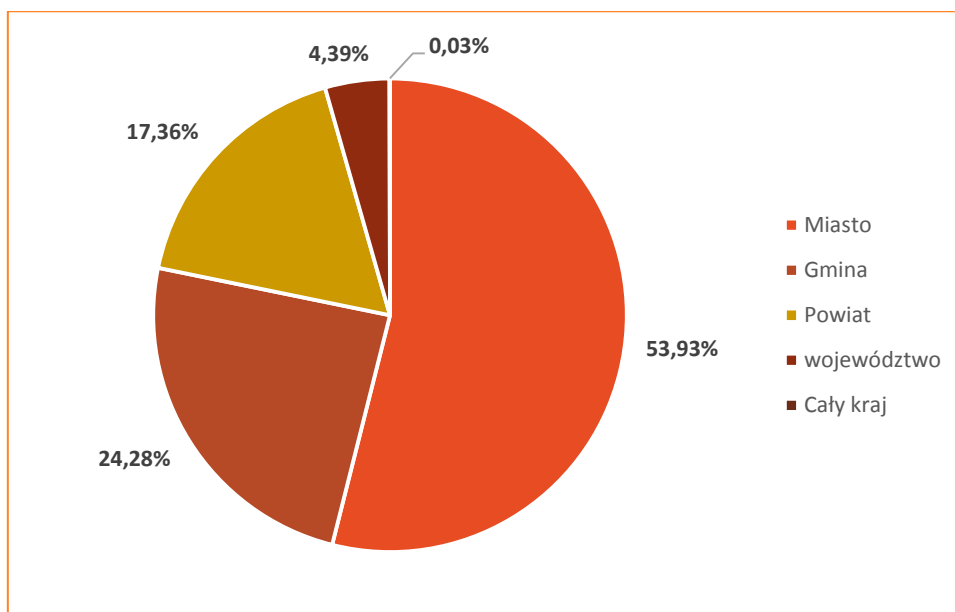
5.7.4. ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Działania podejmowane przez samorządy najczęściej dotyczyły pojedynczego miasta (n=11.403, 53,93%), a kolejno pojedynczej gminy (n=5.134, 24,28%). JST określiły zasięg terytorialny w 100% realizowanych zadań. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 105 oraz Rycina 108.

Tabela 105. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)

Zasięg terytorialny	Liczba (N)	Procent (%)
Miasto	11 403	53,93
Gmina	5 134	24,28
Powiat	3 671	17,36
Województwo	929	4,39

Cały kraj	7	0,03
SUMA	21 144	100



Rycina 108. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2017

Analizując rozkład wyżej wymienionego parametru w poszczególnych województwach można zauważyć, że większość z nich najczęściej wskazywała jako zasięg miasto – było tak w przypadku 13 województw. W województwie lubelskim i małopolskim z kolei najczęściej wskazywano gminę, a w warmińsko-mazurskim powiat. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 106.

Tabela 106. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2017 w poszczególnych województwach

Województwo	Zasięg				
	Cały kraj	Gmina	Miasto	Powiat	Województwo
Dolnośląskie	1	283	465	108	21
Kujawsko-pomorskie	0	323	539	91	84
Lubelskie	1	533	432	292	57
Lubuskie	0	337	741	71	36
Łódzkie	0	257	1120	220	36
Małopolskie	1	445	172	1087	20
Mazowieckie	3	586	1 391	276	96
Opolskie	0	150	850	60	28

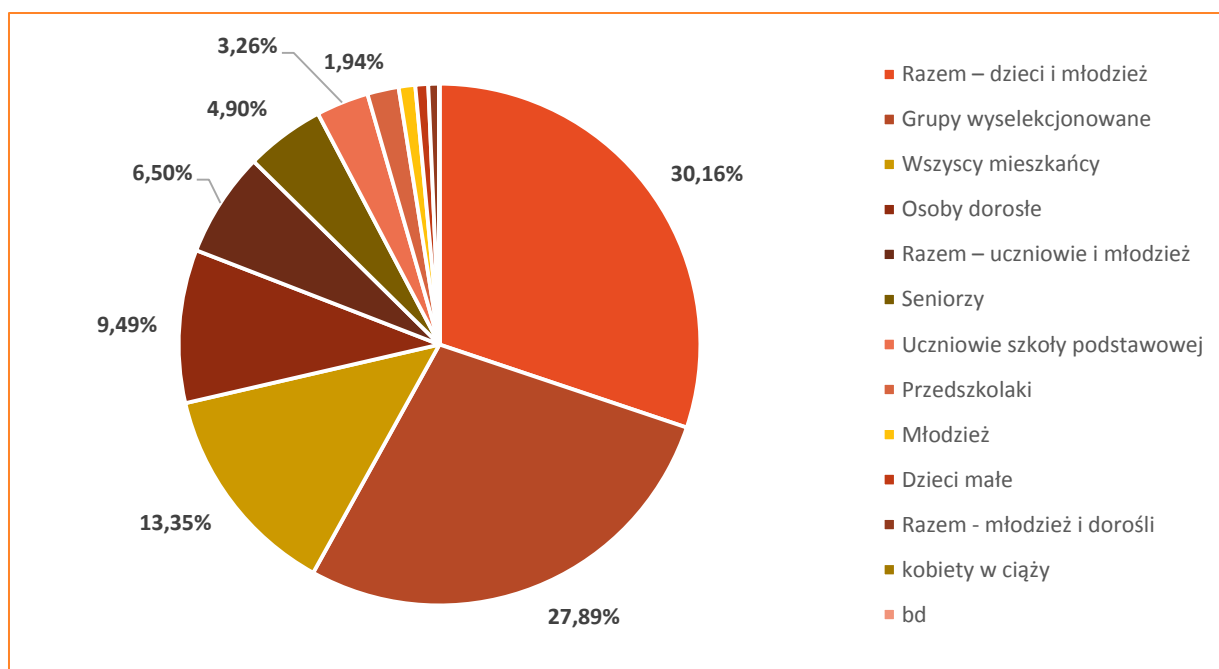
Podkarpackie	1	111	707	68	22
Podlaskie	0	257	439	50	22
Pomorskie	0	337	793	86	26
Śląskie	0	531	1542	237	145
Świętokrzyskie	0	74	402	107	122
Warmińsko-mazurskie	0	145	164	371	48
Wielkopolskie	0	320	991	318	58
Zachodniopomorskie	0	445	655	229	108
SUMA	7	5 134	11 403	3 671	929

5.7.5. POPULACJA DOCELOWA ZADANIA

Działania podejmowane przez samorządy skierowane były najczęściej do osób młodych, tj. do dzieci i młodzieży w ujęciu łącznym (n=6.376; 30,16%) oraz do grup wyselekcjonowanych czyli objętych działaniem ze względu na jakąś cechę (n=5.897; 27,89%). W przypadku jednego działania (0,01%) JST nie określiła grupy docelowej pod względem rodzajowym. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 107 oraz Rycina 109.

Tabela 107. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)

Grupa docelowa (rodzaj)	Liczba (N)	Procent (%)
Razem – dzieci i młodzież	6 376	30,16
Grupy wyselekcjonowane	5 897	27,89
Wszyscy mieszkańcy	2 822	13,35
Osoby dorosłe	2 007	9,49
Razem – uczniowie i młodzież	1 375	6,50
Seniorzy	1 036	4,90
Uczniowie szkoły podstawowej	689	3,26
Przedszkolaki	411	1,94
Młodzież	217	1,03
Dzieci małe	168	0,79
Razem - młodzież i dorośli	140	0,66
kobiety w ciąży	5	0,02
bd	1	0,01
SUMA	21 144	100



Rycina 109. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2017 (w %)

Analiza dotycząca rodzaju grupy docelowej przeprowadzona w poszczególnych województwach wykazała, że w większości z nich najczęściej wskazywaną grupą było określenie „razem dzieci i młodzież”. Wyjątek stanowiły województwa: łódzkie, pomorskie, świętokrzyskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie, gdzie najczęściej wskazywano grupy wyselekcjonowane. W województwie kujawsko-pomorskim z kolei najczęściej wskazywano, że odbiorcami działań byli wszyscy mieszkańcy. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 108.

Tabela 108. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2017 w poszczególnych województwach

Grupa docelowa

Województwo	bd	Dzieci małe	Grupy wyselekcjonowane	Kobiety w ciąży	Młodzież	Osoby dorosłe	Przedszkolaki	Razem – młodzież i dorośli	Razem – dzieci i młodzież	Razem – uczniowie i młodzież	Seniorzy	Uczniowie szkoły podstawowej	Wszyscy mieszkańcy	SUMA
Dolnośląskie	0	0	130	0	20	0	12	0	300	83	29	7	297	878
Kujawsko-pomorskie	0	33	198	0	5	13	1	11	259	0	65	4	448	1037
Lubelskie	0	0	334	0	53	182	25	36	441	8	32	160	44	1315
Lubuskie	0	47	230	0	18	42	9	2	460	0	70	33	274	1185
łódzkie	0	31	610	0	22	53	7	6	511	1	54	22	316	1633
Małopolskie	0	14	291	0	0	28	83	0	926	0	70	0	313	1725

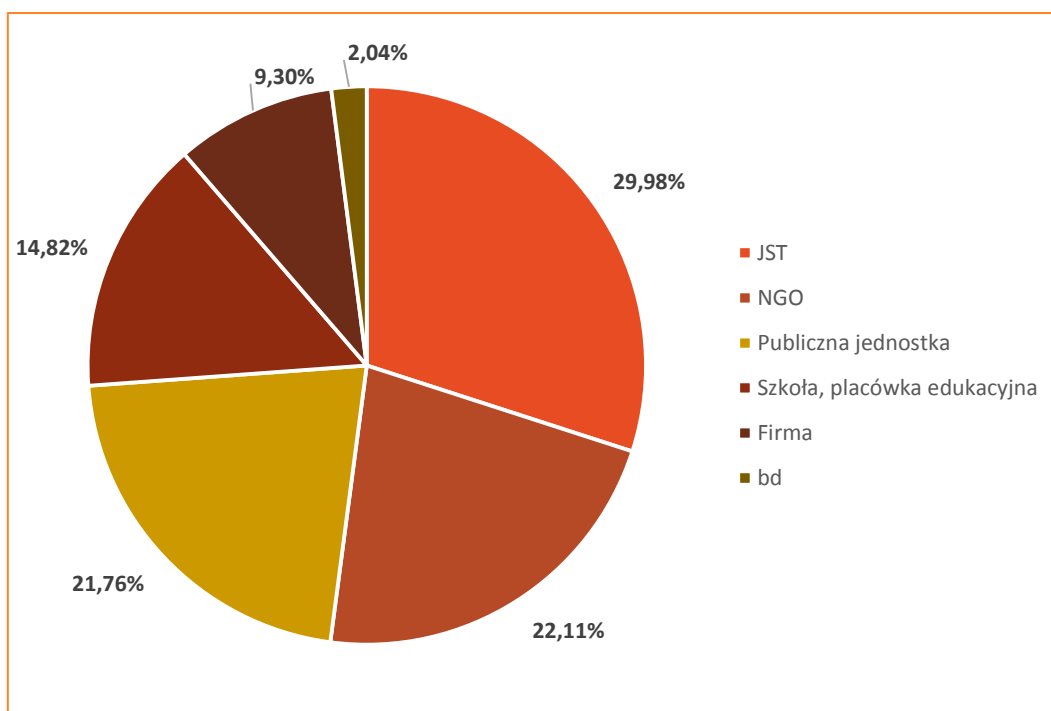
Mazowieckie	0	1	955	1	1	441	33	0	727	12	75	48	58	2352
Opolskie	0	2	156	0	0	0	35	0	503	56	64	59	213	1088
Podkarpackie	0	22	200	0	11	24	12	3	448	0	32	10	147	909
Podlaskie	0	0	171	0	2	113	16	20	300	3	31	52	60	768
Pomorskie	0	3	423	1	28	184	17	18	12	363	65	62	66	1242
Śląskie	0	1	590	2	54	361	65	44	32	820	137	164	185	2455
Świętokrzyskie	0	7	223	0	0	0	0	0	211	16	35	11	202	705
Warmińsko-mazurskie	0	6	170	0	0	38	48	0	300	0	34	0	132	728
Wielkopolskie	0	0	630	1	1	308	19	0	500	11	149	34	34	1687
Zachodniopomorskie	1	1	586	0	2	220	29	0	446	2	94	23	33	1437

5.7.6. REALIZATOR ZADANIA

Najczęściej jednostką realizującą działanie były jednostki samorządu terytorialnego (n=6.339;23,98%) oraz organizacje pozarządowe (n=4.674; 22,11%). W przypadku 431 zadań samorządy terytorialne nie wskazały podmiotu realizującego zadanie (2,04%). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 109 oraz Rycina 110.

Tabela 109. Realizatory działań prowadzonych przez JST w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)

Realizator zadania	Liczba (N)	Procent (%)
JST	6 339	29,98
NGO	4 674	22,11
Publiczna jednostka	4 600	21,76
Szkoła, placówka edukacyjna	3 134	14,82
Firma	1 966	9,30
bd	431	2,04
SUMA	21 144	100



Rycina 110. Realizatorzy działań prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego w roku 2017

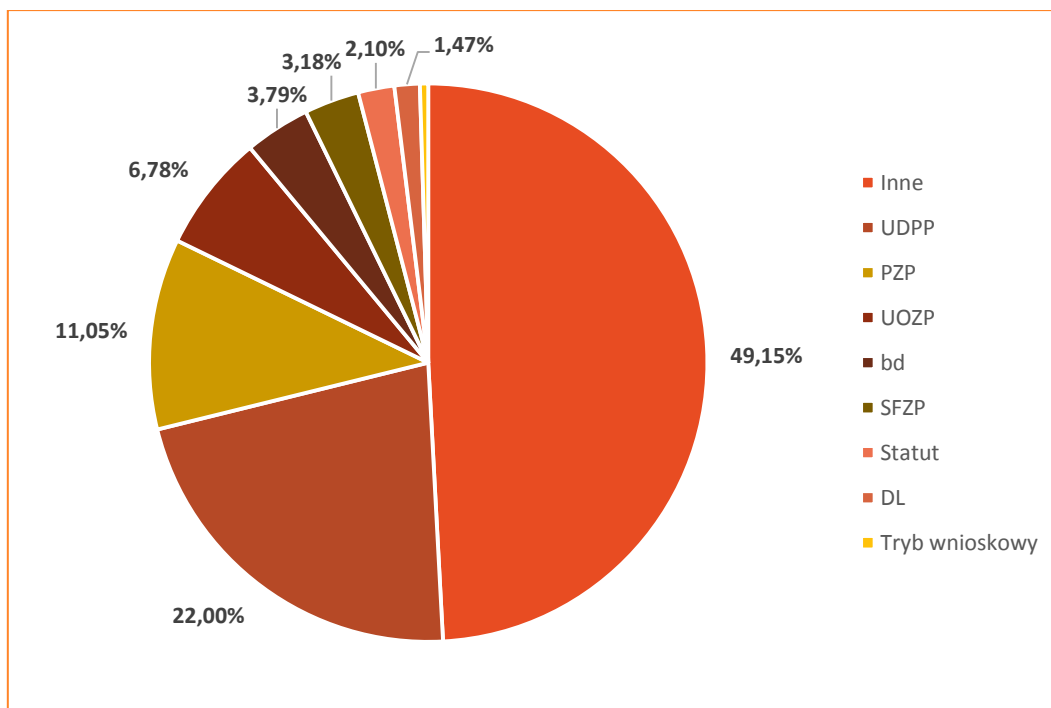
5.7.7. TRYB REALIZACJI ZADANIA

JST najczęściej wskazywały jako podstawę prawną przepisy odnoszące się do funkcjonowania samorządu terytorialnego w Polsce, np. ustawę o samorządzie gminnym lub powiatowym, ale także takie dokumenty jak: ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianie osób niepełnosprawnych czy ustawa o systemie oświaty 27.09.1991r. Zostały one łącznie określone jako „inne”. Podano je jako podstawę prawną w ponad 10 tys. zadań (49,16%). W grupie tej ujęto także często wskazywane uchwały organów JST, np. rady miasta. Kolejno wymienianą podstawą prawną była UDPP (n=4651, 22,00%). JST wskazały jako podstawę prawną tryb wnioskowy, pomimo braku realnej możliwości prawnej. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 110 oraz Rycina 111.

Tabela 110. Tryb realizacji działań prowadzonych przez JST w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)

Tryb realizacji	Liczba (N)	Procent (%)
Inne	10 393	49,16
UDPP	4 651	22,00
PZP	2 337	11,05
UOZP	1 433	6,76
bd	802	3,79

SFZP	673	3,19
Statut	444	2,10
DL	310	1,48
Tryb wnioskowy	101	0,48
SUMA	21 144	100

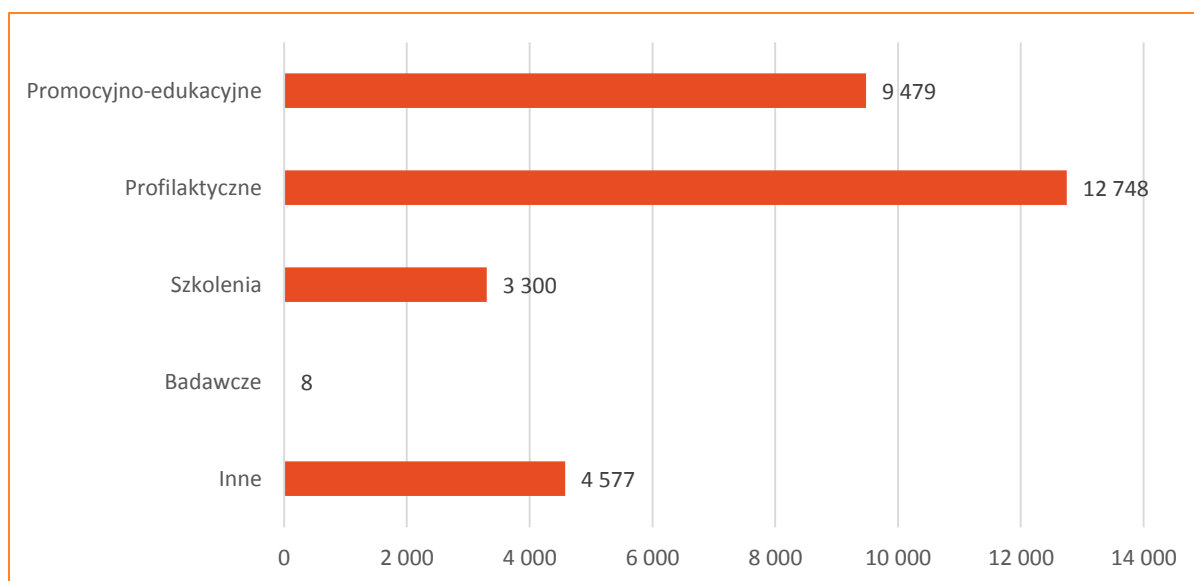


Rycina 111. Tryb realizacji działań prowadzonych przez JST w roku 2017 (w %)

5.7.8. ELEMENTY DZIAŁAŃ PODJĘTE W ZADANIU

Samorządy terytorialny podjęły w ramach prowadzonych zadań różnorodne działania. Były one następujące:

- Działania promocyjno-edukacyjne zostały podjęte w 9.479 zadaniach (44,83%).
- Działania profilaktyczne zostały podjęte w 12.748 zadaniach (60,29%)
- Działania szkoleniowe i konferencje zostały zrealizowane w 3.300 zadaniach (15,61%)
- Działalność badawcza była podejmowana w przypadku 8 zadań (0,04%),
- Działania, które według urzędów wojewódzkich nie należały do żadnej z poprzednich grup określone zostały kategorią „inne”. Działania takie podjęto w przypadku 4.577 zadań (21,65%).



Rycina 112. Liczba działań poszczególnych rodzajów realizowanych w ramach zadań podejmowanych przez JST w roku 2017 – opracowanie zbiorcze

Jak widać powyżej - Rycina 112, najliczniej podjęto działania sklasyfikowane jako działania profilaktyczne (n=12.748). Najmniej licznie realizowano działania badawcze (n=8).

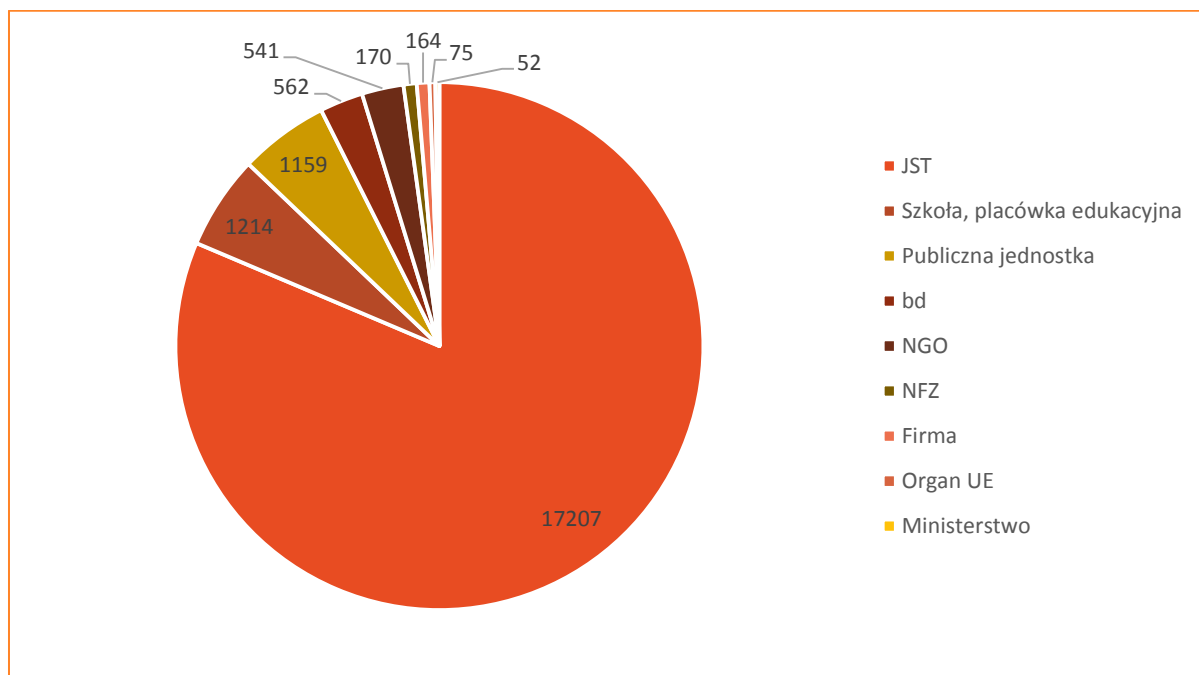
5.7.9. PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Najczęściej wymienianym podmiotem finansującym były jednostki samorządu terytorialnego (n=17.207; 81,38%). W przypadku 562 działań (2,66%), podmioty nie podały jednostki odpowiedzialnej za finansowanie. Należy zwrócić uwagę na fakt, że JST wskazywało jako PF podmioty, które zgodnie z obowiązującym prawem nie mogą pełnić takiej funkcji w przypadku omawianej grupy zadań. Są to np. NGO, NFZ i firmy. Może to wynikać z błędnie przypisywanej roli PF realizatorowi zadania oraz tym, że koszty realizacji działań w tym zakresie najczęściej wynosiły 0 i być może podmiot sprawozdający miał na myśli zaangażowanie innych zasobów niż finansowe. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 111 oraz Rycina 113.

Tabela 111. Rodzaj podmiotu finansującego zadanie (liczba i odsetek całości)

Podmiot finansujący zadanie PF (rodzaj)	Liczba (N)	Procent (%)
JST	17 207	81,38
Szkoła, placówka edukacyjna	1 214	5,74
Publiczna jednostka	1 159	5,48
Bd	562	2,66
NGO	541	2,56

NFZ	170	0,80
Firma	164	0,78
Organ UE	75	0,35
Ministerstwo	52	0,25
SUMA	21 144	100



Rycina 113. Rodzaj podmiotu finansującego zadanie

5.7.10. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PF

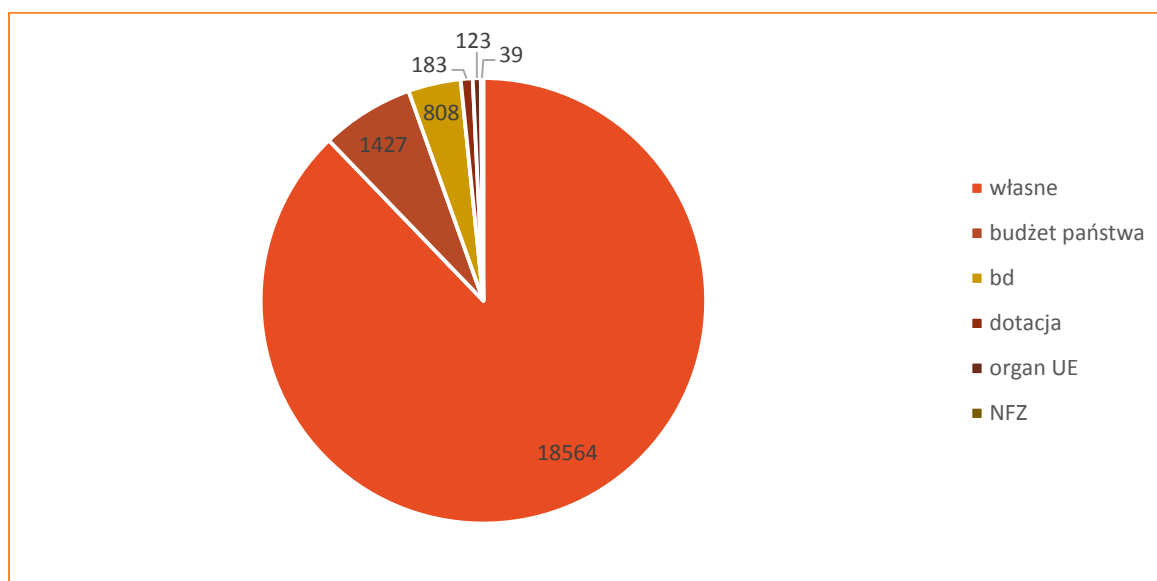
Ze względu na sposób finansowania, wszystkie działania realizowane przez samorzady terytorialne można podzielić na te, które były finansowane tylko przez jedną instytucję (n=15.302; 72,37%) oraz na te, które były współfinansowane (n=5.842; 27,63%)

Kwoty przeznaczone na realizację zadania mieściły się w przedziale od 1 zł do 268.158,134zł, średnio 139.317,37 zł. Najczęściej była to kwota 1 tys. zł (n=403). Udział procentowy podmiotu finansującego w całości finansowania zawierał się w przedziale 0,1-100%, średnio było to 91,36%, a najczęściej pojawiającą się wartością było 100% (n=15.397). Szczegółowe dane na ten temat zaprezentowano w tabeli zbiorczej - Tabela 118.

Najczęstszym źródłem finansowania były środki własne podmiotu finansującego różnego rodzaju (n=18.564; 87,80%). W 808 zadaniach (3,82% ogółu) JST nie wskazało źródła finansowania PF. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 114 oraz Tabela 112.

Tabela 112. Źródło finansowania PF (liczba i %)

Źródło finansowania PF	Liczba (N)	Procent (%)
Własne	18 564	87,80
Budżet państwa	1 427	6,75
Bd	808	3,82
Dotacja	183	0,87
Organ UE	123	0,58
NFZ	39	0,18
SUMA	21 144	100



Rycina 114. Źródło finansowania PF

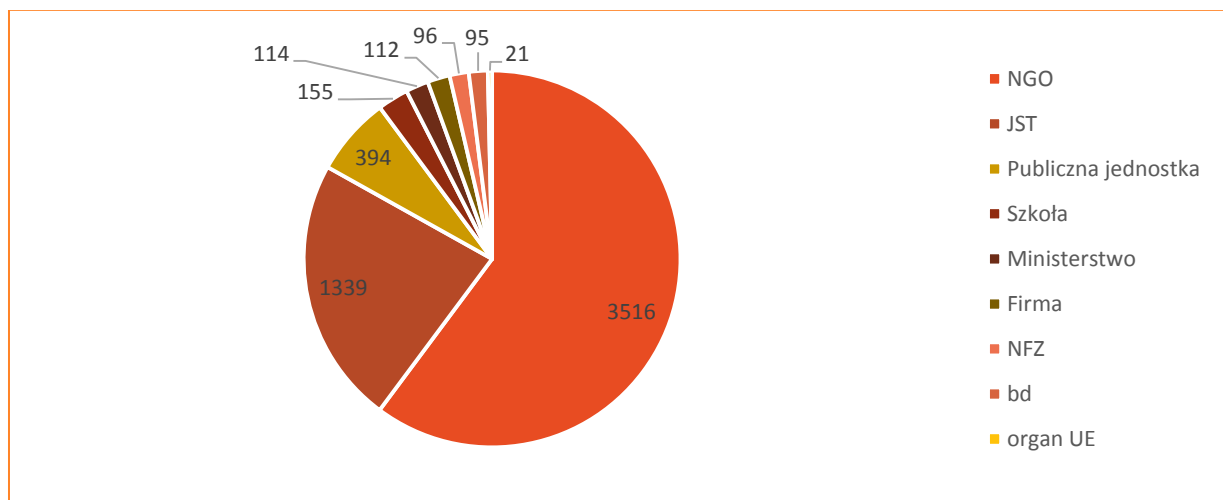
5.7.11. PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Najczęściej wymienianym rodzajem podmiotu współfinansującego były organizacje pozarządowe (n=3.516; 60,18%) oraz jednostki samorządu terytorialnego (n=1.339; 22,92%). Pozostałe rodzaje PWF były wskazywane rzadziej. W 95 przypadkach (1,63% ogółu) JST nie określiły rodzaju podmiotu współfinansującego zadanie. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 113 oraz Rycina 115.

