

# PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

# RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem  
w opiece zdrowotnej.  
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowi  
Maria Węgrzyn  
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka  
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz  
Korekta: Marcin Orszulak  
Łamanie: Małgorzata Czupryńska  
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania  
znajdują się na stronach internetowych  
[www.pracnaukowe.ue.wroc.pl](http://www.pracnaukowe.ue.wroc.pl)  
[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons  
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska  
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2015

**ISSN 1899-3192**  
**e-ISSN 2392-0041**

**ISBN 978-83-7695-556-8**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:  
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław  
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: [econbook@ue.wroc.pl](mailto:econbook@ue.wroc.pl)  
[www.ksiegarnia.ue.wroc.pl](http://www.ksiegarnia.ue.wroc.pl)

## Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

---

### Część 1. Ryzyko systemowe

---

<b>Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek:</b> Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat:</b> Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań .....	24
<b>Piotr Karniej, Iwona Mazur:</b> Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych .....	34
<b>Iga Rudawska:</b> Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji .....	48
<b>Małgorzata Winter:</b> Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

---

### Część 2. Ryzyko finansowe

---

<b>Dorota Korenik:</b> Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych .....	69
<b>Justyna Kujawska:</b> Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych .....	84
<b>Aleksandra Szewieczek:</b> Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
<b>Maria Węgrzyn:</b> Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

---

### Część 3. Ryzyko personalne

---

<b>Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel:</b> Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem .....	135
<b>Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek:</b> Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne .....	149

<b>Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer:</b> Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
<b>Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska:</b> Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe) .....	180

## Summaries

---

### Part 1. Systemic risk

---

<b>Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek:</b> Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat:</b> Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors .....	24
<b>Piotr Karniej, Iwona Mazur:</b> Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services .....	34
<b>Iga Rudawska:</b> Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population .....	48
<b>Małgorzata Winter:</b> Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending .....	58

---

### Part 2. Financial risk

---

<b>Dorota Korenik:</b> Benchmarking in reducing risk in medical entities .....	69
<b>Justyna Kujawska:</b> The risk of obtaining medical contracts .....	84
<b>Aleksandra Szewieczek:</b> Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control .....	93
<b>Maria Węgrzyn:</b> The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

---

### Part 3. Personal risk

---

<b>Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel:</b> Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
<b>Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek:</b> Risk manager as a function supporting hospital management .....	149

---

<b>Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey .....</b>	<b>170</b>
<b>Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions) .....</b>	<b>180</b>

**Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat**

Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

e-mail: hnatyszyn@cm.umk.pl

---

## **PLANOWANIE I REALIZACJA PROFILAKTYCZNYCH PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH W ŚWIELE CZYNNIKÓW RYZYKA ZACHOROWAŃ**

---

## **PLANNING AND IMPLEMENTATION OF PREVENTIVE HEALTH PROGRAMS IN VIEW OF THE HEALTH RISK FACTORS**

---

DOI: 10.15611/pn.2015.410.02

JEL Classification: I18

**Streszczenie:** Skuteczne działania profilaktyczne powinny opierać się na realnych potrzebach społeczeństwa oraz znajomości czynników ryzyka. W pracy zidentyfikowane zostały czynniki ryzyka zdrowotnego dla Polski, kluczowe dla profilaktyki i promocji zdrowia dokumenty, a także poziom finansowania programów zdrowotnych w naszym kraju. Mimo obecności powyższych zagadnień w dokumentach strategicznych, nie gwarantuje się ich realizacji. Rekomenduje się, aby programy zdrowotne były ściśle skorelowane z potrzebami zdrowotnymi i czynnikami ryzyka. Ograniczoność zasobów finansowych przy podejmowaniu decyzji o ich alokacji wymusza priorytetyzację ryzyka zdrowotnego i jest podstawą ukierunkowania na efektywność wydatków na opiekę zdrowotną.

