

Profilaktyka w ujęciu zdrowia publicznego, w systemie zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce

Wybrane uwarunkowania globalnej koncepcji zdrowia

Mimo intensywnego rozwoju nauk i technologii nie można mówić o wykluczeniu większości chorób, przedwczesnych zgonów czy wypadków, w miejsce dotychczasowych problemów pojawiają się nowe. Postępujące starzenie się populacji, niedofinansowanie systemów zabezpieczenia zdrowotnego i społecznego oraz zagrożenia cywilizacyjne wymagają podejmowania skutecznych działań prewencyjnych. Doświadczenia utwierdzają w przekonaniu, iż najbardziej efektywnym sposobem utrzymania populacji w długim zdrowiu jest profilaktyka, natomiast jej charakter oraz zasięg zależy od sytuacji społecznej, warunków ekonomicznych oraz przyjętej polityki zdrowotnej.

W roku 1920 C. E. A. Winslow przedstawił pionierską definicję zdrowia publicznego, która w nauce i sztuce zapobiegania chorobom, wydłużaniu życia i promocji zdrowia – poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa wyrażające się w działaniach na rzecz higieny środowiska, zwalczania chorób zakaźnych, nauczaniu zasad higieny indywidualnej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarstwa, ukierunkowanych na wczesne diagnozowanie i profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz – rozwój mechanizmów społecznych, upatrywał możliwość zapewnienia każdemu poziomowi bytowania umożliwiającą utrzymanie zdrowia².

W roku 1970 Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła czynniki warunkujące zdrowie, do których zaliczyła: pełne korzystanie z praw i swobód obywatelskich, możliwość zatrudnienia i praca w odpowiednich warunkach, dobre warunki mieszkaniowe, utrzymywanie kondycji psychofizycznej stosownej do wieku i płci, uzyskanie odpowiedniego wykształcenia, odpowiednie zaopatrzenie w żywność i odpowiedni stan odżywienia, poczucie bezpieczeństwa, możliwość gromadzenia oszczędności, komunikacja i łączność z innymi ludźmi, możliwość wypoczynku, regeneracji sił, rozrywki oraz dostępność odpowiedniej odzieży³.

W roku 1974 r. Marc Lalonde zaprezentował strategię polityki zdrowotnej pod nazwą „Nowe perspektywy dla zdrowia Kanadyjczyków”. W raporcie zdefiniowano czynniki – uwarunkowania zdrowia. Z czasem na ich podstawie opracowano tzw. pola Lalonde, a, ze wskazaniem wartości z jaką oddziałują na zdrowie człowieka:

– styl życia – 53%;

¹ Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

² M. Miller, J. Opolski, *Zdrowie publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 4, s. 282–289.

³ S. Paździoch, A. Ryś, praca zbiorowa, *Zdrowie publiczne*, Kraków 1996, s. 252.

- środowisko fizyczne – 21%;
- czynniki genetyczne – 16%;
- opieka zdrowotna – 10%.

W 1977 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła dokument zatytułowany „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”. Założenia obejmowały doprowadzenie do roku 2000 wszystkich obywateli świata do takiego poziomu zdrowia, który umożliwi im prowadzenie ekonomicznie i społecznie produktywnego życia. Podstawowym sukcesem było upowszechnienie podstawowej opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się oraz wdrożenie programów dedykowanych zdrowiu publicznemu.

W 1986 roku podczas Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia opracowano tzw. Kartę Ottawską, która wskazała kierunki działań promocji zdrowia, metody ich realizacji oraz znaczącą rolę:

- „utrzymania pokoju i bezpieczeństwa,
- dostępu do edukacji,
- dostępność do wody i żywności,
- utrzymaniu stabilnego ekosystemu,
- zagwarantowaniu sprawiedliwości i równości społecznej,
- utrzymaniu standardów zdrowia,
- rozwijaniu potencjału zdrowia,
- budowaniu polityki zdrowia publicznego,
- tworzeniu środowiska sprzyjającego zdrowiu,
- wzmacnianiu działań społeczności lokalnych,
- rozwijaniu umiejętności indywidualnych,
- reorientacji świadczeń zdrowotnych,
- działaniom wielosektorowym na rzecz zdrowia”⁴.