Tabela 113. Rodzaj podmiotu współfinansującego zadanie PWF (liczba i %)

Podmiot współfinansujący PWF (rodzaj)	Liczba (N)	Procent (%)
NGO	3 516	60,18
JST	1 339	22,92
Publiczna jednostka	394	6,74

Szkoła	155	2,65
Ministerstwo	114	1,95
Firma	112	1,92
NFZ	96	1,64
Bd	95	1,63
Organ UE	21	0,36
SUMA	5 842	100

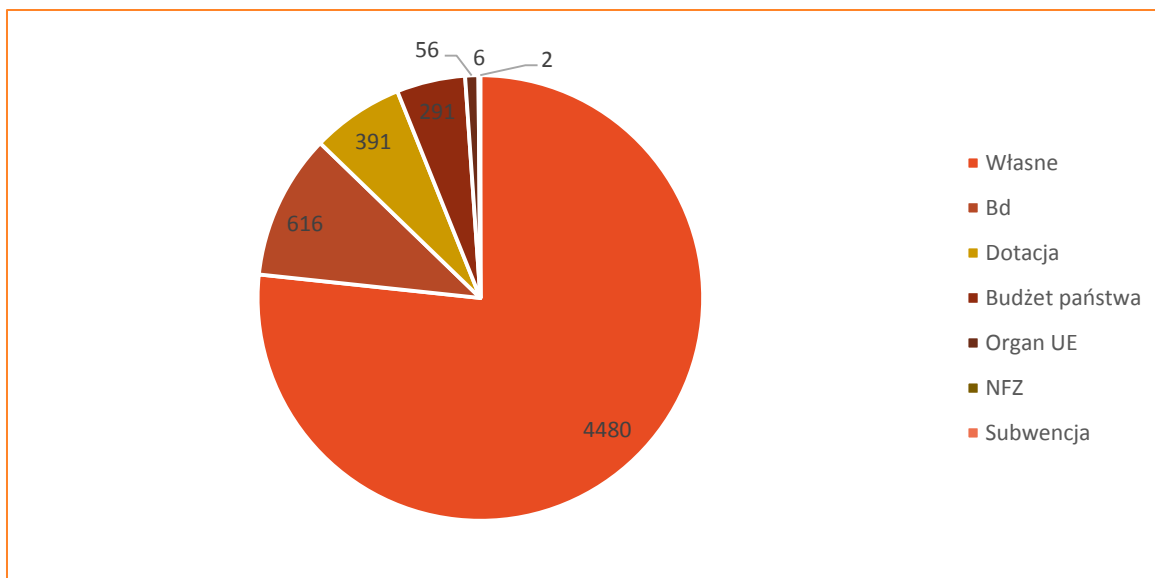


Rycina 115. Rodzaj podmiotu współfinansującego zadanie PWF

Podmioty współfinansujące najczęściej wskazywały jako źródła finansowania środki własne podmiotu współfinansującego (n=4.480; 76,69%). W przypadku 616 zadań (10,54%) nie zostało wskazane konkretne źródło finansowania PWF. W tym zakresie często wskazywaną odpowiedzią było: inne mechanizmy finansowe, które mogą być różnie sklasyfikowane. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 114 oraz Rycina 116.

Tabela 114. Źródło finansowania podmiotu współfinansującego PWF

Źródło finansowania podmiotu współfinansującego	Liczba (N)	Procent (%)
Własne	4 480	76,69
Bd	616	10,54
Dotacja	391	6,69
Budżet państwa	291	4,98
Organ UE	56	0,96
NFZ	6	0,10
Subwencja	2	0,03
SUMA	5 842	100



Rycina 116. Źródło finansowania podmiotu współfinansującego PWF

5.7.12. KOSZTY REALIZACJI ZADANIA

Całkowite koszty realizacji działań w roku 2017 zamykały się w przedziale 0-110.429.999 zł. Średni koszt realizacji zadania wynosił 160.587,14 zł. Najczęściej pojawiała się kwota 1.000 zł (n=306).

Analizując koszty realizacji zadania w poszczególnych województwach i odnosząc je do numeru celu operacyjnego można zauważyć, że w większości województw największe średnie koszty realizacji zadania występowały w przypadku celu operacyjnego nr 1. W województwie zachodniopomorskim największe średnie koszty stwierdzono w przypadku programów, którym nie przypisano żadnego celu operacyjnego NPZ. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 115.

Tabela 115. Średni całkowity koszt realizacji zadania w poszczególnych województwach w relacji do numeru celu operacyjnego NPZ

Województwo	1-łącznie	2-łącznie	3-łącznie	4-łącznie	5-łącznie	6-łącznie	bd-łącznie
Dolnośląskie	136 544	35 994	64 761	132 363	119 238	101 806	25 250
Kujawsko-pomorskie	255 376	94 206	63 371	1 062 818	307 564	2 603	19 982
Lubelskie	2 482 024	20 676	102 123	134 112	111 024	16 119	8 030
Lubuskie	116 377	20 576	64 185	23 259	126 227	10 497	92 761
Łódzkie	1 936 264	45 951	18 575	49 435	48 267	37 555	213 275
Małopolskie	98 486	25 889	56 365	70 365	78 658	12 505	48 950
Mazowieckie	481 748	52 301	703 094	191 258	121 026	15 860	171 565
Opolskie	253 428	18 740	51 150	783 656	711 970	3 171	
Podkarpackie	266 980	37 304	34 714	40 747	702 535	27 731	59 272
Podlaskie	2 000 828	23 680	62 092	37 371	131 632	99 985	146 579
Pomorskie	90 268	40 717	50 027	31 469	69 938	67 001	68 750
Śląskie	216 626	40 618	44 492	298 966	72 412	1 030 056	42 263
Świętokrzyskie	121 721	36 876	60 123	56 399	764 018	22 769	303 546

Warmińsko-mazurskie	184 657	52 651	26 918	32 608	30 795	27 023	69 293
Wielkopolskie	195 983	41 963	26 348	45 049	58 591	32 185	42 037
Zachodniopomorskie	132 075	43 525	70 156	34 903	198 903	6 144	228 878

Łączna kwota wydatkowana przez jednostki samorządu terytorialnego na działania z zakresu zdrowia publicznego na podstawie sprawozdanych danych może być określona na blisko 3,00 mld złotych w 2017 r., największe koszty poniesione zostały w województwie łódzkim i wyniosły ponad 423 mln zł. Największe koszty zostały poniesione w ramach zadań realizowanych w odniesieniu do celu operacyjnego nr 1. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 116.

Tabela 116. Sumaryczny koszt realizacji zadań w roku 2017 w relacji do celów operacyjnych NPZ

Województwo	1	2	3	4	5	6	bd	Suma
								Całkowita
Dolnośląskie	22 802 856,58	11 985 981,90	1 878 068,56	9 133 061,45	3 577 153,20	407 223,00	1 792 744,46	51 577 089,15
Kujawsko -pomorskie	88 870 753,57	31 558 987,06	2 027 879,93	133 915 129,49	18 146 252,87	2 602,55	1 298 822,81	275 820 428,28
Lubelskie	335 073 206,09	12 757 218,29	3 676 432,37	8 985 488,25	2 109 453,00	161 190	64 239,48	362 827 227,48
Lubuskie	19 784 055,76	12 551 076,36	3 979 447,50	1 442 086,57	8 078 526,99	62 980	4 266 986,91	50 165 160,09
Łódzkie	319 483 639,46	40 850 487,62	1 467 428,17	2 916 682,90	3 040 844,04	1 126 644,18	54 598 383,56	423 484 109,93
Małopolskie	29 644 413,67	19 520 295,11	2 592 802,05	8 303 096,95	7 629 836,87	387 658,75	1 419 556,66	69 497 660,06
Mazowieckie	170 538 674,89	79 393 611,63	63 981 523,50	18 934 585,70	9 197 958,36	63 438,68	25 048 520,66	367 158 313,42
Opolskie	78 816 248,79	8 489 127,06	3 120 160,37	77 581 971,00	68 349 074,51	19 023,78		236 375 605,51
Podkarpackie	52 595 143,58	14 250 140,79	1 249 701,91	1 303 888,64	20 373 500,94	55 462,00	8 179 487,62	98 007 325,48
Podlaskie	310 128 273,52	10 490 150,34	1 179 749,85	597 942,40	5 265 298,26	499 924,15	4 250 797,64	332 412 136,16
Pomorskie	21 483 755,06	27 524 836,30	3 351 775,65	1 888 164,26	4 545 949,24	804 013,83	4 331 235,99	63 929 730,33
Śląskie	179 583 227,96	38 627 893,25	9 832 756,38	54 411 856,97	9 123 849,09	25 751 412,30	3 676 887,90	321 007 883,85
Świętokrzyskie	11 320 075,34	7 854 491,87	2 404 910,58	2 425 137,92	21 392 505,50	45 537,85	20 641 138,30	66 083 797,36
Warmińsko -mazurskie	31 206 973,85	15 637 370,53	1 184 382,33	1 141 294,90	1 416 557,43	108 093,23	4 019 003,18	54 713 675,45
Wielkopolskie	50 563 545,82	28 660 578,41	2 055 172,96	4 820 239,73	9 374 497,86	579 334,98	1 933 709,31	97 987 079,07
Zachodniopom.	47 150 771,77	20 978 894,87	7 085 785,84	1 814 942,17	20 685 874,54	98 298,54	27 694 182,98	125 508 750,71
Suma całkowita	1 769 045 615,71	381 131 141,39	111 067 977,95	329 615 569,30	212 307 132,70	30 172 837,82	163 215 697,46	2 996 555 972,33

Przeliczając wydatkowane kwoty z uwzględnieniem liczby osób w danym województwie wykazano, że największe koszty w przeliczeniu na 1 mieszkańca występowały w zadaniach realizowanych w odniesieniu do celu operacyjnego nr 1. Podobnie, największe koszty w przeliczeniu na 1 mieszkańca stwierdzono w wypadku województwa podlaskiego (około 281 zł), a najmniejsze w województwie dolnośląskim (około 17,8 zł). Pozostałe dane poniżej – Tabela 117.

Tabela 117. Sumaryczny koszt realizacji zadań w roku 2017 w relacji do celów operacyjnych NPZ w przeliczeniu na 1 mieszkańca

Województwo	1	2	3	4	5	6	bd	Suma
								całkowita
Dolnośląskie	7,86	4,13	0,65	3,15	1,23	0,14	0,62	17,77
Kujawsko-pomorskie	42,67	15,15	0,97	64,29	8,71	0	0,62	132,42
Lubelskie	157,58	6	1,73	4,23	0,99	0,08	0,03	170,64
Lubuskie	19,46	12,34	3,91	1,42	7,94	0,06	4,2	49,33
Łódzkie	129,02	16,5	0,59	1,18	1,23	0,45	22,05	171,01
Małopolskie	8,74	5,76	0,76	2,45	2,25	0,11	0,42	20,49
Mazowieckie	31,67	14,74	11,88	3,52	1,71	0,01	4,65	68,19
Opolskie	79,61	8,57	3,15	78,36	69,03	0,02		238,75
Podkarpackie	24,7	6,69	0,59	0,61	9,57	0,03	3,84	46,03
Podlaskie	261,81	8,86	1	0,5	4,44	0,42	3,59	280,62
Pomorskie	9,24	11,84	1,44	0,81	1,96	0,35	1,86	27,51
Śląskie	39,48	8,49	2,16	11,96	2,01	5,66	0,81	70,58
Świętokrzyskie	9,07	6,3	1,93	1,94	17,15	0,04	16,54	52,96
Warmińsko-mazurskie	21,76	10,91	0,83	0,8	0,99	0,08	2,8	38,16
Wielkopolskie	14,49	8,21	0,59	1,38	2,69	0,17	0,55	28,08
Zachodniopom.	27,65	12,3	4,15	1,06	12,13	0,06	16,24	73,59
Suma całkowita	46,03	9,92	2,89	8,58	5,52	0,79	4,25	77,97

5.7.13. PODSUMOWANIE ANALIZY DANYCH ILOŚCIOWYCH

W tabeli poniżej przedstawiono wyniki zbiorczej analizy danych ilościowych wraz z wartościami minimalnymi i maksymalnymi i wartościami median - Tabela 118.

Tabela 118. Podsumowanie danych ilościowych za rok 2017 – jednostki samorządu terytorialnego

Zmienna	Liczba działań	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Czas trwania (dni)	21 076	228	276	1	5 236
Wielkość grupy docelowej	20 804	5 806	128	1	5 011 981
Liczba działań promocyjno-edukacyjnych	9 479	14	2	1	13 000
Liczba uczestników w działaniach promocyjno-edukacyjnych	9 431	5 751	200	5	5 011 763
Liczba działań profilaktycznych	12 748	42	1	5	28 761
Liczba uczestników w działaniach profilaktycznych	12 747	1 103	115	5	600 000
Liczba uczestników w działaniach szkoleniowych	3 305	229	50	1	103 300
Liczba działań badawczych	8	41	2	3	197
Liczba działań innych	4 577	458	1	4	854 189
Udział w finansowaniu PF (w PLN)	18 579	139 317	6 737	1	268 158 134
Udział w finansowaniu PF (w %)	21 007	91	100	0	100
Udział w finansowaniu PWF (w PLN)	5 804	68 022	4 220	1	39 699 288
Udział w finansowaniu PWF (w %)	5 785	31	27	0	100
Całkowity koszt zadania	18 660	160 587	8 000	0	268 158 134

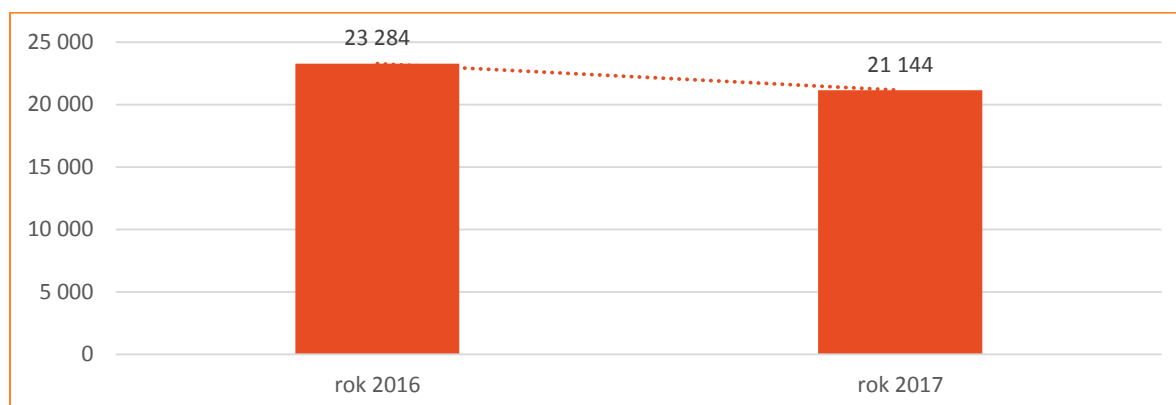
Największa kwota finansowania PF wyniosła blisko 270 mln zł i była wskazana przez podmiot sprawozdający w ramach zadania dotyczącego inwestycji drogowych. Było to zadanie całoroczne, skierowane do wszystkich mieszkańców Białegostoku.

5.8. ANALIZA PORÓWNAWCZA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ JST W LATACH 2016-2017

Analizę przeprowadzono porównując dane sprawozdane przez JST za rok 2017 z dostępnymi danymi z roku 2016. Analizę wykonywano dla danych ogólnych oraz porównując poszczególne województwa.

5.8.1. LICZBA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Porównując dane z lat 2016 i 2017 można zauważyć, że liczba zadań realizowanych przez JST uległa zmniejszeniu. W roku 2016 samorzady terytorialne zrealizowały nieco ponad 23,2 tys. zadań, podczas gdy w roku 2017 było ich mniej, bo około 21,1 tys. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 117.



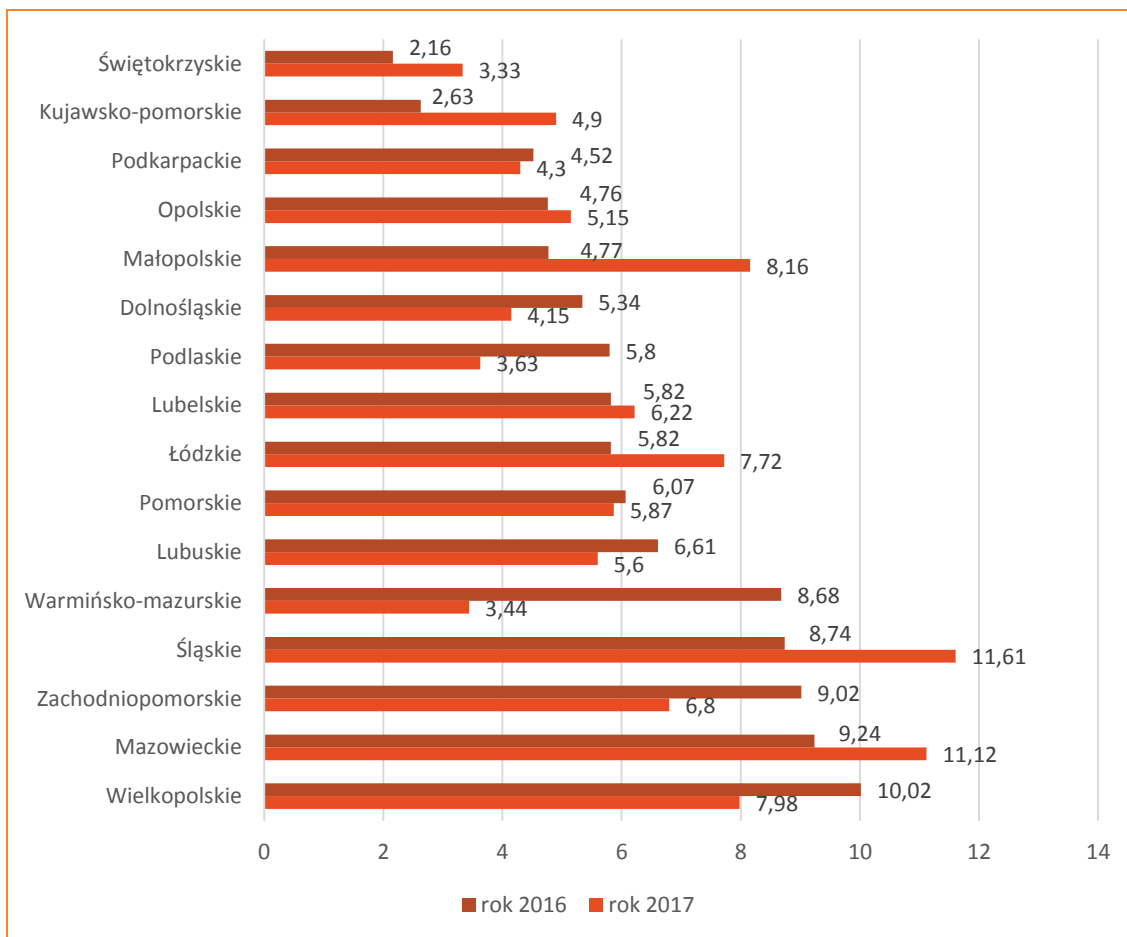
Rycina 117. Zmiana liczby zadań zrealizowanych przez JST w latach 2016-2017

Analizując dane na temat liczby zadań zrealizowanych przez poszczególne samorzady, można zauważyć, że liczba zadań realizowanych w poszczególnych województwach uległa zmianie. W roku 2017 w stosunku do roku 2016 mniej programów zrealizowano w województwie wielkopolskim, zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, lubuskim, podlaskim i dolnośląskim, natomiast więcej programów zrealizowano w województwie śląskim, łódzkim, małopolskim, kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim.

Ponadto, w roku 2016 największą liczbę zadań zrealizowało województwo wielkopolskie, natomiast w roku 2017 województwo śląskie. Zarówno w roku 2016 jak i 2017 najmniejszą liczbę zadań sprawozdało województwo świętokrzyskie, należy jednak mieć na względzie, że jest to relatywnie małe województwo z niewielką liczbą mieszkańców. Dokładne dane porównawcze przedstawiono poniżej – Tabela 119 oraz Rycina 118.

Tabela 119. Zmiana liczby zadań z zakresu ZP zrealizowanych przez JST w podziale na województwa w latach 2016-2017 (liczba i %)

Województwo	rok 2016		rok 2017	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Wielkopolskie	2 332	10,02	1 687	7,98
Mazowieckie	2 151	9,24	2 352	11,12
Zachodniopomorskie	2 100	9,02	1 437	6,80
Śląskie	2 036	8,74	2 455	11,61
Warmińsko-mazurskie	2 021	8,68	728	3,44
Lubuskie	1 540	6,61	1 185	5,60
Pomorskie	1 413	6,07	1 242	5,87
Łódzkie	1 355	5,82	1 633	7,72
Lubelskie	1 354	5,82	1 315	6,22
Podlaskie	1 351	5,80	768	3,63
Dolnośląskie	1 243	5,34	878	4,15
Małopolskie	1 111	4,77	1 725	8,16
Opolskie	1 108	4,76	1 088	5,15
Podkarpackie	1 053	4,52	909	4,30
Kujawsko-pomorskie	613	2,63	1 037	4,90
Świętokrzyskie	503	2,16	705	3,33
SUMA	23 284	100	21 144	100



Rycina 118. Zmiana liczby zadań z zakresu ZP zrealizowanych przez JST w podziale na województwa w latach 2016-2017 (w %)

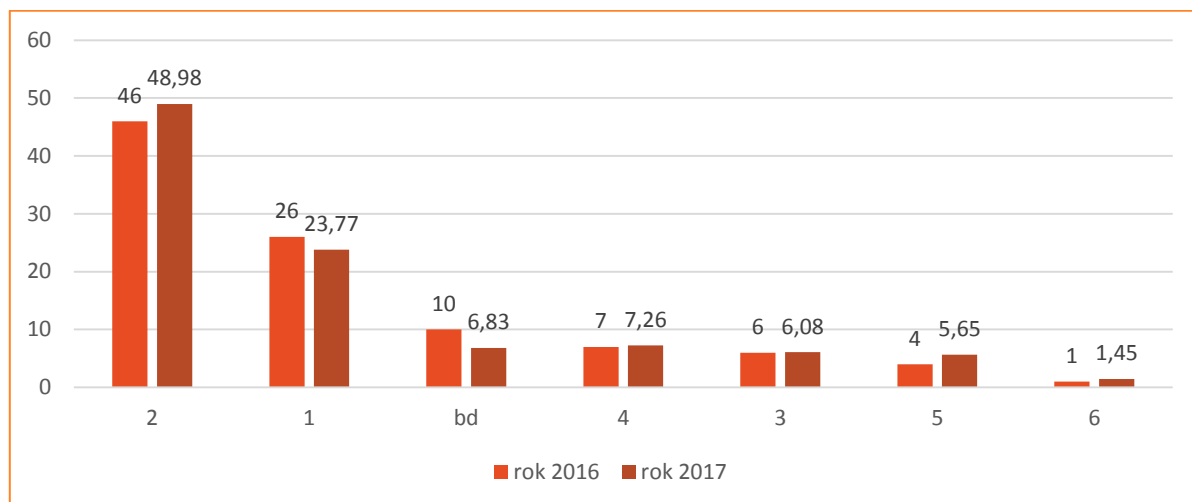
5.8.1. CEL OPERACYJNY I NUMER ZADANIA NPZ

Porównując dane z lat 2016 i 2017 można zauważyć, że liczba zadań realizowana w ramach poszczególnych celów operacyjnych jest do siebie zbliżona. Zarówno w roku 2016 jak i 2017 najczęściej realizowano zadania przypisane do Celu Operacyjnego nr 2, tj. *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*. Warto zauważyć, że zmniejszyła się liczba i odsetek zadań, dla których JST nie określiła numeru celu operacyjnego NPZ (z 10% do 6,83%). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 120 oraz Rycina 119.

Tabela 120. Zmiana liczby zadań przypisanych do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2017 (liczba i %)

Cel Op. NPZ (nr)	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
2	10 708	46,00	10 356	48,98
1	6 126	26,00	5 025	23,77
bd	2 250	10	1 443	6,83

4	1 593	7,00	1 534	7,26
3	1 396	6,00	1 285	6,08
5	933	4,00	1 194	5,65
6	278	1,00	307	1,45
SUMA	23 284	100	21 144	100



Rycina 119. Zmiana liczby zadań przypisanych do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2017 (w %)

Analiza parametru w poszczególnych województwach wykazała, że zarówno w roku 2016 jak i 2017 w poszczególnych regionach najczęściej wskazywano 2 CO NPZ. Wyjątki wystąpiły w roku 2016, kiedy w województwie kujawsko-pomorskim i podlaskim przeważały zadania przypisane do CU nr 1. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 121.

Tabela 121. Zmiana liczby zadań zrealizowanych przez JST w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w poszczególnych województwach w latach 2016-2017

Województwo	Rok	Cel NPZ							Suma w województwie
		1	2	3	4	5	6	bd	
Dolnośląskie	2016	371	541	104	149	52	26	0	1 243
	2017	218	397	55	80	32	7	89	878
Kujawsko-pomorskie	2016	305	167	40	50	40	2	9	613
	2017	357	359	34	159	61	1	66	1 037
Lubelskie	2016	269	597	110	87	33	37	221	1 354
	2017	302	727	123	100	23	29	11	1 315
Lubuskie	2016	470	643	136	80	64	13	134	1 540
	2017	230	667	73	71	66	6	72	1 185
łódzkie	2016	141	832	64	83	30	11	194	1 355
	2017	200	923	79	65	65	30	271	1 633
Małopolskie	2016	318	418	36	60	50	142	87	1 111
	2017	421	886	77	167	101	38	35	1 725
Mazowieckie	2016	369	1 412	62	85	58	89	76	2 151
	2017	365	1 537	95	104	76	4	171	2 352
Opolskie	2016	320	439	76	115	96	10	52	1 108
	2017	336	470	66	109	101	6	0	1 088
Podkarpackie	2016	264	552	45	57	46	8	81	1 053
	2017	232	395	47	43	30	2	160	909

Podlaskie	2016	504	488	171	131	38	18	1	1 351
	2017	173	470	22	19	40	6	38	768
Pomorskie	2016	416	509	196	134	78	69	11	1 413
	2017	247	694	73	65	83	13	67	1 242
Śląskie	2016	656	754	162	81	77	10	296	2 036
	2017	832	957	224	182	126	27	107	2 455
Świętokrzyskie	2016	89	248	33	72	46	15	0	503
	2017	142	277	63	69	44	11	99	705
Warmińsko-mazurskie	2016	553	637	90	45	74	13	609	2 021
	2017	193	329	49	36	55	8	58	728
Wielkopolskie	2016	402	1 462	184	60	128	36	60	2 332
	2017	333	739	96	191	180	99	49	1 687
Zachodniopomorskie	2016	419	1 079	197	134	128	97	46	2 100
	2017	444	529	109	74	111	20	150	1 437
SUMA	2016	5 866	10 778	1 706	1 423	1 038	596	1 878	23 284
	2017	5 025	10 356	1 285	1 534	1 194	307	1 443	21 144

W roku 2016 jednostki samorządu terytorialnego najczęściej wskazywanym numerem zadania 1.3 (tj. *Promowanie kultury fizycznej*) (n=956; 4,10%), natomiast w roku 2017 najczęściej wskazywano zadanie nr 1.3.2 czyli *Zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej* (n=1154; 5,46%). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 122.

Tabela 122. Zmiana numeru zadania NPZ przypisanego zadaniom JST w latach 2016-2017

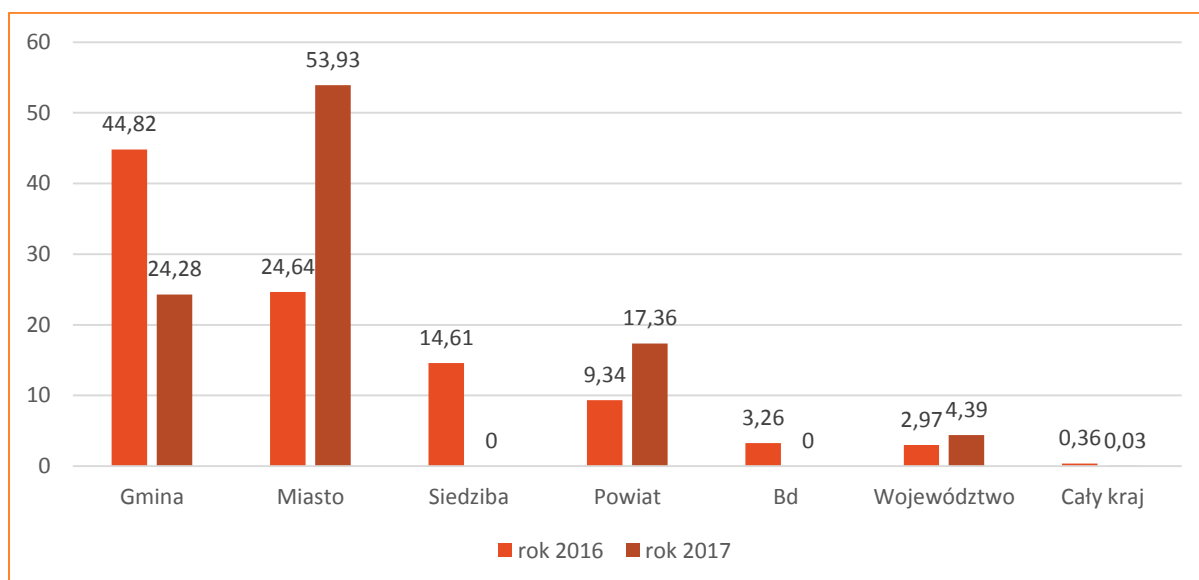
Zadanie NPZ (nr)	Rok 2016		Rok 2017	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
1.3	956	4,10	580	2,74
2.1.1	764	3,28	126	0,60
1	742	3,19	670	3,17
2	715	3,07	635	3,00
1.3.2	586	2,52	1154	5,46
3.2.1.1	548	2,35	818	3,87
1.1.4	547	2,34	297	1,40
3.1.1	529	2,27	134	0,63
1.1.3	469	2,01	315	1,49
1.1	430	1,85	143	0,68

5.8.2. ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Porównując dane dotyczące zasięgu terytorialnego za okres 2016-2017 należy zauważyć, że w 2017 roku nie wskazywano siedziby jako zasięgu realizacji zadania, podczas gdy JST wskazały taki zasięg w 3.401 zadaniach w roku 2016, co stanowiło 14,61% podjętych działań. W roku 2017 częściej wskazywano miasto a rzadziej – gminę. Dokładne dane porównawcze przedstawiono poniżej – Tabela 123 oraz Rycina 120.

