



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

Aneta Lipińska¹, Tomasz Nawrocki¹, Maciej Pomorski¹, Katarzyna Wodzyńska¹

¹Dział Analiz i Strategii, Biuro Prezesa, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji System

Warszawa, wrzesień 2019

Spis treści

Abstrakt	3
1. Wprowadzenie – Stan prawny	4
2. Materiał analityczny i metody analizy	5
3. Wyniki przeprowadzonej analizy	11
4. Wnioski analizy, ograniczenia i dyskusja	15
5. Bibliografia	17
6. Załączniki	18
6.1. Wykaz raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej uwzględnionych w analizie	18

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

1. Abstrakt

Aktualnie, jednostki samorządu terytorialnego (JST) mają obowiązek raportowania do Agencji wyników realizacji Programów Polityki Zdrowotnej (PPZ). Celem tego badania była analiza pod względem: problemów zdrowotnych, populacji, interwencji, budżetu oraz osiągnięcia założonych celów raportów końcowych dostarczonych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018.

Analizie poddano 60 raportów z realizacji programów polityki zdrowotnej, które wpłynęły do Agencji do dnia 31 grudnia 2018 r. Większość sprawozdanych PPZ było realizowanych w obszarze województwa mazowieckiego (23%), kolejnymi województwami były województwa: lubuskie (15%) oraz dolnośląskie (12%). Uwzględniając stratyfikację wg zabezpieczanego w ramach programu problemu zdrowotnego, największa liczba PPZ dotyczyła profilaktyki, w tym: grypy (17%), raka szyjki macicy (15%) oraz pneumokokowego zapalenia płuc (13%). Spośród analizowanych raportów tylko jeden PPZ dotyczył populacji ogólnej (tj. dorosłych oraz dzieci i młodzieży), w pozostałych przypadkach obiektem programu była populacja osób dorosłych (29 raportów) albo populacja pediatryczna (30 raportów). Analizowane raporty dotyczyły: szczepień (n=29), badań przesiewowych (n=16), edukacji zdrowotnej (n=10), rehabilitacji (n=2), profilaktyki (n=2) oraz leczenia (n=1). Suma wydatków w 2018 na PPZ, których dotyczyły analizowane raporty sięgnęła 17,3 mln zł. Najwyższa kwota (5,8 mln zł) została przeznaczona na interwencje o charakterze leczniczym. W ramach oceny osiągnięcia celu głównego w blisko połowie raportów (n=29) określono, że cel główny został osiągnięty.

W końcowej weryfikacji wskazano, że w ponad 90% raportów określone cele nie były możliwe do poprawnej oceny. Różnice między informacjami z raportów końcowych, a weryfikacją Agencji, wskazują na znaczną liczbę błędów pojawiających się podczas formułowania celów oraz mogą sugerować trudności w zrozumieniu, czym jest dobrze sformułowany cel, i jak weryfikować jego osiągnięcie.

Słowa kluczowe: program polityki zdrowotnej, PPZ, raport końcowy, ewaluacja, jednostki samorządu terytorialnego, JST

Abstract

Local government units are obligated to create reports concerning effects of finalized health policy programs. The intention of this study was to analyse data (provided in the reports from 2018) in terms of: health problem, population, intervention, budget and achieving the goals specified in the program.

This analysis includes 60 reports which have been received by Agency until 30th December 2018.

Majority of reports were sent from Mazowieckie voivodeship (23%). The next voivodeship in terms of the largest number of reports were Lubuskie (15%) and Dolnośląskie (12%).

Regarding to health problem the most frequently reported health policy programs concerned prevention of: influenza (17%), cervical cancer (15%) and pneumococcal pneumonia (13%). Considering the population, only one of the reported programs concerned overall population (children and adults), and the rest was addressed either to adults (29 programs) or to children (30 programs).

Interventions described in the reports concerned vaccination (n=29), screenings (n=16), education (n=10), rehabilitation (n=2), prevention (n=2) and treatment (n=1). Total budget of all reported programs in 2018 year, summed to 17,3 million PLN. The highest amount (5,8 million PLN) has been allocated in the treatment program. In relations to achievement of goals, in 29 reports it was declared that they were achieved.

During final verification it was established that for more than 90% of the reports, goals were formulated in such a way that it was impossible to evaluate them. The differences between information from the reports and verification by the Agency indicate that errors could have been made during formulating goals and then while assessing if they were achieved.

Key words: health policy program, HPP, final report, evaluation, local government units, LGU.

2. Wprowadzenie – Stan prawny

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz.1373 z późn. zm.) – zwana dalej ustawą o świadczeniach - reguluje kwestie funkcjonowania programów polityki zdrowotnej (PPZ). Zgodnie ze słownikiem zawartym we wspomnianej ustawie (art. 5 pkt 29a) program polityki zdrowotnej to „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego”. Programy polityki zdrowotnej stanowią popularną formę realizowania zadań z zakresu zdrowia publicznego w regionach i stanowią istotny element obecnego systemu opieki zdrowotnej. Zaplanowane w ich ramach interwencje mogą uzupełniać obecnie dostępne świadczenia, jak również pozytywnie wpływać na postawy zdrowotne w społeczeństwie. Istotnym aspektem w zakresie programów polityki zdrowotnej jest ich poprawne zaplanowanie, dostosowane do warunków polskich, tak aby zaspokajały one potrzeby zdrowotne populacji, przynosiły widoczne efekty zdrowotne.

Zgodnie z art. 48 ust. 13. ustawy o świadczeniach „po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej minister oraz jednostka samorządu terytorialnego sporządzają raport końcowy z realizacji programu [...]”. Wprowadzenie obowiązku raportowania do Agencji wyników realizacji PPZ jest stosunkowo nowym zadaniem dla jednostek samorządu terytorialnego (JST) i ministrów. Zostało ono wprowadzone ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r., poz. 2110) (tzw. ustawa pilotażowa).

Kolejne ustępy art. 48 ustawy o świadczeniach przybliżają sposób raportowania poprzez ustanowienie:

- zakresu informacji przedstawianych w raporcie końcowym (ust. 14.), obejmującego: nazwę programu polityki zdrowotnej; przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji oraz okres jego faktycznej realizacji; opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej; charakterystykę interwencji zrealizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej; wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej; koszty realizacji programu polityki zdrowotnej; informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej, oraz o podjętych w związku z nimi działaniach modyfikujących;
- terminu sporządzenia raportu oraz jego przekazania do Agencji i opublikowania w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP) podmiotu realizującego PPZ (ust. 15), wynoszącego 3 miesiące od dnia zakończenia realizacji;
- delegacji do aktu wykonawczego w zakresie wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (ust. 16), tj. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2476) – zwane dalej rozporządzeniem MZ.

Wspomniane rozporządzenie MZ przedstawia szczegółową konstrukcję raportu pod kątem elementów koniecznych do uwzględnienia i zalecenia co do wykonania poszczególnych części raportu. Należy jednak wskazać, że kwestie szczegółów raportowania pozostają w dużej mierze niedoprecyzowane. Zalecenia z rozporządzenia MZ stanowią opis teorii i nie narzucają formy prezentacji danych, jak również nie precyzują wymaganego poziomu szczegółowości.

3. Materiał analityczny i metody analizy

W niniejszym rozdziale przedstawiono informacje odnoszące się do liczby analizowanych raportów, problemów zdrowotnych i populacji zaopatrywanych w ramach PPZ, stosowanych interwencji, a także budżetu przeznaczanego na działania programowe.

Analizie poddano raporty końcowe z realizacji programów polityki zdrowotnej, które wpłynęły do Agencji między dniem rozpoczęcia obowiązywania ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nakładającej obowiązek przygotowywania raportów końcowych, do dnia 31 grudnia 2018 r. Stan na ten dzień obejmował raporty dotyczące 60 programów polityki zdrowotnej (wykaz raportów poddanych analizie przedstawiono w załączniku nr 1).

Jeden PPZ obejmował obszar całego kraju i stanowił program realizowany przez Ministerstwo Zdrowia. Większość sprawozdanych PPZ było realizowanych w obszarze województwa mazowieckiego (23%). Kolejnymi województwami pod względem największej liczby przekazanych raportów końcowych były województwa: lubuskie (15%) oraz dolnośląskie (12%). Do dnia 31 grudnia 2018 r. nie wpłynęły raporty końcowe z realizacji PPZ z trzech województw: kujawsko-pomorskiego, opolskiego i świętokrzyskiego. W tabeli 1 przedstawiono szczegółowe dane dot. liczby raportów końcowych/PPZ wg podziału administracyjnego.

