



EUROREG

CENTRUM EUROPEJSKICH
STUDIÓW REGIONALNYCH I LOKALNYCH
UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Kto łapie wirusa szczepień?

Dyfuzja innowacji na przykładzie samorządowych programów
szczepień przeciwko HPV

Ewelina Przekop-Wiszniowska

Zrealizowano w ramach grantu NCN *Wpływ funduszy Unii Europejskiej na
rozwój regionalny i lokalny Polski w świetle doświadczeń międzynarodowych*

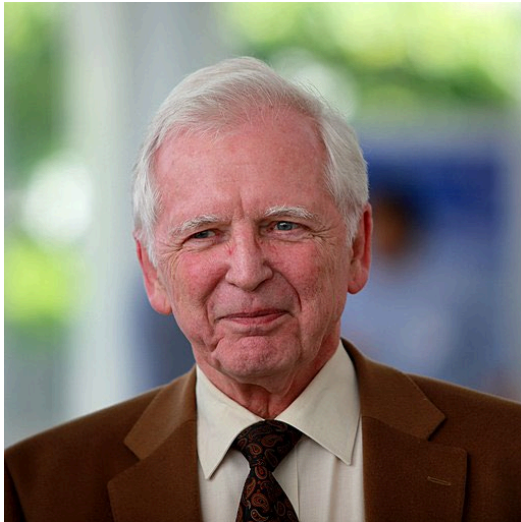
UMO2017/27/B/HS5/01906

Warszawa, 26.05.2022 r.

Innowacja – szczepienie przeciwko HPV

Celem badania jest ustalenie przebiegu procesu i wzorca dyfuzji samorządowych programów szczepień przeciw **wirusowi brodawczaka ludzkiego** (HPV – human papillomavirus) oraz czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które mają wpływ na podejmowanie decyzji przez JST.

Photographer:
Armin
Kübelbeck, [CC-BY-SA](#), [Wikimedia Commons](#)



Harald zur Hausen otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny w 2008 r. za **odkrycie** sprawczej roli wirusa brodawczaka ludzkiego w rozwoju raka szyjki macicy

- Podręcznik Oslo: **innowacja** to wdrożenie nowego lub znacząco udoskonalonego produktu (wyrobu lub usługi) lub procesu, nowej metody marketingowej lub nowej metody organizacyjnej w praktyce gospodarczej, organizacji miejsca pracy lub stosunkach z otoczeniem
- Szczepienie przeciw HPV ma charakter **innowacji prewencyjnej** (termin E. M. Rogersa), co może wpływać na gotowość do jej wdrażania.

wiedza

produkt

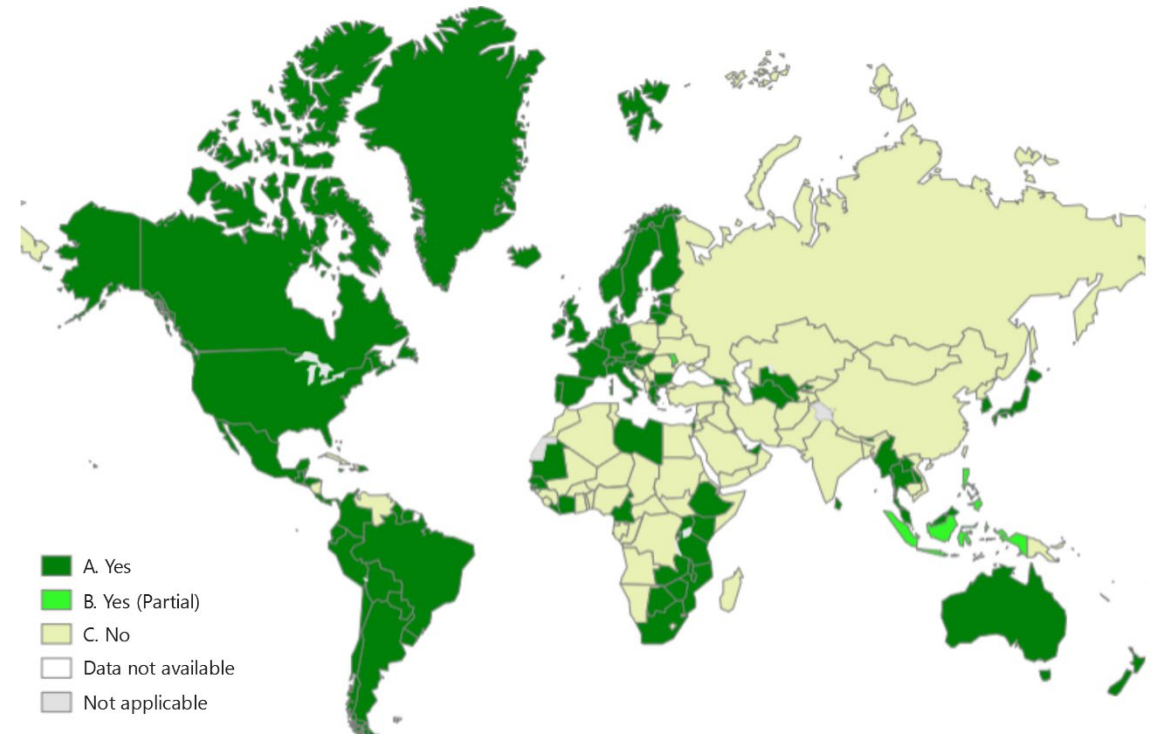
Zastosowanie szczepionki w polityce zdrowotnej

- **Szczepionka** przeciwko HPV została dopuszczona do obrotu na terenie UE jesienią 2006 r.
- Do dziś nie ma w Polsce krajowego powszechnego programu szczepień, choć dwuwalentna szczepionka została objęta częściową refundacją jesienią 2021 r.
- Od 2007 r. pojawiły się samorządowe programy szczepień.

polityka
publiczna

Krajowe programy szczepień przeciwko HPV.

Źródło: WHO

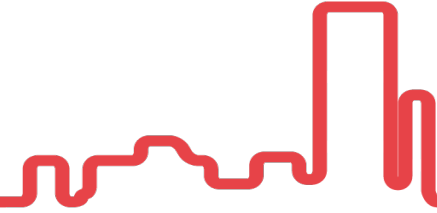


Samorządowe programy szczepień przeciwko HPV – zakres przestrzenny i czasowy



- Zgodnie z ustawami samorządowymi **gminy, powiaty i województwa** wykonują zadania z zakresu zdrowia publicznego.
- **Programy polityki zdrowotnej (PPZ)** zostały zdefiniowane w ustawie o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* jako: „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 są realizowane na przez samorzady wszystkich szczebli terytorialnych, mogą być realizowane w porozumieniu.
- Okres podlegający badaniu: 2007-2021.

Dyfuzja innowacji



- *Les lois de l'imitation*, **Gabriel de Tarde** (1890): naśladowanie innowacji przez jednostki będące w kontakcie („sąsiadów”) jest podstawą (prawem) relacji społecznych. Autor wyróżnia **dwa rodzaje przyczyn** adaptowania innowacji: związane z racjonalnym osądem tego, czego jednostka potrzebuje, korzyścią uzyskiwaną z zastosowania innowacji, jej użytecznością oraz pozostałe, związane z subiektywnością, wpływem zewnętrznym (np. wpływ sąsiedztwa czy jednostek uznawanych za nadrzędne).
- E. M. Rogers (1962): **dyfuzja** jest procesem, w którym innowacja jest rozpowszechniana (*communicated*) wśród członków danego systemu społecznego poprzez pewne kanały i w danym czasie.
- **Dyfuzja przestrzenna**: „Man in Space and Time” (P. R. Gould, 1969). Proces, w którym następuje rozpowszechnienie zjawiska w przestrzeni i w czasie, z ograniczonych źródeł; proces, w którym zmiana następuje w wyniku tego, co dzieje się w innym miejscu wcześniej (R. Morrill, G. L. Gaile, G. I. Thrall, 1988).

Dyfuzja polityki



- **Dyfuzja polityki** wiąże się z wpływem rozwiązań stosowanych przez inne jednostki (F. Gilardi i F. Wassefallen, 2019), występuje gdy decyzje organów władz są uwarunkowane wcześniejszymi wyborami w innych miejscach, czasem zapośredniczonymi za sprawą innych aktorów (B. A. Simmons, F. Dobin, G. Garrett, 2006).
- W dyfuzji polityki stosowane może być podejście polegające na **spread/proces-tracing** – odwzorowaniu przebiegu dyfuzji, a częściowo na stawianiu hipotez w zakresie przyczyn – **pattern finding** (Ch. K. Lee and D. Strang, 2006).

Mechanizmy dyfuzji polityki według Ch. R. Shipana i C. Voldena (2008), mogą przyjąć formę:

- naśladowania (*imitation*) – większych jednostek,
- rywalizacji (*competition*) – pomiędzy jednostkami położonymi w sąsiedztwie
- uczenia się (*learning*) - od jednostek, które przyjęły wcześniej (wczesna większość),
- przymuszania (*coercion*) – przez jednostki wyższego rzędu.

Pytania badawcze



- 1) Jakie czynniki sprzyjają podjęciu decyzji przez gminę decyzji o wdrażaniu programu szczepień przeciwko HPV?
- 2) Jaka jest zależność pomiędzy prowadzeniem programów szczepień przeciwko HPV a nierównościami społeczno-ekonomicznymi?
- 3) Jaki jest przebieg (3A) i wzorce dyfuzji przestrzennej programów szczepień przeciwko HPV (3B)?
- 4) Jaki jest wpływ interwencji zewnętrznej na wdrożenie programu szczepień przez JST, które wcześniej się w niego nie zaangażowały?