Tabela 123. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2016-2017 (liczba i %)

Zasięg terytorialny	rok 2016		rok 2017	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Gmina	10 436	44,82	5 134	24,28
Miasto	5 737	24,64	11 403	53,93
Siedziba	3 401	14,61	0	0
Powiat	2 175	9,34	3 671	17,36
Bd	760	3,26	0	0
Województwo	691	2,97	0	4,39
Cały kraj	84	0,36	7	0,03
SUMA	23 284	100	21 144	100



Rycina 120. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu ZP podejmowanych przez JST w latach 2016-2017

Analizując zasięg terytorialny działań JST w poszczególnych województwach można zauważyć, że większość z nich wskazywała w latach 2016-2017 gminę lub miasto. Jedynie w województwie małopolskim i warmińsko-mazurskim w roku 2017 zanotowano największą liczbę działań o zasięgu powiatowym, a w województwie podlaskim i pomorskim w roku 2016 najwięcej działań realizowanych było na terenie siedziby. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 124.

Tabela 124. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu zdrowia publicznego w poszczególnych województwach w latach 2016-2017

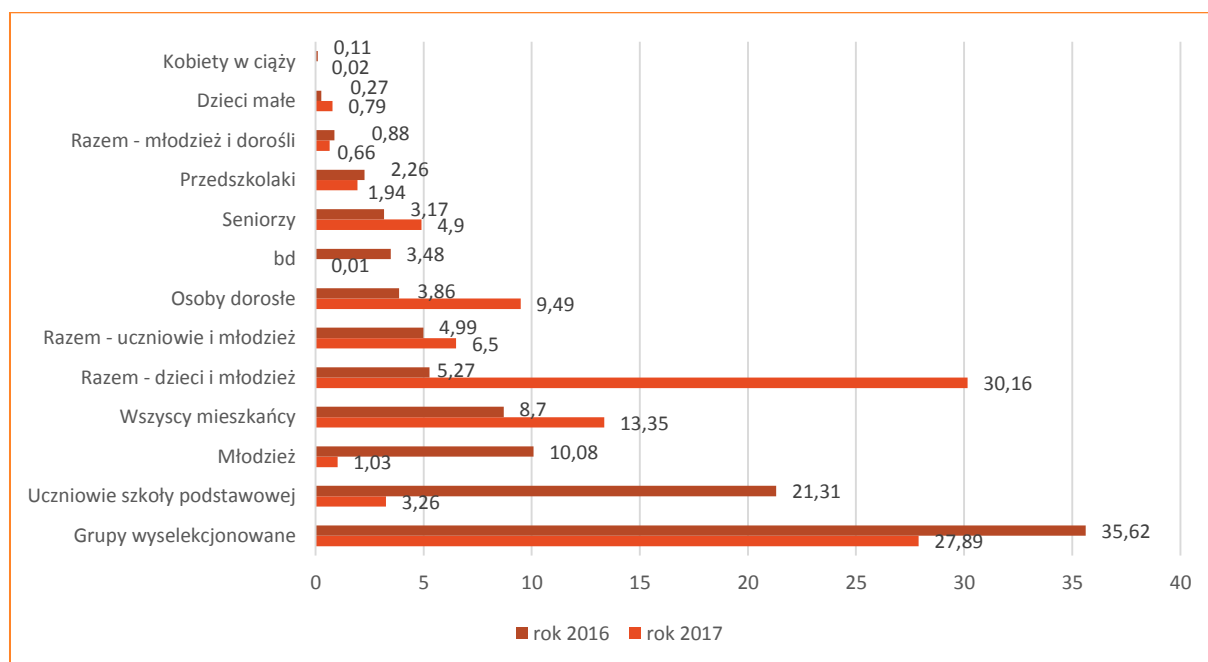
Województwo	Rok	gmina	miasto	powiat	siedziba	województwo	bd	Polska
Dolnośląskie	2016	441	356	282	153	3	8	0
	2017	283	465	108	0	21	0	1
Kujawsko-pomorskie	2016	229	262	59	9	46	8	0
	2017	323	539	91	0	84	0	0
Lubelskie	2016	475	250	144	262	4	219	0
	2017	533	432	292	0	57	0	1
Lubuskie	2016	557	370	35	530	42	6	0
	2017	337	741	71	0	36	0	0
Łódzkie	2016	411	652	87	192	1	12	0
	2017	257	1120	220	0	36	0	0
Małopolskie	2016	846	88	34	87	5	51	0
	2017	445	172	1087	0	20	0	1
Mazowieckie	2016	1124	548	92	214	50	124	0
	2017	586	1391	276	0	96	0	3
Opolskie	2016	664	317	30	1	22	75	0
	2017	150	850	60	0	28	0	0
Podkarpackie	2016	678	184	68	106	9	0	8
	2017	111	707	68	0	22	0	1
Podlaskie	2016	333	173	33	749	27	36	0
	2017	257	439	50	0	22	0	0
Pomorskie	2016	319	264	98	567	87	69	9
	2017	337	793	86	0	26	0	0
Śląskie	2016	718	774	149	199	138	57	1
	2017	531	1542	237	0	145	0	0
Świętokrzyskie	2016	290	96	37	33	35	12	0
	2017	74	402	107	0	122	0	0
Warmińsko-mazurskie	2016	721	388	156	648	44	64	0
	2017	145	164	371	0	48	0	0
Wielkopolskie	2016	754	1448	54	28	44	4	0
	2017	320	991	318	0	58	0	0
Zachodniopomorskie	2016	769	1234	20	28	44	5	0
	2017	445	655	229	0	108	0	0

5.8.3. POPULACJA DOCELOWA ZADANIA

Porównując dane z lat 2016 i 2017 można zauważyć, że rodzaj grupy docelowej, do której JST kierowały najczęściej działania z zakresu ZP uległ zmianie. Może to wynikać zarówno z innego podejścia do przygotowywania sprawozdań czy realizacji znacznej części sprawozdań w systemie komputerowym, który pomaga w dokładnym określeniu rodzaju grupy docelowej. W 2017 roku częściej wskazywano razem dzieci i młodzież oraz wszystkich mieszkańców, a rzadziej – grupy wyselekcjonowane, uczniów szkoły podstawowej i młodzież. Warto zauważyć, że zmniejszyła się liczba i odsetek zadań, dla których JST nie określiło rodzaju grupy docelowej (z 3,48% do 0,01%). Grupy takie jak: seniorzy, przedszkolaki, razem uczniowie i młodzież stanowiły grupy odbiorcze zadań w podobnym zakresie. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 125 oraz Rycina 121.

Tabela 125. Zmiana rodzaju grupy docelowej zadań realizowanych przez JST w latach 2016-2017

Grupa docelowa	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Grupy wyselekcjonowane	8 294	35,62	5 897	27,89
Uczniowie szkoły podstawowej	4 961	21,31	689	3,26
Młodzież	2 346	10,08	217	1,03
Wszyscy mieszkańcy	2 025	8,7	2 822	13,35
Razem - dzieci i młodzież	1 227	5,27	6 376	30,16
Razem - uczniowie i młodzież	1 061	4,99	1 375	6,5
Osoby dorosłe	899	3,86	2 007	9,49
bd	811	3,48	1	0,01
Seniorzy	738	3,17	1 036	4,90
Przedszkolaki	527	2,26	411	1,94
Razem - młodzież i dorośli	206	0,88	140	0,66
Dzieci małe	63	0,27	168	0,79
Kobiety w ciąży	26	0,11	5	0,02
SUMA	23 284	100	21 144	100



Rycina 121. Zmiana rodzaju grupy docelowej działań podejmowanych przez JST w latach 2016-2017 (w %)

Analizując rodzaj grupy docelowej w zadaniach realizowanych przez poszczególne samorządy, można zauważyć, że grupy wyselekcjonowane były wskazywane w największej liczbie zadań w roku 2016 w 11 województwach, podczas gdy w roku 2017 już tylko w 6. Wskazywana najczęściej w roku 2017 grupa „razem dzieci i młodzież” nie była ani razu najliczniej wskazywaną grupą w roku 2016. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 126.

Tabela 126. Zmiana rodzaju grupy docelowej działań z zakresu zdrowia publicznego w poszczególnych województwach w latach 2016-2017

Grupy docelowe

Województwo	Rok	Grupy wyselekcjonowane	Młodzież	Osoby dorosłe	Razem – dzieci i młodzież	Uczniowie szkoły podstawowej	Razem – uczniowie i młodzież	Seniorzy	Wszyscy mieszkańcy	Razem – młodzież i dorośli	Przedszkolaki	Dzieci małe	Kobiety w ciąży	bd	SUMA
Dolnośląskie	2016	380	239	83	66	184	31	32	80	42	15	7	7	77	1243
	2017	130	20	0	300	7	83	29	297	0	12	0	0	0	878
Kujawsko-pomorskie	2016	187	16	18	57	172	11	32	51	42	2	3	7	15	613
	2017	198	5	13	259	4	0	65	448	11	1	33	0	0	1037
Lubelskie	2016	478	262	85	86	81	12	15	58	13	15	6	3	240	1354
	2017	334	53	182	441	160	8	32	44	36	25	0	0	0	1315
Lubuskie	2016	465	40	66	28	482	148	46	93	42	53	4	7	66	1540
	2017	230	18	42	460	33	0	70	274	2	9	47	0	0	1185
łódzkie	2016	396	78	350	1	74	19	18	151	7	171	90	1355	0	2710
	2017	610	22	53	511	22	1	54	316	6	7	31	0	0	1633
Małopolskie	2016	450	26	30	66	260	31	28	80	42	4	10	7	77	1111
	2017	291	0	28	926	0	0	70	313	0	83	14	0	0	1725
Mazowieckie	2016	902	86	71	302	284	5	70	238	42	10	6	2	134	2152
	2017	955	1	441	727	48	12	75	58	0	33	1	1	0	2352
Opolskie	2016	306	242	18	272	74	134	0	59	0	1	2	0	0	1108
	2017	156	0	0	503	59	56	64	213	0	35	2	0	0	1088
Podkarpackie	2016	238	71	50	12	246	185	39	144	9	8	0	1	50	1053
	2017	200	11	24	448	10	0	32	147	3	12	22	0	0	909
Podlaskie	2016	306	108	22	12	422	185	13	67	6	199	0	1	10	1351
	2017	171	2	113	300	52	3	31	60	20	16	0	0	0	768
Pomorskie	2016	224	121	104	57	303	203	97	106	28	139	0	21	10	1413
	2017	423	28	184	12	62	363	65	66	18	17	3	1	0	1242
Śląskie	2016	617	116	82	162	422	226	43	4	6	46	0	4	218	1946
	2017	590	54	361	32	164	820	137	185	44	65	1	2	0	2455
Świętokrzyskie	2016	168	17	15	62	45	78	30	5	7	1	0	4	58	490
	2017	223	0	0	211	11	16	35	202	0	0	7	0	0	705
Warmińsko-mazurskie	2016	565	163	73	288	456	78	68	1	37	64	0	5	152	1950
	2017	170	0	38	300	0	0	34	132	0	48	6	0	0	728
Wielkopolskie	2016	757	236	120	4	604	78	132	8	37	8	0	5	0	1989
	2017	630	1	308	500	34	11	149	34	0	19	0	1	0	1687
Zachodniopomorskie	2016	561	219	103	4	304	78	522	205	37	26	26	5	10	2100
	2017	586	2	220	446	23	2	94	33	0	29	1	0	1	1437

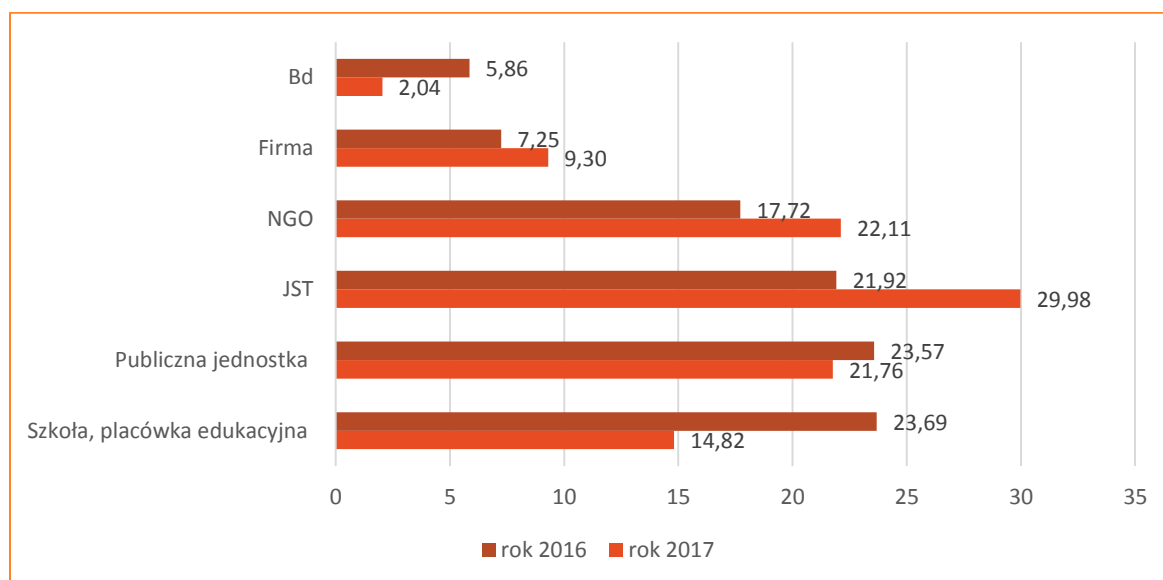
5.8.4. REALIZATOR ZADANIA

Porównując dane z lat 2016 i 2017 można zauważyć, że w 2017 roku częściej wskazywano jednostki samorządu terytorialnego i organizacje pozarządowe a rzadziej – szkoły i placówki edukacyjne. W roku 2017 w porównaniu z rokiem 2016 zwiększyła się także aktywność podmiotów sklasyfikowanych jako firma w zakresie realizacji zadań. Warto także zauważyć, że zmniejszyła się liczna i odsetek

działań, dla których JST nie określił rodzaju realizatora (z 5,86% do 2,04%). Dokładne dane porównawcze przedstawiono poniżej – Rycina 122 oraz Tabela 127.

Tabela 127. Zmiana rodzaju realizatora działań prowadzonych przez JST w latach 2016-2017 (liczba i %)

Realizator (rodzaj)	rok 2016		rok 2017	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Szkoła, placówka edukacyjna	5 517	23,69	3 134	14,82
Publiczna jednostka	5 488	23,57	4 600	21,76
JST	5 103	21,92	6 339	29,98
NGO	4 125	17,72	4 674	22,11
Firma	1 687	7,25	1 966	9,30
Bd	1 364	5,86	431	2,04
SUMA	23 284	100	21 144	100



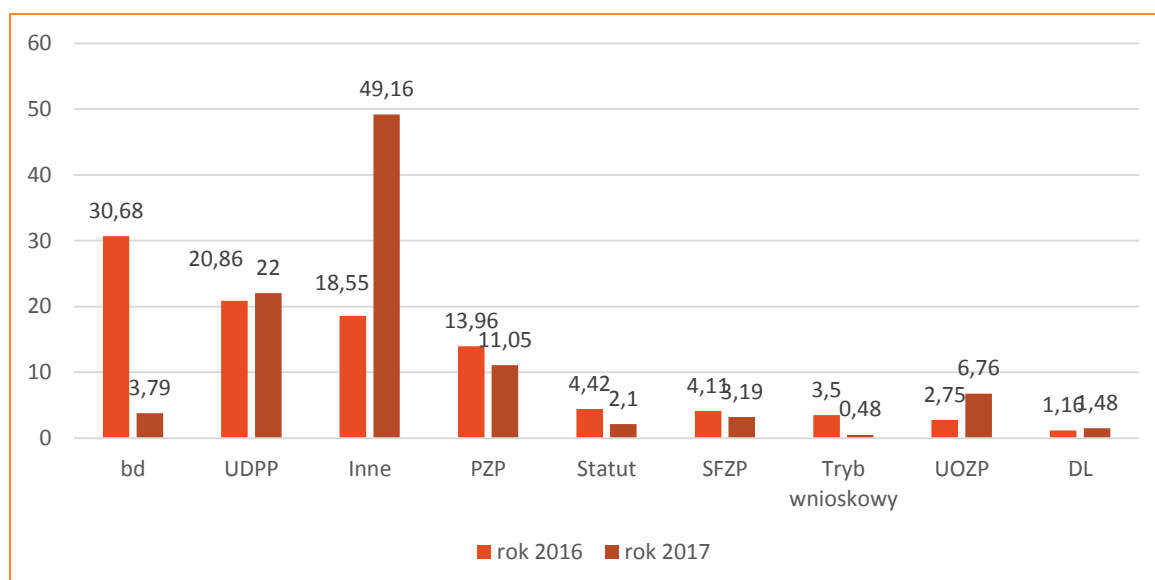
Rycina 122. Zmiana rodzaju realizatora zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017 (w %)

5.8.5. TRYB REALIZACJI ZADANIA

Porównując dane z lat 2016 i 2017 można zauważyć, że w 2017 roku częściej wskazywano inne podstawy prawne prowadzonych działań. Rzadziej natomiast występowały braki danych (zmniejszenie z 30,68% w roku 2016 do 3,79% w roku 2017). Dokładne dane porównawcze przedstawiono poniżej – Rycina 123 oraz Tabela 128.

Tabela 128. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP podejmowanych przez JST w latach 2016-2017 (liczba i %)

Tryb realizacji zadania	rok 2016		rok 2017p	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Bd	7144	30,68	802	3,79
UDPP	4857	20,86	4651	22,00
Inne	4319	18,55	10393	49,16
PZP	3251	13,96	2337	11,05
Statut	1030	4,42	444	2,10
SFZP	958	4,11	673	3,19
Tryb wnioskowy	816	3,50	101	0,48
UOZP	640	2,75	1433	6,76
DL	269	1,16	310	1,48
SUMA	23284	100	21144	100



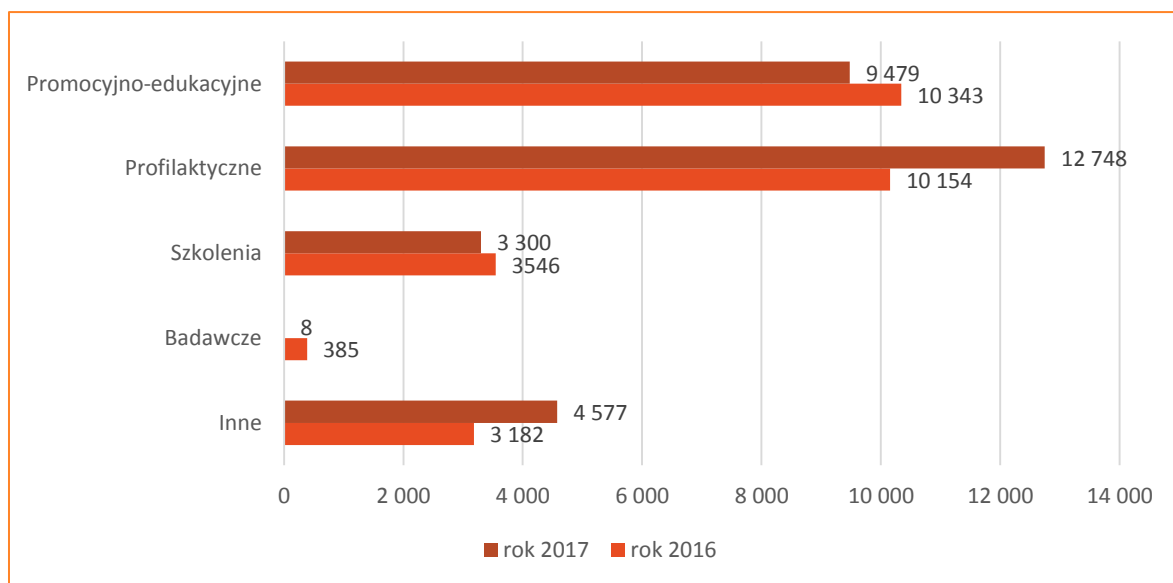
Rycina 123. Zmiana trybu realizacji zadań przez JST w latach 2016-2017 (w %)

5.8.6. ELEMENTY DZIAŁAŃ PODJĘTE W ZADANIU

Analiza porównawcza roku 2016 i 2017 w zakresie częstości podejmowania określonych działań w ramach zadań z zakresu ZP wykazała, że sumaryczna liczba działań wszystkich rodzajów zwiększyła się w roku 2017 w porównaniu z rokiem wcześniejszym (z 27,6 tys. do ponad 30 tys.). Zwiększyła się liczba działań profilaktycznych i innych, zmniejszyła nieznacznie liczba szkoleń i działań promocyjno-edukacyjnych. Mniej licznie podejmowana działania badawcze – ich liczba zmniejszyła się z 385 do 8 działań. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 129 oraz Rycina 124.

Tabela 129. Zmiana liczby działań poszczególnych rodzajów podejmowanych w ramach zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017

Rodzaj działania	rok 2016	rok 2017
Inne	3 182	4 577
Badawcze	385	8
Szkolenia	3 546	3 300
Profilaktyczne	10 154	12 748
Promocyjno-edukacyjne	10 343	9 479
SUMA	27 610	30 112



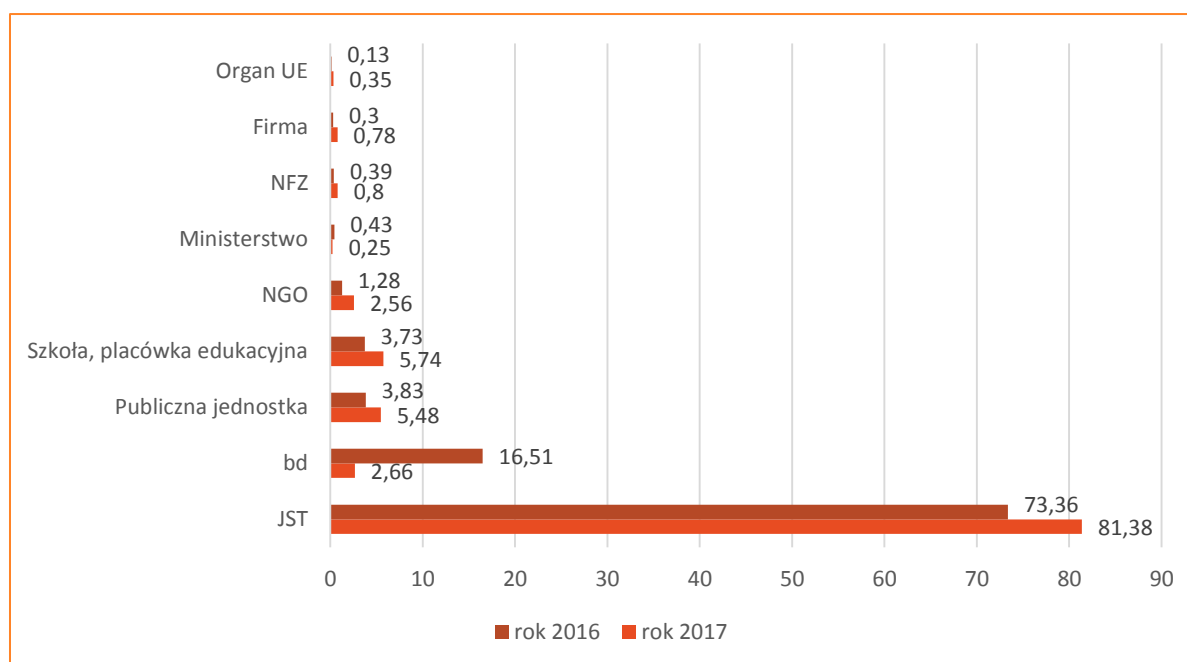
Rycina 124. Zmiana liczby działań poszczególnego rodzaju podejmowanych w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2017

5.8.7. PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Zarówno w roku 2017 jak i 2016 najczęściej wskazywanym rodzajem podmiotu finansującego zadanie były jednostki samorządu centralnego. Taki podmiot finansujący wskazano w roku 2016 w 73,36% zadań, a w roku 2017 nawet więcej, bo w 81,38% ogółu podjętych działań. Porównując dane z lat 2016 i 2017 można również zauważyć, że w 2017 roku znacznie rzadziej występowały braki danych (spadek z 16,51% do 2,66%). Jak wspomniano wcześniej, JST w niektórych zadaniach wskazywało jednostki nieuprawnione do pełnienia funkcji PF, np. firmy czy NGO. Może to wynikać zarówno w faktu mylnego przypisania funkcji PF realizatorowi zadania jak i ujmowania w tym zakresie zaangażowania zasobów niefinansowych. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 130 oraz Rycina 125.

Tabela 130. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PW w latach 2016-2017 (liczba i %)

Podmiot finansujący PF (rodzaj)	rok 2016		rok 2017	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
JST	17 080	73,36	17 207	81,38
Bd	3 845	16,51	562	2,66
Publiczna jednostka	891	3,83	1 159	5,48
Szkoła, placówka edukacyjna	878	3,73	1 214	5,74
NGO	299	1,28	541	2,56
Ministerstwo	101	0,43	52	0,25
NFZ	91	0,39	170	0,80
Firma	69	0,30	164	0,78
Organ UE	30	0,13	75	0,35
SUMA	23 284	100	21 144	100



Rycina 125. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PW w latach 2016-2017

5.8.8. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES FINANSOWANIA I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PF

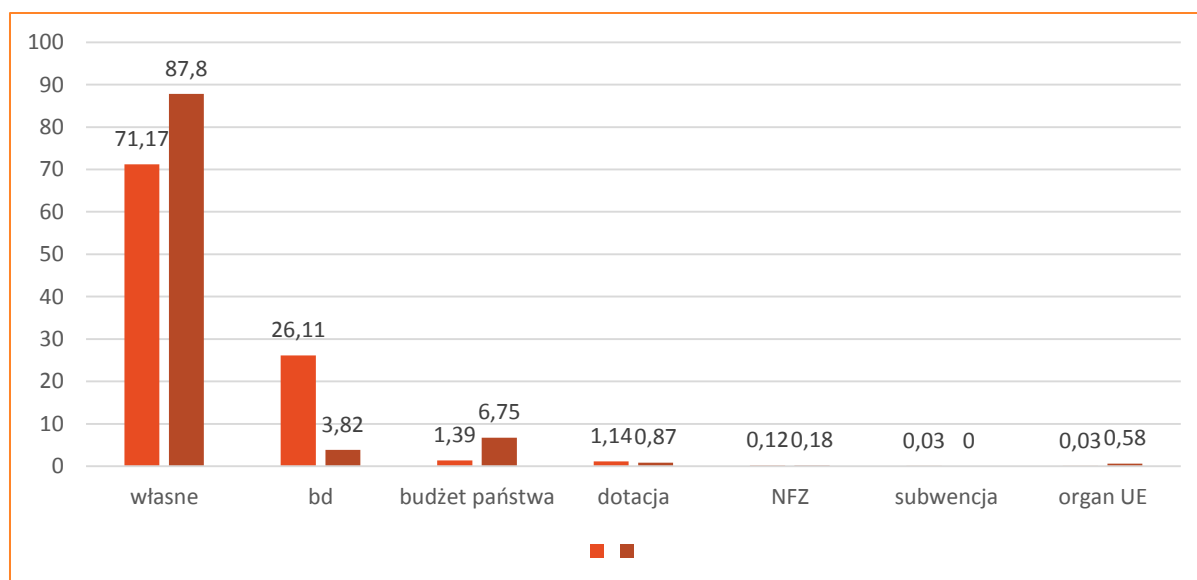
Porównując kwoty finansowe przeznaczone na realizację zadania można zauważyć, że zwiększyły się one między rokiem 2016 i 2017. W roku 2017 kwoty przeznaczone na realizację zadania mieściły się w przedziale od 0 zł do 268.158,134zł, średnio 139.317,37 zł. Najczęściej była to kwota 1.000 zł (n=403). W roku 2016 kwoty przeznaczone na realizację zadania były mniejsze, bo mieściły się w przedziale od 1 zł do 93.855.493 zł, średnio 91.781,33 zł. W roku 2017 udział procentowy podmiotu

finansującego w całości finansowania zawierał się w przedziale 0,1-100%, średnio było to 91,36%, a najczęściej pojawiającą się wartością było 100% (n=15.397). W 2016 roku udział procentowy podmiotu finansującego w całości finansowania zawierał się w przedziale 1,1-100%, średnio było to 60,58%, a najczęściej pojawiającą się wartością było 100% (n=6.639).

Porównując dane z lat 2016 i 2017 można zauważyć, że w 2017 roku częściej wskazywano środki własne (87,70% vs. 71,17%), znacznie rzadziej występowały braki danych (3,82% vs. 26,11%). Dokładne dane porównawcze przedstawiono poniżej – Rycina 126 oraz Tabela 131.

Tabela 131. Zmiana źródła finansowania podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2017 (liczba i %)

Źródło finansowania PF	rok 2016		rok 2017	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Własne	16 571	71,17	18 564	87,80
Bd	6 080	26,11	808	3,82
Budżet państwa	323	1,39	1 427	6,75
Dotacja	265	1,14	183	0,87
NFZ	29	0,12	39	0,18
Subwencja	8	0,03	0	0
Organ UE	8	0,03	123	0,58
SUMA	23 284	100	21 144	100



Rycina 126. Zmiana źródła finansowania podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2017

5.8.9. KOSZT REALIZACJI ZADANIA

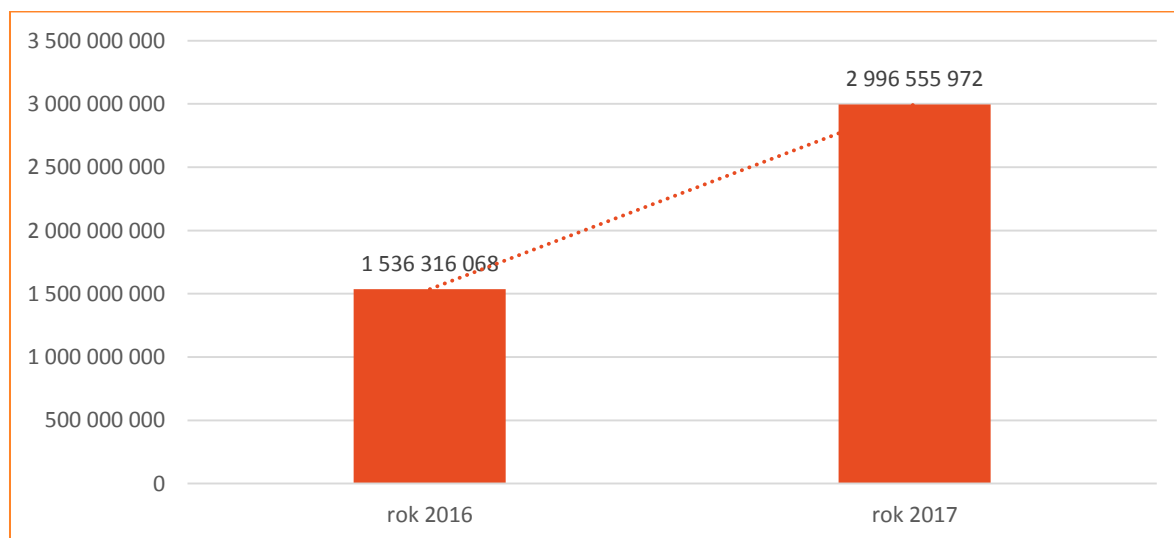
W pierwszej kolejności analizie poddano zmianę średniego kosztu realizacji zadania w latach w odniesieniu do numeru celu operacyjnego NPZ.