Tabela 1 Liczba raportów końcowych z realizacji PPZ otrzymanych do dnia 31 grudnia 2018 r. w podziale administracyjnym

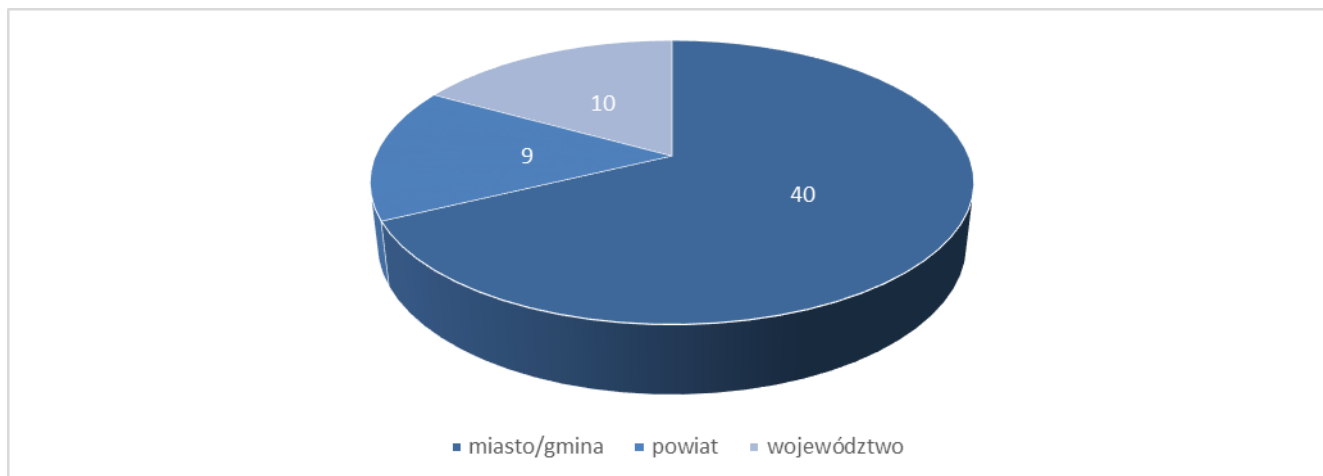
Obszar, którego dot. raportowany PPZ	Liczba PPZ
ogólnopolski	1
woj. dolnośląskie	7
woj. lubelskie	2
woj. lubuskie	9
woj. łódzkie	5
woj. małopolskie	1
woj. mazowieckie	14
woj. podkarpackie	2
woj. podlaskie	2
woj. pomorskie	2
woj. śląskie	5
woj. warmińsko-mazurskie	2
woj. wielkopolskie	6
woj. zachodniopomorskie	2
SUMA	60

Źródło: opracowanie własne

Interpretując przedstawione powyżej informacje należy mieć na uwadze, że obszar przypisany w tabeli nie jest jednoznaczny z obszarem objętym działaniami danego PPZ. Raporty końcowe odnosiły się nie tylko do programów wojewódzkich, lecz także realizowanych przez powiaty, miasta i/lub gminy, przy czym te ostatnie przekazały największy odsetek raportów w analizowanej próbie. Na wykresie 1 przedstawiono szczegółowy podział.

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

Wykres 1 Liczba PPZ w podziale według jednostki samorządu terytorialnego

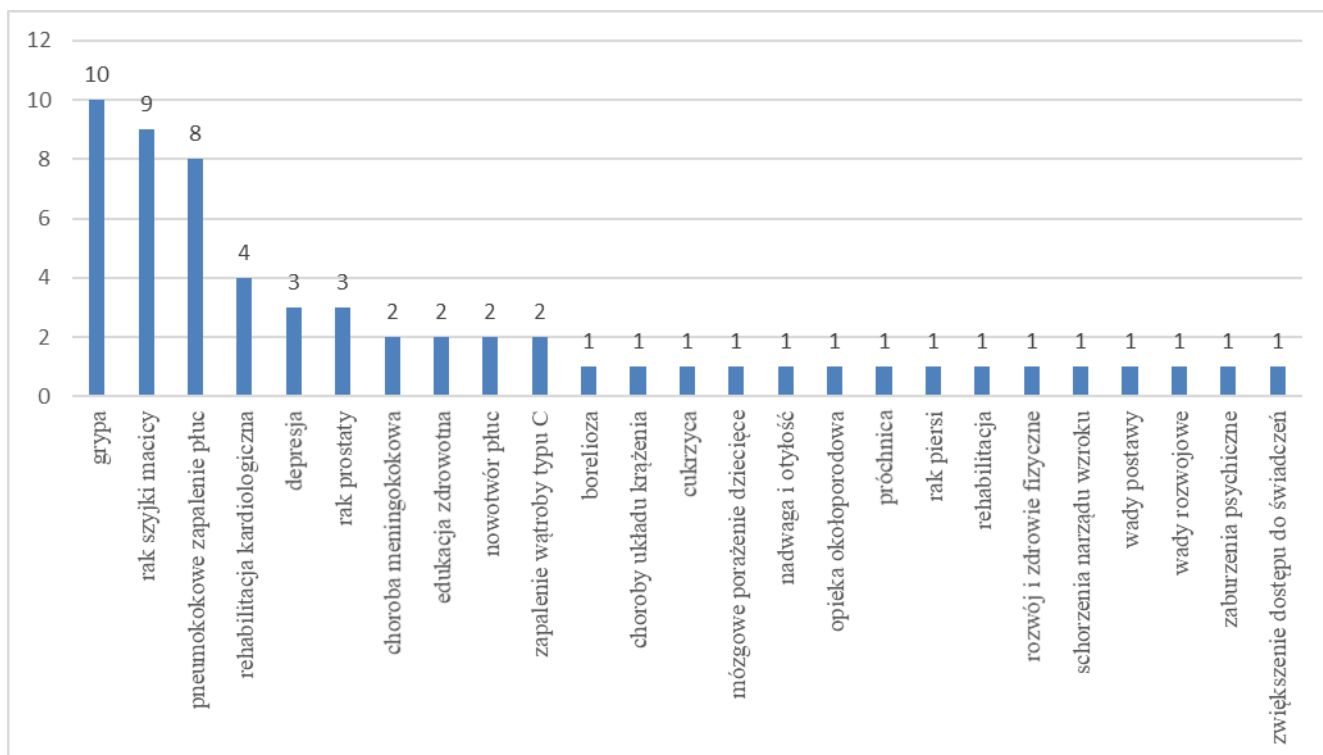


Źródło: opracowanie własne

3.1. Problem zdrowotny

Uwzględniając stratyfikację wg zabezpieczanego w ramach programu problemu zdrowotnego, największa liczba PPZ dotyczyła profilaktyki: grypy (17%), raka szyjki macicy (15%) oraz pneumokokowego zapalenia płuc (13%). Mniej liczne były programy poświęcone: rehabilitacji kardiologicznej (7%), profilaktyce depresji (5%) oraz profilaktyce raka gruczołu krokowego (5%). Szczegółowe dane dot. liczby raportów końcowych dot. poszczególnych problemów zdrowotnych zaprezentowano na wykresie 2.

Wykres 2 Liczba PPZ w podziale według problemu zdrowotnego



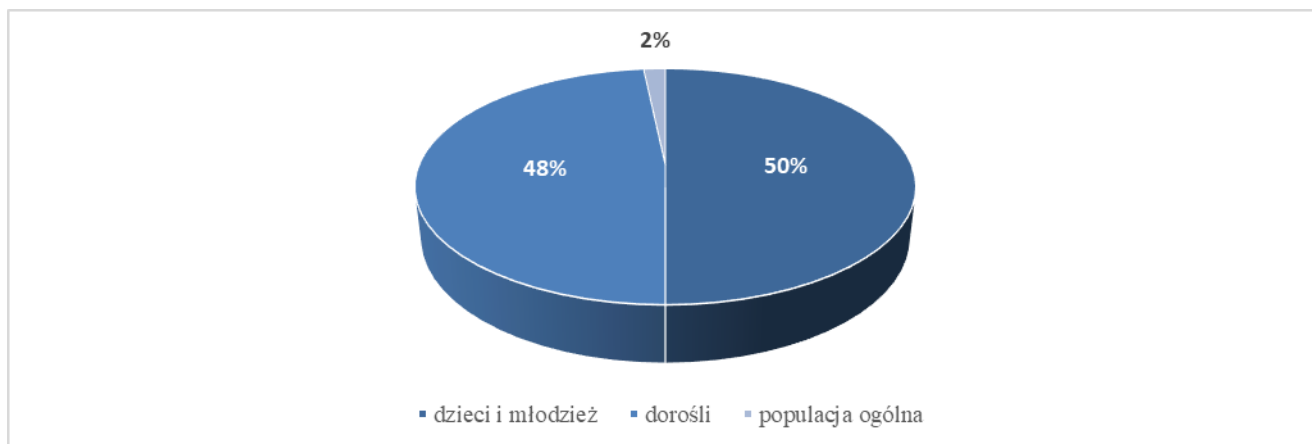
Źródło: opracowanie własne

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

3.2. Populacja docelowa

Spośród analizowanych raportów końcowych tylko jeden PPZ (2%) dotyczył populacji ogólnej (tj. dorosłych oraz dzieci i młodzieży), w pozostałych przypadkach główna interwencja programu była skierowana albo do populacji osób dorosłych (29 PPZ, 48%) albo do populacji pediatrycznej (30 PPZ, 50%). Szczegóły zobrazowano na wykresie 3.

Wykres 3 PPZ w podziale według wieku populacji objętej główną interwencją programu

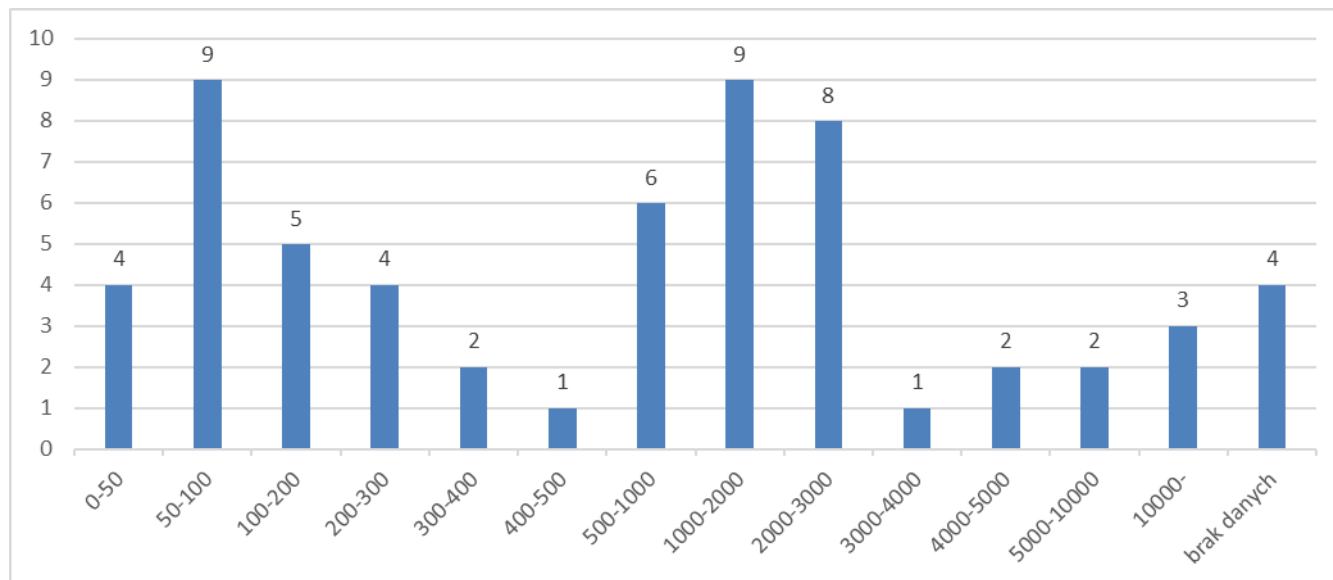


Źródło: opracowanie własne

Interpretując przedstawione powyżej dane należy mieć na uwadze, że w przypadku gdy program uwzględniał więcej niż jeden rodzaj interwencji i były one skierowane do różnych grup wiekowych, np. szczepienia przeciwko wirusowi HPV skierowane do populacji pediatrycznej i edukację skierowaną również do osób dorosłych (rodziców i opiekunów prawnych dzieci objętych szczepieniami), kategorię przypisywano według głównej interwencji programu, tj. szczepienia.