**Słowa kluczowe:** programy zdrowotne, czynniki ryzyka, alokacja zasobów.

**Summary:** Effective prevention activities should be based on real needs of society and awareness of health risk factors. The study identified the risk factors, major prevention and health promotion documents, as well as the level of funding of health programs in Poland. Despite the presence of these issues in strategic documents, their implementation is not guaranteed. It is recommended that health programs should be closely correlated with the needs of health risk factors. When deciding on the allocation of health care resources, its scarcity forces prioritizing of health risks and is the basis of the effectiveness in health care.

**Keywords:** health programs, risk factors, allocation of resources.

## 1. Wstęp

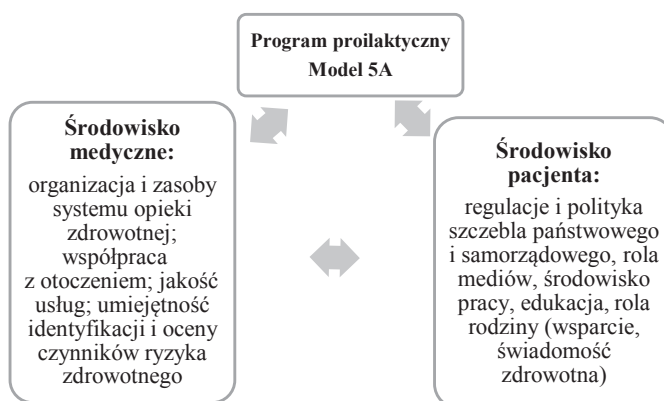
Dynamicznie rosnące wydatki w opiece zdrowotnej i rosnące napięcia budżetowe determinują racjonalność gospodarowania publicznymi środkami w systemie opieki zdrowotnej. Decydenci poszukują odpowiedzi na kontrowersyjne pytania: gdzie należy szukać oszczędności, jak zmienić strukturę wydatkowania pieniędzy publicznych, uwzględniając warunki efektywności i sprawiedliwości społecznej. Obok bezdyskusyjnego uwzględniania potrzeb społecznych, istotna jest również skuteczność podejmowanych działań w kontekście osiągnięcia pozytywnych wyników zdrowotnych. Od lat 70. XX wieku liczne badania naświetlają problematykę determinant zdrowia, akcentując skuteczność i efektywność działań związanych z profilaktyką zdrowotną [Vos i in. 2010]. Z drugiej strony, wskazuje się, iż obecnie w Polsce w niewystarczający sposób wykorzystuje się możliwości oddziaływania na stan zdrowia ludności przez programy profilaktyczne [Nawrońska 2013, s. 77]. Znajomość czynników ryzyka, definiowanych jako cechy, sytuacje i warunki sprzyjające zapadalności na choroby, ma kluczowe znaczenie dla skutecznej profilaktyki. Celem artykułu jest wskazanie kluczowych czynników ryzyka oraz na tym tle próba identyfikacji tych interwencji, które powinny być priorytetowe w planowaniu programów profilaktycznych. Uzyskane wyniki zostały skonfrontowane z wysokością wsparcia oraz istniejącymi kierunkami programów zdrowotnych w Polsce.

## 2. Profilaktyczne programy zdrowotne jako determinanta zdrowia populacji

Profilaktyczny program zdrowotny definiowany jest jako „zespół zaplanowanych i zamierzonych działań ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, których celem jest uprzedzenie choroby, wczesne wykrycie objawów choroby i wczesne rozpoczęcie leczenia” [Nawrońska 2013, s. 260].