W 1998 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w regionie Europejskim WHO pod nazwą „Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. W powyższym dokumencie wśród najważniejszych założeń strategicznych wskazano:

- „poprawę zdrowia ludzi oraz dobrostan fizyczny i psychiczny jako cel rozwoju społecznego i ekonomicznego;
- zmianę polityki zdrowotnej, w celu wdrożenia praktycznych programów na poziomie lokalnym;
- wdrożenie, monitorowanie i aktualizację ujednoliconych wskaźników oceniających przebieg zachodzących zmian, z uwzględnieniem najnowszych badań naukowych;
- rozwijanie systemów opieki zdrowotnej w celu sprostania oczekiwaniu ludzi, społeczności, krajów, poprzez zarządzanie zmianą oraz inwestowanie w zdrowie;
- zobowiązanie krajów członkowskich do promowania idei oraz upowszechniania przyjętych zasad i rozwiązań sprzyjających zdrowiu”.

Jako główne cele przyjęto:

- „promocję i ochronę zdrowia ludzi podczas całego ich życia;
- zmniejszenie występowania chorób i urazów oraz złagodzenie cierpień z ich powodu”.

⁴ M. J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 50–512.

Polityka Unii Europejskiej nie pozostaje obojętna wobec zagadnień poświęconych zdrowiu, wzmacnia znaczenie działań związanych ze zdrowiem, kładąc nacisk na:

- „wspólne wartości zdrowia (powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki sprawiedliwości i solidarności w systemach opieki zdrowotnej w UE);
- zdrowie jest największym bogactwem (wysoki poziom innowacyjności, wykwalifikowana siła robocza);
- zdrowie we wszystkich politykach (polityki społecznej i regionalnej, opodatkowanie, środowisko, transport, technologie informacyjne i komunikacyjne (ICT), energia, rolnictwo, edukacja i badania naukowe);
- wzmocnienie głosu UE w ochronie zdrowia na świecie (polityka zdrowotna wymaga kompleksowego podejścia do rozwiązywania wspólnych problemów zdrowotnych. UE działa na rzecz wzmocnienia dialogu z krajami spoza UE i organizacjami międzynarodowymi oraz w celu zapewnienia spójnego podejścia do promowania zasad opieki zdrowotnej w UE, norm i przepisów prawnych na całym świecie)”.⁵

Obowiązujący dokument pod nazwą Strategia Europa 2020⁵ wśród działań na rzecz zdrowia wskazuje:

- „bardziej przemyślane, a niekoniecznie większe nakłady na zrównoważone systemy opieki zdrowotnej;
- inwestowanie w zdrowie społeczeństwa, szczególnie za pośrednictwem programów promujących zdrowie;
- inwestowanie w ubezpieczenia zdrowotne jako sposób na zmniejszenie nierówności i walkę z wykluczeniem społecznym”.

Podstawowe definicje profilaktyki wg wybranych źródeł

Słownik języka polskiego określa profilaktykę jako działania mające na celu zapobieganie niekorzystnym zjawiskom, zwłaszcza chorobom⁶.

Ministerstwo Edukacji Narodowej podaje, iż profilaktyka to działania dedykowane różnym grupom, przy udziale różnych środowisk, instytucji, ma na celu zapobieganie pojawieniu się lub rozwojowi zaburzeń, chorób lub innych niekorzystnych zjawisk społecznych. Działania profilaktyczne w zależności od stopnia ryzyka obejmują⁷:

- „profilaktykę uniwersalną, skierowaną do wszystkich [...] skupia się wokół zagadnień związanych z promocją zdrowego stylu życia, rozwijaniem postawy dbałości o zdrowie własne i innych ludzi, umiejętności dokonywania świadomych wyborów, rozwijanie postawy asertywności, kształtowanie umiejętności radzenia sobie z emocjami w sytuacji przeżywania trudnych sytuacji życiowych, przeciwdziałanie pierwszym próbom podejmowania zachowań ryzykownych lub opóźnienie inicjacji. Działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej realizowane są przede wszystkim przez nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych;
- profilaktykę selektywną, skierowaną do grupy zwiększonego ryzyka, czyli do osób, które w stopniu wyższym niż przeciętny są narażone na rozwój zaburzeń,

⁵ *Strategia Europa 2020*, www.ec.europa.eu, 17.02.2017.