Odnosząc się do liczebności populacji docelowej analizowanych PPZ należy stwierdzić, że ponad połowa raportów wskazywała na objęcie działaniami 1000 osób lub mniej. Szczegółowy rozkład danych prezentuje wykres 4.

Wykres 4 Liczba PPZ w podziale na rozmiar włączonej populacji



Źródło: opracowanie własne

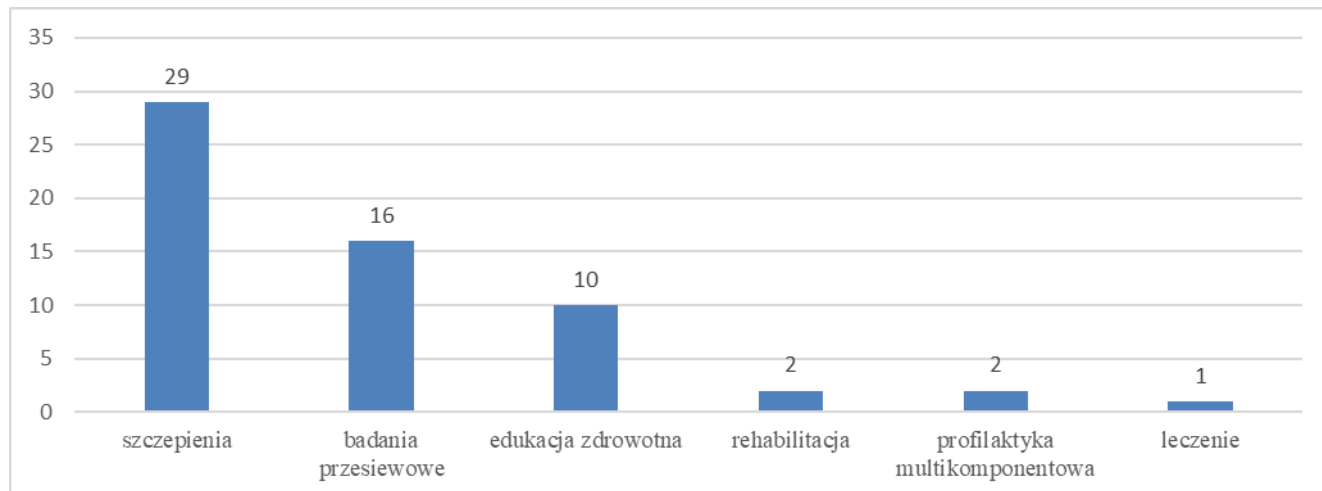
3.3. Interwencje

Analizując dane pod kątem zastosowanych interwencji, podobnie jak w przypadku stratyfikacji według wieku, przyjęto, że jeśli program zawierał kilka rodzajów interwencji, kategorię przypisywano wg głównego działania, chyba że takiego nie wskazano.

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

Wyniki wskazują na znaczącą przewagę PPZ poświęconych profilaktyce i wczesnemu wykrywaniu różnych problemów zdrowotnych. Szczegółowe informacje prezentuje wykres 5.

Wykres 5 PPZ w podziale według głównych interwencji programu



Źródło: opracowanie własne

Programy poświęcone badaniom przesiewowym dotyczyły takich schorzeń jak: rak prostaty (trzy PPZ, co stanowiło około 19% wszystkich programów przesiewowych), rak oskrzela/płuca (dwa PPZ), choroby sercowo-naczyniowe (dwa PPZ), zakażenie HCV (dwa PPZ), wady wzroku i choroby oczu (dwa PPZ), rak piersi (jeden PPZ), wady postawy (jeden PPZ), borelioza (jeden PPZ), depresja (jeden PPZ) oraz kilku rodzajów schorzeń jednocześnie (choroby sercowo-naczyniowe, diabetologiczne, neurologiczne – jeden PPZ).

Edukacja zdrowotna w analizowanych PPZ obejmowała tematykę: zdrowia psychicznego (trzy PPZ, co stanowiło 30% wszystkich programów edukacyjnych), ogólną (dwa PPZ), chorób sercowo-naczyniowych (dwa PPZ), próchnicy (jeden PPZ), nadwagi i otyłości (jeden PPZ) oraz aspektów związanych z rodzicielstwem (szkoła rodzenia; jeden PPZ).

Rehabilitacja w ramach PPZ była skierowana do populacji pacjentów ze schorzeniami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (jeden PPZ) oraz populacji pediatrycznej o specjalnych potrzebach rehabilitacyjnych - dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (jeden PPZ).

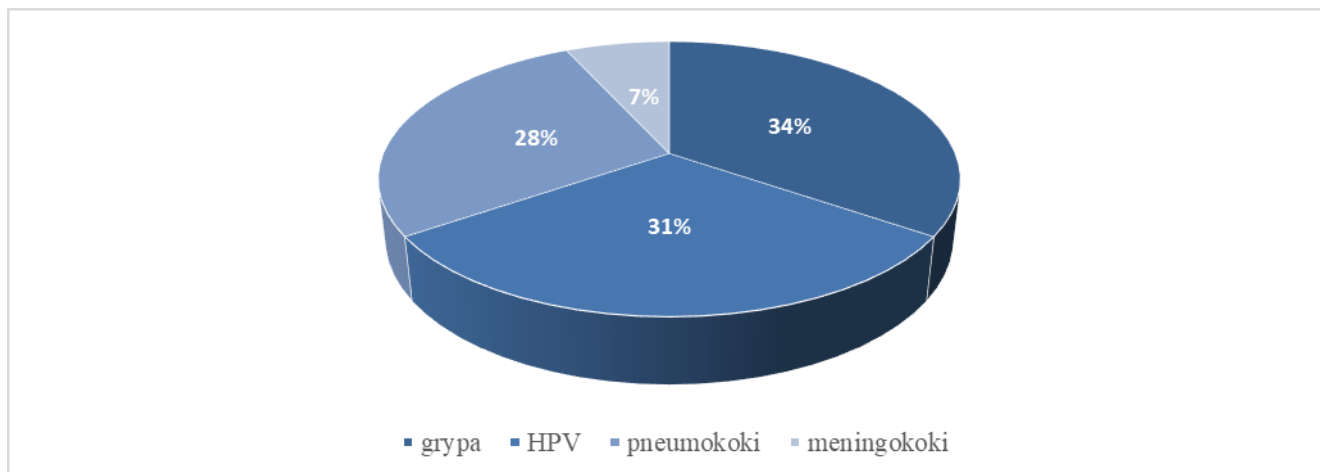
Profilaktyka multikomponentowa była oferowana w dwóch PPZ, przy czym tylko w jednym raporcie sprecyzowano kierunek (choroby sercowo-naczyniowe) oraz jej zakres (konsultacje lekarskie, testy wysiłkowe i spoczynkowe EKG, zajęcia rehabilitacyjne, zajęcia edukacyjne, konsultacje psychologiczne i dietetyczne). W drugim raporcie ogólnie wskazano na wspieranie rozwoju, zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży, ale bez wskazania konkretnych interwencji.

Program skategoryzowany jako oferujący leczenie dotyczył kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu.

Jednakże, najwięcej PPZ oferowało różnego rodzaju szczepienia (29 PPZ), co stanowiło 48% wszystkich analizowanych programów. W tych programach oferowano: szczepienia przeciwko wirusowi grypy (dziesięć PPZ), szczepienia przeciwko HPV (dziewięć PPZ), szczepienia przeciwko pneumokokom (osiem PPZ) oraz szczepienia przeciwko meningokokom (dwa PPZ). Odsetek programów w zależności od rodzaju oferowanych szczepień przedstawiono na wykresie 6.

