

Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego. Raport za rok 2018 oraz porównanie z latami 2016-2018.

na realizację zadania pn. Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego.

działanie 2 – Opracowanie zbiorczej informacji z monitoringu w postaci raportu za 2018 rok,

działanie 3 – Ocena osiągnięcia wskaźników określonych w rozdziale XII Narodowego Programu Zdrowia i ich adekwatności z ewentualnymi rekomendacjami zmian dla każdego analizowanego roku oraz sumarycznie za lata 2016-2018



Warszawa, grudzień 2019

Praca zbiorowa pod redakcją:

Aleksandra Czerw

Autorzy:

Ewa Bandurska

Tomasz Bandurski

Szymon Szumił

Bogumiła Szumił

Monika Pajewska

Olga Partyka

Aleksandra Czerw

Recenzja naukowa:

Prof. dr hab. med. Andrzej Deptała

© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, 2019 Przedruk materiałów w całości lub części jest możliwy wyłącznie za zgodą Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

ISBN 978-83-65870-22-3

Opracowanie graficzne i skład:

Marta Kaczanowska

Wydawca:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. +48 22 54 21 400, +48 22 54 21 200

e-mail: wydawnictwo@pzh.gov.pl

SPIS TREŚCI

Spis treści 3

Indeks skrótów	5
1. Streszczenie	8
2. Abstract.....	10
3. Wprowadzenie.....	13
4. Materiał i metodologia badawcza raportu	14
5. Wyniki ewaluacji zadań realizowanych w roku 2018 – podmioty centralne	14
5.1. Szczegółowy opis metodyki analizy danych z podmiotów centralnych	14
5.2. Wyniki ewaluacji zadań realizowanych przez podmioty centralne w roku 2018.....	15
5.2.1. Liczba zadań zrealizowanych przez podmioty centralne w roku 2018.....	15
5.2.2. Cel i numer zadania NPZ	16
5.2.3. Czas trwania zadania	18
5.2.4. Zasięg terytorialny zadania	19
5.2.5. Populacja docelowa zadania	20
5.2.6. Realizator zadania	24
5.2.7. Tryb realizacji zadania.....	25
5.2.8. Elementy działań podejmowane w ramach zadania.....	26
5.2.9. Podmiot finansujący zadanie (rodzaj).....	28
5.2.10. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PF	30
5.2.11. Podmiot współfinansujący zadanie (rodzaj).....	33
5.2.12. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PWF	34
5.2.13. Całkowity koszt zadania	37
5.2.14. Podsumowanie analizy danych ilościowych.....	38
5.2.15. Kwota finansowania a nr celu operacyjnego	39
5.2.16. Kwota finansowania w przeliczeniu na 1 osobę w populacji docelowej w celach operacyjnych.....	41
5.3. Analiza porównawcza w latach 2016-2018.....	43
5.3.1. Całkowita liczba zrealizowanych zadań.....	43
5.3.2. Liczba zrealizowanych zadań w zależności od nr celu operacyjnego	45
5.3.3. Liczba działań zrealizowanych przez podmioty centralne w zależności od nr zadania	46
5.3.4. Czas trwania zadania	47
5.3.5. Zasięg terytorialny zadania	48

5.3.6. Populacja objęta zadaniem	49
5.3.7. Realizator zadania	53
5.3.8. Tryb realizacji zadania	54
5.3.9. Rodzaj działań podejmowanych w ramach zadań	55
5.3.10. Liczba osób biorących udział w działaniach	56
5.3.11. Podmiot finansujący zadanie (rodzaj)	57
5.3.12. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PF	58
5.3.13. Podmiot współfinansujący zadanie (rodzaj).....	60
5.3.14. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PWF	61
5.3.15. Całkowity koszt zadania	62
5.3.16. Analiza zbiorcza danych ilościowych	63
5.3.17. Koszt realizacji zadania w zależności od nr celu operacyjnego	66
5.3.18. Koszt realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od nr celu operacyjnego	66
5.3.19. Jakość sprawozdawczości w latach 2016-2017	67
6. Wyniki ewaluacji zadań realizowanych w roku 2018 – jednostki samorządów terytorialnych	68
6.1.1. Liczba zadań zrealizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego	68
6.1.2. Cel operacyjny i numer zadania npz.....	69
6.1.3. Czas trwania zadania	71
6.1.4. Zasięg terytorialny zadania	72
6.1.5. Populacja docelowa zadania	74
6.1.6. Realizator zadania	76
6.1.7. Tryb realizacji zadania	77
6.1.8. Elementy działań podjęte w zadaniu	78
6.1.9. Podmiot finansujący zadanie (rodzaj)	79
6.1.10. Kwota finansowania, zakres i źródła finansowania PF	80
6.1.11. Podmiot współfinansujący zadanie (rodzaj).....	81
6.1.12. koszty realizacji zadania	83
6.1.13. Podsumowanie analizy danych ilościowych	85
6.2 Analiza porównawcza zadań zrealizowanych przez jst w latach 2016-2018	86
6.2.1. Liczba zadań zrealizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego	86
6.2.2 Cel operacyjny i numer zadania NPZ.....	89
6.2.3 Zasięg terytorialny zadania	92
6.2.4 Populacja docelowa zadania	95
6.2.5 Realizator zadania	98
6.2.6 Tryb realizacji zadania	99

6.2.7	Elementy działań podjęte w zadaniu	100
6.2.8	Podmiot finansujący zadanie (rodzaj)	101
6.2.9	Kwota finansowania, zakres finansowania i źródła finansowania PF	103
6.2.10	Koszt realizacji zadania	104
6.3	Jakość sprawozdawczości JST	110
7.	Najczęściej pojawiające się i zgłaszane problemy w realizacji zadań	110
7.1.	Problemy w realizacji zadań – najczęściej występujące.....	110
7.2.	Problemy w realizacji zadań – najczęściej zgłaszane	112
7.3.	Propozycje zmian w realizacji rozporządzenia MZ z dnia 21 grudnia 2016 r. ws. rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (dz. U. Poz. 2216)	118
8.	OCENA MOŻLIWOŚCI OSIĄGNIĘCIA WSKAŹNIKÓW OKREŚLONYCH W ROZDZIALE XII NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA I ICH ADEKWATNOŚCI Z EWENTUALNYMI REKOMENDACJAMI ZMIAN.....	120
8.1.	wprowadzenie - Narodowy Program Zdrowia	121
8.2.	Cele NPZ uwzględnione w zadaniach realizowanych w latach 2016 - 2018	121
8.3.	Wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ	123
8.4.	Wskaźniki ewaluacji i oceny realizacji NPZ – oczekiwane wartości najistotniejszych wskaźników monitorowania NPZ	123
8.5.	Wskaźniki monitorowania celu strategicznego nieprzyporządkowane do pojedynczego celu operacyjnego.....	124
8.6.	Wskaźniki monitorowania poszczególnych celów operacyjnych.....	125
8.7.	Podsumowanie	130
	ZAŁĄCZNIK DO RAPORTU – REKOMENDACJE NA TEMAT PODEJMOWANIA EFEKTYWNYCH ZADAŃ I DZIAŁAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO	131
	ANNEX TO THE REPORT – RECOMMENDATIONS ON UNDERTAKING EFFECTIVE TASKS AND ACTIVITIES IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH	133
	ANHANG ZUM BERICHT - EMPFEHLUNGEN FÜR ZU ERGREIFENDE WIRKSAME AUFGABEN UND MASSNAHMEN IM BEREICH DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT	135
	Spis rycin	138
	Spis tabel	140

INDEKS SKRÓTÓW

COI	Centrum Onkologii Instytut
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IMiD	Instytut Matki i Dziecka

IMP	Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii
IŻŻ	Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła
JST	Jednostki samorządu terytorialnego – województwa, powiaty, gminy
KRRIT	Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji
ME	Ministerstwo Energii
Me	Mediana
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
MŚ	Ministerstwo Środowiska
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (w tym zadania realizowane przez policję i państwową straż pożarną)
MZ	Ministerstwo Zdrowia (w tym zadania realizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS i Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii)
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIGRR	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
NIL	Narodowy Instytut Leków
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
NPZ	Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PF	Podmiot finansujący (zadanie z zakresu zdrowia publicznego)
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
PWF	Podmiot współfinansujący (zadanie z zakresu zdrowia publicznego)

PZP	Prawo Zamówień Publicznych
RIO	Regionalne Izby Obrachunkowe
SFZP	Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
RPO	Rzecznik Praw Obywatela
SW	Służba więzienna
UDPP	Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie
ULC	Urząd Lotnictwa Cywilnego
UOZP	Ustawa o Zdrowiu Publicznym
WOTUiW	Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnień i Współuzależnienia

1. STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Rok 2018 jest trzecim rokiem prowadzenia sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego - zgodnie z obowiązującymi od 2016 roku przepisami prawnymi. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365) wprowadziła obowiązek raportowania przez organy władzy publicznej 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 analizę rocznych sprawozdań przesyłanych przez ministerstwa i inne zaangażowane instytucje oraz zbiorczych sprawozdań z jednostek samorządu terytorialnego przekazywanych przez wojewodów. Opracowanie zawiera również analizę porównawczą sprawozdań zadań zdrowia publicznego za lata 2016-2018 oraz informacje na temat najczęściej pojawiających się i zgłaszanych problemów w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Przedstawiono również rekomendacje dotyczące ewentualnych zmian w realizacji rozporządzenia MZ ws. rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz.U. poz. 2216) oraz wskaźniki monitorowania realizacji Narodowego Programu Zdrowia, analizę ich adekwatności wraz z propozycjami ewentualnych zmian w sposobie monitorowania.

Wyniki. Zgodnie z danymi, w roku 2018 podmioty centralne zrealizowały 13590 zadań, 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 (96,36%) 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” (60,64%), ale powszechnie podejmowano także działania promocyjno-edukacyjne (44,06%). Podmiotem finansującym była najczęściej jednostka publiczna (inna niż JST) (94,35%), korzystająca z budżetu państwa (98,73%). Powszechnym zjawiskiem było wskazywanie kosztów zerowych realizacji zadań. Podmiotem współfinansującym był najczęściej JST (42,50% zadań współfinansowanych), który korzystał ze środków własnych i przekazywał średnio około 789 tys. zł. Całkowity koszt zadań zrealizowanych w roku 2017 wyniósł przeszło 3,1 mld zł. Najwięcej środków finansowych przeznaczano na zadania w ramach celu operacyjnego nr 5.

Analiza porównawcza z latami poprzedzającymi wykazała, że liczba zadań wahała się i najmniejsza była w roku 2017, przy czym niezmiennie najczęściej były to we wszystkich 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 latach późniejszych powiat lub kilka powiatów. Wahała się średnia liczba populacji docelowej, która zwiększyła z ponad 155 tys. osób do blisko 450 tys. osób w roku 2017 i ponownie spadła do poziomu około 200 tys. w roku 2018.

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 latach późniejszych. W latach 2016-2018 podmioty niezmiennie najczęściej podejmowały w ramach zadań działania określone jako „inne” (37,82% w roku 2016, 55,33% w roku 2017 i 60,64% w roku 2018), a w drugiej kolejności działania typu promocyjno-edukacyjnego.

We wszystkich analizowanych okresach podmiotem finansującym zadanie była najczęściej jednostka publiczna (inna niż JST) – odpowiednio dla roku 2016 - 74,08%, w roku 2017 94,28%, a w roku 2018 – 94,35%.

Średnia kwota finansowania podmiotu finansującego wahała się – z ponad 230 tys. zł w roku 2016 do niecałych 85 tys. zł w roku 2017 i ponownie do podobnego poziomu wyjściowego w roku 2018 (około 211 tys. zł). podobnym zmianom podlegał średni koszt całkowity, który w początkowym okresie analizy wynosił około 230 tys. zł, w roku 2017 niecałe 135 tys. zł, a w roku 2018 ponownie ponad 230 tys. zł. W roku 2016 podmiotem współfinansującym był najczęściej podmiot publiczny inny niż JST (38,56%), a w latach 2017-2018 samorząd terytorialny (odpowiednio 43,43% oraz 42,50%).

W odniesieniu do danych przestanych JST ustalono, że zadania, które realizowały samorządy, dotyczyły najczęściej Celu Operacyjnego 2, tj. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Działania podejmowane przez JST trwały najczęściej cały rok i były najczęściej skierowane do osób młodych, tj. do dzieci i młodzieży w ujęciu łącznym.

Najczęściej jednostką realizującą działanie były jednostki samorządu terytorialnego. Samorządy terytorialne podjęły w ramach prowadzonych zadań różnorodne działania, jednak najczęściej były to działania promocyjno-edukacyjne i działania profilaktyczne.

Najczęściej wymienianym podmiotem finansującym były jednostki samorządu terytorialnego. Kwoty przeznaczone na realizację zadania mieściły się w przedziale od 1 zł do 122.097.331,00zł, średnio 122.021,41 zł. Udział procentowy podmiotu finansującego w całości finansowania zawierał się w przedziale 0,1-100%, średnio było to 90,19%, a najczęściej pojawiającą się wartością było 100%. Najczęściej wymienianym rodzajem podmiotu współfinansującego były organizacje pozarządowe.

Porównując dane z lat 2016, 2017 i 2018 można zauważyć, że liczba zadań realizowanych przez JST uległa zmniejszeniu. Podobnie sumaryczne koszty realizacji działań w roku 2018 były niższe niż w roku 2017. W roku 2018 w porównaniu z rokiem 2017 stwierdzono większą liczbę zadań skierowanych do uczniów szkoły podstawowej, a mniejszą – do uczniów i młodzieży jednocześnie.

Wnioski. Jakość sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego poprawiła się w 2018 roku. Można to stwierdzić na podstawie analizy zmiany liczby odpowiedzi „brak danych” w poszczególnych parametrach. Największą poprawę zanotowano w przypadku rodzaju realizatora

zadania (z 0,34% do 0,02% dla podmiotów centralnych) oraz podmiotu finansującego zadanie (z 1,09% do 0,29% dla podmiotów centralnych). 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. Poprawa jakości sprawozdawczości dotyczyła również jednostek samorządu terytorialnego, w przypadku których stwierdzono znaczącą poprawę w zakresie wszystkich analizowanych wskaźników jakości.

Należy zaznaczyć, że niniejsze opracowanie bazuje zwłaszcza na ocenie dostarczonego materiału sprawozdawczego w aspekcie ilościowym. W celu dokonania pogłębionej analizy jakościowej należałoby przeprowadzić fokusowe wywiady z wybraną grupą jednostek samorządowych na szczeblu gmin, powiatów i województw, oraz w wybranej grupie jednostek centralnych. Jak wskazano w rekomendacjach dotyczących potencjalnych 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), istnieje pilna potrzeba kontynuowania 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 year 2018 is the third year of reporting on the implementation of tasks in the area of public health - in accordance with the legal provisions in force since 2016. On September 11, 2015, the Public Health Act was passed, imposing an obligation on public authorities to report public health activities to the Ministry of Health, which acts as a coordinator for the implementation of the National Health Program (NPZ). The method of providing information on activities implemented and undertaken in a given year is set out in the Regulation of the Minister of Health of December 21, 2016 regarding annual information on completed or undertaken tasks in the field of public health (Journal of Laws item 2216). In addition, every two years the Minister of Health prepares information on tasks in the discussed area and presents it to the Council of Ministers, which, after its adoption, passes it on to the Sejm of the Republic of Poland.

Material and methods. The report includes the analysis of annual reports sent by ministries and other institutions involved, as well as collective reports from local government units submitted by voivodeships. The study also includes a comparative analysis of public health task reports for 2016-2018 years and information on the most common and reported problems in the implementation of public health tasks. Recommendations were also presented regarding possible changes in the implementation of the Minister of Health Regulation on annual information on completed or undertaken tasks in the field of public health (Journal of Laws, item 2216) and indicators for monitoring the implementation of the National Health Program, analysis of their adequacy together with proposals for possible changes in the manner of monitoring.

Results. According to data, central entities carried out 13,590 tasks in 2018, the largest part of which was carried out by sanitary and epidemiological stations. The largest number of tasks concerned the

operational goal of NPZ No. 4, it lasted for a year, was carried out at the poviats level or several poviats (which may be due to the fact that the majority of entities performing the tasks were sanitary and epidemiological stations operating locally) and were directed to groups selected for the feature (the size of the target group ranged from 1,000-4.999 people).

Central entities most often (96.36%) indicated as the basic legal status of implemented tasks their own, internal regulations, e.g. the Act on the State Sanitary Inspection of 14.03.1985 (i.e. Journal of Laws of 2017, item 1261, as amended). Their tasks included various activities, most often classified as "other" (60.64%), but promotional and educational activities (44.06%) were also commonly undertaken. The financing entity was most often a public entity (other than local government units) (94.35%), benefiting from the state budget (98.73%). A common phenomenon was the indication of zero costs of task implementation. The co-financing entity was most often local government unit (42.50% of co-financed tasks), which used its own funds and transferred on average around 789 thousand. PLN. The total cost of tasks implemented in 2017 was over PLN 3.1 billion. The highest amount of finances was allocated to tasks under operational objective No. 5.

A comparative analysis with the preceding years showed that the number of tasks fluctuated and was the smallest in 2017, while invariably the most frequently in all the analyzed periods were the tasks carried out by sanitary and epidemiological stations regarding operational objective No. 4, lasting one year, targeted at selected groups. The territorial range of tasks changed - in 2016 they were mostly voivodships, in later years a poviats or several poviats. The average target population fluctuated, which increased from over 155,000. people to nearly 450 thousand people in 2017 and again fell to around 200,000 in 2018.

There was also a change in the legal basis of tasks mentioned by entities – back in 2016 most often it was law on healthcare services financed from public funds, in later years regulations classified as "other". In 2016-2018, entities invariably most often undertook activities defined as "others" as part of their tasks (37.82% in 2016, 55.33% in 2017 and 60.64% in 2018), followed by promotional and educational activities. In all analyzed periods, the entity financing the task was most often a public entity (other than LGUs) - for 2016 - 74.08%, in 2017 - 94.28%, and in 2018 - 94.35%.

The average amount spent by the financing entity ranged - from over 230 thousand. PLN in 2016 to less than 85 thousand PLN in 2017 and again to a similar starting level in 2018 (approximately 211 thousand PLN). The average total cost was subject to similar changes, which in the initial period of analysis amounted to approximately 230 thousand. PLN, less than 135 thousand in 2017 PLN, and in 2018 again over 230 thousand. PLN. In 2016, the co-financing entity was most often a public entity other than LGUs (38.56%), and in 2017-2018 local government units (43.43% and 42.50%, respectively).

According to the data sent by local government units their task were concerned with the Operational Target No 1, ie. Prevention and resolution of problems related to the use of psychoactive substances, behavioral addictions and other risky behaviors. Actions taken by local governments usually lasted for the whole year and were targeted to young people, ie. children and youth in general.

The most units that implemented tasks most frequently were usually local government units. The units taken various actions, but promotional and educational activities and preventive measures were most frequent.

The local government units were also the most frequent financing entities. The amounts allocated for the implementation of the task ranged from PLN 1 to PLN 122,097,331.00 with the mean equal to PLN 122,041.41. The percentage share of the financing entity in the total financing was in the range of 0.1-100%, on average it was 90.19%, and the most frequently appearing value was 100%.

NGOs were the most frequently mentioned type of co-financing entity. When comparing data from 2016, 2017 and 2018, it can be seen that the number of tasks implemented by LGUs has decreased. Similarly, the total costs of implementing activities in 2018 were lower than in 2017. In 2018, compared to 2017, a greater number of tasks addressed to elementary school students was found, and a smaller number - to students and youth in general.

Conclusion. The quality of reporting on the implementation of public health tasks has improved in 2018. This can be stated on the basis of the analysis of the change in the number of responses "missing data" in individual parameters. The quality of reporting on the implementation of public health tasks improved in 2018. This can be seen from the analysis of the change in the number of "no data" responses in individual parameters. The greatest improvement was recorded for the type of task implementer (from 0.34% to 0.02% for central entities) and the entity financing the task (from 1.09% to 0.29% for central entities). LGUs and central entities carry out 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. The improvement of the quality of reporting was also present in the reports from local government units. In their case a significant improvement was found in all analysed quality indicators.

It should be noted that this study is based in particular on the quantitative assessment of the provided reporting material. In order to carry out an in-depth qualitative analysis, focus interviews should be conducted with a selected group of local government units at the level of municipalities, poviats and voivodships, as well as in a selected group of central units. As indicated in the recommendations regarding potential changes in the implementation of the Regulation of the Minister of Health of December 21, 2016 on the annual information on completed or undertaken tasks in the field of public health (Journal of Laws POS. 2216), there is an urgent need to continue training in both to applicable law as well as substantive preparation and implementation of public 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 do których należy, między innymi, monitorowanie realizacji zadań, sporządzanie informacji o podjętych lub zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego wraz z ich oceną.

Od dnia 21 grudnia 2016 roku obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia (Dz.U. 2016 poz. 2216) dotyczące sprawozdawczości rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych działaniach z zakresu zdrowia publicznego. W dokumencie tym określono wzór sprawozdania, którym podmioty sprawozdające mają obowiązek posługiwać wypełniając obowiązek raportowania wyżej wspomnianych działań. Do podmiotów sprawozdających zaliczamy jednostki centralne oraz jednostki samorządu terytorialnego. Działania te mają na celu usprawnienie procesu sprawozdawczości, poprawę jej jakości oraz ułatwienie realizacji wymogów UOZP.

W myśl obowiązujących przepisów prawnych, jednostki centralne (poza wojewodą) do 30 kwietnia każdego roku przekazują informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku działaniach do Ministra Zdrowia. JST z kolei do 31 marca każdego roku przekazują podobne dane do właściwego wojewody, który po weryfikacji nadesłanych informacji pod kątem spełniania m.in. wymogów opisanych w UOZP, przekazuje zbiorczą informację do Ministra Zdrowia. Termin, w którym wojewodowie muszą wykonać te czynności mija 30 września każdego roku.

Przedstawione w niniejszym dokumencie dane stanowią podsumowanie działań podjętych przez podmioty centralne i JST w roku 2018, jak również porównanie parametrów działań podejmowanych w latach 2016-2018.

Opracowanie zostało wykonane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

4. MATERIAŁ I METODOLOGIA BADAWCZA RAPORTU

Materiał badawczy do analiz zawartych w Raporcie stanowiły sprawozdania przedłożone przez JST i podmioty centralne za rok 2018, jak również w zakresie analizy porównawczej, dane z lat 2016-2017.

Analizę zadań za rok 2018 i porównanie z latami 2016-2017 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 danych pozyskanych bezpośrednio od JST i podmiotów centralnych przygotowano rekomendacje dotyczące realizacji zadań z zakresu ZP.

5. WYNIKI EWALUACJI ZADAŃ REALIZOWANYCH W ROKU 2018 – PODMIOTY CENTRALNE

Do opracowania wyników odnoszących się do sprawozdawczości podmiotów centralnych za rok 2018 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 danych przekazanych przez podmioty centralne obejmowała analizę jakościową i ilościową danych za rok 2018, ich opis statystyczny oraz porównanie z latami 2016-2017. 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), jak również wartościami minimalnymi i maksymalnymi jako miarami zmienności.

5.2. WYNIKI EWALUACJI ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE W ROKU 2018

Analizie jakościowej i ilościowej poddano zadania, które zostały sprawozdane przez podmioty centralne za rok 2018. Z oceny nie wyłączono żadnych zadań. W przypadku, gdy dane zadanie było sprawozdane jako zadania częściowe, które były realizowane przez różne podmioty, rekordy rozdzielano i traktowano jako osobne działania.

5.2.1. LICZBA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY CENTRALNE W ROKU 2018

W sumie, podmioty centralne przesłały **13590 zadania**, które zrealizowały w roku 2018. Najwięcej zadań sprawozdały jednostki organizacyjne Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Sumaryczna liczba zadań wykonanych przez te jednostki wyniosła 12541, co stanowiło 92,28% ogółu. Drugim w kolejności podmiotem pod względem liczby zadań było MSWiA (n=204; 1,50%) i MON (n=197; 1,45%). Pozostałe dane poniżej – Tabela 1.

Tabela 1. Zadania z zakresu zdrowia publicznego raportowane przez poszczególne podmioty centralne (liczba i %)

Instytucja raportująca	Liczba	Procent
GIS	12 541	92,28%
MSWiA	204	1,50%
MON	197	1,45%
MZ	154	1,13%
NFZ	152	1,12%
NIZP-PZH	89	0,65%
PARPA	69	0,51%
IMP	53	0,39%
MS	20	0,15%
MEN	17	0,13%
NIL	11	0,08%
NIGRR	10	0,07%
IMW	7	0,05%
IPiN	7	0,05%
IŻiŻ	7	0,05%
MRPiPS	7	0,05%
COI	4	0,03%
GIT	4	0,03%
CIOP	3	0,02%
CMJwoZ	3	0,02%

IMiD	3	0,02%
MF	3	0,02%
MRiRW	3	0,02%
MSZ	3	0,02%
PKP	3	0,02%
UOKiK	3	0,02%
GUS	2	0,01%
MPiT	2	0,01%
MSiT	2	0,01%
KRRiT	1	0,01%
MC	1	0,01%
MKiDN	1	0,01%
NCN	1	0,01%
PIF	1	0,01%
RPP	1	0,01%
ULC	1	0,01%
Suma	13 590	100%

Większość z powyższych zadań było realizowana przez pojedynczą instytucję (n=13230; 97,35%). Pozostałe były współfinansowane i stanowiły odpowiednio (n=360; 2,65%).

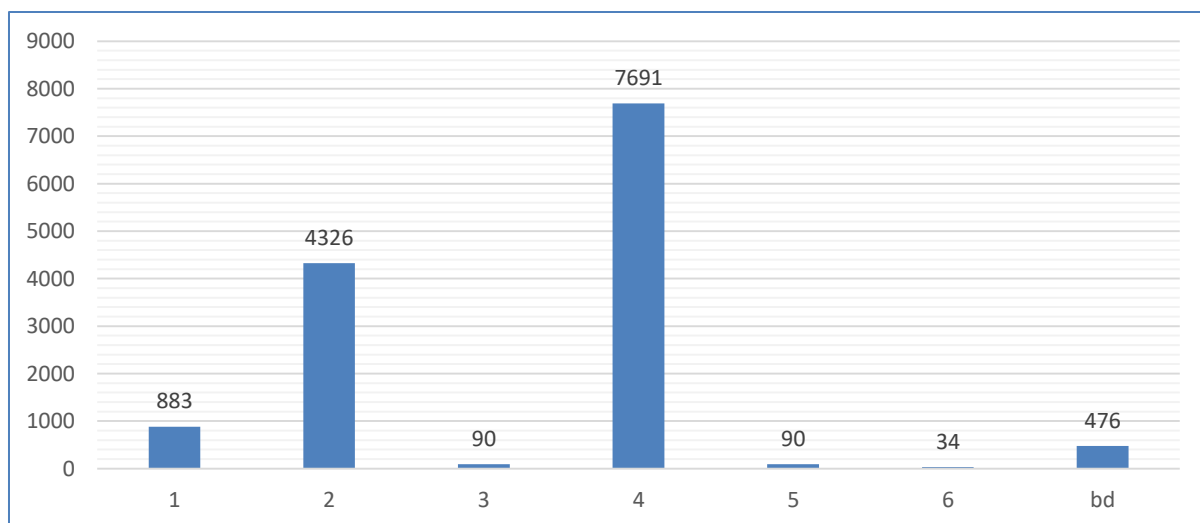
5.2.2. CEL I NUMER ZADANIA NPZ

Zadania, które były realizowane przez podmioty centralne najczęściej dotyczyły 4 celu operacyjnego (n=7691; 47,90%), tj. *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu*, a następnie 2 celu operacyjnego (n=4326; 31,83%), tj. *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*. Łącznie zadania te stanowiły blisko 80% ogółu zadań zrealizowanych w roku 2018. Pozostałe dane przedstawiono poniżej - Tabela 2 oraz Rycina 1.

Tabela 2. Liczba zadań realizowanych w odniesieniu do celu operacyjnego NPZ (liczba i %)

Numer celu operacyjnego NPZ	Liczba	Procent
1	883	6,50%
2	4326	31,83%
3	90	0,66%
4	7691	56,59%
5	90	0,66%
6	34	0,25%
bd	476	3,50%

SUMA	13590	100%
-------------	--------------	-------------



Rycina 1. Liczba działań podejmowanych przez podmioty centralne w roku 2018 w zależności od celu operacyjnego NPZ

Podmioty centralne sprawozdały aż 216 różnych typów zadań NPZ, z czego 52 zadania pojawiły się w sprawozdawczości tylko raz.

Najczęściej raportowanym zadaniem było 1.2.5 w ramach 4 celu operacyjnego (1514; 11,14%), co odpowiada tytułowi: *prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych promujących zachowania prozdrowotne w środowisku, miejscach pracy i pobytu* oraz 2.1.5 (n=1119; 8,23 %) 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, często pojawiającą się informacją w tym zakresie był brak danych (476; 3,50%). Często pojawiającą się w tym zakresie odpowiedzią było n/d, pomimo wskazówek dotyczących tego aspektu, jakie są zawarte w instrukcji. 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 3. 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
1.2.5	1514	11,14%
2.1.5	1119	8,23%
4.2.2	796	5,86%
1.1.6	750	5,52%
1.1.4	731	5,38%

1.2.1	639	4,70%
4.2.3	549	4,04%
2.1.1.1.b	485	3,57%
Bd	476	3,50%
2.1.11	418	3,08%
1.1.2	344	2,53%
4.1.2	336	2,47%
1.1.3	330	2,43%
2.1.10	323	2,38%
1.1.1	317	2,33%
2.3.1.1	292	2,15%
4.2.1	276	2,03%
1	262	1,93%
2.1.2.4	223	1,64%
2.5.14	220	1,62%
3.1.e	208	1,53%
2.1.2.3.c	199	1,46%
2.1.8	172	1,27%
2	157	1,16%
2.1.1.3	156	1,15%
3.1.f	144	1,06%
2.1.7	113	0,83%
3.1.i	113	0,83%
2.1	100	0,74%
1.2.6	93	0,68%
3.1.1.1	92	0,68%
1.2.3	81	0,60%
1.1	77	0,57%
1.1.5	73	0,54%
2.1.9	72	0,53%
2.3	58	0,43%
2.1.4	56	0,41%
1.2.7	55	0,40%
2.1.1.4	52	0,38%
3.1.a	50	0,37%

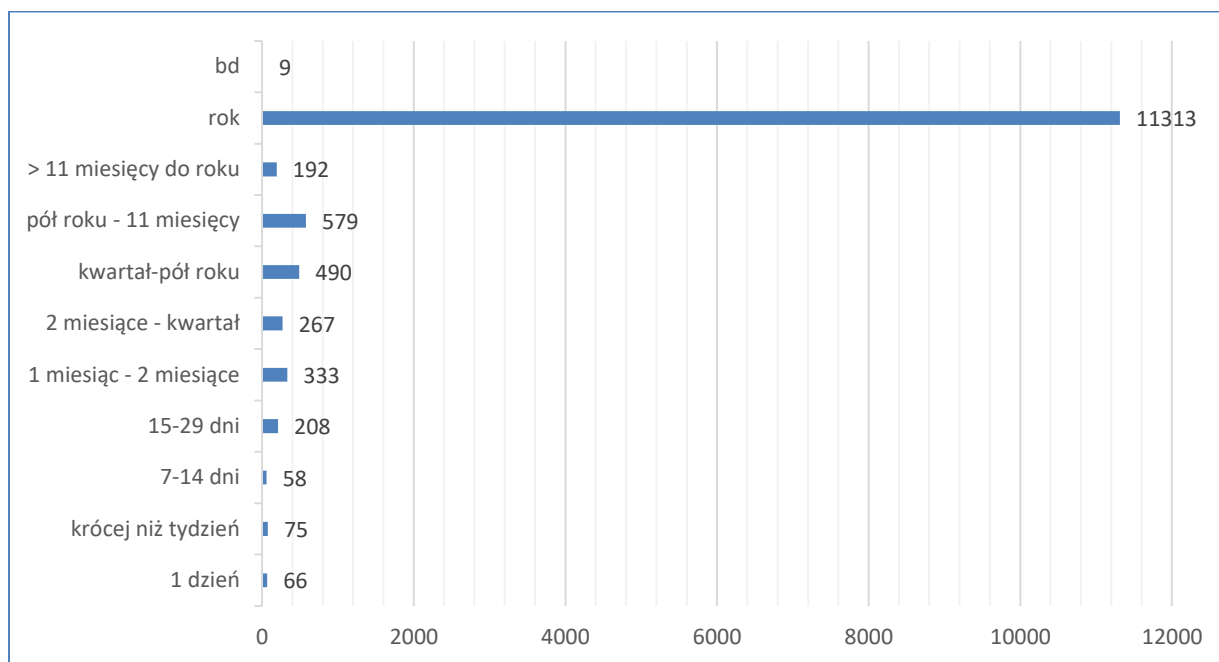
5.2.3. CZAS TRWANIA ZADANIA

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

Średni czas trwania zadania wyniósł 326 dni (Me=365). Pozostałe miary rozkładu zaprezentowano zbiorczo - Tabela 18.

Najczęściej zadania podejmowane przez podmioty centralne trwały rok ($n=11313$; 83,25%), a następnie od pół roku do 11 miesięcy ($n=579$; 4,26%), a więc były to zadania długotrwałe - Rycina 2.

W 9 zadaniach podmiot centralny nie określił czasu trwania zadania lub zrobił to w sposób niepoprawny, co stanowiło 0,07% ogółu zadań zrealizowanych w roku 2018.



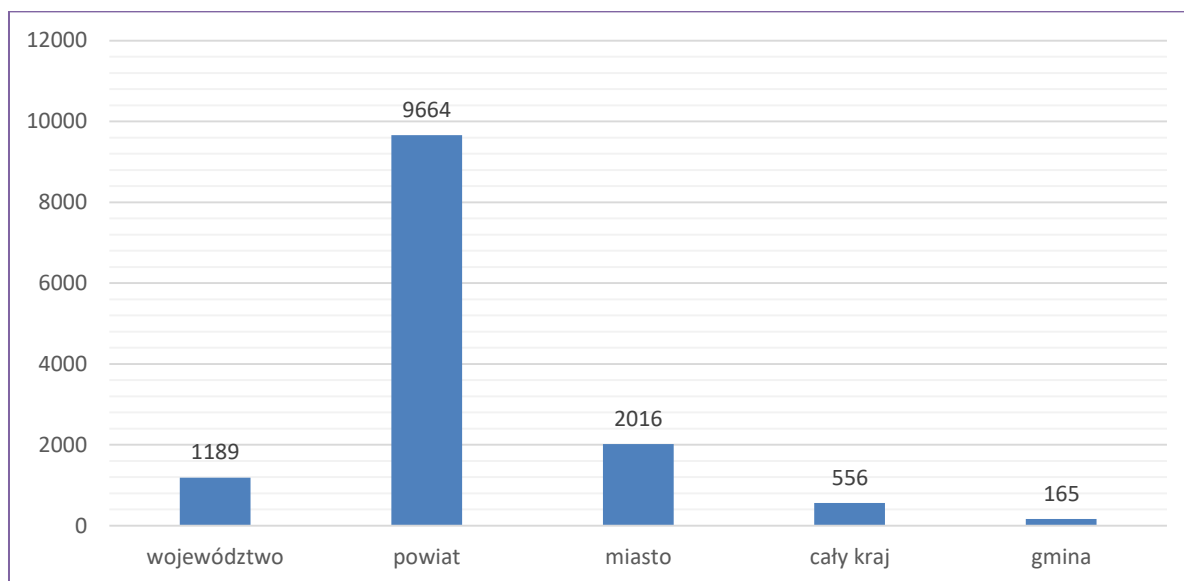
Rycina 2. Czas trwania działań podejmowanych przez podmioty centralne w przedziałach

5.2.4. ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Zadania podejmowane przez podmioty centralne najczęściej były realizowane lokalnie - w zakresie jednego lub kilku powiatów ($n=9664$; 71,11%), co może być spowodowane 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 4 oraz Rycina 3.

Tabela 4. Zasięg terytorialny zadań realizowanych przez podmioty centralne (liczba i %)

Zasięg	Liczba	Procent
Województwo	1189	8,75%
Powiat	9664	71,11%
Miasto	2016	14,83%
Cały kraj	556	4,09%
Gmina	165	1,21%
Suma	13590	100%



Rycina 3. 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 podgrup, tj.:

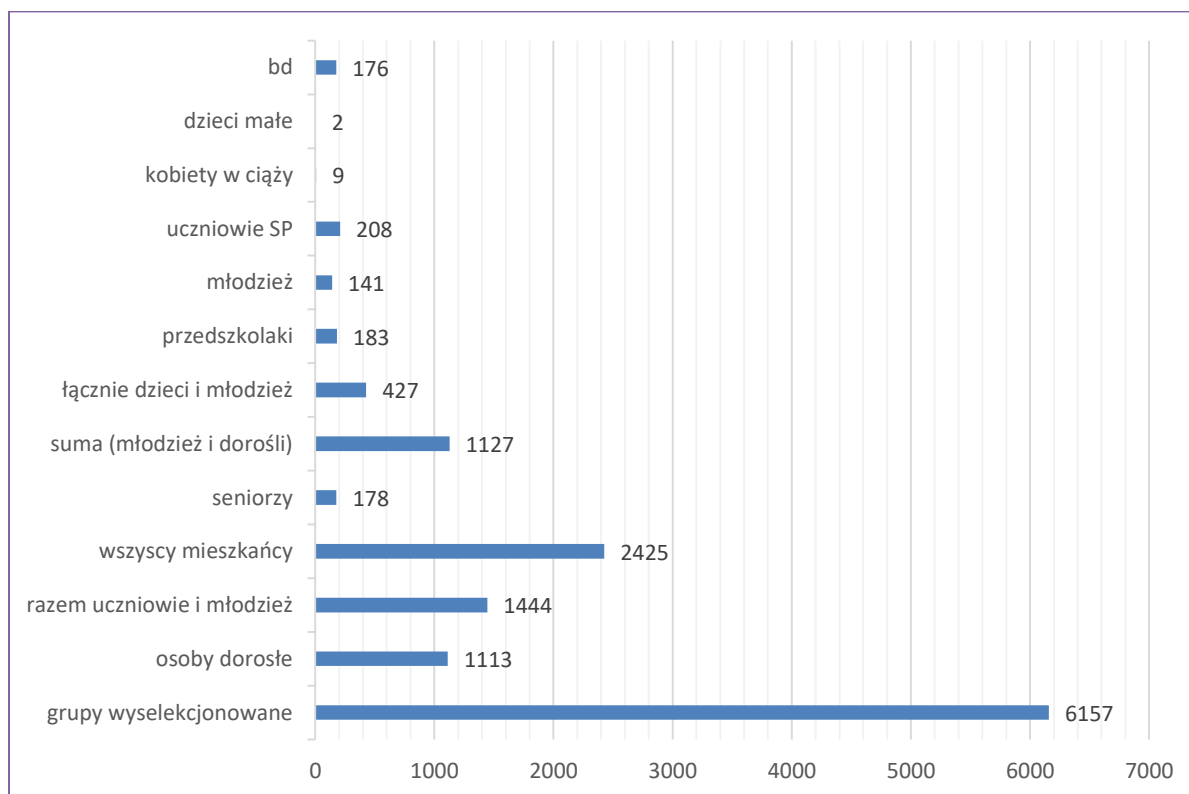
1. **Grupy wyselekcjonowane** – to osoby, które włączono do działania przez wzgląd na specyficzną cechę, np. wykonywany zawód (nauczyciele, psycholodzy), zachowanie (np. nadużywanie alkoholu, stosowanie substancji psychoaktywnych) bądź sytuację (np. przebywanie na koloniach/obozach, korzystanie ze stołówki 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= 6157; 45,31%), a więc osoby, które brały udział w działaniach przez wzgląd na ściśle określoną cechę, np. bycie nauczycielem, rodzicem, policjantem, bycie pracownikiem narażonym na negatywny wpływ miejsca

pracy na zdrowie czy osobą prezentującą niebezpieczne zachowania zdrowotne. Następnie byli to wszyscy mieszkańcy (n=2425; 17,84%). W przypadku 176 zadań (1,30%) nie określono grupy docelowej (wskazując wprost, grupy docelowej nie było, albo opisując czynności wykonane w działaniu). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 4 oraz Tabela 5.

Tabela 5. Rodzaj grupy docelowej w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne (liczba i %)

Grupa docelowa	Liczba	Procent
Grupy wyselekcjonowane	6157	45,31%
Osoby dorosłe	1113	8,19%
Razem uczniowie i młodzież	1444	10,63%
Wszyscy mieszkańcy	2425	17,84%
Seniorzy	178	1,31%
Suma (młodzież i dorośli)	1127	8,29%
Łącznie dzieci i młodzież	427	3,14%
Przedszkolaki	183	1,35%
Młodzież	141	1,04%
Uczniowie SP	208	1,53%
Kobiety w ciąży	9	0,07%
Dzieci małe	2	0,01%
Bd	176	1,30%
SUMA	13590	100%



Rycina 4. 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 (0-38433000).

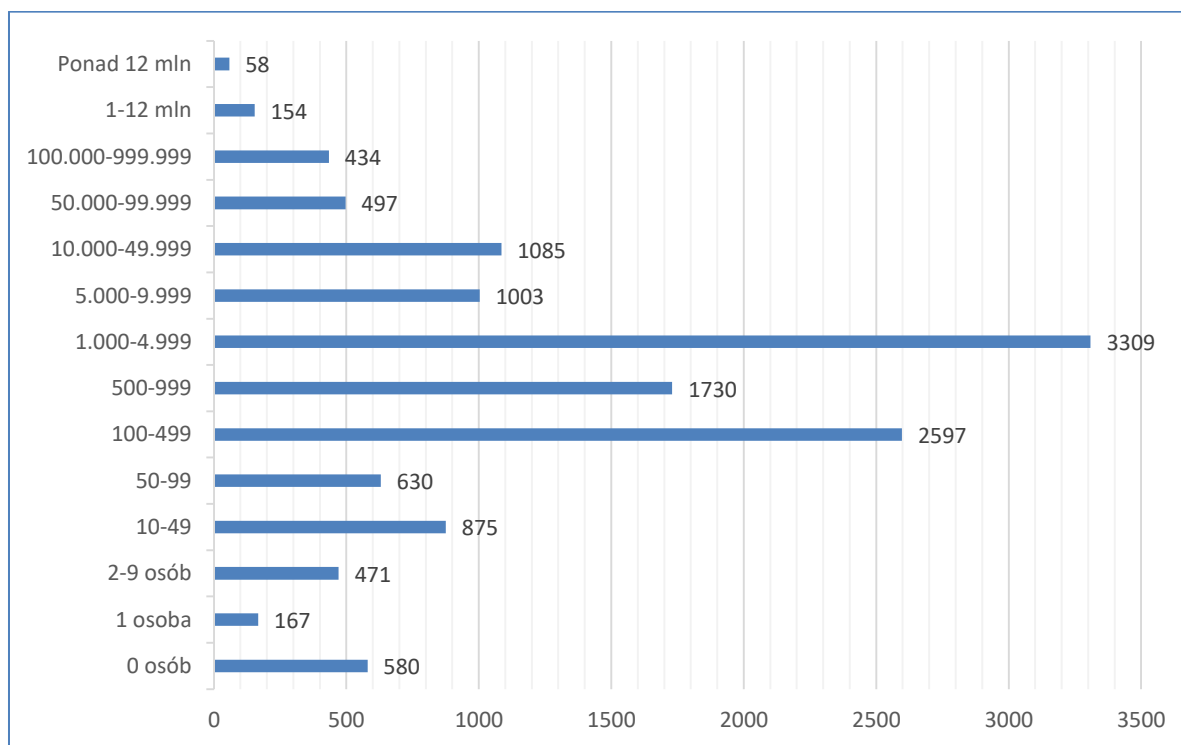
Jednoczasowa analiza danych nt. wielkości populacji docelowej z danymi nt. wartości środków wykazanych w kolumnie koszt całkowity realizacji zadania wykazała, że sumaryczna kwota środków wydatkowana na działania, dla których wskazano 0 osób w populacji docelowej wyniosła blisko 188 mln zł, z maksymalną kwotą przypadającą na jedno działanie o wartości ponad 138 mln zł.

Średnia liczba osób biorących udział w działaniach realizowanych przez podmioty centralne w roku 2018 wynosiła około 203 tys. osób (Me=895). Pozostałe miary rozkładu zaprezentowano zbiorczo - Tabela 18.

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=3309; 24,35%) oraz 100-499 osób (n=2597; 19,11%). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 6 oraz Rycina 5.

Tabela 6. Liczba osób w populacji docelowej w przedziałach (liczba i %)

Liczba osób w przedziałach	Liczba	Procent
0 osób	580	4,27%
1 osoba	167	1,23%
2-9 osób	471	3,47%
10-49	875	6,44%
50-99	630	4,64%
100-499	2597	19,11%
500-999	1730	12,73%
1.000-4.999	3309	24,35%
5.000-9.999	1003	7,38%
10.000-49.999	1085	7,98%
50.000-99.999	497	3,66%
100.000-999.999	434	3,19%
1-12 mln	154	1,13%
Ponad 12 mln	58	0,43%
SUMA	13590	100%



Rycina 5. Liczba osób biorących udział w działaniach z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne w przedziałach

5.2.6. REALIZATOR ZADANIA

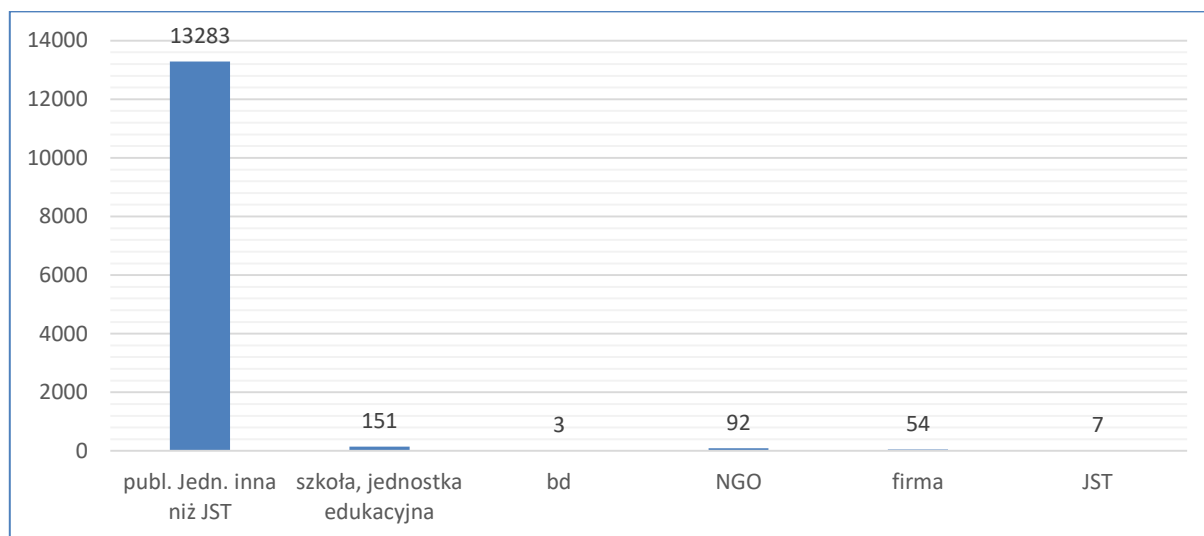
W celu określenia rodzaju podmiotu realizującego zadanie z zakresu zdrowia publicznego zastosowano podział na następujące grupy:

- **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 NZZy;
- **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=13283; 97,74%) oraz w następnej kolejności szkoły i jednostki edukacyjne (n=151; 1,11%). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 7 oraz Rycina 6. W przypadku 37 zadań podmiot centralny nie określił w sposób konkretny realizatora działań.