Cztery województwa wydawały największe średnie kwoty w ramach zadań przypisanych do celu operacyjnego nr 1 zarówno w roku 2016 jak i 2017. W pozostałych województwach zanotowano zmiany w omawianym zakresie, przy czym były to częściej zadania realizowane w odniesieniu do celu 5 niż pozostałych. Jedynie województwo śląskie wydało największą kwotę na zadania przypisane do celu operacyjnego nr 6 (dane za rok 2017). Widocznym jest jednak, że największe średnie koszty obserwowano najczęściej w zakresie celu operacyjnego nr 1. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 132.

Tabela 132. Zmiana kosztu średniego zadania w poszczególnych województwach w relacji do nr celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2017

cel NPZ								
Województwo	Rok	1-łącznie	2-łącznie	3-łącznie	4-łącznie	5-łącznie	6-łącznie	bd-łącznie
Dolnośląskie	2016	56 142,28	24 307,41	6 280,81	55 455,57	36 293,43	12 658,20	
	2017	136 544,05	35 993,94	64 760,98	132 363,21	119 238,44	101 805,75	25 249,92
Kujawsko-pomorskie	2016	163 996,10	178 430,71	372 075,30	52 215,94	165 479,38	1 985,00	28 947,11
	2017	255 375,73	94 205,93	63 371,25	1 062 818,49	307 563,61	2 602,55	19 981,89
Lubelskie	2016	164 030,19	15 056,51	24 481,38	95 706,05	135 125,79	43 797,62	85 677,14
	2017	2 482 023,75	20 676,20	102 123,12	134 111,76	111 023,84	16 119,00	8 029,94
Lubuskie	2016	41 683,96	14 765,26	31 911,42	7 167,63	38 112,02	7 772,08	6 165,38
	2017	116 376,80	20 575,54	64 184,64	23 259,46	126 226,98	10 496,67	92 760,59
Łódzkie	2016	83 857,16	19 275,84	4 526,27	22 142,54	51 692,59	10 296,00	41 926,35
	2017	1 936 264,48	45 951,05	18 575,04	49 435,30	48 267,37	37 554,81	213 274,94
Małopolskie	2016	11 882,62	85 029,57	6 732,26	64 675,97	3 713,41	17 588,80	46 972,30
	2017	98 486,42	25 888,99	56 365,26	70 365,23	78 658,11	12 505,12	48 950,23
Mazowieckie	2016	230 593,09	28 949,34	20 481,26	278 538,14	149 798,71	70 532,00	
	2017	481 747,67	52 301,46	703 093,66	191 258,44	121 025,77	15 859,67	171 565,21
Opolskie	2016	69 108,01	11 756,01	45 637,70	23 273,53	51 705,40	1 504,14	
	2017	253 428,45	18 739,79	51 150,17	783 656,27	711 969,53	3 170,63	
Podkarpackie	2016	123 534,00	22 062,82	8 401,68	44 771,10	38 951,59	9 192,29	18 240,92
	2017	266 980,42	37 304,03	34 713,94	40 746,52	702 534,52	27 731,00	59 271,65
Podlaskie	2016	6 097,15	14 719,51	20 936,86	2 657,66	38 737,41	9 777,86	90 894,00
	2017	2 000 827,57	23 679,80	62 092,10	37 371,40	131 632,46	99 984,83	146 579,23
Pomorskie	2016	97 543,15	68 070,02	38 076,87	86 782,72	59 082,98	28 572,44	21 234,45
	2017	90 267,88	40 717,21	50 026,50	31 469,40	69 937,68	67 001,15	68 749,78
Śląskie	2016	109 823,25	249 936,17	15 768,85	144 280,44	127 057,41	11 536,10	11 941,90
	2017	216 626,33	40 618,18	44 492,11	298 966,25	72 411,50	1 030 056,49	42 263,08
Świętokrzyskie	2016	16 943,16	19 026,59	50 712,62	33 331,80	160 015,88	3 295,87	
	2017	121 721,24	36 875,55	60 122,76	56 398,56	764 018,05	22 768,93	303 546,15
Warmińsko-mazurskie	2016	47 628,51	15 399,18	5 735,34	5 194,47	83 730,74	6 287,40	24 192,90
	2017	184 656,65	52 651,08	26 917,78	32 608,43	30 794,73	27 023,31	69 293,16
Wielkopolskie	2016	32 792,03	122 568,90	38 394,76	33 530,20	75 654,15	46 445,88	54 695,57
	2017	195 982,74	41 962,78	26 348,37	45 048,97	58 590,61	32 185,28	42 037,16
Zachodniopomorskie	2016	38 131,26	123 590,39	35 786,50	39 113,40	56 652,10	64 545,88	53 159,85
	2017	132 074,99	43 524,68	70 156,30	34 902,73	198 902,64	6 143,66	228 877,55

Analiza porównawcza sumarycznego kosztu realizacji w latach 2016-2017 wykazała, że w roku 2016 całkowite koszty działań były mniejsze i wynosiły ponad 1,5 mld zł, w roku 2017 natomiast blisko 3 mld zł. Koszty całkowite zamykały się w przedziale 0-110.429.999 zł. Średni koszt realizacji zadania wynosił 107.098 zł. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 127 oraz Tabela 133.



Rycina 127. Zmiana wartości całkowitych kosztów realizacji wszystkich zadań w latach 2016-2017 (w zł)

Analiza sumarycznych kosztów w poszczególnych województwach i w odniesieniu do numeru celu operacyjnego wykazała, że większość województw zwiększyła swoje roczne wydatki, przy czym największa zmiana w omawianym kierunku dotyczyła województwa łódzkiego i wyniosła ponad 381 mln zł. Zmniejszenie wydatków stwierdzono w trzech województwach, tj. lubuskim (o około 3,4 mln zł), wielkopolskim (o około 2,2 mln zł) i warmińsko-mazurskim (o największą kwotę – około 12,8 mln zł). Przyczyn tego zjawiska można upatrywać zapewne w kilku czynnikach, np. lepszej sprawozdawczości oraz w większym zaangażowaniu JST.

Największe sumaryczne koszty na obszarze jednego województwa poniesione zostały w roku 2017 w województwie łódzkim i wyniosły ponad 400 mln zł, a w roku 2016 w województwie śląskim i wyniosły blisko 300 mln zł. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 133.

Tabela 133. Zmiana całkowitych kosztów realizacji zadania w latach 2016-2017

Województwo	Rok	1	2	3	4	5	6	bd	Suma całkowita
Dolnośląskie	2016	36 346 707,00	22 783 347,00	5 754 366,00	8 439 474,00	1 976 454,00	316 465,00		75 616 813,00
	2017	22 802 857,00	11 985 982,00	1 878 069,00	9 133 062,00	3 577 153,00	407 223,00	1 792 745,00	51 577 089,00
Kujawsko-pomorskie	2016	49 847 506,00	29 797 929,00	14 883 012,00	4 134 496,00	6 619 175,00	3 970	260 524,00	105 546 612,00
	2017	88 870 754,00	31 558 987,00	2 027 880	133 915 130	18 146 253,00	2 603,00	1 298 823,00	275 820 428,00
Lubelskie	2016	114 927 420	10 721 395,00	2 600 276,00	8 230 522,00	3 823 779,00	1 620 512,00	18 765 587,00	160 689 491,00
	2017	335 073 206,00	12 757 218,00	3 676 432,00	8 985 488,00	2 109 453,00	161 190	642,00	362 827 228,00
Lubuskie	2016	19 422 835,00	12 084 149,00	17 573 095,00	635 436,00	2 551 343,00	101 037,00	1 140 876,00	53 508 771,00
	2017	19 784 055,00	12 551 076,00	3 979 448,00	1 442 087,00	8 078 527,00	62 980	4 266 987,00	50 165 160
Łódzkie	2016	11 758 714,00	18 496 928,00	3 679 511,00	1 680 070	1 351 387,00	472 762,00	8 016 598,00	42 144 410
	2017	319 483 640	40 850 488,00	1 467 428,00	2 916 683,00	3 040 844,00	1 126 644,00	54 598 384,00	423 484 110
Małopolskie	2016	9 398 653,00	21 540 440	2 255 826,00	3 892 628,00	683 158,00	1 880 428,00	4 706 353,00	44 361 086,00

	2017	29 644 414,00	19 520 295,00	2 592 802,00	8 303 097,00	7 629 837,00	387 659,00	1 419 557,00	69 497 660
Mazowieckie	2016	84 160 515,00	42 442 265,00	119 061 946,00	2 754 160	8 683 777,00		11 416 173,00	293 305 736,00
	2017	170 538 675,00	79 393 612,00	63 981 524,00	18 934 586,00	9 197 958,00	63 439,00	25 048 521,00	367 158 313,00
Opolskie	2016	16 014 242,00	5 020 214,00	2 885 452,00	2 310 215,00	4 819 042,00	11 169,00		31 060 334,00
	2017	78 816 249,00	8 489 127,00	3 120 160	77 581 971,00	68 349 074,00	19 024,00		236 375 606,00
Podkarpackie	2016	30 581 821,00	12 118 557,00	3 696 742,00	2 245 361,00	1 680 073,00	64 346,00	1 643 258,00	48 703 090
	2017	52 595 144,00	14 250 141,00	1 249 702,00	1 303 889,00	20 373 501,00	55 462,00	8 179 488,00	98 007 325,00
Podlaskie	2016	5 620 737,00	7 582 736,00	3 211 559,00	498 376,00	1 271 610	71 345,00	90 894,00	18 347 257,00
	2017	310 128 274,00	10 490 150	1 179 750	597 942,00	5 265 298,00	499 924,00	4 250 798,00	332 412 136,00
Pomorskie	2016	6 127 713,00	46 688 264,00	1 446 921,00	3 734 306,00	2 686 718,00	481 982,00	1 522 843,00	62 688 747,00
	2017	21 483 755,00	27 524 836,00	3 351 776,00	1 888 164,00	4 545 949,00	804 014,00	4 331 236,00	63 929 730
Śląskie	2016	97 019 479,00	170 381 830	3 317 253,00	11 418 184,00	8 949 553,00	115 361,00	5 501 512,00	296 703 172,00
	2017	179 583 228,00	38 627 893,00	9 832 756,00	54 411 857,00	9 123 849,00	25 751 412,00	3 676 888,00	321 007 884,00
Świętokrzyskie	2016	4 559 588,00	536 193,00	1 517 823,00	2 410 721,00	14 803 202,00		49 438,00	28 701 865,00
	2017	11 320 075,00	7 854 492,00	2 404 911,00	2 425 138,00	21 392 506,00	45 538,00	20 641 138,00	66 083 797,00
Warmińsko-mazurskie	2016	31 055 092,00	11 151 432,00	700 024,00	257 823,00	8 139 626,00	81 242,00	16 158 627,00	67 543 866,00
	2017	31 206 974,00	15 637 371,00	1 184 382,00	1 141 295,00	1 416 557,00	108 093,00	4 019 003,00	54 713 676,00
Wielkopolskie	2016	13 290 874,00	69 567 965,00	3 225 160	2 693 012,00	6 435 789,00	1 872 358,00	3 062 952,00	100 148 110
	2017	50 563 546,00	28 660 578,00	2 055 173,00	4 820 240	9 374 498,00	579 335,00	1 933 709,00	97 987 079,00
Zachodniopomorskie	2016	15 259 388,00	73 000 676,00	4 567 213,00	1 874 245,00	8 246 756,00	1 534 118,00	2 764 312,00	107 246 708,00
	2017	47 150 772,00	20 978 895,00	7 085 786,00	1 814 942,00	20 685 875,00	98 299,00	27 694 183,00	125 508 751,00
Suma całkowita	2016	545 391 284,00	558 742 820	183 737 551,00	81 995 929,00	82 721 442,00	8 627 095,00	75 099 947,00	1 536 316 068,00
	2017	1 769 045 616,00	381 131 141,00	111 067 978,00	329 615 569,00	212 307 133,00	30 172 838,00	163 215 698,00	2 996 555 972,00

5.9. JAKOŚĆ SPRAWOZDAWCZOŚCI JST

Analiza zmiany jakości sprawozdawczości w zakresie dostępnych danych za rok 2016 wykazała, że w większości wskaźników JST znacząco poprawiły swoje wyniki. Warto zwrócić uwagę, że w przypadku takich parametrów jak tryb realizacji zadania, rodzaj podmiotu finansującego zadanie czy źródło finansowania PF zmiana wyniosła od kilkunastu do blisko trzydziestu punktów procentowych. Wyjątek stanowi parametr numer zadania NPZ, gdzie zanotowano wzrost liczby i odsetka zadań z rekordem typu „bd”. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 134.

Tabela 134. Zmiana jakości sprawozdawczości JST w latach 2016-2017

Parametr	rok 2016		rok 2017		rok 2016		rok 2017	
		liczba bd		liczba bd		procent bd		procent bd
numer celu operacyjnego NPZ	↑	2250	↓	1443	↑	10	↓	6,83
numer zadania NPZ	↓	2240	↑	3727	↓	9,62	↑	17,6
zasięg terytorialny	↑	760	↓	0	↑	3,26	↓	0
populacja objęta zadaniem (rodzaj)	↑	811	↓	1	↑	3,48	↓	0,01
realizator zadania (rodzaj)	↑	1364	↓	431	↑	5,86	↓	2,04
Tryb realizacji zadania	↑	7144	↓	802	↑	30,68	↓	3,79
Podmiot finansujący zadanie PF	↑	3845	↓	562	↑	16,51	↓	2,66
Źródło finansowania PF	↑	6080	↓	808	↑	26,11	↓	3,82

5.10. NAJCZĘŚCIEJ POJAWIAJĄCE SIĘ I ZGŁASZANE PROBLEMY W REALIZACJI ZADAŃ

W analizie ujęto dwa rodzaje informacji dotyczący problemów związanych z realizacją i sprawozdawczością z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Pierwsza grupa danych pochodziła bezpośrednio od jednostek realizujących zadania, podstawą dla drugiej grupy były spostrzeżenia ekspertów przekazane po opracowaniu danych surowych przekazanych przez podmioty centralne oraz JST.

5.10.1. PROBLEMY W REALIZACJI ZADAŃ – NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCE

Analizie poddano wszystkie dane nadesłane przez podmioty centralne (zarówno dane pierwotne jak i zweryfikowane) oraz jednostki samorządowe. Najczęściej pojawiające się problemy, wraz z zagrożeniami, jakie ze sobą niosą zaprezentowano zbiorczo poniżej – Tabela 135.

Tabela 135. Najczęściej pojawiające się problemy w zakresie zadań wraz z przykładowym ryzykiem związanym z danym problemem

LP	Rodzaj problemu	Rodzaj zagrożenia związanego z problemem
1	Nieprawidłowo sposób wprowadzenia dat rozpoczęcia i zakończenia programu	W systemowej obróbce danych istnieje szansa na nieprawidłowe wyliczenie danych ilościowych, tj. liczby dni realizacji zadania.
2	Nagminne wprowadzanie zerowych kosztów realizacji zadania przy jednoczesnym wskazaniu, że stanowi to 100% poniesionych kosztów.	Brak możliwości jednoznacznego określenia sumarycznych kosztów realizacji zadań z zakresu ZP w Polsce i części składowych tych kosztów. Zafałszowane miary rozkładu. Niesłuszne wskazywanie jako PF nieuprawnionych jednostek, być może w wyniku uwzględniania ich zaangażowania pozafinansowego, ale bez jego wycenienia.
3	Brak nazwy zadania, zamiast niego wprowadzanie nazwy realizatora czy jednostki podrzędnej względem raportującej	Brak możliwości oceny zadania, określenia adekwatności użytych elementów działania czy budżetu.
4	Wprowadzanie ujemnych wartości liczbowych	Brak możliwości statystycznego opisu danych, zafałszowane miary rozkładu.
5	Brak spójności raportowania danych, tj. np. brak elementów danego rodzaju, ale wskazana liczba osób	Niejednorodność w zakresie danych ilościowych i jakościowych, brak integralności informacji na temat zadań realizowanych w danym roku.
6	Niedostateczna skrupulatność we wprowadzaniu danych, np. dane nt. zakresu % finansowania PF i PWF nie sumują się do %	Niejednorodność w zakresie danych ilościowych i jakościowych, brak integralności informacji na temat zadań realizowanych w danym roku.
7	Niepełne oznaczenia kodowe w kolumnie nr zadania.	Brak możliwości pełnej sprawozdawczości, niedokładne opisanie numeru zadania powoduje, że nie można go zidentyfikować i określić jego ogólnej tematyki w ramach NPZ.
8	Powtarzające się zadania, np. raportowane przez instytucję podległą i nadrzędną.	Zafałszowanie sprawozdawczości, brak możliwości realnej oceny działań podejmowanych w skali

		kraju.
9	Wskazywane jest, że podjęto określony rodzaj działań, natomiast ich liczba jest równa 0.	Nieznane źródło błędu – rzeczywisty brak działania lub niewłaściwe określenie liczby działań. Błędne wykazanie nieistniejących działań lub zaniżona liczba działań.
10	Wpisywanie liczby realizatorów zadania, ale nie ich rodzaju.	Brak możliwości jednoznacznego wskazania realizatora działania, liczebność grupy realizatorów należy uznać za informację ważną, jednak rodzaj za bardziej istotny dla całościowego zrozumienia sensu i celu prowadzonego zadania.
11	Wpisywanie źródła finansowania PWF zamiast jego rodzaju, albo zawodu osoby biorącej udział w zadaniu jako PWF zamiast nazwy jednostki.	Brak możliwości jednoznacznego sklasyfikowania rodzaju podmiotu współfinansującego.
12	Niepoważne traktowanie obowiązku sprawozdawczości, np. poprzez żartobliwe wpisywanie danych itp.	Brak możliwości wyciągnięcia całościowych wniosków z danych zebranych w ramach sprawozdawczości.
13	Wprowadzanie sprzecznych danych, np. informacji dot. grupy wiekowej, np. zakres wiekowy i cechy charakterystyczne nie zgadzają się - dzieci i młodzież (7-18) ; a w rozwinięciu dzieci i młodzież (5-19).	Brak możliwości konkretnego zidentyfikowania grupy docelowej i opisu jej cech, możliwość popełnienia błędu podczas interpretacji wpisów.
14	Wpisywanie rodzaju działalności zamiast podstawy prawnej w trybie realizacji zadania.	Brak możliwości odniesienia się do trybu realizacji zadań z zakresu ZP i tym samym ich cech charakterystycznych.
15	Niewłaściwe przypisywanie określonych czynności do działań podejmowanych w ramach zadania, np. spotkanie organizacyjne podawane jako dział. szkoleniowe i konferencje.	Błędy w sprawozdawczości, zafałszowane dane dotyczące rodzajów działań być może wynikające z przekonania, że każdy rodzaj działania musi pojawić się w zadaniu.
16	Wskazywanie podmiotów nieuprawnionych jako PF (być może mylnie zamiast realizatora).	Brak możliwości uzyskania pełnych danych odnośnie grup rodzajowych PF, mało wiarygodne dane.
17	Wskazywanie ekstremalnie dużych liczebności grupy docelowej, np. ponad 38 mln.	Nieadekwatne określanie grupy docelowej, uwzględnianie w zadaniach wszystkich obywateli nie zawsze jest zasadne z powodu logiki programu (np. tematyka skierowana wprost do osób dorosłych).

5.10.2.PROBLEMY W REALIZACJI ZADAŃ – NAJCZĘŚCIEJ ZGŁASZANE

W celu określenia jakich problemów/przeszkód najczęściej doświadczają podmioty centralne, przeprowadzono badanie, w którym podmioty centralne oraz JST zostały poproszone o wskazanie m.in.:

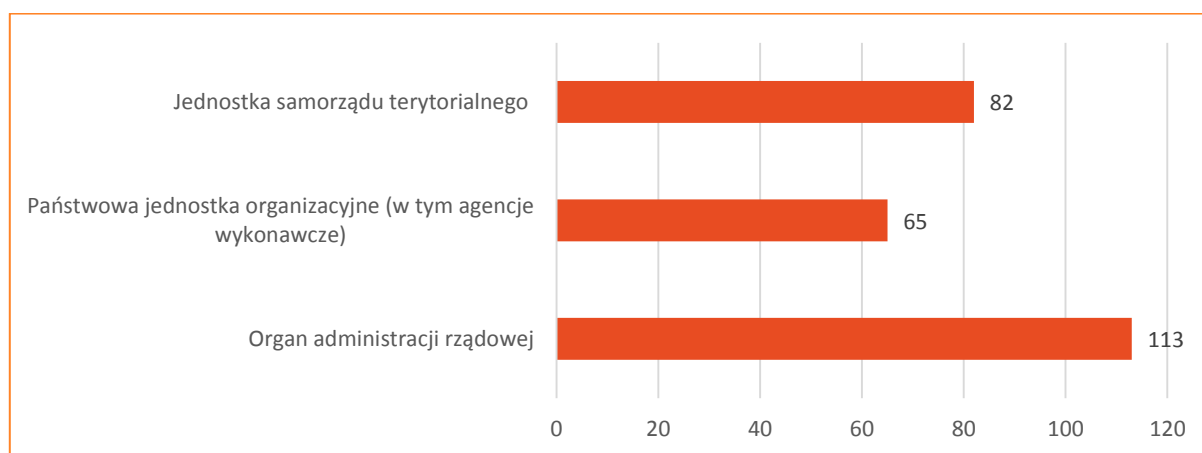
- Wskazanie trudności w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- Określenie trudności w sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- Wskazanie czynników/rozwiązań, których wprowadzenie wzmocniłoby proces sprawozdawczości.

Badanie ankietowe realizowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w ramach Narodowego Programu Zdrowia, cel operacyjny NPZ.ZK_3.2018 Zadanie z zakresu zdrowia publicznego: Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego, w ramach Zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych.

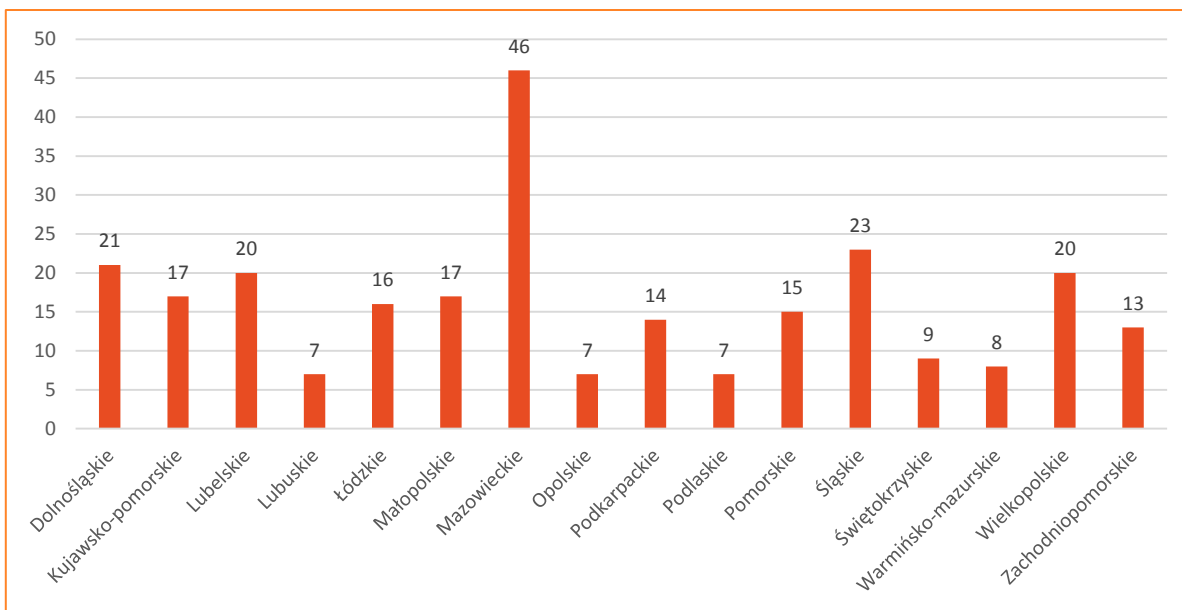
Wyniki badania wykorzystane zostaną w analizie sprawozdań jednostek publicznych wykonujących działania z zakresu zdrowia publicznego i posłużą poprawie ich monitoringu.

Badanie zrealizowane zostało w terminie 10.09.2018 - 18.09.2018. Badanie ankietowe przeprowadzono wśród jednostek samorządu terytorialnego, stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz jednostek centralnych.

Kwestionariusz ankiety zawierał łącznie 10 pytań, w tym 2 pytania jednokrotnego wyboru, 2 pytania otwarte, 3 pytania wielokrotnego wyboru oraz 3 pytania metryczkowe. Uzyskano 261 ankiet zwrotnych. Wśród ankietowanych największy odsetek stanowiły organy administracji rządowej – 43% (n=113), następnie jednostki samorządu terytorialnego – 32% (n=83), najmniej było państwowych jednostek organizacyjnych (w tym agencje wykonawcze) – 25% (n=65). Najwięcej jednostek pochodziło z województwa mazowieckiego – 18% (n=46), z każdego z pozostałych województw odsetek jednostek nie przekraczał 10%. Największą grupę respondentów, którzy podali nazwę jednostki (nie było to obligatoryjne) stanowiły organy inspekcji sanitarno-epidemiologicznej. Szczegółowe dane na temat podmiotów biorących udział w badaniu przedstawiono poniżej - Rycina 128 oraz Rycina 129.



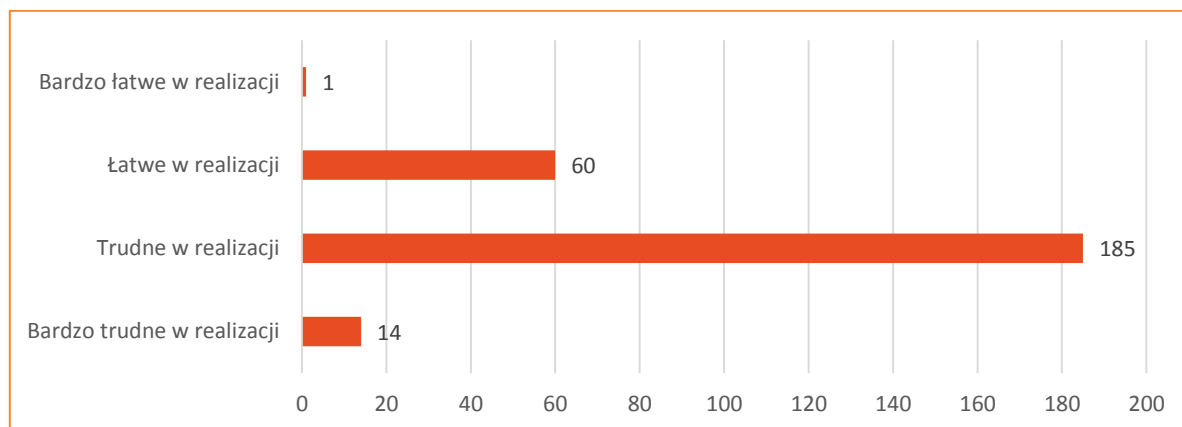
Rycina 128. Podmioty, które wzięły udział w badaniu dotyczącym problemów w realizacji zadań z zakresu ZP (ze względu na rodzaj)



Rycina 129. Podmioty, które wzięły udział w badaniu dotyczącym problemów w realizacji zadań z zakresu ZP (ze względu na lokalizację)

Pytanie 1. Określenie stopnia trudności realizacji zadań z zakresu ZP

Jednostki, które wzięły udział w badaniu najczęściej stwierdzały, że zadania z zakresu ZP są trudne w realizacji – takiej odpowiedzi udzieliła większość, bo 185 jednostek (71,15% ogółu). Natomiast 23% (n = 60) respondentów określiła działania w obszarze zdrowia publicznego, jako łatwe we wdrażaniu i realizacji. Szczegóły poniżej - Rycina 130.