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

Wykres 6 Odsetek PPZ w podziale według rodzaju oferowanych szczepień



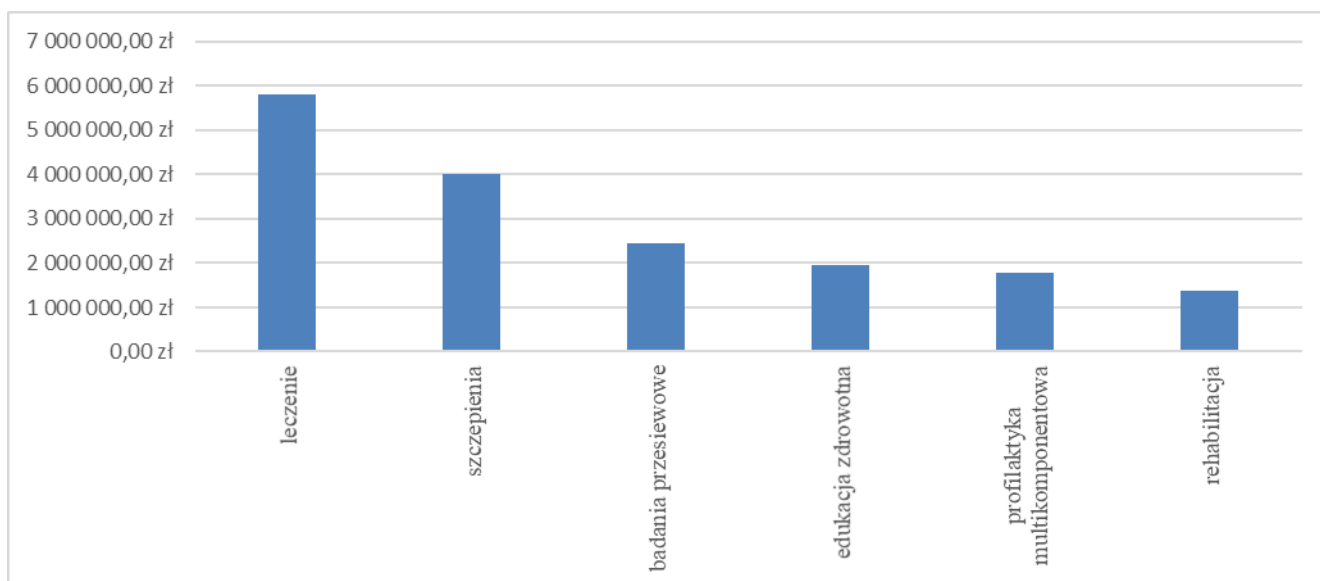
Źródło: opracowanie własne

Szczepienia przeciwko HPV, pneumokokom i meningokokom skierowane były do populacji pediatrycznej. Natomiast w przypadku szczepień przeciwko grypie, adresowane były one zazwyczaj do populacji osób w wieku 65+ (siedem PPZ), a pojedyncze programy były skierowane do osób w wieku 50+, 55+ oraz 60+.

3.4. Budżet

Suma wydatków na PPZ, których raporty końcowe zostały przesłane w 2018 roku sięga 17,3 mln zł. Najwyższa kwota (5,8 mln zł) została przeznaczona na interwencje o charakterze leczniczym. Należy jednak mieć na uwadze, że jest to związane z programem polityki zdrowotnej o zasięgu ogólnokrajowym, realizowanym przez Ministerstwo Zdrowia, który dotyczył terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu. Spośród PPZ organizowanych przez JST najwyższe środki finansowe zostały przeznaczone na szczepienia (blisko 4 mln zł), następnie na badania przesiewowe (blisko 2,5 mln zł) oraz edukację zdrowotną (blisko 2 mln zł). Koszt PPZ, gdzie realizowano interwencje związane z profilaktyką multikomponentową oraz rehabilitacją, wynosił odpowiednio 1,8 mln zł oraz 1,4 mln zł. Wyniki te wskazują na prawidłowość względem liczby 3 najczęściej organizowanych przez JST PPZ (szczepienia, badania przesiewowe oraz edukacja zdrowotna). Wyniki ukazujące wydatki na poszczególne rodzaje interwencji zostały przedstawione na wykresie 7.

Wykres 7 Wydatki na PPZ w skali kraju z podziałem na charakter interwencji



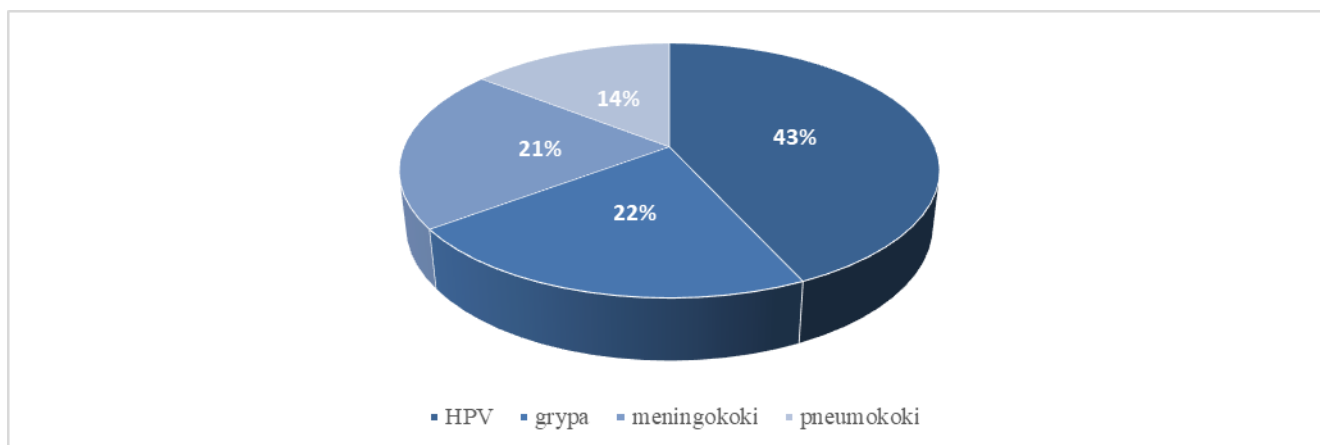
Źródło: opracowanie własne

Uwzględniając interwencje o charakterze szczepień, na które zostały wykorzystane najwyższe środki wśród JST, przeanalizowano, jakie środki zostały przekazane na poszczególne szczepienia. Należy wskazać, że największy koszt został

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

poniesiony w ramach PPZ, gdzie wykonywano szczepienia przeciwko wirusowi HPV (ponad 1,7 mln zł). Związane jest to najprawdopodobniej z najdroższą w zakupie szczepionką oraz koniecznością wykonywania 2-3 szczepień u jednego pacjenta. Warto zwrócić uwagę, że jest to drugi najczęściej wybierany przez JST problem zdrowotny w ramach szczepień. Najczęściej organizowanymi PPZ przez JST są programy oferujące szczepienia przeciwko grypie sezonowej, koszt realizacji tych programów jest niemal dwa razy niższy (około 870 tys. zł) niż PPZ związanych ze szczepieniami przeciw wirusowi HPV. Koszt zrealizowanych programów, gdzie szczepiono pacjentów przeciwko meningokokom jest zbliżony (830 tys. zł) do kosztów szczepień przeciwko grypie, przy jednoczesnym najmniejszym udziale tych programów wśród wszystkich programów szczepiennych. Najniższe wydatki zostały poniesione podczas realizacji programów oferujących szczepienia przeciwko pneumokokom (ok. 580 tys. zł). Wykres 8 przedstawia procentowe odsetki udziału poszczególnych szczepień wśród wszystkich programów.

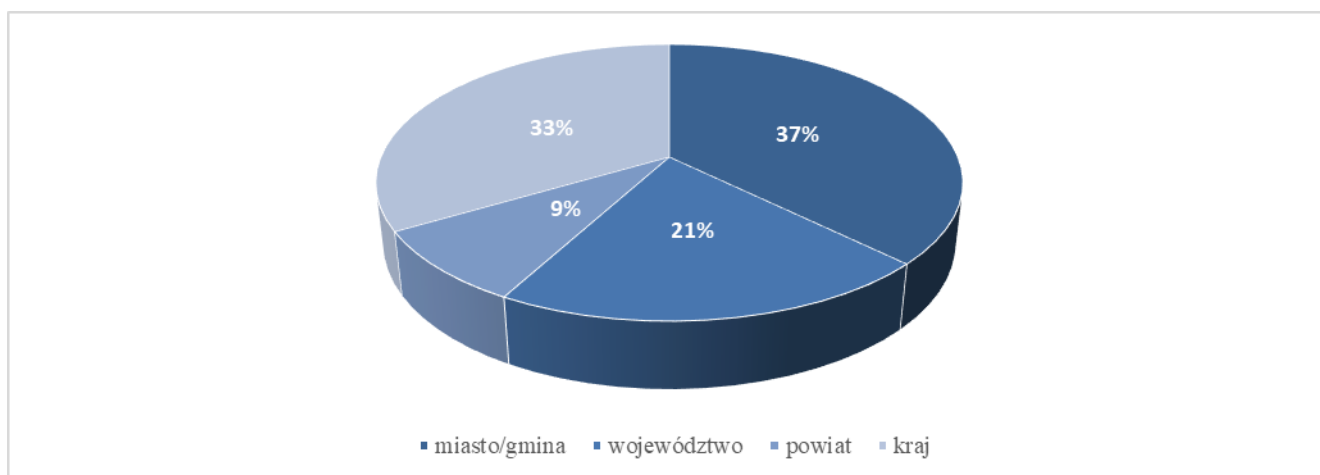
Wykres 8 Wydatki na PPZ gdzie interwencję stanowiły szczepienia z podziałem na problemy zdrowotne



Źródło: opracowanie własne

Wśród organizatorów PPZ najwyższy wkład finansowy miały łącznie urzędy gminne oraz miejskie, co przekłada się na wydatki blisko 6,5 mln zł. Kolejnym organizatorem, który poświęcił najwięcej środków na organizację PPZ było Ministerstwo Zdrowia, za pośrednictwem wspomnianego wyżej programu terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu. Koszt realizacji tego programu wyniósł 5,8 mln zł. W przypadku PPZ, których organizatorami były urzędy marszałkowskie województw, poniesione koszty wyniosły około 3,6 mln zł. Najmniej środków wśród organizatorów PPZ, przeznaczyły Starostwa Powiatowe, gdzie wydatki wyniosły około 1,5 mln zł. Wykres 9 przedstawia procentowy udział poszczególnych organizatorów.