Tabela 7. Rodzaj podmiotu centralnego realizującego działanie z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)

Realizator zadania (rodzaj)	Liczba	Procent
Publ. Jedn. Inna niż JST	13283	97,74%
Szkoła, jednostka edukacyjna	151	1,11%
Bd	3	0,02%
NGO	92	0,68%
Firma	54	0,40%
JST	7	0,05%
Suma	13590	100%



Rycina 6. 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:

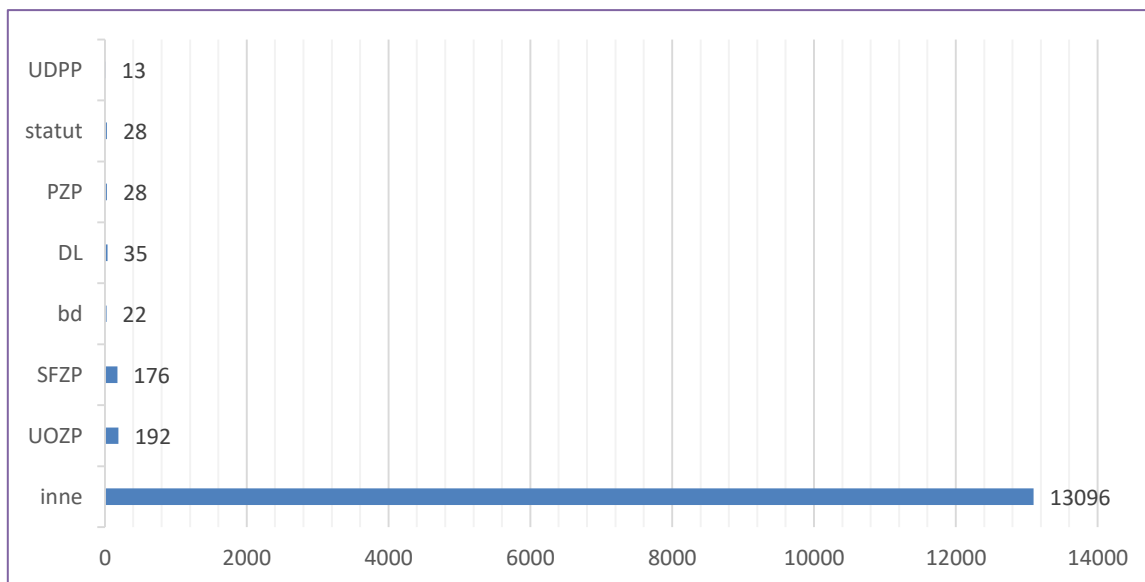
- **SFZP** - ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.);
- **PZP** – ustawa prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm.);
- **UOZP** – ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 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=13096; 96,36%) 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 8 oraz Rycina 7.

Tabela 8. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne (liczba i %)

Tryb realizacji zadania	Liczba	Procent
Inne	13096	96,36%
UOZP	192	1,41%
SFZP	176	1,30%
Bd	22	0,16%
DL	35	0,26%
PZP	28	0,21%
Statut	28	0,21%
UDPP	13	0,10%
Suma	13590	100%



Rycina 7. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne

W 22 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) lub koszty jego realizacji. 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.

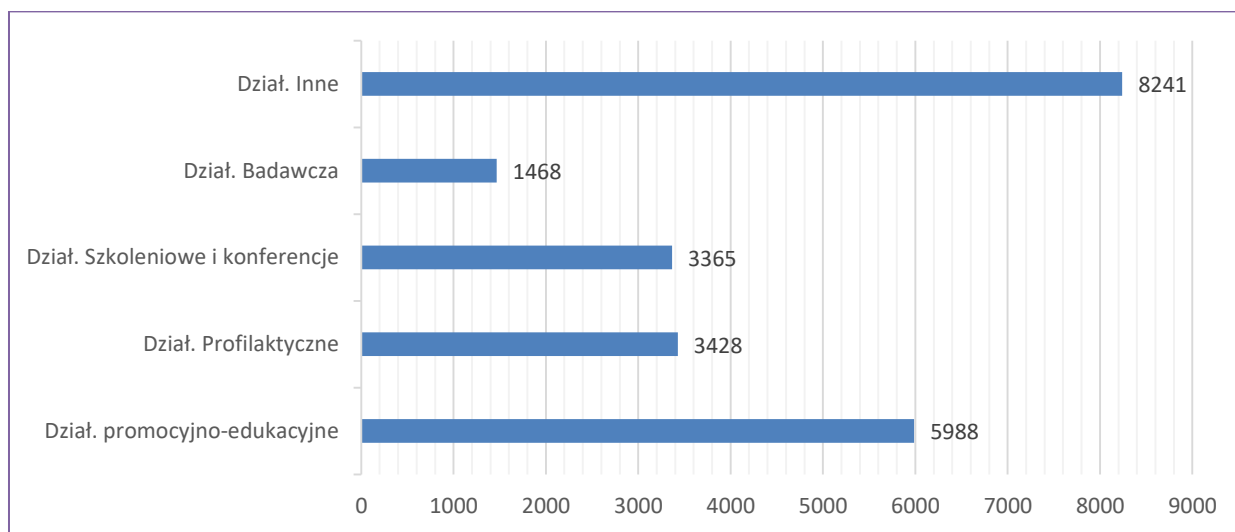
W ramach jednego zadania możliwe, ale nie obowiązkowe było podjęcie więcej niż jednego rodzaju działania. W takim wypadku podmiot centralny powinien określić liczbę zadań, a w przypadku części działań także liczbę osób poddanych określönemu działaniu.

Podmioty centralne podjęły działania w następującym zakresie:

- Działania promocyjno-edukacyjne - w 44,06% działań (n=5988);
- Działania profilaktyczne - w 25,22% działań (n=3428);
- Działania szkoleniowe i konferencje - w 24,76% działań (n=3365);
- Działalność badawczą - w 10,80% działań (n=1468);
- Działalność określoną jako inną - w 60,64% (n=8241).

Podmioty centralne najczęściej decydowały się na prowadzenie działalności określonęj jako „inna” (n=8241; 60,64%). Były to takie działania jak: kontrole/wizytacje/inspekcje oraz działania legislacyjne. W zdecydowanej większości tego rodzaju działania sprawozdawane były przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

Drugim w kolejności rodzajem działania pod względem częstości wdrażania były działania promocyjno-edukacyjne (n=5988; 44,06%). Były to takie działania jak np. publikowanie informacji (zarówno w formie tradycyjnej jak i internetowej), prowadzenie akcji zdrowotnych czy kampanii społecznych, dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 8.



Rycina 8. Liczba działań podjętych w ramach zadań realizowanych przez podmioty centralne

W grupie działań określonych jako „inne” oszacowano liczbę działań mających charakter kontroli sanitarnych obiektów, pobierania próbek, wydawania decyzji administracyjnych itp. Ich liczba została określona na około 6500. 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 3500 działań.

Dane na temat liczby osób biorących udział w poszczególnych rodzajach działań jak również o liczbie samych działań są przedstawiono zbiorczo - Tabela 18.

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 zerowa. Ma to istotny wpływ na wartość wyników statystyk opisowych, stąd dokonując analizy porównawczej z rokiem 2017 (zaprezentowanej w dalszej części raportu) analizę wykonywano dwukrotnie – z i bez uwzględniania wartości zerowych.

Należy zauważyć, że ani czas, ani nakład pracy pracowników danej instytucji nie był wyceniany przez podmioty centralne, co może niesłusznie sugerować, że zadania nie były powiązane z żadnymi kosztami. W rzeczywistości nie wykonano takich, przynajmniej szacunkowych 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=12822; 94,35%). W grupie tej najczęściej pojawiającym się realizatorem były stacje sanitarno-epidemiologiczne. Następnym pod względem częstości podmiotem finansującym były ministerstwa (n=550; 4,05%). W 52 zadaniach (co stanowiło 0,29%) 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 9 oraz Rycina 9.

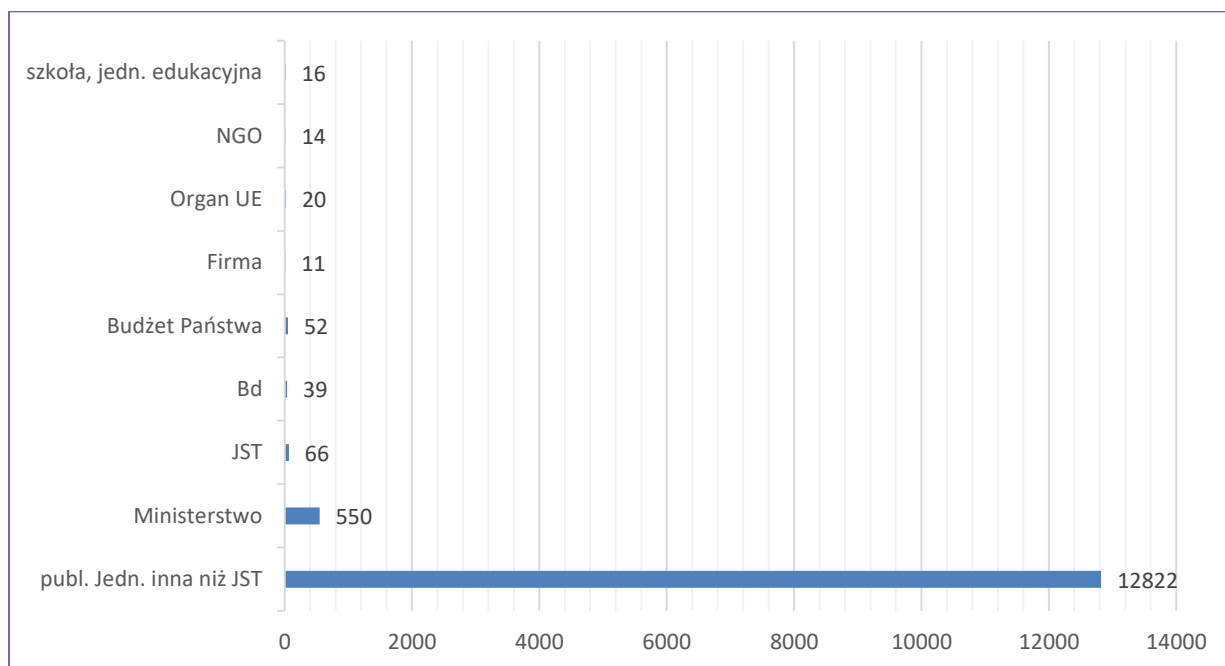
Tabela 9. Podmiot finansujący zadania z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj

Podmiot finansujący zadanie (rodzaj)	Liczba	Procent
Publ. Jedn. inna niż JST	12822	94,35%
Ministerstwo	550	4,05%
JST	66	0,49%
Bd	39	0,29%
Budżet Państwa	52	0,38%
Firma	11	0,08%
Organ UE	20	0,15%
NGO	14	0,10%
Szkoła, jedn. Edukacyjna	16	0,12%
Suma	13590	100%

Przykładowo, wybrane zadania, w których jako PF zostały wskazane NGO to:

- Program profilaktyki raka szyjki macicy pt. "Wybierz Życie - Pierwszy Krok"
- Międzynarodowy Dzień Osób Starszych - Jarmark kreatywności 2019;
- Inne działania w zakresie profilaktyki zakażeń HIV i zachorowań na AIDS (II Pomorski Festiwal Krótkich Filmów o HIV)

Należy zwrócić uwagę, że koszty sprawozdane przez podmiot sprawozdający w tym wypadku wynosiły 0 zł, co oznaczało, że były to zadania własne jednostek. W związku z tym trudno jest określić dokładny koszty realizacji tych zadań. Były to zadania sprawozdane przez PSSE i Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.



Rycina 9. Liczba podmiotów finansujących zadania z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj

5.2.10. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PF

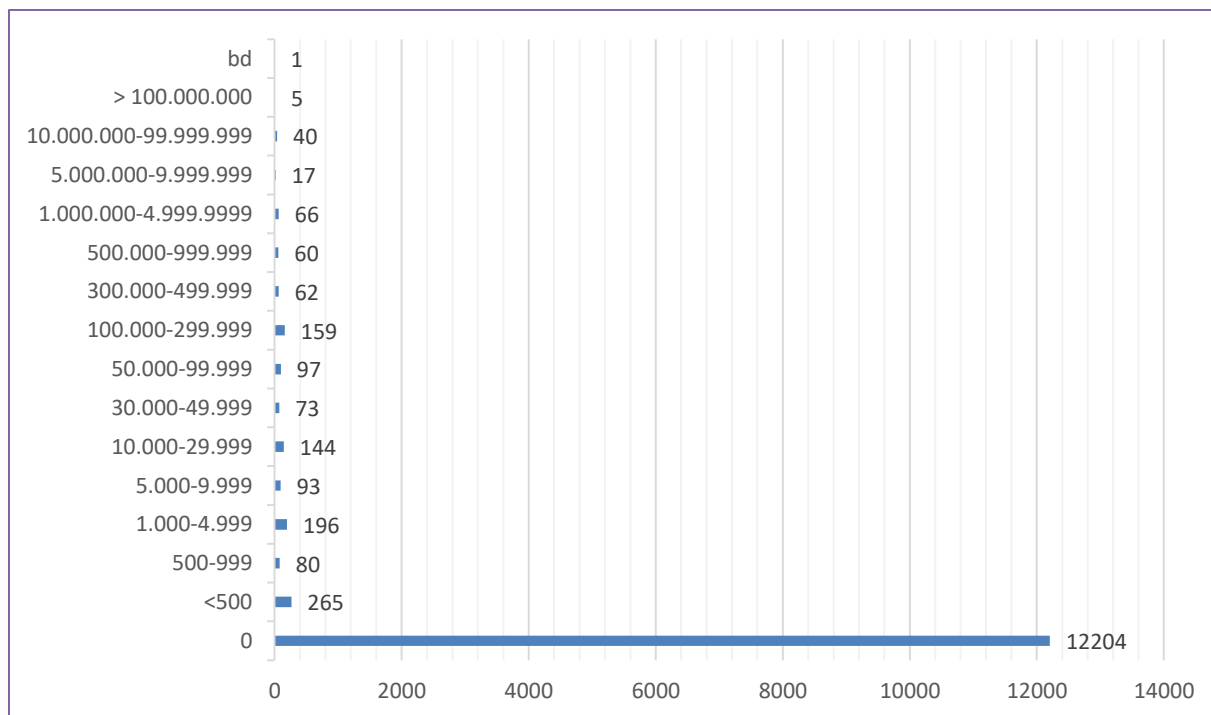
Kwoty, jakie podmioty finansujące przeznaczały na finansowanie działań z zakresu zdrowia publicznego wynosiły średnio nieco ponad 211 tys. zł (Me=0) i zamykały się w przedziale od 0 zł do ponad 466 mln zł. Udział procentowy wynosił średnio 99% i zawierał się w przedziale od 0 do 100%. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli zbiorczej z danymi ilościowymi - Tabela 18.

Analiza kwoty finansowania PF w przedziałach wykazała, że najczęściej wskazywano zerowe koszty realizacji działania – tak było aż w 89,99% działań (n=12204), kolejno < 500 zł (n=265; 1,95%). Pozostałe dane przedstawiono poniżej - Tabela 10 oraz Rycina 10.

Tabela 10. Kwota finansowania przez podmiot finansujący (PF) w przedziałach (liczba i %)

Kwota finansowania - PF	Liczba	Procent
0	12204	89,99%
<500	265	1,95%
500-999	80	0,59%
1.000-4.999	196	1,45%
5.000-9.999	93	0,69%
10.000-29.999	144	1,06%
30.000-49.999	73	0,54%
50.000-99.999	97	0,72%
100.000-299.999	159	1,17%
300.000-499.999	62	0,46%

500.000-999.999	60	0,44%
1.000.000-4.999.999	66	0,49%
5.000.000-9.999.999	17	0,13%
10.000.000-99.999.999	40	0,29%
> 100.000.000	5	0,04%
bd	1	0,01%
SUMA	13562	100%

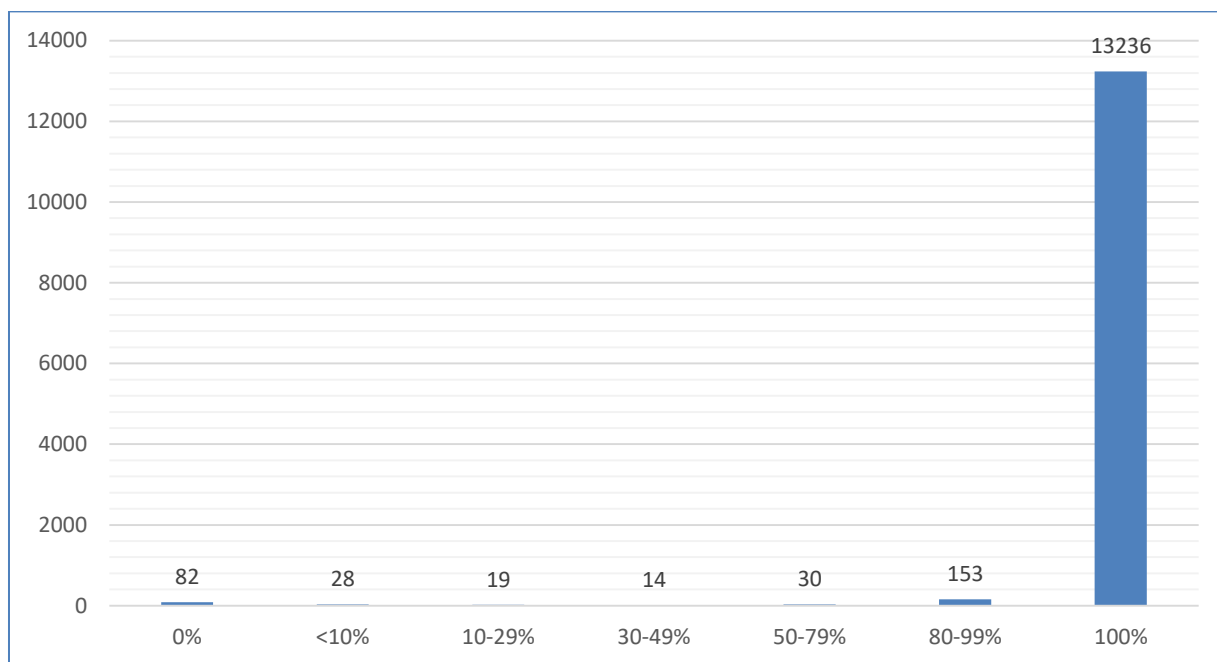


Rycina 10. Kwota finansowania działań przez podmiot finansujący w przedziałach

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 11 oraz Rycina 11.

Tabela 11. Zakres finansowania zadań przez PF w przedziałach (liczba i %)

Zakres finansowania (w%) - PF	Liczba	Procent
0%	82	0,60%
<10%	28	0,21%
10-29%	19	0,14%
30-49%	14	0,10%
50-79%	30	0,22%
80-99%	153	1,13%
100%	13236	97,60%
SUMA	13562	100%



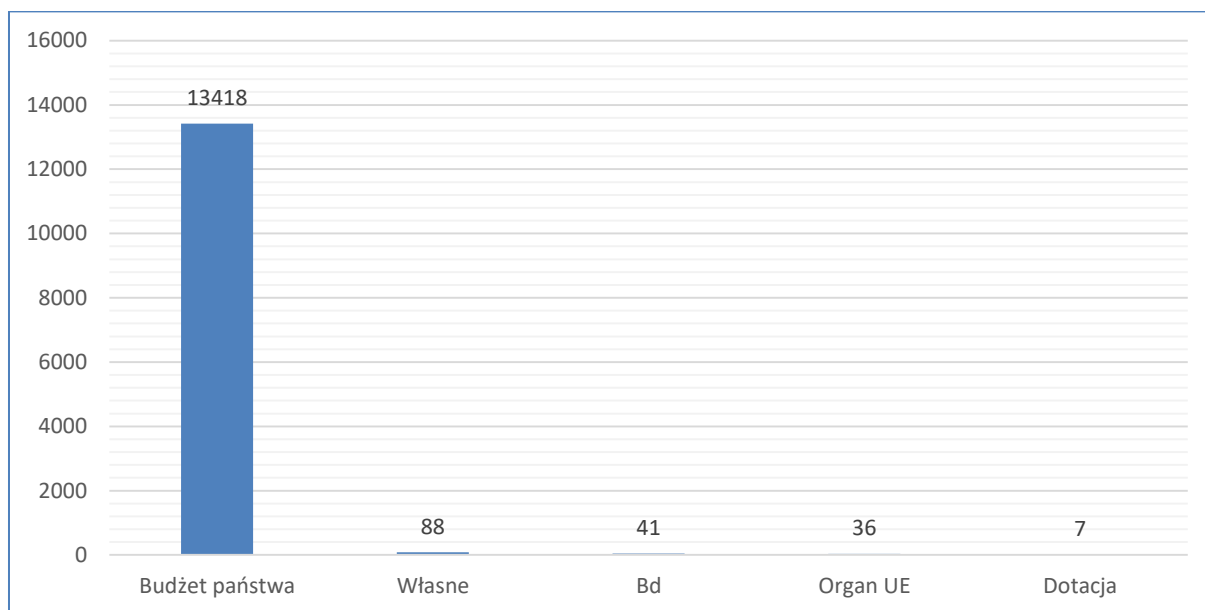
Rycina 11. Zakres finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego przez PF - ujęcie przedziałowe (w%)

Źródłem finansowania, które było najczęściej wskazywane przez PF był budżet państwa (n=13148; 98,73%), a następnie własne źródło finansowania (n=88; 0,65%). W 41 przypadkach (0,30% ogółu) podmiot sprawozdający nie wskazał źródła finansowania podmiotu finansującego (mimo podania innych danych wskazujący na jego istnienie).

Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 12 oraz Rycina 12. W przypadku 56 zadań podmiot centralny nie sprawozdał źródła finansowania podmiotu finansującego.

Tabela 12. Źródło finansowania PF (liczba i %)

Źródło finansowania - PF	Liczba	Procent
Budżet państwa	13418	98,73%
Własne	88	0,65%
Bd	41	0,30%
Organ UE	36	0,26%
Dotacja	7	0,05%
SUMA	13590	100%



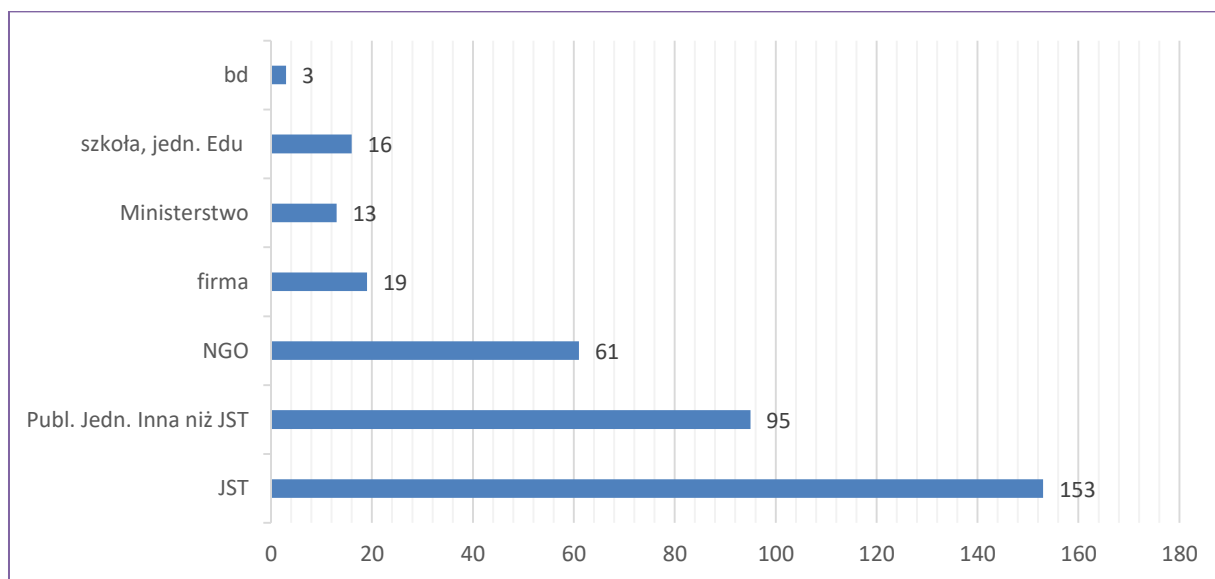
Rycina 12. Źródło finansowania podmiotu finansującego (PF)

5.2.11. PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Podmiotem współfinansującym zadanie (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 podmiotu współfinansującego – pomimo podania danych finansowych w odniesieniu do współfinansowania zadania. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 13 oraz Rycina 13.

Tabela 13. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)

Podmiot współfinansujący zadanie PWF (rodzaj)	Liczba	Procent
JST	153	42,50%
Publ. Jedn. Inna niż JST	95	26,39%
NGO	61	16,94%
Firma	19	5,28%
Ministerstwo	13	3,61%
Szkoła, jedn. Edu	16	4,44%
Bd	3	0,83%
SUMA	360	100%



Rycina 13. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego

5.2.12. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PWF

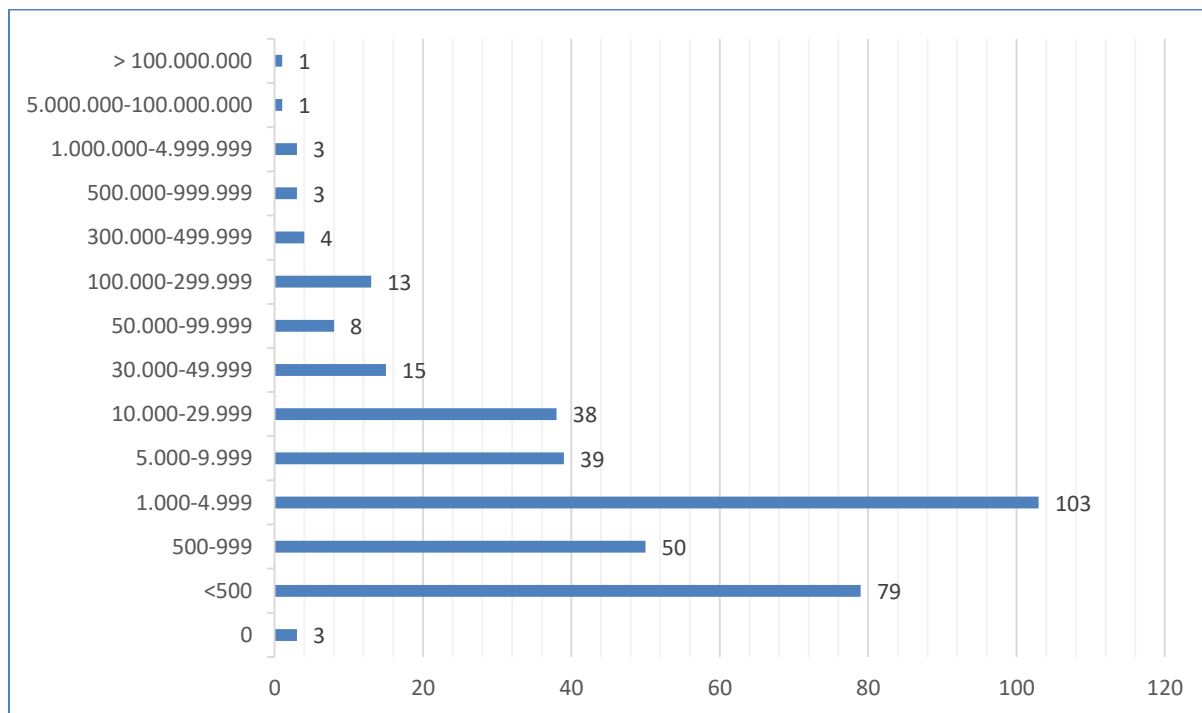
Podmioty współfinansujące przeznaczały na realizację zadań średnio około 790 tys. zł (Me=2275 zł), przy czym wartość współfinansowania zawierała się w zakresie od 0 zł do 211 mln zł. Kwota 0 zł była jednocześnie wskazywana jako konkretny zakres finansowania, gdzie całkowite koszty zadania również wynosiły 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 1.000-4.999 zł (n=103; 28,61%), a następnie środki <500 zł (n=79; 21,94%). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 14 oraz Tabela 14.

Tabela 14. Kwota współfinansowania PWF w przedziałach

Kwota finansowania - PWF	Liczba	Procent
0	3	0,83%
<500	79	21,94%
500-999	50	13,89%
1.000-4.999	103	28,61%
5.000-9.999	39	10,83%
10.000-29.999	38	10,56%
30.000-49.999	15	4,17%
50.000-99.999	8	2,22%
100.000-299.999	13	3,61%
300.000-499.999	4	1,11%
500.000-999.999	3	0,83%
1.000.000-4.999.999	3	0,83%
5.000.000-100.000.000	1	0,28%

> 100.000.000	1	0,28%
SUMA	360	100%

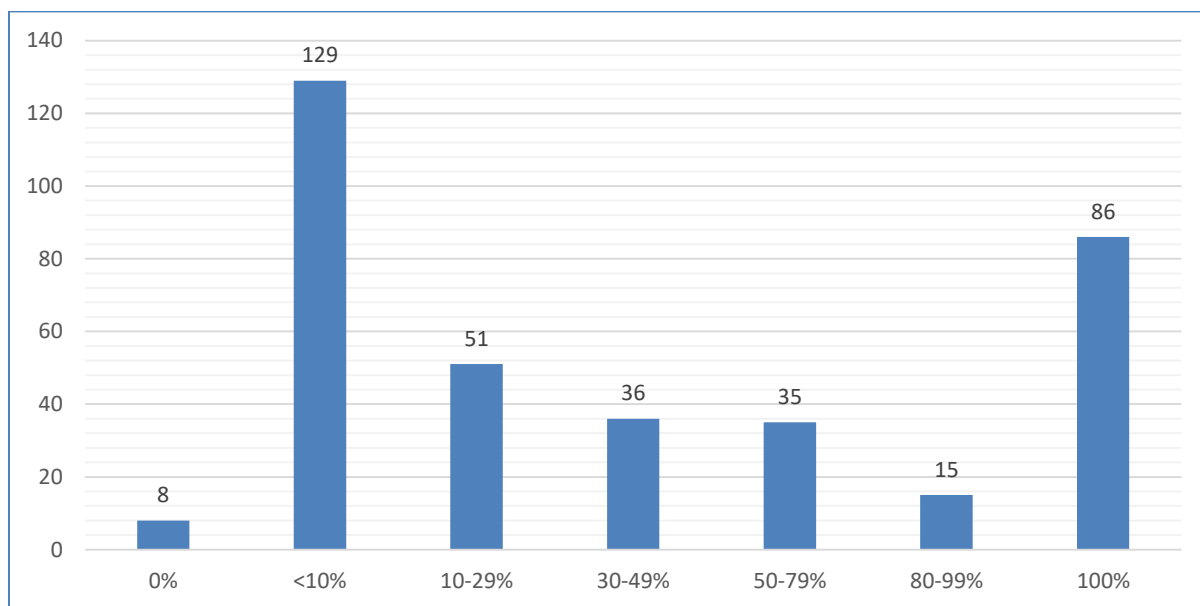


Rycina 14. Kwota współfinansowania PWF w przedsiębiorstwach

Poziom współfinansowania PWF charakteryzował się dużym zróżnicowaniem – najczęściej było <10% (n=129; 35,83%), następnie zaś 100% (23,89%). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 15 oraz Tabela 15.

Tabela 15. Zakres współfinansowania zadania przez PWF w przedsiębiorstwach (w %)

Zakres finansowania (w%) - PWF	Liczba	Procent
0%	8	2,22%
<10%	129	35,83%
10-29%	51	14,17%
30-49%	36	10,00%
50-79%	35	9,72%
80-99%	15	4,17%
100%	86	23,89%
SUMA	360	100%

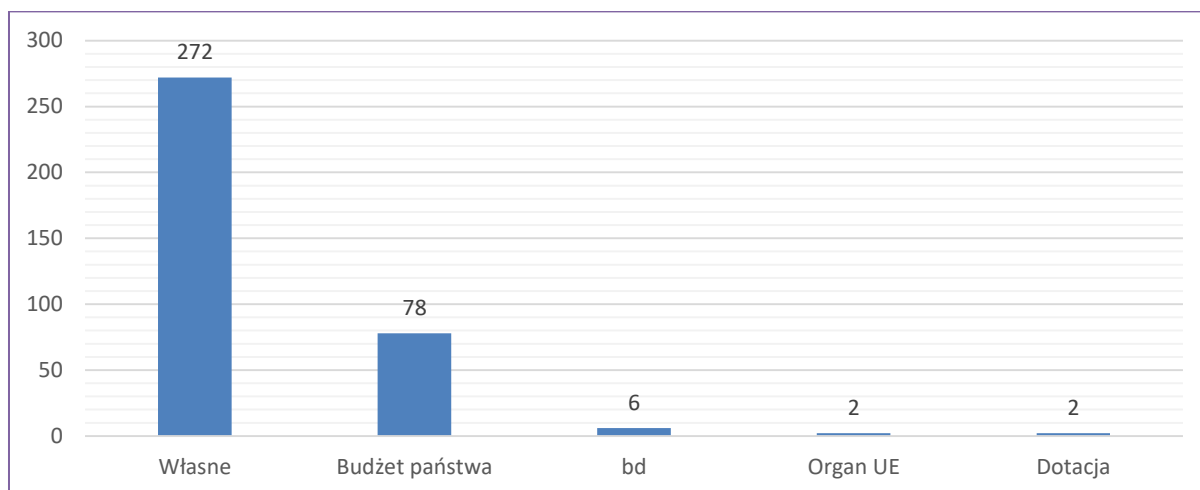


Rycina 15. Zakres współfinansowania zadań przez PWF w przedziałach (w %)

Najczęściej wskazywanym źródłem finansowania udziału PWF w zadaniach z zakresu zdrowia publicznego były własne zasoby finansowe (n=272; 75,56%), a następnie budżet państwa (n=78; 21,67%). W 6 przypadkach podmiot centralny nie sprawozdał źródła finansowania PWF. Pozostałe dane poniżej - Tabela 16 oraz Rycina 16.

Tabela 16. Źródło finansowania PWF (rodzaj)

Źródło finansowania - PWF	Liczba	Procent
Własne	272	75,56%
Budżet państwa	78	21,67%
Bd	6	1,67%
Organ UE	2	0,56%
Dotacja	2	0,56%
SUMA	360	100%



Rycina 16. Źródło finansowania PWF (rodzaj)

5.2.13. CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA

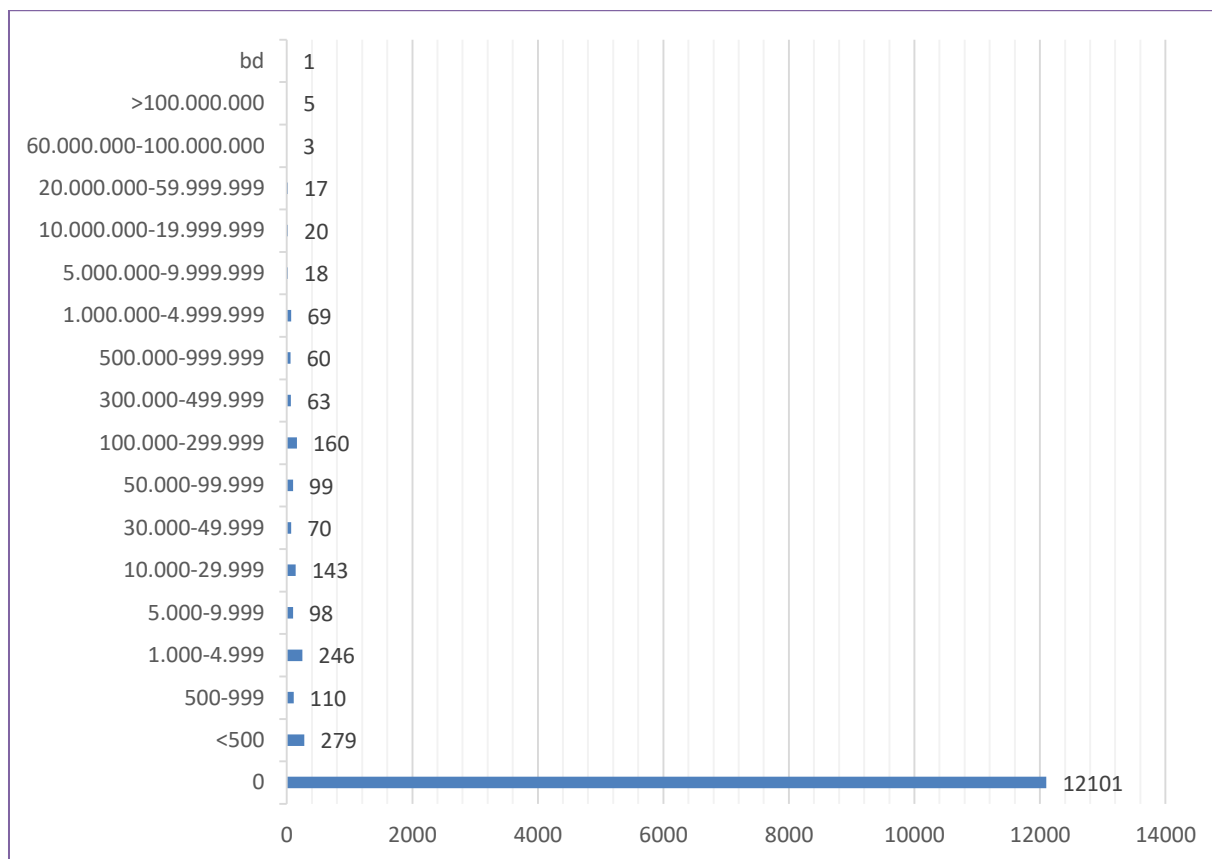
Całkowita kwota środków finansowych przeznaczona na działania z zakresu ZP (zgodnie ze sprawozdanymi danymi) wyniosła ponad 3,1 mld zł. Wśród raportowanych działań znalazło się pięć, których koszt całkowity przekraczał 100 mln zł. Były to działania realizowane przez Narodowe Centrum Nauki, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2 działania) i Narodowy Fundusz Zdrowia (2 działania).

Analiza przedziałowa wykazała, że najczęściej całkowity koszt realizacji był wskazywany na poziomie 0 zł (n=12101; 89,23%), a następnie mniej niż 500 zł (n=279; 2,06%). W 1 przypadku podmioty centralnie sprawozdały w sposób nieprawidłowy wartości całkowitych kosztów (kwota na minusie). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 17 oraz Tabela 17.

Tabela 17. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach

Całkowity koszt zadania	Liczba	Procent
0	12101	89,23%
<500	279	2,06%
500-999	110	0,81%
1.000-4.999	246	1,81%
5.000-9.999	98	0,72%
10.000-29.999	143	1,05%
30.000-49.999	70	0,52%
50.000-99.999	99	0,73%
100.000-299.999	160	1,18%
300.000-499.999	63	0,46%
500.000-999.999	60	0,44%
1.000.000-4.999.999	69	0,51%
5.000.000-9.999.999	18	0,13%
10.000.000-19.999.999	20	0,15%
20.000.000-59.999.999	17	0,13%

60.000.000-100.000.000	3	0,02%
>100.000.000	5	0,04%
Bd	1	0,01%
SUMA	13562	100%



Rycina 17. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach (w zł)

5.2.14. PODSUMOWANIE ANALIZY DANYCH IŁOŚCIOWYCH

Dla danych ilościowych dokonano analizy opisowej, posługując się standardowymi miarami położenia (średnia, mediana, wartość maksymalna i minimalna). Dane zaprezentowano w postaci zbiorczej poniżej – Tabela 18.

Tabela 18. Wyniki zbiorcze dla oceny danych ilościowych

Zmienna	N ważnych	Średnia	Mediana	Min	Maks
Czas trwania zadania (N dni)	13 579	326	365,00	1	365
Liczebność grupy docelowej	13 566	203 268	894,50	0	38 433 000

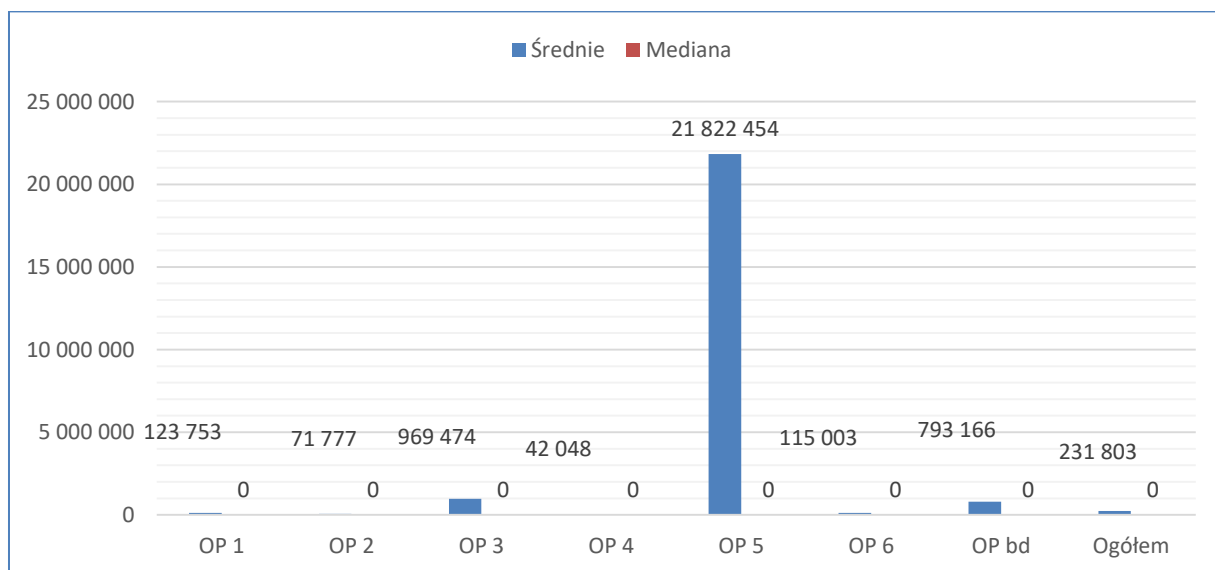
Dział. promocyjno-educacyjne - N działań	5 969	3	2,00	1	99
Dział. promocyjno-educacyjne - N osób	5 969	96 095	509,00	0	38 000 000
Dział. profilaktyczne - N działań	3 419	4	2,00	1	99
Dział. profilaktyczne - N osób	3 419	28 274	498,00	0	38 000 000
Dział. szkoleniowe i konferencje - N działań	3 342	2	1,00	1	99
Dział. szkoleniowe i konferencje - N osób	3 342	452	18,00	0	737 816
Dział. badawcza - N działań	1 452	2	1,00	1	99
Dział. inne - N działań	8 229	2	1,00	1	99
Kwota finansowania - PF	13 561	211 283	0,00	0	466 015 431
Zakres finansowania (w%) - PF	13 562	99%	100%	0%	100%
Kwota finansowania - PWF	360	789 718	2 275,00	0	210 993 306
Zakres finansowania (w%) - PWF	360	42%	24%	0%	100%
Całkowity koszt zadania	13 562	232 230	0,00	-2	677 008 737

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 22 mln zł, największą kwotę również wydano na zadanie przypisane do celu operacyjnego nr 5, – szczegółowe dane poniżej Tabela 19 oraz Rycina 18.

Tabela 19. Całkowity koszt realizacji zadania w zależności od celu operacyjnego NPZ

Nr celu NPZ	Całkowity koszt zadania		
	Ważnych	Średnia	Mediana
CO 1	882	123 753	0
CO 2	4 314	71 777	0
CO 3	89	969 474	0
CO 4	7 684	42 048	0
CO 5	89	21 822 454	0
CO 6	34	115 003	0
CO bd	454	798 281	0
K – zadania koordynacyjne	10	560 944	124 859,90
Ogółem	13 556	231 803	0

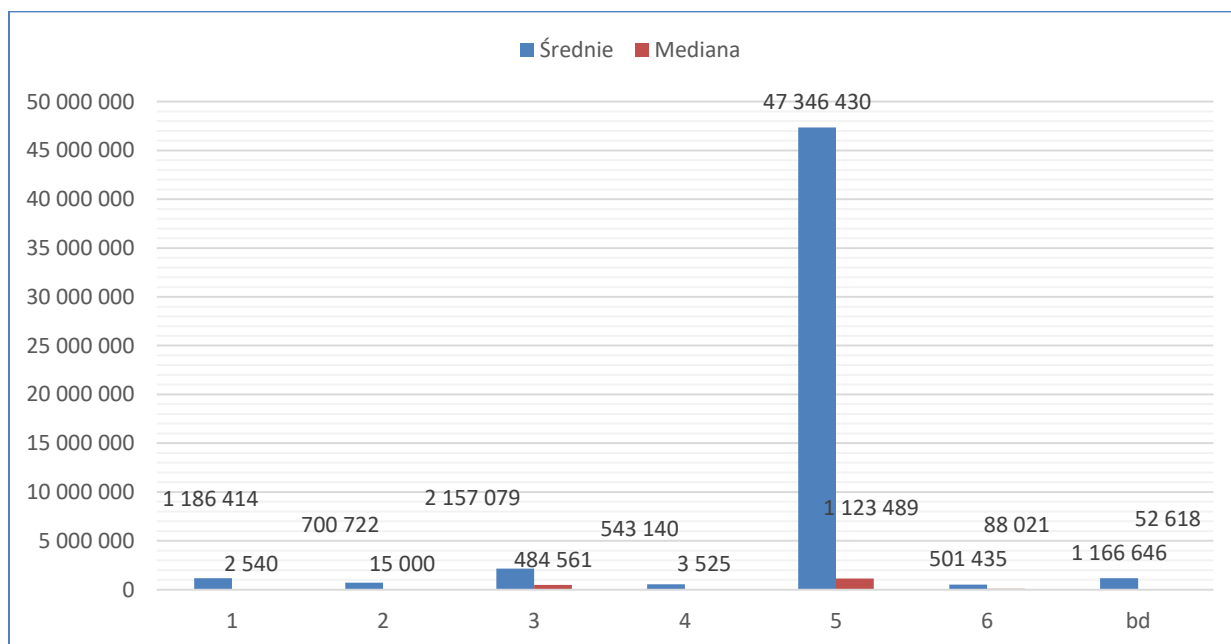


Rycina 18. Całkowite koszty realizacji zadania w odniesieniu do celów operacyjnych NPZ

Analizę wykonano także z wyłączeniem wartości 0 w rubryce koszty całkowite (do oceny możliwe było włączenie 1376 zadań, dla których dysponowano niezerowymi wynikami dla rubryki kosztów i wielkości populacji docelowej). Ponownie największe średnie koszty stwierdzono w przypadku celu operacyjnego nr 5.

Tabela 20. Całkowity koszt realizacji zadania w zależności od celu operacyjnego NPZ (bez uwzględniania 0)

NPZ nr celu	Całkowity koszt zadania		
	Ważnych	Średnia	Mediana
CO 1	92	1 186 414	2 540
CO 2	441	700 722	15 000
CO 3	40	2 157 079	484 561
CO 4	592	543 140	3 525
CO 5	41	47 346 430	1 123 489
CO 6	6	501 435	88 021
CO bd	156	1 734 064	41 927,0
K – zadania koordynacyjne	8	701 180	233 199,10
Ogółem	1376	2 152 277	7 557

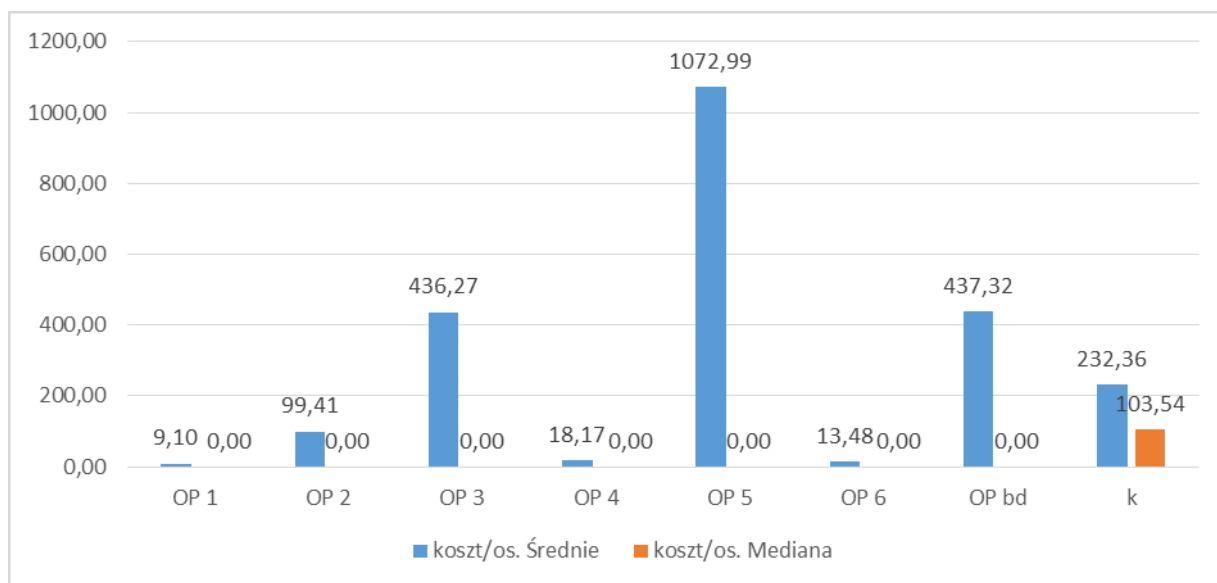


Rycina 19. Wartość średnia i mediana kosztu całkowitego zadań w odniesieniu do celu operacyjnego NPZ (bez 0)

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

Ogólnie, średni koszt realizacji zadania z zakresu ZP w roku 2018 w przeliczeniu na 1 osobę wyniósł 65,47 zł (Me=0).

Największe średnie koszty w przeliczeniu na 1 osobę ponownie stwierdzono w przypadku celu operacyjnego nr 5 (1072,99 zł), tj. *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*, a następnie w przypadku celu operacyjnego nr 3 (436,27 zł), tj. *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństw*. Mediana wyniosła zero. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 19.