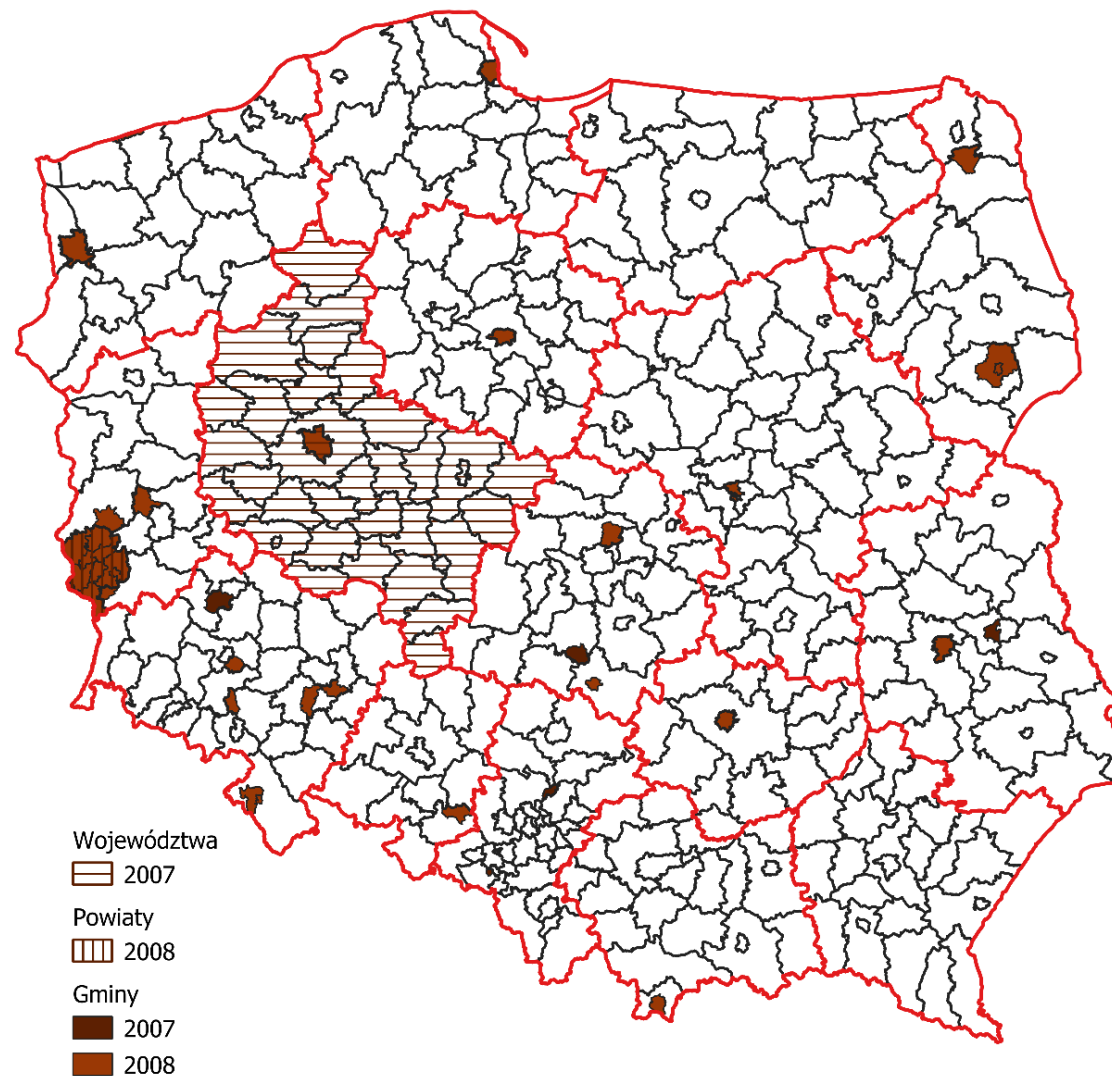
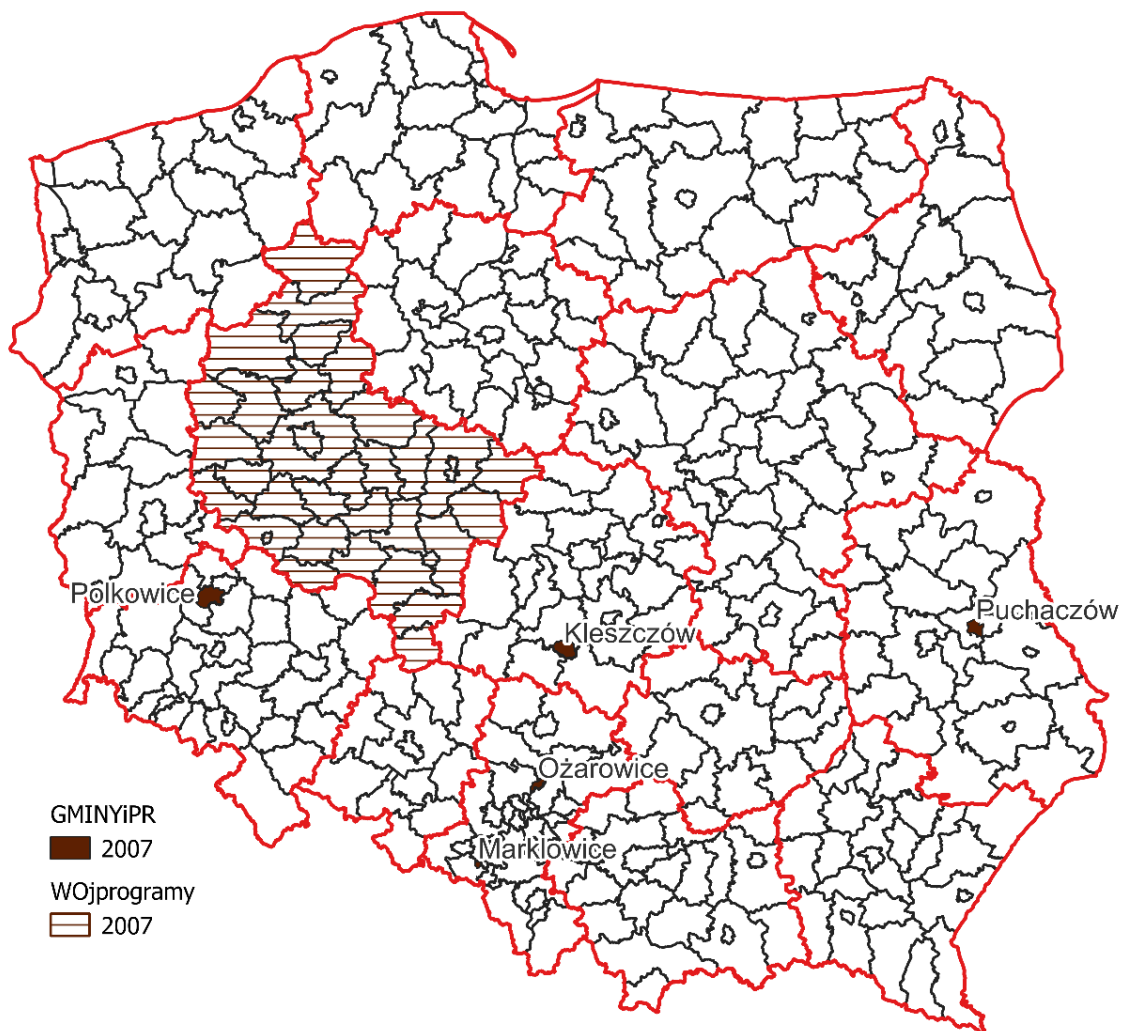
Źródła danych o programach szczepień przeciwko HPV wykorzystane w badaniu

Prześledzenie dyfuzji innowacji w samorządowych programach polityki zdrowotnej było możliwe dzięki połączeniu danych z różnych rejestrów, które funkcjonowały w czasie ich wdrażania. Odpowiadają one **fazom decyzji oraz wdrożenia** z przebiegu procesu definicyjnego wobec innowacji wyróżnionym przez E. M. Rogersa.

Wykorzystane źródła danych do sporządzenia bazy programów szczepień przeciwko HPV:

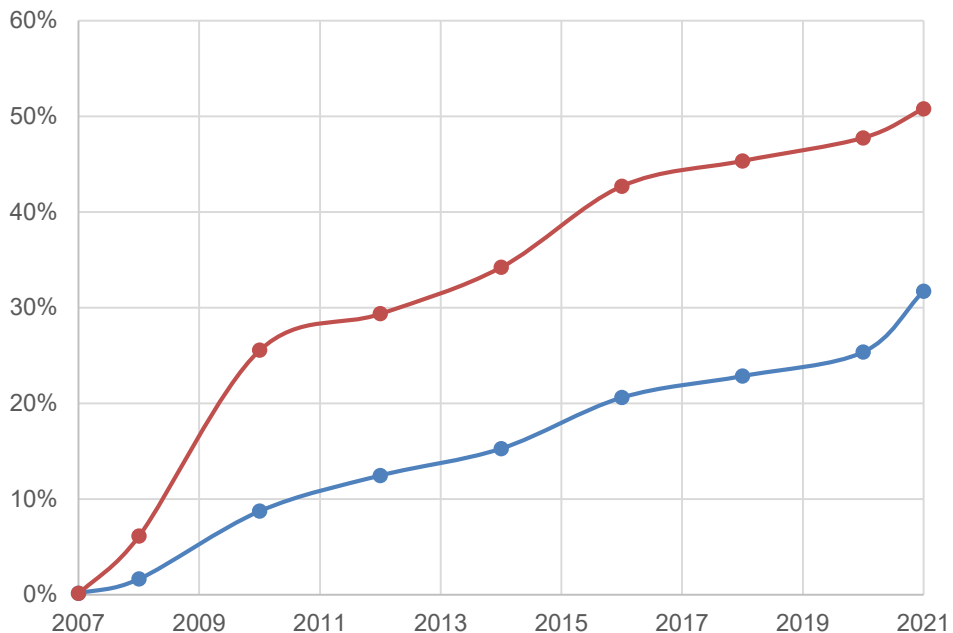
- opinie o projektach PPZ wydawane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji od 2010 r.
- oświadczenia o zgodności projektów PPZ z rekomendacjami w sprawie zalecanych technologii medycznych – od 2019 r.
- raporty końcowe z realizacji PPZ przesłane do AOTMiT – obowiązek wprowadzony w 2017 r.:
aotm.gov.pl/media/2021/12/Zestawienie-PPZ.pdf
- sprawozdania o programach polityki zdrowotnej oraz zrealizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego z terenu województwa zadaniach z zakresu zdrowia publicznego sporządzanych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, a wcześniej z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. – dane przekazane przez Urzędy Wojewódzkie i Marszałkowskie;
- dane gromadzone przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB – sprawozdawczość z Narodowego Programu Zdrowia; informacje o samorządowych programach szczepień przeciw HPV;
- dane z publikacji fundacji związanych z profilaktyką raka szyjki macicy, publikacji prasowych, dokumentów samorządowych.

Pyt. 3 A. Przebieg procesu dyfuzji: innowatorzy – 2007 i 2008 r.