Wykres 9 Wydatki na PPZ w skali kraju, z podziałem na charakter JST



Źródło: opracowanie własne

4. Wyniki analizy efektywności działań w ramach programów polityki zdrowotnej

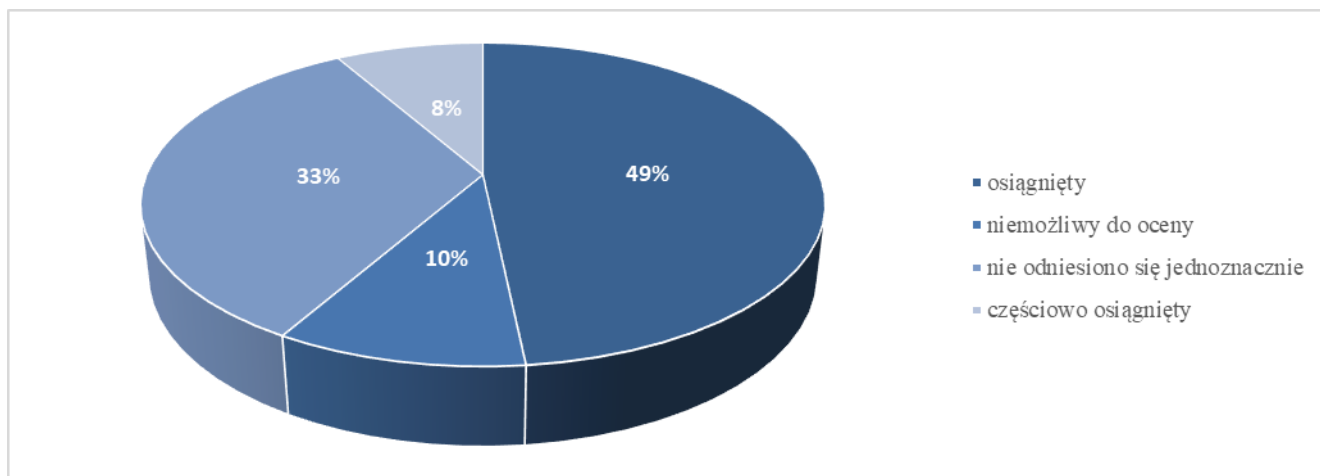
Szablon raportów końcowych z realizacji PPZ opierał się na wzorze określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, jednakże w sposobie prezentacji danych dominowała forma opisowa, zaś dane były w dużej mierze zagregowane. Mając w pamięci ustawową definicję programu polityki zdrowotnej, na podstawie przesyłanych danych powinno być możliwe przeanalizowanie efektywności działań realizowanych w ramach PPZ, czego gwarancją powinien być narzucony z góry i usankcjonowany prawnie szablon raportu końcowego z realizacji PPZ.

Podkreślenia jednak wymaga fakt, że rozporządzenie MZ ogólnie określa wymagane elementy raportu końcowego związane z oceną efektywności działań prowadzonych w ramach PPZ. Wśród nich można wyszczególnić: „*opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej*” oraz „*wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej*”.

W odniesieniu do celów programu, autorzy raportów w większości przypadków przedstawiali treść celu oraz informacje, które według nich potwierdzają jego osiągnięcie. W znaczącej liczbie raportów określono, że cel programu został osiągnięty lub częściowo osiągnięty. Weryfikacja tych informacji przez Agencję, wykazała jednak, że jedynie niewielki odsetek przytoczonych celów, był możliwy do oceny. Związane jest to z faktem, że w ponad 90 % PPZ, cele zostały błędnie określone już na etapie jego projektowania. Najczęstszymi problemami było nieprecyzyjne określenie celów, czyli brak określonych wartości docelowych do których mają dążyć założone w programie działania. Ponadto, podczas odnoszenia się do celów, nie korzystano z mierników efektywności, które powinny stanowić podstawę oceny realizacji celów. Sposobem na projektowanie poprawnych celów jest ich określanie za pomocą zasady SMART¹ oraz formułowanie odpowiadających im mierników efektywności, co Prezes Agencji wielokrotnie rekomendował w opiniach dot. projektów PPZ.

Dla wszystkich analizowanych raportów końcowych możliwa do przeprowadzenia była analiza oceny osiągnięcia celu według opinii autorów raportu. W 29 raportach (49%) określono, że cel główny został osiągnięty, a w 5 (8%) raportach cel został określony jako częściowo osiągnięty. W 20 raportach (33%) niejednoznacznie odniesiono się do osiągnięcia celu, natomiast jako cel niemożliwy do oceny, uznano w przypadku 6 raportów (10%). Cele określane jako niemożliwe do oceny uznawano zwłaszcza w przypadkach, gdy dane potrzebne do uzasadnienia osiągnięcia celu nie były możliwe do pozyskania w trakcie funkcjonowania PPZ. Szczegółowy podział został przedstawiony na wykresie 10.

Wykres 9 PPZ w podziale według oceny osiągnięcia celu głównego programu dokonanej w raporcie końcowym



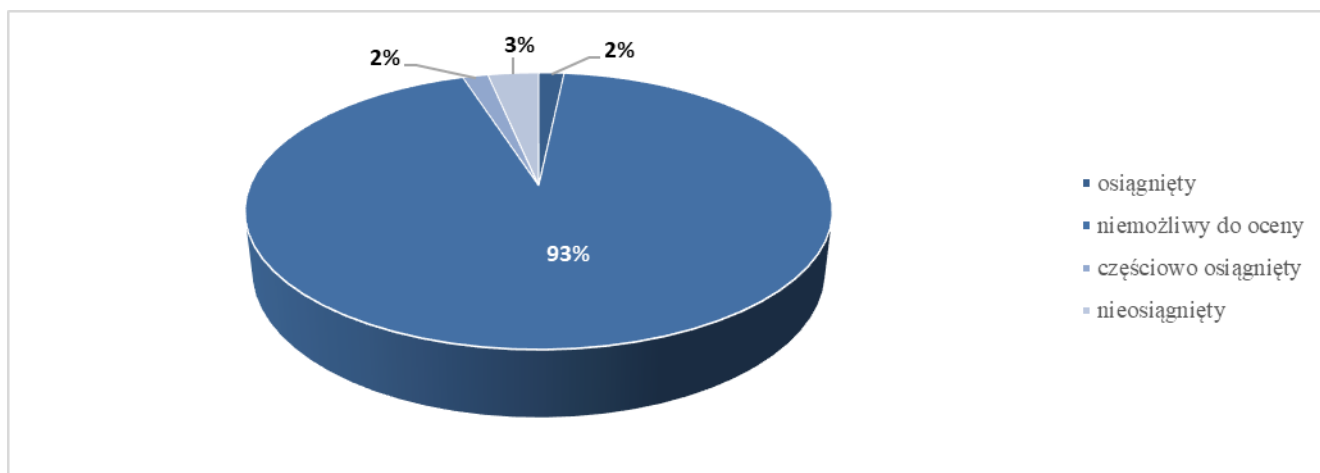
Źródło: opracowanie własne

Informacje w raportach odnoszące się do osiągnięcia celów, zostały zweryfikowane przez Agencję. Wskazano, że w ponad 90%, określone cele nie były możliwe do poprawnej oceny. Różnice między informacjami z raportów końcowych, a weryfikacją Agencji, wskazują na znaczną liczbę błędów pojawiających się podczas formułowania celów oraz trudności w zrozumieniu czym jest dobrze sformułowany cel i jak weryfikować jego osiągnięcie. Szczegółowe informacje zostały zawarte na wykresie 11.

¹ Dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją SMART, wg której powinien on być: sprecyzowany (Specific), mierzalny (Measurable), osiągalny (Achievable), istotny (Relevant), zaplanowany w czasie (Time-bound).

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

Wykres 10 PPZ w podziale według oceny osiągnięcia celu głównego programu dokonanej przez Agencję, na podstawie raportów końcowych