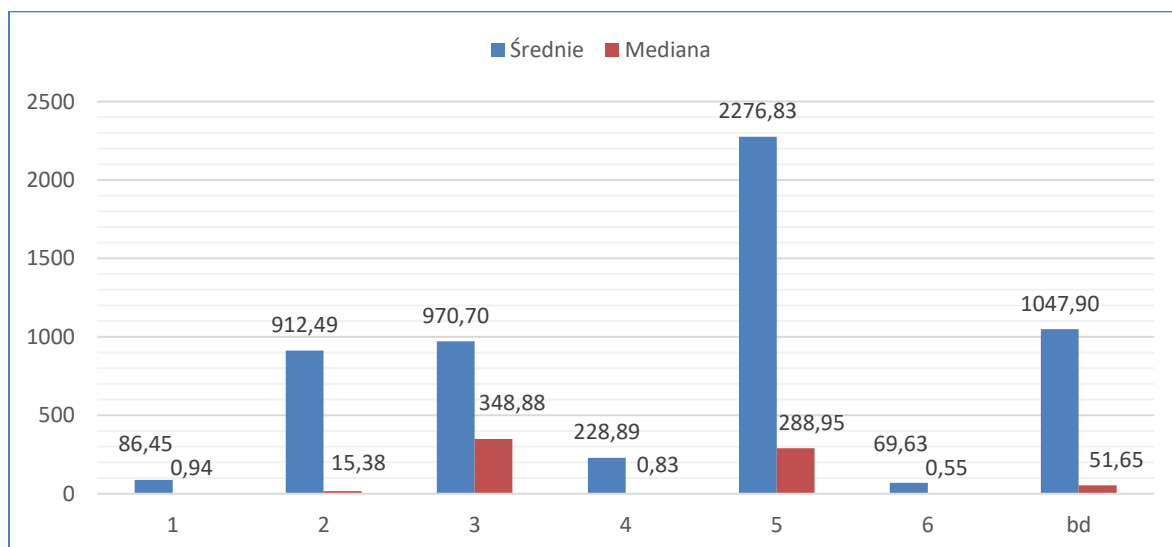


Rycina 19. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego (w zł)

Analizę wykonano również nie uwzględniając wartości 0 w kolumnie koszty (oraz grupa docelowa). Średnio na jedną osobę wydatkowano środki o wartości 617,96 zł, największe w przypadku działań odnoszących się do celu operacyjnego nr 5 (średnio 2276,83 zł, Me=288,95zł). Pozostałe dane poniżej.

Tabela 21. Średnia i mediana kosztu całkowitego realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w odniesieniu do nr celu operacyjnego NPZ (bez 0)

NPZ nr celu	koszt/os.	
	Średnia	Mediana
CO 1	86,45	0,94
CO 2	912,49	15,38
CO 3	970,70	348,88
CO 4	228,89	0,83
CO 5	2276,83	288,95
CO 6	69,63	0,55
CO bd	1094,72	40,00
K – zadania koordynacyjne	325,31	106,56
Ogółem	617,96	2,27



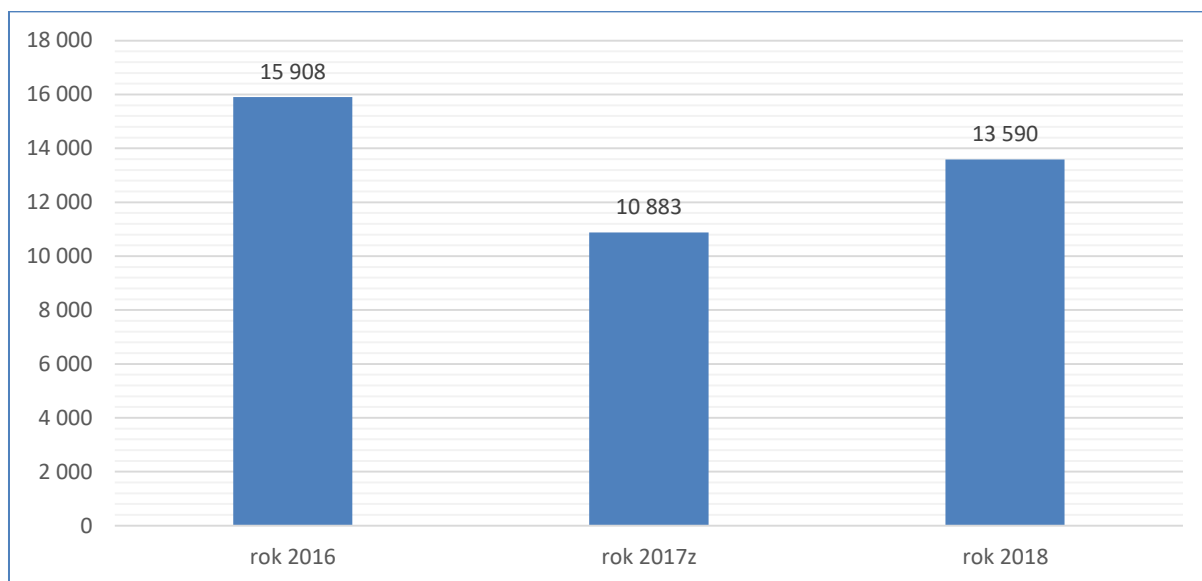
Rycina 20. Średnia i mediana kosztu całkowitego w przeliczeniu na 1 osobę w relacji do celu NPZ (bez 0)

5.3. ANALIZA PORÓWNAWCZA W LATACH 2016-2018

Analizę porównawczą roku 2018 przeprowadzono z rokiem 2016 oraz 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.

5.3.1. CAŁKOWITA LICZBA ZREALIZOWANYCH ZADAŃ

W latach 2016-2018 podmioty centralne sprawozdały w sumie 40 381 zadań, z czego najmniej w roku 2017, a najwięcej w roku 2016. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 21.

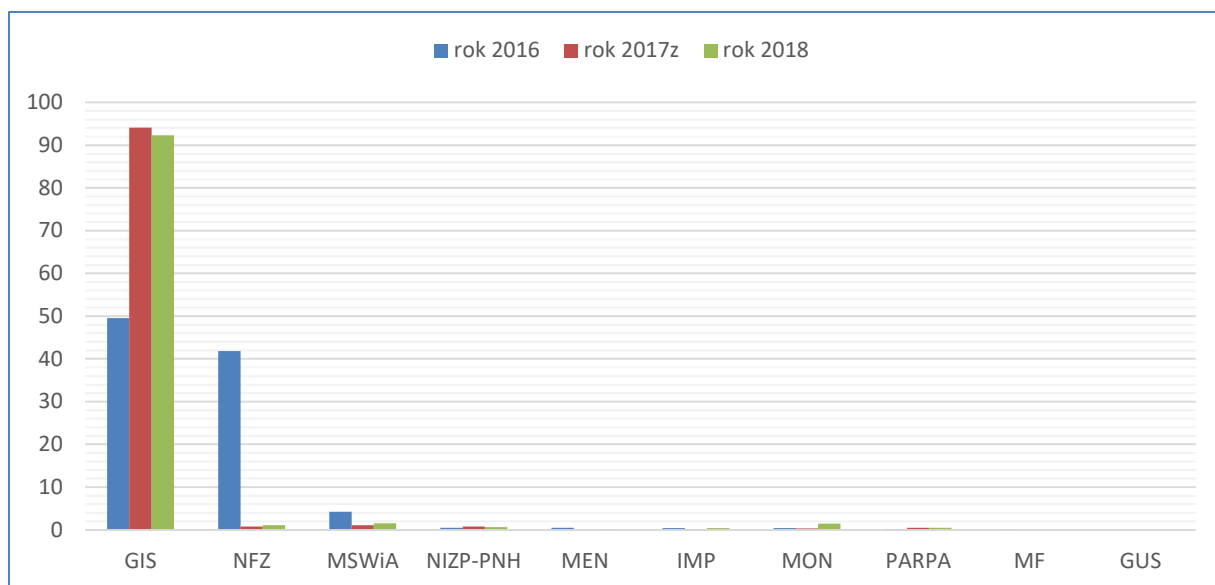


Rycina 21. Zmiana liczby zadań sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018

W latach 2016-2018 najwięcej zadań z zakresu zdrowia publicznego sprawozdała Państwowa Inspekcja Sanitarna (oznaczona jako GIS). W roku 2016 zadania realizowane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne stanowiły 49,54% ogółu zadań, w roku 2017 aż 94,09%, a rok później podobnie, bo 92,28%. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 22 oraz Rycina 22.

Tabela 22. 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 %)

	rok 2016	rok 2017z	rok 2018
GIS	49,54	94,09	92,28%
NFZ	41,87	0,79	1,12%
MSWiA	4,22	1,09	1,50%
NIZP-PNH	0,50	0,76	0,65%
MEN	0,47	0,07	0,13%
IMP	0,41	0,16	0,39%
MON	0,39	0,30	1,45%
PARPA	0,16	0,48	0,51%
MF	0,13	0,03	0,02%
GUS	0,02	0,00	0,02%



Rycina 22. Zmiana w % zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne w latach 2016-2018 (dla powtarzających się podmiotów)

5.3.2. LICZBA ZREALIZOWANYCH ZADAŃ W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

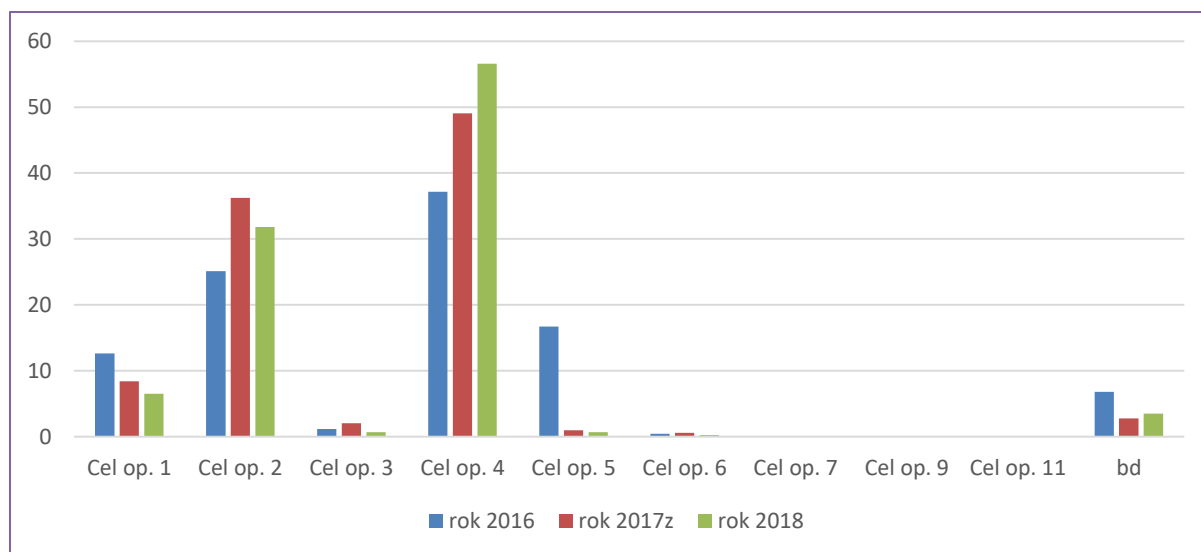
Zarówno w roku 2016 jak i w latach późniejszych najwięcej zadań było realizowanych w zakresie celu operacyjnego nr 4, tj. *Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.*

Uwagę zwraca fakt, że w roku 2017 w porównaniu z rokiem 2016 zmniejszył się odsetek zadań, w których podmioty centralne nie sprawozdały informacji o celu operacyjnym (odpowiednio 2,76% oraz 6,8%), aby w roku 2018 ponownie wzrosnąć do poziomu 3,50%. Pozostałe dane poniżej –Tabela 23 oraz Rycina 23.

Tabela 23. Zmiana liczby i odsetka zadań w poszczególnych celach operacyjnych NPZ w latach 2016-2018

Nr celu NPZ	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
CO 1	2007	12,62	914	8,40	883	6,50
CO 2	3992	25,09	3942	36,22	4326	31,83
CO 3	183	1,15	222	2,04	90	0,66
CO 4	5912	37,16	5338	49,05	7691	56,59
CO 5	2656	16,70	105	0,96	90	0,66
CO 6	65	0,41	62	0,57	34	0,25
CO 7	2	0,01	0	0,00	0	0,00
CO 9	3	0,02	0	0,00	0	0,00
CO 11	7	0,04	0	0,00	0	0,00
bd	1081	6,80	300	2,76	476	3,50

SUMA	15908	100	10883	100	13590	100
-------------	--------------	------------	--------------	------------	--------------	------------



Rycina 23. Zmiana odsetka zadań zrealizowanych w latach 2016-2018 w podziale na cele operacyjne (w %)

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

Analiza porównawcza w zakresie numeru zadania NPZ, jakie zostało przypisane działaniom przez podmioty centralne nastrocza 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 i 2018.

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 3 występowały wśród najczęściej raportowanych zarówno w roku 2016 jak i 2017 oraz 2018. 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*. Często pojawiającym się zadaniem było również 1.2.5 w ramach CO 4, co odpowiada

tytułowi: *prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych promujących zachowania prozdrowotne w środowisku, miejscach pracy i pobytu*. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 24.

Tabela 24. Zmiana w zakresie najczęściej wskazywanych numerów zadań NPZ w latach 2016-2018 (pierwsze 10 miejsc) (liczba i %)

Nr zadania NPZ	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
bd	2021	12,70	567	5,21	476	3,50
2.5	1068	6,71	16	0,15	13	0,1
2.1.1.1.b	882	5,54	386	3,55	485	3,57
2.3	868	5,46	16	0,15	58	0,43
2.6	834	5,24	4	0,04	10	0,07
2.2	726	4,56	18	0,17	23	0,17
1.2.1	621	3,90	406	3,73	639	4,70
4.2.1	607	3,82	573	5,27	336	2,47
2.14	562	3,53	6	0,06	6	0,04
1.2.5	524	3,29	472	4,34	1514	11,14

5.3.4. CZAS TRWANIA ZADANIA

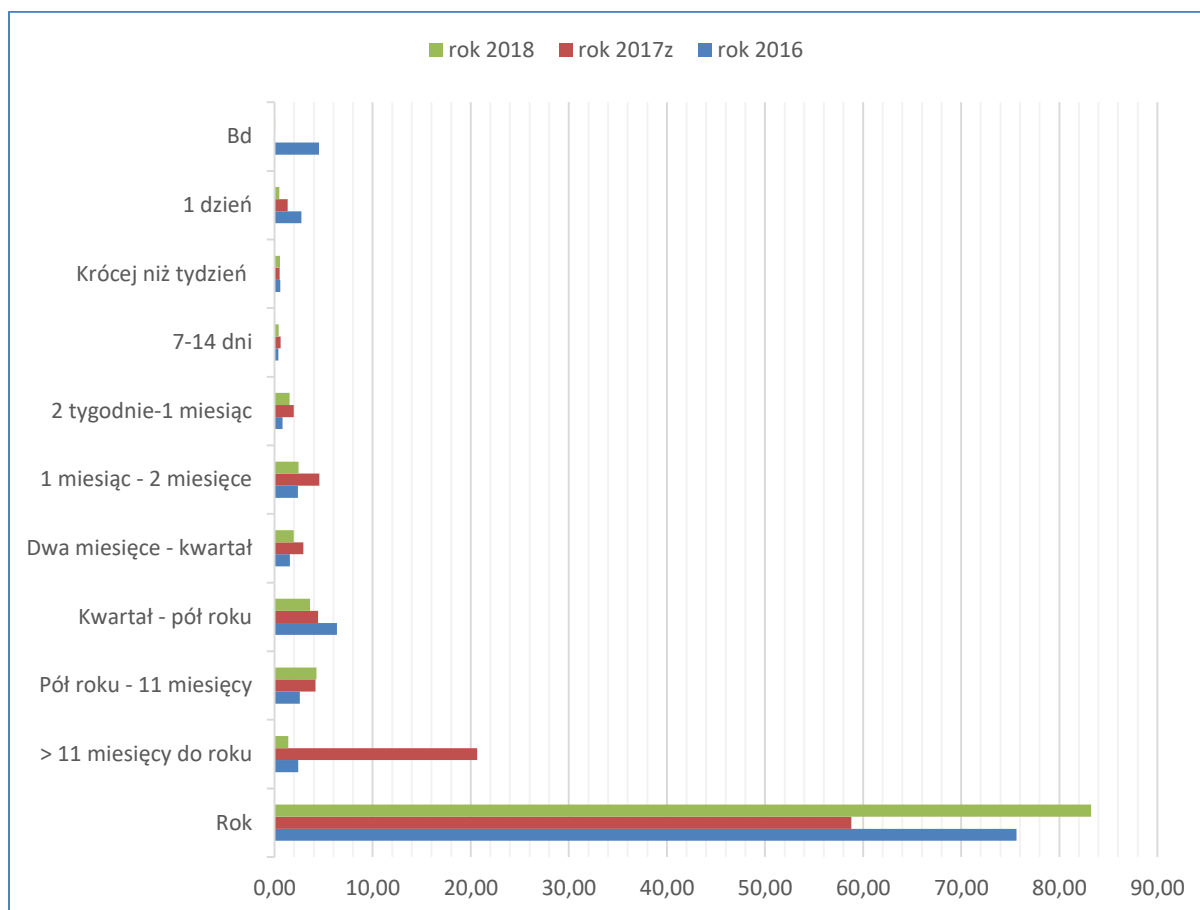
O ile średni czas trwania zadania uległ nieznacznemu skróceniu w roku 2017 w porównaniu z rokiem 2016 (z 317 do 311 dni), to w roku 2018 stwierdzono jego ponowne wydłużenie do 326 dni. Mediana nie zmieniła się w istotny sposób i wahała się w przedziale 364-365 dni. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli zbiorczej dla danych ilościowych – Tabela 36.

Analiza w przedziałach wykazała, że w latach 2016-2018 czas trwania programu wynosił najczęściej rok (odpowiednio 75,63% zadań w roku 2016, 58,81% w roku 2017 oraz 83,25% w roku 2018). Warto zauważyć, że wahała się liczba i odsetek zadań, dla których realizatorzy nie określili czasu trwania zadania z 4,52% w roku 2016 do zera w roku 2017, by ponownie zwiększyć się w roku 2018 do poziomu 0,07%. Były to jednak sytuacje sporadyczne. Szczegółowe dane poniżej - Rycina 24 oraz Tabela 25.

Tabela 25. Zmiana czasu trwania zadania w latach 2016-2018 (w przedziałach) – liczba i %

Czas trwania	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
Rok	12031	75,63	6400	58,81	11313	83,25
> 11 miesięcy do roku	385	2,42	2248	20,66	192	1,41
Pół roku - 11 miesięcy	409	2,57	454	4,17	579	4,26
Kwartał - pół roku	1010	6,35	482	4,43	490	3,61
Dwa miesiące - kwartał	250	1,57	318	2,92	267	1,96
1 miesiąc - 2 miesiące	379	2,38	496	4,56	333	2,45
2 tygodnie-1 miesiąc	132	0,83	214	1,97	208	1,53
7-14 dni	62	0,39	68	0,62	58	0,43

Krócej niż tydzień	94	0,59	58	0,53	75	0,55
1 dzień	437	2,75	145	1,33	66	0,49
Bd	719	4,52	0,00	0,00	9	0,07
SUMA	15908	100	10883	100	13590	100



Rycina 24. Zmiana czasu trwania zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (w%)

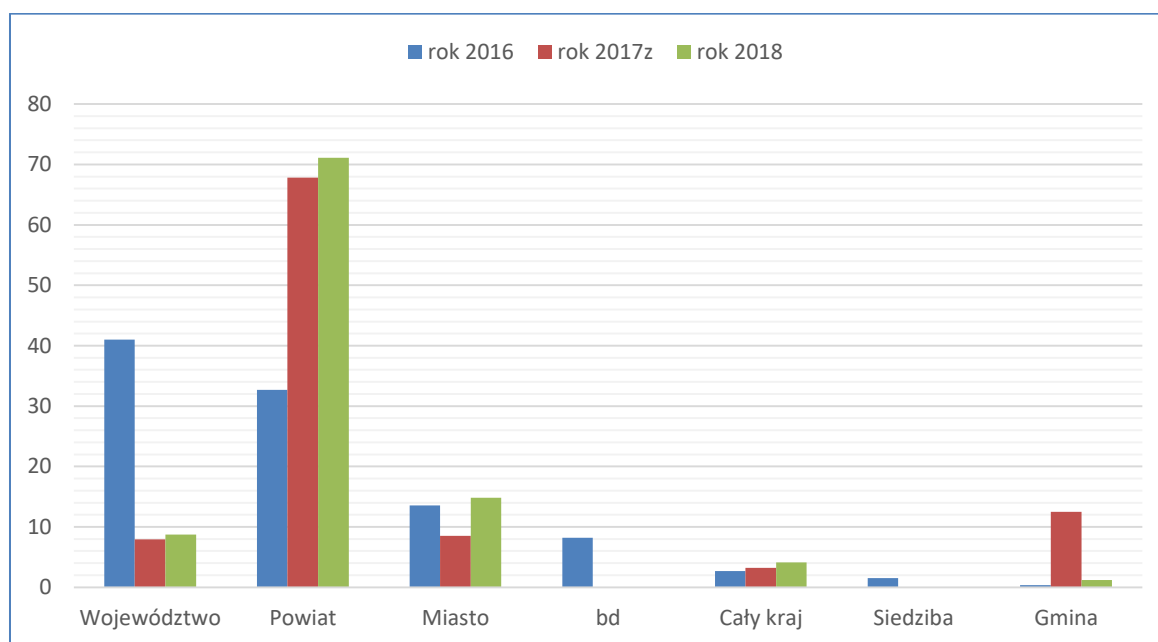
5.3.5. ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Zasięg terytorialny zadań realizowanych w latach poddanych analizie zmienił się. W roku 2016 zadania najczęściej obejmowały całe województwo, podczas gdy w latach 2017-2018 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, ani w roku 2017 ani w roku 2018 nie było ani jednej takiej

sytuacji. Odsetek programów, które obejmowały cały kraj był podobny w analizowanych latach, jednak co warto zauważyć - najwięcej takich działań zrealizowano w roku 2018 (n=556; 4,09%). Pozostałe dane poniżej – Tabela 26 oraz Rycina 25.

Tabela 26. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych w latach 2016-2018 (liczba i %)

Zasięg terytorialny	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Województwo	6527	41,03	863	7,93	1189	8,75
Powiat	5202	32,70	7381	67,82	9664	71,11
Miasto	2155	13,55	929	8,54	2016	14,83
Bd	1300	8,17	0	0,00	0	0,00
Cały kraj	429	2,70	352	3,23	556	4,09
Siedziba	241	1,51	0	0,00	0	0,00
Gmina	54	0,34	1358	12,48	165	1,21
SUMA	15908	100	10883	100	13590	100



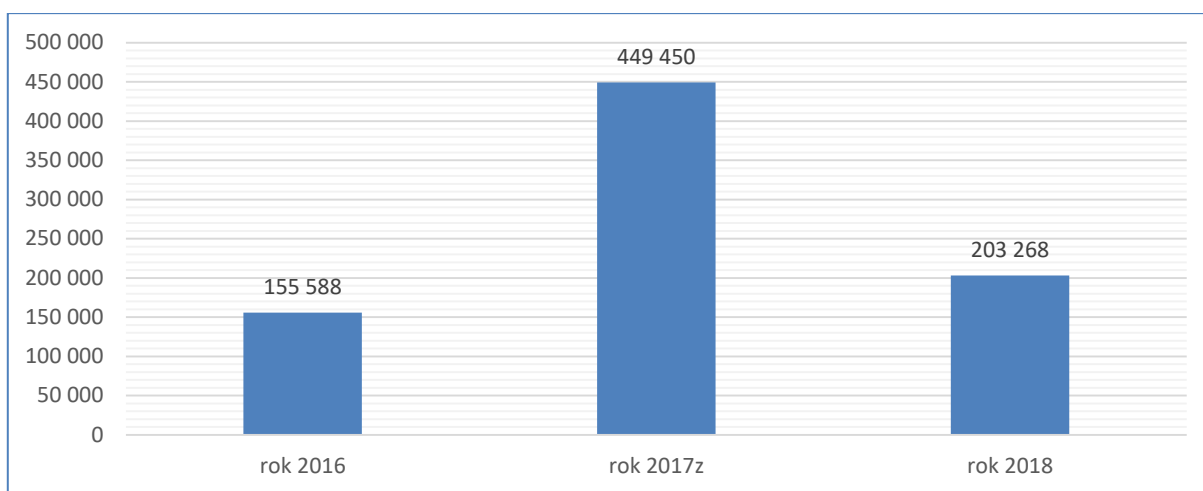
Rycina 25. Zmiana zakresu terytorialnego zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (w %)

5.3.6. 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 28), liczba zadań z populacją ponad 12 mln osób zwiększyła się blisko trzykrotnie w roku 2017 porównując z rokiem 2016.

W roku 2018 ponownie nastąpiło zmniejszenie średniej liczby osób biorącej udział w działaniach z zakresu zdrowia publicznego do około 203 tys., podobnie liczba działań dedykowanych populacji większej niż 38 mln osób zmniejszyła się do 46. Jak wynika z poniższych danych liczba działań dedykowanych do populacji ponad 12 mln. osób także się zmniejszyła (58 działań). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 26.

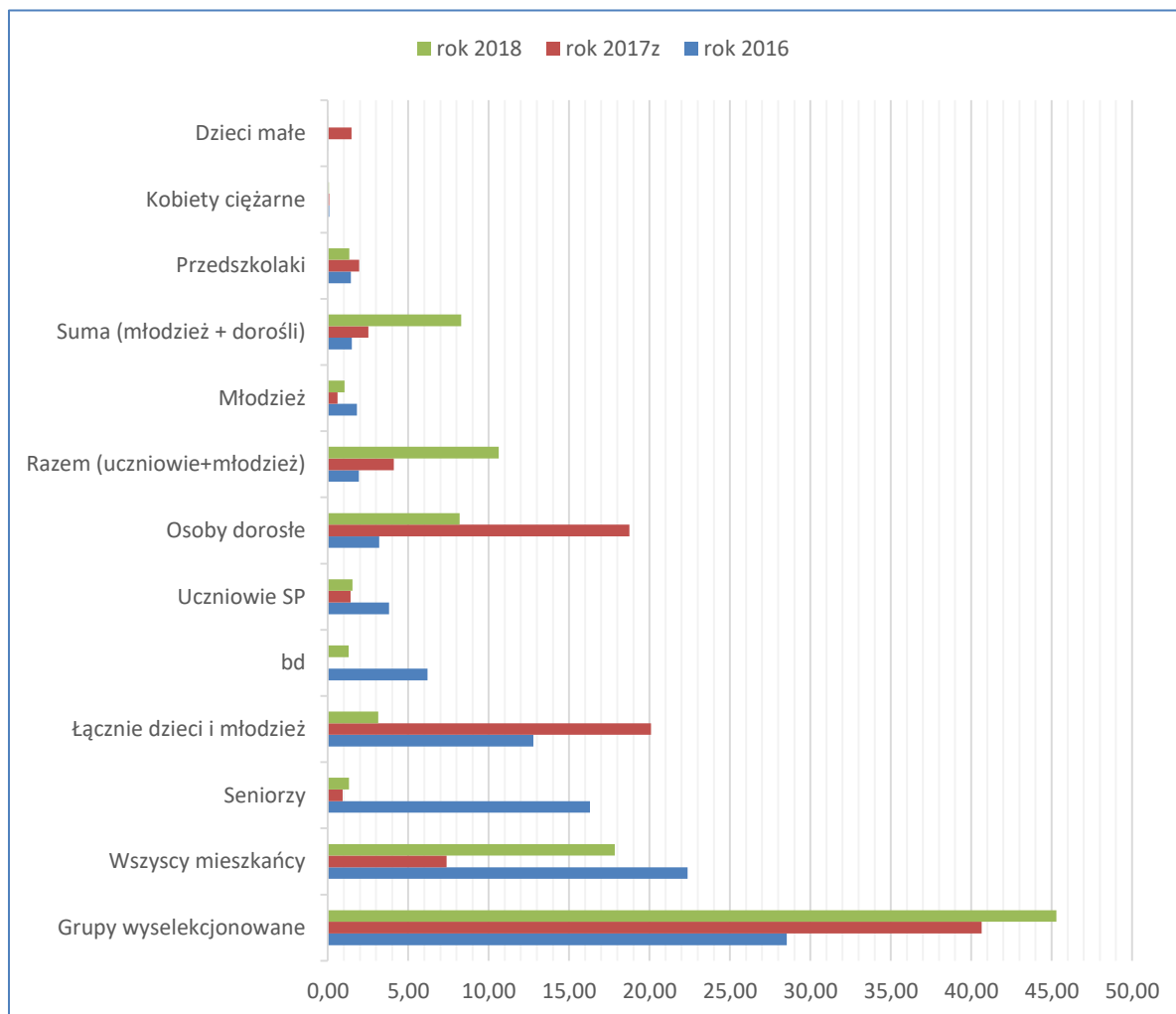


Rycina 26. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018

Także analiza jakościowa wykazała pewne różnice pomiędzy rodzajem populacji docelowej w latach 2016-2018, zwłaszcza pomiędzy rokiem 2016 i późniejszym okresem. W roku 2016 wybór grupy docelowej charakteryzował się większym zróżnicowaniem – co prawda podobnie jak w latach następnych najczęściej były to działania skierowane do grup wyselekcjonowanych (n=4539; 28,53%), to jednak przewaga tych działań nad innymi w latach 2017-2018 była jeszcze większa (w roku 2017 – 40,65%, a w roku 2018 nawet więcej, bo 45,31%). W roku 2018 działania częściej niż w latach poprzedzających kierowano łącznie do uczniów wszystkich poziomów edukacji i młodzieży (10,63% vs. 1,92% w roku 2016 i 4,11% w roku 2017). Wahaniu ulegała liczba działań kierowanych do ogółu mieszkańców – najmniej było ich w roku 2017 (7,38%), w latach 2016 i 2018 było ich odpowiednio 22,37% i 17,84%. Uwagę zwraca fakt, że o ile w roku 2017 jedynie w dwóch działaniach podmioty sprawozdające nie określiły grupy docelowej, to w roku 2018 ponownie pojawiły się bardziej liczne problemy w tym zakresie (n=176; 1,30%). Pozostałe dane poniżej - Tabela 27 oraz Rycina 27.

Tabela 27. Zmiana rodzaju populacji docelowej działań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (liczba i %)

Grupa docelowa (rodzaj)	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Grupy wyselekcjonowane	4539	28,53	4424	40,65	6157	45,31
Wszyscy mieszkańcy	3558	22,37	803	7,38	2425	17,84
Seniorzy	2605	16,31	101	0,93	178	1,31
łącznie dzieci i młodzież	2032	12,77	2186	20,09	427	3,14
Zadania nie dotyczące populacji (np. badania laboratoryjne)	985	6,19	2	0,02	176	1,30
Uczniowie SP	606	3,81	155	1,42	208	1,53
Osoby dorosłe	507	3,19	2040	18,74	1113	8,19
Razem (uczniowie+ młodzież)	306	1,92	447	4,11	1444	10,63
Młodzież	289	1,82	66	0,61	141	1,04
Suma (młodzież + dorośli)	237	1,49	275	2,53	1127	8,29
Przedszkolaki	228	1,43	212	1,95	183	1,35
Kobiety ciężarne	15	0,09	11	0,10	9	0,07
Dzieci małe	1	0,01	161	1,48	2	0,01
SUMA	15908	100	10883	100	13590	100

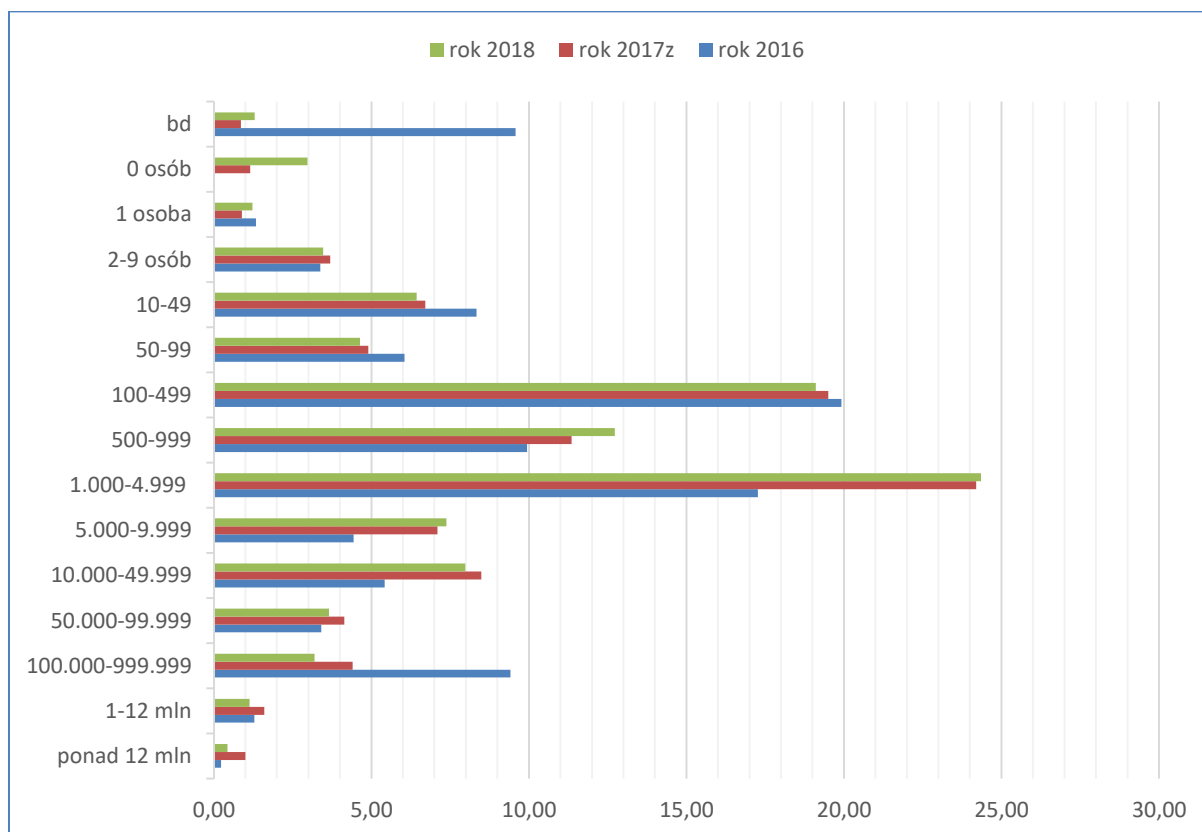


Rycina 27. Zmiana rodzaju populacji docelowej w działaniach podmiotów centralnych w latach 2016-2018(w %)

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 począwszy od roku 2017 była to populacja większa, bo mieszcząca się w zakresie 1.000-4.999 osób. Z kolei zarówno w roku 2017 jak i w roku 2018, w odróżnieniu od 2016 pojawiły się zadania, w której populację docelową określono jako 0 osób (odpowiednio 0,85% i 2,97%). Warto zauważyć, że wahała się liczba zadań, dla których podmioty centralnie nie określiły liczebności populacji docelowej (z 9,57% w roku 2016 do 0,85% w roku 2017 i 1,30% w roku 2018). Szczegółowe dane poniżej - Rycina 28 oraz Tabela 28.

Tabela 28. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (liczba i %)

Liczba osób w grupie docelowej	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
ponad 12 mln	36	0,23	109	1,00	58	0,43
1-12 mln	205	1,29	174	1,60	154	1,13
100.000-999.999	1498	9,42	479	4,40	434	3,19
50.000-99.999	542	3,41	451	4,14	497	3,66
10.000-49.999	862	5,42	924	8,49	1085	7,98
5.000-9.999	705	4,43	772	7,09	1003	7,38
1.000-4.999	2747	17,27	2633	24,19	3309	24,35
500-999	1581	9,94	1236	11,36	1730	12,73
100-499	3169	19,92	2123	19,51	2597	19,11
50-99	963	6,05	534	4,91	630	4,64
10-49	1327	8,34	730	6,71	875	6,44
2-9 osób	537	3,38	402	3,69	471	3,47
1 osoba	213	1,34	97	0,89	167	1,23
0 osób	0	0,00	126	1,16	404	2,97
bd	1523	9,57	93	0,85	176	1,30
SUMA	15908	100	10883	100	13590	100



Rycina 28. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (w %)

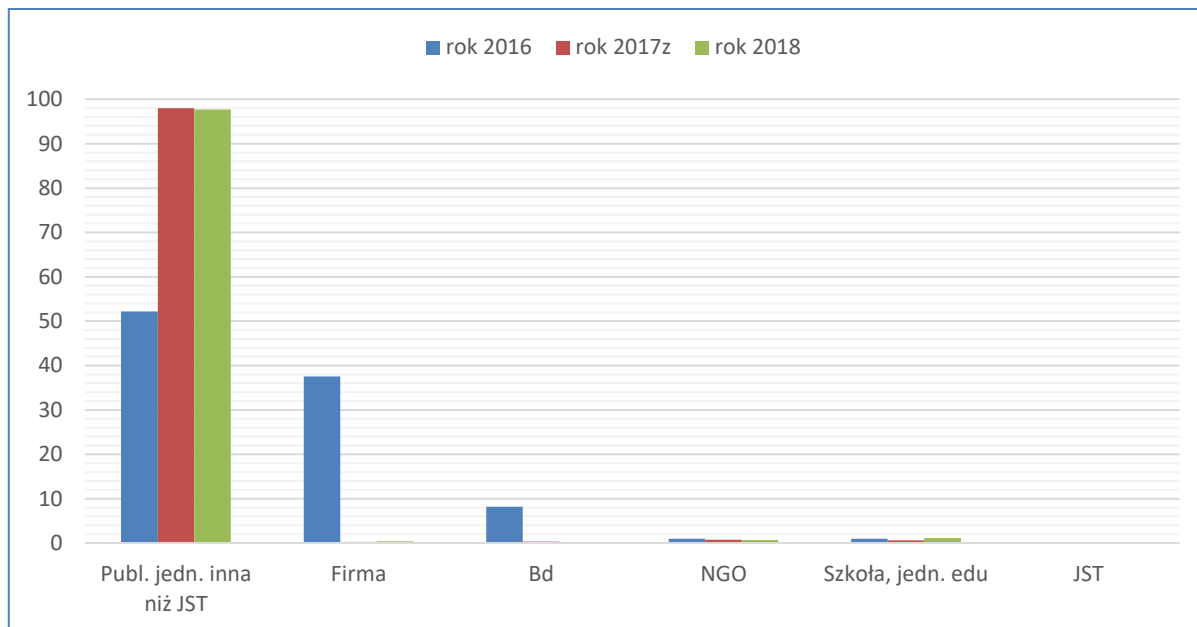
5.3.7. REALIZATOR ZADANIA

W całym analizowanym okresie, realizatorem zadań sprawozdanych przez podmioty centralne były najczęściej jednostki publiczne inne niż JST (w roku 2016 realizowały 52,16% zadań, w roku 2017 znacznie więcej, bo 97,97% i w roku 2018 podobnie, bo 97,74%). Zmniejszyło się zaangażowanie podmiotów, które w roku 2016 realizowały 37,56% zadań (były to głównie NZOZy), a w późniejszych latach mniej (0,27%-0,40%). Warto zauważyć, że w analizowanym okresie systematycznie zmniejszała się liczba i odsetek zadań, dla których podmioty centralnie nie określiły rodzaju realizatora działania (z 8,20%, poprzez 0,34% do 0,05%). Pozostałe dane poniżej - Rycina 29 oraz Tabela 29.

Tabela 29. Zmiana rodzaju realizatora zadań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2016-2018 (liczba i %)

Realizator zadania Rodzaj	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. Jedn. Inna niż JST	8309	52,16	10662	97,97	13283	97,74
Firma	5975	37,56	29	0,27	54	0,40
Bd	1306	8,20	37	0,34	3	0,02
NGO	158	0,99	85	0,78	92	0,68
Szkoła, jedn. Edu	150	0,94	66	0,61	151	1,11

JST	10	0,06	4	0,04	7	0,05
SUMA	15908	100	10883	100	13590	100



Rycina 29. Zmiana rodzaju realizatora sprawozdanych zadań w latach 2016-2018 (w %)

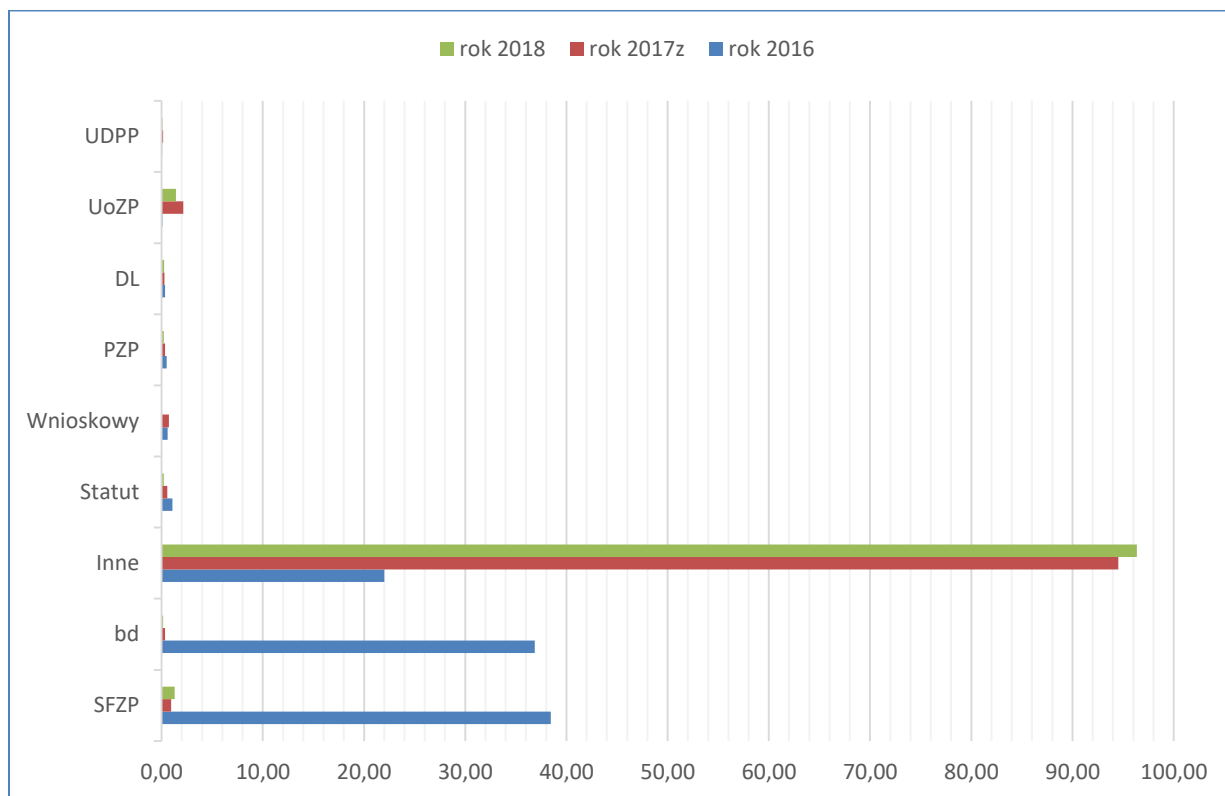
5.3.8. TRYB REALIZACJI ZADANIA

Tryb realizacji zadania (rozumiany jako podstawna prawna podejmowanych działań) był różnie raportowany w latach 2016-2018. W roku 2016 najczęściej wskazywanym trybem było SFZP czyli ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (n=6116; 38,45%). W latach 2017-2018 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 2018).

Należy zauważyć, że znaczącemu i systematycznemu 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%, w roku 2017 mniej, bo 36 zadań czyli 0,33% ogółu, a w roku 2018 jeszcze mniej, bo 22 zadania co stanowiło 0,16% 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 latach 2017-2018 taka sytuacja miała miejsce istotnie rzadziej, chociaż nie udało się jej całkowicie wyeliminować. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 30 oraz Rycina 30.

Tabela 30. Zmiana trybu realizacji zadań w latach 2016-2018

Tryb realizacji zadania	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
SFZP	6116	38,45	102	0,94	176	1,30
Bd	5868	36,89	36	0,33	22	0,16
Inne	3501	22,01	10286	94,51	13096	96,36
Statut	170	1,07	61	0,56	28	0,21
Wnioskowy	94	0,59	79	0,72	0	0,00
PZP	80	0,50	37	0,34	28	0,21
DL	54	0,34	33	0,29	35	0,26
UoZP	14	0,09	234	2,15	192	1,41
UDPP	11	0,07	15	0,14	13	0,10
SUMA	15908	100,00	10883	100,00	13590	100



Rycina 30. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP w latach 2016-2018 (w %)

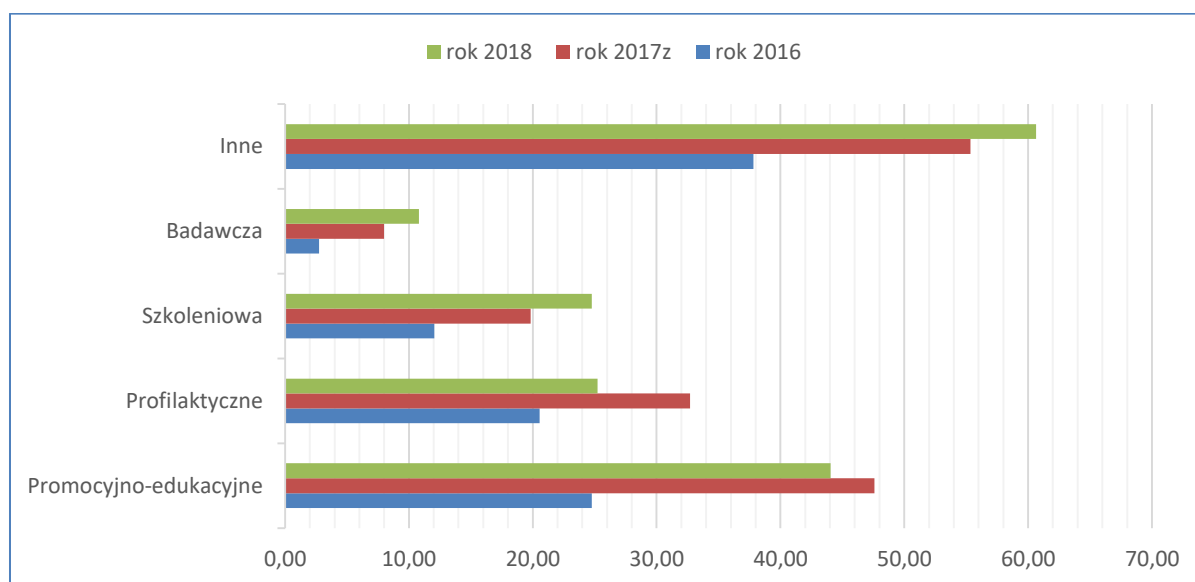
5.3.9. RODZAJ DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH W RAMACH ZADAŃ

W latach 2016-2018 najczęściej podejmowano działania określone jako „inne” – w roku 2016 były one podjęte w 37,82% zadań, w roku 2017 w 55,33% ogółu zadań, a w roku 2018 aż w 60,64% ogółu zadań. Warto zwrócić uwagę, że w roku 2017 odsetek zadań, w których pojawiały się dane grupy

działań był większy niż w roku 2016 – niezależnie od rodzaju działania, a w roku 2018 występowała stabilizacja tego zjawiska. Największa różnica została zanotowana w przypadku działań szkoleniowych, które w roku 2016 realizowano w 12,05% działań, podczas gdy w roku 2017 było to już 19,83% ogółu działań, a rok później realizowano je blisko w ¼ podejmowanych działań. Szczegółowe dane poniżej - Tabela 31 oraz Rycina 31.