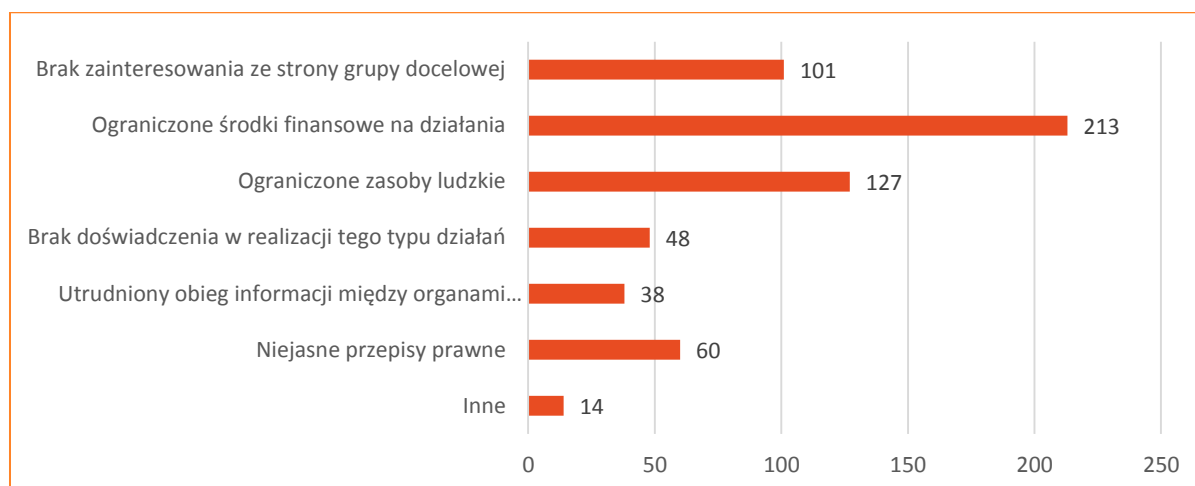


Rycina 130. Stopień trudności realizacji zadań z zakresu ZP (liczba)

Pytanie 2. Wskazanie najczęściej występujących trudności w zakresie realizacji zadań z zakresu ZP

Jednostki zostały poproszone o wskazanie jakie trudności napotykają najczęściej w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. W tym pytaniu jednostki miały możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią było „ograniczone środki finansowe na działania” w przypadku 212 respondentów. Drugą w kolejności trudnością wybieraną przez badanych stanowiły „ograniczone zasoby ludzkie” – 127 ankietowanych, na trzecim miejscu znalazł się „brak zainteresowania ze strony grupy docelowej” – 101. W odpowiedzi „Inne” część ankietowanych

podają brak zainteresowania ze strony potencjalnych realizatorów oraz długi czas potrzebny na formalne przygotowanie projektów głównie w obszarze wyboru wykonawcy. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 131.

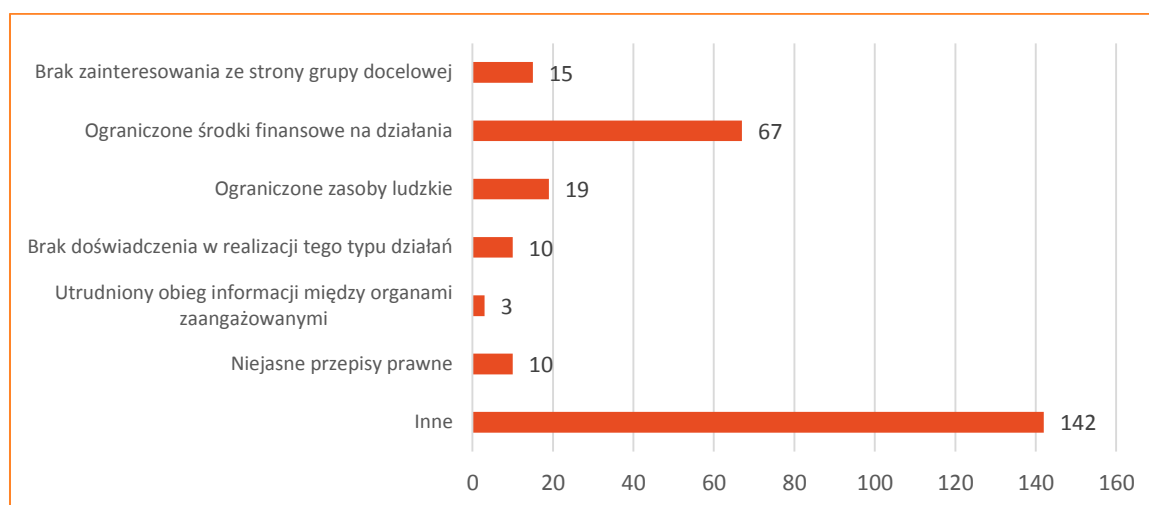


Rycina 131. Trudności pojawiające się najczęściej w realizacji zadań z zakresu ZP

Pytanie 3. Wskazanie największych trudności związanych z realizacją zadań wraz z uzasadnieniem

Podmioty biorące udział w badaniu najczęściej wskazywały odpowiedź „Inne” (n=142), co stanowiło 53,38% ogółu udzielonych odpowiedzi. Wśród kwestii sprawiających największe trudności wymieniano przede wszystkim niskie finansowanie zadań oraz ograniczone zasoby kadrowe.

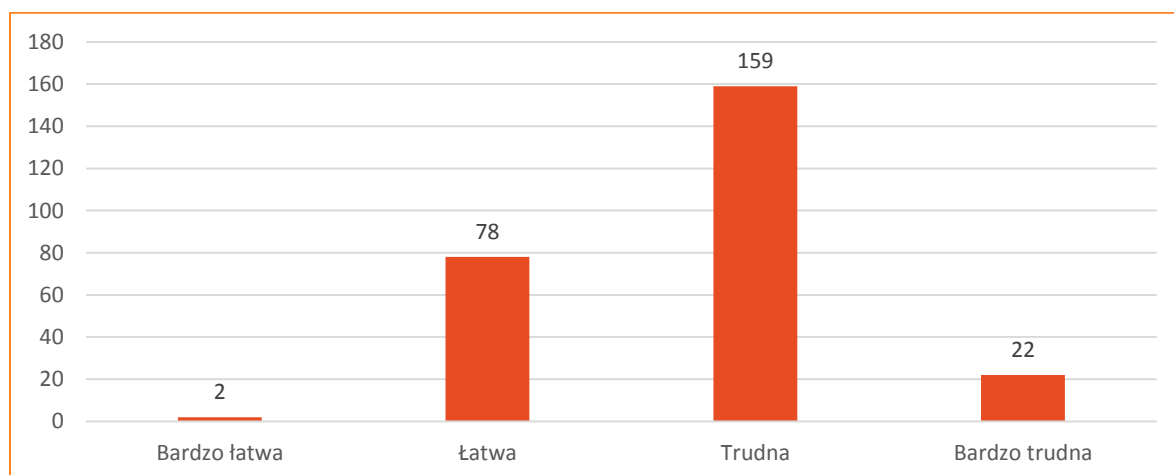
Kolejno w kafeterii wymieniano ograniczone środki finansowe na działania oraz ograniczone zasoby ludzkie oraz brak odpowiednich kwalifikacji do realizacji tego rodzaju działań. Pojawiające tożsame problemy wskazywane wśród respondentów zarówno w kafeterii zamkniętej, jak i pod kategorią „Inne” wskazują na poważny problem z finansowaniem i zapewnieniem odpowiedniej ilości kadry przy realizacji zadań zdrowia publicznego. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 132.



Rycina 132. Najpoważniejsze trudności pojawiające się w realizacji zadań z zakresu ZP

Pytanie 4. Określenie stopnia trudności sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu ZP

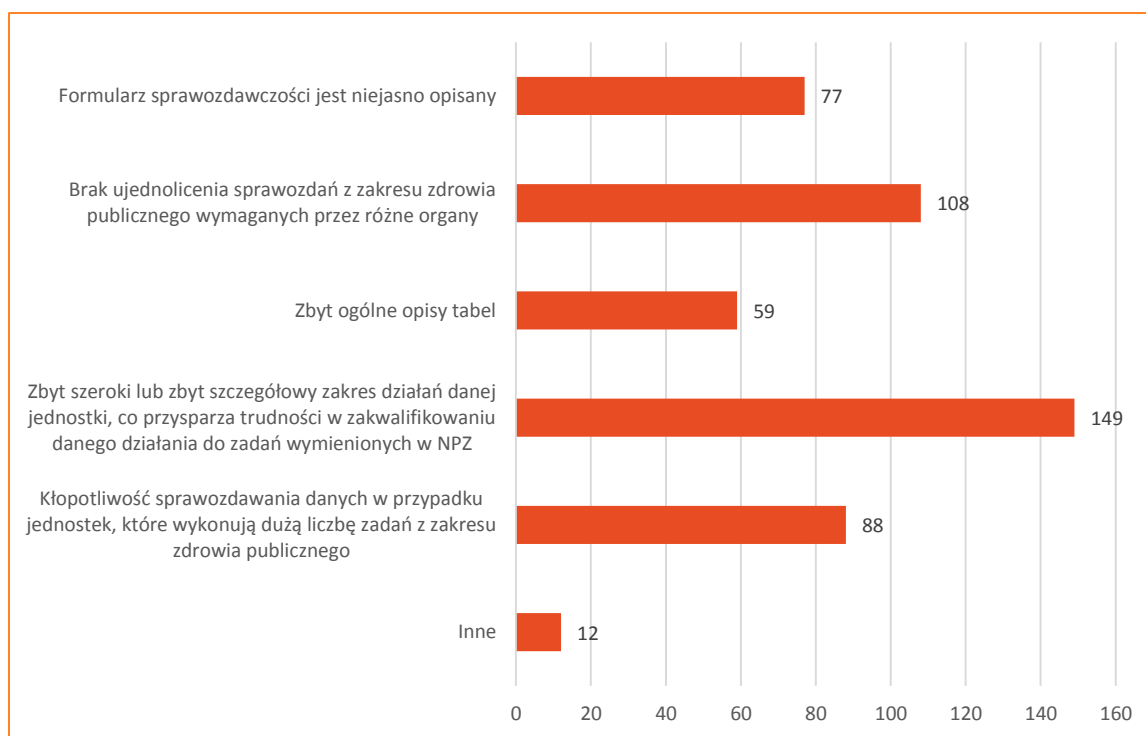
Według 61% badanych (n=159) sprawozdawczość z realizacji zadań zdrowia publicznego określana jest jako trudna, jedynie 30% ankietowanych (n=78) uważa, że proces sprawozdawczości wykonania zadań zdrowia publicznego jest łatwy. Według 8% (n=22) badanych sprawozdawczość jest bardzo trudna, a jedynie 2 jednostki (1%) wskazały, że jest ona bardzo łatwa w realizacji. Szczegóły poniżej - Rycina 133.



Rycina 133. Stopień trudności sprawozdawczości z zadań z zakresu ZP

Pytanie 5. Wskazanie najczęstszych trudności związanych ze sprawozdawczością zadań z zakresu ZP

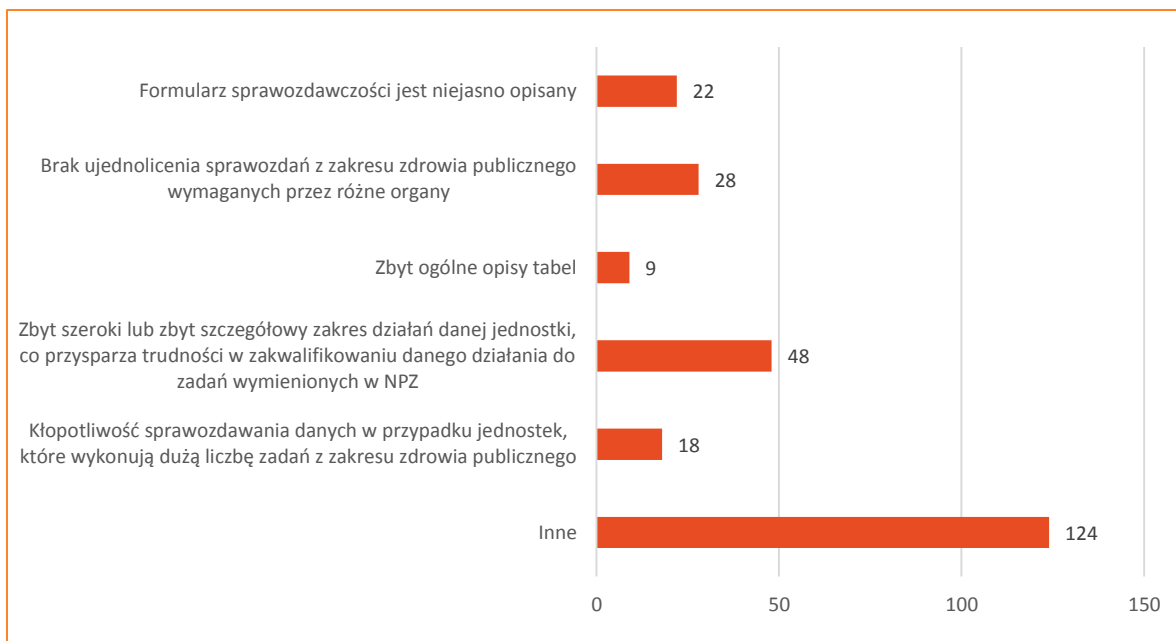
W pytaniu respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Według 149 badanych najczęstszym problemem związanym ze sprawozdawczością był „zbyt szeroki lub zbyt szczegółowy zakres działań danej jednostki, co przysparzało trudności w zakwalifikowaniu danego działania do zadań wymienionych w NPZ”. Na drugim miejscu jako główny powód problemów wskazywano „brak ujednoczenia sprawozdań z zakresu zdrowia publicznego wymaganych przez różne organy” – na tę odpowiedź wskazało 108 badanych jednostek. W mniejszym stopniu trudności sprawiało sprawozdanie dużej liczby realizowanych działań (88 zaznaczeń). W przypadku 77 odpowiedzi respondenci wskazywali na konstrukcję samego formularza, jako głównej trudności w procesie sprawozdawczości. Szczegóły poniżej - Rycina 134.



Rycina 134. Trudności pojawiające się najczęściej w sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu ZP

Pytanie 6. Wskazanie największych trudności związanych ze sprawozdawczością z zadań wraz z uzasadnieniem

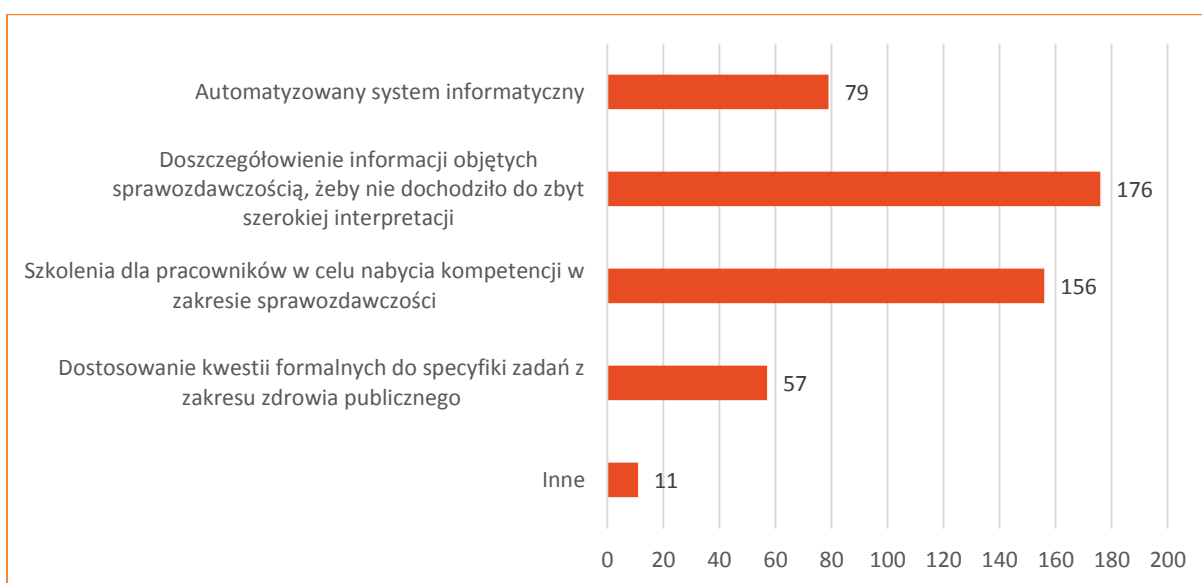
W odpowiedzi na to pytanie respondenci najczęściej wskazywali odpowiedź „inne”. Wymieniano tu przede wszystkim zbyt szeroki zakres działań danej jednostki, trudności w określeniu grupy odbiorców, niejasno opisane rubryki, dużą liczbę sprawozdań oraz powtarzający się opis zadań w sprawozdaniach oraz dużą liczbę powierzonych zadań. Z kolei w kafeterii odpowiedzi zamkniętych najczęściej wskazywano „zbyt szeroki lub zbyt szczegółowy zakres działań danej jednostki, co przysparza trudności w zakwalifikowaniu danego działania do zadań wymienionych w NPZ”. Podobnie do pytania 3 zbieżność odpowiedzi respondentów z kafeterii zamkniętej i odpowiedzi „inne” wskazuje, iż powyższe stwierdzenie stanowi istotny problem w realizacji sprawozdawczości zadań zdrowia publicznego. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 135.



Rycina 135. Najpoważniejsze trudności pojawiające się w sprawozdawczości realizacji zadań z zakresu ZP

Pytanie 7. Wskazanie rozwiązań, które wzmocniłyby proces sprawozdawczości

W odpowiedzi na to pytanie ankietowani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Najwięcej ankietowanych wskazało przede wszystkim na „doszczegółowienie informacji objętych sprawozdawczością, żeby nie dochodziło do zbyt szerokiej interpretacji” – 176 jednostek uważało, że wzmocniłoby to proces sprawozdawczości. W drugiej kolejności, w przypadku 156 odpowiedzi, wskazywano na możliwość wprowadzenia „szkoleń dla pracowników w celu nabycia kompetencji w zakresie sprawozdawczości”. Respondenci wskazywali również, 79 odpowiedzi, na możliwość wprowadzenia „automatyzowanego systemu informatycznego”, natomiast 57 ankietowanych wybrało „dostosowanie kwestii formalnych do specyfiki zadań z zakresu zdrowia publicznego, np.: procedur konkursowych” jako rozwiązanie w celu poprawy funkcjonowania sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 136.



Rycina 136. Rozwiązania, które wzmocniłyby proces sprawozdawczości

Rekomendacje dotyczące ewentualnych zmian w realizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (DZ. U. POZ. 2216) – zwanego dalej Rozporządzeniem, opracowano na podstawie odpowiedzi uzyskanych od podmiotów centralnych oraz samorządów terytorialnych na zapytanie dot. Trudności związanych z procesem realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i samej sprawozdawczości jak również na podstawie obserwacji poczynionych w toku analizy danych nadesłanych przez ww. podmioty.

W związku z powyższym, poniżej zaproponowano najważniejsze postulaty związane z procesem sprawozdawczym oraz propozycje zmian w treści Rozporządzenia:

- 1) Aby usprawnić sprawozdawczość należy obligatoryjnie przeprowadzić szkolenia wśród pracowników oraz urzędów centralnych w celu poszerzenia umiejętności w sprawozdawczości. Należy rozważyć poszerzony zakres szkolenia (obejmujący ustawę oraz rozporządzenia), biorąc pod uwagę, że poziom wiedzy z obszaru zdrowia publicznego nie jest taki sam w każdej Jednostce Samorządu Terytorialnego. Dodatkowo, należy zastanowić się na formę szkolenia – szkolenie e-learningowe może być niewystarczające.
- 2) Niekiedy działania z zakresu zdrowia publicznego podejmowane na określonym terenie nie pokrywają się z przyjętymi i prowadzonymi priorytetami polityki zdrowotnej. Dlatego też należy do formularza wprowadzić jedną, dodatkową kolumnę, w której możliwa będzie szybka weryfikacja w/w aspektu przez pracowników oraz urzędów centralnych.
- 3) Wśród ogólnych przemyśleń dotyczących instrukcji do formularza należy ująć, że powinna być napisana w prosty i zrozumiały sposób, tak aby uzupełnienie formularza nie stanowiło problemu dla osoby bezpośrednio nie związanej ze zdrowiem publicznym. Warto rozważyć przeprowadzenie badania wśród przedstawicieli jednostek w zakresie zrozumiałości aktualnie obowiązującego dokumentu i doprecyzowanie elementów najmniej zrozumiałych. Informacje wymagane w formularzu powinny być skonkretyzowane. Nie powinny stanowić jakichkolwiek wątpliwości, gdyż prowadzi to do zbyt szerokiej interpretacji wytycznych, a co za tym idzie, utrudnia analizę sprawozdawczą. Należy zastanowić się, gdzie wyznaczyć granicę pomiędzy aspektami, które warto uszczegóławiać a tymi, które powinny być traktowane ogólnikowo.
- 4) Wśród innych ogólnych uwag warto uwzględnić tą dotyczącą poziomu wiedzy osób odpowiedzialnych za prowadzenie sprawozdawczości. Pracownicy samorządów powinni zapoznać się z ustawą o zdrowiu publicznym, z jej interpretacją, a także z Rozporządzeniem, jako że widoczne jest duże zróżnicowanie w zakresie poziomu wiedzy na ww. tematy. MZ powinno dążyć do maksymalnego rozpowszechnienia treści dokumentów dot. omawianego tematu, jako że część pojawiających się błędów oraz wątpliwości zgłaszanych przez podmioty jest wyjaśniona wprost w powyższych dokumentach.
- 5) Należy rozdzielić kolumnę nr 6 „Cel operacyjny i nr zadania NPZ” na dwie kolumny – osobno cel i osobno numer zadania, ponieważ niektórym realizowanym zadaniom przypisuje się kilka zadań a nawet celów w ramach NPZ.

- 6) Należy rozważyć doprecyzowanie instrukcji w zakresie wypełniania kolumny „tryb realizacji zadania”. Instrukcja w tym zakresie wydaje się zbyt lakoniczna. Warto rozważyć uściślenie, że należy wprowadzać jedynie dane dot. podstawy prawnej realizacji zadania.
- 7) Należy rozważyć możliwość modyfikacji formularza w zakresie określania szczegółowego udziału PWF w realizacji zadania w przypadku, gdy jest ich więcej niż 1. W takim wypadku zasadne byłoby umożliwienie podmiotom rozdzielenie zadania na podzadania i przypisanie każdemu z PWF konkretnego zakresu działań i wskazanie w jaki sposób zostały spożytkowane przeznaczone środki finansowe. Aktualnie podmioty wskazują w sposób rozdzielczy jedynie kwoty i zakres finansowania.
- 8) Należy uwzględnić kafeterię, czyli ograniczony zakres możliwych odpowiedzi w niektórych kolumnach, np. w kolumnie nr 8 „Teren, na którym realizowane było zadanie” sugerowane odpowiedzi to: cały kraj, województwo, kilka województw, powiat, kilka powiatów, gmina, kilka gmin, miasto, kilka miast, siedziba i brak danych (bd); oraz w kolumnie nr 9 „populacja objęta działaniem” – wiele podmiotów wskazywało na brak możliwości wyboru prawidłowego zakresu wiekowego osób z populacji docelowej, takie odpowiedzi pojawiały się zwłaszcza w zakresie danych z JST. Należy rozważyć dopracowanie tego elementu i wprowadzenie zakresu wieku jako cechy ciągłej.
- 9) W celu zmniejszenia liczby błędów w sprawozdaniach należy rozważyć obligatoryjne zastosowanie elektronicznego formularza sprawozdawczego i jak największą automatyzację procesu sprawozdawczości. Wprowadzenie takiego rozwiązania z jednej strony ułatwiłoby wypełnianie wymaganych kolumn, a z drugiej poprawiło poziom jakości danych, zwiększyłoby także efektywność procesu weryfikacji danych przez pracowników Jednostek Samorządów Terytorialnych i Urzędów Centralnych. Przykładowo – w formularzu elektronicznym znajdujące się ograniczenia systemowe uniemożliwiają błędne obliczenie sumarycznego zakresu finansowania PF i PWF czy całkowitego kosztu realizacji zadania. Wypełnienia formularza offline wciąż pozostawia taką możliwość. Podobnie jest w zakresie wskazywania czasu trwania zadania.

5.12. NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Narodowy Program Zdrowia 2016-2020 zwany dalej „NPZ” to działania w obszarze zdrowia publicznego realizowane w oparciu o Ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U.1916). Został on określony w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Tekst NPZ stanowi Załącznik do ww. Rozporządzenia.

Celem strategicznym NPZ jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

Cel ten powinien być osiąganym za pomocą celów operacyjnych, które obejmują następujące zadania:

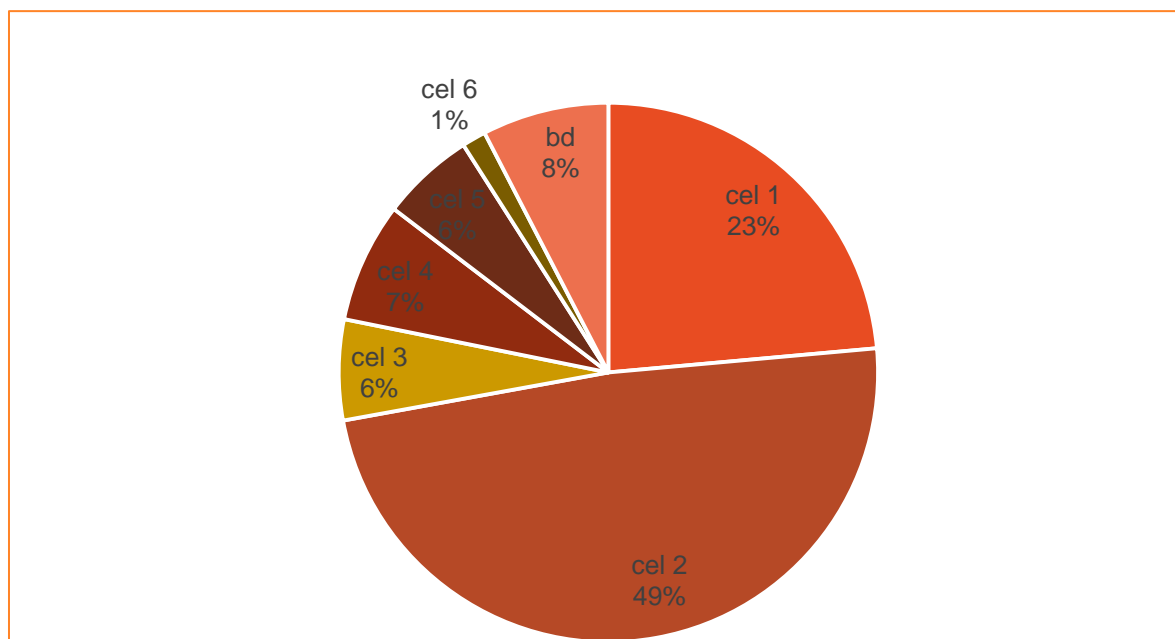
1. poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa,
2. profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi,
3. profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa,
4. ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki,
5. promocja zdrowego i aktywnego starzenia się,
6. poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Tak skonstruowane cele operacyjne mają za zadanie zmniejszyć narażenie społeczeństwa na największe zagrożenia dla zdrowia wynikające z sytuacji demograficznej, obecnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i jej uwarunkowań, starzenia się społeczeństwa oraz zdrowotnych i społecznych kosztów chorób.

W każdym celu operacyjnym realizuje się zadania dotyczące promocji zdrowia, w tym edukacji zdrowotnej i tworzenia warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia, zapobiegania chorobom i urazom oraz monitorowania stanu zdrowia, jego zagrożeń i szkód z nimi związanych.

5.13. CELE NPZ UWZGLĘDNIONE W ZADANIACH REALIZOWANYCH W LATACH 2016 - 2017

W roku 2017 zrealizowano 21320 zadań w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ. Najczęściej wybierany był cel 2, najrzadziej cel 6. W około 8 procentach nie zostały przedstawione odniesienia do celów operacyjnych NPZ.



Rycina 137. Przepisanie zadań z zakresu zdrowia publicznego do celów NPZ w roku 2017 (w %)

5.14. WSKAŹNIKI I SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI NPZ

Rozdział XII NPZ omawia wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ. Zgodnie z zawartym tam zapisem, podmiotem odpowiedzialnym za monitorowanie i ewaluację NPZ jest minister właściwy do spraw zdrowia, a ewaluacja powinna być prowadzona w trakcie całego czasu realizacji NPZ. W przypadku dostępności danych, zaproponowane wskaźniki powinny być gromadzone i prezentowane w rozbiciu na wiek i płeć.

5.14.1. WSKAŹNIKI EWALUACJI I OCENY REALIZACJI NPZ – OCZEKIWANE WARTOŚCI NAJISTOTNIEJSZYCH WSKAŹNIKÓW MONITOROWANIA NPZ

W NPZ ujęte zostały następujące wskaźniki monitorowania Programu:

Oczekiwane wartości najistotniejszych wskaźników monitorowania NPZ:

- 1) oczekiwana długość życia – w perspektywie 2020 r. co najmniej dorównanie dynamiki przyrostu do średniej europejskiej (dane GUS, Eurostat);
- 2) stopień realizacji optymistycznego wariantu prognozy demograficznej GUS;
- 3) oczekiwana długość życia w zdrowiu – w perspektywie 2020 r. co najmniej dorównanie dynamiki przyrostu do średniej europejskiej (dane GUS, Eurostat);
- 4) wskaźnik dobrej samooceny stanu zdrowia – kontynuacja trendu rosnącego (wg metodologii ujętej w publikacji GUS „Jakość życia w Polsce” wydawanej od 2014 r. oraz na podstawie wyników badania HBSC);
- 5) wskaźnik złej samooceny stanu zdrowia – kontynuacja trendu malejącego (wg metodologii ujętej w publikacji GUS „Jakość życia w Polsce” wydawanej od 2014 r.);
- 6) ludność poniżej granicy ubóstwa i nierówność dochodów (dane GUS i wyniki badań) – kontynuacja trendu malejącego; Dziennik Ustaw – 53 – Poz. 1492
- 7) wskaźnik umieralności ogółem według płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania (w tym miasta poniżej 5 tys., podział na miasto i wieś) – zmniejszenie różnicy pomiędzy wskaźnikiem umieralności w miejscowościach poniżej 5 tys. mieszkańców.

Bardzo ważne dla podsumowania konstrukcji i stopnia realizacji NPZ jest prawidłowe zebranie danych, które służą do budowania ww. wskaźników, uznanych za najistotniejsze. Jednak ze względu na stosunkowo krótki okres obserwacji realizowanych zadań (rok) zwykle nie ma możliwości ich oceny, ponieważ nie ma aktualizacji ich wartości. Taka ocena w większości przypadków nie jest możliwa nawet w okresie dwóch lat. Stąd proponuje się wyciąganie wniosków po całym okresie trwania NPZ.

5.14.2. WSKAŹNIKI MONITOROWANIA CELU STRATEGICZNEGO NIEPRZYPORZĄDKOWANE DO POJEDYNCZEGO CELU OPERACYJNEGO

W NPZ sklasyfikowano listę wskaźników uniwersalnych, które nie są przyporządkowane do konkretnego celu operacyjnego. Przedstawiono je, wraz ze źródłami informacji na ich temat poniżej - Tabela 136.