⁶ www.sjp.pwn.pl, 20.01.2017.

⁷ www.men.gov.pl, 20.01.2017.

koncentruje się na zagrożonych grupach młodzieży, osobach, które cechuje wysoka ekspozycja na czynniki ryzyka. Celem jest tworzenie warunków, które umożliwiają wycofanie się z zachowań ryzykownych. Działania w zakresie profilaktyki selektywnej prowadzone są przez psychologów i pedagogów szkolnych, specjalistów w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, a także wykwalifikowanych realizatorów programów profilaktycznych;

- profilaktykę wskazującą, skierowaną do grupy, w której rozwinęły się już symptomy zaburzeń, w tym związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Obejmuje ona działania interwencyjne i terapeutyczne, mające na celu zablokowanie pogłębiania się zaburzeń i zachowań destrukcyjnych oraz umożliwienie powrotu do prawidłowego funkcjonowania społecznego – resocjalizacja”.

Wikipedia podaje, iż profilaktyka zdrowotna to „działania mające na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie”. Wskazuje i charakteryzuje następujące fazy profilaktyki:

- „profilaktykę wczesną, gdzie następuje utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia;
- profilaktykę pierwotną (I fazy), gdzie następuje zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka;
- profilaktykę wtórną (II fazy), gdzie następuje zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (przesiewowe badanie skринingowe);
- profilaktykę III fazy, w której mamy do czynienia z zahamowaniem postępu choroby oraz ograniczeniem powikłań”⁸.

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, która w art. 27.1. w zakresie realizacji zadań profilaktyki stanowi, iż „świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują:

- propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;
- profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia;
- prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia oraz profilaktyki stomatologicznej;
- profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- wykonywanie szczepień ochronnych;
- wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu”.

⁸ www.wikipedia.org.pl, 6.02.2017.

Ustawa z 11 września 2015r. *o zdrowiu publicznym*, która w art. 2. wskazuje profilaktykę wśród zadań z zakresu zdrowia publicznego, takich jak:

- „monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- promocję zdrowia;
- profilaktykę chorób;
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych; działania w obszarze aktywności fizycznej”.

Podmioty realizujące zadania profilaktyki w ramach zabezpieczenia zdrowotnego i społecznego

Działania profilaktyczne oraz promocja zdrowia obok finansowania świadczeń zdrowotnych zaliczane są do głównych zadań władz publicznych (centralnych i samorządowych), odpowiedzialnych za tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Obecny system zabezpieczenia zdrowotnego oraz ubezpieczeń społecznych, określa między innymi, obszar działań poszczególnych jednostek administracji rządowej i samorządowej dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia.

Minister zdrowia – prowadzi, współuczestniczy w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych; opracowuje, finansuje i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją; kwalifikuje świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowane; planuje, przekazuje i rozlicza dotacje z budżetu państwa; współdziała z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia; nadzoruje system ubezpieczeń zdrowotnych; zatwierdza plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w porozumieniu z ministrem finansów publicznych; opiniuje sprawozdanie finansowe NFZ; przedkłada Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdanie roczne z działalności NFZ; powołuje i odwołuje Prezesa NFZ, zastępców Prezesa Funduszu, członków Rady Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 11 ustawy z 27 sierpnia 2014 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*)⁹. Narodowo-

⁹ www.sejm.gov.pl, 18 luty 2017.

wy Fundusz Zdrowia – prowadzi centralny rejestr ubezpieczonych, zarządza środkami finansowymi pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne; określa jakość, dostępność, koszty świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; przeprowadza konkursy ofert, rokowania, zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz monitoruje ich realizację i rozliczanie; finansuje świadczenia gwarantowane, finansuje leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom; opracowuje, wdraża, realizuje, finansuje, monitoruje, nadzoruje i kontroluje programy zdrowotne; wykonuje zadania zlecone, w tym finansowane przez ministra zdrowia, zwłaszcza programy polityki zdrowotnej; monitoruje ordynację lekarską; promocję zdrowia i profilaktykę chorób, w tym dofinansowuje programy polityki zdrowotnej realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego w kwocie nieprzekraczającej 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys. lub 40% środków w przypadku większej liczby mieszkańców (art. 97 oraz 48d ustawy z 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)¹⁰.