Tabela 31. Zmiana częstości podejmowania działań w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2018

Rodzaj podejmowanych działań	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	liczba	% ogółu działań w danym roku	liczba	% ogółu działań w danym roku	liczba	% ogółu działań w danym roku
Promocyjno-edukacyjne	3940	24,77	5180	47,60	5988	44,06
Profilaktyczne	3268	20,54	3559	32,70	3428	25,22
Szkoleniowa	1917	12,05	2158	19,83	3365	24,76
Badawcza	435	2,73	870	7,99	1468	10,80
Inne	6017	37,82	6022	55,33	8241	60,64



Rycina 31. Zmiana częstości podejmowania działań w zakresie zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (w%)

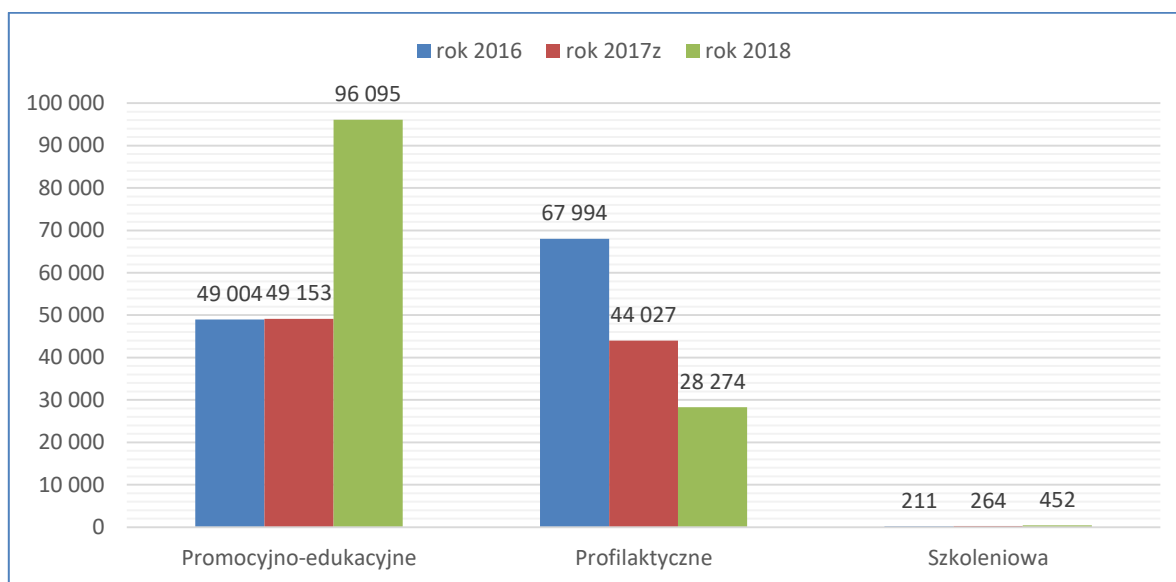
5.3.10. LICZBA OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W DZIAŁANIACH

Średnia liczba osób biorących udział w działaniach promocyjno-edukacyjnych była zbliżona w analizowanym okresie – zwłaszcza w przypadku dwóch pierwszych lat (około 49 tys. osób). Różnice w liczebności populacji poddawanej tym działaniom zanotowano dopiero w roku 2018, gdy średnia liczebność zwiększyła się do około 96 tys. Systematyczny spadek średniej liczebności stwierdzono w przypadku działań profilaktycznych (z blisko 70 tys. osób w roku 2016 do około 44 tys. osób w roku 2017 i 28 tys. w roku 2018). W zakresie działań szkoleniowych zauważono z kolei systematyczny

wzrost średniej liczby uczestników z 211 osób w roku 2016 do 264 w roku 2017 i 452 osób rok później. Szczegóły poniżej - Tabela 32 oraz Rycina 32.

Tabela 32. Zmiana liczebności osób biorących udział w działaniach realizowanych w ramach zadań z zakresu ZP w latach 2016-2018 (liczba i %)

Średnia liczba osób biorących udział w działaniach	rok 2016	rok 2017z	rok 2018
Promocyjno-edukacyjne	49 004	49 153	96 095
Profilaktyczne	67 994	44 027	28 274
Szkoleniowe	211	264	452



Rycina 32. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach realizowanych w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2018

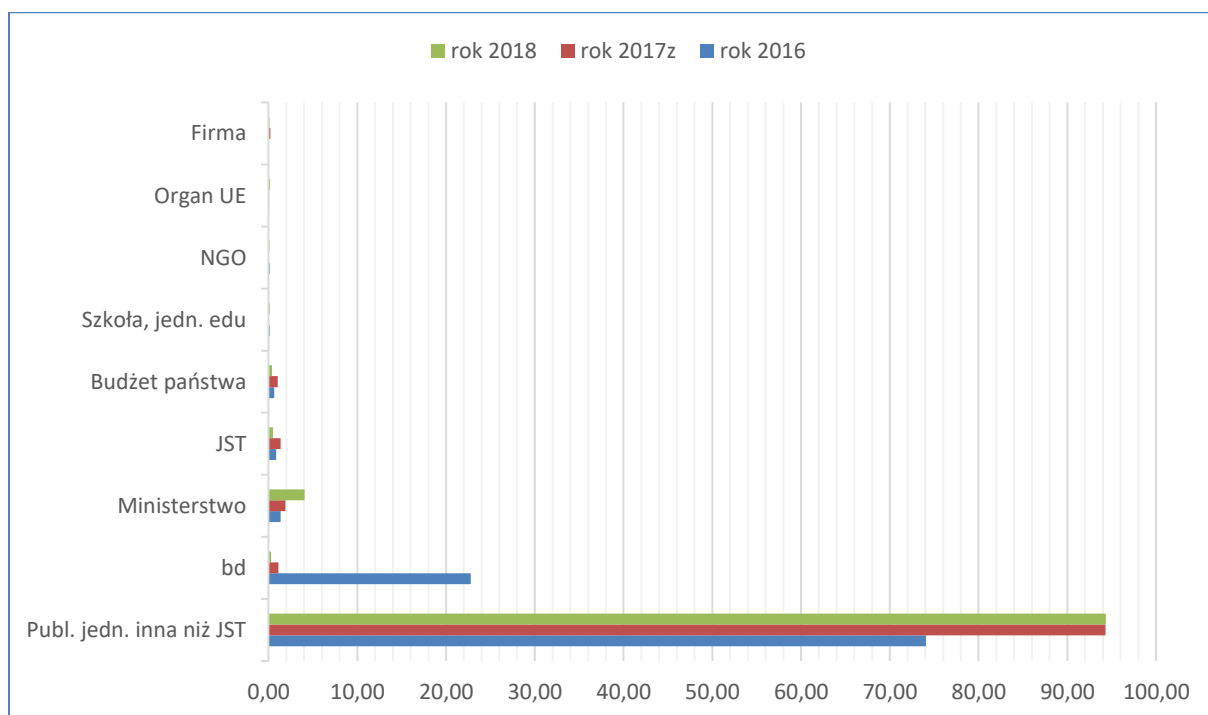
5.3.11. PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

W analizowanym okresie podmiotem finansującym zadanie była najczęściej jednostka publiczna inna niż JST (odpowiednio w roku 2016 taki podmiot finansujący występował w 74,08% działań, w roku 2017 w 94,28%, a w roku 2018 w 94,35%). Warto zauważyć, że pomiędzy rokiem 2016 i 2018 systematycznie zmniejszała się liczba zadań, dla których podmioty centralne nie sprawozdały informacji o podmiocie finansującym – z 22,77% do 1,09% w roku 2017, a następnie do 0,29% w roku 2018. Pozostałe zaprezentowano poniżej – Tabela 33 oraz Rycina 33.

Tabela 33. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2018 (liczba i %)

	rok 2016	rok 2017z	rok 2018
--	----------	-----------	----------

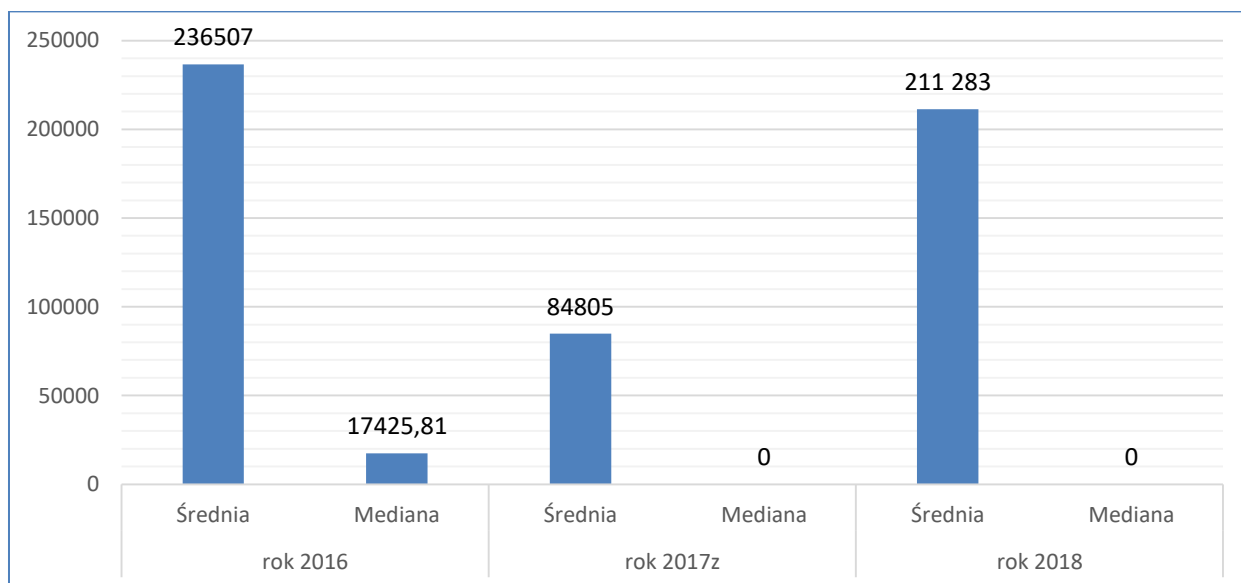
Podmiot finansujący zadanie (PF)	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. jedn. Inna niż JST	11785	74,08	10261	94,28	12822	94,35
Bd	3623	22,77	119	1,09	39	0,29
Ministerstwo	213	1,34	208	1,91	550	4,05
JST	137	0,86	148	1,36	66	0,49
Budżet państwa	100	0,63	114	1,05	52	0,38
Szkoła, jedn. edu	19	0,12	2	0,02	16	0,12
NGO	18	0,11	3	0,03	14	0,10
Organ UE	9	0,06	7	0,06	20	0,15
Firma	4	0,03	21	0,19	11	0,08
SUMA	15908	100	10883	100	13590	100



Rycina 33. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego PF w latach 2016-2018 (w %)

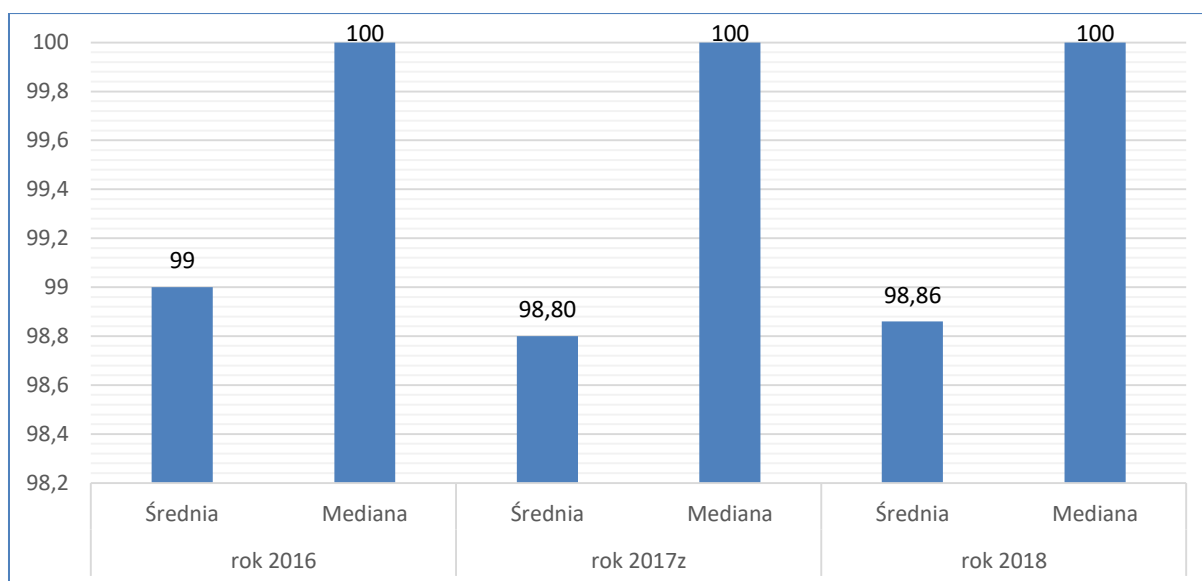
5.3.12. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PF

Średnia kwota finansowania wydatkowana przez PF zmniejszyła się z blisko 240 tys. zł w roku 2016 do niecałych 85 tys. zł w roku 2017, w roku 2018 natomiast ponownie się zwiększyła do poziomu około 211 tys. zł. Mediana wyników zmniejszyła się z około 17 tys. zł do zera i pozostała na niezmiennym poziomie także w roku 2018. Pozostałe dane poniżej - Rycina 34.



Rycina 34. Zmiana średniej i mediany kwoty finansowania PF w latach 2016-2018

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 i 98,86% rok później. Pozostałe dane poniżej - Rycina 35.



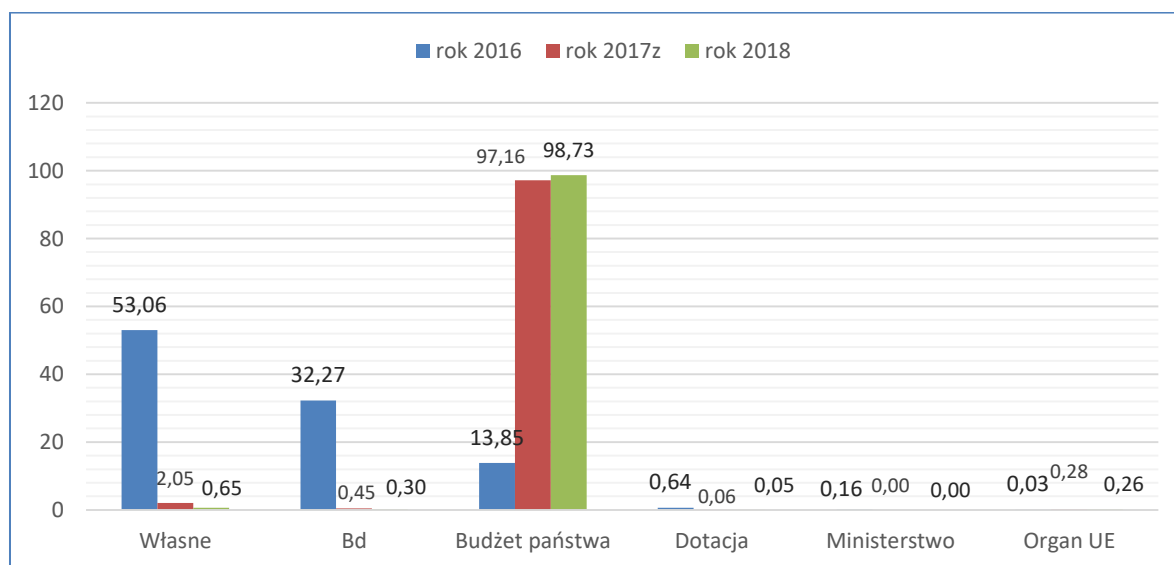
Rycina 35. Zmiana zakresu finansowania PF w latach 2016-2018 (w %)

W roku 2016 najczęściej wskazywanym źródłem finansowania PF były własne zasoby (n=8.440; 53,06%). W latach 2017-2018 z kolei podmioty centralne najczęściej wskazywały budżet państwa (odpowiednio 97,16% dla roku 2017 i 98,73% dla roku 2018). Warto zauważyć, że systematycznemu zmniejszaniu ulegała liczba zadań, w której podmioty centralne nie wskazały źródła finansowania PF. Podczas gdy w roku 2016 sytuacja ta dotyczyła 5133 zadań, co stanowiło 32,27% ogółu, to w roku 2017 liczba ta spadła do 49, co stanowiło 0,45% ogółu zadań realizowanych w tym roku, a rok później

wyniosła jeszcze mniej, bo 41 co stanowiło 0,30% ogółu zadań. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 34 oraz Rycina 36.

Tabela 34. Zmiana źródła finansowania PF w latach 2016-2018 (liczba i %)

Źródło finansowania - PF	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Własne	8440	53,06	223	2,05	88	0,65
Bd	5133	32,27	49	0,45	41	0,30
Budżet państwa	2204	13,85	10574	97,16	13418	98,73
Dotacja	102	0,64	6	0,06	7	0,05
Ministerstwo	25	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00
Organ UE	4	0,03	31	0,28	36	0,26
SUMA	15908	100	10883	100	13590	100



Rycina 36. Zmiana źródła finansowania PF w latach 2016-2018 (w %)

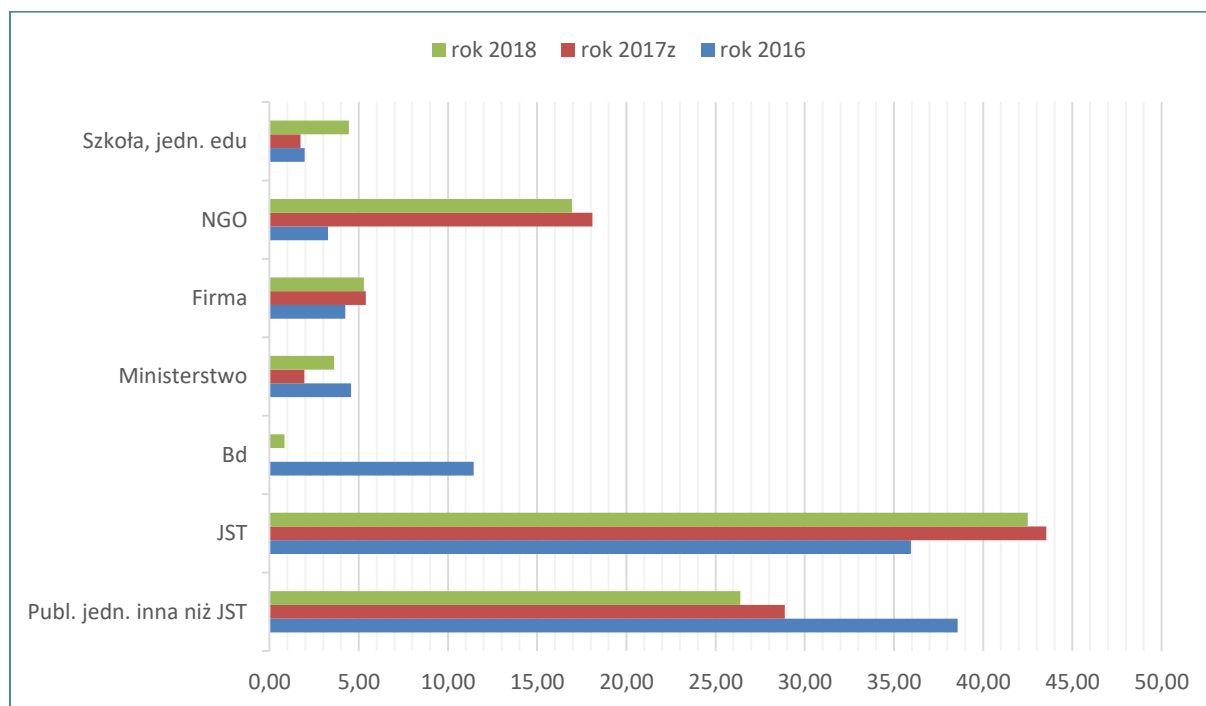
5.3.13. PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

W roku 2016 najczęściej występującym rodzajem podmiotu współfinansującego była jednostka publiczna inna niż JST (n=118; 38,56%). W latach 2017-2018 z kolei najczęściej sprawozdawanym rodzajem PWF były jednostki samorządu terytorialnego (n=202; 43,53% dla roku 2017 oraz n=153; 42,50% odpowiednio dla roku 2018). Uwagę zwraca wahająca się liczba 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% zadań współfinansowanych, podczas gdy w roku 2017 takich zadań nie było. W roku 2018 takie zadania się pojawiły, jednak ich liczba była znikoma (n=3; 0,83%). Uwagę zwraca także większe zaangażowanie

organizacji pozarządowych (zmiana z 3,27% w roku 2016 do 18,10% w roku 2017 i 16,94% w roku 2018). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 35 oraz Rycina 37.

Tabela 35. Zmiana rodzaju podmiotu współfinansującego PWF w latach 2016-2018 (liczba i %)

Podmiot współfinansujący zadanie PWF (rodzaj)	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Publ. Jedn. Inna niż jst	118	38,56	134	28,88	95	26,39
JST	110	35,95	202	43,53	153	42,50
Bd	34	11,44	0	0	3	0,83
Ministerstwo	15	4,58	9	1,94	13	3,61
Firma	13	4,25	25	5,39	19	5,28
NGO	10	3,27	84	18,10	61	16,94
Szkoła, jedn. Edu	6	1,96	8	1,72	16	4,44
Organ UE	0	0,00	2	0,43	0	0,00
SUMA	306	100,00	464	100	360	100

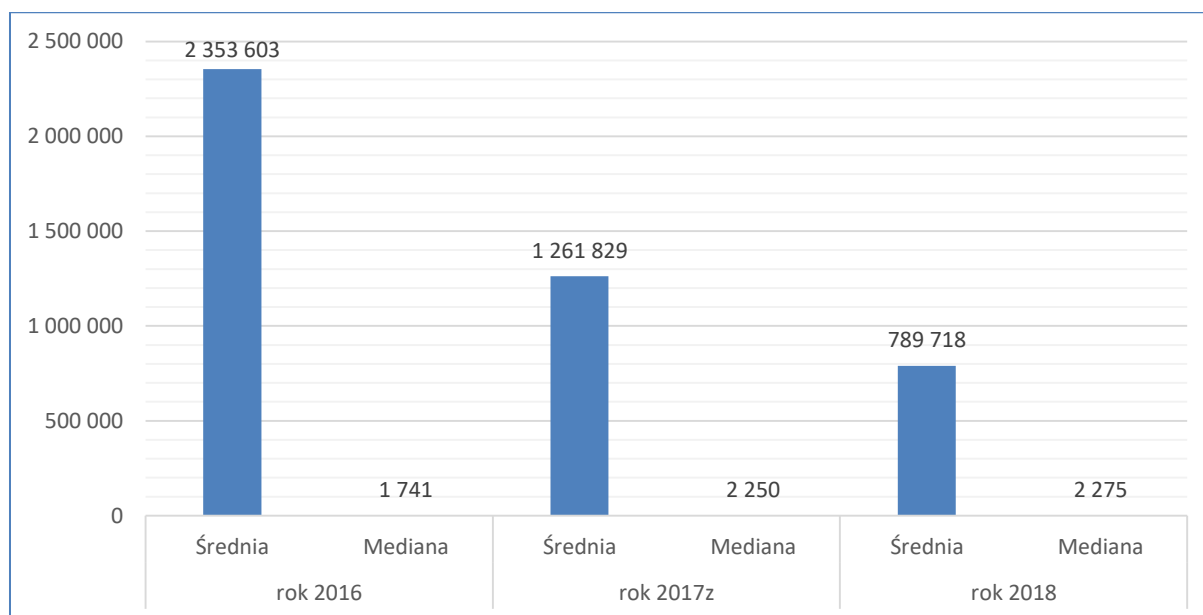


Rycina 37. Zmiana rodzaju PWF w latach 2016-2018 (w %)

5.3.14. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PWF

Średnia kwota wydatkowana przez PWF na działania z zakresu zdrowia publicznego systematycznie zmniejszała się z ponad 2 mln zł w roku 2016 do 1,26 mln zł w roku 2017, w roku 2018 do około 790 tys. zł. Mediana wydatków PWF zwiększyła się z 1741 zł w roku 2016 do 2.250 zł w roku 2017 i ustabilizowała się na tym poziomie (w roku 2018 wyniosła 2275zł). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej -

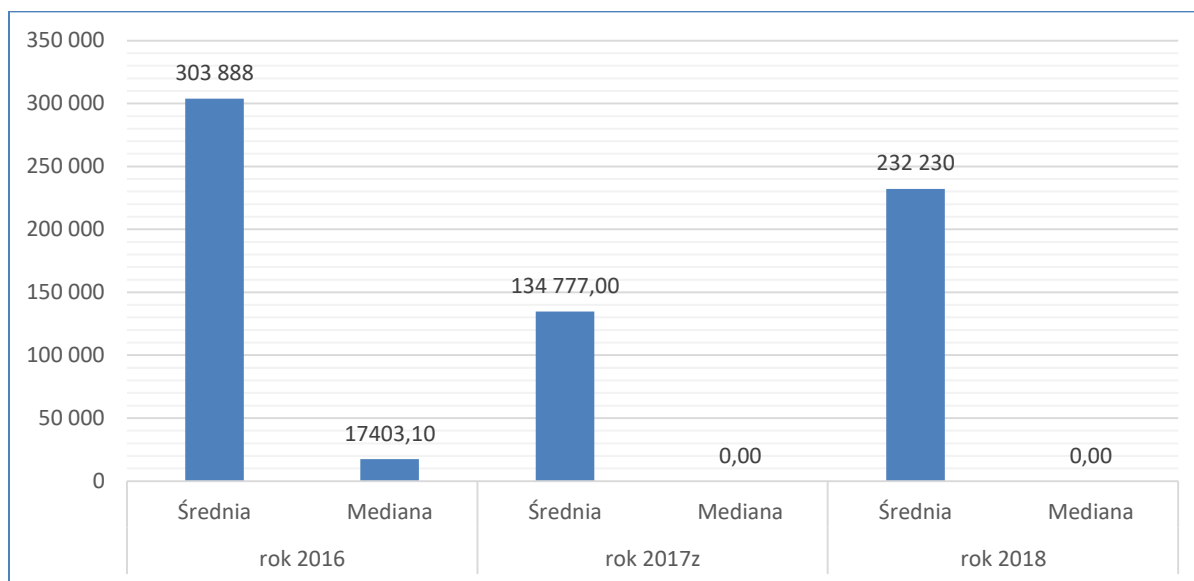
Rycina 38.



Rycina 38. Zmiana średniej i mediany kwoty współfinansowania PWF w latach 2016-2018

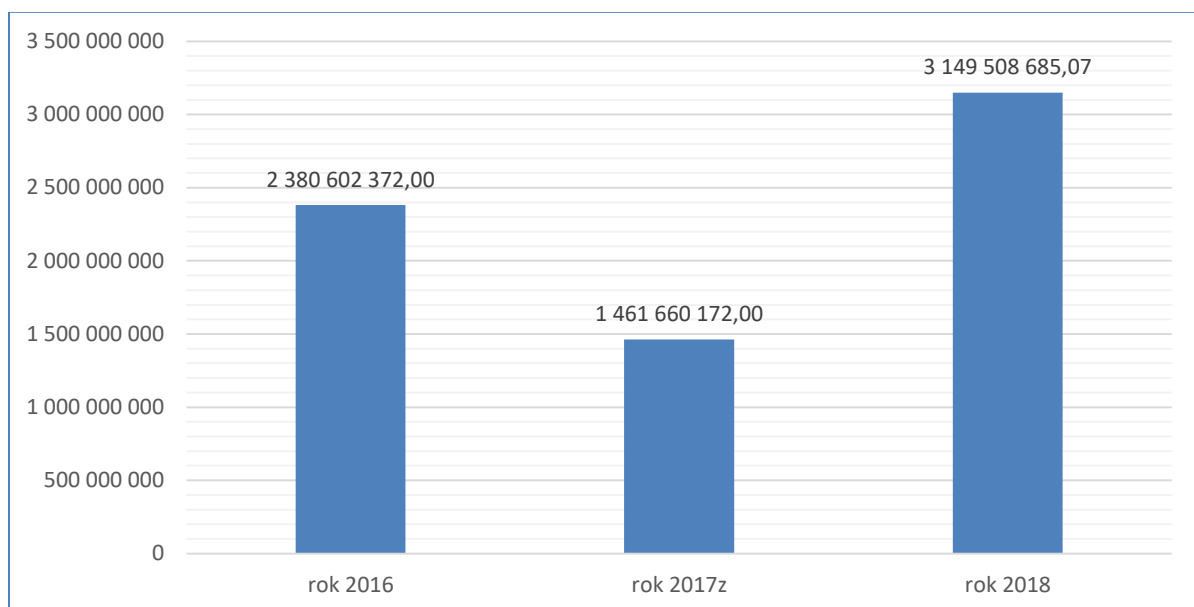
5.3.15. CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA

Średnia wartość całkowitego kosztu realizacji zadania wahała się w latach 2016-2018, początkowo zmniejszając się z około 300 tys. zł w roku 2016 do niecałych 135 tys. zł w roku 2017, następnie zwiększając się do poziomu około 230 tys. zł. Mediana z kolei zmniejszyła się z około 17 tys. zł w roku 2016 do zera w późniejszych latach. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej - Rycina 39.



Rycina 39. Zmiana wartości średniej i mediany całkowitego kosztu realizacji zadania w latach 2016-2018 (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, a następnie zwiększył się do kwoty 3,15 mld zł w roku 2018 – Rycina 40.



Rycina 40. Zmiana sumarycznej wartości kosztów realizacji zadań w latach 2016-2018 (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 2016-2018

	rok 2016					rok 2017z					rok 2018				
Zmienna	N	Średnia	Me	Min	Maks	N	Średnia	Me	Min	Maks	N	Średnia	Me	Min	Maks
Czas trwania zadania	15 189	317	365,00	1,00	365	10 883	311,06	364	1,00	365	13 579	326	365	1	365
N grupy docelowej	14 385	155 588	760,00	1,00	38 530 000	10 790	449 450	1 045	0,00	38 434 000	13 566	203 268	895	0	38 433 000
Dział. promocyjno- edukacyjne - N działań	3 910	59	7,00	1,00	87281	5 134	55,91	4	0,00	165 000	5 969	3	2	1	99
Dział. promocyjno- edukacyjne - N osób	3 559	49 004	300,00	1,00	62 200 636	5 117	49 152,72	509	0,00	38 000 000	5 969	96 095	509	0	38 000 000
Dział. profilaktycz- ne - N działań	3 158	933	21,00	1,00	242 791	3 425	62,35	4	0,00	52 578	3 419	4	2	1	99
Dział. profilaktycz- ne - liczba osób	3 114	67 994	268,50	0,00	38 000 000	3 400	44 026,63	408	0,00	38 000 000	3 419	28 274	498	0	38 000 000
Dział. szkoleniowe i konferencje - N działań	1 879	8	2,00	0,00	725	2 131	7,37	1	1,00	1 481	3 342	2	1	1	99
Dział. szkoleniowe i konferencje - liczba osób	1 869	211	24,00	0,00	14 889	2 128	264,15	24	0,00	47 194	3 342	452	18	0	737 816
Dział	414	1 753	8,00	1,00	278 449	859	774,39	1	1,00	331 519	1 452	2	1	1	99

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020,
finansowane przez Ministra Zdrowia

	rok 2016					rok 2017z					rok 2018				
Zmienna	N	Średnia	Me	Min	Maks	N	Średnia	Me	Min	Maks	N	Średnia	Me	Min	Maks
badawcza - N działań															
Działania inne - N działań	5 940	372	23,00	1,00	355 778	5 944	169,62	4	1,00	297 563	8 229	2	1	1	99
Kwota finansowani a - PF	8 251	236 507	17425,8 1	0,00	242 975 202	10 882	11 812 484,01	0	0,00	127 620 689 203	13 561	211 283	0	0	466 015 431
Zakres finansowani a (w%) - PF	14 702	99%	100%	0%	100%	10 882	99%	100%	0%	100%	13 562	99%	100%	0%	100%
Kwota finansowani a - PWF	236	2 353 603	1741,00	0,00	516 497 104	426	1 261 829,41	2 250	0,00	516 497 104	360	789 718	2 275	0	210 993 306
Zakres finansowani a (w%) - PWF	211	48%	44%	100%	100%	410	28%	16%	0%	100%	360	42%	24%	0%	100%
Całkowity koszt zadania	8 281	303 888	17403,1	0,00	759 472 306	10 846	11 901 378,33	0	0,00	127 620 689 203	13 562	232 230	0	-2	677 008 737

5.3.17. KOSZT REALIZACJI ZADANIA W ZALEŻNOŚCI OD NR CELU OPERACYJNEGO

Średnia wartość kosztów realizacji zadania zwiększyła się w latach 2016-2017 w zakresie zadań przypisanych do celu operacyjnego nr 1, 5 oraz 6 w pozostałych przypadkach zmniejszyła się. We wszystkich latach największe średnie koszty obserwowano w przypadku zadań realizowanych w obszarze celu operacyjnego nr 5. W późniejszym okresie nastąpiło dalsze zwiększanie wydatków w obszarze większości CO – z wyjątkiem CO nr 6. Należy zauważyć, że w roku 2016 podmioty wskazywały nie numery celów operacyjnych, a numery poszczególnych rozdziałów NPZ. W roku 2018 cele oznaczone literą N oznaczono je jako bd. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 37.

Tabela 37. Zmiana wartości kosztów realizacji zadania w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2018

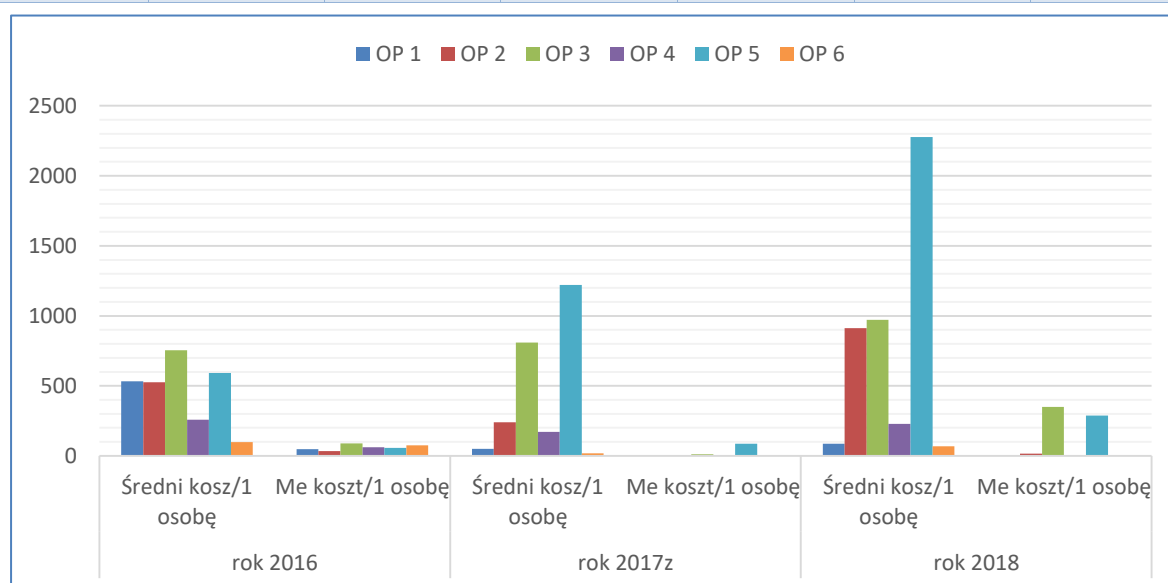
Cel op. NPZ	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	Średnia	Mediana	Średnia	Mediana	Średnia	Mediana
CO 1	67 856,39	3 825,00	117 567,00	0,00	123 753	0,00
CO 2	175 936,60	7 834,60	42 252,00	0,00	71 777	0,00
CO 3	216 752,86	55 863,50	201 212,00	0,00	969 474	0,00
CO 4	65 252,42	13 196,93	30 410,00	0,00	42 048	0,00
CO 5	738 782,21	30 668,56	8 952 357,00	0,00	21 822 454	0,00
CO 6	197 151,82	82 469,50	255 025,00	0,00	115 003	0,00
CO 7	95 864,00	95 864,00				
CO 9	4 340,00	4 340,00				
CO 11	62 523,57	51 792,00				
K – zadania koordynacyjne					560 944	124 859,90
CO bd	172 809,40	82 469,50	118 980,86	0,00	793 166	0,00

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

W analizie wykorzystano jedynie te zadania, w których podmioty nie wykazały kosztów o wartości 0 zł oraz wskazały liczbę osób w populacji docelowej (inną niż 0 i określoną ilościowo). Średnia wartość kosztów w przeliczeniu na 1 osobę w populacji docelowej zwiększyła się w przypadku zadań realizowanych w ramach celu operacyjnego nr 2, 3 oraz 5 (największy wzrost z 591 zł w roku 2016 do 2276,83 zł w roku 2018), w pozostałych przypadkach wartości te były zmienne. We wszystkich analizowanych latach największy średni koszt w przeliczeniu na 1 osobę występował właśnie w działaniach realizowanych w obszarze 5 celu operacyjnego. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 38 oraz Rycina 41.

Tabela 38. Zmiana kosztu realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2018 (koszty w latach 2017-2018 bez uwzględniania 0)

Nr celu NPZ	rok 2016		rok 2017z		rok 2018	
	Śr. koszt/1 os	Me koszt/1 os	Śr. koszt/1 os	Me koszt/1 os	Śr. koszt/1 os	Me koszt/1 os
CO 1	532,84	48	49,15	0,79	86,45	0,94
CO 2	526,06	33,45	240,14	1,63	912,49	15,38
CO 3	754,01	88,06	808,23	10,7	970,70	348,88
CO 4	258,01	62,14	171,62	1,05	228,89	0,83
CO 5	591,01	58,05	1220,6	86,91	2276,83	288,95
CO 6	98,89	74,35	17,6	0,4	69,63	0,55



Rycina 41. Zmiana wartości średniej i mediany kosztów całkowitych w przeliczeniu na osobę w odniesieniu do celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2018

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. W 2018 roku w związku ze zmianami w systemie sprawozdawczym nie było możliwości wpisania „bd”, zatem analiza dotyczy tylko lat 2016-2017.

Tabela 39. Zmiana częstości występowania odpowiedzi "bd" w zadaniach sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2017

	rok 2016		rok 2017z	
Parametr	liczba 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	↓ 0,02
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 PW	↑ 34	↓ 0	↑ 11,44	↓ 0,00
Źródło finansowania PWF	↑ 163	↓ 49	↑ 53,27	↓ 10,56

6. WYNIKI EWALUACJI ZADAŃ REALIZOWANYCH W ROKU 2018 – JEDNOSTKI SAMORZĄDÓW TERYTORIALNYCH

Analiza uwzględnia dane przekrojowe sprawozdane przez JST za rok 2018 oraz porównanie (w zakresie dostępnych danych) z rokiem 2016 i 2017.

6.1.1. LICZBA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

W roku 2018 jednostki samorządu terytorialnego zrealizowały w sumie 19.386 zadań. Największą liczbę zadań z zakresu zdrowia publicznego sprawozdano w województwie śląskim (n=2.195, 11,07%), kolejno – w wielkopolskim (n=1.885, 9,50%) i w mazowieckim (n=1.836, 9,26%), należy jednak mieć na względzie, że są to jednocześnie województwa o największej liczbie mieszkańców w przekroju terytorialnym. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 40.

Tabela 40. Zadania z zakresu zdrowia publicznego zrealizowane przez JST w podziale na województwa w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu) oraz liczba mieszkańców na podstawie danych z GUS za ten sam rok

Województwo	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba mieszkańców
Śląskie	2 195	11,07	4 548 180
Wielkopolskie	1 885	9,50	3 489 210
Mazowieckie	1 836	9,26	5 384 617
Zachodniopomorskie	1 536	7,74	1 705 533

Małopolskie	1 522	7,67	3 391 380
Pomorskie	1 468	7,40	2 324 251
Lubelskie	1 245	6,28	2 126 317
Łódzkie	1 227	6,19	2 476 315
Lubuskie	1 070	5,39	1 016 832
Kujawsko-pomorskie	1 025	5,17	2 082 944
Opolskie	990	4,99	990 069
Podkarpackie	983	4,96	2 129 138
Dolnośląskie	939	4,73	2 902 547
Podlaskie	769	3,88	1 184 548
Świętokrzyskie	693	3,49	1 247 732
Warmińsko-mazurskie	453	2,28	1 433 945
SUMA	19 836	100	38 433 558

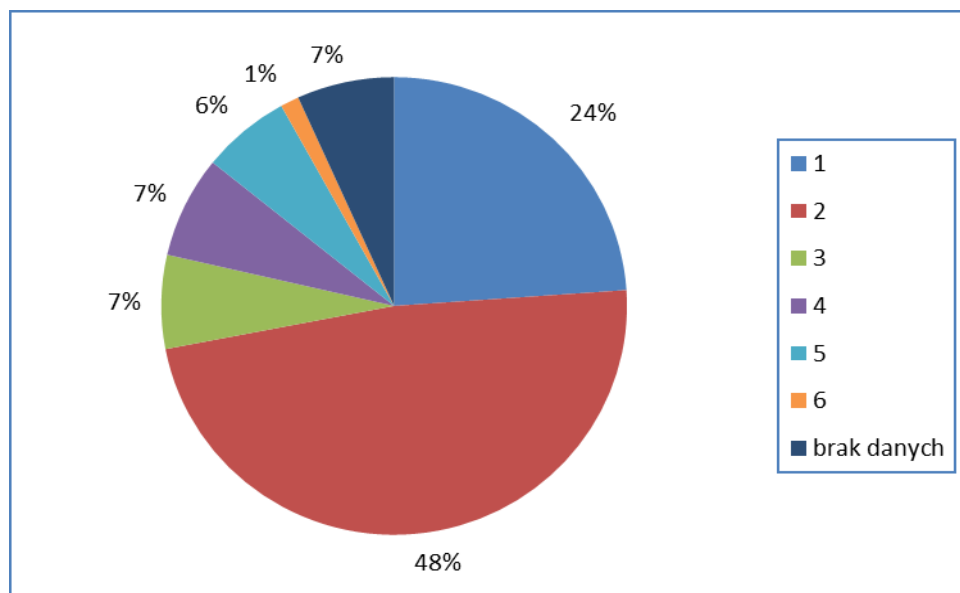
6.1.2. CEL OPERACYJNY I NUMER ZADANIA NPZ

Zadania, które realizowały samorządy, dotyczyły najczęściej Celu Operacyjnego 2 (n=9.537; 48,08%), tj. *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi a w drugiej kolejności Celu Operacyjnego 1 (n=4.740; 23,90%), 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 1.341 przypadkach nie została podana informacja na temat realizowanego Celu Operacyjnego NPZ (6,76%). Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 41 oraz Rycina 43.

Tabela 41. Zadania zrealizowane w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)

Cel Op. NPZ (nr)	Liczba (N)	Procent (%)
2	9 537	48,08
1	4 740	23,90
4	1 426	7,19
bd	1 341	6,76
3	1 314	6,62
5	1 221	6,16
6	257	1,30

SUMA	19836	100
-------------	--------------	------------



Rycina 43. Liczba zadań realizowanych w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w roku 2018 (w %)

Analizując rozkład omawianego czynnika w województwach można zauważyć, że we wszystkich z nich zadania najczęściej dotyczyły właśnie Celu Operacyjnego nr 2. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 42.

Tabela 42. Zadania zrealizowane w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w poszczególnych województwach w roku 2018

Województwo	Cel NPZ							Suma w województwie
	1	2	3	4	5	6	bd	
Dolnośląskie	171	461	59	42	38	5	163	939
Kujawsko-pomorskie	354	361	51	111	70	0	78	1 025
Lubelskie	268	691	98	111	37	29	11	1 245
Lubuskie	236	553	87	82	56	6	50	1 070
Łódzkie	154	753	57	83	54	43	83	1 227
Małopolskie	299	814	98	143	104	31	33	1 522
Mazowieckie	260	1 206	90	103	65	5	107	1 836
Opolskie	276	408	64	90	129	19	4	990
Podkarpackie	232	450	58	33	35	4	171	983
Podlaskie	191	409	66	39	45	9	10	769
Pomorskie	376	735	66	65	71	23	132	1 468
Śląskie	738	815	177	207	114	27	117	2 195
Świętokrzyskie	154	254	70	52	50	9	104	693

Warmińsko-mazurskie	135	181	40	23	32	1	41	453
Wielkopolskie	416	832	122	178	215	22	100	1 885
Zachodniopomorskie	480	614	111	64	106	24	137	1 536
SUMA	4 740	9 537	1 314	1 426	1 221	257	1 341	19 836

Jednostki samorządu terytorialnego określiły w sumie 240 różnych zadań NPZ, których dotyczyły ich działania. Najczęściej (n=1.362; 6,87%) 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*. Ze względu na duże zróżnicowanie wskazywanych numerów zadań, poniżej zaprezentowano dziesięć powtarzających się najczęściej – Tabela 43.

Tabela 43. Zadania NPZ najczęściej realizowane przez JST w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)

LP	Zadanie NPZ (nr)	Liczba (N)	Procent (%)
1	1.3.2	1 362	6,87
2	3.2.1.1	905	4,56
3	1	747	3,77
4	3.2.1	720	3,63
5	3	687	3,46
6	1.3.1	678	3,42
7	3.1.1.1	655	3,30
8	1.2	513	2,59
9	1.3	410	2,07
10	1.1.4	392	1,98

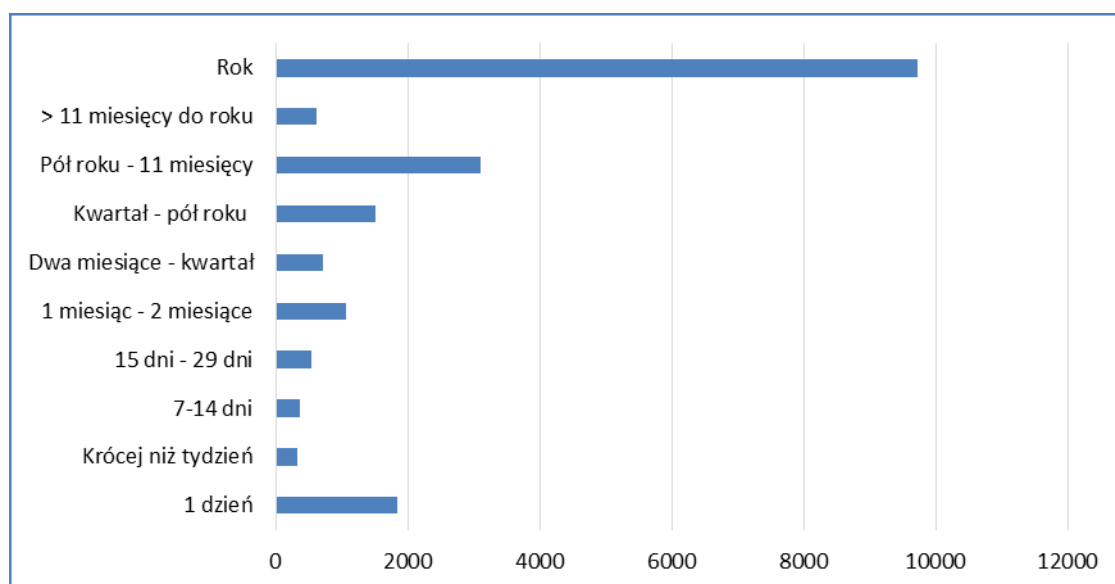
6.1.3. CZAS TRWANIA ZADANIA

Działania podejmowane przez JST trwały najczęściej cały rok (n=9721; 49,01%). Średnia i mediana czasu trwania działań wyniosły odpowiednio 248 i 363 dni. Pozostałe dane ilościowe zaprezentowano zbiorczo –Tabela 44. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 44 oraz Rycina 44.

Tabela 44. Czas trwania zadań z zakresu ZP zrealizowanych w 2018 roku liczba i procent ogółu

	liczba	Procent
1 dzień	1842	9,29
Krócej niż tydzień	330	1,66
7-14 dni	363	1,83
15 dni - 29 dni	545	2,75
1 miesiąc - 2 miesiące	1062	5,35
Dwa miesiące - kwartał	723	3,64

Kwartał - pół roku	1519	7,66
Pół roku - 11 miesięcy	3108	15,67
> 11 miesięcy do roku	623	3,14
Rok	9721	49,01
Suma	19 836	100



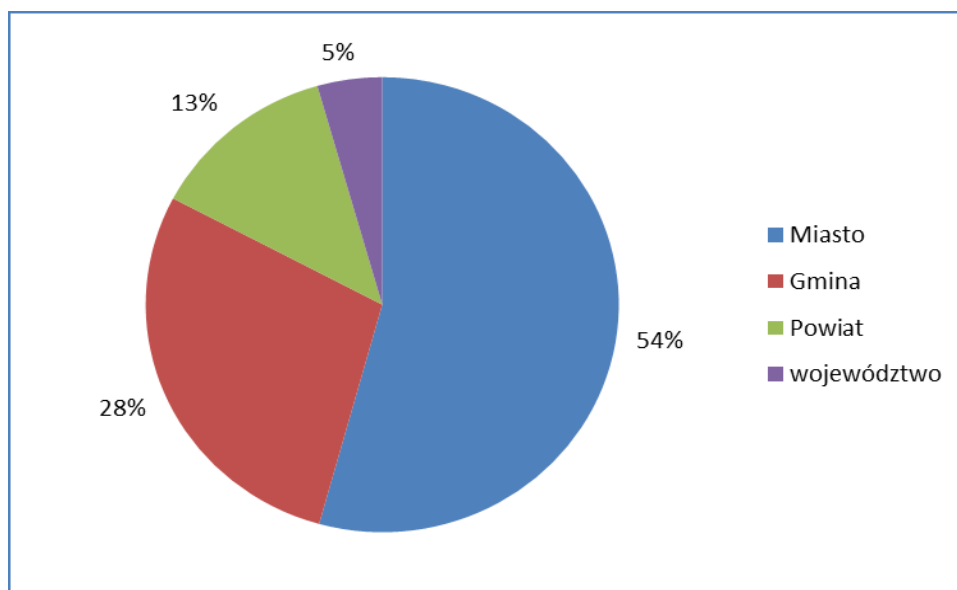
Rycina 44. Czas trwania zadań zrealizowanych w roku 2018 w przedziałach czasowych

6.1.4. ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Działania podejmowane przez samorządy najczęściej dotyczyły pojedynczego miasta (n=10.772, 54,31%), a kolejno pojedynczej gminy (n=5.639, 28,43%). JST określiły zasięg terytorialny w 100% realizowanych zadań. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 45 oraz Rycina 45.