Jak wskazuje przytoczona definicja – profilaktyka nie jest rozpatrywana jako działanie homogeniczne – zarówno w kontekście posunięć: wyróżnia się profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową, jak i w kontekście odbiorców działań prewencyjnych. Profilaktyka pierwszorzędowa – inaczej zwana pierwotną – ma na celu zniwelowanie występowania czynników ryzyka, podnoszenie potencjału zdrowotnego organizmu oraz edukację zdrowotną – w oddziaływaniu na całą populację. Druga faza profilaktyki obejmuje działania skierowane do populacji o podwyższonym ryzyku zachorowania, polegające na wykryciu odchyłeń od normy mogących rokować chorobę bądź wczesnych stadiów choroby – stąd kluczowym działaniem w profilaktyce drugorzędowej są badania przesiewowe. W trzeciej fazie profilaktyka zmierza do propagowania rehabilitacji oraz wszelkich aktywności zapobiegających nawrotowi choroby czy niepełnosprawności, a ich odbiorcą są osoby, u których doszło do rozwoju choroby lub urazu [Lizak i in. 2011, s. 183-190]. Współcześnie, w kontekście globalnie rosnących wskaźników występowania przewlekłych chorób

cywilizacyjnych [WHO 2011] oraz prognoz utrzymania trendu, co związane jest m.in. z procesem starzenia się ludności i stylem życia [WHO 2008], obserwuje się dynamiczny popyt na usługi zdrowotne, co przyczynia się do ogromnego obciążenia społecznego i ekonomicznego dla społeczeństwa. O skuteczności działań prewencyjnych decyduje ich złożoność (por. rys. 1).



Rys. 1. Złożoność działań prewencyjnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Hung, Shelley 2009, s. 103-127].

Działania prewencyjne powinny zarówno dotyczyć czynników behawioralnych, ingerencji w środowisko naturalne, pracy, mieszkania i wypoczynku, podnoszenia potencjału immunologicznego, jak i obejmować szeroką gamę działań edukacyjnych, administracyjnych oraz legislacyjnych [Tulchinsky, Varavikova 2014, s. 49-50]. Szczególną rolę przypisuje się tu takim podmiotom, jak: placówki podstawowej opieki zdrowotnej, placówki oświatowe, organizacje pozarządowe oraz jednostki samorządu terytorialnego różnych szczebli. Pomocny w planowaniu i skutecznej realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych jest model 5A [Hung, Shelley 2009, s. 103-127], obejmujący takie działania, jak: (1) diagnoza (*ask*); (2) ocena ryzyka (*assess*); (3) porada (*advice*); (4) działanie (*assist*); (5) śledzenie skutków (*arrange*). Model ten jest szeroko rozpowszechniany na arenie międzynarodowej w celu identyfikacji i łagodzenia behawioralnych czynników ryzyka oddziałujących na zdrowie populacji.

### 3. Identyfikacja czynników ryzyka

Jako pierwszy kwestie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy czynnikami ryzyka a wystąpieniem chorób przewlekłych usystematyzował E.A. Evans [1976, s. 192]. Termin „czynnik ryzyka” w obszarze zdrowia publicznego rozumiany jest jako determinanta zwiększająca prawdopodobieństwo pojawienia się i rozwoju ne-



gatywnych stanów w zdrowiu populacji, w tym przede wszystkim chorób i niepełnosprawności. Ich identyfikacja, a następnie eliminowanie i redukcja negatywnego wpływu na zdrowie różnych grup społecznych jest od wielu lat podstawą profilaktyki, szczególnie chorób przewlekłych, uwarunkowanych niedostatkami w stylu życia ludzi. W niniejszym opracowaniu przedstawiono zidentyfikowane priorytetowe czynniki ryzyka, które mają najwyższy udział w utraconej długości życia korygowanej niepełnosprawnością, mierzoną wskaźnikiem DALY (*Disability Adjusted Life Years*)<sup>1</sup>. Podejście to pozwala na ocenę, w jakim stopniu różne czynniki ryzyka przyczyniają się do zachorowań. Wskazane w tabeli 1 czynniki ryzyka zostały opracowane w ramach The Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) i skoordynowane przez Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME]. Opracowanie bazuje na danych zebranych w 2010 r. i porównuje kwestie dotyczące czynników ryzyka, przyczyn przedwczesnych zgonów w 187 krajach w odniesieniu do zebranych w 1990 i 2005 r. danych.