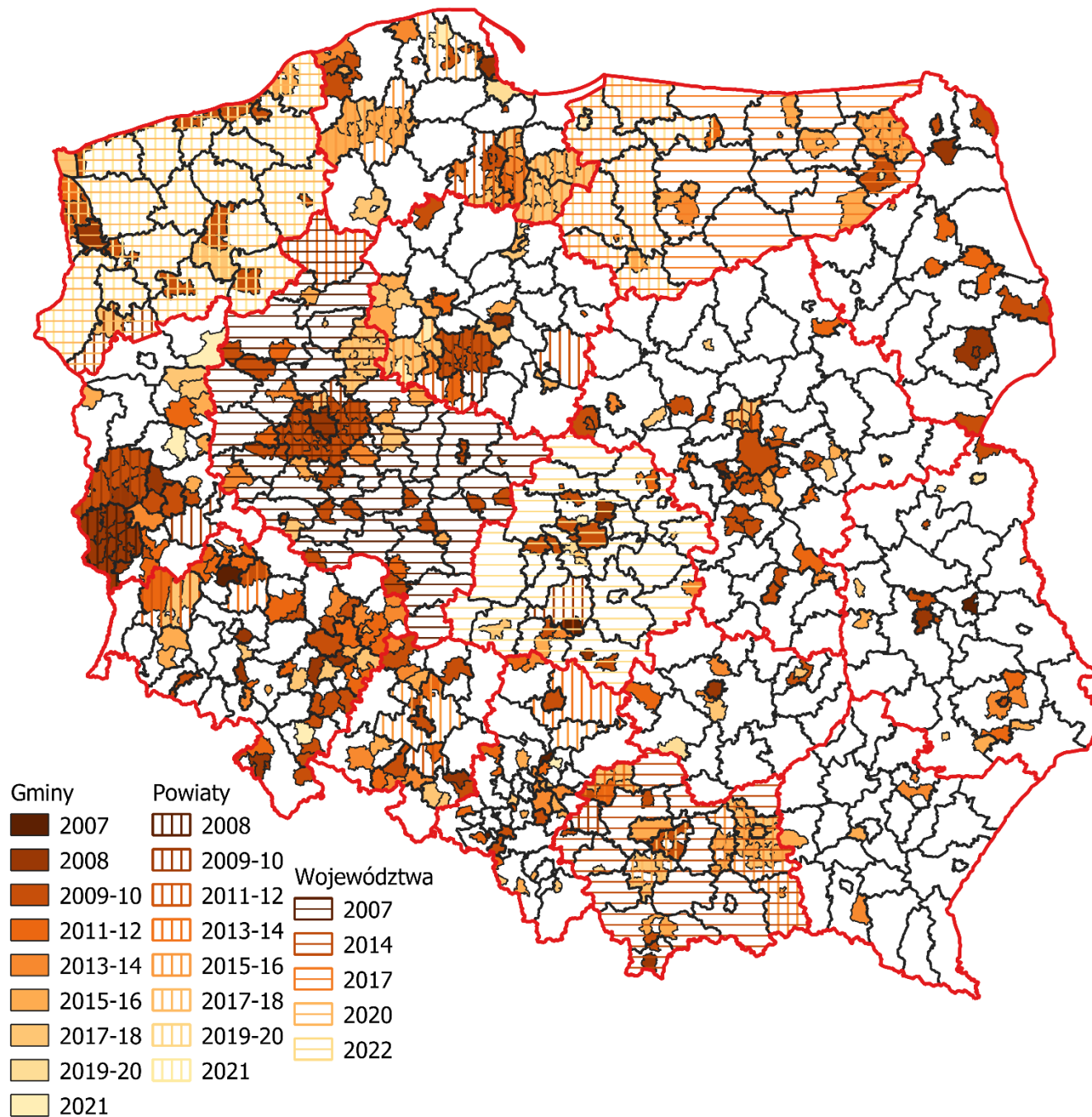
Pyt. 3 A. Przebieg procesu dyfuzji – 2021 r.: wczesna większość?

Przyrosty w czasie udziału powierzchni i ludności gmin i powiatów, które zaangażowały się w realizację programów szczepień przeciwko HPV

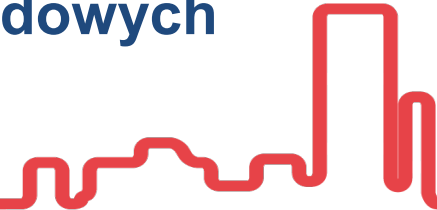


● % skumulowany powierzchni gmin i powiatów, na których terenie rozpoczęto realizację programów szczepień HPV

● % skumulowany ludności gmin i powiatów, na których terenie rozpoczęto realizację programów szczepień HPV



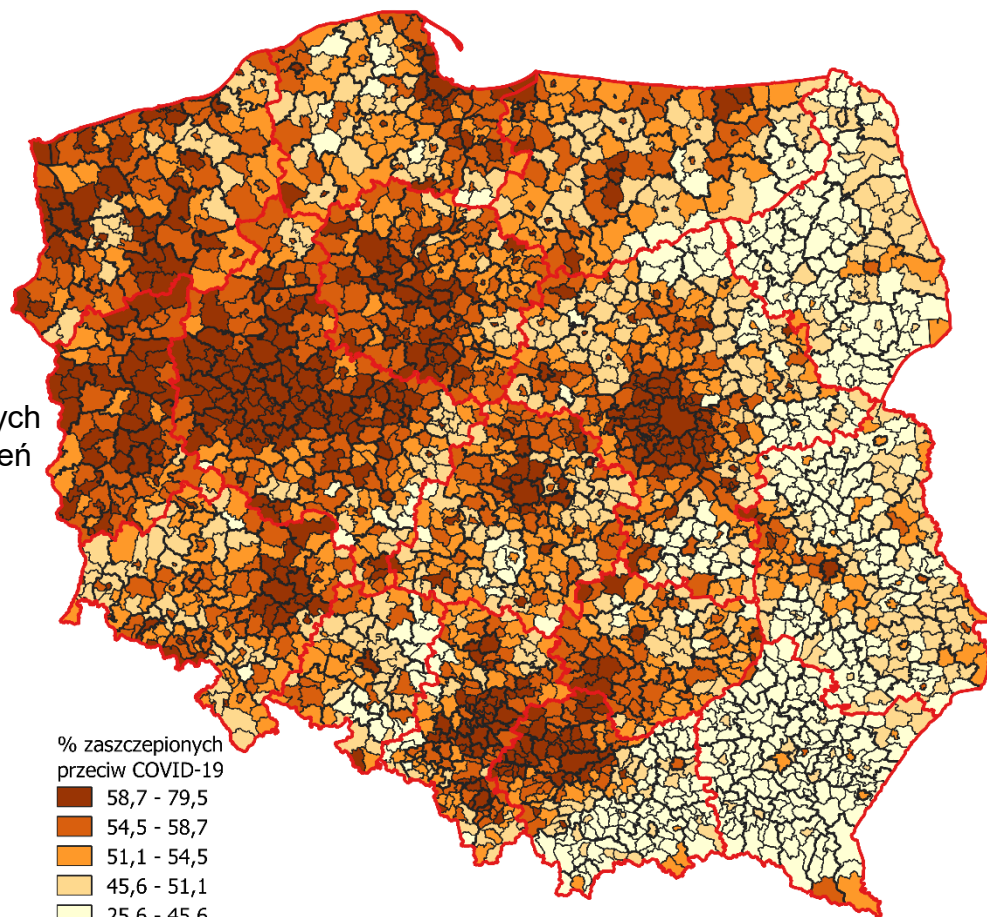
Pyt. 1. Jakie czynniki wpływają na podjęcie decyzji o wdrażaniu samorządowych programów szczepień przeciwko HPV?



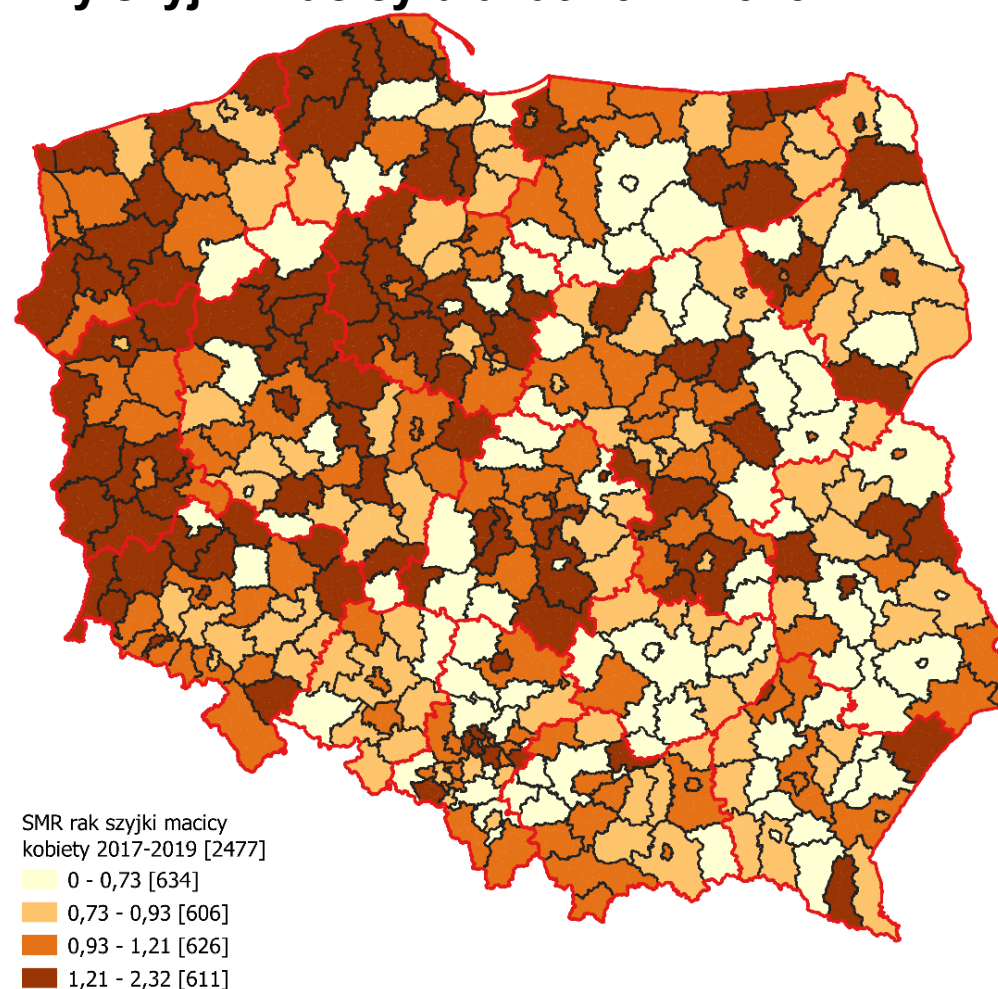
Dominujący mechanizm decydujący o kształcie polityki zdrowotnej	Polityka zdrowotna jako odpowiedź na preferencje mieszkańców	Polityka zdrowotna oparta o wiedzę ekspercką dotyczącą potrzeb zdrowotnych	Polityka zdrowotna jako strategia rozwojowa władz lokalnych
Rozumienie potrzeb zdrowotnych	Potrzeby zdrowotne rozumiane subiektywnie – odczuwane i wyrażone zgodnie z taksonomią potrzeb społecznych, J. Bradshaw'a	Potrzeby zdrowotne rozumiane obiektywnie – normatywne i komparatywne zgodnie z taksonomią potrzeb społecznych, J. Bradshaw'a	Potrzeby zdrowotne rozumiane obiektywnie i subiektywnie; „zapotrzebowanie”, na pokrycie którego są środki finansowe
Typ motywacji do podejmowania decyzji o polityce zdrowotnej	Wysoki poziom wyrażanych potrzeb zdrowotnych w procesie korzystania ze świadczeń zdrowotnych, ludność przywiązująca wagę do zachowań prozdrowotnych („ teorie racjonalnej wymiany ”, ekonomiczna teorii demokracji A. Downs'a)	Wysoki poziom potrzeb wynikających z obiektywnie złego stanu zdrowia populacji lub dużego udziału w populacji grupy osób zagrożonych deprawacją społeczno-ekonomiczną („ teorie racjonalnego obowiązku ” według terminologii J. G. Marcha i J. P. Olsena)	Efektywność kosztowa podejmowanych działań profilaktycznych (stan zdrowia aktualnych mieszkańców i możliwość przyciągnięcia nowych) – zdrowie rozumiane jako inwestycja w rozwój kapitału ludzkiego (T. W. Schultz, G. S. Becker, S. J. Mushkin, M. Grossman)
Wykorzystany wskaźnik	% populacji objętej cytologicznym badaniem skriningowym, % populacji zaszczepionej pełną dawką przeciwko COVID-19 ,	standaryzowany wskaźnik umieralności z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy (dostępne na poziomie powiatów)	% wydatków na PPZ w samorządowych wydatkach na zdrowie (powiaty i gminy), % wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem samorządu
Proponowana nazwa typu zaangażowania w realizację polityki zdrowotnej JST	Agregacyjny	Normatywny	Inwestycyjny