Państwowa Inspekcja Pracy nadzoruje i kontroluje przestrzeganie przepisów prawa pracy, w szczególności przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów dotyczących stosunku pracy, wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy, czasu pracy, urlopów, uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem, zatrudniania młodocianych i osób niepełnosprawnych; podejmuje działania polegające na zapobieganiu i ograniczaniu zagrożeń w środowisku pracy tj.: badanie okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz kontrola stosowania środków zapobiegających tym wypadkom; analizowanie przyczyn chorób zawodowych oraz kontrola stosowania środków zapobiegających tym chorobom; inicjowanie prac badawczych w dziedzinie przestrzegania prawa pracy; udzielanie porad służących ograniczaniu zagrożeń dla życia i zdrowia pracowników, podejmowanie działań prewencyjnych i promocyjnych zmierzających do zapewnienia przestrzegania prawa pracy; współdziałanie z organami ochrony środowiska w zakresie kontroli przestrzegania przez pracodawców przepisów o przeciwdziałaniu zagrożeniom dla środowiska (art. 10 ustawy z 13 kwietnia 2007 r. o państwowej inspekcji pracy)¹¹. Zakład Ubezpieczeń Społecznych – realizuje zadania dotyczące prewencji rentowej, w tym dotyczące rehabilitacji leczniczej w systemie stacjonarnym: narządy ruchu, układ krążenia, układ oddechowy, schorzenia psychosomatyczne, schorzenia onkologiczne po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, schorzenia narządu głosu oraz w systemie ambulatoryjnym: narząd ruchu, układ krążenia, w tym monitorowany telemedycznie. Realizuje również prewencję wypadków w pracy np. poprzez Program dofinansowania działań skierowanych na utrzymanie zdolności do pracy przez cały okres aktywności zawodowej, prowadzonych przez płatników składek¹².

Jednostki samorządu terytorialnego – na poziomie powiatu, zadania obejmują: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wyini-

¹⁰ www.sejm.gov.pl, 18 luty 2017.

¹¹ www.sejm.gov.pl, 18 luty 2017.

¹² www.zus.pl, 19 luty 2017.

kających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami; inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu; pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia; podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych; na poziomie samorządu województwa zadania dotyczą: opracowywania i realizacji oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami; opracowywanie i wdrażanie programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia; inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia; podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane (ustawa z 27 sierpnia 2014 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*)¹³.

Realizacja i finansowanie działań profilaktycznych w ramach zabezpieczenia zdrowotnego oraz ubezpieczeń społecznych

Dostępność do działań profilaktycznych wynika z istniejącego porządku prawnego, systemu zabezpieczenia społecznego oraz zdrowotnego. Obowiązujące przepisy szczegółowo określają zadania władz publicznych tj. rządowych i samorządowych, jak również zakres, charakter, obszar działań profilaktycznych oraz źródła ich finansowania. System zabezpieczania zdrowotnego gwarantuje ubezpieczonym dostęp do badań profilaktycznych w zakresie testów i badań przesiewowych, profilaktycznych badań lekarskich, laboratoryjnych, rtg, badań profilaktycznych w kierunku najczęstszych chorób. Za nadzór nad realizacją polityki zdrowotnej, w tym działań związanych z profilaktyką odpowiada minister zdrowia.