W krajach wysoko rozwiniętych osiem kluczowych czynników ryzyka: palenie tytoniu, picie alkoholu, wysokie ciśnienie krwi, wysoki Body Mass Index, wysoki poziom glukozy i cholesterolu we krwi, niska aktywność fizyczna oraz błędy żywieniowe (między innymi niskie spożycie owoców i warzyw) jest odpowiedzialnych za 61% zgonów z powodu chorób układu krążenia. Procesy miażdżycowe mogą być zapoczątkowane już w okresie dzieciństwa i dojrzewania – poprzez wymienione już czynniki ryzyka, dodatkowo wzmocnione przez predyspozycje genetyczne. Dodatkowo narażenie na oddziaływanie zanieczyszczonego środowiska, wsparte przez czynniki behawioralne i wynikające ze stylu życia, jest przyczyną 75% śmierci z powodu nowotworów wątroby, jamy ustnej, płuca czy szyjki macicy, a także chorób układu oddechowego. Wszelkie niedobory żywieniowe i wynikające z nich niedobory witamin i mikroelementów mogą powodować obniżenie potencjału odpornościowego i podwyższoną podatność na zachorowania spowodowane chorobami zarówno zakaźnymi, jak i niezakaźnymi. Z kolei narażenie zawodowe najczęściej dotyczy czynników chemicznych – wśród nich licznych karcynogenów, a także fizycznych – spowodowanych warunkami pracy, mogących prowadzić do urazu czy niepełnosprawności [Tulchinsky, Varavikova 2014, s. 243-247; WHO 2010, s. 17-27].

W tabeli 1 przedstawione zostały czynniki ryzyka zdrowotnego w Polsce, które odzwierciedlają trendy krajów wysoko rozwiniętych. W kwestii czynników żywieniowych wskazuje się m.in. na niskie spożycie owoców – rosnący trend został przełamany w 2001 r. i aktualnie należymy do krajów o najniższym ich spożyciu w Europie (także wśród dzieci i młodzieży) [Wojtyniak i in. 2012, s. 298-301]. Drugim w rankingu czynnikiem ryzyka o najwyższym DALY jest wysokie ciśnienie krwi.

---

<sup>1</sup> Wskaźnik ten określa liczbę lat przeżytych w niepełnej sprawności z powodu określonej choroby i/lub przedwczesnej śmierci z powodu tej określonej choroby. Stanowi on połączenie informacji na temat umieralności, niepełnosprawności i ograniczeń zdrowia wynikających z obciążenia chorobami. Jeden DALY oznacza jeden rok utraconego życia w pełnym, produktywnym zdrowiu.

Tabela 1. Priorytetowe czynniki ryzyka zdrowotnego w różnych grupach wiekowych w Polsce

Ranking	Wszystkie grupy wiekowe	Poniżej 5 roku życia	5-14 lat	15-49 lat	50-69 lat	Powyżej 70 lat
1.	Ryzyko żywnościowe	Niedobór żelaza	Niedobór żelaza	Alkohol	Palenie papierosów	Wysokie ciśnienie krwi
2.	Wysokie ciśnienie krwi	Palenie papierosów	Alkohol	Ryzyko żywnościowe	Ryzyko żywnościowe	Ryzyko żywnościowe
3.	Palenie papierosów	Zanieczyszczenie środowiska	Narkotyki	Palenie papierosów	Wysokie ciśnienie krwi	Wysoki BMI
4.	Wysoki BMI	Niedowaga	Wykorzystywanie seksualne	Wysoki BMI	Wysoki BMI	Palenie papierosów
5.	Alkohol	Niedobór cynku	Higiena, dostęp do urządzeń sanitarnych	Wysokie ciśnienie krwi	Alkohol	Brak aktywności fizycznej
6.	Brak aktywności fizycznej	Alkohol	Nieudatniona woda	Ryzyko zawodowe	Brak aktywności fizycznej	Wysokie stężenie glukozy na czczo
7.	Wysoki cholesterol	Niedobór witaminy A	Zanieczyszczenie środowiska	Narkotyki	Wysoki cholesterol	Wysoki cholesterol
8.	Wysokie stężenie glukozy na czczo	Narkotyki	-	Brak aktywności fizycznej	Wysokie stężenie glukozy na czczo	Zanieczyszczenie środowiska
9.	Zanieczyszczenie środowiska	Higiena, dostęp do urządzeń sanitarnych	-	Wysokie stężenie glukozy na czczo	Zanieczyszczenie środowiska	Alkohol
10.	Ryzyko zawodowe	Nieudatniona woda	-	Wysoki cholesterol	Ryzyko zawodowe	Niska gęstość mineralna kości