Tabela 45. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)

Zasięg terytorialny	Liczba (N)	Procent (%)
Miasto	10 772	54,31
Gmina	5 639	28,43
Powiat	2 546	12,84
Województwo	879	4,43
SUMA	19 836	100



Rycina 45. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2018

Analizując rozkład wyżej wymienionego parametru w poszczególnych województwach można zauważyć, że większość z nich najczęściej wskazywała jako zasięg miasto – było tak w przypadku 15 województw. W województwie lubelskim najczęściej wskazywano gminę. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 46.

Tabela 46. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2018 w poszczególnych województwach

Zasięg				
Województwo	Miasto	Gmina	Powiat	Województwo
Dolnośląskie	596	133	170	40
Kujawsko-pomorskie	493	415	89	28
Lubelskie	431	562	226	26
Lubuskie	683	234	136	17
Łódzkie	628	414	137	48
Małopolskie	757	620	118	27
Mazowieckie	877	711	194	54
Opolskie	559	310	86	35
Podkarpackie	502	301	111	69
Podlaskie	380	309	59	21
Pomorskie	911	412	105	40

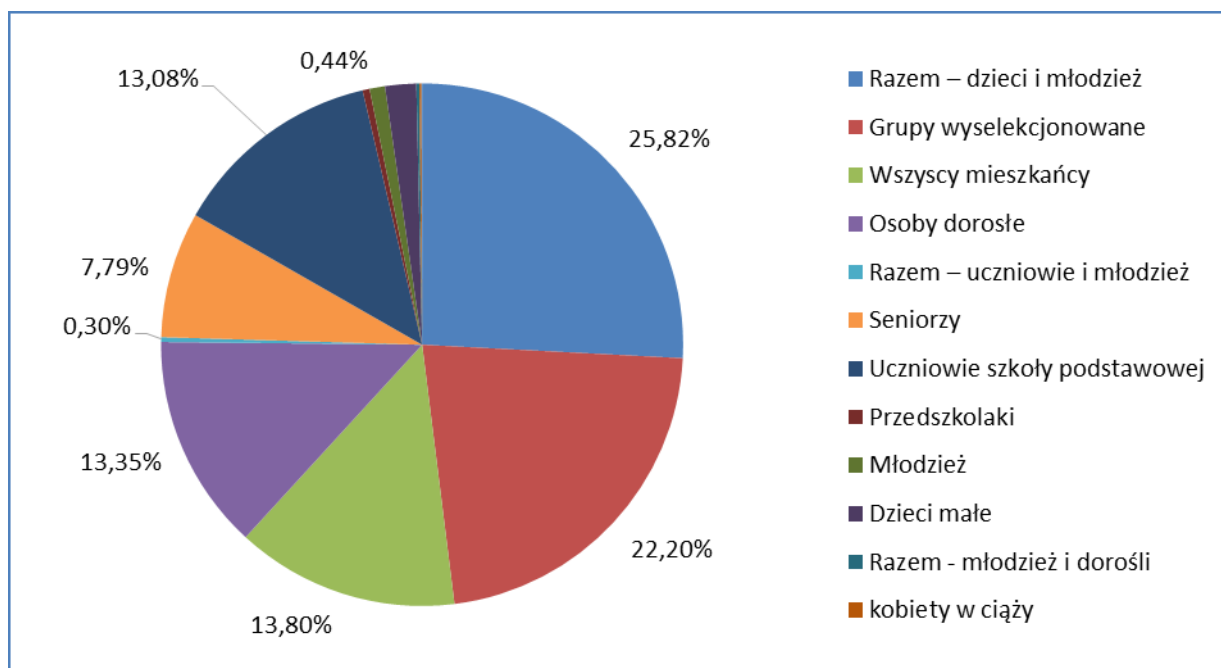
Śląskie	1 279	462	352	102
Świętokrzyskie	315	133	127	118
Warmińsko-mazurskie	207	100	89	57
Wielkopolskie	1 122	302	325	136
Zachodniopomorskie	1 032	221	222	61
SUMA	10 772	5 639	2 546	879

6.1.5. POPULACJA DOCELOWA ZADANIA

Działania podejmowane przez samorządy skierowane były najczęściej do osób młodych, tj. do dzieci i młodzieży w ujęciu łącznym (n=5.122; 25,82%) oraz do grup wyselekcjonowanych czyli objętych działaniem ze względu na jakąś cechę (n=4.653; 23,46%). W przypadku siedmiu działań (0,04%) JST nie określiły grupy docelowej pod względem rodzajowym. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 47 oraz Rycina 46.

Tabela 47. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)

Grupa docelowa (rodzaj)	Liczba (N)	Procent (%)
Razem – dzieci i młodzież	5 122	25,82
Grupy wyselekcjonowane	4 403	22,20
Wszyscy mieszkańcy	2 737	13,80
Osoby dorosłe	2 648	13,35
Razem – uczniowie i młodzież	59	0,30
Seniorzy	1 546	7,79
Uczniowie szkoły podstawowej	2 594	13,08
Przedszkolaki	87	0,44
Młodzież	188	0,95
Dzieci małe	383	1,93
Razem - młodzież i dorośli	36	0,18
Kobiety w ciąży	26	0,13
bd	7	0,04
SUMA	19 836	100



Rycina 46. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2018 (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: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, i warmińsko-mazurskie. W województwie dolnośląskim najczęściej wskazywano uczniów szkoły podstawowej, w kujawsko-pomorskim – zadania skierowane do wszystkich mieszkańców a w województwie warmińsko-mazurskim i podlaskim – grupy wyselekcjonowane. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 48.

Tabela 48. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2018 w poszczególnych województwach

Grupa docelowa													
Województwo	Razem – dzieci i młodzież	Grupy wyselekcjonowane	Wszyscy mieszkańcy	Osoby dorosłe	Razem – młodzież i dorośli	Seniorzy	Uczniowie szkoły podstawowej	Przedszkolaki	Młodzież	Dzieci małe	Razem – młodzież i dorośli	Kobiety w ciąży	bd
Dolnośląskie	209	177	122	132	0	65	216	5	3	8	0	2	0
Kujawsko-pomorskie	223	122	315	132	1	110	82	1	0	37	2	0	0
Lubelskie	337	246	112	194	6	63	188	2	74	16	4	3	0
Lubuskie	288	128	169	197	0	84	158	1	4	41	0	0	0
Łódzkie	313	237	111	214	6	81	208	3	26	27	1	0	0
													SUMA

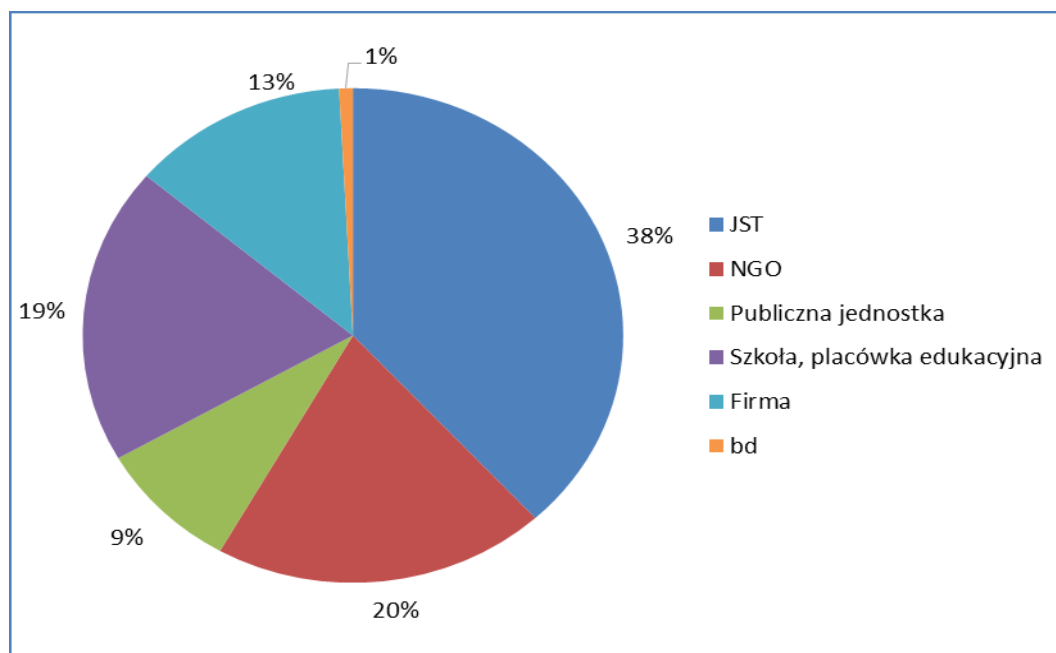
Małopolskie	419	299	165	203	3	105	236	13	22	53	2	0	2	1522
Mazowieckie	452	374	249	295	8	131	292	4	2	24	1	3	1	1836
Opolskie	254	155	123	106	5	99	202	18	0	25	1	2	0	990
Podkarpackie	361	162	136	99	4	53	145	4	6	11	2	0	0	983
Podlaskie	144	182	128	94	2	47	165	2	0	4	1	0	0	769
Pomorskie	394	305	261	157	0	118	204	0	5	18	5	1	0	1468
Śląskie	651	444	330	241	12	144	289	22	6	46	5	4	1	2195
Świętokrzyskie	173	152	98	100	0	59	78	2	7	19	0	2	3	693
Warmińsko-mazurskie	79	153	83	54	3	27	40	1	0	9	3	1	0	453
Wielkopolskie	489	355	220	239	4	240	278	3	29	21	5	2	0	1885
Zachodniopomorskie	336	301	215	191	5	131	313	6	4	24	4	6	0	1536

6.1.6. REALIZATOR ZADANIA

Najczęściej jednostką realizującą działanie były jednostki samorządu terytorialnego (n=7.580;38,21%) oraz organizacje pozarządowe (n=2.961; 19,97%). W przypadku 161 zadań samorządy terytorialne nie wskazały podmiotu realizującego zadanie (0,81%). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 49 oraz Rycina 47.

Tabela 49. Realizatorzy działań prowadzonych przez JST w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)

Realizator zadania	Liczba (N)	Procent (%)
JST	7 580	38,21
NGO	3 961	19,97
Szkoła, placówka edukacyjna	3 854	19,43
Firma	2 583	13,02
Publiczna jednostka	1 697	8,56
bd	161	0,81
SUMA	19 836	100



Rycina 47. Realizatorzy działań prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego w roku 2018

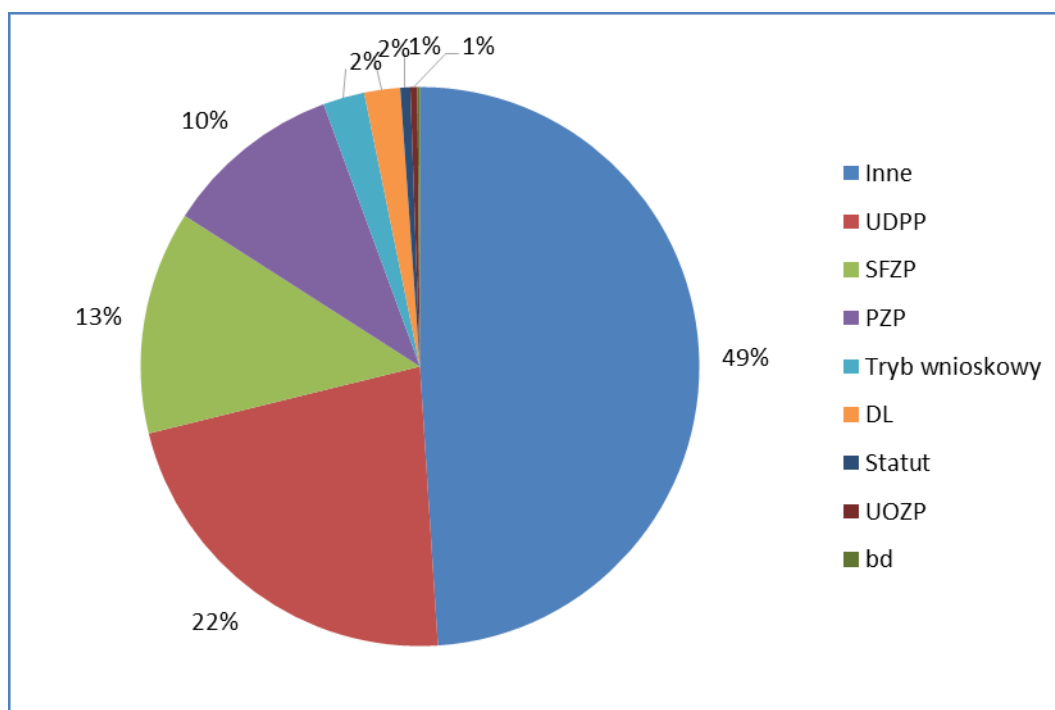
6.1.7. TRYB REALIZACJI ZADANIA

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 zatrudnianiu osób niepełnosprawnych czy ustawa o systemie oświaty z 27.09.1991r. Zostały one łącznie określone jako „inne”. Podano je jako podstawę prawną w ponad 9 tys. zadań (48,98%). Kolejną wymienianą podstawą prawną była UDPP (n=4398, 22,17%). JST wskazały jako podstawę prawną tryb wnioskowy, pomimo braku realnej możliwości prawnej. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 50 oraz Rycina 48.

Tabela 50. Tryb realizacji działań prowadzonych przez JST w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)

Tryb realizacji	Liczba (N)	Procent (%)
Inne	9 715	48,98
UDPP	4 398	22,17
SFZP	2 563	12,92
PZP	2 048	10,32
Tryb wnioskowy	476	2,40
DL	412	2,08
Statut	115	0,58
UOZP	80	0,40
bd	29	0,15

SUMA	19 836	100
-------------	---------------	------------

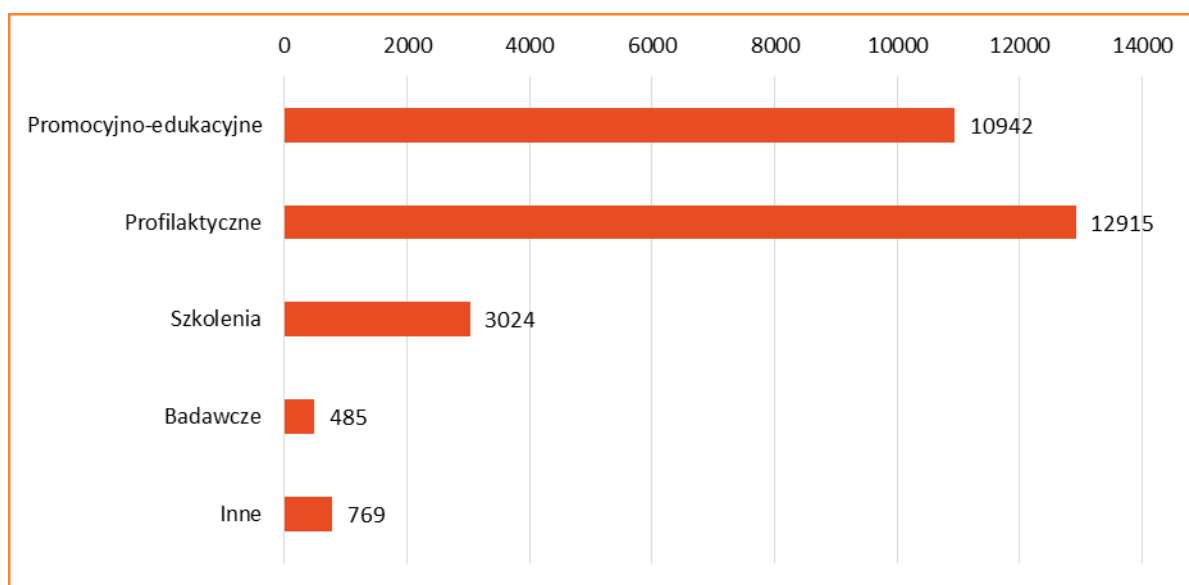


Rycina 48. Tryb realizacji działań prowadzonych przez JST w roku 2018 (w %)

6.1.8. ELEMENTY DZIAŁAŃ PODJĘTE W ZADANIU

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

- Działania promocyjno-edukacyjne zostały podjęte w 10.942 zadaniach (55,16%).
- Działania profilaktyczne zostały podjęte w 12.915 zadaniach (65,11%)
- Działania szkoleniowe i konferencje zostały zrealizowane w 3.024 zadaniach (15,25%)
- Działalność badawcza była podejmowana w przypadku 485 zadań (2,45%),
- Działania, które według urzędów wojewódzkich nie należały do żadnej z poprzednich grup określone zostały kategorią „inne”. Działania takie podjęto w przypadku 769 zadań (3,88%).



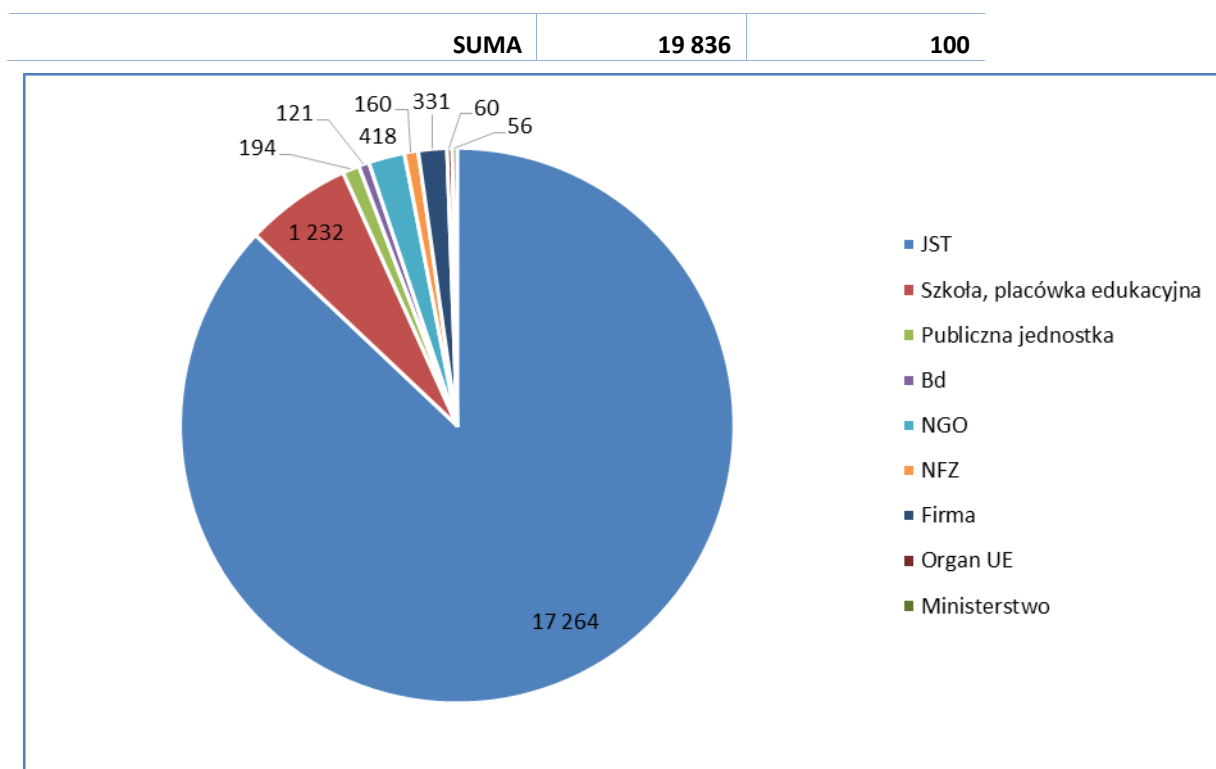
Rycina 49. Liczba działań poszczególnych rodzajów realizowanych w ramach zadań podejmowanych przez JST w roku 2018 – opracowanie zbiorcze

6.1.9. PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Najczęściej wymienianym podmiotem finansującym były jednostki samorządu terytorialnego (n=17.264; 87,03%). W przypadku 121 działań (0,61%), 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 51 i Rycina 50.

Tabela 51 . Rodzaj podmiotu finansującego zadanie (liczba i odsetek całości)

Podmiot finansujący zadanie PF (rodzaj)	Liczba (N)	Procent (%)
JST	17 264	87,03
Szkoła, placówka edukacyjna	1 232	6,21
Publiczna jednostka	194	0,98
Bd	121	0,61
NGO	418	2,11
NFZ	160	0,81
Firma	331	1,67
Organ UE	60	0,30
Ministerstwo	56	0,28



Rycina 50. Rodzaj podmiotu finansującego zadanie

6.1.10. KWOTA FINANSOWANIA, ZAKRES I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PF

Ze względu na sposób finansowania, wszystkie działania realizowane przez samorządy terytorialne można podzielić na te, które były finansowane tylko przez jedną instytucję (n=14.556; 73,38%) oraz na te, które były współfinansowane (n=5.280; 26,62%)

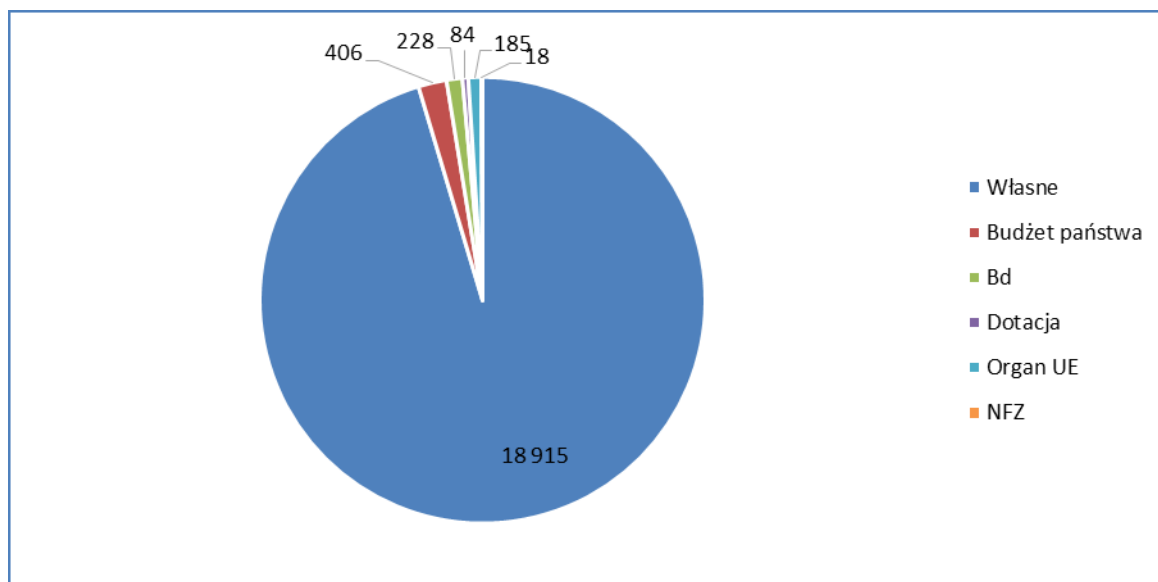
Kwoty przeznaczone na realizację zadania mieściły się w przedziale od 1 zł do 122.097.331,00zł, średnio 122.021,41 zł. Najczęściej była to kwota 1 tys. zł (n=255). Udział procentowy podmiotu finansującego w całości finansowania zawierał się w przedziale 0,1-100%, średnio było to 90,19%, a najczęściej pojawiającą się wartością było 100% (n=14.893).

Najczęstszym źródłem finansowania były środki własne podmiotu finansującego różnego rodzaju (n=18.915; 95,36%). W 228 zadaniach (1,15% ogółu) JST nie wskazało źródła finansowania PF. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej (Tabela 52, Rycina 51).

Tabela 52. Źródło finansowania PF (liczba i %)

Źródło finansowania PF	Liczba (N)	Procent (%)
Własne	18 915	95,36
Budżet państwa	406	2,05
Bd	228	1,15
Dotacja	84	0,42
Organ UE	185	0,93

NFZ	18	0,09
SUMA	19 836	100



Rycina 51. Źródło finansowania PF

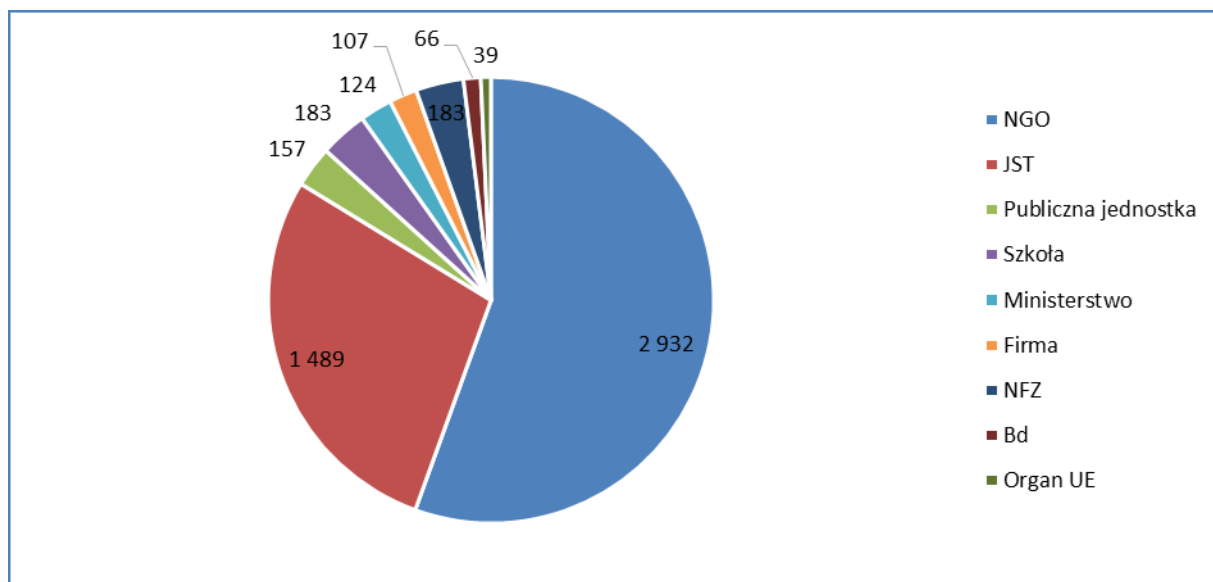
6.1.11. PODMIOT WSPÓŁFINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

Najczęściej wymienianym rodzajem podmiotu współfinansującego były organizacje pozarządowe (n=2.932; 55,53%) oraz jednostki samorządu terytorialnego (n=1.489; 28,20%). Pozostałe rodzaje PWF były wskazywane rzadziej. W 66 przypadkach (1,25% ogółu) JST nie określiły rodzaju podmiotu współfinansującego zadanie. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej –Tabela 53 oraz Rycina 52.

Tabela 53. Rodzaj podmiotu współfinansującego zadanie PWF (liczba i %)

Podmiot współfinansujący PWF (rodzaj)	Liczba (N)	Procent (%)
NGO	2 932	55,53
JST	1 489	28,20
Publiczna jednostka	157	2,97
Szkoła	183	3,47
Ministerstwo	124	2,35
Firma	107	2,03
NFZ	183	3,47
Bd	66	1,25

Organ UE	39	0,74
SUMA	5 280	100

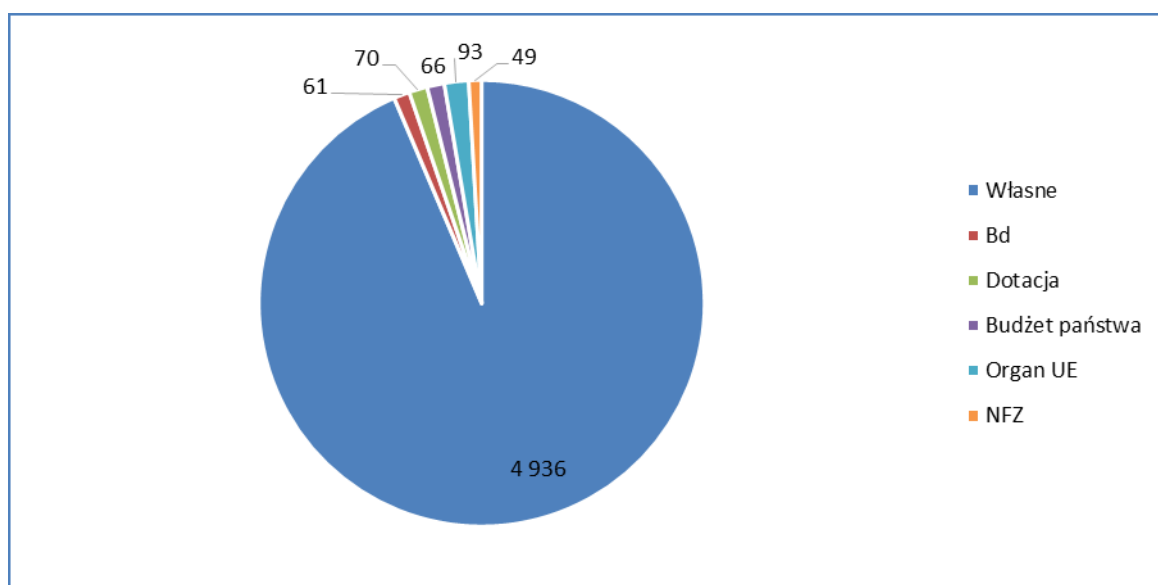


Rycina 52. Rodzaj podmiotu współfinansującego zadanie PWF

Podmioty współfinansujące najczęściej wskazywały jako źródła finansowania środki własne podmiotu współfinansującego (n=4.936; 93,48%). W przypadku 61 zadań (1,16%) 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 54 oraz Rycina .

Tabela 54. Źródło finansowania podmiotu współfinansującego PWF

Źródło finansowania podmiotu współfinansującego	Liczba (N)	Procent (%)
Własne	4 936	93,48
Bd	61	1,16
Dotacja	70	1,33
Budżet państwa	66	1,25
Organ UE	93	1,76
NFZ	49	0,93
Subwencja	5	0,09
SUMA	5 280	100



Rycina 53. Źródło finansowania podmiotu współfinansującego PWF

6.1.12. KOSZTY REALIZACJI ZADANIA

Całkowite koszty realizacji działań w roku 2018 zamykały się w przedziale 0-122.097.331 zł. Średni koszt realizacji zadania wynosił 122.021,41 zł. Najczęściej pojawiała się kwota 1.000 zł (n=255).

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. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 55.

Tabela 55. 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	306 220	27 063	50 264	73 465	254 062	110 441	48 159
Kujawsko-pomorskie	205 065	91 689	536 634	25 377	456 813	0	40 590
Lubelskie	61 204	16 766	144 335	86 565	52 815	233 946	173
Lubuskie	300 822	25 087	27 482	40 610	58 374	20 944	75 493
Łódzkie	944 714	35 910	48 070	31 968	63 415	42 167	645 962
Małopolskie	319 828	31 967	80 309	89 646	242 477	9 041	36 955
Mazowieckie	873 035	75 964	437 510	206 898	913 503	1 558 564	173 429
Opolskie	173 781	18 535	64 855	420 512	431 774	1 373	61 770
Podkarpackie	247 333	31 588	49 787	98 367	622 132	19 159	48 831
Podlaskie	256 779	24 851	45 008	100 931	101 118	44 428	11 500
Pomorskie	64 580	45 263	48 011	39 868	125 543	80 687	82 136
Śląskie	222 948	71 753	155 162	205 053	67 081	37 579	188 565
Świętokrzyskie	39 567	29 919	39 557	109 456	477 361	0	225 775
Warmińsko-mazurskie	116 624	137 584	59 340	17 626	43 888	36 000	43 588
Wielkopolskie	106 303	73 509	35 548	76 136	91 933	6 958	20 847

Zachodniopomorskie	151 655	32 516	82 371	22 991	157 886	62 434	52 203
--------------------	---------	--------	--------	--------	----------------	--------	--------

Łączna kwota wydatkowana przez jednostki samorządu terytorialnego na działania z zakresu zdrowia publicznego na podstawie sprawozdanych danych może być określona na blisko 2,5 mld złotych w 2018 r., największe koszty poniesione zostały w województwie mazowieckim i wyniosły ponad 465 mln zł. Największe koszty zostały poniesione w ramach zadań realizowanych w odniesieniu do celu operacyjnego nr 1. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 56.

Tabela 56. Sumaryczny koszt realizacji zadań w roku 2018 w relacji do celów operacyjnych NPZ

Województwo	1	2	3	4	5	6	bd	Suma Całkowita
Dolnośląskie	52 363 541,94	12 476 195,62	2 965 548,01	3 085 549,58	9 654 360,04	552 203,00	7 849 871,67	88 947 269,86
Kujawsko -pomorskie	72 593 079,31	33 099 890,72	27 368 330,55	2 816 806,56	31 976 930,19		3 166 001,71	171 021 039,04
Lubelskie	16 402 772,46	11 585 537,62	14 144 868,11	9 608 741,91	1 954 151,69	6 784 419,75	1 900,00	60 482 391,54
Lubuskie	70 994 029,05	13 873 301,02	2 390 948,94	3 330 041,53	3 268 927,59	125 663,00	3 774 668,72	97 757 579,85
Łódzkie	145 485 910,38	27 040 210,59	2 739 979,44	2 653 317,24	3 424 412,67	1 813 197,61	53 614 839,39	236 771 867,32
Małopolskie	95 628 495,87	26 020 822,59	7 870 297,21	12 819 382,55	25 217 598,00	280 270,94	1 219 500,71	169 056 367,87
Mazowieckie	226 988 979,91	91 612 283,00	39 375 934,74	21 310 497,66	59 377 670,63	7 792 819,54	18 556 907,63	465 015 093,11
Opolskie	47 963 544,69	7 562 374,71	4 150 734,76	37 846 108,93	55 698 895,92	26 087,82	247 078,23	153 494 825,06
Podkarpackie	57 381 264,61	14 214 394,21	2 887 643,49	3 246 109,54	21 774 635,12	76 635,00	8 350 023,85	107 930 705,82
Podlaskie	49 044 755,42	10 163 972,42	2 970 552,24	3 936 302,38	4 550 313,25	399 853,33	115 000,00	71 180 749,04
Pomorskie	24 281 907,81	33 268 394,13	3 168 719,82	2 591 441,68	8 913 548,60	1 855 797,34	10 841 995,04	84 921 804,42
Śląskie	164 535 604,16	58 478 370,44	27 463 590,38	42 445 976,72	7 647 255,73	1 014 623,58	22 062 105,61	323 647 526,62
Świętokrzyskie	6 093 283,70	7 599 410,53	2 768 998,23	5 691 731,00	23 868 034,70	0,00	23 480 589,38	69 502 047,54
Warmińsko -mazurskie	15 744 219,58	24 902 664,13	2 373 593,38	405 401,79	1 404 405,11	36 000,00	1 787 098,96	46 653 382,95
Wielkopolskie	44 221 852,84	61 159 197,21	4 336 847,91	13 552 285,63	19 765 586,91	153 086,27	2 084 717,53	145 273 574,30
Zachodniopom.	72 794 604,16	19 965 082,84	9 143 166,89	1 471 450,65	16 735 931,07	1 498 410,38	7 151 782,90	128 760 428,89
Suma całkowita	1 162 517 845,89	453 022 101,78	156 119 754,10	166 811 145,35	295 232 657,22	22 409 067,56	164 304 081,33	2 420 416 653,23

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. Największe koszty w przeliczeniu na 1

mieszkańca stwierdzono w wypadku województwa podlaskiego (około 155 zł), a najmniejsze w województwie dolnośląskim (około 30,64 zł). Pozostałe dane poniżej – Tabela 57.

Tabela 57. Sumaryczny koszt realizacji zadań w roku 2018 w relacji do celów operacyjnych NPZ w przeliczeniu na 1 mieszkańca

Województwo	1	2	3	4	5	6	bd	Suma całkowita
Dolnośląskie	18,04	4,30	1,02	1,06	3,33	0,19	2,70	30,64
Kujawsko-pomorskie	34,85	15,89	13,14	1,35	15,35	0,00	1,52	82,11
Lubelskie	16,13	11,39	13,91	9,45	1,92	6,67	0,00	59,48
Lubuskie	28,67	5,60	0,97	1,34	1,32	0,05	1,52	39,48
Łódzkie	68,42	12,72	1,29	1,25	1,61	0,85	25,21	111,35
Małopolskie	28,20	7,67	2,32	3,78	7,44	0,08	0,36	49,85
Mazowieckie	42,16	17,01	7,31	3,96	11,03	1,45	3,45	86,36
Opolskie	48,44	7,64	4,19	38,23	56,26	0,03	0,25	155,03
Podkarpackie	26,95	6,68	1,36	1,52	10,23	0,04	3,92	50,69
Podlaskie	41,40	8,58	2,51	3,32	3,84	0,34	0,10	60,09
Pomorskie	10,45	14,31	1,36	1,11	3,84	0,80	4,66	36,54
Śląskie	36,18	12,86	6,04	9,33	1,68	0,22	4,85	71,16
Świętokrzyskie	4,88	6,09	2,22	4,56	19,13	0,00	18,82	55,70
Warmińsko-mazurskie	10,98	17,37	1,66	0,28	0,98	0,03	1,25	32,53
Wielkopolskie	12,67	17,53	1,24	3,88	5,66	0,04	0,60	41,64
Zachodniopom.	42,68	11,71	5,36	0,86	9,81	0,88	4,19	75,50
Suma całkowita	30,25	11,79	4,06	4,34	7,68	0,58	4,28	62,98

6.1.13. PODSUMOWANIE ANALIZY DANYCH ILOŚCIOWYCH

W tabeli poniżej przedstawiono wyniki zbiorczej analizy danych ilościowych wraz z wartościami minimalnymi i maksymalnymi i wartościami median – Tabela 58.

Tabela 58. Podsumowanie danych ilościowych za rok 2018 – jednostki samorządu terytorialnego

Zmienna	Liczba działań	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Czas trwania (dni) <i>czas</i>	19 836	248	363	1	364
Wielkość grupy docelowej <i>v10</i>	19 836	4 867	131	0	5 477 322
Liczba działań promocyjno-educacyjnych <i>v15</i>	10 942	2	1	0	99
Liczba uczestników w działaniach promocyjno-educacyjnych <i>v16</i>	10 942	3 752	25	0	11 769 529
Liczba działań profilaktycznych <i>v18</i>	12 915	2	1	0	99

Liczba uczestników w działaniach profilaktycznych v19	12 915	1 168	37	0	1 769 529
Liczba uczestników w działaniach szkoleniowych v22	3 024	38	0	0	190 000
Liczba działań badawczych v24	485	0	0	0	99
Liczba działań innych v26	769	0	0	0	99
Udział w finansowaniu PF (w PLN) v29	19 836	2 285 904	7 100	0	2 021 661 735
Udział w finansowaniu PF (w %) v30	19 836	91	100	0	100
Udział w finansowaniu PWF (w PLN) v33	5 280	75 059	3 944	0	35 001 668
Udział w finansowaniu PWF (w %) v34	5 280	28	22	0	100
Całkowity koszt zadania v36	19 836	122 021	6 480	0	122 097 331

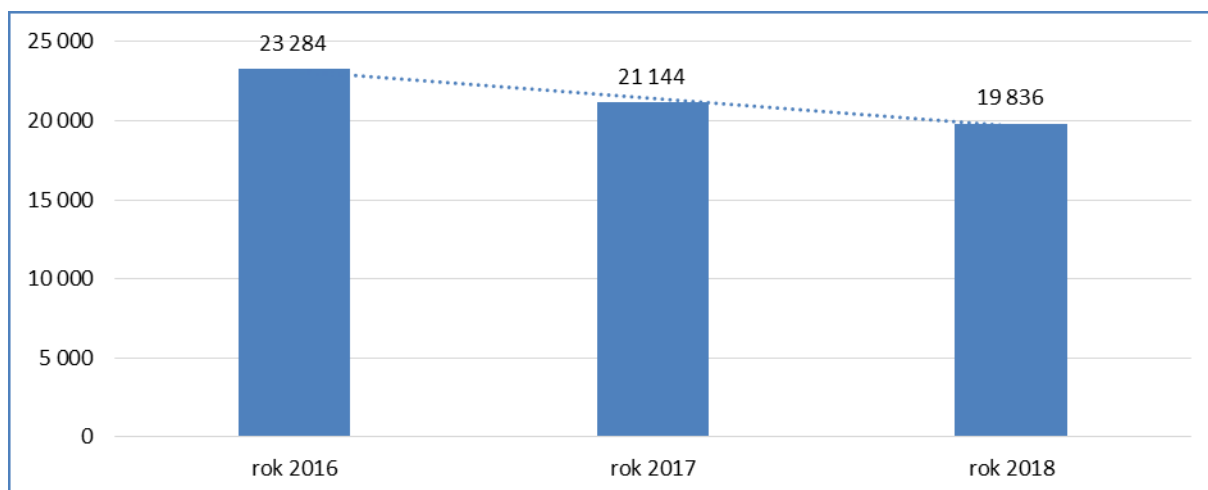
Największa kwota finansowania PF wyniosła blisko 122 mln zł i była wskazana przez podmiot sprawozdający w ramach zadania dotyczącego budowy placów zabaw. Było to zadanie całoroczne, skierowane do mieszkańców Skierniewic.

6.2 ANALIZA PORÓWNAWCZA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ JST W LATACH 2016-2018

Analizę przeprowadzono porównując dane sprawozdane przez JST za rok 2018 z dostępnymi danymi z roku 2016 i 2017. Analizę wykonywano dla danych ogólnych oraz porównując poszczególne województwa.

6.2.1. LICZBA ZADAŃ ZREALIZOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Porównując dane z lat 2016, 2017 i 2018 można zauważyć, że liczba zadań realizowanych przez JST uległa zmniejszeniu. W roku 2016 samorządy terytorialne zrealizowały nieco ponad 23,2 tys. zadań, podczas gdy w roku 2017 było ich mniej, bo około 21,1 tys. a w roku 2018 jeszcze mniej, bo mniej niż 20 tysięcy. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 54.



Rycina 54. Zmiana liczby zadań zrealizowanych przez JST w latach 2016-2018

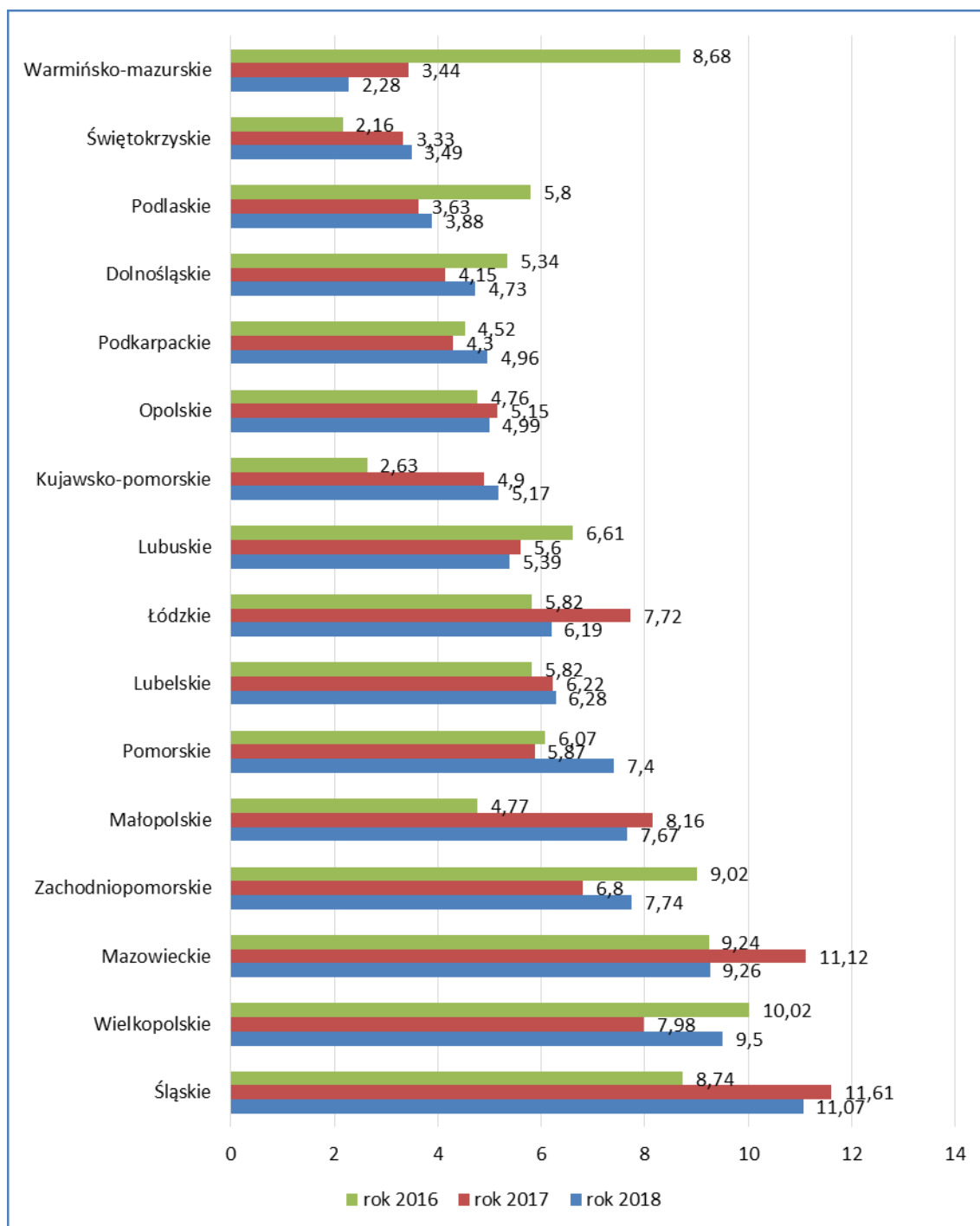
Analizując dane na temat liczby zadań zrealizowanych przez poszczególne samorządy, można zauważyć, że liczba zadań realizowanych w poszczególnych województwach uległa zmianie. W roku 2017 w stosunku do roku 2016 mniej programów zrealizowano w województwie wielkopolskim, zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, lubuskim, podlaskim i dolnośląskim, natomiast więcej programów zrealizowano w województwie śląskim, łódzkim, małopolskim, kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim. W roku 2018 w stosunku do roku 2017 mniej programów zrealizowano w województwie warmińsko-mazurskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim i śląskim, natomiast więcej programów zrealizowano w województwie świętokrzyskim, podlaskim, dolnośląskim, podkarpackim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, pomorskim, zachodniopomorskim i wielkopolskim.

Ponadto, w roku 2016 największą liczbę zadań zrealizowało województwo wielkopolskie, natomiast w roku 2017 i w 2018 - województwo śląskie. Zarówno w roku 2016 jak i 2017 najmniejszą liczbę zadań sprawozdało województwo świętokrzyskie, natomiast w roku 2018 – województwo warmińsko-mazurskie, należy jednak mieć na względzie, że są to relatywnie małe województwa z niewielką liczbą mieszkańców. Oba te województwa należą do pięciu województw z najmniejszą liczbą mieszkańców w Polsce. Dokładne dane porównawcze przedstawiono poniżej – Tabela 59 oraz Rycina 55.

Tabela 59. Zmiana liczby zadań z zakresu ZP zrealizowanych przez JST w podziale na województwa w latach 2016-2018 (liczba i %)

Województwo	rok 2016		rok 2017		rok 2018	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Śląskie	2 036	8,74	2 455	11,61	2 195	11,07
Wielkopolskie	2 332	10,02	1 687	7,98	1 885	9,50
Mazowieckie	2 151	9,24	2 352	11,12	1 836	9,26
Zachodniopomorskie	2 100	9,02	1 437	6,8	1 536	7,74
Małopolskie	1 111	4,77	1 725	8,16	1 522	7,67

Pomorskie	1 413	6,07	1 242	5,87	1 468	7,40
Lubelskie	1 354	5,82	1 315	6,22	1 245	6,28
Łódzkie	1 355	5,82	1 633	7,72	1 227	6,19
Lubuskie	1 540	6,61	1 185	5,6	1 070	5,39
Kujawsko-pomorskie	613	2,63	1 037	4,9	1 025	5,17
Opolskie	1 108	4,76	1 088	5,15	990	4,99
Podkarpackie	1 053	4,52	909	4,3	983	4,96
Dolnośląskie	1 243	5,34	878	4,15	939	4,73
Podlaskie	1 351	5,8	768	3,63	769	3,88
Świętokrzyskie	503	2,16	705	3,33	693	3,49
Warmińsko-mazurskie	2 021	8,68	728	3,44	453	2,28
SUMA	23 284	100	21 144	100	19 836	100



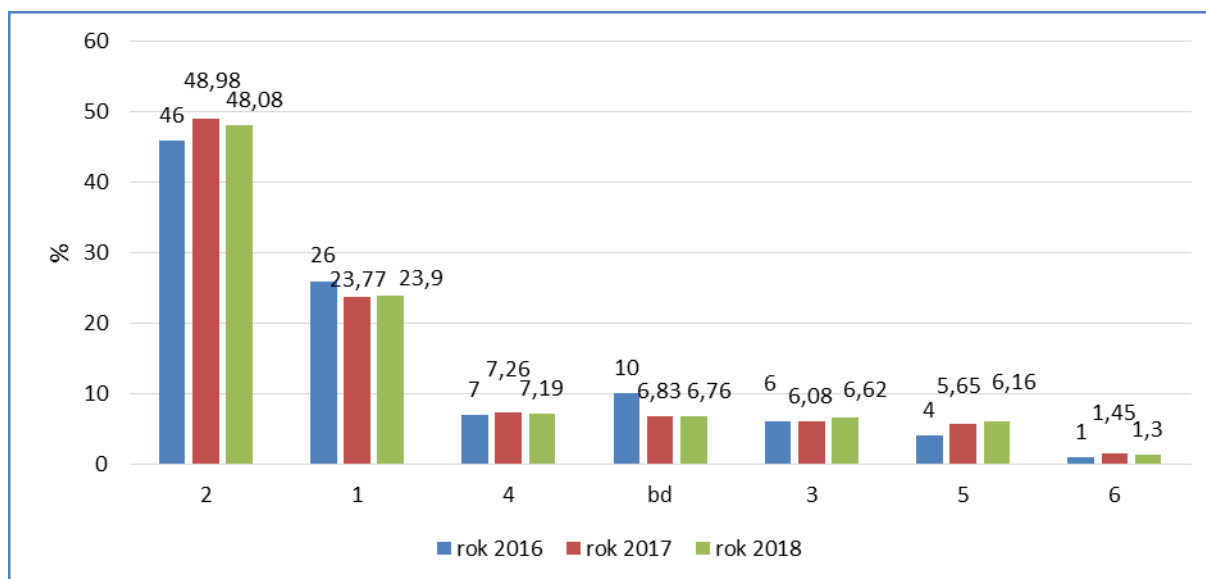
Rycina 55. Zmiana liczby zadań z zakresu ZP zrealizowanych przez JST w podziale na województwa w latach 2016-2018 (w %)

6.2.2 CEL OPERACYJNY I NUMER ZADANIA NPZ

Porównując dane z lat 2016, 2017 i 2018 można zauważyć, że liczba zadań realizowana w ramach poszczególnych celów operacyjnych jest do siebie zbliżona. Zarówno w roku 2016, 2017 jak i w 2018 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 6,76%). Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 60 oraz Rycina 56.