Obiektywnym źródłem oceny realizowanych przez jednostki sektora publicznego zadań są raporty Najwyższej Izby Kontroli (NIK). Ustalenia NIK w sposób jednoznaczny wskazują sposób wykorzystania posiadanych środków finansowych oraz poziom realizacji zadań. Cennym źródłem informacji dla kreatorów rozwiązań systemowych są wnioski NIK dotyczące proponowanych zmian i działań naprawczych. Funkcjonowanie systemu ubezpieczeń zdrowotnych oraz społecznych również podlega kontroli NIK, konkluzje płynące z ustaleń oraz wniosków pokontrolnych nie pozostawiają wątpliwości, co do konieczności wprowadzenia zmian systemowych.

¹³ www.sejm.gov.pl, 19 luty 2017.

Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych ze środków publicznych

W 2014 roku, NIK przeprowadziła kontrolę, ustalenia wykazały nieprawidłowości: „Podstawowa opieka zdrowotna, która powinna być filarem systemu ochrony zdrowia, nie działa wystarczająco skutecznie na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania. Brakuje kompleksowej, przemyślanej i konsekwentnie prowadzonej profilaktyki. Nie ma w Polsce tradycji takiego holistycznego podejścia, mimo planów, by je wypracować. Większość lekarzy POZ nie wykonuje lub nie dokumentuje badań profilaktycznych, pozwalających rozpoznać choroby cywilizacyjne. Zachowaniu ciągłości opieki nie sprzyja z kolei zatrudnianie lekarzy na cząstkach etatów. NIK wskazuje, że zaledwie połowa wizyt odbywa się u lekarza wybranego”¹⁴.

Najwyższa Izba wniosowała¹⁵: „do Ministra Zdrowia o pogłębienie systematycznych analiz i ocen potrzeb zdrowotnych pacjentów, o potrzebę wykorzystywania rocznych raportów konsultantów krajowych, a także potencjału naukowego i badawczego nadzorowanych szkół wyższych i instytutów badawczych w pracach dotyczących systemu ochrony zdrowia. Zaleciła szefowi resortu zdrowia poszerzenie współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej na rzecz profilaktyki i kształtowania świadomości uczniów o odpowiedzialności za stan swojego zdrowia już od najmłodszych lat. W ocenie NIK program nauczania w szkołach powinien uwzględniać informacje na temat wpływu czynników środowiskowych i społecznych na zdrowie człowieka. We wnioskach do Narodowego Funduszu Zdrowia NIK wskazała na potrzebę zahamowania spadku liczby wykonywanych świadczeń profilaktycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie w zakresie chorób cywilizacyjnych. Zalecenia NIK adresowane do świadczeniodawców dotyczyły przede wszystkim zwiększenia ilości wykonywanych i dokumentowanych badań profilaktycznych, po to, aby zapewnić wczesne rozpoznawanie chorób, szczególnie chorób cywilizacyjnych. NIK wniosowała również o zamieszczanie w kartach historii zdrowia i choroby kompleksowych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta”.

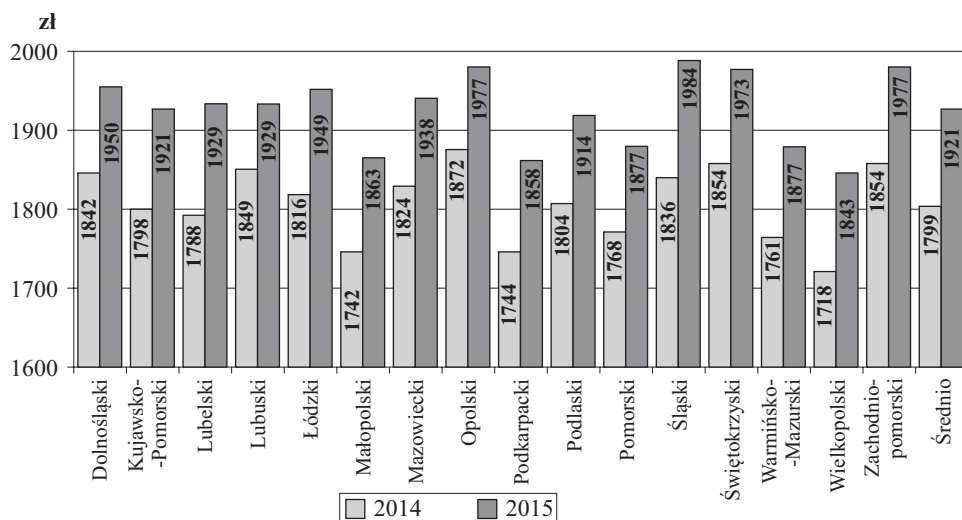
Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia – Raport NIK za 2015 r. – wykazuje, iż mimo zwiększenia nakładów na świadczenia zdrowotne, nie udało się skrócić czasu oczekiwania pacjentów.