Tabela 136. Wskaźniki monitorowane celu strategicznego nieprzyporządkowane do pojedynczego celu operacyjnego – źródło NPZ

LP.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO
1	Ludność według płci i wieku	GUS
2	Ludność według wykształcenia	GUS
3	Ludność według grup zawodowych	GUS
4	Liczba bezrobotnych	GUS
5	Ludność poniżej granicy ubóstwa i dane dotyczące nierówności dochodów	EU-SILC i badania POLPAN
6	Prognozy demograficzne	GUS

7	Oczekiwana długość życia	GUS
8	Oczekiwana długość życia w zdrowiu: lata zdrowego życia (HLY)	Eurostat, NIZP–PZH
9	Samoocena stanu zdrowia	GUS
10	Ryzyko przedwczesnego zgonu z powodu NCD	NIZP–PZH
11	Ostry zawał serca (AMI) – umieralność	NIZP–PZH, GUS
12	Umieralność z powodu udaru mózgu	NIZP–PZH, GUS
13	Zapadalność i umieralność z powodu nowotworów złośliwych	COI
14	Zapadalność i umieralność z powodu astmy	NIZP–PZH, GUS
15	Zapadalność i umieralność z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc	NIZP–PZH, GUS

Wskaźniki nieprzyporządkowane do konkretnego celu, czyli mające zastosowanie wielopunktowe są zróżnicowane. Dane gromadzone przez GUS, takie jak np. Ludność wg płci, wieku czy Liczba bezrobotnych są zwykle łatwo monitorowane i możliwe do wykorzystania w cyklu dwuletnim, czasem nawet corocznym. Jednak inne, takie jak np. Ludność wg. wykształcenia, wg grup zawodowych czy samooceny stanu zdrowia nie są łatwo dostępne drogą administracyjną i pełniejsze, bardziej poprawne informacje uzyskiwane być mogą na drodze spisu powszechnego lub badań lokowanych w wybranych grupach lub obszarach.

Ponadto dla lepszej oceny realizacji celów wydaje się interesujące uzupełnienie danych o zachorowalności i umieralności o dane o śmiertelności z wybranych przyczyn. Współczynnik śmiertelności w sposób bezpośredni wskazuje na skuteczność zastosowanych metod leczniczych i prewencyjnych. Jednak należy wziąć pod uwagę, że współczynniki epidemiologiczne ukazują swoją wartość po dłuższym niż dwa lata okresie czasu.

5.14.3. WSKAŹNIKI MONITOROWANIA POSZCZEGÓLNYCH CELÓW OPERACYJNYCH

W NPZ znajdujemy także wskaźniki, które są przypisane do konkretnych celów operacyjnych. Poniżej przedstawiono listę wskaźników przypisanych do Celu Operacyjnego nr 1 - Tabela 137.

1) Cel operacyjny 1 - poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa

Tabela 137. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 1 – źródło NPZ

LP	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO
1	Współczynnik chorobowości i zapadalności na cukrzycę	NFZ
2	Wskaźnik masy ciała w populacji	COSI, HBSC, NATPOL, WOBASZ
3	Ciśnienie krwi	dostępne badania epidemiologiczne
4	Spożycie/ dostępność owoców	GUS, HBSC

5	Spożycie/ dostępność warzyw	GUS, HBSC
6	Odsetek kobiet karmiących piersią	CSIOZ
7	Odsetek osób podejmujących aktywność fizyczną w badanym okresie z podziałem na grupy wiekowe i płeć	MSiT, HBSC
8	Odsetek szkół mających dostęp do jakiegokolwiek boiska lub urządzenia sportowego	MEN

Wskaźniki monitorujące cel operacyjny 1 są dobrane prawidłowo. Jednak należy zwrócić uwagę na fakt, iż nie wszystkie z nich są dostępne do oceny w okresie dwuletnim, np. dane projektu HBSC.

2) Cel operacyjny 2 - profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi

Poniżej - Tabela 138, przedstawiono listę wskaźników pozwalających na monitorowanie Celu Operacyjnego nr 2.

Tabela 138. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 2 – źródło NPZ

LP.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO
1	Standaryzowany współczynnik umieralności problemowych użytkowników narkotyków	KBPN
2	Umieralność z powodu raka płuca	COI
3	Umieralność spowodowana nadużywaniem alkoholu	GUS
4	Odsetek osób palących regularnie (w tym dzieci i młodzież)	Badania GIS, HBSC
5	Całkowite spożycie alkoholu	GUS, PARPA
6	Liczba problemowych użytkowników narkotyków	KBPN
7	Zakażenia HIV i HCV wśród osób używających substancji psychoaktywnych w iniekcjach	KBPN, NIZP–PZH
8	Liczba osób uzależnionych behawioralnie	KBPN

Wskaźniki dobrane do oceny realizacji celu 2 są przejrzyste i łatwe do oceny w cyklu dwuletnim, czasem nawet rocznym. Prawdopodobnie może to przyczyniać się do największego zainteresowania realizatorów tym celem (prawie połowa działań). Wymienione wyżej cechy wskaźników pozwalają na stosunkowo precyzyjne i szybkie przedstawienie wyników podejmowanych aktywności.

3) Cel operacyjny 3 - profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa

Listę wskaźników monitorujących realizację Celu Operacyjnego nr 3 przedstawiono poniżej - Tabela 139.

Tabela 139. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 3 – źródło NPZ

LP.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO
1	Chorobowość z powodu depresji	EZOP II
2	Liczba prób samobójczych i samobójstw	KGP, GUS
3	Odsetek osób odczuwających niepokój psychiczny	EZOP II
4	Ocena samopoczucia psychicznego	EZOP II, HBSC
5	Ocena wsparcia społecznego u osób z zaburzeniami psychicznymi	EZOP II, HBSC

Wskaźniki dotyczące 3 celu operacyjnego są po części oparte o twarde dane, więc łatwe do zebrania i wykorzystania (1,2,5). Jednak dane miękkie (3,4) już są trudniejsze do uzyskania. W obu grupach wskaźników stosunkowo trudno o uzyskanie danych dających możliwość oceny w cyklu dwuletnim. Dyskusyjna wydaje się zasadność stosowania wskaźnika dotyczącego niepokoju psychicznego, natomiast wartościowym wskaźnikiem byłaby ocena liczby osób korzystających z otwartej opieki psychiatrycznej oraz opieki psychoterapeuty.

4) Cel operacyjny 4 - ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki

Wskaźniki monitorujące osiągnięcie Celu Operacyjnego nr 4 zaprezentowano poniżej – Tabela 140.

Tabela 140. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 4 – źródło NPZ

LP.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO
1	Zapadalność na wybrane choroby zakaźne (HCV, HBV, HIV, różyczka, odra, polio)	NIZP–PZH
2	Odsetek dzieci i młodzieży z próchnicą	MZ
3	Liczba osób wykonujących prace związane z zagrożeniami dla zdrowia	GUS, IMP
4	Liczba stref spośród wszystkich stref w kraju, w których występują obszary narażenia ludności na negatywne skutki zanieczyszczenia powietrza spowodowane przekroczeniami norm jakości powietrza (PM10 i B(a)P)	IOŚ

Wskaźniki dobrane do oceny realizacji celu 4 są stosunkowo łatwe do oceny, jednak znów niektóre z nich nie do osiągnięcia w cyklu dwuletnim z powodu braku aktualizacji danych.

5) Cel operacyjny 5 - promocja zdrowego i aktywnego starzenia się

Wskaźniki monitorujące osiągnięcie Celu Operacyjnego 5 zaprezentowano poniżej - Tabela 141.

Tabela 141. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 5 – źródło NPZ

LP.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO
-----	----------	--------

1	Chorobowość i zapadalność na choroby otępienne	NFZ, NIZP-PZH
2	Samooceńca przewlekłej chorobowości osób w wieku powyżej 60 lat	POL-SENIOR, SHARE
3	Odsetek osób w wieku powyżej 60 lat odczuwających ograniczenia funkcjonalne fizyczne i dotyczące narządów zmysłu	POL-SENIOR, SHARE
4	Odsetek osób odczuwających bóle mięśniowo-szkieletowe	POL-SENIOR, SHARE

Zdecydowana większość zastosowanych wskaźników opiera się na samoocenie zdrowia osób starszych. Wskazanie na niedobory zdrowia (zmęczenie fizyczne, niedobory zmysłów i dolegliwości) mogą jedynie dawać podstawę do oceny zmniejszania się tych zjawisk, a biorąc pod uwagę wydłużanie się przeżycia Polaków niedobory te wydają się być nieuniknione.

Ocena potrzeb promocji zdrowego i aktywnego starzenia się powinna być oparta o kształtowanie prozdrowotnych nawyków w wieku młodszym. Stąd warto zbudować wskaźnik omawiający świadomość młodzieży i dorosłych o roli aktywności fizycznej dla dobrostanu w wieku starszym.

Wskaźnik aktywnego starzenia się powinien również oceniać dostępność (organizacyjną, środowiskową i finansową) miejsc do rekreacji dla osób dojrzałych. To może dać pole do działań promujących zdrowe życie w starości.

Jak poprzednio są to wskaźniki trudne do porównania w rytmie dwuletnim.

6) Cel operacyjny 6 - poprawa zdrowia prokreacyjnego

Wskaźniki monitorujące osiągnięcie Celu Operacyjnego nr 6 zaprezentowano poniżej - Tabela 142.

Tabela 142. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 6 – źródło NPZ

LP.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO
1	Odsetek par z problemem niepłodności	Z badań epidemiologicznych
2	Liczba wizyt lekarskich i u położnej (w tym porad prekonceptyjnych) podczas ciąży	NFZ
3	Odsetek rodzących, które ukończyły szkołę rodzenia	Z badań epidemiologicznych
4	Współczynnik ciężkich zachorowań i zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem	NFZ, GUS
5	Odsetek dzieci z wadami rozpoznanymi prenatalnie	NFZ
6	Odsetek porodów mnogich	NFZ
7	Częstość wybranych nieprawidłowości rozwojowych u noworodków	NFZ
8	Odsetek porodów u kobiet niezamężnych lub nieletnich	Z dostępnych badań
9	Odsetek dzieci z niską masą urodzeniową	IMiD

10	Czas pierwszej wizyty przedporodowej wśród kobiet w ciąży	NFZ
11	Rozkład wieku matek	GUS
12	Współczynnik dzietności	GUS
13	Umieralność niemowląt wg wieku	GUS
14	Umieralność okołoporodowa	GUS
15	Odsetek porodów zakończonych cięciem cesarskim	NFZ
16	Odsetek kobiet rodzących przed 37 tyg. ciąży	NFZ

Cel Operacyjny nr 6, najmniej chętnie realizowany w latach 2016-2017, zaopatrzone jest niezwykle bogato we wskaźniki. Z niektórych z nich można by zrezygnować bez szkody dla oceny realizacji celu. Cel dotyczący poprawy zdrowia prokreacyjnego jest kontynuacją wcześniej podejmowanych celów dotyczących zmniejszenia współczynnika umieralności niemowląt czy innych aspektów związanych z prokreacją.

Zbędne, w tym przypadku, wydają się:

- **Odsetek rodzących, które ukończyły szkołę rodzenia** – polityka wobec szkół rodzenia jest niejednorodna i uzyskane wyniki zależne są często od miejscowej aktywności, nie przekłada się to nawet na właściwość danych z obszaru konkretnych województw. Zebrane dane mogą dawać zafałszowany obraz;
- **Współczynnik dzietności** – problemy z posiadaniem potomstwa można ocenić za pomocą innych wskaźników. Dzietność w wielu przypadkach zależy od sytuacji społecznej i decyzji partnerów, a nie od zdrowia prokreacyjnego;
- **Umieralność niemowląt wg wieku i Umieralność okołoporodowa** są dobrymi wskaźnikami ale głównie jakości opieki. Zdobyte przez te wskaźniki informacje istotne dla Celu 6 uzyskuje się z innych wskaźników zastosowanych w tym Celu.
- **Odsetek porodów u kobiet niezamężnych lub nieletnich** – wobec coraz powszechniejszego nieformalizowania stałych związków informacja o urodzeniu dziecka pozamałżeńskiego nie ma tej wartości diagnostycznej, co jeszcze dekadę temu.

Natomiast zasadnym wydaje się ocena liczby poronień oraz porodów niewczesnych i przedwczesnych.

Zastosowane dla Celu Operacyjnego nr 6 wskaźniki są zróżnicowane pod względem możliwości ich wykorzystania w cyklu dwuletnim. Zbierane przez GUS zwykle są łatwiej i szybciej dostępne, pozostałe wymagają dłuższego czasu na zebranie powtórnych, pozwalających na porównania danych.

Zastosowane do ewaluacji NPZ wskaźniki są w zdecydowanej większości przypadków poprawne. Drobne sugestie zmian zostały zaawizowane w treści opracowania.

Możliwość wykorzystania większości z nich w przedziale dwuletnim wydaje się ograniczona lub niedostępna ze względu na brak aktualizacji danych wynikający z rytmu prowadzenia badań lub gromadzenia danych. Należy wziąć również pod uwagę czas potrzebny na uzyskanie efektów wdrożeń zastosowanych w realizacji zadań. W obszarze promocji zdrowia i kształtowania zachowań zdrowotnych efekty widoczne są zwykle po upływie kilku a czasem kilkunastu lat.

Zatem rekomenduje się regularną ocenę zgodności podejmowanych działań z założeniami NPZ oraz poprawności sprawozdawania, szczególnie dla wykluczenia błędów uniemożliwiających prawidłowe agregowanie oraz porównywanie danych, natomiast ocena skuteczności działań w większości przypadków powinna następować na koniec okresu trwania NPZ. Ocena ta powinna również dotyczyć jednoimiennych działań podejmowanych w poprzednich Narodowych Programach Zdrowia dla obserwacji długofalowych efektów działań z zakresu zdrowia publicznego.

Rycina 1. Schemat analizy zadań zrealizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 zastosowany w raporcie (opracowanie własne).....	18
Rycina 2. Liczba działań podejmowanych przez podmioty centralne w roku 2017 w zależności od celu operacyjnego NPZ	21
Rycina 3. Czas trwania działań podejmowanych przez podmioty centralne w przedziałach	23
Rycina 4. Zasięg terytorialny działań podejmowanych przez podmioty centralne	24
Rycina 5. Liczba osób będąca odbiorcami działań z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne ze względu na rodzaj	26
Rycina 6. Liczba osób biorących udział w działaniach z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne w przedziałach	27
Rycina 7. Podmiot centralny realizujący zadanie z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj	28
Rycina 8. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne	29
Rycina 9. Liczba działań podjętych w ramach zadań realizowanych przez podmioty centralne.....	31
Rycina 10. Liczba podmiotów finansujących zadania z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj.....	33
Rycina 11. Kwota finansowania działań przez podmiot finansujący w przedziałach	34
Rycina 12. Zakres finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego przez PF - ujęcie przedziałowe (w%)	35
Rycina 13. Źródło finansowania PF	35
Rycina 14. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego	36
Rycina 15. Kwota współfinansowania PWF w przedziałach	37
Rycina 16. Zakres współfinansowania zadań przez PWF w przedziałach (w %)	38
Rycina 17. Źródło finansowania PWF (rodzaj).....	39
Rycina 18. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach (w zł)	40
Rycina 19. Całkowite koszty realizacji zadania w odniesieniu do celów operacyjnych NPZ	42
Rycina 20. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego (w zł).....	42
Rycina 21. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego bez uwzględnienia kosztów zerowych	43
Rycina 22. Liczba zadań sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017	43
Rycina 23. Zmiana odsetka zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne w latach 2016-2017 (dla powtarzających się podmiotów)	44
Rycina 24. Zmiana odsetka zadań zrealizowanych w latach 2016-2017 w zależności od celu operacyjnego NPZ	45
Rycina 25. Zmiana czasu trwania zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w%)	47
Rycina 26. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w %)	48
Rycina 27. Zmiana średniej liczby osób w grupie docelowej zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017	49

Rycina 28. Zmiana rodzaju populacji docelowej w działaniach podmiotów centralnych w latach 2016-2017 (w %)	50
Rycina 29. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w %)	51
Rycina 30. Zmiana rodzaju realizatora działań z zakresu zdrowia publicznego (rodzaj) w latach 2016-2017 (w %)	52
Rycina 31. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017 (w %)	53
Rycina 32. Zmiana częstości podejmowania działań w zakresie zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w%)	54
Rycina 33. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach realizowanych w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2017 (w %)	55
Rycina 34. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie w latach 2016-2017 (w%)	56
Rycina 35. Zmiana kwoty finansowania PF w latach 2016-2017 (w zł)	56
Rycina 36. Zmiana zakresu finansowania PF w latach 2016-2017 (w%)	57
Rycina 37. Zmiana źródła finansowania PF w latach 2016-2017 (w %)	58
Rycina 38. Zmiana rodzaju podmiotu współfinansującego w latach 2016-2017 (w%)	59
Rycina 39. Zmiana kwoty współfinansowania zadań z zakresu ZP przez PWF w latach 2016-2017	59
Rycina 40. Zmiana zakresu współfinansowania zadań z zakresu ZP przez PWF w latach 2016-2017	60
Rycina 41. Zmiana źródła finansowania PWF w latach 2016-2017 (w %)	61
Rycina 42. Zmiana wartości średniej i mediany całkowitego kosztu realizacji zadania w latach 2016-2017 (w zł)	61
Rycina 43. Zmiana całkowitego kosztu realizacji zadań w latach 2016-2017 (w zł)	62
Rycina 44. Liczba zadań podejmowanych przez podmioty centralne w roku 2017 w zależności od celu operacyjnego NPZ	66
Rycina 45. Liczba działań podejmowanych przez podmioty centralne a czas ich trwania (w przedziałach)	69
Rycina 46. Zasięg terytorialny działań podejmowanych przez podmioty centralne	70
Rycina 47. Liczba osób będąca odbiorcami działań z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne ze względu na rodzaj	71
Rycina 48. Liczba osób biorących udział w działaniach z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne w przedziałach	72
Rycina 49. Podmiot centralny realizujący zadanie z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj	73
Rycina 50. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne	73
Rycina 51. Liczba działań podjętych w ramach zadań realizowanych przez podmioty centralne	74
Rycina 52. Rodzaj podmiotu finansującego (PF) zadanie z zakresu ZP	75
Rycina 53. Kwota finansowania działań przez podmiot finansujący w przedziałach	77
Rycina 54. Zakres finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego przez PF - ujęcie przedziałowe (w%)	77
Rycina 55. Źródło finansowania PF ze względu na rodzaj	78
Rycina 56. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego	79
Rycina 57. Kwota współfinansowania zadania przez PWF w przedziałach	80

Rycina 58. Zakres współfinansowania zadań przez PWF w przedziałach	80
Rycina 59. Źródło finansowania PWF (rodzaj)	81
Rycina 60. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach	82
Rycina 61. Średnia wartość kosztu realizacji zadania w zależności od celu operacyjnego NPZ	84
Rycina 62. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego	85
Rycina 63. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego (bez uwzględniania kosztów zerowych)	85
Rycina 64. Zmiana liczby zadań sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017	86
Rycina 65. Zmiana w % zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne w latach 2016-2017 (dla powtarzających się podmiotów)	87
Rycina 66. Zmiana odsetka zadań zrealizowanych w latach 2016-2017 w podziale na cele operacyjne (w %) ...	88
Rycina 67. Zmiana czasu trwania zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w%)	90
Rycina 68. Zmiana zakresu terytorialnego zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w %)	91
Rycina 69. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017	91
Rycina 70. Zmiana rodzaju populacji docelowej w działaniach podmiotów centralnych w latach 2016-2017 (w %)	92
Rycina 71. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w %)	93
Rycina 72. Zmiana rodzaju realizatora sprawozdanych zadań w latach 2016-2017 (w %)	94
Rycina 73. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017 (w %)	95
Rycina 74. Zmiana częstości podejmowania działań w zakresie zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (w%)	96
Rycina 75. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach realizowanych w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2017	97
Rycina 76. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego PF w latach 2016-2017 (w %)	98
Rycina 77. Zmiana średniej i mediany kwoty finansowania PF w latach 2016-2017	98
Rycina 78. Zmiana zakresu finansowania PF w latach 2016-2017 (w %)	99
Rycina 79. Zmiana źródła finansowania PF w latach 2016-2017 (w %)	100
Rycina 80. Zmiana rodzaju PWF w latach 2016-2017 (w %)	101
Rycina 81. Zmiana średniej i mediany kwoty współfinansowania PWF	101
Rycina 82. Zmiana wartości średniej i mediany całkowitego kosztu realizacji zadania w latach 2016-2017 (w %)	102
Rycina 83. Zmiana sumarycznej wartości kosztów realizacji zadań w latach 2016-2017 (w zł)	102
Rycina 84. Liczba zadań sprawozdanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych (rok2017p) i danych zweryfikowanych (rok2017z)	105
Rycina 85. Zmiana odsetka zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne dla danych pierwotnych (rok 2017p) oraz dla danych zweryfikowanych (rok 2017z)	106

Rycina 86. Zmiana odsetka zadań zrealizowanych w zależności od celu operacyjnego NPZ – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych	107
Rycina 87. Zmiana czasu trwania zadań realizowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)	109
Rycina 88. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)	110
Rycina 89. Zmiana średniej liczby osób w grupie docelowej działań podejmowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)	110
Rycina 90. Zmiana rodzaju populacji docelowej w działaniach podmiotów centralnych – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)	112
Rycina 91. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)	113
Rycina 92. Zmiana rodzaju realizatora działań z zakresu zdrowia publicznego (rodzaj) – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)	114
Rycina 93. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %).....	115
Rycina 94. Zmiana częstości podejmowania działań w zakresie zadań realizowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w%)	116
Rycina 95. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach realizowanych w zadaniach z zakresu ZP – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)	116
Rycina 96. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w%)	117
Rycina 97. Zmiana kwoty finansowania PF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w zł)	118
Rycina 98. Zmiana zakresu finansowania PF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w%)	118
Rycina 99. Zmiana źródła finansowania PF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w%)	119
Rycina 100. Zmiana rodzaju podmiotu współfinansującego – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w%)	120
Rycina 101. Zmiana kwoty współfinansowania zadań z zakresu ZP przez PWF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w zł).....	121
Rycina 102. Zmiana zakresu współfinansowania zadań z zakresu ZP przez PWF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)	121
Rycina 103. Zmiana źródła finansowania PWF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)	122
Rycina 104. Zmiana wartości średniej i mediany całkowitego kosztu realizacji zadania - porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (w %)	122
Rycina 105. Zmiana wartości kosztów całkowitych realizacji zadań w roku 2017 przed i po weryfikacji (w zł) .	123
Rycina 106. Liczba zadań realizowanych w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w roku 2017 (w %)	127
Rycina 107. Czas trwania zadań zrealizowanych w roku 2017 w przedziałach czasowych	129

Rycina 108. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2017	130
Rycina 109. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2017 (w %)	132
Rycina 110. Realizatorzy działań prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego w roku 2017	134
Rycina 111. Tryb realizacji działań prowadzonych przez JST w roku 2017 (w %).....	135
Rycina 112. Liczba działań poszczególnych rodzajów realizowanych w ramach zadań podejmowanych przez JST w roku 2017– opracowanie zbiorcze	136
Rycina 113. Rodzaj podmiotu finansującego zadanie	137
Rycina 114. Źródło finansowania PF	138
Rycina 115. Rodzaj podmiotu współfinansującego zadanie PWF	139
Rycina 116. Źródło finansowania podmiotu współfinansującego PWF	140
Rycina 117. Zmiana liczby zadań zrealizowanych przez JST w latach 2016-2017	143
Rycina 118. Zmiana liczby zadań z zakresu ZP zrealizowanych przez JST w podziale na województwa w latach 2016-2017 (w %)	145
Rycina 119. Zmiana liczby zadań przypisanych do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2017 (w %)	146
Rycina 120. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu ZP podejmowanych przez JST w latach 2016-2017	148
Rycina 121. Zmiana rodzaju grupy docelowej działań podejmowanych przez JST w latach 2016-2017 (w %)...	150
Rycina 122. Zmiana rodzaju realizatora zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017 (w %).....	152
Rycina 123. Zmiana trybu realizacji zadań przez JST w latach 2016-2017 (w %)	153
Rycina 124. Zmiana liczby działań poszczególnego rodzaju podejmowanych w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2017	154
Rycina 125. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PW w latach 2016-2017	155
Rycina 126. Zmiana źródła finansowania podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2017	156
Rycina 127. Zmiana wartości całkowitych kosztów realizacji wszystkich zadań w latach 2016-2017 (w zł)	158
Rycina 128. Podmioty, które wzięły udział w badaniu dotyczącym problemów w realizacji zadań z zakresu ZP (ze względu na rodzaj)	162
Rycina 129. Podmioty, które wzięły udział w badaniu dotyczącym problemów w realizacji zadań z zakresu ZP (ze względu na lokalizację).....	163
Rycina 130. Stopień trudności realizacji zadań z zakresu ZP (liczba)	163
Rycina 131. Trudności pojawiające się najczęściej w realizacji zadań z zakresu ZP	164
Rycina 132. Najpoważniejsze trudności pojawiające się w realizacji zadań z zakresu ZP	164
Rycina 133. Stopień trudności sprawozdawczości z zadań z zakresu ZP	165
Rycina 134. Trudności pojawiające się najczęściej w sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu ZP	166
Rycina 135. Najpoważniejsze trudności pojawiające się w sprawozdawczości realizacji zadań z zakresu ZP	167
Rycina 136. Rozwiązania, które wzmocniłyby proces sprawozdawczości.....	167
Rycina 137. Przypisanie zadań z zakresu zdrowia publicznego do ceków NPZ w roku 2017 (w %)	171

Tabela 1. Kryteria oceny zadań sprawozdanych w roku 2017 przez podmioty centralne - opracowanie MZ	17
Tabela 2. Zadania z zakresu zdrowia publicznego raportowane przez poszczególne podmioty centralne (liczba i %)	19
Tabela 3. Liczba zadań realizowanych w odniesieniu do celu operacyjnego NPZ (liczba i %)	20
Tabela 4. Działania podejmowane przez podmioty centralne w relacji do numeru zadania NPZ - zestawienie numerów zadań, które zostały sprawozdane przynajmniej 50 razy (liczba i %)	21
Tabela 5. Zasięg terytorialny zadań realizowanych przez podmioty centralne (liczba i %)	24
Tabela 6. Rodzaj grupy docelowej w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne (liczba i %)	25
Tabela 7. Liczba osób w populacji docelowej w przedziałach (liczba i %)	26
Tabela 8. Rodzaj podmiotu centralnego realizującego działanie z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)	28
Tabela 9. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne (liczba i %)	29
Tabela 10. Podmiot finansujący zadania z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj	32
Tabela 11. Kwota finansowania przez podmiot finansujący (PF) w przedziałach (liczba i %)	33
Tabela 12. Zakres finansowania zadań przez PF w przedziałach (liczba i %)	34
Tabela 13. Źródło finansowania PF (liczba i %)	35
Tabela 14. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)	36
Tabela 15. Kwota współfinansowania PWF w przedziałach	37
Tabela 16. Zakres współfinansowania zadania przez PWF w przedziałach (w %)	38
Tabela 17. Źródło finansowania PWF (rodzaj)	38
Tabela 18. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach	39
Tabela 19. Wyniki zbiorcze dla oceny danych ilościowych	40
Tabela 20. Całkowity koszt realizacji zadania w zależności od celu operacyjnego NPZ	41
Tabela 21. Zadania raportowane przez poszczególne podmioty centralne w latach 2016-2017 (tylko w zakresie podmiotów powtarzających się w obu latach poddanych analizie) (liczba i %)	44
Tabela 22. Zmiana liczby i odsetka zadań w zależności od celu operacyjnego NPZ realizowanych w latach 2016-2017	45
Tabela 23. Zmiana najczęściej wskazywanych numerów zadań NPZ w latach 2016-2017 (pierwsze 10 miejsc) na kolor zielony oznaczono numery zadań, które powtarzają się w obu latach	46
Tabela 24. Zmiana czasu trwania działania w latach 2016-2017 w przedziałach (liczba i %)	47
Tabela 25. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych w latach 2016-2017 (liczba i %)	48
Tabela 26. Zmiana rodzaju populacji docelowej działań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)	49
Tabela 27. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017	50

Tabela 28. Zmiana realizatora działań sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)	51
Tabela 29. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2016-2017	52
Tabela 30. Zmiana częstości podejmowania działań w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)	53
Tabela 31. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w poszczególnych rodzajach działań podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)	54
Tabela 32. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie w latach 2016-2017 (liczba i %)	55
Tabela 33. Źródło finansowania PF (rodzaj) w latach 2016-2017 (liczba i %)	57
Tabela 34. Rodzaj podmiotu współfinansującego w latach 2016-2017 (liczba i %)	58
Tabela 35. Zmiana źródła finansowania PWF w latach 2016-2017 (liczba i %)	60
Tabela 36. Zbiorcza analiza ilościowa zmian wybranych parametrów zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017	62
Tabela 37. Zmiana wartości kosztów realizacji zadania w zależności od numeru celu operacyjnego w latach 2016-2017	63
Tabela 38. Zmiana kosztu realizacji zadań w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2017	64
Tabela 39. Występowanie odpowiedzi "bd" w zadaniach sprawozdawanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017	64
Tabela 40. Zadania z zakresu zdrowia publicznego raportowane przez poszczególne podmioty centralne (liczba i %)	65
Tabela 41. Liczba zadań realizowanych w odniesieniu do celu operacyjnego NPZ (liczba i %)	66
Tabela 42. Działania podejmowane przez podmioty centralne w relacji do numeru zadania NPZ - zestawienie zawiera zadania NPZ, które zostały sprawozdane przynajmniej 50 razy (liczba i %)	67
Tabela 43. Czas trwania działań podejmowanych przez podmioty centralne w przedziałach (liczba i %)	68
Tabela 44. Zasięg terytorialny działań z zakresu ZP (liczba i %)	69
Tabela 45. Rodzaj grupy docelowej w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne	70
Tabela 46. Liczebność populacji docelowej w przedziałach (liczba i %)	71
Tabela 47. Rodzaj podmiotu centralnego realizującego działanie z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)	72
Tabela 48. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne (liczba i %)	73
Tabela 49. Rodzaj działań podejmowanych w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne (liczba i %)	74
Tabela 50. Podmiot finansujący zadania z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj (liczba i %)	75
Tabela 51. Kwota finansowania przez podmiot finansujący (PF) w przedziałach (liczba i %)	76
Tabela 52. Zakres finansowania zadań przez PF w przedziałach (liczba i %)	77
Tabela 53. Źródło finansowania PF (liczba i %)	78
Tabela 54. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)	78
Tabela 55. Kwota współfinansowania zadania przez PWF w przedziałach (liczba i %)	79
Tabela 56. Zakres współfinansowania zadań przez PWF w przedziałach (liczba i %)	80
Tabela 57. Źródło finansowania PWF (rodzaj) – liczba i %	81
Tabela 58. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach (liczba i %)	82