Tabela 60. Zmiana liczby zadań przypisanych do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2018 (liczba i %)

Cel Op. NPZ (nr)	rok 2016		rok 2017		rok 2018	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
2	10 708	46,00	10 356	48,98	9 537	48,08
1	6 126	26,00	5 025	23,77	4 740	23,90
4	1 593	7,00	1 534	7,26	1 426	7,19
bd	2 250	10	1 443	6,83	1 341	6,76
3	1 396	6,00	1 285	6,08	1 314	6,62
5	933	4,00	1 194	5,65	1 221	6,16
6	278	1,00	307	1,45	257	1,30
SUMA	23 284	100	21 144	100	19836	100



Rycina 56. Zmiana liczby zadań przypisanych do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2018 (w %)

Analiza parametru w poszczególnych województwach wykazała, że zarówno w roku 2016, 2017 jak i w 2018 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 61.

Tabela 61. Zmiana liczby zadań zrealizowanych przez JST w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w poszczególnych województwach w latach 2016-2018

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
	2018	171	461	59	42	38	5	163	939
Kujawsko-pomorskie	2016	305	167	40	50	40	2	9	613
	2017	357	359	34	159	61	1	66	1 037
	2018	354	361	51	111	70	0	78	1 025
Lubelskie	2016	269	597	110	87	33	37	221	1 354
	2017	302	727	123	100	23	29	11	1 315
	2018	268	691	98	111	37	29	11	1 245
Lubuskie	2016	470	643	136	80	64	13	134	1 540
	2017	230	667	73	71	66	6	72	1 185
	2018	236	553	87	82	56	6	50	1 070
Łódzkie	2016	141	832	64	83	30	11	194	1 355
	2017	200	923	79	65	65	30	271	1 633
	2018	154	753	57	83	54	43	83	1 227
Małopolskie	2016	318	418	36	60	50	142	87	1 111
	2017	421	886	77	167	101	38	35	1 725
	2018	299	814	98	143	104	31	33	1 522
Mazowieckie	2016	369	1 412	62	85	58	89	76	2 151
	2017	365	1 537	95	104	76	4	171	2 352
	2018	260	1 206	90	103	65	5	107	1 836
Opolskie	2016	320	439	76	115	96	10	52	1 108
	2017	336	470	66	109	101	6	0	1 088
	2018	276	408	64	90	129	19	4	990
Podkarpackie	2016	264	552	45	57	46	8	81	1 053
	2017	232	395	47	43	30	2	160	909
	2018	232	450	58	33	35	4	171	983
Podlaskie	2016	504	488	171	131	38	18	1	1 351
	2017	173	470	22	19	40	6	38	768
	2018	191	409	66	39	45	9	10	769
Pomorskie	2016	416	509	196	134	78	69	11	1 413
	2017	247	694	73	65	83	13	67	1 242
	2018	376	735	66	65	71	23	132	1 468
Śląskie	2016	656	754	162	81	77	10	296	2 036
	2017	832	957	224	182	126	27	107	2 455
	2018	738	815	177	207	114	27	117	2 195
Świętokrzyskie	2016	89	248	33	72	46	15	0	503
	2017	142	277	63	69	44	11	99	705
	2018	154	254	70	52	50	9	104	693
Warmińsko-mazurskie	2016	553	637	90	45	74	13	609	2 021
	2017	193	329	49	36	55	8	58	728
	2018	135	181	40	23	32	1	41	453
Wielkopolskie	2016	402	1 462	184	60	128	36	60	2 332
	2017	333	739	96	191	180	99	49	1 687
	2018	416	832	122	178	215	22	100	1 885
Zachodniopomorskie	2016	419	1 079	197	134	128	97	46	2 100

	2017	444	529	109	74	111	20	150	1 437
	2018	480	614	111	64	106	24	137	1 536
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
	2018	4 740	9 537	1 314	1 426	1 221	257	1 341	19 836

W roku 2016 jednostki samorządu terytorialnego najczęściej wskazywanym numerem zadania 1.3 (tj. *Promowanie kultury fizycznej*) (n=956; 4,10%), natomiast w roku 2017 i 2018 najczęściej wskazywano zadanie nr 1.3.2 czyli *Zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności*. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 62.

Tabela 62. Zmiana numeru zadania NPZ przypisanego zadaniom JST w latach 2016-2018

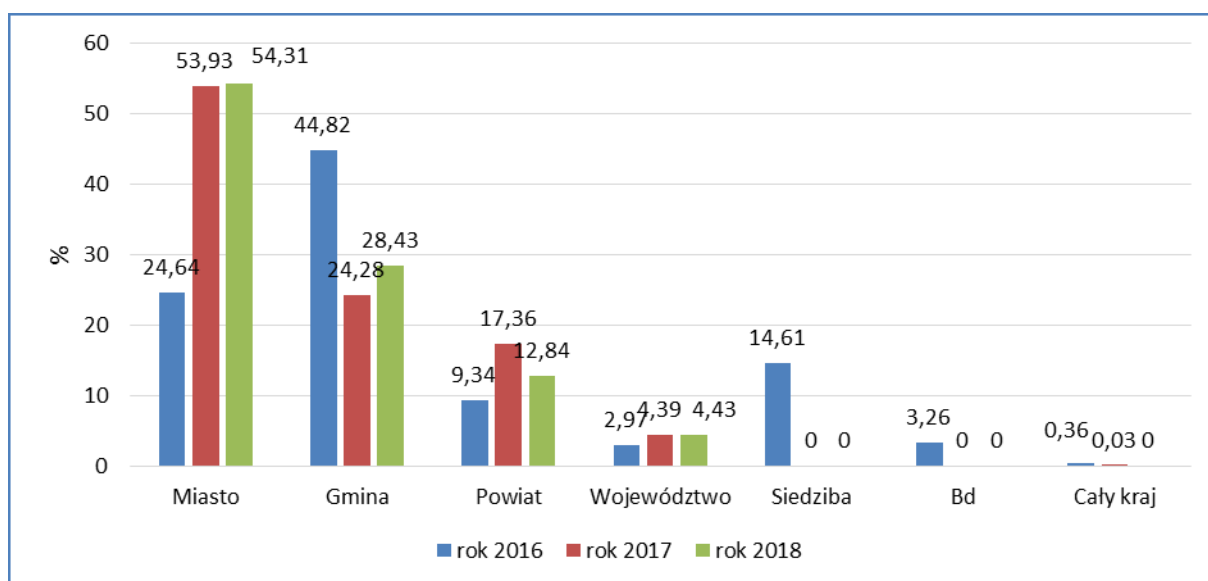
Zadanie NPZ (nr)	Rok 2016		Rok 2017		Rok 2018	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
1.3.2	586	2,52	1154	5,46	1 362	6,87
3.2.1.1	548	2,35	818	3,87	905	4,56
1	742	3,19	670	3,17	747	3,77
3.2.1	-	-	-	-	720	3,63
3	-	-	-	-	687	3,46
1.3.1	-	-	-	-	678	3,42
3.1.1.1	-	-	-	-	655	3,30
1.2	-	-	-	-	513	2,59
1.3	956	4,10	580	2,74	410	2,07
2.1.1	764	3,28	126	0,60	-	-
2	715	3,07	635	3,00	-	-
1.1.4	547	2,34	297	1,40	392	1,98
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	-	-

6.2.3 ZASIĘG TERYTORIALNY ZADANIA

Porównując dane dotyczące zasięgu terytorialnego za okres 2016-2018 należy zauważyć, że w 2017 i w 2018 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 i 2018 częściej wskazywano miasto a rzadziej – gminę. Dokładne dane porównawcze przedstawiono poniżej – Tabela 63 oraz Rycina 57.

Tabela 63. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2016-2018 (liczba i %)

	rok 2016		rok 2017		rok 2018	
Zasięg terytorialny	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Miasto	5 737	24,64	11 403	53,93	10 772	54,31
Gmina	10 436	44,82	5 134	24,28	5 639	28,43
Powiat	2 175	9,34	3 671	17,36	2 546	12,84
Województwo	691	2,97	0	4,39	879	4,43
Siedziba	3 401	14,61	0	0	-	-
Bd	760	3,26	0	0	-	-
Cały kraj	84	0,36	7	0,03	-	-
SUMA	23 284	100	21 144	100	19 836	100



Rycina 57. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu ZP podejmowanych przez JST w latach 2016-2018

Analizując zasięg terytorialny działań JST w poszczególnych województwach można zauważyć, że większość z nich wskazywała w latach 2016-2018 gminę lub miasto. Jedynie w województwie małopolskim i warmińsko-mazurskim w roku 2017 zanotowano największą liczbę działań o zasięgu powiatowym, w województwie podlaskim i pomorskim w roku 2016 najwięcej działań realizowanych było na terenie siedziby a w województwie lubelskim w 2018 roku najczęściej wskazywano gminę. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 64.

Tabela 64. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu zdrowia publicznego w poszczególnych województwach w latach 2016-2018

Województwo	Rok	miasto	gmina	powiat	województwo	siedziba	bd	Polska
Dolnośląskie	2016	356	441	282	3	153	8	0
	2017	465	283	108	21	0	0	1
	2018	596	133	170	40	0	0	0
Kujawsko-pomorskie	2016	262	229	59	46	9	8	0
	2017	539	323	91	84	0	0	0
	2018	493	415	89	28	0	0	0
Lubelskie	2016	250	475	144	4	262	219	0
	2017	432	533	292	57	0	0	1
	2018	431	562	226	26	0	0	0
Lubuskie	2016	370	557	35	42	530	6	0
	2017	741	337	71	36	0	0	0
	2018	683	234	136	17	0	0	0
Łódzkie	2016	652	411	87	1	192	12	0
	2017	1120	257	220	36	0	0	0
	2018	628	414	137	48	0	0	0
Małopolskie	2016	88	846	34	5	87	51	0
	2017	172	445	1087	20	0	0	1
	2018	757	620	118	27	0	0	0
Mazowieckie	2016	548	1124	92	50	214	124	0
	2017	1391	586	276	96	0	0	3
	2018	877	711	194	54	0	0	0
Opolskie	2016	317	664	30	22	1	75	0
	2017	850	150	60	28	0	0	0
	2018	559	310	86	35	0	0	0
Podkarpackie	2016	184	678	68	9	106	0	8
	2017	707	111	68	22	0	0	1
	2018	502	301	111	69	0	0	0
Podlaskie	2016	173	333	33	27	749	36	0
	2017	439	257	50	22	0	0	0
	2018	380	309	59	21	0	0	0
Pomorskie	2016	264	319	98	87	567	69	9
	2017	793	337	86	26	0	0	0
	2018	911	412	105	40	0	0	0
Śląskie	2016	774	718	149	138	199	57	1
	2017	1542	531	237	145	0	0	0
	2018	1279	462	352	102	0	0	0
Świętokrzyskie	2016	96	290	37	35	33	12	0
	2017	402	74	107	122	0	0	0
	2018	315	133	127	118	0	0	0
Warmińsko-mazurskie	2016	388	721	156	44	648	64	0
	2017	164	145	371	48	0	0	0
	2018	207	100	89	57	0	0	0
Wielkopolskie	2016	1448	754	54	44	28	4	0
	2017	991	320	318	58	0	0	0

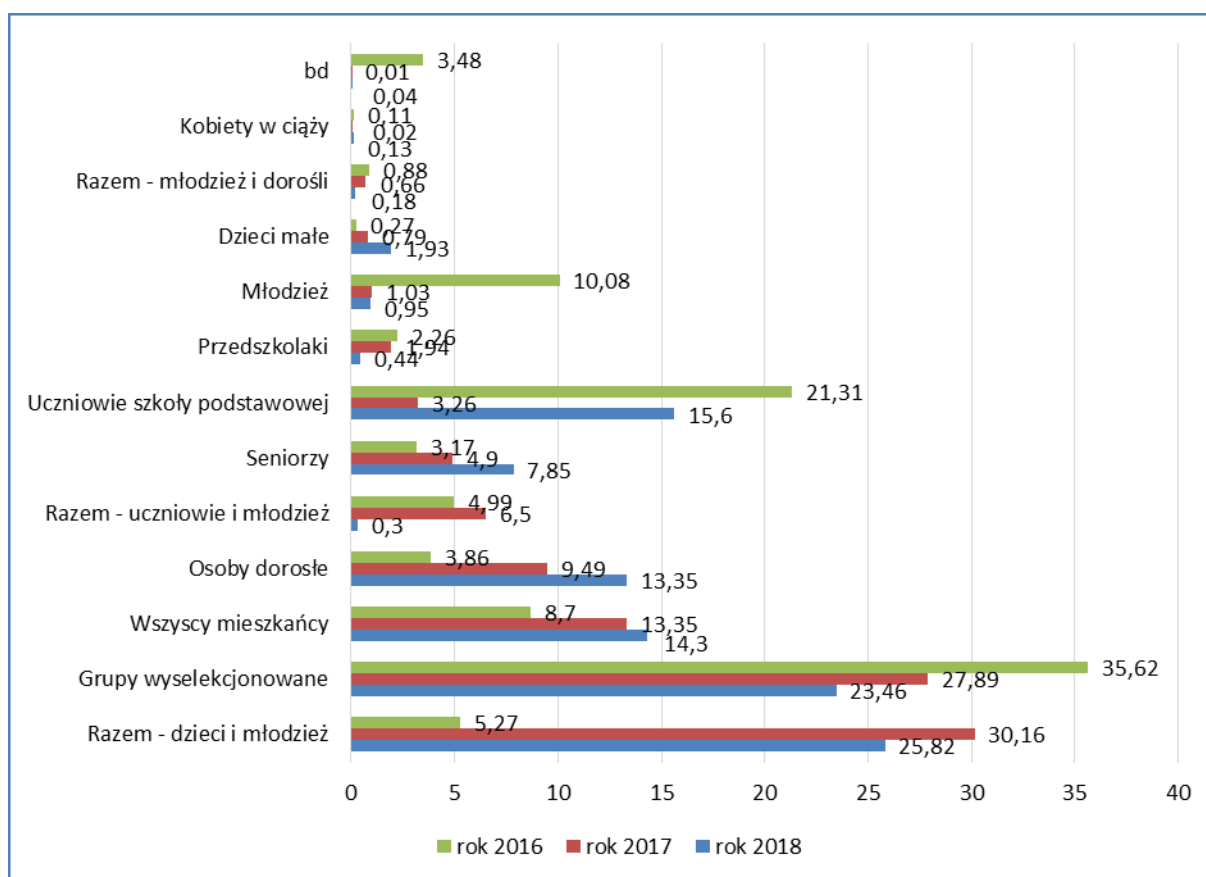
	2018	1122	302	325	136	0	0	0
Zachodniopomorskie	2016	1234	769	20	44	28	5	0
	2017	655	445	229	108	0	0	0
	2018	1032	221	222	61	0	0	0

6.2.4 POPULACJA DOCELOWA ZADANIA

Porównując dane z lat 2016, 2017 i 2018 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 latach 2017 i 2018 częściej wskazywano razem dzieci i młodzież oraz wszystkich mieszkańców, a rzadziej – grupy wyselekcjonowane, uczniów szkoły podstawowej i młodzież. W roku 2018 w porównaniu z rokiem 2017 stwierdzono większą liczbę zadań skierowanych do uczniów szkoły podstawowej a mniejszą – do uczniów i młodzieży jednocześnie. Warto zauważyć, że zmniejszyła się liczba i odsetek zadań, dla których JST nie określiło rodzaju grupy docelowej (z 3,48% do 0,04%). Grupy takie jak: seniorzy, przedszkolaki, razem uczniowie i młodzież stanowiły grupy odbiorcze zadań w podobnym zakresie. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej –Tabela 65 oraz Rycina 58.

Tabela 65. Zmiana rodzaju grupy docelowej zadań realizowanych przez JST w latach 2016-2018

Grupa docelowa	rok 2016		rok 2017		rok 2018	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Razem - dzieci i młodzież	1 227	5,27	6 376	30,16	5 122	25,82
Grupy wyselekcjonowane	8 294	35,62	5 897	27,89	4 653	23,46
Wszyscy mieszkańcy	2 025	8,7	2 822	13,35	2 837	14,30
Osoby dorosłe	899	3,86	2 007	9,49	2 648	13,35
Razem - uczniowie i młodzież	1 061	4,99	1 375	6,5	59	0,30
Seniorzy	738	3,17	1 036	4,90	1 557	7,85
Uczniowie szkoły podstawowej	4 961	21,31	689	3,26	3 094	15,60
Przedszkolaki	527	2,26	411	1,94	87	0,44
Młodzież	2 346	10,08	217	1,03	188	0,95
Dzieci małe	63	0,27	168	0,79	383	1,93
Razem - młodzież i dorośli	206	0,88	140	0,66	36	0,18
Kobiety w ciąży	26	0,11	5	0,02	26	0,13
bd	811	3,48	1	0,01	7	0,04
SUMA	23 284	100	21 144	100	19 836	100



Rycina 58. Zmiana rodzaju grupy docelowej działań podejmowanych przez JST w latach 2016-2018 (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. W roku 2018 grupa „razem dzieci i młodzież” była nadal najczęściej adresowaną grupą docelową. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej - Tabela 66.

Tabela 66. Zmiana rodzaju grupy docelowej działań w poszczególnych województwach w latach 2016-2018

Województwo	Rok	Grupy docelowe													SUMA
		Razem – dzieci i młodzież	Grupy wyselekcjonowane	Wszyscy mieszkańcy	Osoby dorosłe	Razem – uczniowie i młodzież	Seniorzy	Uczniowie szkoły podstawowej	Przedszkolaki	Młodzież	Dzieci małe	Razem – młodzież i dorośli	Kobiety w ciąży	bd	
Dolnośląskie	2016	66	380	80	83	31	32	184	15	239	7	42	7	77	1243
	2017	300	130	297	0	83	29	7	12	20	0	0	0	0	878
	2018	209	177	122	132	0	65	216	5	3	8	0	2	0	939
Kujawsko-pomorskie	2016	57	187	51	18	11	32	172	2	16	3	42	7	15	613
	2017	259	198	448	13	0	65	4	1	5	33	11	0	0	1037
	2018	223	122	315	132	1	110	82	1	0	37	2	0	0	1025
Lubelskie	2016	86	478	58	85	12	15	81	15	262	6	13	3	240	1354
	2017	441	334	44	182	8	32	160	25	53	0	36	0	0	1315
	2018	337	246	112	194	6	63	188	2	74	16	4	3	0	1245
Lubuskie	2016	28	465	93	66	148	46	482	53	40	4	42	7	66	1540
	2017	460	230	274	42	0	70	33	9	18	47	2	0	0	1185
	2018	288	128	169	197	0	84	158	1	4	41	0	0	0	1070
Łódzkie	2016	1	396	151	350	19	18	74	171	78	90	7	135	5	2710
	2017	511	610	316	53	1	54	22	7	22	31	6	0	0	1633
	2018	313	237	111	214	6	81	208	3	26	27	1	0	0	1227
Małopolskie	2016	66	450	80	30	31	28	260	4	26	10	42	7	77	1111
	2017	926	291	313	28	0	70	0	83	0	14	0	0	0	1725
	2018	419	299	165	203	3	105	236	13	22	53	2	0	2	1522
Mazowieckie	2016	302	902	238	71	5	70	284	10	86	6	42	2	134	2152
	2017	727	955	58	441	12	75	48	33	1	1	0	1	0	2352
	2018	452	374	249	295	8	131	292	4	2	24	1	3	1	1836
Opolskie	2016	272	306	59	18	134	0	74	1	242	2	0	0	0	1108
	2017	503	156	213	0	56	64	59	35	0	2	0	0	0	1088
	2018	254	155	123	106	5	99	202	18	0	25	1	2	0	990
Podkarpackie	2016	12	238	144	50	185	39	246	8	71	0	9	1	50	1053
	2017	448	200	147	24	0	32	10	12	11	22	3	0	0	909
	2018	361	162	136	99	4	53	145	4	6	11	2	0	0	983
Podlaskie	2016	12	306	67	22	185	13	422	199	108	0	6	1	10	1351
	2017	300	171	60	113	3	31	52	16	2	0	20	0	0	768
	2018	144	182	128	94	2	47	165	2	0	4	1	0	0	769
Pomorskie	2016	57	224	106	104	203	97	303	139	121	0	28	21	10	1413
	2017	12	423	66	184	363	65	62	17	28	3	18	1	0	1242
	2018	394	305	261	157	0	118	204	0	5	18	5	1	0	1468
Śląskie	2016	162	617	4	82	226	43	422	46	116	0	6	4	218	1946
	2017	32	590	185	361	820	137	164	65	54	1	44	2	0	2455
	2018	651	444	330	241	12	144	289	22	6	46	5	4	1	2195
Świętokrzyskie	2016	62	168	5	15	78	30	45	1	17	0	7	4	58	490
	2017	211	223	202	0	16	35	11	0	0	7	0	0	0	705
	2018	173	152	98	100	0	59	78	2	7	19	0	2	3	693
Warmińsko-mazurskie	2016	288	565	1	73	78	68	456	64	163	0	37	5	152	1950
	2017	300	170	132	38	0	34	0	48	0	6	0	0	0	728
	2018	79	153	83	54	3	27	40	1	0	9	3	1	0	453
Wielkopolski	2016	4	757	8	120	78	132	604	8	236	0	37	5	0	1989
	2017	500	630	34	308	11	149	34	19	1	0	0	1	0	1687

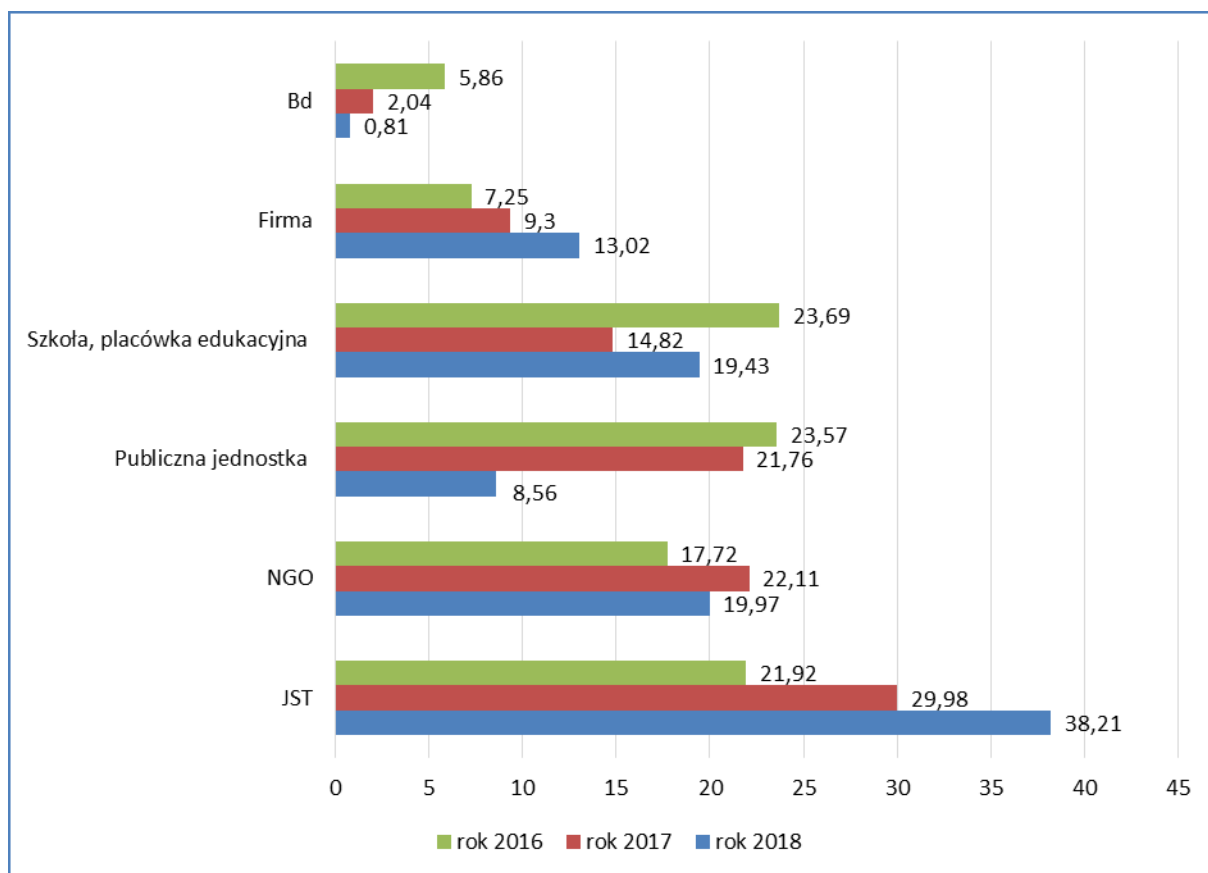
e	2018	489	355	220	239	4	240	278	3	29	21	5	2	0	1885
Zachodniopomorskie	2016	4	561	205	103	78	522	304	26	219	26	37	5	10	2100
	2017	446	586	33	220	2	94	23	29	2	1	0	0	1	1437
	2018	336	301	215	191	5	131	313	6	4	24	4	6	0	1536

6.2.5 REALIZATOR ZADANIA

Porównując dane z lat 2016 i 2017 można zauważyć, że w 2017 i 2018 roku częściej wskazywano jednostki samorządu terytorialnego i organizacje pozarządowe a rzadziej – szkoły i placówki edukacyjne. W roku 2017 i 2018 w porównaniu z rokiem 2016 zwiększyła się także aktywność podmiotów sklasyfikowanych jako firma w zakresie realizacji zadań. Warto także zauważyć, że zmniejszyła się liczba i odsetek działań, dla których JST nie określił rodzaju realizatora (z 5,86% do 0,81%). Dokładne dane porównawcze przedstawiono poniżej (Tabela 67, rycina 59).

Tabela 67. Zmiana rodzaju realizatora działań prowadzonych przez JST w latach 2016-2018 (liczba i %)

Realizator (rodzaj)	rok 2016		rok 2017		rok 2018	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
JST	5 103	21,92	6 339	29,98	7 580	38,21
NGO	4 125	17,72	4 674	22,11	3 961	19,97
Publiczna jednostka	5 488	23,57	4 600	21,76	1 697	8,56
Szkoła, placówka edukacyjna	5 517	23,69	3 134	14,82	3 854	19,43
Firma	1 687	7,25	1 966	9,30	2 583	13,02
Bd	1 364	5,86	431	2,04	161	0,81
SUMA	23 284	100	21 144	100	19 836	100



Rycina 59. Zmiana rodzaju realizatora zadań z zakresu ZP w latach 2016-2018 (w %)

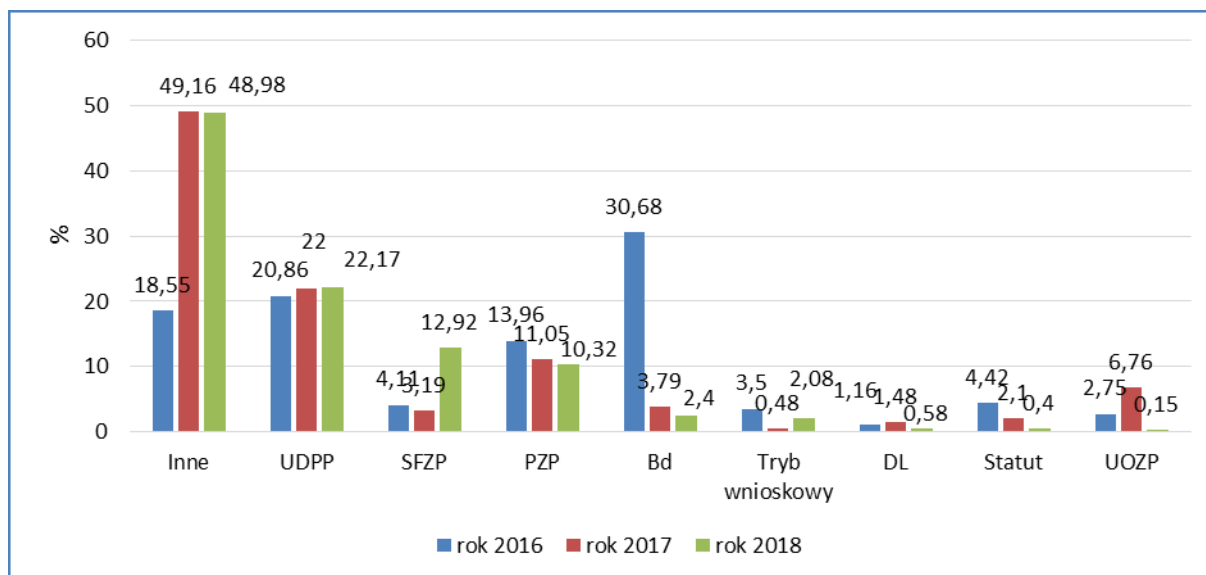
6.2.6 TRYB REALIZACJI ZADANIA

Porównując dane z lat 2016, 2017 i 2018 można zauważyć, że w 2017 i 2018 roku częściej wskazywano inne podstawy prawne prowadzonych działań. Rzadziej natomiast występowały braki danych (zmniejszenie z 30,68% w roku 2016 do 2,40% w roku 2017). Dokładne dane porównawcze przedstawiono poniżej.

Tabela 68. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP podejmowanych przez JST w latach 2016-2018 (liczba i %)

Tryb realizacji zadania	rok 2016		rok 2017		rok 2018	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Inne	4319	18,55	10393	49,16	9 715	48,98
UDPP	4857	20,86	4651	22,00	4 398	22,17
SFZP	958	4,11	673	3,19	2 563	12,92
PZP	3251	13,96	2337	11,05	2 048	10,32
Bd	7144	30,68	802	3,79	476	2,40
Tryb wnioskowy	816	3,50	101	0,48	412	2,08
DL	269	1,16	310	1,48	115	0,58
Statut	1030	4,42	444	2,10	80	0,40

UOZP	640	2,75	1433	6,76	29	0,15
SUMA	23284	100	21144	100	19 836	100



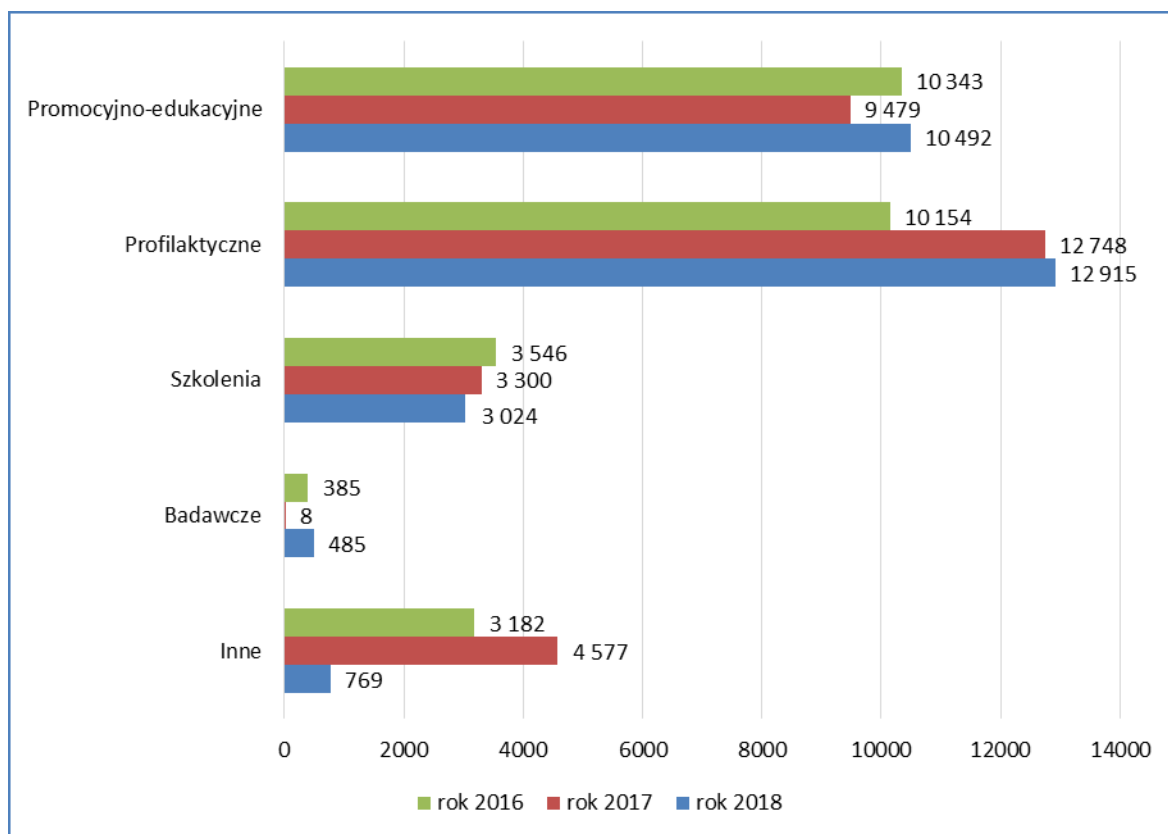
Rycina 60. Zmiana trybu realizacji zadań przez JST w latach 2016-2018 (w %)

6.2.7 ELEMENTY DZIAŁAŃ PODJĘTE W ZADANIU

Analiza porównawcza roku 2016, 2017 i 2018 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.) a następnie obniżyła się w 2018 roku do nieco ponad 28 tysięcy. Zwiększyła się liczba działań profilaktycznych i innych, zmniejszyła nieznacznie liczba szkoleń. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 69, rycina 61.

Tabela 69. Zmiana liczby działań poszczególnych rodzajów podejmowanych w ramach zadań z zakresu ZP w latach 2016-2018

Rodzaj działania	rok 2016	rok 2017	rok 2018
Inne	3 182	4 577	769
Badawcze	385	8	485
Szkolenia	3 546	3 300	3 024
Profilaktyczne	10 154	12 748	12 915
Promocyjno-edukacyjne	10 343	9 479	10 492
SUMA	27 610	30 112	28 135



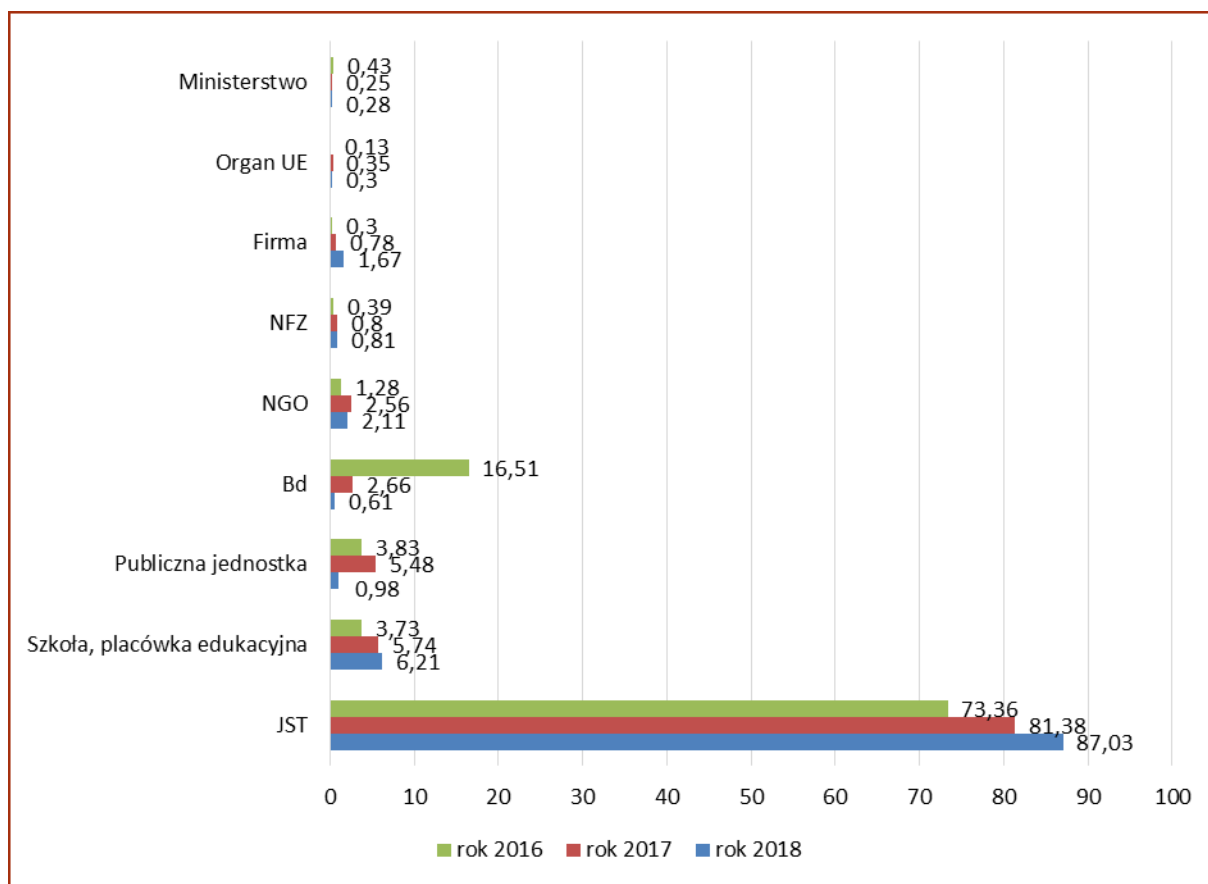
Rycina 61. Zmiana liczby działań poszczególnego rodzaju podejmowanych w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2018

6.2.8 PODMIOT FINANSUJĄCY ZADANIE (RODZAJ)

W latach 2016-2018 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 więcej, bo w 81,38% ogółu podjętych działań a w 2018 roku jeszcze więcej, bo 87,03% ogółu zadań. Porównując dane z lat 2016-2018 można również zauważyć, że w 2018 roku znacznie rzadziej występowały braki danych (spadek z 16,51% do 0,61%). Jak wspomniano wcześniej, JST w niektórych zadaniach wskazywało jednostki nieuprawnione do pełnienia funkcji PF, np. firmy czy NGO. Może to wynikać zarówno w fakcie mylnego przypisania funkcji PF realizatorowi zadania jak i ujmowania w tym zakresie zaangażowania zasobów niefinansowych. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 70 oraz Rycina .

Tabela 70. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PW w latach 2016-2018 (liczba i %)

Podmiot finansujący PF (rodzaj)	rok 2016		rok 2017		rok 2018	
	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
JST	17 080	73,36	17 207	81,38	17 264	87,03
Szkoła, placówka edukacyjna	878	3,73	1 214	5,74	1 232	6,21
Publiczna jednostka	891	3,83	1 159	5,48	194	0,98
Bd	3 845	16,51	562	2,66	121	0,61
NGO	299	1,28	541	2,56	418	2,11
NFZ	91	0,39	170	0,80	160	0,81
Firma	69	0,30	164	0,78	331	1,67
Organ UE	30	0,13	75	0,35	60	0,30
Ministerstwo	101	0,43	52	0,25	56	0,28
SUMA	23 284	100	21 144	100	19 836	100



Rycina 62. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PW w latach 2016-2018

6.2.9 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 2018 kwoty finansowe przeznaczone na realizację zadania były jednak mniejsze niż w roku 2017. Całkowite koszty realizacji działań w roku 2018 zamykały się w przedziale 0-122.097.331 zł. Średni koszt realizacji zadania wynosił 122.021,41 zł. Najczęściej pojawiała się kwota 1.000 zł (n=255).

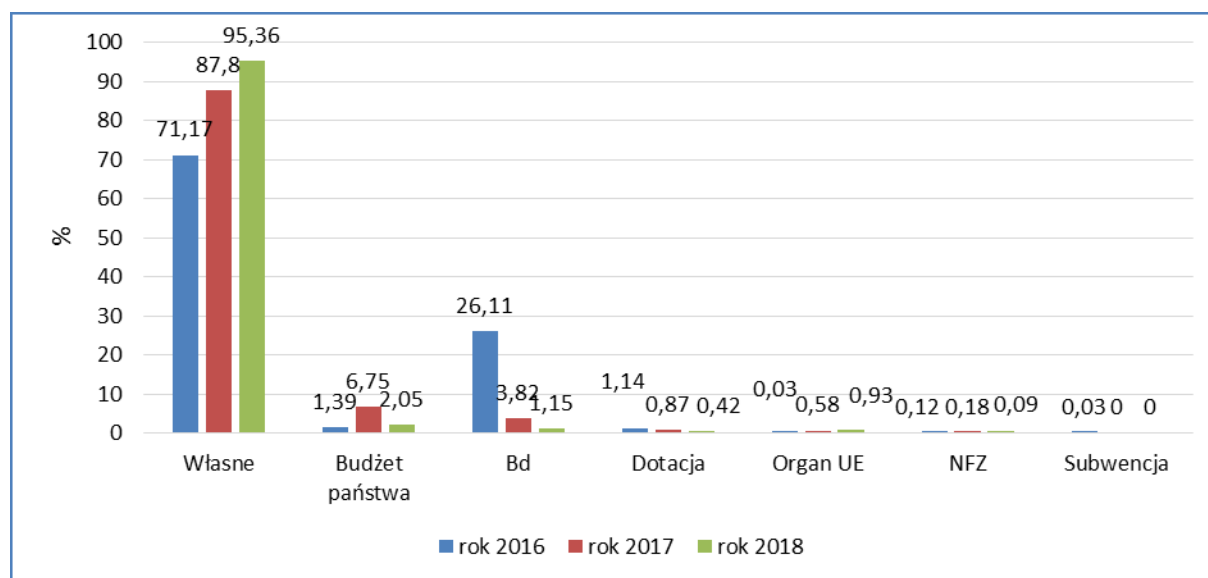
W roku 2017 udział procentowy podmiotu finansującego w całości finansowania zawierał się w przedziale 0,1-100%, średnio było to 91,36%, a najczęściej pojawiającą się wartością było 100% (n=15.397). W 2016 roku udział procentowy podmiotu finansującego w całości finansowania

zawierał się w przedziale 1,1-100%, średnio było to 60,58%, a najczęściej pojawiającą się wartością było 100% (n=6.639). W roku 2108 udział procentowy podmiotu finansującego w całości finansowania zawierał się w przedziale 0,1-100%, średnio było to 90,19%, a najczęściej pojawiającą się wartością było 100% (n=14.893).

Porównując dane z lat 2016 i 2017 można zauważyć, że w 2017 i w 2018 roku częściej wskazywano środki własne (87,70% i 95,36% vs. 71,17%), znacznie rzadziej występowały braki danych (3,82% i 1,15% vs. 26,11%). Dokładne dane porównawcze przedstawiono poniżej.

Tabela 71. Zmiana źródła finansowania podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2018 (liczba i %)

	rok 2016		rok 2017		rok 2018	
Źródło finansowania PF	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)	Liczba (N)	Procent (%)
Własne	16 571	71,17	18 564	87,80	18 915	95,36
Budżet państwa	323	1,39	1 427	6,75	406	2,05
Bd	6 080	26,11	808	3,82	228	1,15
Dotacja	265	1,14	183	0,87	84	0,42
Organ UE	8	0,03	123	0,58	185	0,93
NFZ	29	0,12	39	0,18	18	0,09
Subwencja	8	0,03	0	0	0	0
SUMA	23 284	100	21 144	100	19 836	100



Rycina 63. Zmiana źródła finansowania podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2018

6.2.10 KOSZT REALIZACJI ZADANIA

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

Trzy województwa wydawały największe średnie kwoty w ramach zadań przypisanych do celu operacyjnego nr 1 zarówno w roku 2016, 2017 jak i w 2018. 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 w 2017 roku a województwa mazowieckie i lubuskie w 2018 roku. Widocznym jest jednak, że największe średnie koszty obserwowano najczęściej w zakresie celu operacyjnego nr 1. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej – Tabela 72.

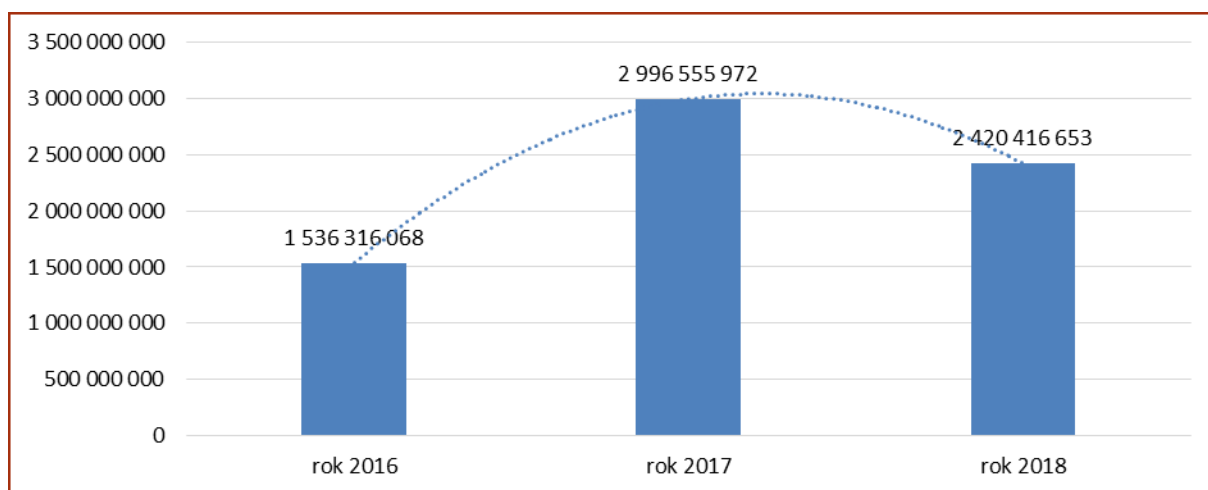
Tabela 72. Zmiana kosztu średniego zadania w poszczególnych województwach w relacji do nr celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2018

cel NPZ								
Województwo	Rok	1-łącznie	2-łącznie	3-łącznie	4-łącznie	5-łącznie	6-łącznie	bd-łącznie
Dolnośląskie	2016	56	24	6	55	36	12	
		142,28	307,41	280,81	455,57	293,43	658,20	
	2017	136	35	64	132	119	101	25
		544,05	993,94	760,98	363,21	238,44	805,75	249,92
	2018	306	27	50	73	254	110	48
		219,54	063,33	263,53	465,47	062,11	440,60	158,72
Kujawsko-pomorskie	2016	163	178	372	52	165	1 985,00	28
		996,10	430,71	075,30	215,94	479,38		947,11
	2017	255	94	63	1 062	307	2 602,55	19
		375,73	205,93	371,25	818,49	563,61		981,89
	2018	205	91	536	25	456		40
		065,20	689,45	633,93	376,64	813,29		589,77
Lubelskie	2016	164	15	24	95	135	43	85
		030,19	056,51	481,38	706,05	125,79	797,62	677,14
	2017	2 482	20	102	134	111	16	8 029,94
		023,75	676,20	123,12	111,76	023,84	119,00	
	2018	61	16	144	86	52	233	172,73
		204,37	766,34	335,39	565,24	814,91	945,51	
Lubuskie	2016	41	14	31	7 167,63	38	7 772,08	6 165,38
		683,96	765,26	911,42		112,02		
	2017	116	20	64	23	126	10	92
		376,80	575,54	184,64	259,46	226,98	496,67	760,59
	2018	300	25	27	40	58	20	75
		822,16	087,34	482,17	610,26	373,71	943,83	493,37
Łódzkie	2016	83	19	4	22	51	10	41
		857,16	275,84	526,27	142,54	692,59	296,00	926,35
	2017	1 936	45	18	49	48	37	213
		264,48	951,05	575,04	435,30	267,37	554,81	274,94
	2018	944	35	48	31	63	42	645
		713,70	909,97	069,81	967,68	415,05	167,39	961,92
Małopolskie	2016	11	85	6	64	3	17	46

		882,62	029,57	732,26	675,97	713,41	588,80	972,30
	2017	98 486,42	25 888,99	56 365,26	70 365,23	78 658,11	12 505,12	48 950,23
	2018	319 827,75	31 966,61	80 309,16	89 646,03	242 476,90	9 041,00	36 954,57
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
	2018	873 034,54	75 963,75	437 510,39	206 898,04	913 502,63	1 558 563,91	173 429,04
	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	
	2018	173 780,96	18 535,23	64 855,23	420 512,32	431 774,39	1 373,04	61 769,56
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
	2018	247 333,04	31 587,54	49 786,96	98 366,96	622 132,43	19 158,75	48 830,55
	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
	2018	256 778,82	24 850,79	45 008,37	100 930,83	101 118,07	44 428,15	11 500,00
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
	2018	64 579,54	45 263,12	48 010,91	39 868,33	125 542,94	80 686,84	82 136,33
	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
	2018	222 947,97	71 752,60	155 161,53	205 053,03	67 081,19	37 578,65	188 565,01
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
	2018	39 566,78	29 918,94	39 557,12	109 456,37	477 360,69	0,00	225 774,90
	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
	2018	116 623,85	137 583,78	59 339,83	17 626,16	43 887,66	36 000,00	43 587,78

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
	2018	106 302,53	73 508,65	35 547,93	76 136,44	91 932,96	6 958,47	20 847,18
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
	2018	151 655,43	32 516,42	82 370,87	22 991,42	157 886,14	62 433,77	52 202,79

Analiza porównawcza sumarycznego kosztu realizacji w latach 2016-2018 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. W roku 2018 koszty całkowite były jednak niższe niż w roku 2017, bo wynosiły mniej niż 2,5 mld zł. Koszty całkowite zamykały się w przedziale 0-122.097.331 zł. Średni koszt realizacji zadania wynosił 122.021 zł. Szczegółowe dane zaprezentowano poniżej – Rycina 64 oraz Tabela 73.