Pyt. 1. Agregacyjny i normatywny typ zaangażowania

Zaszczepieni przeciwko COVID-19 (%)



Standaryzowany współczynnik zgonów na nowotwór złośliwy szyjki macicy dla lat 2017-2019

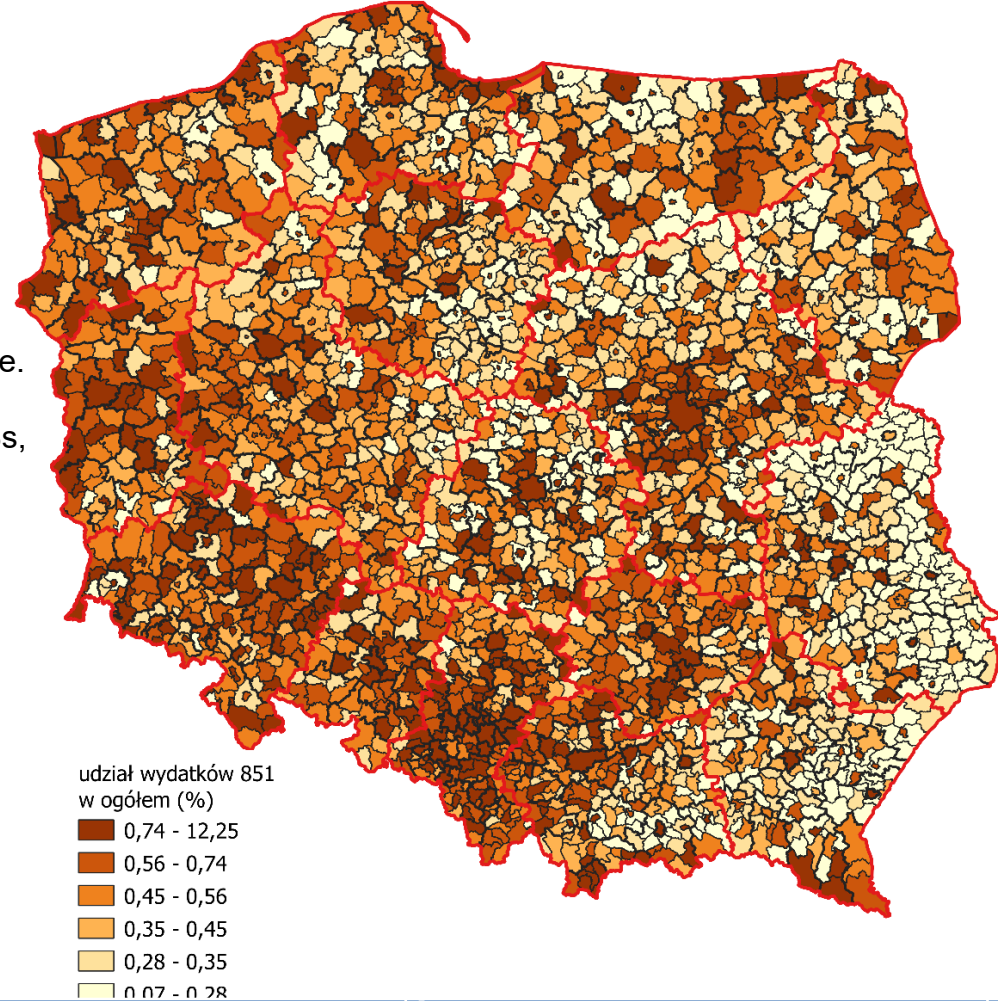
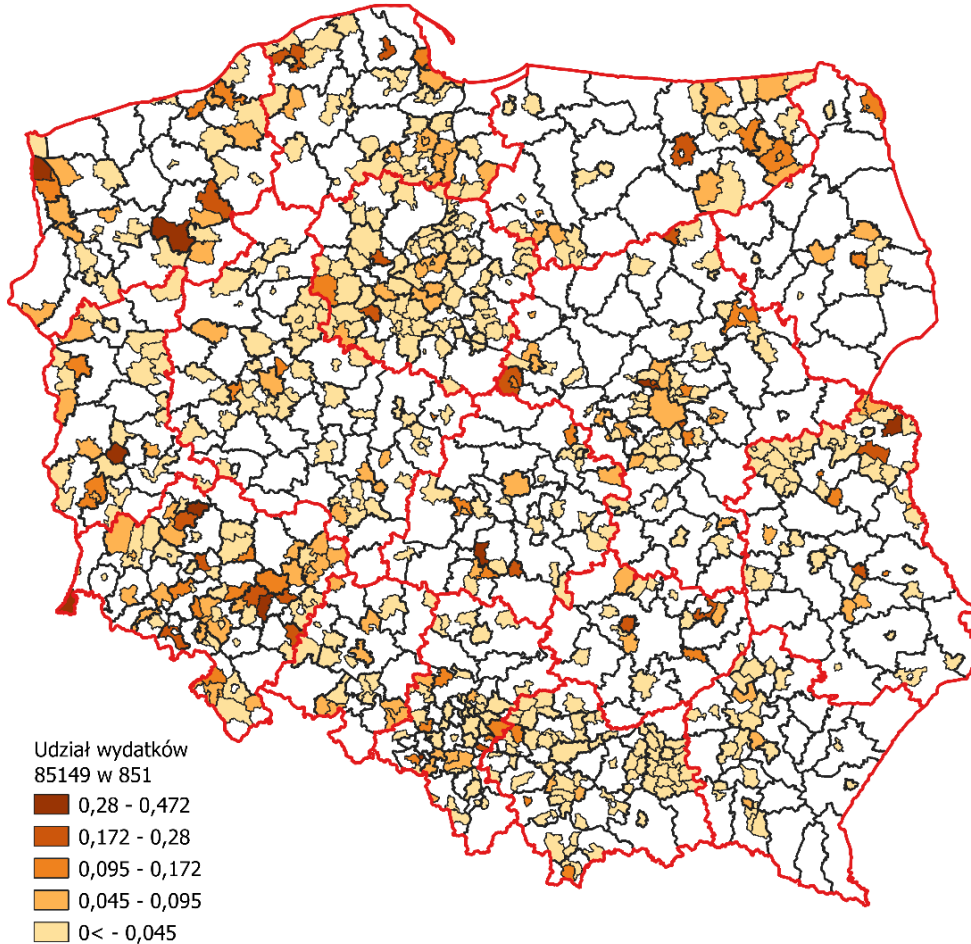


Zmienna	Średnia - gminy wdrażające program	Średnia - gminy bez programu	p
Objęcie populacji cytologią (udział)	17%	17%	0,84
Zaszczepieni przeciw COVID-19 (udział)	56%	51%	0,000
SMR 2017-2019 nowotwór złośliwy szyjki macicy	1,08	0,94	0,000

Pyt.1. Inwestycyjny typ zaangażowania w program szczepień przeciwko HPV

Wydatki na PPZ w wydatkach gmin (łącznie z miastami na prawach powiatu) na zdrowie (lata 2008-2020)

Wydatki gmin Dział 851 Zdrowie w wydatkach ogółem (lata 2008-2020)



Opracowanie własne.
Źródło danych:
sprawozdania Rb28s,
Ministerstwo
Finansów

Zmienna	Średnia - gminy wdrażające program	Średnia - gminy bez programu	p
Udział wydatków rozdziału 85149 w dziale 851	3,3%	0,6%	0,000
Udział wydatków działu 851 w wydatkach ogółem	0,7%	0,5%	0,000
Wydatki związane z realizacją NPZ 2016-20 na mieszk.	171,77	99,03	0,003

Pyt. 2., „Przyczyny przyczyn”. Nierówności w korzystaniu z innowacyjnych programów zdrowotnych

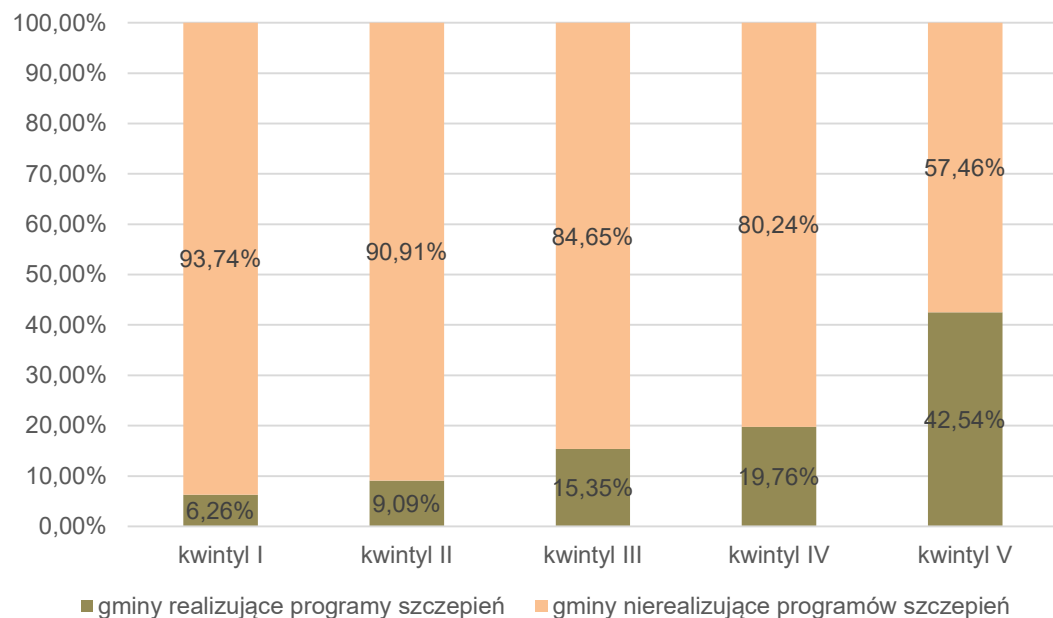
- **C. G. Victora** et al. wprowadzili w opublikowanym w *The Lancet* w 2000 r. artykule **the inverse equity hypothesis (IEH)**, którą można przetłumaczyć jako hipotezę odwrotnego kapitału lub hipotezę odwróconej równości. Zgodnie z nią, z nowych programów z zakresu zdrowia publicznego w pierwszej kolejności korzystają osoby o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym, a dopiero po osiągnięciu odpowiedniego zasięgu w tej grupie, osoby uboższe zaczynają korzystać z nich na większą skalę. Nierówności kumulują się w przypadku realizacji kilku typów interwencji (2012).
- C. G. Victora z zespołem zauważył, że w przypadku państw, które osiągnęły wysoki poziom pokrycia populacji (80%), wykształcał się **schemat dolnej nierówności (bottom inequity pattern)**, polegający na odstającym, niskim poziomie uczestnictwa adresatów z najniższego kwintylu w porównaniu do reszty populacji, zaś w państwach o niskim stopniu pokrycia interwencjami zdrowia publicznego dominował **schemat górnej nierówności (top inequality)**, czyli wyraźnie wyższym, niż w reszcie populacji, udziałem najwyższego (najzasobniejszego) kwintylu (2005, 2018).