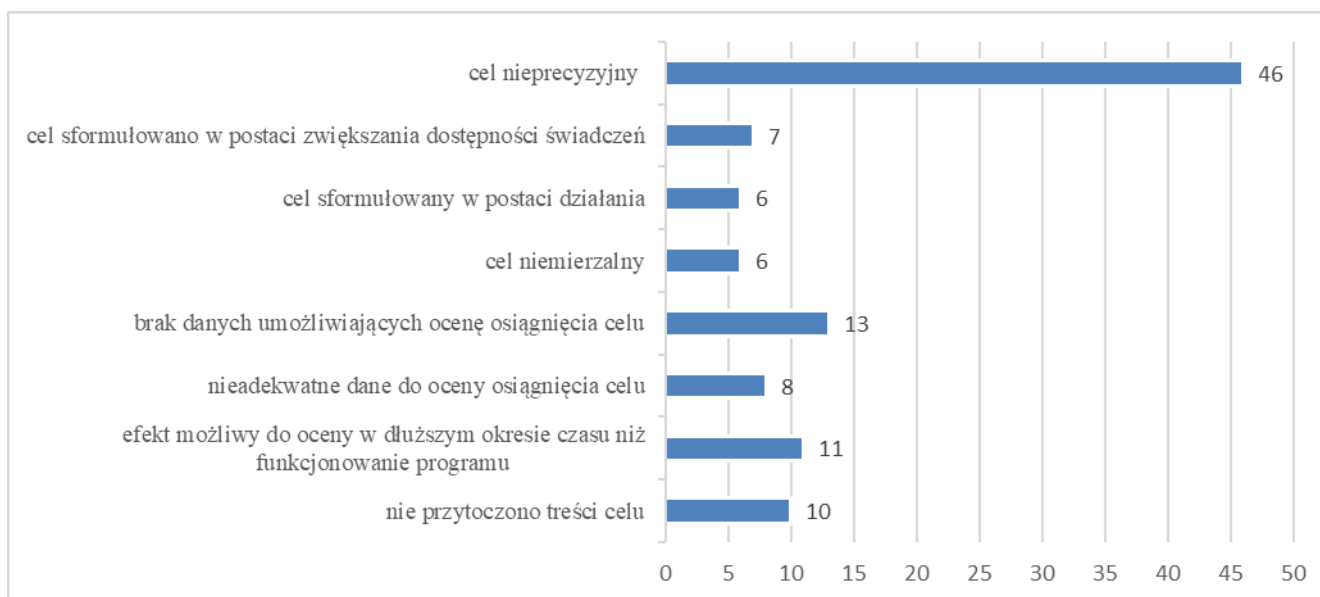


Źródło: opracowanie własne

Spśród wszystkich raportów końcowych, w dziesięciu (16,67%) nie przytoczono treści celu, zatem nie było możliwości oceny czy został on zrealizowany oraz czy był poprawnie zaprojektowany. Wśród pozostałych celów, najczęściej spotykano się z brakiem określenia wartości docelowych (46 celów), do których mają dążyć określone w programie działania, przez co cel był nieprecyzyjnie sformułowany. Warto wskazać, że bez określenia powyższych wartości, osiągnięcie celu może zostać zadeklarowane nawet przy nieznaczących poprawach badanych wartości, co nie przełoży się w oczekiwany sposób na efekt populacyjny. Ponadto cele były określane również w sposób niemierzalny, w postaci działania (nie zaś oczekiwanego efektu podejmowanych działań) czy jako zwiększenie dostępności świadczeń. Kolejnymi problemami, które powodowały, że ocena osiągnięcia określonych celów było niemożliwa, był problem z dostępnymi danymi. W 13 raportach nie zawarto danych umożliwiających ocenę osiągnięcia celu, natomiast w ośmiu przedstawione dane były nieadekwatne do określonego celu. Ponadto w części PPZ (11 raportów) nie było możliwości zebrania potrzebnych informacji w trakcie trwania programu. Należy mieć na uwadze, że do niektórych celów i informacji zawartych w raportach, może odnosić się więcej niż jeden określony na wykresie 12 problem lub błąd.

Warto mieć na uwadze, że brak możliwości oceny realizacji celu, nie oznacza braku obiektywnego korzystnego wpływu na populację, w której realizowany był PPZ. Na podstawie dostępnych informacji, nie można wykluczyć, że gdyby cele zostały poprawnie sformułowane zostałyby osiągnięte dzięki poprawnej realizacji działań podejmowanych w ramach PPZ.

Wykres 11 Liczby pojawiających się błędów oraz problemów, przez które cele były niemożliwe do oceny



Źródło: opracowanie własne

Wzór raportu końcowego zawiera również element, odnoszący się do ewaluacji programu. Należy wskazać znaczny problem w zakresie raportowania ewaluacji wśród organizatorów, ponieważ jest to element zazwyczaj pomijany w raportach

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

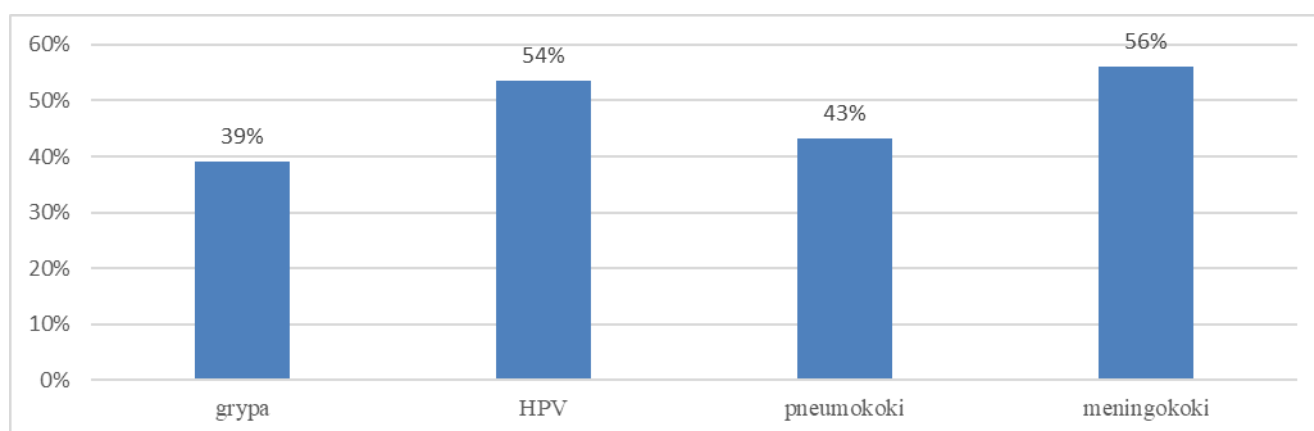
końcowych. Wyniki umieszczone w części odnoszącej się do „wyników monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej” zawierają zazwyczaj jedynie informacje związane z monitorowaniem programu, w tym ze zgłaszalnością oraz oceną jakości programu. Zidentyfikowany problem z zamieszczaniem wyników ewaluacji może być związany z brakiem odpowiedniego zrozumienia zagadnienia oraz błędnego określania mierników na etapie projektowania programu. W opiniach Prezesa Agencji dot. projektów PPZ wskazuje się, że do ewaluacji należy wykorzystać co najmniej wskazane do oceny osiągnięcia celu mierniki efektywności.

Ponadto szablon raportu końcowego wskazuje na konieczność przedstawienia informacji o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz opisu podjętych działań modyfikujących, które mogą uzasadniać raportowany wynik. Jednakże raporty nie zawierały informacji w tym zakresie.

Opisany powyżej stan rzeczy utrudnił znacząco ocenę efektywności działań realizowanych w ramach PPZ.

Wspomniany na początku niniejszego rozdziału sposób prezentacji danych umożliwił bardziej dogłębną analizę wyłącznie dla efektów programów szczepionkowych. Analizie poddano odsetek osób zaszczepionych z populacji docelowej programu. Jednak w przypadku siedmiu z 29 PPZ (24%) również nie wskazano danych dot. poziomu zaszczepienia. Dla pozostałych raportów, w których wskazano odsetek osób zaszczepionych, obliczono średni poziom zaszczepienia populacji docelowej programu. Szczegółowe dane zaprezentowano na wykresie 13.

Wykres 12 Średni poziom zaszczepienia populacji docelowej w analizowanych PPZ w podziale według rodzaju szczepionki



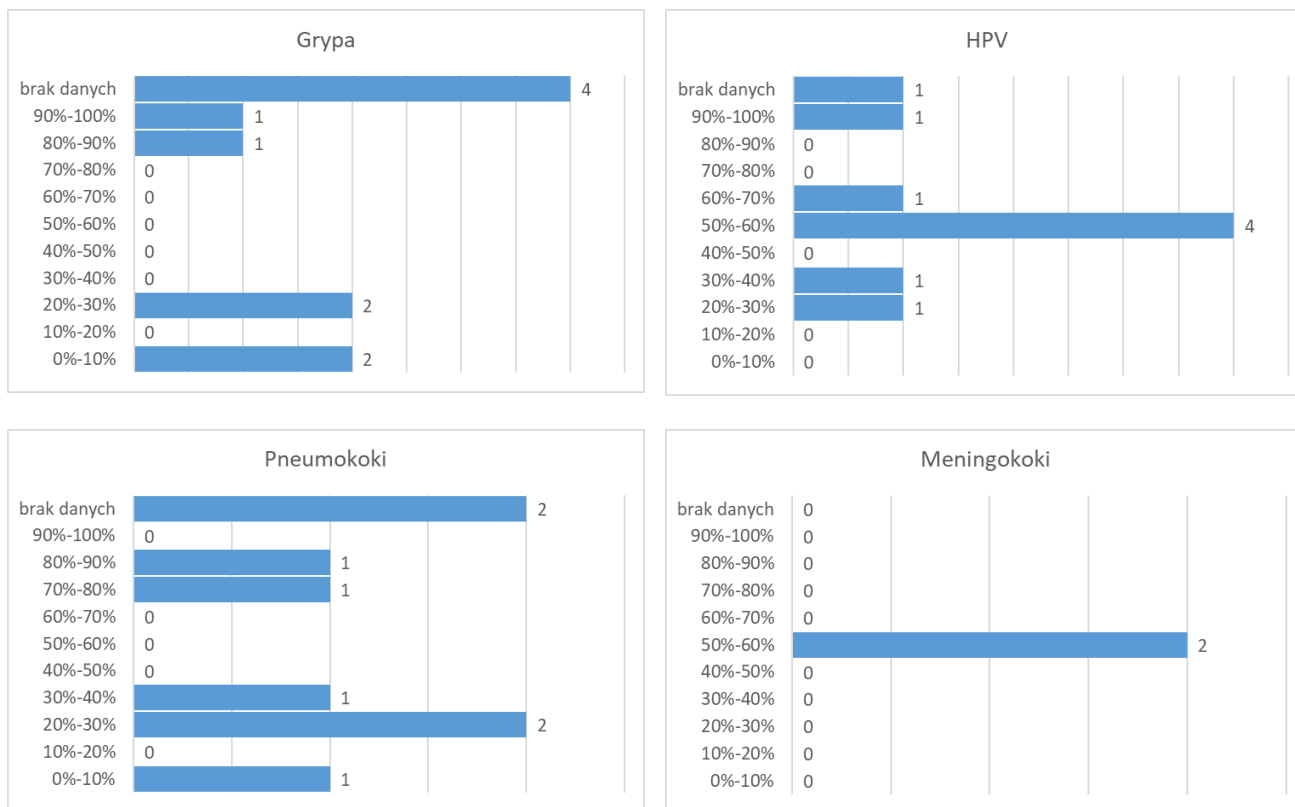
Źródło: opracowanie własne

Najwyższy średni poziom zaszczepienia uzyskano w programach oferujących szczepienie przeciwko meningokokom oraz HPV, nieznacznie niższy w programach oferujących szczepienie przeciwko pneumokokom, zaś najniższy w programach oferujących szczepienie przeciwko grypie sezonowej.