Rycina 64. Zmiana wartości całkowitych kosztów realizacji wszystkich zadań w latach 2016-2018 (w zł)

Analiza sumarycznych kosztów w poszczególnych województwach i w odniesieniu do numeru celu operacyjnego wykazała, że większość województw w 2017 roku zwiększyła swoje roczne wydatki, przy czym największa zmiana w omawianym kierunku dotyczyła województwa łódzkiego i wyniosła ponad 381 mln zł. Największy wzrost wydatków w roku 2018 dotyczył natomiast województwa małopolskiego i mazowieckiego, które zwiększyły swoje wydatki o około 100 mln zł. Zmniejszenie wydatków w roku stwierdzono w trzech województwach, tj. lubuskim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim. Zmniejszenie wydatków w roku 2018 stwierdzono w przypadku województwa kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, łódzkiego, opolskiego, podlaskiego i warmińsko-mazurskiego.

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 2018 w województwie mazowieckim i wyniosły ponad 465 mln zł., 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 73.

Tabela 73. Zmiana całkowitych kosztów realizacji zadania w latach 2016-2018

Województwo	Rok	1	2	3	4	5	6	bd	Suma całkowita
Dolnośląskie	2016	36 346	22 783	5 754	8 439	1 976	316		75 616
		707,00	347,00	366,00	474,00	454,00	465,00		813,00
	2017	22 802	11 985	1 878	9 133	3 577	407	1 792	51 577
Kujawsko-pomorskie	2016	857,00	982,00	069,00	062,00	153,00	223,00	745,00	089,00
		52 363	12 476	2 965	3 085	9 654	552	7 849	88 947
	2017	541,94	195,62	548,01	549,58	360,04	203,00	871,67	269,86
Lubelskie	2016	49 847	29 797	14 883	4 134	6 619	3 970	260	105 546
		506,00	929,00	012,00	496,00	175,00		524,00	612,00
	2017	88 870	31 558	2 027 880	133 915	18 146	2	1 298	275 820
Lubuskie	2016	754,00	987,00		130	253,00	603,00	823,00	428,00
		72 593	33 099	27 368	2 816	31 976		3 166	171 021
	2017	079,31	890,72	330,55	806,56	930,19		001,71	039,04
Łódzkie	2016	114 927	10 721	2 600	8 230	3 823	1 620	18 765	160 689
		420	395,00	276,00	522,00	779,00	512,00	587,00	491,00
	2017	335 073	12 757	3 676	8 985	2 109	161	642,00	362 827
Małopolskie	2016	206,00	218,00	432,00	488,00	453,00	190		228,00
		16 402	11 585	14 144	9 608	1 954	6 784	1	60 482
	2017	772,46	537,62	868,11	741,91	151,69	419,75	900,00	391,54
Mazowieckie	2016	19 422	12 084	17 573	635	2 551	101	1 140	53 508
		835,00	149,00	095,00	436,00	343,00	037,00	876,00	771,00
	2017	19 784	12 551	3 979	1 442	8 078	62 980	4 266	50
Opolskie	2016	055,00	076,00	448,00	087,00	527,00		987,00	165 160,00
		70 994	13 873	2 390	3 330	3 268	125	3 774	97 757
	2017	029,05	301,02	948,94	041,53	927,59	663,00	668,72	579,85
Śląskie	2016	11 758	18 496	3 679	1 680 070	1 351	472	8 016	42
		714,00	928,00	511,00		387,00	762,00	598,00	144 410,00
	2017	319 483	40 850	1 467	2 916	3 040	1 126	54 598	423
Województwo Łódzkie	2016	640	488,00	428,00	683,00	844,00	644,00	384,00	484 110,00
		145 485	27 040	2 739	2 653	3 424	1 813	53 614	236 771
	2017	910,38	210,59	979,44	317,24	412,67	197,61	839,39	867,32
Województwo Mazowieckie	2016	9 398	21 540	2 255	3 892	683	1 880	4 706	44 361
		653,00	440	826,00	628,00	158,00	428,00	353,00	086,00
	2017	29 644	19 520	2 592	8 303	7 629	387	1 419	69
Województwo Śląskie	2016	414,00	295,00	802,00	097,00	837,00	659,00	557,00	497 660,00
		95 628	26 020	7 870	12 819	25 217	280	1 219	169 056
	2017	495,87	822,59	297,21	382,55	598,00	270,94	500,71	367,87
Województwo Łódzkie	2016	84 160	42 442	119 061	2 754 160	8 683		11 416	293 305
		515,00	265,00	946,00		777,00		173,00	736,00
	2017	170 538	79 393	63 981	18 934	9 197	63	25 048	367 158
Województwo Mazowieckie	2016	675,00	612,00	524,00	586,00	958,00	439,00	521,00	313,00
		226 988	91 612	39 375	21 310	59 377	7 792	18 556	465 015
	2017	979,91	283,00	934,74	497,66	670,63	819,54	907,63	093,11
Województwo Śląskie	2016	16 014	5 020	2 885	2 310	4 819	11	0	31 060
		242,00	214,00	452,00	215,00	042,00	169,00		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	0	236 375 606,00
	2018	47 963 544,69	7 562 374,71	4 150 734,76	37 846 108,93	55 698 895,92	26 087,82	247 078,23	153 494 825,06
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
	2018	57 381 264,61	14 214 394,21	2 887 643,49	3 246 109,54	21 774 635,12	76 635,00	8 350 023,85	107 930 705,82
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
	2018	49 044 755,42	10 163 972,42	2 970 552,24	3 936 302,38	4 550 313,25	399 853,33	115 000,00	71 180 749,04
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	63 929 730,00
	2018	24 281 907,81	33 268 394,13	3 168 719,82	2 591 441,68	8 913 548,60	1 855 797,34	10 841 995,04	84 921 804,42
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
	2018	164 535 604,16	58 478 370,44	27 463 590,38	42 445 976,72	7 647 255,73	1 014 623,58	22 062 105,61	323 647 526,62
Świętokrzyskie	2016	4 559 588,00	536 193,00	1 517 823,00	2 410 721,00	14 803 202,00	0	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
	2018	6 093 283,70	7 599 410,53	2 768 998,23	5 691 731,00	23 868 034,70	0	23 480 589,38	69 502 047,54
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
	2018	15 744 219,58	24 902 664,13	2 373 593,38	405 401,79	1 404 405,11	36 000,00	1 787 098,96	46 653 382,95
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
	2018	44 221 852,84	61 159 197,21	4 336 847,91	13 552 285,63	19 765 586,91	153 086,27	2 084 717,53	145 273 574,30
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
	2018	72 794 604,16	19 965 082,84	9 143 166,89	1 471 450,65	16 735 931,07	1 498 410,38	7 151 782,90	128 760 428,89
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	30 172 838,00	163 215	2 996 555 972,00
	2018	1 162 517 845,89	453 022 101,78	156 119 754,10	166 811 145,35	295 232	22 409 067,56	164 304	2 420 416 653,23

						657,22		081,33	
--	--	--	--	--	--	--------	--	--------	--

6.3 JAKOŚĆ SPRAWOZDAWCZOŚCI JST

Analiza zmiany jakości sprawozdawczości w zakresie dostępnych danych za rok 2016 wykazała, że w większości wskaźników JST w roku 2017 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”. W roku 2018 natomiast poprawie uległy wszystkie analizowane wskaźniki jakości sprawozdawczości JST. Pozostałe dane zaprezentowano poniżej –Tabela 74.

Tabela 74. Zmiana jakości sprawozdawczości JST w latach 2016-2018

		rok 2016		rok 2017		rok 2018		rok 2016		rok 2017		rok 2018	
		Liczba bd						Procent bd					
nr celu operacyjnego NPZ	↑	2250	-	1443	-	1341	↑	10	-	6,83	-	6,76	
nr zadania NPZ	-	2240	↑	3727	-	0	-	9,62	↑	17,6	-	0	
zasięg terytorialny	↑	760	-	0	-	0	↑	3,26	-	0	-	0	
populacja objęta zadaniem (rodzaj)	↑	811	-	1	-	7	↑	3,48	-	0,01	-	0,04	
realizator zadania (rodzaj)	↑	1364	-	431	-	161	↑	5,86	-	2,04	-	0,81	
Tryb realizacji zadania	↑	7144	-	802	-	29	↑	30,68	-	3,79	-	0,15	
Podmiot finansujący zadanie PF	↑	3845	-	562	-	121	↑	16,51	-	2,66	-	0,61	
Źródło finansowania PF	↑	6080	-	808	-	228	↑	26,11	-	3,82	-	1,15	

7. 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.

7.1. 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 75. Tabela 1. Zadania z zakresu zdrowia publicznego raportowane przez poszczególne podmioty centralne (liczba i %)

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. Niestuszone wskazywanie jako PF nieuprawnionych jednostek, być może w wyniku uwzględniania ich zaangażowania pozafinansowego, ale bez jego wycenienia.
3	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.
4	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.
5	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.
6	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.
7	Niepoważne traktowanie obowiązku sprawozdawczości, np. poprzez żartobliwe wpisywanie danych itp.	Brak możliwości wyciągnięcia całościowych wniosków z danych zebranych w ramach sprawozdawczości.
8	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.
9	Wskazywanie podmiotów nieuprawnionych jako PF (być może mylnie zamiast realizatora).	Brak możliwości uzyskania pełnych danych odnośnie grup rodzajowych PF, mało wiarygodne dane.
10	Wskazywanie ekstremalnie dużych liczebności grupy docelowej, np. ponad 38	Nieadekwatne określanie grupy docelowej,

	mln.* *Jeśli nie dotyczy to działań ogólnopolskich, np.: działania legislacyjne	uwzględnianie w zadaniach wszystkich obywateli nie zawsze jest zasadne z powodu logiki programu (np. tematyka skierowana wprost do osób dorosłych).
11	Niepoprawne, niepełne albo brak wskazania grupy docelowej	Nieadekwatne określanie grupy docelowej, Brak możliwości uzyskania pełnych danych odnośnie grup rodzajowych (zwłaszcza w odniesieniu do wieku), być może wynikające z braku świadomości w zakresie wpływu prowadzonych działań na stan zdrowia publicznego.

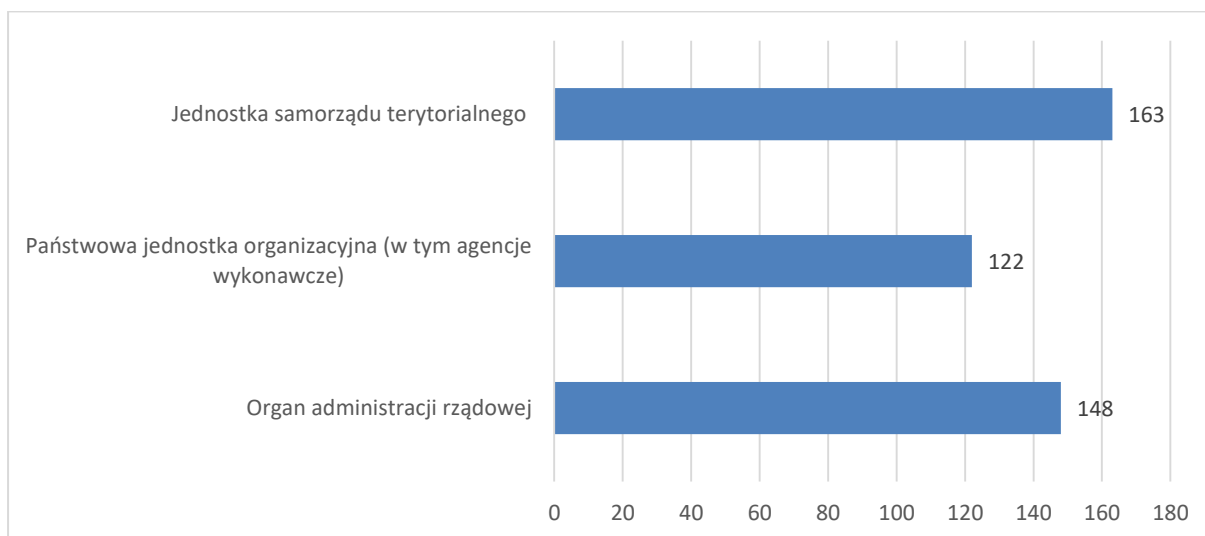
7.2. PROBLEMY W REALIZACJI ZADAŃ – NAJCZĘŚCIEJ ZGŁASZANE

W celu wskazania najczęściej pojawiających się problemów w realizacji i sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego, jakich doświadczają realizatorzy tych zadań, przeprowadzono badanie ankietowe. Kwestionariusz obejmował trzy główne obszary:

- Trudności w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego,
- Trudności w sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego,
- Działania wzmacniające proces sprawozdawczości zdrowia publicznego.

Badanie ankietowe przeprowadzone zostało w pierwszej połowie grudnia 2019 roku przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, cel operacyjny „Zadanie z zakresu zdrowia publicznego: Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego, w ramach Zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych w latach 2019-2020”. Badanie ankietowe przeprowadzono wśród realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego tj. jednostek samorządu terytorialnego, stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz jednostek centralnych. Wyniki badania wykorzystane zostały w analizie sprawozdań jednostek publicznych wykonujących działania z zakresu zdrowia publicznego.

Autorski kwestionariusz badania zawierał łącznie 10 pytań. Na ankietę składały się 2 pytania jednokrotnego wyboru, 2 pytania otwarte, 3 pytania wielokrotnego wyboru oraz 3 pytania metryczkowe. Od jednostek, do których zwrócono się o wypełnienie ankiety uzyskano 433 odpowiedzi. Wśród ankietowanych największy odsetek stanowiły jednostki samorządu terytorialnego – 38% (n = 163), następnie organy administracji rządowej – 34% (n = 148), państwowe jednostki organizacyjne (w tym agencje wykonawcze) stanowiły 28% wszystkich respondentów (n = 122) – Rycina 65.

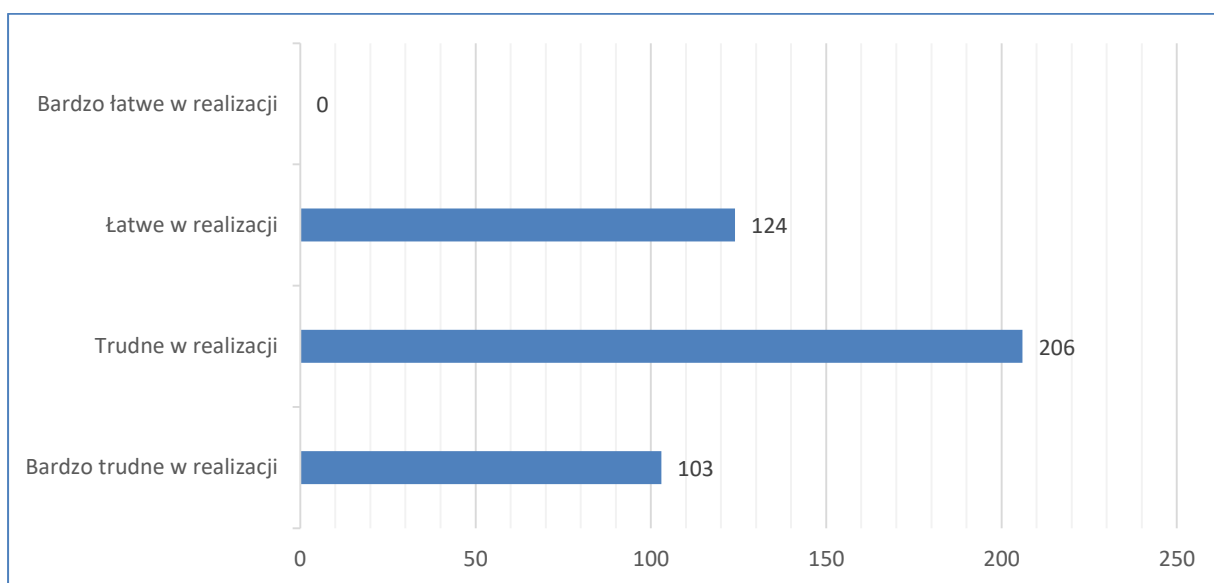


Rycina 65. Podmioty, które wzięły udział w badaniu dotyczącym problemów w realizacji zadań z zakresu ZP (ze względu na rodzaj)

Najwięcej jednostek, które wzięły udział w badaniu, pochodziło z województwa łódzkiego – 17% (n = 74) oraz z województwa mazowieckiego – 13% (n = 57 podmiotów). Odpowiedzi uzyskano ze wszystkich województw, jednak z pozostałych województw odsetek respondentów nie przekraczał 10%. Największą grupę respondentów, którzy podali nazwę jednostki (nie było to obligatoryjne) stanowiły organy inspekcji sanitarno-epidemiologicznej oraz urzędy gmin.

Pytanie 1 - Proszę wskazać stopień trudności realizacji zadań zdrowia publicznego:

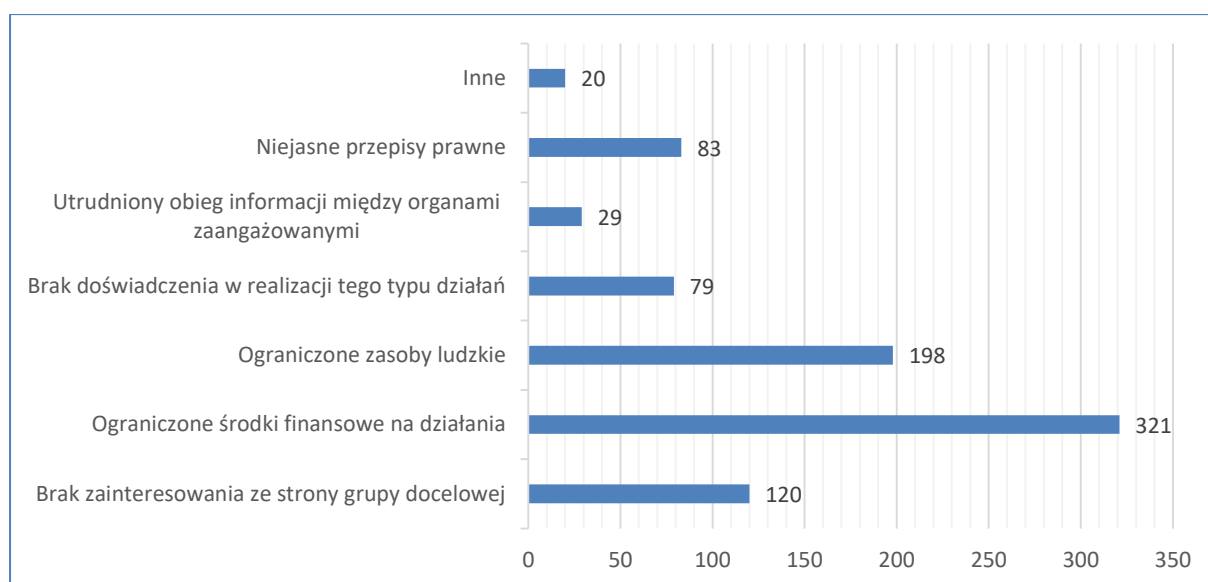
Większość ankietowanych - 48% (n = 206) określa zadania z zakresu zdrowia publicznego jako trudne w realizacji, natomiast jako łatwe w realizacji określiło je 29% (n = 124) ankietowanych. W 24% udzielonych odpowiedzi zadania z zakresu zdrowia publicznego określono jako bardzo trudne w realizacji. Wyniki w formie graficznej przedstawiono na poniżej - Rycina 66.



Rycina 66. Stopień trudności realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (liczba)

Pytanie 2 - Jakie trudności pojawiały się najczęściej przy realizacji zadań zdrowia publicznego?

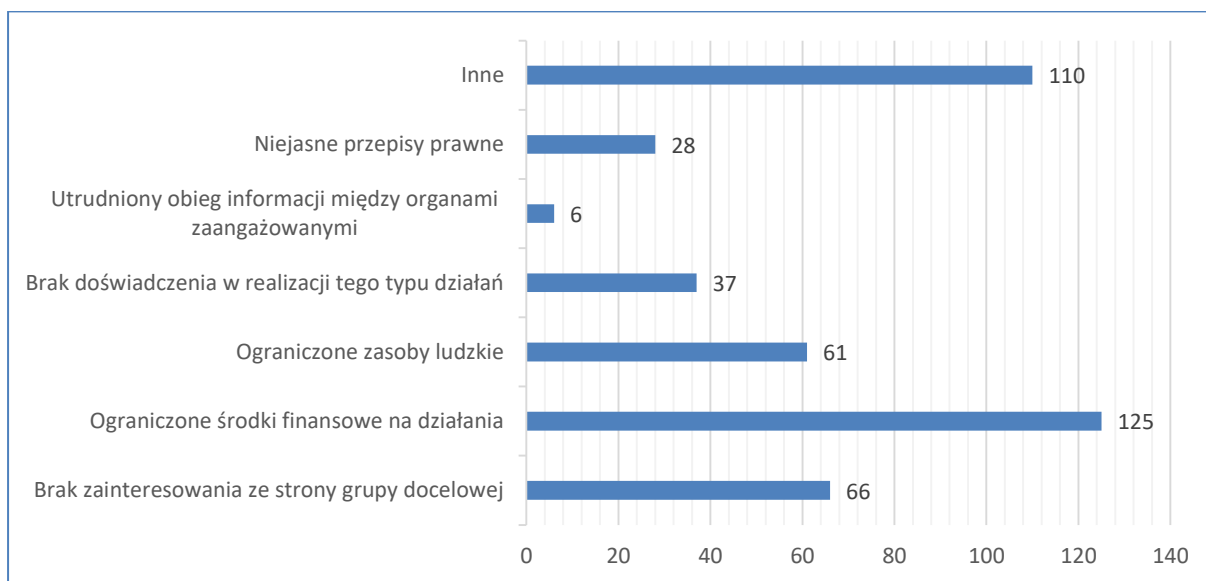
W tym pytaniu respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Najczęściej wskazywaną przez jednostki trudnością w realizacji zadań zdrowia publicznego były „ograniczone środki finansowe na działania” (w przypadku 321 respondentów). Drugą w kolejności najczęstszą odpowiedzią wybieraną przez badanych stanowiły „ograniczone zasoby ludzkie” – 198 odpowiedzi, na trzecim miejscu znalazł się „brak zainteresowania ze strony grupy docelowej” – 120. W odpowiedzi „Inne” część ankietowanych podawało brak zainteresowania ze strony potencjalnych realizatorów oraz długi czas potrzebny na formalne przygotowanie projektów, głównie w obszarze wyboru wykonawcy. Wyniki te przedstawiono poniżej - Rycina 67.



Rycina 67. Trudności pojawiające się najczęściej w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego

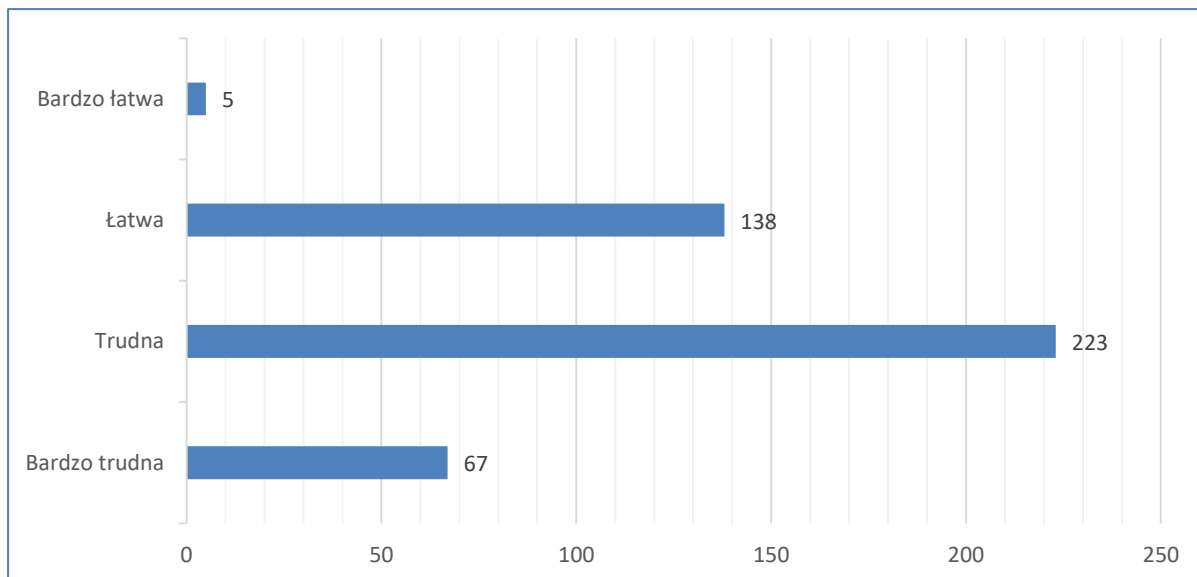
Pytanie 3. Proszę wskazać jedną odpowiedź z pytania 2, która powodowała największe trudności i uzasadnić.

Największą trudnością w realizacji zadań zakresu zdrowia publicznego wskazywaną przez respondentów są ograniczone środki finansowane na tego typu działania (125 odpowiedzi). Jednostki, zwłaszcza gminy, mają problem z wygospodarowaniem dodatkowych środków finansowych na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego. Dla części respondentów największą trudność stanowił „brak zainteresowania ze strony grupy docelowej” – 66 odpowiedzi. Realizatorzy nie wiedzą w jaki sposób zachęcić społeczeństwo do udziału w prowadzonych działaniach. Znaczna część respondentów wybrała odpowiedź „Inne” niż wskazane w pytaniu 2, jednak podawane odpowiedzi pokrywają się z kafeterią zamkniętą i wskazują przede wszystkim na problem z zapewnieniem finansowania zadań zdrowia publicznego – Rycina 68.



Rycina 68. Najpoważniejsze trudności pojawiające się w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego

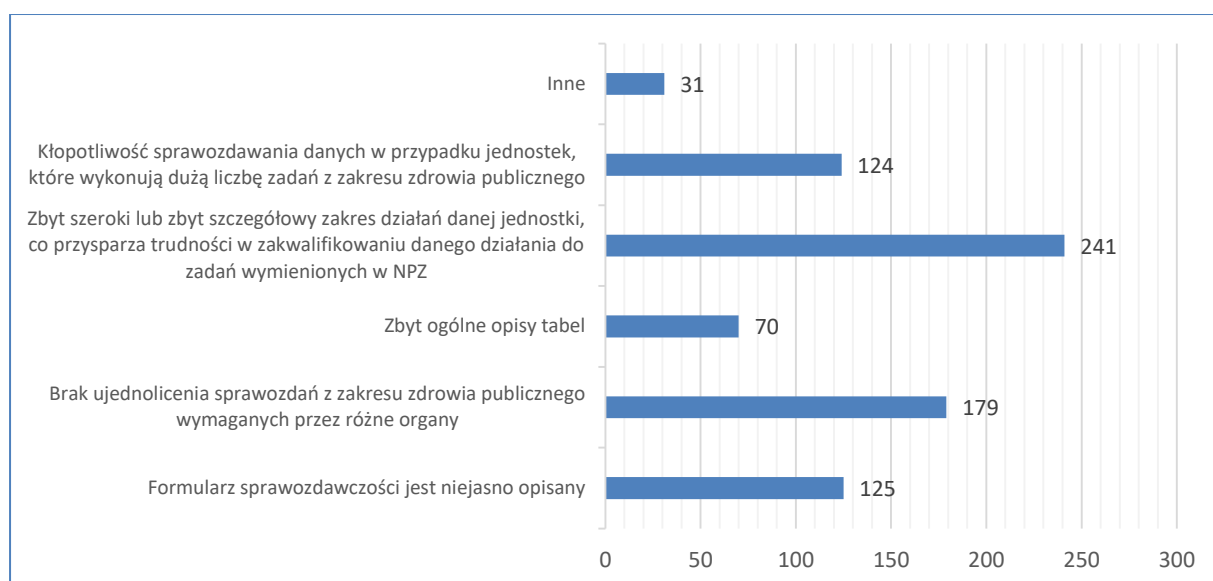
Pytanie 4 - Proszę określić stopień trudności sprawozdawczości zadań zdrowia publicznego
 Według 52% badanych (n=223) sprawozdawczość z realizacji zadań zdrowia publicznego określana jest jako trudna, natomiast 32% ankietowanych (n=138) uważa, że proces sprawozdawczości wykonania zadań zdrowia publicznego jest łatwy. Według 15% (n=67) badanych sprawozdawczość jest bardzo trudna – Rycina 69.



Rycina 69. Stopień trudności sprawozdawczości z zadań z zakresu zdrowia publicznego

Pytanie 5 - Jakie trudności pojawiały się najczęściej w procesie sprawozdawczości zadań zdrowia?

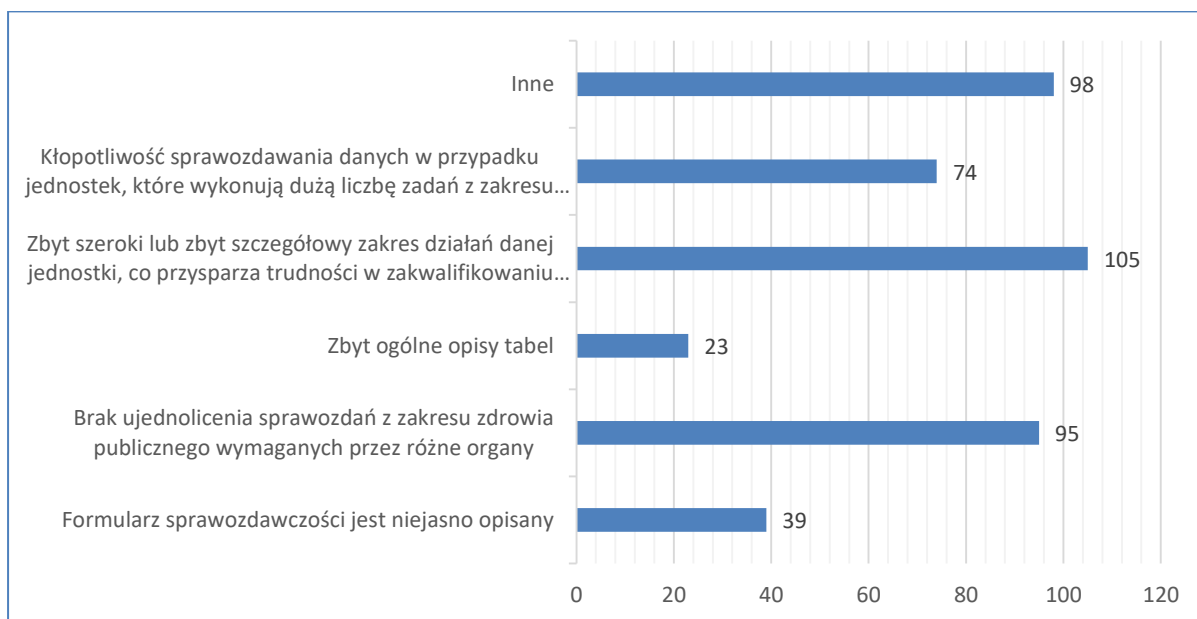
W pytaniu dozwolone było wskazanie więcej niż jednej odpowiedzi. Według 241 badanych najczęstszym problemem związanym ze sprawozdawczością był „zbyt szeroki lub zbyt szczegółowy zakres działań danej jednostki, co przysparzało trudności w zakwalifikowaniu danego działania do zadań wymienionych w NPZ”. W przypadku 179 respondentów głównym problemem był „brak ujednolicenia sprawozdań z zakresu zdrowia publicznego wymaganych przez różne organy”. W przypadku 125 odpowiedzi respondenci wskazywali na konstrukcję samego formularza, który według nich jest niejasno opisany, jako głównej trudności w procesie sprawozdawczości – Rycina 70.



Rycina 70. Trudności pojawiające się najczęściej w sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego

Pytanie 6 - Proszę wskazać jedną odpowiedź z pytania 5, która powodowała największe trudności i uzasadnić dlaczego.

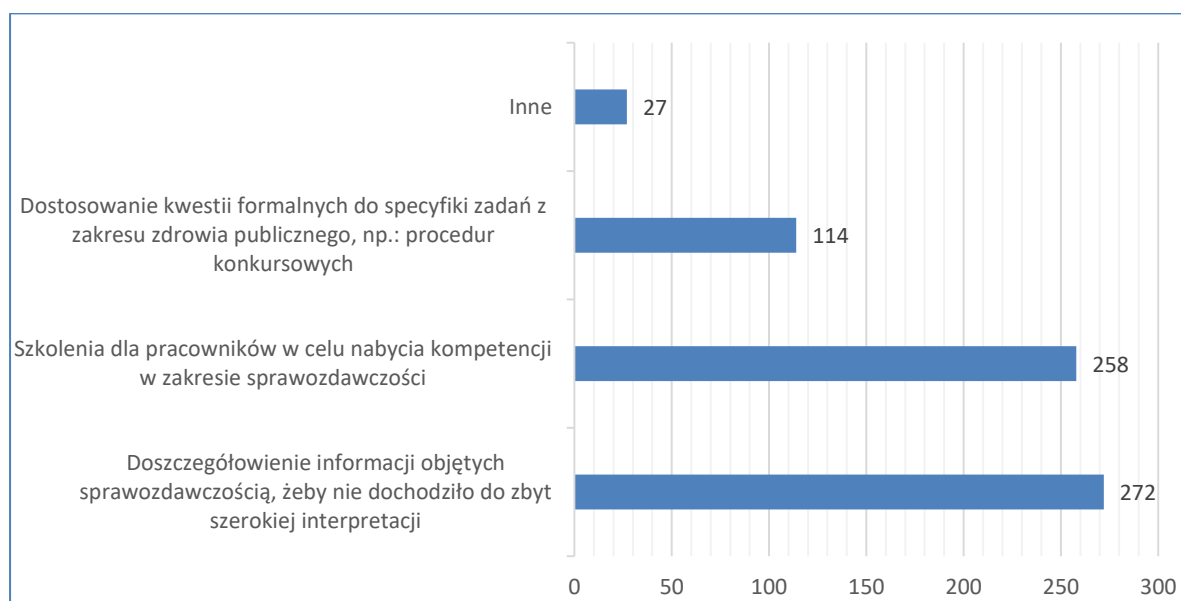
W tym pytaniu najwięcej respondentów (105 odpowiedzi) jako największe trudności wskazało „zbyt szeroki lub zbyt szczegółowy zakres działań danej jednostki, co przysparza trudności w zakwalifikowaniu danego działania do zadań wymienionych w NPZ”. Znaczna część badanych jako największą trudność podała sprawozdawanie zadań z zakresu zdrowia publicznego do różnych jednostek z wykorzystaniem odrębnych formularzy – 95 odpowiedzi. W odpowiedzi „Inne”, wybranej przez 98 respondentów, wskazywano przede wszystkim na trudności z przyporządkowaniem działań do celu operacyjnego NPZ oraz czasochłonność sprawozdawania dużej liczby zadań wykonywanych przez jednostkę – Rycina 71.



Rycina 71. Największe trudności pojawiające się w sprawozdawczości realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Pytanie 7 - Proszę wybrać, które rozwiązania ułatwiłyby proces sprawozdawczości.

Było to pytanie wielokrotnego wyboru. Najczęściej wskazywanym rozwiązaniem, które według respondentów wpłynęłoby na wzmocnienie procesu sprawozdawczości, było „doszczegółowienie informacji objętych sprawozdawczością, żeby nie dochodziło do zbyt szerokiej interpretacji” – 272 odpowiedzi. W przypadku 258 ankietowanych wprowadzenie szkoleń dla pracowników w celu nabycia kompetencji w zakresie sprawozdawczości przełożyłoby się na poprawę procesu sprawozdawczości. Pozostali respondenci (114) wskazywali „dostosowanie kwestii formalnych do specyfiki zadań z zakresu zdrowia publicznego np.: procedur konkursowych” jako działania ułatwiające proces sprawozdawczy – Rycina 72.



Rycina 72. Rozwiązania, które ułatwiłyby proces sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego

7.3. PROPOZYCJE ZMIAN W REALIZACJI ROZPORZĄDZENIA MZ Z DNIA 21 GRUDNIA 2016 R. WS. ROCZNEJ INFORMACJI O ZREALIZOWANYCH LUB PODJĘTYCH ZADANIACH Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO (DZ. U. POZ. 2216)

Rekomendacje dotyczące potencjalnych 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 dwóch źródeł informacji. Wykorzystano odpowiedzi pozyskane od podmiotów sprawozdających (podmiotów centralnych oraz samorządów terytorialnych) na przesłane zapytanie dotyczące napotykanym trudności związanych z procesem realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i samej sprawozdawczości. Drugie źródło informacji stanowiły obserwacje poczynione w toku analizy danych nadesłanych przez ww. podmioty. Poniżej przedstawione są najważniejsze postulaty związane z procesem sprawozdawczym oraz propozycje zmian w treści Rozporządzenia:

Wśród ogólnych rozważań dotyczących instrukcji do formularza zarówno w roku 2018 jak i w latach wcześniejszych pojawiały się postulaty, że powinna być ona napisana w prosty i zrozumiały sposób, tak aby uzupełnienie formularza nie stanowiło problemu – nawet dla osoby, która bezpośrednio nie jest związana ze zdrowiem publicznym. Warto, wzorując się na metodologii przyjętej dla walidacji narzędzi badawczych, rozważyć przeprowadzenie badania wśród przedstawicieli jednostek sprawozdających w zakresie zrozumiałości aktualnie obowiązującego dokumentu, a następnie w przypadku wskazania przez respondentów elementów mało zrozumiałych – te konkretne obszary doprecyzować. Wciąż zdarzają się

sytuacje mylnej interpretacji pewnych części formularza sprawozdawczego – w roku 2018 zwłaszcza w zakresie opisu grupy docelowej, podmiotu realizującego zadanie i podmiotu finansującego/współfinansującego zadanie. Być może zasadnym byłoby posługiwanie się w instrukcji przykładami odpowiedzi. Bez wątpienia, dalszego zastanowienia i dogłębnej analizy wymaga określenie gdzie należałoby wyznaczyć granicę pomiędzy aspektami, które warto uszczegóławiać a tymi, które mogą być traktowane bardziej ogólnikowo. Do bardziej szczegółowych rekomendacji należy zaliczyć wymienione poniżej:

- 1) Należy rozważyć rozdzielenie sprawozdawczości w zakresie celu operacyjnego i nr zadania NPZ na dwie osobno indeksowane informacje – odrębnie cel i numer zadania, ponieważ niektórym realizowanym zadaniom przypisuje się kilka zadań a nawet celów w ramach NPZ. Jako, że w roku 2018 zarówno po stronie podmiotów centralnych jak i JST pojawiły się zasadnicze problemy z przyporządkowaniem prowadzonych działań do konkretnych celów i zadań NPZ, koniecznym wydaje się dążenie zarówno do ułatwienia raportowania w tym aspekcie, jak również do poprawy wiedzy pracowników podmiotów raportujących w zakresie istoty zadań z obszaru ZP oraz budowy i roli NPZ. Co więcej, w przypadku podmiotów centralnych w roku 2018 pojawiło się blisko 4 tys. zadań, które nie uwzględniały działań edukacyjnych, profilaktycznych ani szkoleniowych, a jedynie zadania określone jako inne (opisane przez podmioty jako kontrole/wizytacje/inspekcje w przypadku ponad 3 tys. z nich).
- 2) Należy kontynuować działania wyjaśniające i informacyjne w odniesieniu do kolumny „tryb realizacji zadania”. Instrukcja w tym zakresie wciąż wydaje się zbyt lakoniczna, aczkolwiek biorąc pod uwagę poprawę jakości sprawozdawczości w tym zakresie, problem wydaje się być częściowo rozwiązany.
- 3) Analizując dane z roku 2018, zasadnym wydaje się doprecyzowanie instrukcji w odniesieniu do kolumny „populacja docelowa”. O ile określenie ilościowe nie nastroczało problemów (aczkolwiek zastanawiające wydaje się sprawozdawanie zadań kierowanych do 0 osób lub przeciwnie – ponad 38 mln osób) to wydaje się, że część zadań, w których podmioty zawężyły grupę odbiorczą np. jedynie do jednej z płci, faktycznie skierowana jest zarówno do kobiet/mężczyzn czy dziewcząt/chłopców. Takie wnioski można wyciągnąć analizując jednocześnie opis populacji docelowej, jak również tytuł zadania i inne dostępne informacje zawarte przez podmiot sprawozdający.
Należy rozważyć możliwość określania wieku populacji docelowej jako odrębnego parametru, gdzie podmioty sprawozdające mogłyby określić ten wiek jako cechę ciągłą (o dokładności do 1 roku w przypadku osób powyżej 1 rok życia i o dokładności do 1 miesiąca u młodszych dzieci), a nie przedziałową, gdyż może to generować problemy związane z dokładnym opisem populacji i w konsekwencji brak danych na temat wieku w sprawozdanych zadaniach. Łączne sprawozdawanie informacji o rodzaju populacji i grupach wiekowych wydaje się powodować, że w niektórych przypadkach informacja o wieku osób z populacji docelowej jest pomijana.
- 4) Należy rozważyć wprowadzenie możliwości raportowania odrębnie nazwy realizatora zadania oraz jego rodzaju (np. za pomocą kafeterii), gdyż wciąż są one raportowane w sposób niejednoznaczny. Obecnie część podmiotów podaje dokładną nazwę podmiotu

realizującego zadanie, a inne podają jedynie informację ogólną, np. trzy szkoły, dwaj świadczeniodawcy itp.

- 5) Należy rozważyć możliwość modyfikacji formularza w zakresie opisywania udziału podmiotu współfinansującego 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 (czynności) i wskazanie na co zostały spożytkowane przeznaczone środki finansowe. Aktualnie podmioty wskazują w sposób rozdzielczy jedynie składowe części kwoty i zakresu finansowania, co niejednokrotnie nastręcza podmiotom ewidentnych trudności, czego efektem są pomyłki w obliczeniach, kwoty „na minusie” itp.

Należy rozważyć także modyfikację – podobnie jak w przypadku realizatora – polegającą na rozdzieleniu na dwie odrębnie raportowane informacje danych na temat PWF i PF – w zakresie rodzaju i nazwy tych podmiotów. Część podmiotów sprawozdających podaje jedynie ich nazwę, w systemowej obróbce i analizie danych wielu trudności nastręcza niejednorodnie określenie statusu organizacyjno-prawnego PWF i PF, szczególnie w przypadku, gdy są to małe podmioty i gdy istnieje kilka podmiotów o tej samej nazwie na rynku. Część podmiotów również ogranicza się do podawania jedynie liczby PWF/PF, co zupełnie znosi możliwość opisu takiego zadania pod tym względem.

- 6) Modyfikacją, która mogłaby ułatwić i jednocześnie poprawić jakość sprawozdawczości jest wprowadzenie kafeterii, czyli ograniczonego zakresu możliwych odpowiedzi w niektórych kolumnach. Przykładowo w kolumnie nr 8 „Teren, na którym realizowane było zadanie” sugerowane odpowiedzi to: cały kraj, województwo (jedno lub kilka), powiat (jeden lub kilka) gmina (jedna lub kilka), miasto (jedno lub kilka), siedziba, brak danych (bd), inne (z opcją jej wskazania); oraz w kolumnie nr 9 „populacja objęta działaniem” (np. zgodnie z podziałem zaproponowanym w niniejszym raporcie). Jak wspomniano powyżej, wiek osób uprawnionych do korzystania z działań powinien być ujęty jako cecha ciągła.
- 7) W celu zmniejszenia liczby błędów w sprawozdaniach należy rozważyć obligatoryjne zastosowanie elektronicznego formularza sprawozdawczego on-line i dążenie do jak największej automatyzacji procesu sprawozdawczości. Wprowadzenie takiego rozwiązania z jednej strony ułatwiłoby wywiązywanie się z obowiązku sprawozdawczości podmiotom, a z drugiej poprawiło poziom jakości danych, zwiększyłoby także efektywność procesu weryfikacji danych przez pracowników jednostek sprawozdających. 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.

8. OCENA MOŻLIWOŚCI OSIĄGNIĘCIA WSKAŹNIKÓW OKREŚLONYCH W ROZDZIALE XII NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA I ICH ADEKWATNOŚCI Z EWENTUALNYMI REKOMENDACJAMI ZMIAN

8.1. WPROWADZENIE - NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Narodowy Program Zdrowia 2016-2020 (NPZ) to strategiczny dokument w obszarze zdrowia publicznego utworzony w oparciu o ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U.1916) (UoZP). NPZ został opisany 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.

Cele strategiczne NPZ to wydłużenie życia Polaków w zdrowiu (ang. *Healthy Life Years*, HLY), poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia (ang. *Health Related Quality of Life*; HRQoL) oraz minimalizowanie nierówności społecznych w zdrowiu.

Osiągnięcie celów strategicznych możliwe jest poprzez realizację pomocą celów operacyjnych obejmujących poniższe obszary:

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 najpoważniejsze zagrożenia dla zdrowia, które wynikają z czynników demograficznych, aktualnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i jej uwarunkowań, zdrowotnych i społecznych kosztów chorób.

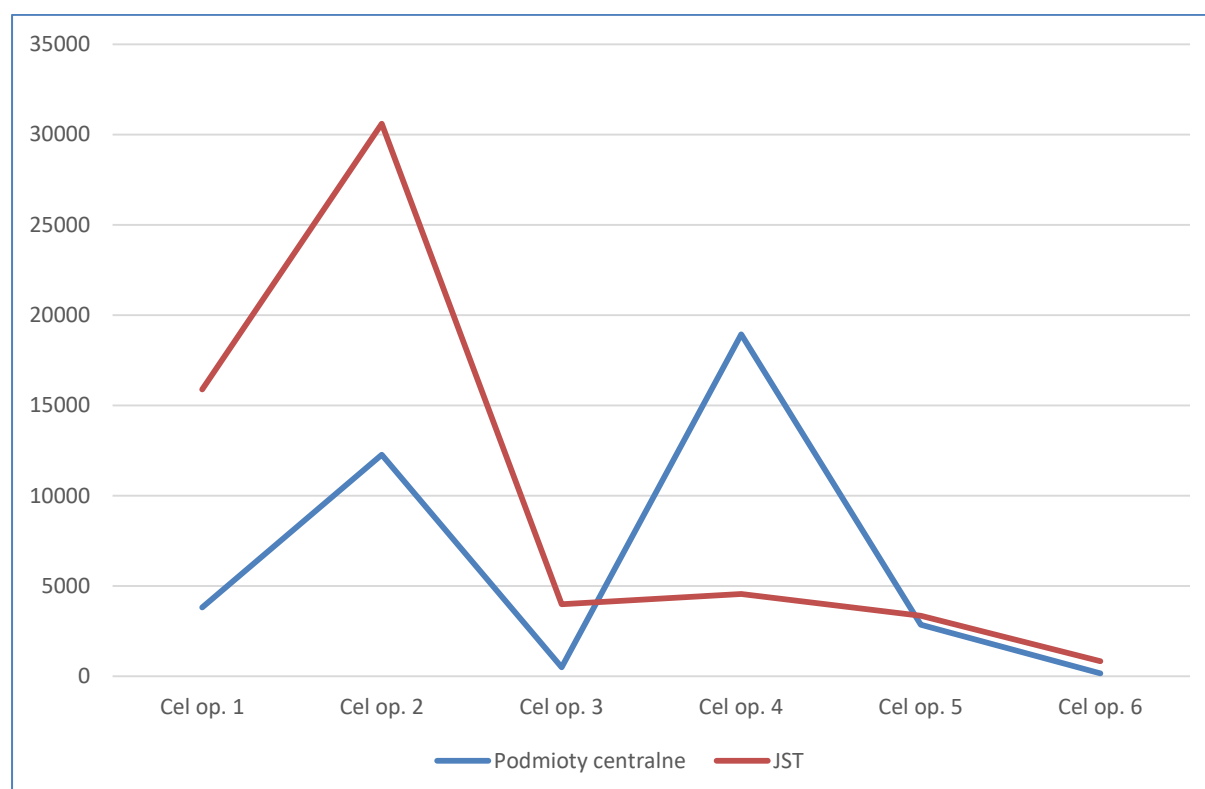
W obszarze każdego spośród celów operacyjnych podejmowane są różnorodne działania, w tym z zakresu promocji zdrowia (również edukacji zdrowotnej), kształtowania warunków sprzyjających zdrowiu, zapobiegania chorobom i urazom, jak również monitorowania aktualnego stanu zdrowia, identyfikowania jego zagrożeń i potencjalnych szkód z nimi związanych.