Tabela 59. Zbiorcza analiza ilościowa danych	83
Tabela 60. Całkowity koszt realizacji zadania w zależności od celu operacyjnego NPZ (liczba i %)	83
Tabela 61. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego	84
Tabela 62. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego (bez uwzględniania kosztów zerowych).....	85
Tabela 63. Zmiana w zakresie zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne w latach 2016-2017 (tylko w zakresie podmiotów powtarzających występujących najczęściej w obu analizowanych latach) (liczba i %)	86
Tabela 64. Zmiana liczby i odsetka zadań w poszczególnych celach operacyjnych NPZ w latach 2016-2017	87
Tabela 65. Zmiana w zakresie najczęściej wskazywanych numerów zadań NPZ w latach 2016-2017 (pierwsze 10 miejsc) na kolor zielony oznaczono numery zadań, które powtarzają się w obu latach (liczba i %).....	88
Tabela 66. Zmiana czasu trwania zadania w latach 2016-2017 (w przedziałach) – liczba i %.....	89
Tabela 67. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych w latach 2016-2017 (liczba i %)	90
Tabela 68. Zmiana rodzaju populacji docelowej działań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %)	92
Tabela 69. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017 (liczba i %).....	93
Tabela 70. Zmiana rodzaju realizatora zadań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2016-2017 (liczba i %) ...	94
Tabela 71. Zmiana trybu realizacji zadań w latach 2016-2017	95
Tabela 72. Zmiana częstości podejmowania działań w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2017.....	96
Tabela 73. Zmiana liczebności osób biorących udział w działaniach realizowanych w ramach zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017 (liczba i %).....	97
Tabela 74. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2017 (liczba i %).....	97
Tabela 75. Zmiana źródła finansowania PF w latach 2016-2017 (liczba i %)	99
Tabela 76. Zmiana rodzaju podmiotu współfinansującego PWF w latach 2016-2017 (liczba i %).....	100
Tabela 77. Zbiorcza analiza ilościowa zmian wybranych parametrów zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017	103
Tabela 78. Zmiana wartości kosztów realizacji zadania w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2017	103
Tabela 79. Zmiana kosztu realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2017 (koszty w 2017 roku bez uwzględniania 0).....	104
Tabela 80. Zmiana częstości występowania odpowiedzi "bd" w zadaniach sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017	104
Tabela 81. Zmiana w zakresie liczby zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych (rok2017p) i danych zweryfikowanych (rok2017z)	106
Tabela 82. Zmiana liczby i odsetka zadań w zależności od celu operacyjnego NPZ – porównanie danych pierwotnych (rok2017p) i danych zweryfikowanych (rok2017z)	107
Tabela 83. Zmiana najczęściej wskazywanych numerów zadań NPZ w danych pierwotnych (rok 2017p) oraz w danych zweryfikowanych (rok 2017z) (pierwsze 10 miejsc) na kolor zielony oznaczono numery zadań, które powtarzają się w obu zestawach danych	108
Tabela 84. Zmiana czasu trwania działania w przedziałach dla danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)	108

Tabela 85. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych w roku 2017 – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)	109
Tabela 86. Zmiana rodzaju populacji docelowej działań realizowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %).	111
Tabela 87. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)	112
Tabela 88. Zmiana realizatora działań sprawozdanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)	113
Tabela 89. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)	114
Tabela 90. Zmiana częstości podejmowania działań w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)	115
Tabela 91. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w poszczególnych rodzajach działań podejmowanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)	116
Tabela 92. Zmiana rodzaj podmiotu finansującego zadanie – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %).	117
Tabela 93. Zmiana źródła finansowania PF (rodzaj) – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %).	119
Tabela 94. Zmiana rodzaju podmiotu współfinansującego PWF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %).	120
Tabela 95. Zmiana źródła finansowania PWF – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (liczba i %)	122
Tabela 96. Zbiorcza analiza ilościowa zmian wybranych parametrów zadań z zakresu ZP - porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych	123
Tabela 97. Zmiana wartości kosztów realizacji zadania w zależności od numeru celu operacyjnego - porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (z uwzględnieniem kosztów 0 zł)	124
Tabela 98. Zmiana kosztu realizacji zadań w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ - porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych (bez kosztów zerowych)	124
Tabela 99. Występowanie odpowiedzi "bd" w zadaniach sprawozdawanych przez podmioty centralne – porównanie danych pierwotnych i danych zweryfikowanych	125
Tabela 100. Zadania z zakresu zdrowia publicznego zrealizowane przez JST w podziale na województwa w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu) oraz liczba mieszkańców na podstawie danych z GUS za ten sam rok.....	126
Tabela 101. Zadania zrealizowane w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)	126
Tabela 102. Zadania zrealizowane w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w poszczególnych województwach w roku 2017	127
Tabela 103. Zadania NPZ najczęściej realizowane przez JST w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)	128
Tabela 104 - Czas trwania zadań z zakresu ZP zrealizowanych w 2017 roku liczba i procent ogółu.....	128
Tabela 105. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)	129
Tabela 106. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2017 w poszczególnych województwach	130

Tabela 107. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)	131
Tabela 108. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2017 w poszczególnych województwach	132
Tabela 109. Realizatorzy działań prowadzonych przez JST w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu)	133
Tabela 110. Tryb realizacji działań prowadzonych przez JST w roku 2017 (liczba i odsetek ogółu).....	134
Tabela 111. Rodzaj podmiotu finansującego zadanie (liczba i odsetek całości)	136
Tabela 112. Źródło finansowania PF (liczba i %)	138
Tabela 113. Rodzaj podmiotu współfinansującego zadanie PWF (liczba i %)	138
Tabela 114. Źródło finansowania podmiotu współfinansującego PWF	139
Tabela 115. Średni całkowity koszt realizacji zadania w poszczególnych województwach w relacji do numeru celu operacyjnego NPZ.....	140
Tabela 116. Sumaryczny koszt realizacji zadań w roku 2017 w relacji do celów operacyjnych NPZ	141
Tabela 117. Sumaryczny koszt realizacji zadań w roku 2017 w relacji do celów operacyjnych NPZ w przeliczeniu na 1 mieszkańca	142
Tabela 118. Podsumowanie danych ilościowych za rok 2017 – jednostki samorządu terytorialnego.....	142
Tabela 119. Zmiana liczby zadań z zakresu ZP zrealizowanych przez JST w podziale na województwa w latach 2016-2017 (liczba i %)	144
Tabela 120. Zmiana liczby zadań przypisanych do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2017 (liczba i %)	145
Tabela 121. Zmiana liczby zadań zrealizowanych przez JST w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w poszczególnych województwach w latach 2016-2017	146
Tabela 122. Zmiana numeru zadania NPZ przypisanego zadaniom JST w latach 2016-2017	147
Tabela 123. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2016-2017 (liczba i %)	148
Tabela 124. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu zdrowia publicznego w poszczególnych województwach w latach 2016-2017.....	149
Tabela 125. Zmiana rodzaju grupy docelowej zadań realizowanych przez JST w latach 2016-2017	150
Tabela 126. Zmiana rodzaju grupy docelowej działań z zakresu zdrowia publicznego w poszczególnych województwach w latach 2016-2017.....	151
Tabela 127. Zmiana rodzaju realizatora działań prowadzonych przez JST w latach 2016-2017 (liczba i %)	152
Tabela 128. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP podejmowanych przez JST w latach 2016-2017 (liczba i %)	153
Tabela 129. Zmiana liczby działań poszczególnych rodzajów podejmowanych w ramach zadań z zakresu ZP w latach 2016-2017	154
Tabela 130. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PW w latach 2016-2017 (liczba i %)	155
Tabela 131. Zmiana źródła finansowania podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2017 (liczba i %) 156	
Tabela 132. Zmiana kosztu średniego zadania w poszczególnych województwach w relacji do nr celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2017.....	157
Tabela 133. Zmiana całkowitych kosztów realizacji zadania w latach 2016-2017	158

Tabela 134. Zmiana jakości sprawozdawczości JST w latach 2016-2017	159
Tabela 135. Najczęściej pojawiające się problemy w zakresie zadań wraz z przykładowym ryzykiem związanym z danym problemem.....	160
Tabela 136. Wskaźniki monitorowania celu strategicznego nieprzyporządkowane do pojedynczego celu operacyjnego – źródło NPZ	172
Tabela 137. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 1 – źródło NPZ.....	173
Tabela 138. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 2– źródło NPZ	174
Tabela 139. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 3– źródło NPZ	175
Tabela 140. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 4 – źródło NPZ.....	175
Tabela 141. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 5 – źródło NPZ.....	175
Tabela 142. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 6 – źródło NPZ.....	176

CEL OPERACYJNY NR 1 : POPRAWA SPOSOBU ŻYWIENIA, STANU ODŻYWIENIA ORAZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ SPOŁECZEŃSTWA	
1	Działania promujące właściwe nawyki żywieniowe i aktywność fizyczną
1.1	Prowadzenie prozdrowotnej polityki publicznej ukierunkowanej na:
1.1.1	Zwiększanie dostępności produktów spożywczych zalecanych do spożycia i zmniejszanie dostępności produktów niezalecanych do nadmiernego spożycia;
1.1.2	Ograniczanie presji marketingowej produktów niezalecanych do nadmiernego spożycia, kierowanej w szczególności do dzieci i młodzieży;
1.1.3	Upowszechnianie w szkołach i placówkach systemu oświaty wiedzy dotyczącej zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej;
1.1.4	Tworzenie warunków umożliwiających kształtowanie i utrzymanie prawidłowych wzorców odżywiania i aktywności fizycznej w środowiskach nauki, pracy, służby i wypoczynku;
1.1.5	Określanie warunków zabudowy miast, budowy dróg i mostów w sposób sprzyjający ruchowi pieszemu, rowerowemu i aktywności fizycznej, uwzględniając potrzeby osób niepełnosprawnych.
1.2	Działania informacyjne i edukacyjne, w tym:
1.2.1	Podjęcie inicjatyw upowszechniających prawidłowe żywienie;
1.2.2	Utworzenie i prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej i zdrowego stylu życia, którego zadaniem będzie:
1.2.2.a	Upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, w tym przez stworzenie

	interaktywnej platformy internetowej, za pomocą której będą udzielane na bieżąco porady dotyczące zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej,
1.2.2.b	Prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej, w tym w mediach, działalności szkoleniowej bezpłatnej dla uczestników, a także działalności wydawniczej w zakresie powszechnej edukacji zdrowotnej;
1.2.3	Wzbogacanie programów kształcenia przed- i podyplomowego kadr medycznych w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej dotyczącej chorób zależnych od stylu życia;
1.2.4	Promocja karmienia piersią, w tym:
1.2.4.a	Sprzyjanie powstawaniu lokalnych grup wspierających karmienie piersią oraz informowanie kobiet opuszczających oddziały położnicze o ich działalności,
1.2.4.b	Upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy o zaletach karmienia piersią,
1.2.4.c	Promowanie inicjatyw dotyczących prawidłowego żywienia noworodka,
1.2.4.d	Prowadzenie kampanii upowszechniającej aktualną wiedzę w zakresie karmienia piersią,
1.2.4.e	Zapewnienie dostępności do profesjonalnej pomocy w zakresie rozwiązywania problemów laktacyjnych,
1.2.4.f	Dążenie do podnoszenia kompetencji personelu medycznego sprawującego opiekę nad matką i dzieckiem w zakresie wiedzy o laktacji,
1.2.4.g	Upowszechnienie wśród kadry medycznej zasad Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiące,
1.2.4.h	Gromadzenie i analiza danych dotyczących karmienia piersią;

1.2.5	Prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych dotyczących suplementów diety;
1.2.6	Promowanie inicjatyw dotyczących prawidłowego żywienia i podejmowania aktywności fizycznej wśród służb mundurowych.
1.3	Promowanie kultury fizycznej przez:
1.3.1	Działania promujące zdrowy styl życia;
1.3.2	Zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej;
1.3.3	Promowanie i poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego i rowerowego;
1.3.4	Realizowanie zadań z zakresu zwiększenia dostępności zajęć sportowych dla uczniów ze szczególnym uwzględnieniem gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej;
1.3.5	Promowanie zwiększania liczby godzin pozalekcyjnych zajęć sportowych;
1.3.6	Zwiększenie atrakcyjności zajęć wychowania fizycznego w szkole przez zróżnicowanie ich form.
1.4	Rozwój kompetencji osób uczestniczących w zadaniach na rzecz ograniczania występowania nadwagi i otyłości przez:
1.4.1	Edukację pracowników ochrony zdrowia w zakresie zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej;
1.4.2.	Doskonalenie zawodowe nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli prowadzących zajęcia z zakresu edukacji zdrowotnej;
1.4.3	Działania edukacyjne dla przedstawicieli administracji rządowej i przemysłu spożywczego - upowszechnianie wiedzy na temat korzyści zdrowotnych i gospodarczych związanych ze zmniejszeniem zawartości soli, cukru i stosowaniem poszczególnych rodzajów tłuszczów w produktach spożywczych;
1.4.4	Działania edukacyjne dla pracodawców, kadry zakładów pracy, organizacji pracowniczych, specjalistów służby medycyny pracy w

	zakresie przygotowania i animacji programów promocji aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania w zakładach pracy.
2	Prowadzenie działań na rzecz zachowania właściwej masy ciała, w tym:
2.1	Zapewnianie od 2017 r. dostępności do porad żywieniowo-dietetycznych dla kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku 0-5 lat finansowanych ze środków publicznych oraz wzmocnienie roli położnych, pielęgniarek i higienistek szkolnych w działaniach profilaktycznych;
2.2	Zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych wynikających z nieprawidłowego sposobu odżywiania oraz na zapobieganie powikłaniom zdrowotnym związanym z otyłością;
2.3	Wsparcie rodzin z problemem otyłości: tworzenie zespołów terapeutycznych dla rodzin z dwiema lub więcej osobami z otyłością, zapewniających profesjonalną pomoc dietetyczną, psychologiczną i medyczną;
2.4	Prowadzenie programów redukcji nadwagi i otyłości wśród służb mundurowych;
2.5	Zadania związane z przeciwdziałaniem nadwadze i otyłości;
2.6	Tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością;
2.7	Upowszechnianie wytycznych leczenia osób z otyłością.
3	Badania, analizy i współpraca międzynarodowa.
3.1	Prowadzenie działalności naukowo-badawczej oraz współpracy międzynarodowej, w tym:
3.1.1	Przeprowadzenie kompleksowych badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa polskiego ze szczególnym uwzględnieniem grup: małe dzieci, dzieci i młodzież w wieku szkolnym, kobiety ciężarne, osoby w podeszłym

	wieku, osoby przebywające w jednostkach całodobowego pobytu, wraz z identyfikacją czynników ryzyka zaburzeń odżywiania, oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu;
3.1.2	Zlecenie kompleksowego badania sposobu żywienia i stanu odżywienia żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy z identyfikacją czynników ryzyka rozwoju otyłości, z oceną aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu w 2017 r. oraz 2020 r.;
3.1.3	Badanie preferencji konsumentów dotyczących wyboru produktów spożywczych (w tym suplementów diety) w zakresie realizacji zaleceń zdrowego żywienia w 2017 r. oraz 2020 r.;
3.1.4	Gromadzenie i analiza danych dotyczących aktywności fizycznej polskiego społeczeństwa, w tym w zakresie odsetka osób spełniających wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące wymiaru prozdrowotnej aktywności fizycznej;
3.1.5	Prowadzenie w 2017 r. oraz w 2018 r. badań nad opracowaniem i wprowadzeniem systemu przyjaznego etykietowania żywności prostym przekazem dotyczącym zawartości poszczególnych składników odżywczych w żywności z wykorzystaniem wiedzy o wypracowanych dotychczas rozwiązaniach;
3.1.6	Przeprowadzenie aktualizacji norm żywienia dla populacji, w tym norm żywienia zbiorowego służb mundurowych, w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną oraz badania naukowe krajowe i zagraniczne, w tym opracowanie i opublikowanie w formie cyfrowej i drukowanej oraz dystrybucję w 2017 r. oraz w 2020 r.;
3.1.7	Badanie zawartości izomerów trans nienasyconych kwasów tłuszczowych w żywności w 2017 r. i prowadzenie bazy danych dotyczących izomerów trans w środkach spożywczych w latach 2017-2020;
3.1.8	Przeprowadzenie aktualizacji danych dotyczących składu i wartości odżywczej środków spożywczych dostępnych na rynku i wzorców spożycia, m.in. celem zachęcania producentów żywności do zmiany składu produktów spożywczych (w tym analiza składu wybranych produktów spożywczych oraz analiza składu wybranych produktów spożywczych na podstawie informacji o wartości odżywczej podawanej na etykietach produktów) w latach 2017 i 2020;

3.1.9	Analiza adekwatności i efektywności udzielanych profilaktycznych i edukacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej;
3.1.10	Prowadzenie prac nad utworzeniem wytycznych dotyczących leczenia osób z otyłością;
3.1.11	Prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej przeciwdziałaniu nadwadze i otyłości, w tym w szczególności ze Światową Organizacją Zdrowia;
3.1.12	Realizacja badania COSI w latach 2016-2017.
3.2	Działania pilotażowe i wsparcie podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości, w tym:
3.2.1	Projektowanie i testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej, promocji zdrowia lub profilaktyce chorób, innych niż określone w NPZ, przez programy pilotażowe, w oparciu o zidentyfikowane czynniki ryzyka otyłości i niedożywienia oraz danych o nierównościach społecznych w zdrowiu;
3.2.2	Zapewnianie od 2017 r. dofinansowania programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała realizowanych przez JST ze środków NFZ, w wysokości 80% dla miejscowości poniżej 5 tys. mieszkańców oraz 40% dla pozostałych jednostek, zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
CEL OPERACYJNY NR 2: PROFILAKTYKA I ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH, UZALEŻNIENIAMI BEHAVIORALNYMI I INNYMI ZACHOWANIAM I RYZYKOWNYMI	
2	Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii

2.1	Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP.
2.1.1	Działania informacyjne i edukacyjne:
2.1.1.1	Edukacja zdrowotna:
2.1.1.1.a	Kształtowanie świadomości zdrowotnej i motywacji do dbania o zdrowie u dzieci i młodzieży szkolnej ze szczególnym uwzględnieniem problematyki używania substancji psychoaktywnych i ich negatywnych następstw,
2.1.1.1.b	Prowadzenie działań edukacyjnych, w tym kampanii społecznych, adresowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci, młodzieży i rodziców na temat zagrożeń wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, a także z pozamedycznego stosowania produktów leczniczych, których używanie może prowadzić do uzależnienia;
2.1.1.2	Upowszechnianie informacji na temat dostępu do działań profilaktycznych, interwencyjnych, pomocowych i placówek leczenia dla osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin przez bieżącą aktualizację baz danych i ich udostępnianie;
2.1.1.3	Prowadzenie portalu edukacyjnego - internetowej bazy informacji o NSP, środkach zastępczych oraz wydanych decyzjach administracyjnych;
2.1.1.4	Opracowywanie i upowszechnianie programów, w tym edukacyjnych, z uwzględnieniem problematyki przeciwdziałania używaniu środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w miejscu pracy.
2.1.2	Ukierunkowanie sposobu prowadzenia polityki na rzecz ograniczania popytu i podaży środków odurzających, substancji psychotropowych, NSP i środków zastępczych, w tym:
2.1.2.1	Ograniczenie krajowej produkcji narkotyków syntetycznych oraz konopi innych niż włókniste przez:

2.1.2.1.a	Likwidowanie miejsc nielegalnej produkcji narkotyków syntetycznych oraz upraw konopi innych niż włókniste,
2.1.2.1.b	Profilowanie amfetaminy i BMK (substratu amfetaminy),
2.1.2.1.c	Monitorowanie upraw konopi innych niż włókniste;
2.1.2.2	Stały nadzór nad obrotem środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi oraz prekursorami kategorii I w aptekach, punktach aptecznych, działach farmacji szpitalnej, podmiotach leczniczych niemających aptek, działów farmacji szpitalnej i indywidualnych praktykach lekarskich;
2.1.2.3	Ograniczenie obrotu i dostępności środków odurzających, substancji psychotropowych, NSP i środków zastępczych przez:
2.1.2.3.a	Prowadzenie rozpoznania i likwidację grup przestępczych zajmujących się wprowadzaniem do obrotu środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych,
2.1.2.3.b	Rozwój współpracy międzyinstytucjonalnej w ramach zespołów roboczych powołanych przy Radzie do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,
2.1.2.3.c	Prowadzenie monitoringu rynku substancji psychoaktywnych, prowadzenie działań rozpoznawczych i czynności kontrolnych w celu identyfikacji podmiotów, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że wytwarzają lub wprowadzają do obrotu NSP;
2.1.2.4	Prowadzenie działań administracyjno-prawnych realizowanych w trybie obowiązujących przepisów mające na celu znaczne zmniejszenie dostępności NSP;
2.1.2.5	Prowadzenie działań zmierzających do ograniczenia przywozu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej substancji psychoaktywnych/intensyfikacja działań prowadzonych na granicy kraju;
2.1.2.6	Specjalistyczne szkolenia z zakresu ograniczania obrotu i dostępności środków odurzających, substancji psychotropowych, NSP i środków zastępczych;

2.1.2.7	Rozpoznanie nowych metod i dróg przemytu środków odurzających, substancji psychotropowych, NSP i środków zastępczych;
2.1.2.8	Monitorowanie przestępczości narkotykowej z wykorzystaniem Internetu;
2.1.2.9	Wsparcie realizacji NPZ w obszarze ograniczania popytu i podaży przez programy resortowe, plany działania lub wytyczne przez: opracowanie i realizację resortowych programów, planów działania lub wytycznych ograniczania podaży i popytu.
2.2	Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, w tym:
2.2.1	Prowadzenie doskonalenia kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą dotyczącego wczesnego rozpoznawania zagrożenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, NSP oraz umiejętności i podejmowania interwencji profilaktycznej;
2.2.2	Szkolenie grup zawodowych, w szczególności takich jak: lekarze psychiatry, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści terapii uzależnień i psycholodzy w zakresie tematyki uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz skutecznych interwencji i programów profilaktycznych i leczniczych;
2.2.3	Rozwijanie i wspieranie systemu szkolenia w dziedzinie uzależnienia od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP realizowanego zgodnie z art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
2.2.4	Prowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących strategii rozwiązywania problemów wynikających z używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, kierowanych w szczególności do przedstawicieli organizacji pozarządowych i JST;
2.2.5	Prowadzenie działań edukacyjnych adresowanych do kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, w tym opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących profilaktyki i leczenia osób uzależnionych oraz zagrożeń związanych z zakażeniami HIV, HCV i HBV oraz chorób przenoszonych drogą płciową wśród osób stosujących substancje psychoaktywne.

2.3	Profilaktyka
2.3	Profilaktyka uniwersalna, w tym:
2.3.1.1	Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, osób dorosłych, w tym programów profilaktyki, które biorą pod uwagę wspólne czynniki chroniące i czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego;
2.3.1.2	Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności rozwijających kompetencje wychowawcze i profilaktyczne rodziców i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży.
2.3.2	Profilaktyka selektywna, w tym:
2.3.2.1	Poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności realizowanych m.in. przez organizacje pozarządowe i lokalnie działające podmioty publiczne w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby);
2.3.2.2	Poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów wczesnej interwencji i profilaktyki selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, adresowanych do środowisk zagrożonych, w szczególności dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją, wykluczeniem społecznym oraz osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny.
2.3.3	Profilaktyka wskazująca, w tym:

2.3.3.1	Prowadzenie poradnictwa w ramach ogólnopolskiego telefonu zaufania;
2.3.3.2	Prowadzenie poradni internetowej adresowanej w szczególności do młodzieży;
2.3.3.3	Poszerzanie i udoskonalanie oferty i wspieranie realizacji programów profilaktyki wskazującej o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności adresowanych do jednostek lub grup wysoce narażonych na czynniki ryzyka, w szczególności do osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP w sposób szkodliwy, w tym w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.
2.3.4	Ewaluacja zadań oraz aktualizacja i upowszechnianie standardów profilaktyki, w tym:
2.3.4.1	Upowszechnianie standardów jakości w zakresie profilaktyki narkomanii;
2.3.4.2	Okresowa ewaluacja programów profilaktyki narkomanii.
2.4	Redukcja szkód, rehabilitacja i reintegracja społeczna.
2.4.1	Zwiększanie dostępności do opieki zdrowotnej i programów podnoszących jakość życia osób używających szkodliwie i uzależnionych:
2.4.1.1	Wspieranie realizacji programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, obejmujące m.in. działalność edukacyjną, wsparcie społeczne i socjalne, programy wymiany igieł i strzykawek (zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą krwi - HIV, HBV, HCV itd.) oraz testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych (HIV, HBV i HCV);
2.4.1.2	Rozwijanie i wspieranie sieci hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu;
2.4.1.3	Objęcie leczeniem substytucyjnym co najmniej 30% osób uzależnionych od opioidów w każdym województwie;

2.4.1.4	Rozwijanie dostępu do leczenia ambulatoryjnego dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP;
2.4.1.5	Rozwijanie programów terapeutycznych skierowanych do problemowych użytkowników przetworów konopi i osób uzależnionych od nich;
2.4.1.6	Wspieranie programów reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP;
2.4.1.7	Zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia.
2.4.2	Ewaluacja i standardy programów redukcji szkód, rehabilitacji i reintegracji społecznej, w tym:
2.4.2.1	Opracowywanie i upowszechnianie standardów dotyczących postępowania w przypadku udzielania pomocy osobom używającym NSP;
2.4.2.2	Okresowa ewaluacja działań i programów adresowanych do osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i/lub nowych substancji psychoaktywnych w celu podnoszenia ich jakości;
2.4.2.3	Upowszechnianie informacji na temat praw pacjenta w jednostkach leczenia uzależnień;
2.4.2.4	Opracowanie w latach 2016-2018 standardów akredytacyjnych (w rozumieniu przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia) w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania ambulatoryjnych jednostek leczenia uzależnień;
2.4.2.5	Prowadzenie w latach 2018-2020 procedury akredytacyjnej ambulatoryjnych i stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i/lub NSP.
2.5	Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych, w tym:

2.5.1	Zbieranie i analiza danych statystycznych dotyczących epidemiologii w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz danych z zakresu reakcji instytucjonalnych w obszarze ograniczania popytu i podaży narkotykowej;
2.5.2	Realizacja badań ilościowych w populacji generalnej i wśród młodzieży szkolnej (m.in.: ESPAD, "Młodzież"), prowadzonych co najmniej co cztery lata według metodologii EMCDDA;
2.5.3	Realizacja badań jakościowych, przeprowadzanych co najmniej co trzy lata, wśród użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP;
2.5.4	Realizacja badań kohortowych przynajmniej raz na trzy lata wśród użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP dotyczących śmiertelności w ramach kluczowego wskaźnika EMCDDA;
2.5.5	Realizacja badań przekrojowych przynajmniej raz na trzy lata dotyczących występowania zakażeń HIV, HBV i HCV wśród użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP w ramach kluczowego wskaźnika EMCDDA;
2.5.6	Szacowanie liczby problemowych użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP co najmniej raz na trzy lata;
2.5.7	Realizacja badań epidemiologicznych wśród problemowych użytkowników środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP, prowadzone co dwa lata;
2.5.8	Administrowanie ewidencją specjalistów uprawnionych do zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, na mocy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (Dz. U. poz. 38);
2.5.9	Analiza danych na temat aktywności JST w obszarze ograniczania popytu na środki odurzające, substancje psychotropowe i NSP;
2.5.10	Rozwój systemu zbierania danych w zakresie wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI - Treatment Demand Indicator) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie zakresu i trybu współpracy podmiotów leczniczych

	prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (Dz. U. poz. 1332);
2.5.11	Rozwój i konsolidacja monitoringów wojewódzkich oraz lokalnych;
2.5.12	Monitorowanie zgłaszalności do leczenia substytucyjnego w celu kontroli dystrybucji środka substytucyjnego przez prowadzenie Centralnego Wykazu Osób Objętych Leczeniem Substytucyjnym (art. 28 ust. 6a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii);
2.5.13	Prowadzenie systemu wczesnego ostrzegania (SWO) o NSP we współpracy z EMCDDA;
2.5.14	System monitorowania zatruc lub podejrzeń o zatruciach NSP lub środkami zastępczymi - prowadzenie bazy danych o zatruciach oraz podejrzaniach o zatruciach;
2.5.15	Wspieranie badań naukowych w obszarze problemu narkotyków i narkomanii.
2.6	Współpraca międzynarodowa.
2.6.1	Zwiększanie zaangażowania Rzeczypospolitej Polskiej w politykę narkotykową Unii Europejskiej w zakresie redukcji popytu i podaży narkotyków, jak również w działania instytucji oraz organów spoza Unii Europejskiej przez:
2.6.1.1	Udział w pracach międzynarodowych grup roboczych Unii Europejskiej, w tym HDG;
2.6.1.2	Prowadzenie sprawozdawczości na rzecz instytucji unijnych oraz światowych;
2.6.1.3	Współpraca z państwami spoza Unii Europejskiej w ramach przeciwdziałania narkomanii;
2.6.1.4	Współpraca z Grupą Pompidou Rady Europy;
2.6.1.5	Współpraca polskich służb działających w obszarze redukcji podaży w międzynarodowych projektach i działaniach operacyjnych

	zwalczających handel, produkcję i przemyt narkotyków we współpracy z Unią Europejską oraz innymi krajami (w tym również współpraca z Europejskim Urzędem Policji (Europolem));
2.6.1.6	Opracowanie i wdrażanie projektów wsparcia z zakresu ograniczania popytu i podaży narkotyków w krajach trzecich (nienależących do Unii Europejskiej).
3	Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych
3.1	Promocja zdrowia.
3.1.1	Edukacja zdrowotna:
3.1.1.1	Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, w tym kampanii edukacyjnych, dotyczących ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu dla konsumentów i ich otoczenia;
3.1.1.2	Prowadzenie działań edukacyjnych dla dorosłych w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież;
3.1.1.3	Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym;
3.1.1.4	Upowszechnianie wiedzy na temat szkód wynikających z picia alkoholu przez kobiety w ciąży.
3.1.2	Szkolenie kadr:
3.1.2.1	Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja);
3.1.2.2	Podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania alkoholu, w tym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie;