Szczegółowy rozkład poziomu zaszczepienia populacji docelowej w programach przedstawiono na wykresie 14 w podziale wg stosowanej szczepionki.

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

Wykres 13 Rozkład poziomu zaszczepienia populacji docelowej w analizowanych PPZ w podziale według rodzaju szczepionki



Źródło: opracowanie własne

Dane przedstawione na wykresie 14 wskazują na duże zróżnicowanie pod kątem poziomu zaszczepienia populacji docelowej PPZ. Jednocześnie mała liczba danych utrudnia szersze wnioskowanie w tym zakresie.

5. Wnioski z analizy, ograniczenia i dyskusja

Należy nadmienić, że zakres raportów włączonych do analizy może nie być reprezentatywny dla wszystkich działań prowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej w Polsce. Zapisy ustawy o świadczeniach nakazują przesłanie raportu do Agencji w terminie 3 miesięcy od zakończenia realizacji, jednak zmiany ustawowe narzucające na JST obowiązek raportowania weszły w życie dopiero pod koniec 2017 roku – z dniem 30 listopada 2017 r. W praktyce oznacza to, że nie wszystkie zrealizowane PPZ zostały sprawozdane przez JST do Agencji. Trudno ocenić skalę tego zjawiska, jednak jak wskazuje doświadczenie Agencji z ostatnich lat w zakresie opiniowania projektów PPZ, rocznie ocenie poddawanych jest od około 220 (rok 2015) do blisko 350 programów (rok 2017). Średnia roczna liczba opiniowanych projektów dla lat 2012-2018 wynosi 271. Z jednej strony część projektów mogła nie zostać wdrożona do realizacji po wydaniu opinii przez Agencję, z drugiej strony wewnętrzne statystyki Agencji nie uwzględniają PPZ prowadzonych przez JST w ramach kontynuacji projektów, które kiedyś zostały już ocenione przez Agencję i w związku z tym nie wymagają ponownego opiniowania (wobec czego Agencja nie posiada tego rodzaju danych). Jednakże mając na względzie wyłącznie dane dot. liczby opinii, należy uznać, że odsetek PPZ sprawozdanych do Agencji PPZ pozostaje niewielki. Jednocześnie niewielka liczba raportów, na której opiera się analiza, wpływa niekorzystnie na możliwość uogólniania wniosków na jej podstawie.

Warto w tym miejscu wskazać, że dla niektórych szczepień określono zalecane poziomy zaszczepienia populacji. Tak jest w przypadku szczepień przeciwko grypie. Zgodnie z informacjami z raportu Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ang. *European Centre for Disease Prevention and Control*, ECDC), podstawowym wskaźnikiem sukcesu we wdrażaniu programów szczepień jest wysoki wskaźnik pokrycia szczepieniami populacji docelowej. W raporcie ECDC przytoczono zalecenia Rady Europejskiej z grudnia 2009 r. wskazujące, aby poziom zaszczepienia przeciw grypie we wszystkich grupach ryzyka wynosił 75% we wszystkich krajach Unii Europejskiej do sezonu 2014–15. Nie odnaleziono nowszych zaleceń w tym temacie, jednak poziom ten jest niezmiennie podtrzymywany od wielu lat (np. Rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 2003 r. również wskazywała 75% poziom zaszczepienia).

W przypadku szczepień przeciwko HPV, pneumokokom i meningokokom nie odnaleziono zalecanych poziomów zaszczepienia populacji. Jedynie w przypadku profilaktyki zakażeń HPV, WHO wskazuje, że osiągnięcie wysokiego poziomu zaszczepienia wśród dziewcząt (>80%) wpływa na redukcję zakażeń HPV u chłopców.

Odnosząc powyższe zalecenia ECDC / Rady Europejskiej oraz WHO do wyników analizy, należy stwierdzić, że populacjach, które kwalifikowały się do programów raportowanych w 2018 roku, średni poziom zaszczepienia był znacząco niższy od zalecanego. W przypadku szczepień przeciwko grypie odbiegał on też od poziomu zaszczepienia w Polsce w grupie wiekowej osób powyżej 65 r.ż., oszacowanego na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) dotyczących liczebności ww. populacji w poszczególnych latach oraz danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) w zakresie liczby zrealizowanych szczepień. Zgodnie z uzyskanymi wynikami, w latach 2010-2017, poziom zaszczepienia przeciwko grypie w populacji osób powyżej 65 r.ż. nie przekraczał 10% (od 6,75% w 2016 r. do 9,27% w 2010 r.). Tym samym wyniki tych dwóch analiz pozostają niespójne.

Dla porównania i oceny sytuacji w Polsce należy ponadto przytoczyć dane odnoszące się do poziomów zaszczepienia w innych krajach, przedstawione w raportach AOTMiT o tematyce dot. profilaktyki grypy i zakażeń HPV, przygotowanych na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach.

W zakresie szczepień przeciwko grypie w populacji osób powyżej 65 r.ż. wykorzystano dane Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organisation for Economic Cooperation and Development*, OECD) dot. poziomu zaszczepienia w krajach członkowskich. Należy jednak wskazać, że raportowane dane w zależności do kraju pochodzą z różnych okresów (od 2014 do 2017 r.). Najwyższy poziom zaszczepienia w populacji 65+ odnotowano w Korei Południowej (84,4% w 2016 r.), Meksyku (82,3% w 2014 r.), Wielkiej Brytanii (70,5% w 2016 r.) oraz w USA (69,1% w 2015 r.), najniższą zaś w Estonii (2,8% w 2016 r.), na Łotwie (4,3% w 2016 r.), w Turcji (7% w 2016 r.) oraz w Polsce (9,7% w 2014 r.).

W zakresie szczepień przeciwko HPV wykorzystano dane pochodzące z następujących krajów:

- Australia - Zgodnie z raportem australijskiego *National Centre for Immunisation, Research and Surveillance* (NCIRS 2018), w 2017 r. 80,2% dziewcząt oraz 75,9% chłopców w wieku 15 lat (objętych Narodowym Programem Szczepień) ukończyło pełen, 3-dawkowy cykl szczepień przeciwko HPV, co stanowiło wzrost w stosunku do roku 2016, kiedy zaszczepionych zostało 79,7% dziewcząt i 73,8% chłopców w tym wieku.
- Nowa Zelandia - Nowozelandzkie Ministerstwo Zdrowia opublikowało dane w zakresie poziomu zaszczepienia dziewcząt urodzonych w latach 1990-2013 w okresie od 1 września 2003 r. do 31 grudnia 2017 r., zaszczepionych przy użyciu 3dawek 4-walentnej szczepionki przeciwko HPV. Dane wskazują na wzrostowy trend poziomu zaszczepienia kolejnych roczników dziewcząt. Poziom zaszczepienia wynosił 39% w najstarszym roczniku (dziewczęta ur. w 1990 r.), a dla najmłodszego wynosił już 67%.

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

- Stany Zjednoczone - Zgodnie z danymi amerykańskiego *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), w 2017 r. niecała połowa (49%) nastolatków była na bieżąco objęta szczepieniami przeciwko HPV zgodnie z kalendarzem szczepień, a 66% osób w wieku między 13 a 17 r.ż. otrzymało pierwszą dawkę szczepionki. Odsetek młodzieży, która rozpoczęła cykl szczepień przeciwko HPV w latach 2013-2017, wzrastał w USA o średnio 5% rocznie. 51% nastolatków w USA nie ukończyło pełnego cyklu szczepień przeciwko HPV.
- Norwegia - W raporcie *Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre)* przygotowanym dla Norwegii, przedstawiono dane dotyczące poziomu zaszczepienia dziewcząt urodzonych w latach 1997-2001, zaszczepionych przy użyciu 1 lub 3 dawek szczepionki przeciwko HPV. Dane dla 3 dawek wskazują, że w najstarszym analizowanym roczniku poziom zaszczepienia wynosił 68%, zaś w pozostałych oscylował w zakresie 75-77%. Ponadto, zgodnie z informacjami zawartymi na stronie *Norwegian Institute of Public Health*, w 2016 r. poziom zaszczepienia dziewcząt wieku 16 lat przeciwko HPV wyniósł 81%.
- Finlandia – zgodnie z danymi z krajowego rejestru szczepień prowadzonego przez *National Institute for Health and Welfare* (fin. *Terveystiete ja Hyvinvoinnin Laitos*, THL), poziom zaszczepienia dziewcząt urodzonych w latach 1998-2005 w Finlandii przeciwko HPV mieścił się w granicach 66,9% - 74,5%.
- Wielka Brytania - *Public Health England* co roku przygotowuje raporty dotyczące poziomu zaszczepienia nastoletnich dziewcząt przeciwko HPV w Wielkiej Brytanii. Ostatni dostępny raport dotyczy szczepień wykonanych wśród dziewcząt uczęszczających do 9. klasy w roku szkolnym 2017/2018 (13-14 lat). Wskazano w nim, że 83,8% uczennic klas 9. ukończyło 2-dawkowy cykl szczepień przeciwko HPV w roku szkolnym 2017/2018, w porównaniu z 83,1% w roku szkolnym 2016/2017 oraz 85,1% w roku szkolnym 2015/2016.

Tym samym należy podsumować, że poziomy zaszczepienia w analizowanych raportach pozostają niskie na tle danych z innych krajów. Należy jednak wziąć pod uwagę skalę działań – w wielu krajach rozwinięto systemy ułatwiające wysokie pokrycie szczepieniami populacji docelowej, zaś działania realizowane przez JST w ramach PPZ w większości przypadków realizowane są w mikroskali (w regionie miasta i/lub gminy) i dla niewielkich populacji docelowych.

Niemniej jednak, działania programowe powinny pozwolić na pokrycie szczepieniami wybranej populacji docelowej i należy dążyć do osiągnięcia wysokich poziomów zaszczepienia w ramach programów polityki zdrowotnej, zbliżonych do zalecanych, co przyczyni się do wzrostu ogólnego poziomu zaszczepienia w całej populacji i przybliży realizatorów do uzyskania efektu populacyjnego.