$$\text{Inequality pattern index} = (C_{Q5} - C_n) - (C_n - C_{Q1}) = C_{Q1} + C_{Q5} - 2C_n$$

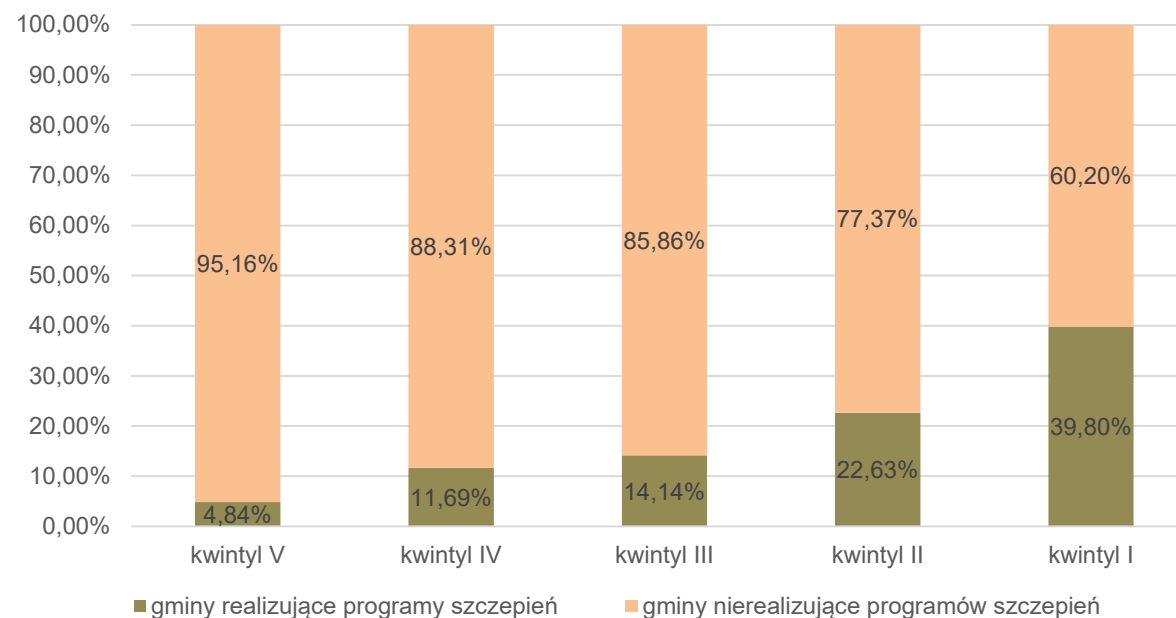
[„+” górna nierówność, „-” dolna]

Pyt. 2. Wymiar nierówności w samorządowych programach szczepień przeciwko HPV

Udział gmin realizujących i nierealizujących szczepień przeciwko HPV w kwintylach średnich dochodów własnych na mieszkańca 2018-2020



Udział gmin realizujących i nierealizujących szczepień przeciwko HPV w kwintylach liczby rodzin pobierających zasiłki rodzinne



Inequality pattern index

= 11,6% dla średnich dochodów własnych gmin na mieszkańca 2018-2020

= 7,44% dla liczby rodzin pobierających zasiłki rodzinne na 1000 mieszkańców

=> schemat górnej nierówności

Pyt. 2. Czynniki społeczno-ekonomiczne w kontekście szczepień przeciwko HPV



- Zasada, że wprowadzanie nowych technologii medycznych prowadzi do zwiększenia różnic między grupami, może być ograniczana poprzez łatwość i niskie koszty stosowania dla użytkownika (por. D. P. Goldman, D. N. Lakdawalla, 2005; V. W. Chang, D. S. Lauderdale, 2009). Taki potencjał posiadają szczepienia – pod warunkiem powszechnej bezkosztowej dostępności.
- W przypadku szczepienia przeciwko HPV barierą dla osób prywatnych mogła być jej cena. Kwestia ta była brana pod uwagę przez samorządy przy wyborze przedmiotu PPZ. Jednocześnie oznaczało to wysoki koszt bezwzględny programu przy licznej grupie docelowej.
- W znakomitej większości gminne programy szczepień skierowane były do wybranych roczników młodzieży z powszechnym dostępem dla wszystkich mieszkańców. W przypadku części województw i powiatów stosowane było społeczne kryterium dostępu.



Testy Z (T-studenta) dla zmiennych z jednorodnością wariacji, testy Cochran-Coxa dla zmiennych o niejednorodnej wariacji

Zmienna	Średnia - gminy wdrażające program	Średnia - gminy bez programu	p
Ludność	36480,22	10638,71	0,000
Średnia dochodów własnych gminy 2018-20 na mieszkańca	2847,58	1966,64	0,000
Rodziny korzystające z zasiłków rodzinnych na 1000 mieszk.	22,33	30,81	0,000
Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej na 10000 ludn.	452,19	582,65	0,000

Pyt. 1 i 2. Analiza dyskryminacyjna



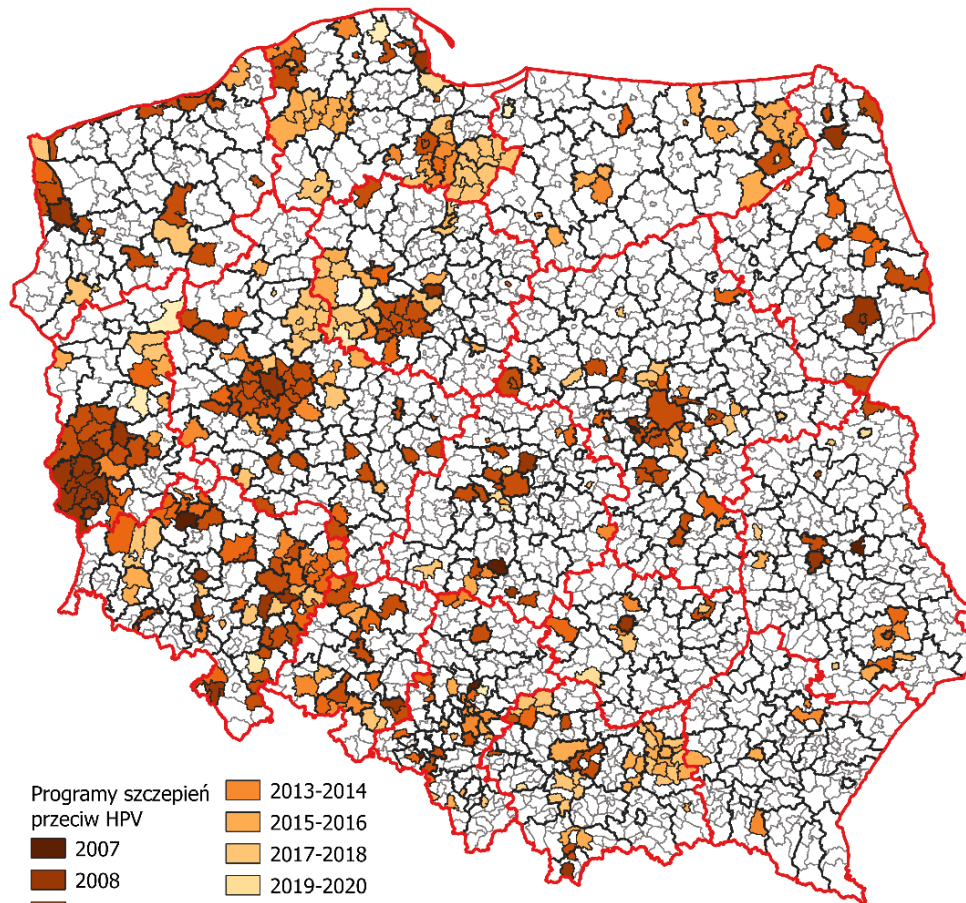
- Oddzielne modele, oparte tylko na zmiennych związanych z typem polityki zdrowotnej lub tylko z nierównościami osiągały bardzo niskie odsetki poprawnej klasyfikacji grupy 1
- ⇒ model z wykorzystaniem obu typów zmiennych
- Prezentowany obok jest wybrany model z 4 zmiennymi dyskryminującymi istotnymi statystycznie, z udziałem zmiennych dotyczących czynników wpływających na decyzje oraz nierówności, bez wysokich korelacji między zmiennymi. Funkcja poprawnie klasyfikuje 24,73% przypadków grupy realizującej programy szczepień oraz 96,83% przypadków grupy bez programów szczepień przeciwko HPV (razem 83,4%).

Współczynniki standaryzowane dla zmiennych kanonicznych	Pierw1 *
Logarytm n ludności	-0,567889
Udział zaszczepionych przeciw COVID-19	-0,253078
SMR 2017-2019 nowotwór szyjki macicy	-0,254953
Średnie dochody własne 2018-20 na mieszk.	-0,487403
Wart.wł.	0,184007
Skm.prop	1,000000