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>.

Już w 2002 r. zostało ono uznane przez WHO za drugi (po paleniu tytoniu) czynnik ryzyka mający najistotniejszy udział w ogólnej liczbie zgonów. Drugim w rankingu czynnikiem ryzyka zdrowotnego w Polsce jest tytoniozależność. W 2013 r. tytoń paliło 27% Polaków – o 4 p.p. mniej niż w roku 2011. W odniesieniu do działań profilaktycznych istotna jest informacja o utrzymującym się trendzie spadkowym wśród mężczyzn i stałej od 2011 r. liczbie kobiet palących tytoń. Nie wolno także bagatelizować różnic w poziomie palenia tytoniu w grupie osób w korzystnej sytuacji materialnej (25% mężczyzn i 17% kobiet) oraz wśród osób bezrobotnych (55% mężczyzn i 43% kobiet) [Wojtyniak i in. 2012, s. 287; TNS Polska 2013, s. 7]. Kolejny czynnik ryzyka – wysokie BMI – jest, podobnie jak wcześniej wymienione, również skorelowany z szeregiem chorób przewlekłych (np. chorób układu krążenia czy chorób metabolicznych). W Polsce nadwagę lub otyłość w 2009 r. stwierdzono u 61% mężczyzn i 45% kobiet. Jest to problem narastający – również wśród dzieci i młodzieży [Wojtyniak i in. 2012, s. 295-97]. Negatywne działanie wskazanego czynnika ryzyka jest wzmacniane brakiem aktywności fizycznej. Tylko 6% Polaków regularnie ćwiczy, 26% podejmuje inną aktywność fizyczną. Niepokojący jest również fakt, iż 49% nie uprawia sportu w ogóle. Wszystkie wyżej wskazane czynniki przekładają się na nieprawidłowe parametry krwi, takie jak lipidogram i poziom glukozy. Według badania Natpol [2011] – wysoki poziom cholesterolu ma 61% dorosłych Polaków, z czego 65% nie zdaje sobie z tego sprawy. Z kolei badania Maciąg i in. wykazały, iż podwyższony poziom glukozy na czczo stwierdza się u 54% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Przekroczenie norm obu tych parametrów stanowi istotny czynnik ryzyka chorób układu krążenia – pierwszej przyczyny zgonów w Polsce [Wojtyniak i in. 2012, s. 301-305; Maciąg i in. 2012, s. 377-384].