Jednakże kluczowy jest aspekt właściwego zaplanowania PPZ, w szczególności określenie celu i dobór mierników efektywności, skutkujący koniecznością zbierania w czasie realizacji programu odpowiednich danych, który w przyszłości pozwoli na dokonanie rzetelnej ewaluacji. Analiza wykazała konieczność wsparcia w tym zakresie kompetencji osób odpowiedzialnych za tworzenie PPZ i ich realizację, np. poprzez wdrożenie działań edukacyjnych.

Pod rozwagę należy też poddać doprecyzowanie wymogów prawnych dla raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej, tak aby dostarczały wiarygodnych i precyzyjnych danych o efektywności podejmowanych działań.

6. Bibliografia

Materiał opracowano na podstawie następujących źródeł:

Dokumenty prawne

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r., poz. 2110)

Dokumenty AOTMiT

- „Szczepienia przeciwko grypie sezonowej jako profilaktyka zachorowań w populacji osób starszych w ramach programów polityki zdrowotnej”, Warszawa, czerwiec 2019; http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2019/RPT/19.07.24_raport_zalec_tech_n_art_48aa_profilaktyka_grypy.pdf
- „Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w ramach programów polityki zdrowotnej”, Warszawa, czerwiec 2019; http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2019/RPT/19.07.24_raport_zalec_tech_n_art_48aa_profilaktyka_hpv.pdf
- Zbiór raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej (zgodnie z załącznikiem 6.1.)

Inne źródła

- European Centre for Disease Prevention and Control. *Seasonal influenza vaccination and antiviral use in EU/EEA Member States – Overview of vaccine recommendations for 2017–2018 and vaccination coverage rates for 2015–2016 and 2016–2017 influenza seasons*. Stockholm: ECDC; 2018
- Strona internetowa Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), *WHO recommendations for routine immunization - summary tables*, https://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/, data odczytu 6.09.2019 r.

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

7. Załączniki

7.1. Wykaz raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej uwzględnionych w analizie

Lp.	Nazwa programu oraz wnioskodawca
1	Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Przytoczna - Urząd Gminy Przytoczna
2	Program szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi HPV wywołującego raka szyjki macicy na lata 2015-2017 - Urząd Gminy Górzycza
3	Program wczesnego wykrywania nowotworów płuc - Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego
4	Program zwiększenia dostępności świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji wśród mieszkańców województwa łódzkiego - Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego
5	Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży - Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego
6	Program zapobiegania chorobom układu krążenia - Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego
7	Profilaktyczna opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania - Urząd Miasta Józefów
8	Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 roku życia w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w gminie Garbatka-Letnisko na lata 2017-2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej - Urząd Gminy Garbatka-letnisko
9	Profilaktyczna opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania na 2014 rok - Urząd Miasta Józefowa
10	Organizacja i wykonanie nieodpłatnych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dla 180 dziewcząt, zamieszkałych na terenie miasta Żory - Urząd Miasta Żory
11	Organizacja i wykonanie nieodpłatnych, profilaktycznych szczepień ochronnych przeciwko meningokokom dla dzieci urodzonych w 2016 roku, zamieszkałych na terenie miasta Żory - Urząd Miasta Żory
12	Program polityki zdrowotnej wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych płuc dla mieszkańców województwa lubuskiego - Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze
13	Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w latach 2015-2017 w gminie Pszczew - Urząd Gminy Pszczew
14	Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży pod tytułem "Sport Zdrowie Rodzina" - Urząd Miasta Gdynia
15	Profilaktyka depresji i rozpowszechnianie postaw prozdrowotnych w obszarze zdrowia psychicznego. Program edukacyjny dla mieszkańców województwa małopolskiego - Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego
16	Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Wrocławia w wieku 65+ - Urząd Miejski Wrocławia
17	Rozszerzenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w ramach wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych - Urząd Miejski Wrocławia

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

Lp.	Nazwa programu oraz wnioskodawca
18	Program profilaktyki raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia - Urząd Miejski Wrocławia
19	Program profilaktyki wad i schorzeń narządu wzroku u dzieci w wieku przedszkolnym - Urząd Miejski Wrocławia
20	Program profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców miasta Płocka w latach 2015-2017 - Urząd Gminy Miasta Płock
21	Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców miasta Płocka w latach 2015-2017 - Urząd Gminy Miasta Płock
22	Program profilaktycznych szczepień przeciw meningokokom dla mieszkańców miasta Płocka w latach 2015-2017 - Urząd Gminy Miasta Płock
23	Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w latach 2017-2020 w gminie Międzyrzec - Urząd Miejski Międzyrzec
24	Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia z terenu miasta Żary - Urząd Gminy Miejskiej Żary
25	Program szczepień profilaktycznych przeciwko pneumokokom skierowany do dzieci urodzonych w 2015 roku - Urząd Gminy Miejskiej Żary
26	Program profilaktyki próchnicy dla dzieci z klas I-II szkół podstawowych w mieście Żary - Urząd Gminy Miejskiej Żary
27	Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka prostaty u mężczyzn w wieku 60-65 roku życia na terenie Powiatu Lubińskiego na lata 2014-2016 - Starostwo Powiatowe w Lubinie
28	Szczepienia profilaktyczne przeciwko pneumokokom dla dzieci w wieku do 3 lat zamieszkałych na terenie Miasta ustronń będących pod opieką Miejskiego Żłobka w Ustroniu - Urząd Miasta Ustronń
29	Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017 - Minister Zdrowia
30	Program profilaktyki zdrowotnej Gminy Ożarów Mazowiecki przygotowujący przyszłych rodziców na przyjęcie dziecka - zajęcia w szkole rodzenia - Urząd Miejski w Ożarowie Mazowieckim
31	Program profilaktyki zdrowotnej w kierunku eliminacji zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dla Gminy Długołęka - Urząd Gminy Długołęka
32	Szczepienia ochronne przeciwko grypie. Poprawa stanu odporności mieszkańców Gminy Długołęka - Urząd Gminy Długołęka
33	Program profilaktyki raka gruczołu krokowego w powiecie bełchatowskim - Starostwo Powiatowe w Bełchatowie
34	Program profilaktyki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV w 2017 r. (kontynuacja) - Starostwo Powiatowe w Poznaniu
35	Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci z powiatu poznańskiego w 2017 r. (kontynuacja) - Starostwo Powiatowe w Poznaniu
36	Profilaktyczny program szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców powiatu poznańskiego w 2017 r. (kontynuacja) - Starostwo Powiatowe w Poznaniu

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

Lp.	Nazwa programu oraz wnioskodawca
37	Program szczepienia profilaktycznego przeciwko grypie dla osób po 65 roku życia - Urząd Gminy Miejskiej w Koźuchowie
38	Program edukacyjno-konsultacyjny: Rozpoznanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej - Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego
39	Zwiększenie dostępności do świadczeń kardiologicznych osobom powyżej 40 roku życia - Urząd Miasta Józefowa
40	Zwiększenie dostępności do świadczeń kardiologicznych osobom powyżej 50 roku życia - Urząd Miasta Józefowa
41	Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie osób zamieszkałych na terenie gminy Czarniejewo w wieku 55 lat i starszych - Urząd Gminy Czarniejewo
42	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego w powiecie nowosolskim na 2017 rok - Starostwo Powiatowe w Nowej Soli
43	Powiatowy program zdrowotnych pn. Profilaktyka raka szyjki macicy na lata 2009-2020 - Starostwo Powiatowe w Olecku
44	Powiatowy program zdrowotny pn. zapobieganie nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom na lata 2011-2017 - Starostwo Powiatowe w Olecku
45	Program profilaktycznych szczepień dzieci przeciwko pneumokokom na lata 2016-2018 - Urząd Miejski w Wasilkowie
46	Program aktywizujący dla młodzieży z zaburzeniami psychicznymi "psycho-kreacje" - Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego
47	Program profilaktyczny szczepień dzieci nowonarodzonych przeciwko zakażeniom pneumokokowym zamieszkałych na terenie Gminy Plichowice - Urząd Gminy Plichowice
48	Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Miasta Świnoujście w wieku od 60 roku życia - Urząd Miasta Świnoujście
49	Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV dziewcząt 12. i 13. letnich zamieszkałych na terenie gminy Czarniejewo - Urząd Gminy Czarniejewo
50	Program badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania i leczenia powikłań ocznych cukrzycy dla osób z cukrzycą typu 2, powyżej 45 roku życia - Urząd Miasta Rzeszowa
51	Program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców Rzeszowa - Urząd Miasta Rzeszowa
52	Program zdrowotny w zakresie profilaktyki wtórnej u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych - Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego
53	Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Gminy Czaplinek w wieku 65 lat i więcej w latach 2016-2017 - Urząd Miejski w Czaplinku
54	Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Miejskiej Koło na rok 2017 - Urząd Miejski w Kole
55	Program profilaktyki wad postawy dla dzieci z klas I szkół podstawowych w latach 2016-2017 - Urząd Gminy Miasta Płock

Analiza raportów końcowych z realizacji programów polityki zdrowotnej za rok 2018

Lp.	Nazwa programu oraz wnioskodawca
56	Program profilaktycznych szczepień dzieci zamieszkałych na terenie gminy Ustka przeciwko pneumokokom na lata 2015-2017 - Urząd Miasta Ustka
57	Wygraj z boreliozą - Starostwo Powiatowe w Mikołowie
58	Zwiększenie efektywności rehabilitacji narządu ruchu u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym przy użyciu zrobotyzowanej ortozy do rehabilitacji chodu - Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego
59	Program zdrowotny dla mieszkańców gminy Puchaczów na lata 2015-2017 - Urząd Gminy Puchaczów
60	Grypoodporni 65+ - Urząd Miejski w Choroszcy