Wg NIK „wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń miało miejsce w sytuacji znacznego zwiększenia przez NFZ środków na świadczenia zdrowotne oraz niepełnego wykorzystania potencjału świadczeniodawców. Z danych uzyskanych przez NIK od szpitali posiadających kontrakt z NFZ wynika bowiem, że aż 87,5% szpitali mogłaby realizować większą liczbę świadczeń medycznych bez zwiększania zatrudnienia personelu medycznego i zakupu dodatkowego sprzętu, a zawarte kontrakty mogłyby być wyższe o ok 18%... Wskazuje to na strukturalne niedopasowanie systemu ochrony zdrowia, w tym wielkości i rozmieszczenia jego zasobów do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności”¹⁶. Poniższa rycina obrazuje wysokość kontraktów szpitalnych w poszczególnych województwach.

¹⁴ Raport KZD-41-01-008/2014 nr ewid. 173/2015/p/14/063/KZD, www.nik.gov.pl.

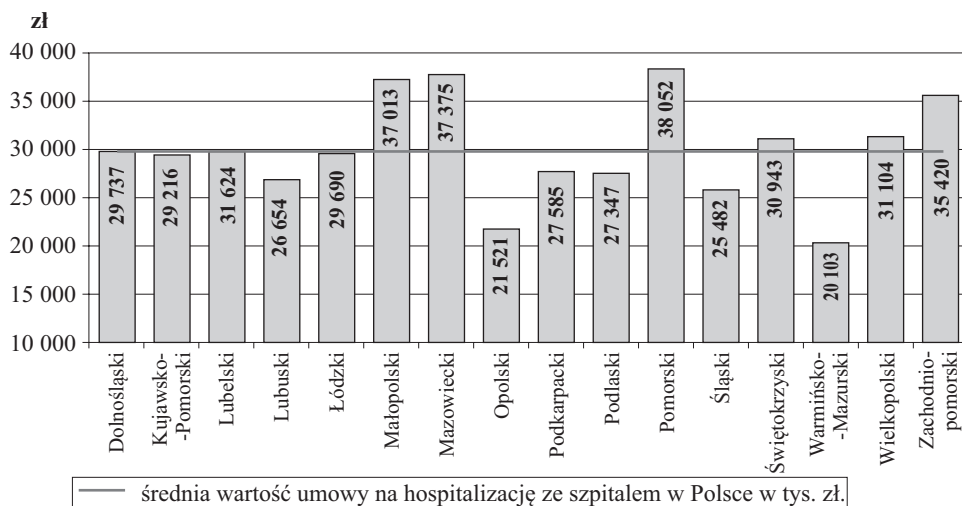
¹⁵ Raport KZD-41-01-008/2014 nr ewid. 173/2015/p/14/063/KZD, www.nik.gov.pl.

¹⁶ Raport NIK o realizacji zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2015 r., www.nik.gov.pl.



Ryc. 1. Średni koszt świadczeń zdrowotnych na jednego ubezpieczonego

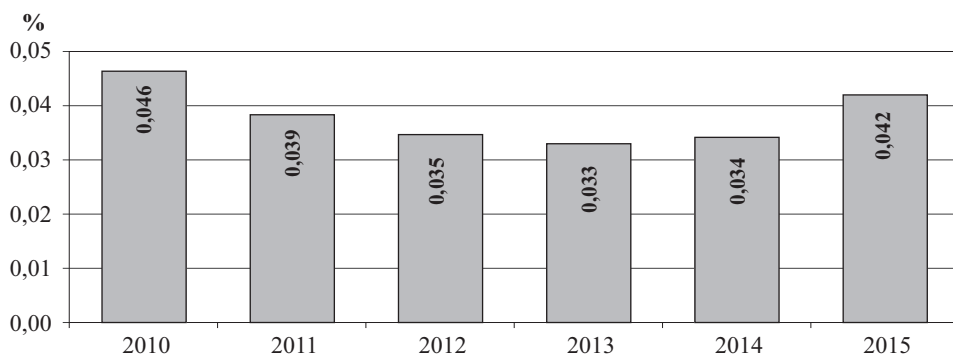
Źródło: Raport NIK o realizacji zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2015 r., www.nik.gov.pl.