#### **4. Realizacja i finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych w Polsce**

Na tle powyżej zidentyfikowanych czynników ryzyka zdrowotnego istotna jest ocena stanu realizacji profilaktyki i programów zdrowotnych w Polsce. Profilaktyczne programy zdrowotne są przedmiotem działań wielu instytucji: administracji rządowej i samorządowej (JST), ubezpieczeń zdrowotnych, instytucji sanitarno-epidemiologicznych, placówek oświatowo-wychowawczych oraz organizacji pozarządowych. Kierunki działań w sektorze ochrony zdrowia wyznaczone są w programach narodowych. Obecnie w Polsce obowiązuje Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015. W sposób ogólny, bez identyfikacji źródeł finansowania i podmiotów koordynujących, zostały w nim sformułowane kierunki działań, jakie należy podjąć w skali kraju na rzecz zdrowia społeczeństwa. Zostały one ujęte w ośmiu celach strategicznych. Dotyczą one m.in. zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, nowotworów złośliwych; zmniejszenie częstości urazów i wypadków oraz zmniejszanie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Wyniki monitoringu NPZ za lata 2009-2011 pokazują duże zaangażowanie JST w realizację programów dotyczących przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu (działania realizowało od 86 do 100% JST w zależności od roku). Natomiast najmniej JST realizowało programy dotyczące poprawy jakości świadczeń zdrowotnych (działania realizowane od 3 do 6% JST) oraz poprawy opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem (działania realizowane od 8 do 11% JST). Największą aktywnością wykazały się przy tym JST w województwach: opolskim, małopolskim, łódzkim, śląskim, lubuskim i pomorskim. Jednakże podejmowane działania charakteryzowały się krótkofalowością, skupione były na różnego rodzaju wydarzeniach edukacyjnych oraz organizacji czasu wolnego dla mieszkańców (m.in. zapewnienie lepszego dostępu do infrastruktury sportowej), a ze względu na niedobór środków finansowych odbywały się na ograniczoną skalę [Ministerstwo Zdrowia, 2011, s. 48-49]. W badaniach Leśniewskiej i in. [2014] wskazano, iż zagadnienia dotyczące profilaktyki i promocji zdrowia były omawiane na sesjach plenarnych rad 79% powiatów, jednak w blisko połowie przypadków kwestie te poruszano tylko raz w roku. Tylko 73% powiatów ujęło omawianą problematykę w strategii swojego rozwoju. Wyniki te są wielce niezadowolające, wskazują bowiem na wciąż niszowe miejsce zdrowia w priorytetach działań JST oraz są przyczyną incydentalności, a także chaotyczności działań na tym polu, u podstaw których leży brak strategii i niewystarczające środki przeznaczane na te cele.

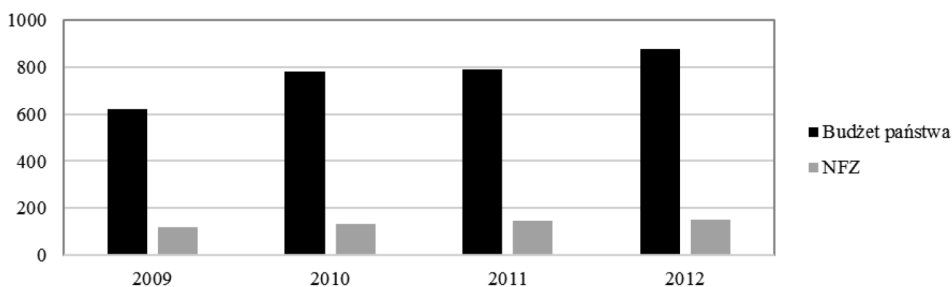
Kluczowa dla polskiego systemu opieki zdrowotnej rola profilaktyki została dostrzeżona w opublikowanym we wrześniu 2014 r. strategicznym dokumencie *Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014-2020*. Pierwszy cel operacyjny dokumentu wskazuje na „rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce”. Również w części identyfikującej cele długoterminowe do 2030 r. wskazuje się na: „opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych”. Na najbliższe lata najistotniejsze i nowatorskie wydaje się założenie dotyczące opracowania i wdrożenia systemu mapowania potrzeb zdrowotnych [Ministerstwo Zdrowia 2011, s. 137]. Podejście takie umożliwi określenie optymalnej struktury działań profilaktycznych na różnych szczeblach terytorialnych, w zależności od zidentyfikowanych grup ryzyka.

Pomimo mocno akcentowanego w strategicznych dokumentach dla polskiego systemu opieki zdrowotnej, znaczącego wpływu profilaktyki i zdrowia publicznego dla kształtowania się trendów epidemiologicznych, w tym szczególnie wskaźników zachorowalności i śmiertelności ze względu na przyczyny [Wysocki 2003, s. 505-512], nie są to główne kierunki alokacji publicznych zasobów finansowych w systemach opieki zdrowotnej.