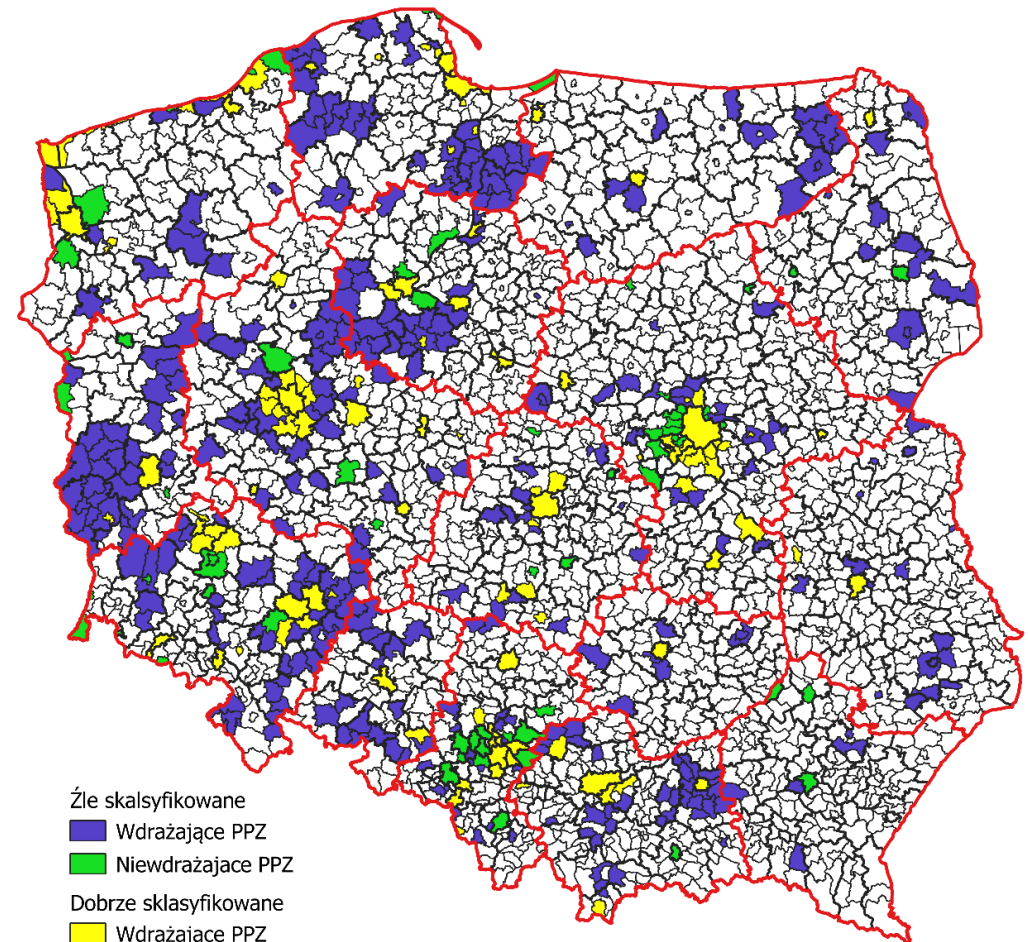
Pyt. 1 i 2. Wyniki analizy dyskryminacyjnej – niepoprawnie sklasyfikowane przypadki

Gminne programy szczepień przeciwko HPV

Błędnie sklasyfikowane przypadki funkcją dyskryminacyjną



- Programy szczepień przeciw HPV
- | | |
|-----------|-----------|
| 2013-2014 | 2015-2016 |
| 2007 | 2017-2018 |
| 2008 | 2019-2020 |
| 2009-2010 | 2021 |
| 2011-2012 | |



- Źle sklasyfikowane
- | |
|-------------------|
| Wdrażające PPZ |
| Niewdrażające PPZ |
- Dobrze sklasyfikowane
- | |
|-------------------|
| Wdrażające PPZ |
| Niewdrażające PPZ |

Pyt. 3 B. Czynniki zewnętrzne wpływające na decyzje JST o wdrożeniu programu – wzorce dyfuzji przestrzennej



T. Hägerstrand (*Innovation Diffusion as a Spatial Process*, 1967): **efekt sąsiedztwa** (*neighborhood/proximity effect*) jako dominująca cecha procesu dyfuzji innowacji; rola „prywatnych pól informacyjnych” i sumy bezpośrednich kontaktów. Ludzie są agentami kontaktu, charakteryzują się różnym poziomem oporu wobec innowacji, którego przezwyciężenie wymaga różnej liczby kontaktów. Dyfuzja przestrzenna jest także procesem czasowym – T. Hägerstrand wydzielił trzy fazy (wczesnych innowatorów, szybki przyrost w środkowym okresie i wyhamowanie w fazie nasycenia).

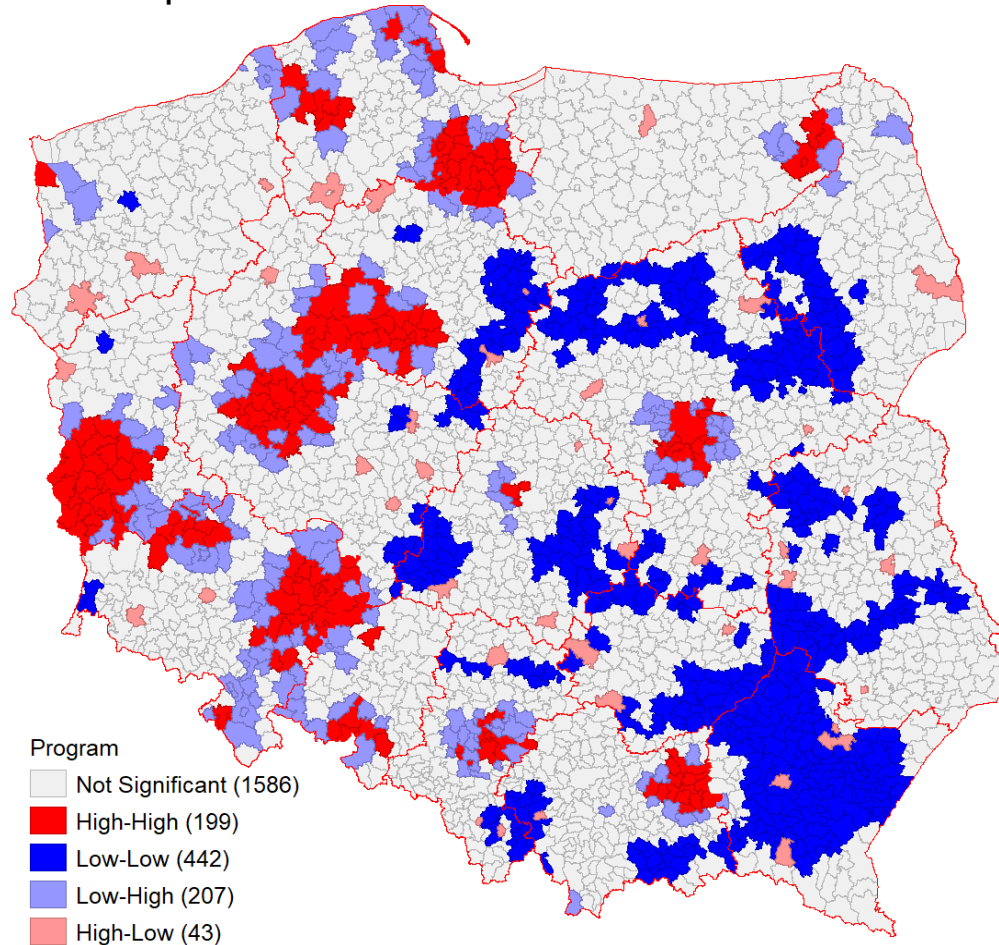
Dyfuzja kontaktowa – zaraźliwa, falowa, zachowana ciągłość przestrzenna lub bezpośredni kontakt, skala lokalna.

Efekt hierarchii – pierwszeństwo jednostek wyższego rzędu (=> duże miasta – w układzie powiatowym: siedziba władz powiatu, natomiast w systemie administracyjnym – wyższy szczebel samorządu).

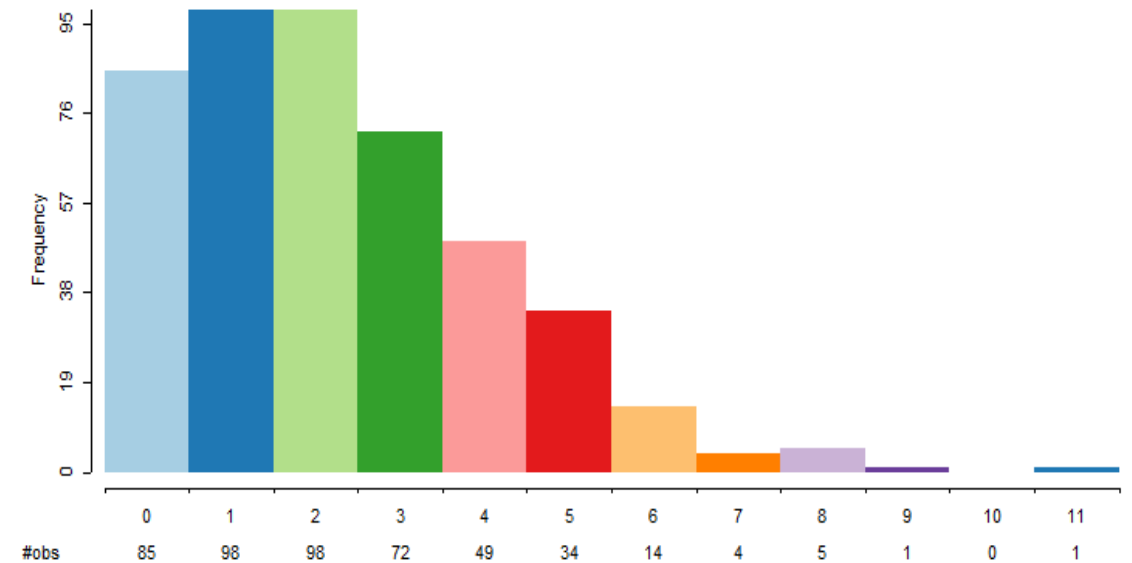
J. Łoboda (1983): koncepcja mieszana procesu dyfuzji = efekt sąsiedztwa + hierarchii

Pyt. 3 B. Lokalne autokorelacje przestrzenne – efekt sąsiedztwa?

LISA cluster map W:30 km

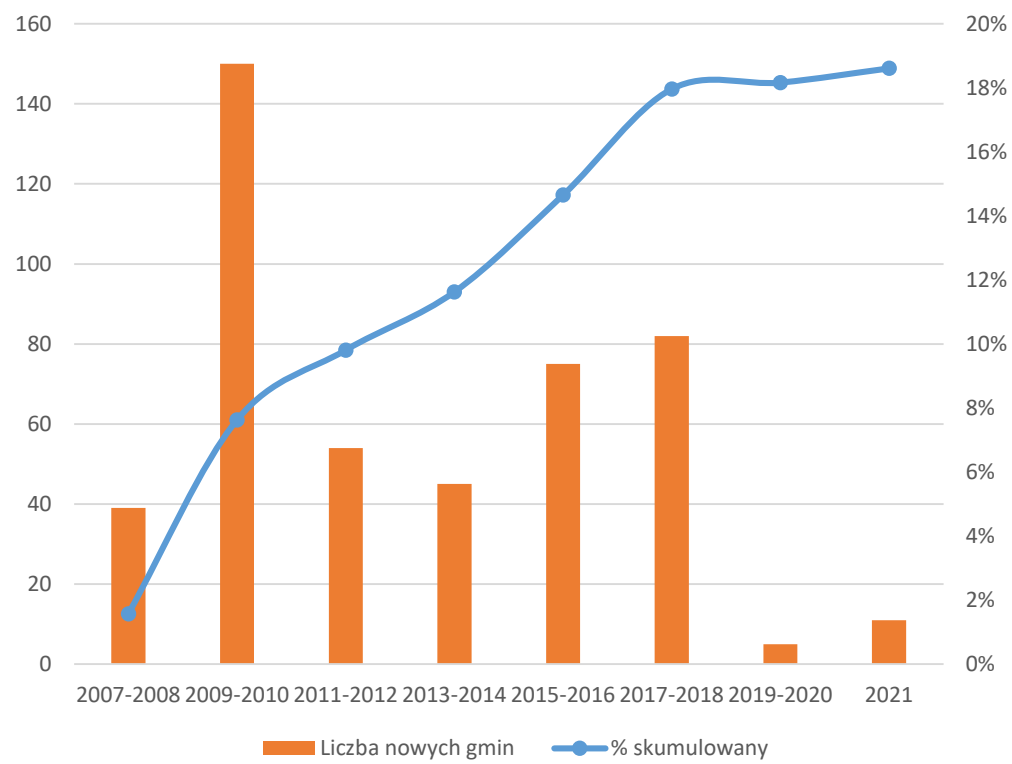


Liczba bezpośrednich sąsiadów gmin wdrażających programy szczepień przeciwko HPV, którzy również wdrażają programy szczepień przeciwko HPV