Ryc. 2. Średnia wartość kontraktu przypadająca na szpital

Źródło: Raport NIK o realizacji zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2015 r., www.nik.gov.pl.

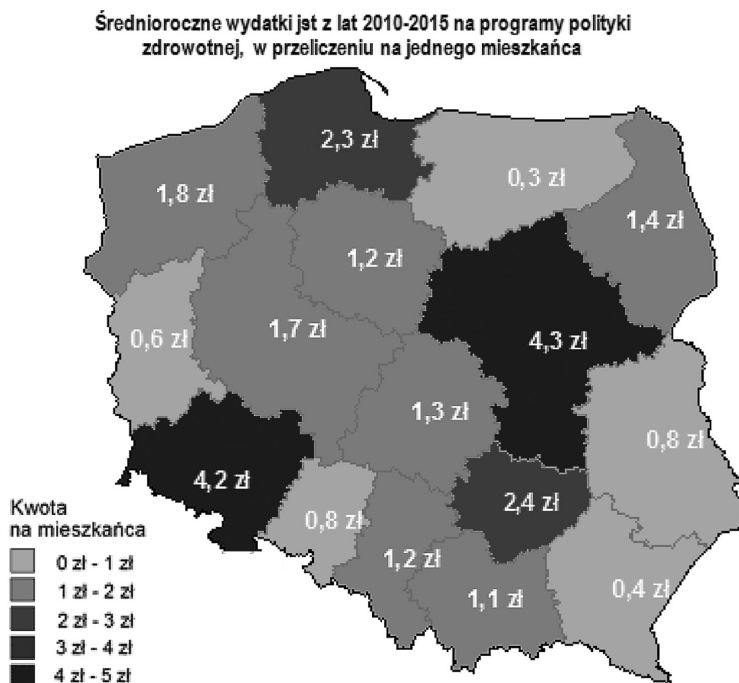
NIK ocenia, iż „niekorzystna jest również struktura udzielanych świadczeń z bardzo dużym udziałem kosztów najdroższego leczenia szpitalnego. W 2015 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 67 751 200,67 tys. zł (w 2014 r. 63 338 421,40 tys. zł). Największy udział w tych kosztach miały koszty leczenia szpitalnego – 49 proc. (wzrost z 47 proc. w 2010 r.), podstawowej opieki zdrowotnej – 13 proc. (wzrost z 12,8 proc. w 2010 r.), oraz koszty refundacji aptecznej – blisko 12 proc. i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 8,3 proc. (wzrost z 7,41% w 2010 r.)”.



Ryc. 3. Udział wydatków samorządowych na programy polityki zdrowotnej w wydatkach ogółem w latach 2010–2015

Źródło: NIK o realizacji programów polityki zdrowotnej przez samorzady, www.nik.gov.pl.