Na podstawie danych OECD w 2012 r. państwa Unii Europejskiej (UE) wydawały przeciętnie 0,2% PKB na profilaktykę i zdrowie publiczne (Polska 0,1% PKB).

Polska należy do grupy krajów UE, które w ujęciu *per capita* wydają najmniej na profilaktykę i zdrowie publiczne.

Finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych charakteryzuje się dużą złożonością. W świetle badań przeprowadzonych przez I. Nawrołską [2013], w latach 2006-2010 średni udział wydatków na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa wynosił ok. 75%, podczas gdy udział Narodowego Funduszu Zdrowia to ok. 17%, a budżetów JST 8%<sup>2</sup>. Głównym płatnikiem realizującym programy zdrowotne w Polsce jest więc budżet państwa, co wiąże się z wysokim ryzykiem presji politycznej na przyszłe kierunki i poziom finansowania profilaktyki. Ponadto poziom finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych w wydatkach ogółem NFZ to wciąż niewiele ponad 0,2%. W kontekście systematycznego w ostatnich latach zwiększania się nakładów na ochronę zdrowia sytuacja ta jest niepokojąca, gdyż świadczy o lekceważeniu funkcji profilaktycznych w systemie [Nawrołska 2013, s. 138].



Rys. 2. Wydatki publiczne na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych w Polsce w latach 2009-2012 (w mln zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie łącznych sprawozdań finansowych NFZ.

Przedstawione powyżej dane świadczą o deficycie finansowania działań profilaktycznych w Polsce. Działania służących nie tylko zwiększeniu dostępu do badań diagnostycznych, ale również mających na celu podniesienie wiedzy społeczeństwa w zakresie chorobotwórczych czynników ryzyka i zdrowego stylu życia<sup>3</sup>. Nawiązując do efektywności nakładów finansowych, warto przytoczyć także wyniki badań G.E.A. Devera, wskazujące na zaprzeczającą teorię pól zdrowia LaLonde'a alokację

<sup>2</sup> Zadania własne JST związane z ochroną i promocją zdrowia, opieką zdrowotną oraz realizacją programów zdrowotnych wynikają z ustaw o samorządzie gminnym, powiatowym i wojewódzkim oraz z Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie są one spójne oraz dostatecznie jasno określone. Jest to prawdopodobnie główna przyczyna marginalnego zaangażowania JST w finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych.

<sup>3</sup> Dowodzą tego m.in. wyniki badań w ramach projektu M 45+, w którym respondenci mają bardzo ogólną i ograniczoną wiedzę na temat nowotworów układu moczowo-płciowego, ich objawów oraz możliwości leczenia (szerzej: [Ministerstwo Zdrowia 2011]).

zasobów: na system opieki zdrowotnej (jedynie w 11% redukującym umieralność) przeznaczonych jest 90% środków, natomiast na styl życia – będący główną determinantą zdrowotności populacji – jedynie 1,5% środków przeznaczanych na ochronę zdrowia [Poździoch 2000, s. 142-144].

## 5. Zakończenie

Zidentyfikowane w części diagnostycznej wyzwania dla Polski w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia wskazują na konieczność wdrożenia systemowych rozwiązań dotyczących zdrowia publicznego w Polsce. Obecnie działania prozdrowotne realizowane są w sposób niewystarczająco skoordynowany. Ewaluacja i podjęcie kolejnych działań będzie świadczyła o kompleksowości profilaktyki. Wskazanie na profilaktykę w dokumentach i strategiach krajowych nie oznacza gwarancji realizacji, gdyż zależy ona będzie od szeregu czynników – instytucjonalnych, organizacyjnych i finansowych.