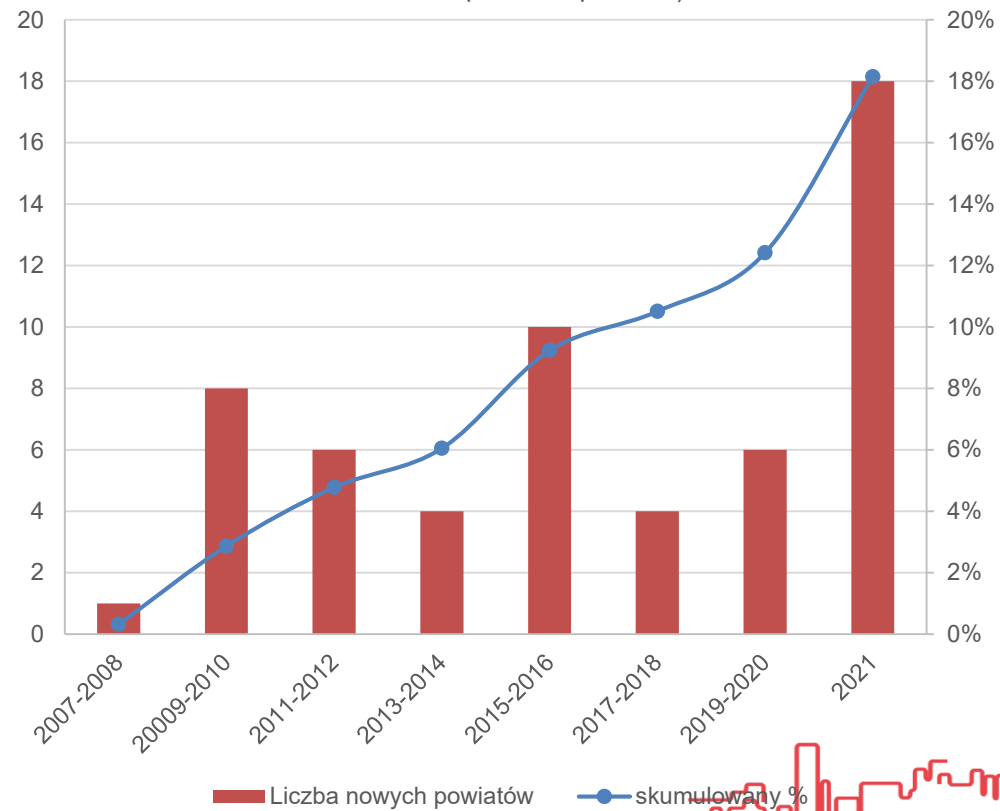


Pyt. 3 B. Przyrosty liczby gmin, powiatów i województw angażujących się w programy szczepień przeciwko HPV

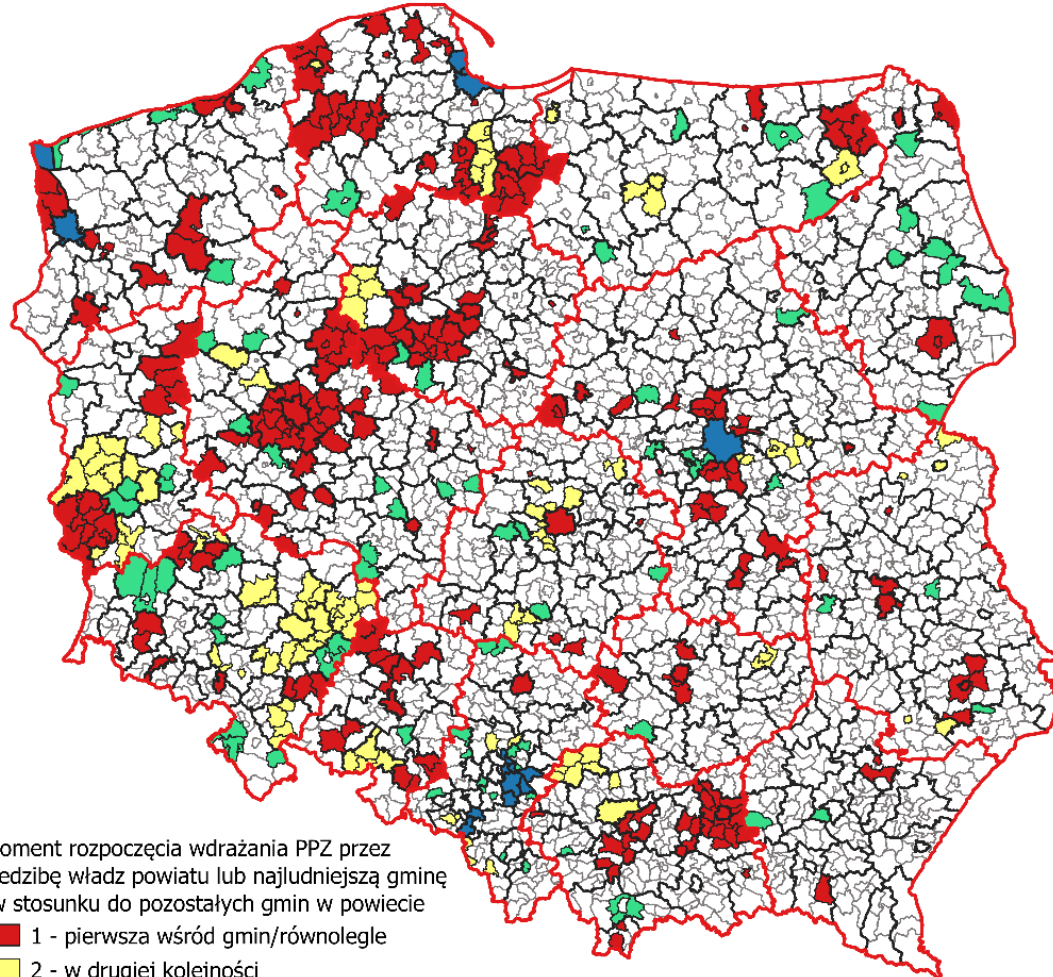
Liczba nowych gmin oraz skumulowany udział liczby gmin wdrażających programy szczepień przeciw HPV (łącznie z miastami na prawach powiatu)



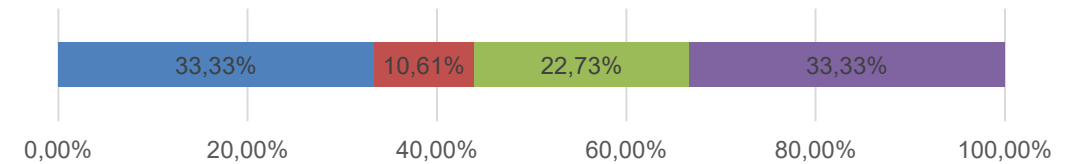
Liczba nowych powiatów oraz skumulowany udział liczby powiatów wdrażających programy szczepień przeciw HPV (bez miast na prawach powiatu)



Pyt. 3 B. Kolejność wdrażania w układach powiatowych – efekt hierarchii?



Zaangażowanie miast na prawach powiatu we wdrażanie programów szczepień przeciwko HPV

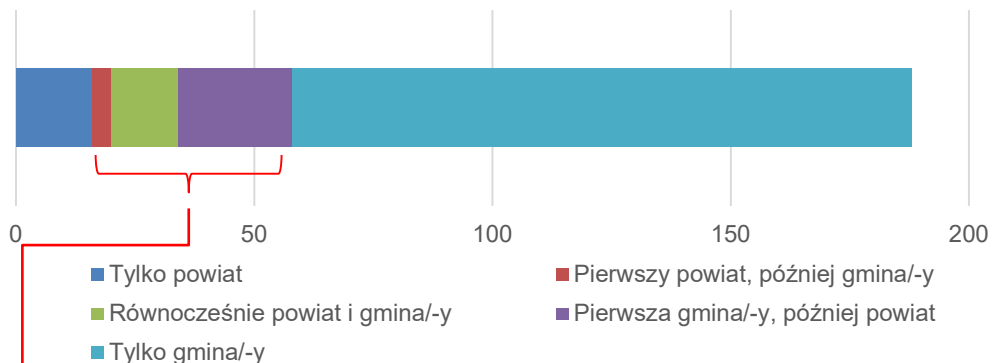


- Wcześniej niż przyległy powiat, dla którego władz jest siedzibą
- W drugiej kolejności - po powiecie, dla którego władz jest siedzibą lub gminie z jego terytorium
- Wdrażające MnPP, w których nie ma siedziby władz przyległego powiatu
- Bez programu