3.1.2.3	Pozwijanie systemu kształcenia, doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień;
3.1.2.4	Podnoszenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz udzielających pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym;
3.1.2.5	Szkolenia profesjonalistów na temat FASD.
3.1.3	Zadania regulacyjne i zapewnianie skutecznego egzekwowania przepisów, w tym:
3.1.3.1	Zmniejszanie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu;
3.1.3.2	Zapewnienie skutecznego przestrzegania prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych;
3.1.3.3	Ograniczenie skali przemytu i liczby nielegalnych miejsc odkażania alkoholu;
3.1.3.4	Podjęcie działań legislacyjnych mających na celu ograniczenie reklamy napojów alkoholowych;
3.1.3.5	Kontrola i monitorowanie prawidłowości wydatkowania środków finansowych na realizację zadań określonych w ustawie z dnia 26 października 1982 r. O wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (dz. U. Z 2016 r. Poz. 487) oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. O przeciwdziałaniu narkomanii.
3.2	Profilaktyka.
3.2.1	Profilaktyka uniwersalna:
3.2.1.1	Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie uniwersalnych programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka problemów alkoholowych i innych

	zachowań ryzykownych i czynniki chroniące, wspierające prawidłowy rozwój;
3.2.1.2	Prowadzenie i upowszechnienie programów profilaktycznych w zakresie problemów alkoholowych wśród osób dorosłych, w tym w szczególności w miejscu nauki lub pracy;
3.2.1.3	Poszerzenie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i wychowawców sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży;
3.2.1.4	Wdrażanie w podstawowej opiece zdrowotnej procedury wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji wobec pacjentów spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie.
3.2.2	Profilaktyka selektywna:
3.2.2.1	Poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki selektywnej adresowanych do dzieci, młodzieży, rodziców i wychowawców;
3.2.2.2	Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.
3.2.3	Profilaktyka wskazująca:
3.2.3.1	Poszerzanie i udoskonalanie oferty upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego z obszaru profilaktyki wskazującej;
3.2.3.2	Udzielanie specjalistycznej pomocy i wsparcia rodzicom, których dzieci upijają się.
3.3	Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa:
3.3.1	Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości specjalistycznych świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu;

3.3.2	Poszerzanie i udoskonalanie oferty leczenia uzależnienia od alkoholu, w tym o programy ograniczania picia alkoholu, oraz popularyzowanie metod mających naukowo dowiedzioną skuteczność;
3.3.3	Zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia;
3.3.4	Wspieranie działalności środowisk abstynenckich;
3.3.5	Zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym;
3.3.6	Zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym;
3.3.7	Podejmowanie działań interwencyjnych i edukacyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie;
3.3.8	Reedukacja osób, które prowadziły pojazdy, będąc pod wpływem alkoholu;
3.3.9	Opracowanie, wdrożenie i upowszechnianie standardów i procedur diagnozy FASD zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej;
3.3.10	Zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów.
3.4	Diagnozowanie i badania zjawisk związanych z używaniem alkoholu:
3.4.1	Monitorowanie poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu;
3.4.2	Inicjowanie, wspieranie i prowadzenie badań dotyczących problemów wynikających z używania alkoholu, w tym przemocy w rodzinie;
3.4.3	Inicjowanie, wspieranie i prowadzenie badań dotyczących czynników ryzyka i czynników chroniących przed problemami wynikającymi z picia alkoholu;

3.4.4.	Analiza aktywności JST w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
3.5	Współpraca międzynarodowa w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
4	Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych
4.1	Ochrona przed dymem tytoniowym i parą z papierosów elektronicznych:
4.1.1	Zmniejszanie dostępności wyrobów tytoniowych, suszu tytoniowego oraz wyrobów powiązanych (wdrażanie ekonomicznych i administracyjnych stymulantów ograniczania konsumpcji wyrobów tytoniowych);
4.1.2	Zapewnianie skutecznego przestrzegania przepisów prawa;
4.1.3	Eliminowanie nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi, suszem tytoniowym oraz wyrobami powiązanymi;
4.1.4	Prowadzenie nadzoru nad zawartością dodatków oraz substancji szkodliwych dla zdrowia w wyrobach tytoniowych i wyrobach powiązanych;
4.1.5	Monitorowanie i eliminowanie nielegalnej działalności marketingowej i promocyjnej; Realizator: uokik
4.1.6	Szkolenie pracowników instytucji sprawujących nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów.
4.2	Działania informacyjno-edukacyjne i profilaktyczne:
4.2.1	Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych;
4.2.2	Upowszechnianie, wdrażanie, udoskonalanie i poszerzanie oferty programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej, zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka palenia wyrobów tytoniowych i innych zachowań

	ryzykownych, czynniki chroniące i wspierające prawidłowy rozwój;
4.2.3	Upowszechnienie informacji dotyczących zagrożeń wynikających z używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych, w tym realizacja kampanii informacyjno-edukacyjnych;
4.2.4	Prowadzenie działań ograniczających problem używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych w zakładach pracy;
4.2.5	Doskonalenie zawodowe nauczycieli i innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych działań profilaktycznych;
4.2.6	Szkolenie personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu oraz przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych;
4.2.7	Ułatwianie wychodzenia z nałogu używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych poprzez zapewnienie osobom palącym dostępu do świadczeń specjalistycznych;
4.2.8	Prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.
4.3	Prowadzenie monitoringu, ewaluacji oraz współpracy międzynarodowej:
4.3.1	Prowadzenie badań dotyczących używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych przez osoby dorosłe, dzieci i młodzież;
4.3.2	Badanie nielegalnego obrotu wyrobami tytoniowymi i wyrobami powiązanymi oraz dostępności ekonomicznej wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych;
4.3.3	Prowadzenie badań zdrowotnych i ekonomicznych skutków używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych;
4.3.4	Analiza rynku upraw tytoniu;
4.3.5	Prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej polityki ograniczania następstw zdrowotnych używania wyrobów

	tytoniowych i wyrobów powiązanych.
5	Program przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym
5.1	Prowadzenie polityki ukierunkowanej na wspieranie prawidłowego rozwoju i ograniczanie czynników ryzyka, w szczególności z uwzględnieniem związku pomiędzy czynnikami ryzyka a czynnikami chroniącymi przed nadmiernym używaniem substancji psychoaktywnych i innymi zachowaniami ryzykownymi.
5.2	Działania szkoleniowe i edukacyjne.
5.2.1	Szkolenie kadr, w tym:
5.2.1.1	Realizacja szkoleń w zakresie uzależnień behawioralnych ze szczególnym uwzględnieniem metod o udokumentowanej skuteczności w profilaktyce i leczeniu uzależnień;
5.2.1.2	Realizacja projektów szkoleniowych w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych adresowanych do studentów kierunków mających zastosowanie w obszarze zdrowia publicznego;
5.2.1.3	Szkolenie przedstawicieli zawodów mających kontakt z osobami uzależnionymi lub zagrożonymi uzależnieniami behawioralnymi (m.in. Osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą, operatorzy gier losowych, pracownicy socjalni);
5.2.1.4	Prowadzenie innych działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym m.in. Wydanie publikacji, przeprowadzenie seminariów, konferencji.
5.2.2	Edukacja zdrowotna:
5.2.2.1	Prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej dotyczącej problematyki uzależnień behawioralnych, w tym m.in. Prowadzenie kampanii społecznych, wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych;
5.2.2.2	Prowadzenie telefonu zaufania w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych;

5.2.2.3	Prowadzenie strony internetowej upowszechniającej wiedzę dotyczącą uzależnień behawioralnych;
5.2.2.4	Prowadzenie poradni internetowej świadczącej pomoc w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych.
5.3	Profilaktyka.
5.3.1	Profilaktyka uniwersalna:
5.3.1.1	Realizacja działań służących podniesieniu poziomu wiedzy społeczeństwa i zwiększeniu świadomości ryzyka związanego z uzależnieniami behawioralnymi, kształtowanie postaw prozdrowotnych, wzmacnianie czynników wspierających rozwój i ograniczanie czynników ryzyka;
5.3.1.1	Wspieranie realizacji programów profilaktycznych w miejscu pracy.
5.3.2	Profilaktyka selektywna - poszerzanie i udoskonalanie oferty programów wczesnej interwencji, profilaktyki selektywnej skierowanych do jednostek lub grup narażonych na czynniki ryzyka.
5.4	Rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych, reintegracja społeczna - rozwiązywanie problemów wynikających z uzależnień behawioralnych przez zapewnienie m.in. Dostępu do zróżnicowanej oferty oddziaływań pomocowych dla problemowych i patologicznych hazardzistów oraz osób z innymi uzależnieniami behawioralnymi, ich bliskim i rodzinom.
5.5	Badania naukowe, epidemiologiczne, monitoring, ewaluacja - wspieranie badań naukowych, epidemiologicznych oraz badań ewaluacyjnych dotyczących uzależnień behawioralnych, a także badań dotyczących skutecznych metod rozwiązywania problemów z tym związanych.
CEL OPERACYJNY NR 3: PROFILAKTYKA PROBLEMÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO I POPRAWĘ DOBROSTANU PSYCHICZNEGO SPOŁECZEŃSTW	
3.1	Wspieranie zdrowia psychicznego

3.1.1	Ustalenie i upowszechnienie priorytetów działań w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020.
3.1.2	Prowadzenie prozdrowotnej polityki państwa w sposób umożliwiający i ułatwiający społeczeństwu podejmowanie działań ukierunkowanych na ochronę, umacnianie i zwiększanie potencjału zdrowia psychicznego.
3.1.3	Prowadzenie działań na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży - w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych.
3.1.4	Opracowanie i realizacja samorządowych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego.
3.1.5	Prowadzenie aktywnej polityki wobec dzieci i młodzieży poprzez działania i programy, prowadzenie działań mających na celu wszechstronny rozwój i rozwijanie konstruktywnych relacji międzyludzkich, wzmocnienie potencjału zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przez wsparcie pozytywnego i harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości, umiejętności osobistych i społecznych, udzielanie wsparcia w rozwiązywaniu problemów i kryzysów rozwojowych, podnoszenie odporności psychicznej i poprawę funkcjonowania emocjonalnego. Cechą wspólną tej polityki jest rozwijanie potencjałów i koncentrowanie się na mocnych stronach dzieci i młodzieży.
3.1.6	Prowadzenie działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego w miejscu pracy, w tym przeciwdziałanie narażeniu na stres, zapobieganie mobbingowi i promowanie zachowania równowagi pomiędzy życiem zawodowym a prywatnym.
3.2	Zapobieganie zaburzeniom psychicznym
3.2.1	Upowszechnianie, wdrażanie, udoskonalanie i poszerzanie oferty programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka problemów zdrowia psychicznego i

	zachowań ryzykownych (np. Używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne, korzystanie z pornografii, przemoc).
3.2.2	Podnoszenie kompetencji kadr medycznych uczestniczących w realizacji profilaktycznej opieki psychiatrycznej, w tym wczesnego wykrywania objawów zaburzeń psychicznych.
3.2.3	Prowadzenie wczesnej diagnostyki i rehabilitacji zaburzeń neurorozwojowych u dzieci w wieku 2-6 lat.
3.2.4	Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania depresji, samobójstwom i innym zachowaniom autodestrukcyjnym w populacjach o zwiększonym ryzyku, w tym konsultacja działań w ramach zespołu roboczego utworzonego przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego oraz finansowanie działań badawczych, profilaktycznych i przyczyniających się w inny sposób do realizacji zadania.
3.2.5	Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania zaburzeniom odżywiania o podłożu psychicznym (w tym anoreksja i bulimia) w populacji generalnej oraz w populacjach o zwiększonym ryzyku.
3.2.6	Opracowanie i realizacja programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym.
3.2.7	Upowszechnienie wiedzy o zagrożeniach wynikających z kontaktu dzieci i młodzieży z materiałami zawierającymi treści pornograficzne, uprzedmiotawiające i seksualizujące od 2018 r. Upowszechnienie wiedzy o zagrożeniach wynikających z kontaktu dzieci i młodzieży z materiałami zawierającymi treści pornograficzne, uprzedmiotawiające i seksualizujące od 2018 r.
3.2.8	Analiza istniejących zapisów prawnych pod kątem ochrony dzieci i młodzieży przed zbyt łatwym dostępem do treści seksualizujących i pornograficznych w 2016 r.
3.2.9	Prowadzenie badań dotyczących kontaktu dzieci i młodzieży z materiałami pornograficznymi i seksualizującymi, a także skutków tego kontaktu dla rozwoju psychoseksualnego i zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w 2017 r.
3.2.10	Rozwijanie oferty i upowszechnianie programów profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, które zapobiegają

	zagrożeniom związanym z dostępem dzieci i młodzieży do treści pornograficznych, uprzedmiotawiających i seksualizujących od 2018 r.
3.2.11	Szkolenia dla różnych grup zawodowych (w tym nauczycieli, lekarzy, inspektorów sanitarnych, prokuratorów, służb mundurowych, straży miejskich) dotyczące zagrożeń oraz konsekwencji rozwojowych i zdrowotnych u dzieci i młodzieży oglądających pornografię.
3.2.12	Prowadzenie działań dotyczących zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w placówkach, w których przebywają nieletni kierowani przez sąd, w populacji osób pozbawionych wolności oraz funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej.
3.2.13	Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania wypaleniu zawodowemu w rodzinach zastępczych i rodzinnych domach dziecka oraz w populacji pracowników placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej, populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych.
3.2.14	Prowadzenie działań psychoprofilaktycznych dla funkcjonariuszy służb mundurowych.
3.2.15	Realizacja programów z zakresu zapobiegania zaburzeniom związanym ze stresem, w tym następstwom stresu traumatycznego i stresu wynikającego z warunków służby oraz zaburzeń nastroju wśród żołnierzy.
3.2.16	Realizacja działań z zakresu opieki i wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego dla: żołnierzy weteranów uczestników misji wojskowych i ich rodzin, rodzin żołnierzy poległych w trakcie wykonywania zadań na misjach wojskowych oraz w trakcie wykonywania innych zadań służbowych.
3.3	Pozostałe zadania wspierające realizację celu operacyjnego:
3.3.1	Zlecenie w 2017 r. Kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II);
3.3.2	Zapewnienie wsparcia naukowego na potrzeby realizacji NPZ przez finansowanie badań dotyczących rozpowszechniania i uwarunkowań zaburzeń psychicznych w wybranych populacjach oraz uwzględnienie zagadnień dotyczących zdrowia

	psychicznego w priorytetach NCN (przy uwzględnieniu istniejącego systemu konkursów oraz podziału na panele i NCBR (po uwzględnieniu obecnej struktury programów) oraz po zajęciu stanowiska przez właściwe organy NCN i NCBR;
3.3.3	Prowadzenie działań na rzecz oceny potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w populacji rodzin zastępczych i prowadzących rodzinne domy dziecka oraz wychowawców w placówkach instytucjonalnej pieczy zastępczej;
3.3.4	Podjęcie działań służących ocenie potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w populacji żołnierzy;
3.5	Koordinacja, monitorowanie oraz ewaluacja skuteczności i efektywności zadań prowadzonych w celu profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego;
3.3.6	Powołanie zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, z udziałem przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, opieki zdrowotnej oraz systemu oświaty na danym obszarze.
CEL OPERACYJNY NR 4: OGRANICZENIE RYZYKA ZDROWOTNEGO WYNIKAJĄCEGO Z ZAGROŻEŃ FIZYCZNYCH, CHEMICZNYCH I BIOLOGICZNYCH W ŚRODOWISKU ZEWNĘTRZNYM, MIEJSCU	
4.1	Kształtowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu
4.1.1	Prowadzenie polityki ukierunkowanej na zmniejszanie narażenia na fizyczne, chemiczne i biologiczne czynniki ryzyka zdrowotnego przez:
4.1.1	Wspieranie poprawy jakości powietrza;
4.1.2	Promowanie bezpieczeństwa zdrowotnego żywności i wody;
4.1.3	Ograniczanie ekspozycji na nadmierny hałas;
4.1.4	Zmniejszanie narażenia na biologiczne czynniki chorobotwórcze;

4.1.5	Przeciwdziałanie powstawaniu antybiotykooporności u drobnoustrojów;
4.1.6	Ograniczanie narażenia na szkodliwe substancje chemiczne i czynniki biologiczne w otoczeniu człowieka (w tym środki ochrony roślin, środki uprawy roślin, produkty biobójcze, antybiotyki, substancje endokrynopodobne);
4.1.7	Zwiększenie zaangażowania służb medycyny pracy w zadania profilaktyczne.
4.1.2	Prowadzenie działalności edukacyjnej, w tym:
4.1.2.1	Upowszechnianie wiedzy na temat szkodliwego oddziaływania substancji chemicznych i ich mieszanin na zdrowie człowieka i środowisko oraz wiedzy na temat zapobiegania oddziaływaniom czynników chemicznych stosowanych w gospodarstwach domowych i w miejscu pracy na zdrowie człowieka;
4.1.2.2	Upowszechnianie wiedzy na temat źródeł emisji i powstawania zanieczyszczeń w środowisku, ich rozpraszania i migracji oraz szkodliwego oddziaływania na zdrowie człowieka, w tym możliwości zapobiegania negatywnym ich oddziaływaniom;
4.1.2.3	Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących uświadamiania ryzyka związanego z nadmiernym narażeniem na zanieczyszczenie powietrza, wody, gleby, hałasem oraz promieniowaniem elektromagnetycznym;
4.1.2.4	Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących uświadamiania o ryzyku związanym z chemikaliami i farmaceutykami obecnymi w środowisku;
4.1.2.5	Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych promujących zachowania prozdrowotne w środowisku, miejscach pracy i pobytu;
4.1.2.6	Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących uświadamiania ryzyka związanego z nadmiernym narażeniem na promieniowanie ultrafioletowe;
4.1.2.7	Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych promujących zachowania prozdrowotne u osób pracujących w narażeniu na czynniki szkodliwe w miejscu i ograniczanie narażenia na czynniki szkodliwe w zakładach pracy.

4.2	Profilaktyka
4.2.1	Prowadzenie działań zapobiegawczych, w tym:
4.2.1.1	Wypracowanie metodologii oceny środowiskowych zagrożeń zdrowia mieszkańców JST oraz udzielanie wsparcia przy opracowywaniu wojewódzkich, powiatowych oraz gminnych programów ochrony środowiska;
4.2.1.2	Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących;
4.2.1.3	Badanie, rozwijanie i promowanie zagadnień związanych z czynnikami ryzyka chorób alergicznych i astmy, w tym szczególnie pochodzenia powietrzno-pochodnego;
4.2.1.4	Prowadzenie zintegrowanej, skojarzonej profilaktyki próchnicy zębów, w tym organizacja bezpłatnej opieki stomatologicznej (profilaktycznej i leczenia) dla dzieci i młodzieży;
4.2.1.5	Profilaktyka chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, z uwzględnieniem podwyższonego ryzyka związanego z pełnieniem służby przez żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy, w tym przede wszystkim wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, zakażeń i chorób przenoszonych drogą płciową (HIV, kiła, rzeżączka, chlamydia, HPV), inwazyjnych zakażeń bakteryjnych (np. Sepsa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie płuc z bakteriami), gruźlicy oraz wybranych zagrożeń pasożytniczych;
4.2.1.6	Prowadzenie badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych dla celów nadzoru epidemiologicznego obejmujące:
4.2.1.6. a	Potwierdzenie podejrzenia albo rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej,
4.2.1.6. b	Prowadzenie badań przeglądowych oraz nadzoru środowiskowego zakażeń i chorób zakaźnych oraz wywołujących je biologicznych czynników chorobotwórczych,
4.2.1.6.	Identyfikację oraz charakterystykę biologicznych czynników chorobotwórczych w zakresie ich cech genotypowych i fenotypowych,

c	w tym ich lekooporności,
4.2.1.6. d	Badania niezbędne do potwierdzenia nieobecności biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących choroby zakaźne podlegające eliminacji lub eradykacji - w przypadkach uzasadnionych sytuacją epidemiologiczną oraz potrzebami krajowego i międzynarodowego nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi;
4.2.1.7	Prowadzenie działań na rzecz eradykacji polio oraz eliminacji odry i różyczki;
4.2.1.8	Poprawa bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, w tym kształtowanie postaw i umiejętności personelu medycznego, dotyczących metod sterylizacji, dekontaminacji i dezynfekcji;
4.2.1.9	Zwiększanie kompetencji dotyczących monitorowania zakażeń szpitalnych;
4.2.1.10	Zachęcanie do szczepień nieobowiązkowych, w tym służb mundurowych celem utrzymania niskiej zapadalności z przyczyn operacyjnych;
4.2.1.11	Nadzór nad warunkami pracy;
4.2.1.12	Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób związanych z zanieczyszczeniem środowiska oraz zmian klimatu.
4.3	Pozostałe zadania wspierające:
4.3.1	Prowadzenie monitoringu, w tym:
4.3.1.a	Prowadzenie baz danych dotyczących występowania czynników rakotwórczych i mutagennych w miejscu pracy,
4.3.1.b	Prowadzenie Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych,
4.3.1.c	Prowadzenie Krajowego Rejestru Czynniki Biologicznych,

4.3.1.d	Program monitorowania zdrowia służb mundurowych,
4.3.1.e	Program monitorowania zdrowia pracujących,
4.3.1.f	Gromadzenie informacji o stanie sanitarnym kraju,
4.3.1.g	Prowadzenie Państwowego Monitoringu Środowiska,
4.3.1.h	Monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w miejscu pracy, (w tym analiza składu wybranych produktów spożywczych oraz analiza składu wybranych produktów spożywczych na podstawie informacji o wartości odżywczej podawanej na etykietach produktów) w latach 2017 i 2020; monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w miejscu pracy, (w tym analiza składu wybranych produktów spożywczych oraz analiza składu wybranych produktów spożywczych na podstawie informacji o wartości odżywczej podawanej na etykietach produktów) w latach 2017 i 2020;
4.3.1.i	Nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi, w tym w szczególności:
	- Sporządzenie krajowych raportów liczbowych o zarejestrowanych zakażeniach, zachorowaniach i zgonach na zakażenia i choroby zakaźne podlegających zgłoszeniu,
	- Sporządzenie rocznego raportu o stanie zaszczepienia przeciw chorobom zakaźnym,
4.3.1.j	Realizacja badania COSI w latach 2016-2017.
4.3.1.k	Koordinacja przekazywania krajowych danych epidemiologicznych o zakażeniach i chorobach zakaźnych do Europejskiego Centrum Zapobiegania oraz Kontroli Chorób Zakaźnych oraz innych instytucji i organizacji międzynarodowych, w tym sporządzenie i przekazywanie raportów zawierających m.in. Indywidualne (zanonimizowane) dane o zachorowaniach na choroby zakaźne zgodnie z definicjami przypadków,

4.3.1.1	Prowadzenie baz danych dotyczących chemicznych zanieczyszczeń żywności, pozostałości pestycydów, mikrobiologii żywności, dodatków do żywności, bezpieczeństwa materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością;
4.3.2	Badania naukowe, w tym:
4.3.2.a	Badanie i ocena wpływu jakości środowiska na stan zdrowia, w tym środowiska służby żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy, z uwzględnieniem następujących komponentów środowiska i elementów z nim powiązanych: powietrza, odpadów i ścieków odprowadzanych do środowiska (w tym farmaceutyki i substancje endokrynopodobne), wody przeznaczonej do spożycia oraz wykorzystywanej do celów rekreacyjnych, hałasu, promieniowania elektromagnetycznego, zanieczyszczenia związkami chemicznymi gleb wykorzystywanych rolniczo, klimatu (w tym susze i zjawiska ekstremalne, choroby wektorowe, osuwiska ziemi, powodzie i podtopienia) i działań związanych z adaptacją do jego zmian,
4.3.2.b	Prowadzenie monitoringu oceniającego ekspozycję na związki chemiczne w środowisku pracy i służby żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz zamieszkania,
4.3.2.c	Prowadzenie badań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności, w tym żołnierzy zawodowych pełniących służbę w kraju i za granicą.
CEL OPERACYJNY NR 5: PROMOCJA ZDROWEGO I AKTYWNEGO STARZENIA SIĘ	
5.1	Prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych, w tym:
5.1.1	Tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych;
5.1.2	Wspieranie aktywności osób starszych na poziomie lokalnym;
5.1.3	Wspieranie osób starszych poprzez umożliwienie korzystania z nowoczesnych technologii przeciwdziałających e-wykluczeniu;

5.1.4	Zbudowanie instrumentów promujących zachowania prozdrowotne w wieku przedemerytalnym w zakładach pracy, opracowanie instrumentów sprzyjających kształtowaniu profilaktyki chorób oraz niesprawności wieku okołoemerytalnego;
5.1.5	Podjęcie działań niwelujących skutki ubóstwa i zapobieganie wykluczeniu społecznemu i marginalizacji osób starszych;
5.1.6	Kształtowanie polityki społecznej i rodzinnej w sposób przyczyniający się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu;
5.1.7	Wspieranie i promowanie zorganizowanych zajęć adresowanych do osób starszych, z włączeniem w nie młodszych pokoleń, w celu wzmocnienia więzi międzypokoleniowych;
5.1.8	Zbudowanie instrumentów wspierających realizację programów podtrzymujących zachowanie zdolności do pracy pracowników.
5.2	Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych:
5.2.1	Przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem charakterystycznej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i niepełnosprawności, w tym opracowanie i wdrożenie zasad koordynacji opieki nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;
5.2.2	Dostarczanie i udoskonalanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierających komponenty edukacyjne, w szczególności dotyczące poradnictwa żywieniowo-dietetycznego;
5.2.3	Zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesne wykrywanie schorzeń występujących powszechnie u osób starszych i zapobieganie im (zapobieganie powstawaniu tzw. Wielkich zespołów geriatrycznych);
5.2.4	Opracowanie i wdrożenie bilansu zdrowotnego 60-latka;
5.2.5	Rozwój usług i ośrodków geriatrycznych i wprowadzenie elementów geriatryi do praktyki lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej;
5.2.6	Rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych, niesamodzielnych;

5.2.7	Profilaktyka upadków u osób starszych.
5.3	Działania edukacyjne:
5.3.1	Edukacja pracowników ochrony zdrowia w zakresie problematyki geriatrycznej i gerontologicznej oraz kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego;
5.3.2	Popularyzacja wiedzy w zakresie specyficznych potrzeb i uwarunkowań dietetycznych w grupie seniorów (w tym zapobieganie utracie masy ciała i chorobom metabolicznym);
5.3.3	Edukacja zdrowotna w profilaktyce urazów i w promocji bezpieczeństwa;
5.3.4	Realizacja zadań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów;
5.3.5	Edukacja pracodawców, menedżerów, specjalistów zarządzania zasobami ludzkimi i ochrony zdrowia pracujących w zakresie tworzenia i realizacji w zakładach pracy programów zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników.
5.4	Prowadzenie działalności naukowo-badawczej i współpracy międzynarodowej związanej ze zdrowiem osób starszych:
5.4.1	Analiza danych o strukturze świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom starszym;
5.4.2	Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem;
5.4.3	Tworzenie innowacyjnych rozwiązań dotyczących farmakoterapii oraz działań prozdrowotnych i aktywizujących osoby w wieku podeszłym;
5.4.4	Analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych;
5.4.5	Prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej profilaktyki problemów zdrowotnych osób starszych.

CEL OPERACYJNY NR 6: POPRAWA ZDROWIA PROKREACYJNEGO

6.1	Projektowanie i wdrażanie działań o charakterze regulacyjnym sprzyjających poprawie zdrowia prokreacyjnego, w tym uwzględnianie zagadnień dotyczących czynników wpływających na zdrowie prokreacyjne w programach kształcenia na kierunkach medycznych, biologicznych, psychologicznych i pedagogicznych oraz w programach doskonalenia zawodowego lekarzy, pielęgniarek i położnych.
6.2	Prowadzenie edukacji zdrowotnej i działalności informacyjnej i profilaktycznej dotyczącej czynników endo- i egzogennych mających wpływ na zdrowie prokreacyjne kobiet i mężczyzn, przeciwdziałanie skutkom seksualizacji dzieci i młodzieży, zachowań ryzykownych, uzależnień behawioralnych, uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz kształtowanie postaw sprzyjających zachowaniom prozdrowotnym, w tym:
6.2.1	Organizacja kampanii społecznej, sprzyjającej płodności kobiet i mężczyzn, wykorzystującej nowoczesne narzędzia komunikacji społecznej;
6.2.2	Opracowanie i upowszechnienie materiałów edukacyjnych dotyczących różnych aspektów zdrowia prokreacyjnego;
6.2.3	Organizacja konferencji i spotkań edukacyjnych popularyzujących wiedzę na temat zdrowia prokreacyjnego;
6.2.4	Uruchomienie i prowadzenie portalu informacyjnego z bazą wiedzy dotyczącą zdrowia prokreacyjnego.
6.3	Prowadzenie działalności edukacyjnej dla pracowników opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym szkolenia.
6.4	Realizacja badań dotyczących zdrowia prokreacyjnego i jego uwarunkowań w społeczeństwie.
6.5	Opracowanie wytycznych wynikających z doświadczeń z realizacji celu nr 6 NPZ dla Narodowego Programu Zdrowia na kolejne lata z podkreśleniem kontynuacji tych działań, które wyraźnie sprzyjają poprawie stanu zdrowia prokreacyjnego oraz diety, a także świadomości społecznej dotyczącej troski o zdrowie prokreacyjne.