Rekomendowanym w literaturze kierunkiem, który pozwoliłby dostrzec bieżące rezultaty działań profilaktycznych, tak aby zapewnić dostateczny poziom ich realizacji przy stabilnym ich finansowaniu, jest ich ścisła koordynacja ze zidentyfikowanymi czynnikami ryzyka. Stosowanie priorytetyzacji ryzyka zdrowotnego przy podejmowaniu decyzji o alokacji ograniczonych zasobów finansowych będzie ukierunkowane na efektywność wydatków na opiekę zdrowotną. Obecny brak analizy rzeczywistych potrzeb zdrowotnych podaje wątpliwość zasadność kierunku alokowanych środków budżetowych i podejmowanych działań.

## Literatura

- Evans A.S., 1976, *Causation and the disease: the Henle Koch postulates revisited*, Biol Med, nr 49.
- Hung D., Shelley D., 2009, *Multilevel analysis of the chronic care model and the 5A services for treating tobacco use in urban primary care clinics*, Health Services Research, nr 44(1).
- Leśniewska A., Posobkiewicz M., Kanecki K., Demidowicz J., Tyszko P., 2014, *Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce – w świetle badań ankietowych*, Hygeia Public Health, nr 49(3).
- Lizak D., Dębska G., Jaśkiewicz J., 2011, *Edukacja zdrowotna jako narzędzie zdrowia publicznego w walce z nowotworami*, [w:] M. Pasek, G. Dębska (red.), *Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową*, Wyd. WZiNM Krakowska Akademia A. Frycza Modrzewskiego, Kraków.
- Maciąg D., Grzegorska K., Cichońska M., Marcinkowski J.T., 2012, *Profilaktyka chorób układu krążenia prowadzona w podstawowej opiece zdrowotnej*, Probl Hig Epidemiol, 93(2), s. 377-384.
- Ministerstwo Zdrowia, 2011, *Program projektu pn. „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45. roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)”. Wytyczne do-*

- tyczące raka prostaty*, Warszawa, program dostępny na stronie: [www.zdrowie.gov.pl/aktualnosci/download/file\\_id/23749/aid/2184.html](http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosci/download/file_id/23749/aid/2184.html) (dostęp: 10.11.2014).
- Nawrońska I., 2013, *Finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych*, Difin, Warszawa.
- Poździej S., 2000, *System zdrowotny*, [w:] Czupryna A., Poździej S., Ryś A., Włodarczyk W. (red.), *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Kraków.
- TNS Polska, 2013, *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*, [http://zdrowiewiazy.pl/pdf/publikacje/2013\\_tns\\_polska\\_gis\\_raport.pdf](http://zdrowiewiazy.pl/pdf/publikacje/2013_tns_polska_gis_raport.pdf) (dostęp 17.12.2014).
- Tulchinsky T.H., Varavikova E.A., 2014, *The New Public Health*, Third Edition. Elsevier, Academic Press, San Diego.
- Vos T., Carter R., Barendregt J., Mihalopoulos C., Veerman J., Magnus A., 2010, *Assessing Cost-Effectiveness in Prevention (ACE –Prevention): final report*, Brisbane & Melbourne, University of Queensland & Deakin University, artykuł dostępny na stronie: [http://www.sph.uq.edu.au/docs/BODCE/ACE-P/ACE-Prevention\\_final\\_report.pdf](http://www.sph.uq.edu.au/docs/BODCE/ACE-P/ACE-Prevention_final_report.pdf).
- WHO, 2008, *Closing the Gap in a Generation. Commission on Social Determinants of Health Final Report*, Geneva.
- WHO, 2010, *Global status on report on non-communicable diseases 2010*, [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_chapter1.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf?ua=1) (dostęp 01.12.2014).
- WHO, 2011, *Non Communicable Diseases: Country Profiles 2011*, Geneva.
- Wojtyński B., Goryński P., Moskaiewicz B., 2012, *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Wysocki M.J., Miller M., 2003, *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, Przegląd Epidemiologiczny, nr 57, s. 505-512.