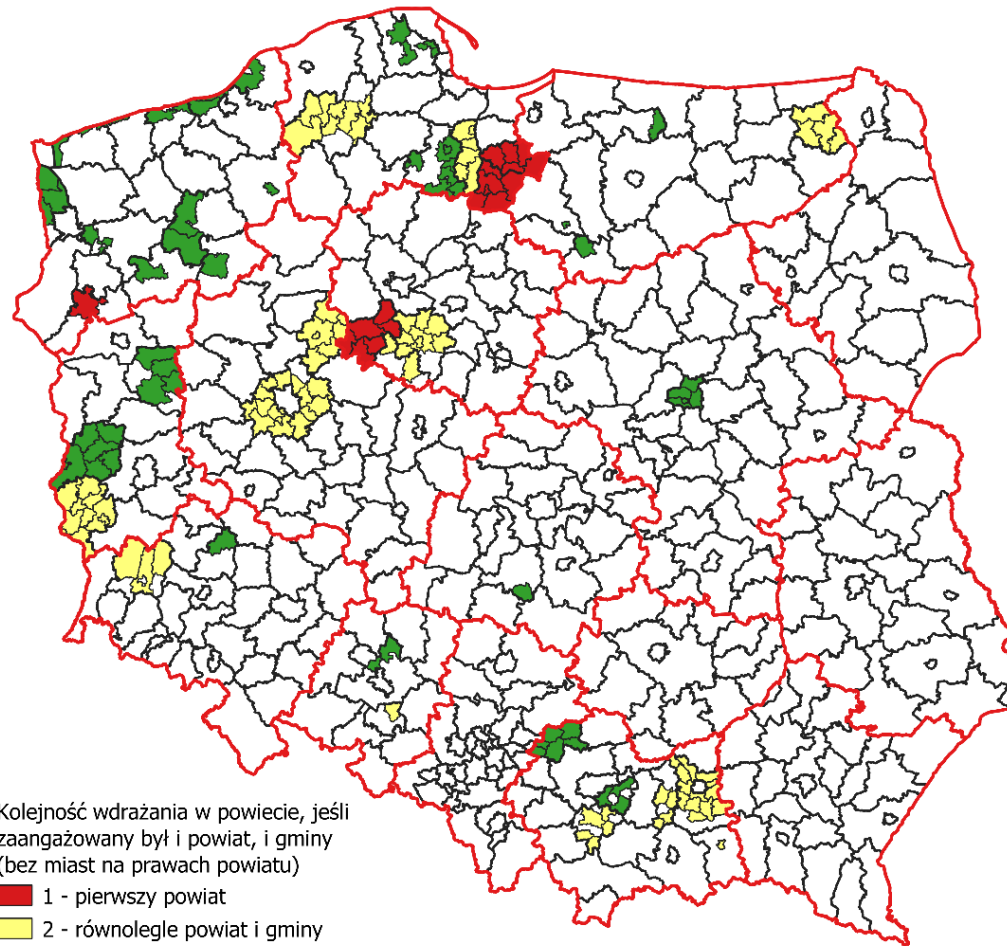
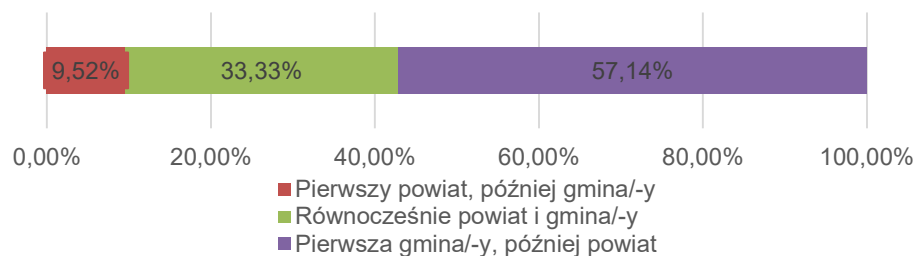
Na mapie zaznaczone są wszystkie gminy wdrażające program z powiatu, w którym spełniony jest warunek.

Pyt. 3 B. Relacja czasowa decyzji o rozpoczęciu wdrażania programu powiatu i gmin z jego terenu – kierunek wpływu

Powiaty, w których samorząd gminny i/lub powiatowy wdrażały programy szczepień przeciwko HPV (liczba)



Pierwszeństwo czasowe we wdrażaniu w przypadkach współistnienia zaangażowania powiatu i gmin na terenie danego powiatu (%)



Kolejność wdrażania w powiecie, jeśli zaangażowany był i powiat, i gminy (bez miast na prawach powiatu)

- 1 - pierwszy powiat
- 2 - równoległe powiat i gminy
- 3 - rozpoczęła gmina

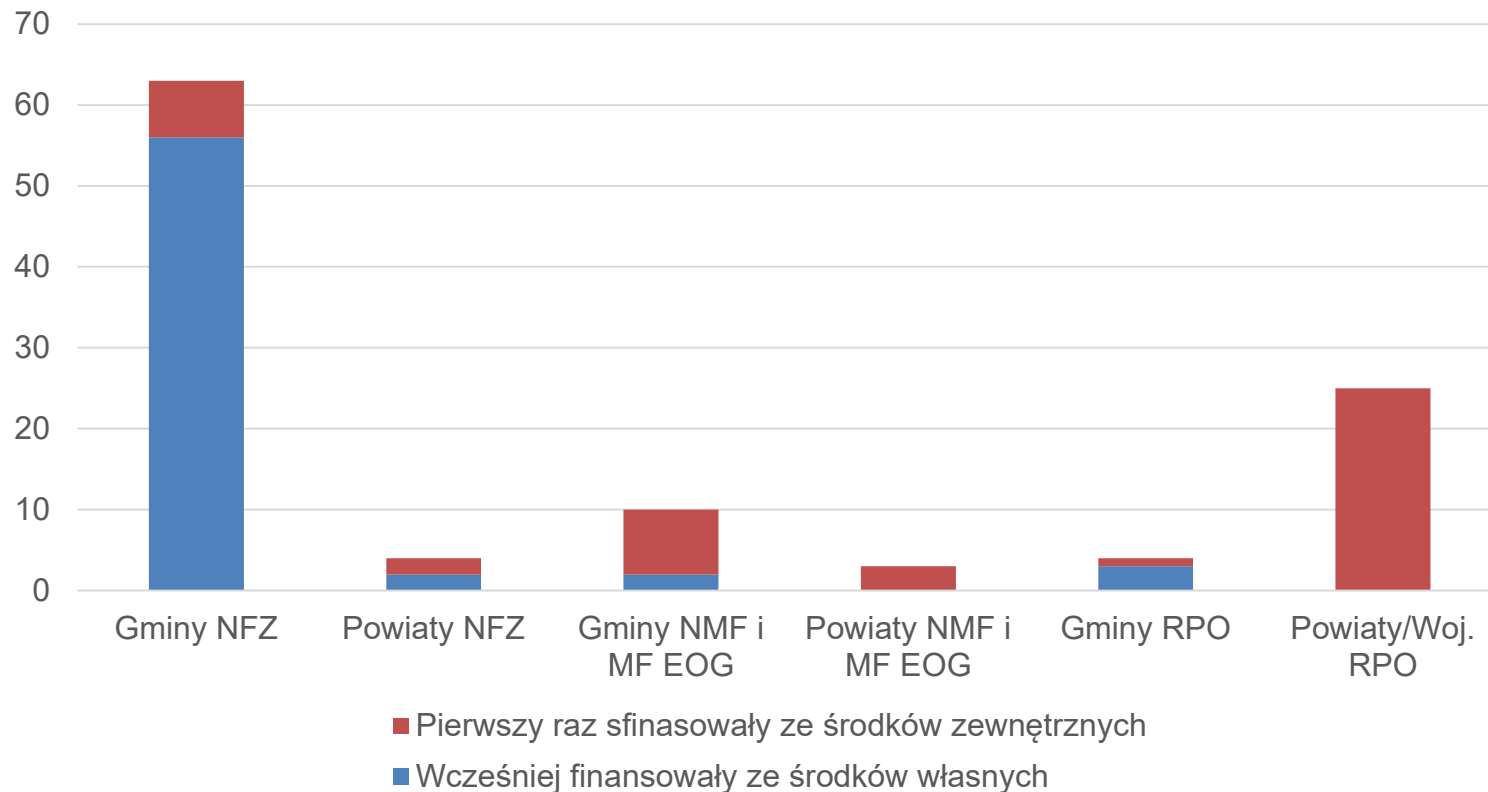
Na mapie zaznaczone są jednym kolorem wszystkie gminy wdrażające program z powiatu, w którym spełniony jest warunek.

Pyt. 4. Wpływ interwencji zewnętrznej – dodatkowe środki finansowe

- Zgodnie z podejściem **instytucjonalizmu historycznego** (m.in. T. Sockpol, K. Thelen i S. Steinmo) znaczenie mają reguły i normy właściwe dla danego systemu politycznego (wewnętrzne), będące wynikiem przypadkowych czynników historycznych, a które mają tendencję do trwania w czasie i utrwalania zjawiska „**zależności od ścieżki**” (*path dependency*), mimo zachodzących procesów społeczno-gospodarczych.
- Na wpływ poprzednich polityk na możliwości transferu nowych, jak i ich poszukiwanie zwracają uwagę m.in. D. Dolowitz i D. Marsh (1996).
- P. Pierson - mechanizm **sprzężenia zwrotnego**
- Do zmiany w systemie polityki społecznej dochodzi w momencie **punktu zwrotnego** (*critical juncture*), kiedy przestaje działać mechanizm sprzężenia zwrotnego, ale uruchamia się ponownie po ustaleniu nowej sytuacji.
- W sytuacji braku środków finansowych na realizowanie programów polityki zdrowotnej sytuację może zmienić pojawienie się finansowania zewnętrznego – w czasie wdrażania programów szczepień przeciwko HPV pojawiały się możliwości ich sfinansowania ze **środków NFZ** oraz **funduszy europejskich** (EFS, MF EOG i NMF).

Pyt. 4. Wpływ dodatkowego finansowania zewnętrznego – efekt zachęty czy jałowego biegu?

Programy szczepień przeciwko HPV finansowane z zewnętrznych źródeł (miasta na prawach powiatu wliczone do gmin)



NFZ – dofinansowanie PPZ ze środków właściwego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
NMF i MF EOG – Norweski Mechanizm Finansowy i Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego
RPO – Regionalny Program Operacyjny (fundusze unijne)

Wnioski

- Wykazano zróżnicowanie gmin wdrażających i niewdrażających programów szczepień przeciwko HPV ze względu na **czynniki związane ze zdefiniowanymi typami zaangażowania w politykę zdrowotną**, jednak niewystarczające do zbudowania na ich podstawie funkcji poprawnie klasyfikującej gminy wdrażające programy => na proces dyfuzji programów szczepień miały wpływ również inne czynniki.
- Badanie potwierdziło **pogłębianie społecznych nierówności w dostępie do innowacji medycznych** w wyniku przystępowania do realizacji programów szczepień gmin o lepszej sytuacji ekonomicznej (wyższe dochody własne gmin, mniej ludności korzystającej z zasiłków rodzinnych i środowiskowej pomocy społecznej).
- Przebieg procesu dyfuzji wskazuje na wpływ na rozpowszechnianie programów szczepień **dyfuzji kontaktowej** - widoczne są skupienia przestrzenne JST realizujących programy i istotne statystycznie lokalne autokorelacje przestrzenne => warto zbudować rozszerzony model z efektami przestrzennymi.
- Występowanie **dyfuzji hierarchicznej** potwierdziło się w ujęciu miejsca jednostek w hierarchii osadniczej. W układach powiatowych pierwszeństwo w podjęciu wdrażania należało najczęściej do siedzib władz powiatu, najludniejszych jednostek. Jednak w ujęciu hierarchii administracyjnej na ogół szybciej dochodziło do wdrażania programów gminnych lub w partnerstwie gminno-powiatowym niż powiatowych.
- Wykazano występowanie **efektu jałowego biegu** w przypadku udostępnionego dofinansowania programów JST przez NFZ - skorzystały z niego głównie gminy, które już wcześniej wdrażały programy szczepień przeciw HPV. Natomiast dofinansowanie ze środków europejskich wygenerowało **efekt zachęty** w przypadku wyższych szczebli samorządu - trwałość tego rozwiązania pozostaje jeszcze nieznana.



Dziękuję za uwagę

Ewelina Przekop-Wiszniewska

e.wiszniewska4@uw.edu.pl

Zrealizowano w ramach grantu NCN *Wpływ funduszy Unii Europejskiej na rozwój regionalny i lokalny Polski w świetle doświadczeń międzynarodowych*
UMO2017/27/B/HS5/01906