8.2. CELE NPZ UWZGLĘDNIONE W ZADANIACH REALIZOWANYCH W LATACH 2016 - 2018

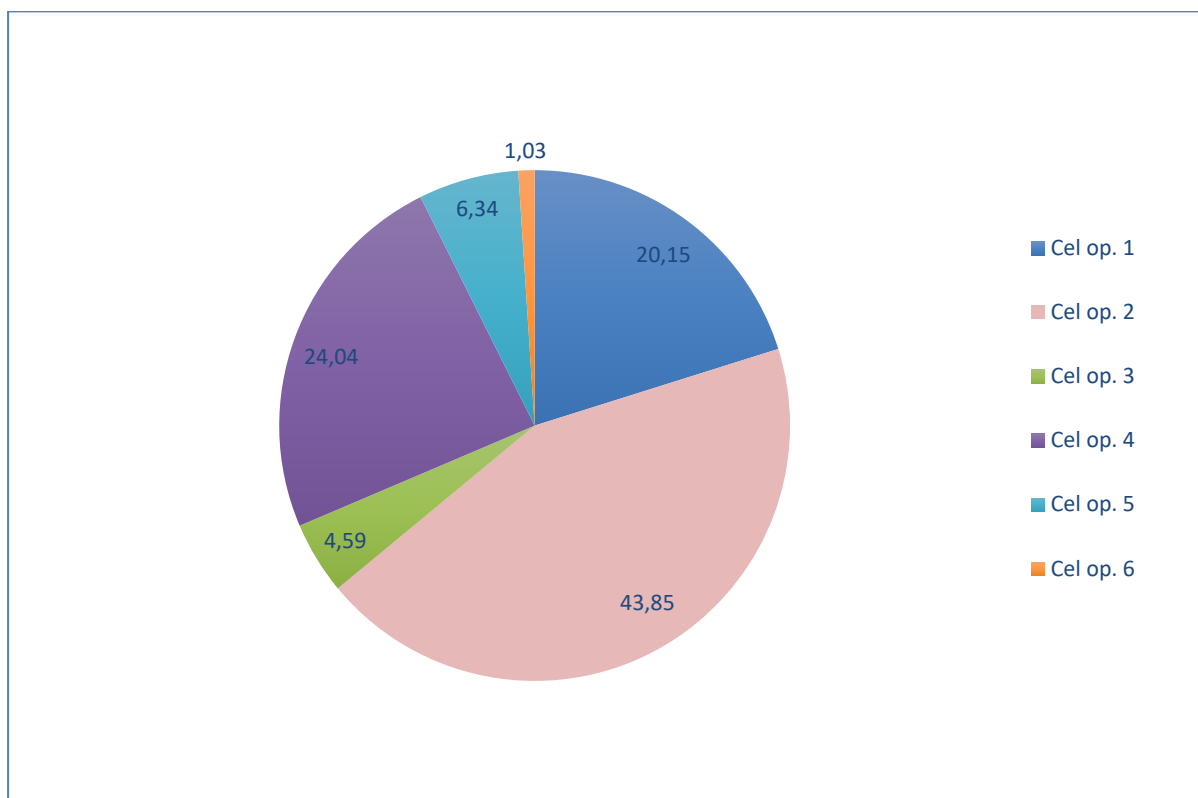
Analiza danych przesłanych przez podmioty sprawozdające wskazuje na koncentrację działań zwłaszcza wokół dwóch celów operacyjnych – 2 (JST) i 4 (podmioty centralne).

Tabela 76. Liczba działań przypisanych do celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2018 realizowanych przez JST i podmioty centralne

Cel operacyjny NPZ	Rok 2016		Rok 2017		Rok 2018	
	Podmioty centralne	JST	Podmioty centralne	JST	Podmioty centralne	JST
CO 1	2007	5 025	914	6 126	883	4740
CO 2	3992	10 356	3942	10 708	4326	9537
CO 3	183	1 285	222	1 396	90	1314
CO4	5912	1 534	5338	1 593	7691	1426
CO 5	2656	1 194	105	933	90	1221
CO 6	65	307	62	278	34	257



Rycina 73. Zmiana liczby zadań realizowanych przez JST i podmioty centralne w odniesieniu do celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2018



Rycina 74. Odsetek działań realizowanych w latach 2016-2020 w odniesieniu do celów NPZ

8.3. WSKAŹNIKI I SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI NPZ

Rozdział XII NPZ prezentuje wskaźniki i metodologię monitorowania i ewaluacji NPZ. Podmiotem odpowiedzialnym za czynności monitorujące i oceniające proces realizacji NPZ jest minister właściwy do spraw zdrowia, a sama ewaluacja powinna być prowadzona w trakcie całego czasu realizacji NPZ, nie tylko po jego zakończeniu. Proces ten ma być prowadzony w oparciu o wskaźniki dostępne w ramach systemu statystyki publicznej, przygotowane w oparciu o dokumenty międzynarodowe. Jeżeli to możliwe, wskaźniki te powinny być analizowane w podziale na wiek i płeć.

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

W NPZ ujęte zostały następujące główne wskaźniki monitorowania Programu:

- 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.

Podobnie jak w każdej systemowej analizie wskaźnikowej, tak samo w procesie oceny NPZ, istotną rolę odgrywa sposób agregacji 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 dysponujemy na bieżąco aktualizacjami 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.

8.5. WSKAŹNIKI MONITOROWANIA CELU STRATEGICZNEGO NIEPRZYPORZĄDKOWANE DO POJEDYNCZEGO CELU OPERACYJNEGO

W NPZ wskazano listę wskaźników uniwersalnych, które nie są przyporządkowane do konkretnego celu operacyjnego. Przedstawiono je, wraz ze źródłami informacji na ich temat poniżej – Tabela 77.

Tabela 77. Wskaźniki monitorowania 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	Samooceń 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 operacyjnego mają zastosowanie wieloobszarowe i charakteryzują się dużym zróżnicowaniem tematycznym. Dane gromadzone przez GUS, takie jak np. ludność wg płci i wieku, liczba osób bezrobotnych są zwykle łatwo dostępne i systematycznie monitorowane, stąd istnieje realna możliwość ich wykorzystania w ocenie realizacji NPZ w krótkim okresie czasu, niekiedy nawet rocznym. Jednak inne, takie jak np. ludność wg. wykształcenia, wg grup zawodowych czy samooceny stanu zdrowia nie są łatwo dostępne drogą administracyjną. Stąd też pełniejsze, bardziej wiarygodne informacje w tym zakresie uzyskiwane mogą być na drodze spisu powszechnego lub badań fokusowych w wybranych grupach społecznych lub obszarach.

Ponadto dla lepszej oceny realizacji celów zasadnym wydaje się dalsze uzupełnienie danych o specyficzne współczynniki zachorowalności i umieralności z wybranych przyczyn (poza wymienionymi powyżej). 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 okresie czasu dłuższym niż dwa lata.

8.6. WSKAŹNIKI MONITOROWANIA POSZCZEGÓLNYCH CELÓW OPERACYJNYCH

W NPZ wskazane są także wskaźniki, które zostały przypisane do konkretnych celów operacyjnych. Poniżej przedstawiono listę wskaźników przypisanych do Celu Operacyjnego nr 1 – Tabela 78.

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

Tabela 78. 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 wydają się być dobrane prawidłowo, obejmują szeroki zakres danych. Jednak należy zwrócić uwagę na fakt, iż nie wszystkie z nich są dostępne do oceny w krótkim okresie czasu, 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 79, przedstawiono listę wskaźników pozwalających na monitorowanie Celu Operacyjnego nr 2.

Tabela 79. 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 krótkim okresie czasu, w niektórych przypadkach nawet rocznym. Możliwość ewaluacji stopnia realizacji tego celu, może być jednym z powodów dużego zainteresowania realizatorów tym celem (za okres 2016-2018 43,85% wszystkich 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

Poniżej przedstawiono listę wskaźników monitorujących realizację Celu Operacyjnego nr 3 – Tabela 80.

Tabela 80. 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 oparte o zróżnicowane dane, łatwe do zebrania i wykorzystania dane twarde (zwłaszcza 1 i 2) i trudniejsze do uzyskania dane miękkie (3,4). Wydaje się, że w przypadku wszystkich wskaźników trudno jest uzyskać dane dające możliwość oceny w krótkim okresie czasu. Dyskusyjna wydaje się zasadność stosowania wskaźnika dotyczącego niepokoju psychicznego, który należy uznać za czynnik subiektywny i trudny do walidowanego pomiaru. Wartościowym wskaźnikiem, o który można by uzupełnić ewaluację celu nr 3 byłaby liczba osób korzystających z otwartej opieki psychiatrycznej i pomocy psychoterapeutycznej.

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 81.

Tabela 81. 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 łatwe do oceny, jednak znów niektóre z nich niemożliwe do osiągnięcia w krótkim okresie czasu z powodu braku systematycznej aktualizacji danych. Wydaje się również, że ich zakres tematyczny jest dość wąski. Być może zasadnym byłoby jego poszerzenie o wskaźniki uwzględniające inne zagrożenia dla zdrowia człowieka, np. hałas. Do rozważenia pozostaje również kwestia uwzględnienia twardych wskaźników dotyczących orzeczeń o stwierdzeniu choroby zawodowej i wypadków w pracy.

5) Cel operacyjny 5 - promocja zdrowego i aktywnego starzenia się

Wskaźniki monitorujące osiągnięcie Celu Operacyjnego 5 zaprezentowano poniżej – Tabela 82.

Tabela 82. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 5 – źródło NPZ

LP.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO
1	Chorobowość i zapadalność na choroby otępienne	NFZ, NIZP–PZH
2	Samoocena 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

Większość wskaźników zastosowanych do oceny tego celu jest pochodną samooceny stanu zdrowia osób starszych. Informacje te, w sposób pośredni mogą zostać wykorzystane do działań zmierzających do eliminacji zjawisk ograniczających jakość życia zależną od zdrowia. Uwzględniając zmiany demograficzne, wydaje się, że cel ten wymaga szczególnie skrupulatnego analizowania.

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.

Do oceny komponenty celu związanej z aktywnym starzeniem się zasadnym wydaje się również dokonywanie oceny dostępności miejsc do rekreacji dla osób dojrzałych (w tym dostępności

organizacyjnej i finansowej). Takie działanie ewaluacyjne mogłoby dodatkowo zachęcić podmioty do angażowania się w działania w tym obszarze – w ogóle działań przeprowadzonych w latach 2016-2018 jedynie 6,34% stanowiły działania osadzone w obrębie celu nr 5. Dodatkowo, należy zauważyć, że wszystkie wskaźniki wymienione w tabeli powyżej nie są łatwe do analizy w krótkim okresie czasu.

6) Cel operacyjny 6 - poprawa zdrowia prokreacyjnego

Wskaźniki monitorujące osiągnięcie Celu Operacyjnego nr 6 zaprezentowano poniżej – Tabela 83.

Tabela 83. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 6 – źródło NPZ

LP.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO
1	Odsetek par z problemem niepłodności	Dostępne badania epidemiologiczne
2	Liczba wizyt lekarskich i u położnej (w tym porad prekoncepcyjnych) podczas ciąży	NFZ
3	Odsetek rodzących, które ukończyły szkołę rodzenia	Dostępne badania epidemiologiczne
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	Dostępne badania
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

Do oceny celu nr 6, najmniej chętnie realizowany w latach 2016-2018 (jedynie 1,03%), wykorzystano największą liczbę wskaźników, istotnie przewyższającą pozostałe cele operacyjne. Wydaje się, że z części z nich można zrezygnować bez zauważalnej szkody dla oceny realizacji celu. Cel dotyczący poprawy zdrowia prokreacyjnego jest kontynuacją wcześniej

podejmowanych działań dotyczących zmniejszenia współczynnika umieralności niemowląt oraz innych aspektów związanych z prokreacją.

Zbędne, w tym przypadku, wydają się:

- **Odsetek rodzących, które ukończyły szkołę rodzenia** – postrzeganie szkół rodzenia jest niejednorodne i uzyskane wyniki zależne są często od miejscowej aktywności i uwarunkowań, często są to dane zróżnicowane nawet w obrębie jednego województwa. Zebrane dane mogą dawać zafałszowany obraz;
- **Współczynnik diety** – problemy z posiadaniem potomstwa można ocenić za pomocą innych wskaźników. Dieta jest zjawiskiem uwarunkowanym przez różnorodne czynniki, nie tylko o podłożu medycznym, w tym czynniki socjo-ekonomiczne czy światopoglądowe.
- **Umieralność niemowląt wg wieku i umieralność okołoporodowa** są dobrymi wskaźnikami, wykorzystywanymi jednak w zdrowiu publicznym przede wszystkim do oceny jakości opieki medycznej. Zdobyte przez te wskaźniki informacje istotne dla Celu 6 mogą być uzyskane na podstawie innych wskaźników zastosowanych w tym celu.
- **Odsetek porodów u kobiet niezamężnych lub nieletnich** – wydaje się, że w sytuacji coraz bardziej powszechnego braku formalizacji stałych związków, informacja o urodzeniu dziecka ze związku nie będącego małżeństwem nie ma takiej wartości diagnostycznej, co jeszcze 10 lat temu.

Natomiast zasadnym wydaje się wykorzystanie wskaźnika dotyczącego liczby poronień oraz porodów niewczesnych i przedwczesnych.

Zastosowane dla Celu Operacyjnego nr 6 wskaźniki są zróżnicowane pod względem możliwości ich wykorzystania w krótkim okresie czasu. Dane zbierane przez GUS zwykle są łatwiej i szybciej dostępne, pozostałe wymagają dłuższego czasu na zebranie powtórnych, pozwalających na porównania danych.

8.7. PODSUMOWANIE

Zastosowane do ewaluacji NPZ wskaźniki są w zdecydowanej większości przypadków poprawne. Drobne sugestie, głównie sugerujące rozważenie użycia dodatkowych wskaźników, zostały przedstawione w treści opracowania. Wyjątek stanowi tu cel nr 6, w którym wykorzystano aż 16 wskaźników, z których część wydaje się analizować bardzo zbliżony zakres danych. Niektóre z ww. wskaźników z kolei wydają się nie odzwierciedlać aktualnej sytuacji społecznej.

Możliwość wykorzystania większości wskaźników w krótkim okresie czasu wydaje się ograniczona lub niemożliwa, przede wszystkim przez brak danych do analizy, który z kolei wynika z cyklu prowadzenia badań lub gromadzenia danych. Należy wziąć również pod uwagę, że poza czasem potrzebnym na samą interwencję, potrzebny jest również niejednokrotnie czas, aby

efekty działań mogły dać się stwierdzić. W obszarze promocji zdrowia i kształtowania zachowań zdrowotnych okres potrzebny na ujawnienie się efektów często sięga kilku lub kilkunastu lat.

Podsumowując, regularna ocena koniecznością wydaje się ocenianie zgodności podejmowanych działań z założeniami NPZ oraz poprawności sprawozdawania, szczególnie dla wykluczenia błędów uniemożliwiających prawidłowe agregowanie oraz porównywanie danych. Sama ocena skuteczności działań podjętych przez podmioty, w większości przypadków, powinna mieć miejsce na koniec okresu trwania NPZ lub nawet po jego zakończeniu jako ewaluacja retrospektywna. Ocena porównawcza powinna również dotyczyć tożsamyh działań podejmowanych w poprzednich Narodowych Programach Zdrowia, co mogłoby być pomocne w obserwacji długofalowych efektów działań z zakresu zdrowia publicznego.

ZAŁĄCZNIK DO RAPORTU – REKOMENDACJE NA TEMAT PODEJMOWANIA EFEKTYWNYCH ZADAŃ I DZIAŁAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

Poniżej przedstawiono rekomendacje dotyczące podejmowania efektywnych zadań i działań z zakresu zdrowia publicznego. W celu ich opracowania wykorzystano dwa źródła informacji. Pierwsze źródło stanowiły odpowiedzi pozyskane od podmiotów sprawozdających realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w ramach badania ankietowego przeprowadzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Badanie przeprowadzono wśród realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego tj. jednostek samorządu terytorialnego, stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz jednostek centralnych. Drugie źródło informacji stanowiły obserwacje poczynione w toku analizy rocznych sprawozdań przesyłanych przez ww. podmioty.

Poniżej przedstawiono najważniejsze rekomendacje związane z podejmowaniem efektywnych działań z zakresu zdrowia publicznego:

1. W celu efektywnej realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego należy kontynuować szkolenia wśród pracowników JST oraz urzędów centralnych w celu edukacji na temat zadań zdrowia publicznego. Zarówno pracownicy urzędów centralnych, jak i JST jako jeden z podstawowych problemów w realizacji zadań wskazywali brak szkoleń. Dodatkowo, należy rozważyć formę takiego szkolenia – klasyczne lub zdalne (e-learning).
2. Szkolenia dla pracowników realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego bądź powołanie ekspertów z zakresu zdrowia publicznego odpowiedzialnych za realizację zadań

w poszczególnych jednostkach. Niedobór kadr zajmujących się realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego jest kolejną najczęstszą trudnością w realizacji zadań.

3. Wsparcie finansowe dla realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego (np.: w formie dotacji celowej). Szczególnie w przypadku gmin trudności ze sfinansowaniem takich działań znacznie utrudniają podejmowane inicjatywy z zakresu zdrowia publicznego.
4. Diagnoza potrzeb zdrowotnych ludności poprzedzająca podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego na terenie realizacji działań przez daną jednostkę. Bez odpowiedniej diagnozy potrzeb zdrowotnych niemożliwe jest podejmowanie efektywnych działań w celu poprawy zdrowia społeczeństwa.
5. Edukacja realizatorów działań w zakresie kanałów komunikacji i dotarcia do grupy docelowej. W opinii Autorów istotnie wspomogę to jakość realizowanych działań. Wciąż wielu realizatorów wskazuje brak zainteresowania ze strony grupy docelowej jako jeden z podstawowych problemów w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.
6. Stworzenie portalu bądź platformy na poziomie ogólnokrajowym dla realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego w celu poprawy obiegu informacji. Utrudniony obieg informacji między organami zaangażowanymi w podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego stanowi kolejną trudność wskazywaną przez realizatorów. W opinii Autorów ułatwi to realizację zadań w praktyce.

W toku analizy danych dotyczących sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego Autorzy przygotowali również dodatkowe rekomendacje. Dotyczą one usprawnienia i ułatwienia procesu sprawozdawczego dla realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego. Wdrożenie tych rekomendacji przyczyni się do poprawy jakości sprawozdawczości w kolejnych latach.

Rekomendacje w zakresie sprawozdawczości:

1. Szkolenia dla osób zajmujących się sprawozdawczością zadań z zakresu zdrowia publicznego. Należy rozważyć poszerzony zakres szkolenia (obejmujący ustawę oraz rozporządzenia), biorąc pod uwagę, że poziom wiedzy z obszaru zdrowia publicznego nie jest identyczny w poszczególnych jednostkach. Dodatkowo, należy rozważyć formę takiego szkolenia – klasyczne lub zdalne. Wydaje się, że zasadnym byłoby wykorzystanie w takim szkoleniu ćwiczeń uwzględniających swoiste studium przypadków zaprojektowane na bazie najczęściej pojawiających się błędów.

2. Doprecyzowanie pojęć w formularzu sprawozdawczym. Podobnie do lat ubiegłych część realizatorów zadań wskazuje na trudności w zrozumieniu niektórych pojęć np.: „podmiotu realizującego zadanie”, „podmiotu finansującego/współfinansującego zadanie”, „grupa docelowa”. Należy rozważyć posługiwanie się przykładowymi odpowiedziami w instrukcji dla realizatorów.
3. Pogłębienie wiedzy osób odpowiedzialnych za sprawozdawczość w zakresie ustawy o zdrowiu publicznym, a także Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (Dz. U. 2016, poz. 2216). Zasadnym wydaje się opracowanie planu stałych szkoleń z zakresu elementów merytorycznych i praktycznych związanych z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego i sprawozdawczością tych zadań.
4. Kontynuacja działań wyjaśniających i informacyjnych w odniesieniu do kolumny „tryb realizacji zadania”. Instrukcja w tym zakresie wciąż wydaje się zbyt lakoniczna, jednak w bieżącym roku zaobserwowano poprawę jakości sprawozdawczości w tym zakresie.
5. Modyfikacja formularza w zakresie opisywania udziału podmiotu współfinansującego (PWF) w realizacji zadania w przypadku, gdy jest ich więcej niż jeden. Zasadne byłoby umożliwienie podmiotom rozdzielenie zadania na podzadania i przypisanie każdemu z PWF konkretnego zakresu działań oraz wskazanie na co zostały wydatkowane środki finansowe.
6. Rozdzielenie informacji o rodzaju populacji (np. dzieci, osoby dorosłe, grupy zawodowe) od informacji o wieku osób należących do grup docelowych w przypadku informacji o populacji docelowej . W sytuacji, w której zapis tych dwóch informacji jest przeprowadzany w jednym polu w wielu przypadkach informacja o wieku osób z populacji docelowej jest pomijana.
7. Dokładne kodowanie nazwy realizatora oraz odrębnie rodzaju realizatora.

ANNEX TO THE REPORT – RECOMMENDATIONS ON UNDERTAKING EFFECTIVE TASKS AND ACTIVITIES IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH

Below recommendations on undertaking effective tasks and activities in the field of public health are presented. Two sources of information were used to prepare them. The first source included responses obtained from entities reporting the implementation of public health tasks as part of a survey conducted by the National Institute of Public Health - National Institute of Hygiene. The survey was conducted among implementers of public health tasks, i.e. local government units,

sanitary and epidemiological stations and central units. The second source of information included observations made in the course of analyzing the annual reports sent by the abovementioned entities.

Below the most important recommendations related to undertaking effective tasks in the field of public health are presented:

1. In order to effectively implement public health tasks, training should be continued among employees of local government units and central offices to educate them about public health tasks. Both employees of central offices and local government units indicated a lack of training as one of the basic problems in the implementation of public health tasks. In addition, the form of such training - classic or remote (e-learning) should be considered.
2. Training for employees implementing public health tasks or appointing public health experts responsible for carrying out tasks in individual units. The shortage of staff involved in the implementation of tasks in the field of public health is another very common difficulty in the implementation of tasks.
3. Financial support for implementers of public health tasks (e.g. in the form of a targeted subsidy). Particularly in the case of communes, difficulties in financing such activities are significantly hampered by public health initiatives.
4. Diagnosis of the health needs of the population preceding the implementation of public health activities in the area of implementation of the activities by a given unit. Without a proper diagnosis of the health needs, it is impossible to undertake effective actions to improve society's health.
5. Education of implementers of activities in the field of communication channels and reaching a target group. In the Authors' opinion, this will significantly support the quality of implemented activities. Still many implementers indicate the lack of interest from the target group as one of the basic problems in the implementation of public health tasks.
6. Creating a portal or a platform at the national level for implementers of public health tasks to improve the circulation of information. Difficulties in the flow of information between authorities involved in undertaking public health activities constitute another difficulty indicated by the implementers. In the Authors' opinion, this will facilitate the implementation of tasks in practice.

In the course of analyzing data on reporting tasks in the field of public health, the Authors also prepared additional recommendations. They relate to enhancing and facilitating the reporting process for implementers of public health tasks. The implementation of these recommendations will improve the quality of reporting in the coming years.

Recommendations in the field of reporting:

1. Training for people involved in reporting public health tasks. An extended training scope (including the Act and regulations) should be considered, taking into account that the level of knowledge in the field of public health is not identical in individual units. Additionally, the form of such training - classic or remote – should be considered. It seems that it would be

reasonable to use exercises that take into account a specific case study designed on the basis of the most common errors in such training.

2. Specifying the concepts in the reporting form. Similarly to previous years, some of the implementers of tasks indicate difficulties in understanding some concepts, e.g. “entity performing the task”, “entity financing/co-financing the task”, “target group”. Consider using sample answers in the instructions for implementers.
3. Deepening knowledge of persons responsible for reporting in the field of the Public Health Act, as well as the Regulation of the Minister of Health of December 21, 2016 on annual information on completed or undertaken tasks in the field of public health (Journal of Laws 2016, item 2216). It seems reasonable to develop a plan of ongoing training in the field of substantive and practical elements related to the implementation of public health tasks and the reporting of these tasks.
4. Continuation of explanatory and information activities in relation to the column “task implementation mode”. The instructions in this area still seem too brief, but this year an improvement in the quality of reporting in this area has been observed.
5. Modification of the form to describe the participation of the co-financing entity (CFE) in the implementation of the task in the event that there are more than one. It would be reasonable to allow entities to divide the task into subtasks and assign a specific scope of activities to each of the CFEs, and indicate what the financial resources were spent on.
6. Separation of information on the type of population (e.g. children, adults, professional groups) from information on the age of persons belonging to the target groups in the case of information about the target population. In a situation where registering these two pieces of information is carried out in one box, in many cases information about the age of people from the target population is omitted.
7. Accurate coding of the name of the implementer and separately the type of implementer.

ANHANG ZUM BERICHT - EMPFEHLUNGEN FÜR ZU ERGREIFENDE WIRKSAME AUFGABEN UND MASSNAHMEN IM BEREICH DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT

Im Folgenden werden Empfehlungen für wirksame Aufgaben und Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit gegeben. Um sie zu erarbeiten, wurden zwei Informationsquellen verwendet. Die erste Quelle waren die Antworten der Stellen, die im Rahmen einer Umfrage des Nationalen Instituts für Öffentliche Gesundheit – Staatlichen Hygieneanstalt über die Umsetzung von Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit berichten. Die Umfrage wurde unter öffentlichen Gesundheitsdienstleistern durchgeführt, d.h. unter lokalen Verwaltungsbehörden, den sanitären und epidemiologischen Stationen und zentralen Einheiten. Die zweite Informationsquelle waren Beobachtungen bei der Auswertung der Geschäftsberichte der oben genannten Institutionen.

Nachfolgend werden die wichtigsten Empfehlungen für wirksame Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit vorgestellt:

1. Um die Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit wirksam durchführen zu können, sollte die Ausbildung der Mitarbeiter von territorialen Selbstverwaltungseinheiten (TSU) und Zentralbehörden fortgesetzt werden, damit diese im Bereich der öffentlichen Gesundheit aufgeklärt werden. Sowohl die Mitarbeiter der Zentralbehörden als auch die Mitarbeiter der TSU wiesen auf mangelnde Ausbildung als eines der grundlegenden Probleme bei der Umsetzung von Aufgaben hin. Darüber hinaus sollte die Form eines solchen Trainings - klassisch oder Fernbildung (E-Learning) – ausgewertet werden.
2. Schulung von Mitarbeitern, die Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit wahrnehmen, oder Ernennung von Experten im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die für die Durchführung von Aufgaben in bestimmten Einheiten zuständig sein werden. Der Personalmangel bei der Durchführung von Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist eine weitere der häufigsten Schwierigkeiten bei der Realisierung von Aufgaben.
3. Finanzielle Unterstützung für Institutionen, die Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit realisieren (z.B. in Form einer gezielten Förderung). Insbesondere im Falle von Gemeinden werden die Schwierigkeiten bei der Finanzierung solcher Aktivitäten durch Initiativen im Bereich der öffentlichen Gesundheit erheblich behindert.
4. Diagnose des Gesundheitsbedarfs unter der Bevölkerung vor dem Ergreifen von Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit im Bereich der Realisierung von Maßnahmen durch eine bestimmte Einheit. Ohne eine korrekte Diagnose der Gesundheitsbedürfnisse ist es unmöglich, wirksame Maßnahmen zur Gesundheitsverbesserung der Gesellschaft zu ergreifen.
5. Ausbildung von Personen, die sich mit der Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen der Kommunikationskanäle und Zielgruppenkontakt befassen. Nach Ansicht der Autoren wird es die Qualität der umgesetzten Maßnahmen deutlich verbessern. Dennoch weisen viele Umsetzer darauf hin, dass das mangelnde Interesse der Zielgruppe eines der grundlegenden Probleme bei der Umsetzung von Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist.
6. Einrichtung eines Portals oder einer Plattform auf nationaler Ebene für die Realisierung von Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit, um die Verbreitung von Informationen zu verbessern. Der schwierige Informationsaustausch zwischen den an Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit beteiligten Stellen ist eine weitere Schwierigkeit, auf die die Umsetzer hinweisen. Dies wird nach Ansicht der Autoren die Umsetzung von Aufgaben in der Praxis erleichtern.

Bei der Datenauswertung zur Berichterstattung über Aufgaben im Gesundheitswesen haben die Autoren auch zusätzliche Empfehlungen erarbeitet. Sie betreffen die Verbesserung und Erleichterung des Berichtsprozesses für die Durchführung von Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Umsetzung dieser Empfehlungen wird in den Folgejahren zur Verbesserung der Qualität der Berichterstattung beitragen.

Empfehlungen für die Berichterstattung:

1. Schulung für Personen, die sich mit der Berichterstattung im Bereich von Aufgaben im Gesundheitswesen befassen. Ein erweiterter Ausbildungsumfang (einschließlich Rechtsvorschriften und Verordnungen) sollte in Betracht gezogen werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass der Wissensstand im Bereich der öffentlichen Gesundheit in den verschiedenen Einheiten nicht gleich ist. Darüber hinaus sollte die Form eines solchen Trainings - klassisch oder fern - in Betracht gezogen werden. Es scheint gerechtfertigt zu sein, Übungen bei einem solchen Training einzusetzen, zu denen auch eine spezifische Fallstudie gehört, die auf der Grundlage der häufigsten Fehler erstellt wird.
2. Klärung der Konzepte in der Berichtsform. Ähnlich wie in den Vorjahren weisen einige der Umsetzer auf Schwierigkeiten hin, einige der folgenden Begriffe zu verstehen, z.B.: "Rechtsträger, der die Aufgabe realisiert", "Rechtsträger, der die Aufgabe finanziert/mitfinanziert", "Zielgruppe". Es sollte erwogen werden, in den Anweisungen an die Umsetzer Musterantworten zu verwenden.
3. Vertiefung der Kenntnisse der für die Berichterstattung über das öffentliche Gesundheitsgesetz und die Verordnung des Gesundheitsministers vom 21. Dezember 2016 über jährliche Informationen über abgeschlossene oder durchgeführte Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit (GBI. von 2016, Pos. 2216) verantwortlichen Personen. Es erscheint gerechtfertigt, einen Plan für eine ständige Weiterbildung zu den wesentlichen und praktischen Aspekten der Realisierung von Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Berichterstattung über diese Aufgaben zu entwickeln.
4. Fortsetzung der Erklärungs- und Informationsaktivitäten in Bezug auf die Spalte "Aufgabenausführungsmodus". Die Anweisung in dieser Hinsicht scheint noch zu lakonisch zu sein, aber in diesem Jahr wurde eine Qualitätsverbesserung der Berichterstattung in diesem Bereich beobachtet.
5. Änderung des Formulars zur Beschreibung der Beteiligung der Mitfinanzierungseinheit (MFE) an der Durchführung der Aufgabe, falls es mehr als eine davon gibt. Es wäre gerechtfertigt, es den Rechtsträgern zu ermöglichen, die Aufgabe in Teilaufgaben zu gliedern und jedem der MFE einen spezifischen Tätigkeitsbereich zuzuweisen und anzugeben, wofür die Finanzmittel ausgegeben wurden.
6. Separate Informationen über die Bevölkerungsart (z.B. Kinder, Erwachsene, Berufsgruppen) von Informationen über das Alter der Zielgruppenmitglieder bei Informationen zu der Zielgruppe. In einer Situation, in der die Erfassung dieser beiden Informationen in einem Feld erfolgt, werden in vielen Fällen die Informationen über das Alter von Personen aus der Zielgruppe weggelassen.
7. Genaue Kodierung des Namens des Umsetzers und separat der Art des Umsetzers.

SPIS RYCIN

Rycina 1. Liczba działań podejmowanych przez podmioty centralne w roku 2018 w zależności od celu operacyjnego NPZ.....	17
Rycina 2. Czas trwania działań podejmowanych przez podmioty centralne w przedziałach	19
Rycina 3. Zasięg terytorialny działań podejmowanych przez podmioty centralne.....	20
Rycina 4. Liczba osób będąca odbiorcami działań z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne ze względu na rodzaj.....	22
Rycina 5. Liczba osób biorących udział w działaniach z zakresu ZP realizowanych przez podmioty centralne w przedziałach	23
Rycina 6. Podmiot centralny realizujący zadanie z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj.....	25
Rycina 7. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne	26
Rycina 8. Liczba działań podjętych w ramach zadań realizowanych przez podmioty centralne	28
Rycina 9. Liczba podmiotów finansujących zadania z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj	30
Rycina 10. Kwota finansowania działań przez podmiot finansujący w przedziałach.....	31
Rycina 11. Zakres finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego przez PF - ujęcie przedziałowe (w%).....	32
Rycina 12. Źródło finansowania podmiotu finansującego (PF).....	33
Rycina 13. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego	34
Rycina 14. Kwota współfinansowania PWF w przedziałach	35
Rycina 15. Zakres współfinansowania zadań przez PWF w przedziałach (w %)	36
Rycina 16. Źródło finansowania PWF (rodzaj)	37
Rycina 17. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach (w zł).....	38
Rycina 18. Całkowite koszty realizacji zadania w odniesieniu do celów operacyjnych NPZ.....	40
Rycina 19. Wartość średnia i mediana kosztu całkowitego zadań w odniesieniu do celu operacyjnego NPZ (bez 0)	41
Rycina 20. Średni koszt na 1 osobę z populacji docelowej w zależności od celu operacyjnego (w zł)	42
Rycina 21. Średnia i mediana kosztu całkowitego w przeliczeniu na 1 osobę w relacji do celu NPZ (bez 0).....	43
Rycina 22. Zmiana liczby zadań sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018.....	44
Rycina 23. Zmiana w % zadań raportowanych przez poszczególne podmioty centralne w latach 2016-2018 (dla powtarzających się podmiotów).....	45
Rycina 24. Zmiana odsetka zadań zrealizowanych w latach 2016-2018 w podziale na cele operacyjne (w %)	46
Rycina 25. Zmiana czasu trwania zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (w%).....	48
Rycina 26. Zmiana zakresu terytorialnego zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (w %).....	49
Rycina 27. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018.....	50

Rycina 28. Zmiana rodzaju populacji docelowej w działaniach podmiotów centralnych w latach 2016-2018(w %)	51
Rycina 29. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (w %)	53
Rycina 30. Zmiana rodzaju realizatora sprawozdanych zadań w latach 2016-2018 (w %)	54
Rycina 31. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP w latach 2016-2018 (w %)	55
Rycina 32. Zmiana częstości podejmowania działań w zakresie zadań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (w%)	56
Rycina 33. Zmiana średniej liczby osób biorących udział w działaniach realizowanych w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2018	57
Rycina 34. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego PF w latach 2016-2018 (w %)	58
Rycina 35. Zmiana średniej i mediany kwoty finansowania PF w latach 2016-2018	59
Rycina 36. Zmiana zakresu finansowania PF w latach 2016-2018 (w %)	59
Rycina 37. Zmiana źródła finansowania PF w latach 2016-2018 (w %)	60
Rycina 38. Zmiana rodzaju PWF w latach 2016-2018 (w %)	61
Rycina 39. Zmiana średniej i mediany kwoty współfinansowania PWF w latach 2016-2018	62
Rycina 40. Zmiana wartości średniej i mediany całkowitego kosztu realizacji zadania w latach 2016-2018 (w %)	63
Rycina 41. Zmiana sumarycznej wartości kosztów realizacji zadań w latach 2016-2018 (w zł)	63
Rycina 42. Zmiana wartości średniej i mediany kosztów całkowitych w przeliczeniu na osobę w odsieniu do celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2018	67
Rycina 43. Liczba zadań realizowanych w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w roku 2018 (w %)	70
Rycina 44. Czas trwania zadań zrealizowanych w roku 2018 w przedziałach czasowych	72
Rycina 45. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2018	73
Rycina 46. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2018 (w %)	75
Rycina 47. Realizatorzy działań prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego w roku 2018	77
Rycina 48. Tryb realizacji działań prowadzonych przez JST w roku 2018 (w %)	78
Rycina 49. Liczba działań poszczególnych rodzajów realizowanych w ramach zadań podejmowanych przez JST w roku 2018– opracowanie zbiorcze	79
Rycina 50. Rodzaj podmiotu finansującego zadanie	80
Rycina 51. Źródło finansowania PF	81
Rycina 52. Rodzaj podmiotu współfinansującego zadanie PWF	82
Rycina 53. Źródło finansowania podmiotu współfinansującego PWF	83
Rycina 54. Zmiana liczby zadań zrealizowanych przez JST w latach 2016-2018	87
Rycina 55. Zmiana liczby zadań z zakresu ZP zrealizowanych przez JST w podziale na województwa w latach 2016-2018 (w %)	89

Rycina 56. Zmiana liczby zadań przypisanych do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2018 (w %)	90
Rycina 57. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu ZP podejmowanych przez JST w latach 2016-2018	93
Rycina 58. Zmiana rodzaju grupy docelowej działań podejmowanych przez JST w latach 2016-2018 (w %)	96
Rycina 59. Zmiana rodzaju realizatora zadań z zakresu ZP w latach 2016-2018 (w %)	99
Rycina 60. Zmiana trybu realizacji zadań przez JST w latach 2016-2018 (w %)	100
Rycina 61. Zmiana liczby działań poszczególnego rodzaju podejmowanych w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2018	101
Rycina 62. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PW w latach 2016-2018	103
Rycina 63. Zmiana źródła finansowania podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2018	104
Rycina 64. Zmiana wartości całkowitych kosztów realizacji wszystkich zadań w latach 2016-2018 (w zł)	107
Rycina 65. Podmioty, które wzięły udział w badaniu dotyczącym problemów w realizacji zadań z zakresu ZP (ze względu na rodzaj)	113
Rycina 66. Stopień trudności realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (liczba)	113
Rycina 67. Trudności pojawiające się najczęściej w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego	114
Rycina 68. Najpoważniejsze trudności pojawiające się w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego	115
Rycina 69. Stopień trudności sprawozdawczości z zadań z zakresu zdrowia publicznego	115
Rycina 70. Trudności pojawiające się najczęściej w sprawozdawczości z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego	116
Rycina 71. Największe trudności pojawiające się w sprawozdawczości realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego	117
Rycina 72. Rozwiązania, które ułatwiłyby proces sprawozdawczości zadań z zakresu zdrowia publicznego	118
Rycina 73. Zmiana liczby zadań realizowanych przez JST i podmioty centralne w odniesieniu do celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2018	122
Rycina 74. Odsetek działań realizowanych w latach 2016-2020 w odniesieniu do celów NPZ	123

SPIS TABEL

Tabela 1. Zadania z zakresu zdrowia publicznego raportowane przez poszczególne podmioty centralne (liczba i %)	15
Tabela 2. Liczba zadań realizowanych w odniesieniu do celu operacyjnego NPZ (liczba i %)	16
Tabela 3. Działania podejmowane przez podmioty centralne w relacji do numeru zadania NPZ - zestawienie numery zadań, które zostały sprawozdane przynajmniej 50 razy (liczba i %)	17
Tabela 4. Zasięg terytorialny zadań realizowanych przez podmioty centralne (liczba i %)	19
Tabela 5. Rodzaj grupy docelowej w zadaniach realizowanych przez podmioty centralne (liczba i %)	21

Tabela 6. Liczba osób w populacji docelowej w przedziałach (liczba i %)	23
Tabela 7. Rodzaj podmiotu centralnego realizującego działanie z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)	24
Tabela 8. Tryb realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez podmioty centralne (liczba i %)	26
Tabela 9. Podmiot finansujący zadania z zakresu zdrowia publicznego ze względu na rodzaj	29
Tabela 10. Kwota finansowania przez podmiot finansujący (PF) w przedziałach (liczba i %)	30
Tabela 11. Zakres finansowania zadań przez PF w przedziałach (liczba i %)	31
Tabela 12. Źródło finansowania PF (liczba i %)	32
Tabela 13. Rodzaj podmiotu współfinansującego (PWF) zadania z zakresu zdrowia publicznego (liczba i %)	33
Tabela 14. Kwota współfinansowania PWF w przedziałach	34
Tabela 15. Zakres współfinansowania zadania przez PWF w przedziałach (w %)	35
Tabela 16. Źródło finansowania PWF (rodzaj)	36
Tabela 17. Całkowity koszt realizacji zadania w przedziałach	37
Tabela 18. Wyniki zbiorcze dla oceny danych ilościowych	38
Tabela 19. Całkowity koszt realizacji zadania w zależności od celu operacyjnego NPZ	39
Tabela 20. Całkowity koszt realizacji zadania w zależności od celu operacyjnego NPZ (bez uwzględniania 0)	40
Tabela 21. Średnia i mediana kosztu całkowitego realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w odniesieniu do nr celu operacyjnego NPZ (bez 0)	42
Tabela 22. 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 %)	44
Tabela 23. Zmiana liczby i odsetka zadań w poszczególnych celach operacyjnych NPZ w latach 2016-2018	45
Tabela 24. Zmiana w zakresie najczęściej wskazywanych numerów zadań NPZ w latach 2016-2018 (pierwsze 10 miejsc) (liczba i %)	47
Tabela 25. Zmiana czasu trwania zadania w latach 2016-2018 (w przedziałach) – liczba i %	47
Tabela 26. Zmiana zasięgu terytorialnego zadań realizowanych w latach 2016-2018 (liczba i %)	49
Tabela 27. Zmiana rodzaju populacji docelowej działań realizowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (liczba i %)	51
Tabela 28. Zmiana wielkości populacji docelowej w działaniach podejmowanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018 (liczba i %)	52
Tabela 29. Zmiana rodzaju realizatora zadań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2016-2018 (liczba i %)	53
Tabela 30. Zmiana trybu realizacji zadań w latach 2016-2018	55
Tabela 31. Zmiana częstości podejmowania działań w zadaniach z zakresu ZP w latach 2016-2018	56
Tabela 32. Zmiana liczebności osób biorących udział w działaniach realizowanych w ramach zadań z zakresu ZP w latach 2016-2018 (liczba i %)	57
Tabela 33. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2018 (liczba i %)	57
Tabela 34. Zmiana źródła finansowania PF w latach 2016-2018 (liczba i %)	60

Tabela 35. Zmiana rodzaju podmiotu współfinansującego PWF w latach 2016-2018 (liczba i %)	61
Tabela 36. Zbiorcza analiza ilościowa zmian wybranych parametrów zadań z zakresu ZP w latach 2016-2018.....	64
Tabela 37. Zmiana wartości kosztów realizacji zadania w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2018	66
Tabela 38. Zmiana kosztu realizacji zadania w przeliczeniu na 1 osobę w zależności od numeru celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2018 (koszty w latach 2017-2018 bez uwzględniania 0).....	67
Tabela 39. Zmiana częstości występowania odpowiedzi "bd" w zadaniach sprawozdanych przez podmioty centralne w latach 2016-2018	68
Tabela 40. Zadania z zakresu zdrowia publicznego zrealizowane przez JST w podziale na województwa w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu) oraz liczba mieszkańców na podstawie danych z GUS za ten sam rok.....	68
Tabela 41. Zadania zrealizowane w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)	69
Tabela 42. Zadania zrealizowane w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w poszczególnych województwach w roku 2018	70
Tabela 43. Zadania NPZ najczęściej realizowane przez JST w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu).....	71
Tabela 44. Czas trwania zadań z zakresu ZP zrealizowanych w 2018 roku liczba i procent ogółu	71
Tabela 45. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)	72
Tabela 46. Zasięg terytorialny działań realizowanych przez JST w roku 2018 w poszczególnych województwach.....	73
Tabela 47. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)	74
Tabela 48. Grupy docelowe (ze względu na rodzaj) działań realizowanych przez JST w roku 2018 w poszczególnych województwach.....	75
Tabela 49. Realizatorzy działań prowadzonych przez JST w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)	76
Tabela 50. Tryb realizacji działań prowadzonych przez JST w roku 2018 (liczba i odsetek ogółu)	77
Tabela 51 . Rodzaj podmiotu finansującego zadanie (liczba i odsetek całości)	79
Tabela 52. Źródło finansowania PF (liczba i %)	80
Tabela 53. Rodzaj podmiotu współfinansującego zadanie PWF (liczba i %).....	81
Tabela 54. Źródło finansowania podmiotu współfinansującego PWF	82
Tabela 55. Średni całkowity koszt realizacji zadania w poszczególnych województwach w relacji do numeru celu operacyjnego NPZ	83
Tabela 56. Sumaryczny koszt realizacji zadań w roku 2018 w relacji do celów operacyjnych NPZ	84
Tabela 57. Sumaryczny koszt realizacji zadań w roku 2018 w relacji do celów operacyjnych NPZ w przeliczeniu na 1 mieszkańca.....	85
Tabela 58. Podsumowanie danych ilościowych za rok 2018 – jednostki samorządu terytorialnego	85
Tabela 59. Zmiana liczby zadań z zakresu ZP zrealizowanych przez JST w podziale na województwa w latach 2016-2018 (liczba i %).....	87

Tabela 60. Zmiana liczby zadań przypisanych do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2018 (liczba i %)	90
Tabela 61. Zmiana liczby zadań zrealizowanych przez JST w odniesieniu do poszczególnych celów operacyjnych NPZ w poszczególnych województwach w latach 2016-2018	91
Tabela 62. Zmiana numeru zadania NPZ przypisanego zadaniom JST w latach 2016-2018	92
Tabela 63. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu zdrowia publicznego w latach 2016-2018 (liczba i %)	93
Tabela 64. Zmiana zasięgu terytorialnego działań z zakresu zdrowia publicznego w poszczególnych województwach w latach 2016-2018	94
Tabela 65. Zmiana rodzaju grupy docelowej zadań realizowanych przez JST w latach 2016-2018	95
Tabela 66. Zmiana rodzaju grupy docelowej działań w poszczególnych województwach w latach 2016-2018 ...	97
Tabela 67. Zmiana rodzaju realizatora działań prowadzonych przez JST w latach 2016-2018 (liczba i %).....	98
Tabela 68. Zmiana trybu realizacji zadań z zakresu ZP podejmowanych przez JST w latach 2016-2018 (liczba i %)	99
Tabela 69. Zmiana liczby działań poszczególnych rodzajów podejmowanych w ramach zadań z zakresu ZP w latach 2016-2018	100
Tabela 70. Zmiana rodzaju podmiotu finansującego zadanie PW w latach 2016-2018 (liczba i %)	102
Tabela 71. Zmiana źródła finansowania podmiotu finansującego zadanie PF w latach 2016-2018 (liczba i %) ..	104
Tabela 72. Zmiana kosztu średniego zadania w poszczególnych województwach w relacji do nr celu operacyjnego NPZ w latach 2016-2018	105
Tabela 73. Zmiana całkowitych kosztów realizacji zadania w latach 2016-2018	108
Tabela 74. Zmiana jakości sprawozdawczości JST w latach 2016-2018.....	110
Tabela 75. Zadania z zakresu zdrowia publicznego raportowane przez poszczególne podmioty centralne (liczba i %)	111
Tabela 76. Liczba działań przypisanych do celów operacyjnych NPZ w latach 2016-2018 realizowanych przez JST i podmioty centralne	122
Tabela 77. Wskaźniki monitorowania celu strategicznego nieprzyporządkowane do pojedynczego celu operacyjnego – źródło NPZ.....	124
Tabela 78. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 1 – źródło NPZ	126
Tabela 79. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 2 – źródło NPZ	126
Tabela 80. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 3 – źródło NPZ	127
Tabela 81. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 4 – źródło NPZ	128
Tabela 82. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 5 – źródło NPZ	128
Tabela 83. Wskaźniki monitorowania Celu Operacyjnego 6 – źródło NPZ	129