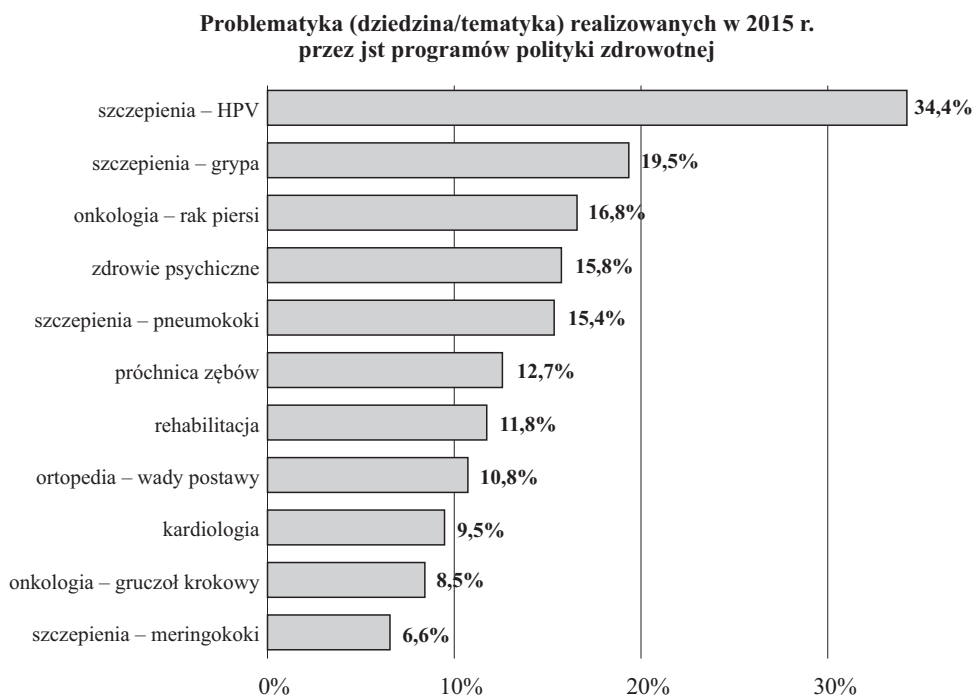
Raport Najwyższej Izby Kontroli z 19 sierpnia 2016 r. znak: KZD.430.001.2016 nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD wykazuje, iż „niewiele samorządów decyduje się na wydatkowanie środków finansowych na programy polityki zdrowotnej. Powodem jest brak funduszy na ten cel. Udział wydatków poniesionych przez samorzady na programy polityki zdrowotnej był znikomy. W 2015 r. wyniósł tylko 0,04 proc. ogółu wydatków samorządów”.



Ryc. 4. Wydatki jst na programy polityki zdrowotnej w latach 2010–2015

Źródło: NIK o realizacji programów polityki zdrowotnej przez samorzady, www.nik.gov.pl.

Najwyższa Izba Kontroli w raporcie z 19 sierpnia 2016 r. znak: KZD.430.001.2016 nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD ustaliła, iż „Oprócz niewielkich nakładów finansowych na małą skuteczność samorządowych programów polityki zdrowotnych wpływ mają także wady systemowe. Przede wszystkim dostępność programów zależy od miejsca zamieszkania. Jest znacznie ograniczona dla mieszkańców gmin o niskich dochodach, ponieważ liczba i zakres programów są uzależnione od statusu materialnego danego samorządu. Różnice pomiędzy bogatymi, zurbanizowanymi województwami a regionami biedniejszymi są znaczne i mogą być nawet dziesięciokrotne”.



Ryc. 5. Problematyka realizowanych przez jst programów polityki zdrowotnej

Źródło: NIK o realizacji programów polityki zdrowotnej przez samorządy, www.nik.gov.pl.

W dalszej części Raportu z 19 sierpnia 2016 r. znak: KZD.430.001.2016 nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD Najwyższa Izba Kontroli „zauważa jednak, że większość skontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego nie opracowała dokumentów strategicznych, dotyczących planowanych działań w dłuższej perspektywie, opartych na analizie trendów demograficznych i epidemiologicznych. Tymczasem w ocenie NIK punktem wyjścia do opracowywania i skutecznego wdrażania programów polityki zdrowotnej powinny być lokalne, czy regionalne strategie zdrowotne, uwzględniające m.in. dane z zakresu demografii, epidemiologii oraz informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia wraz z analizą uwarunkowań społecznych. Bez nich nie można bowiem ocenić, jakie programy potrzebne są w danej społeczności. Skutkiem braku strategii dot. polityki zdrowotnej jest także brak możliwości oceny, w jakim stopniu realizowane działania przyczyniły

się do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego regionu i wpłynęły na sytuację zdrowotną danej populacji”.

Uwagi i wnioski NIK dotyczyły „zwiększenia skuteczności realizacji przez samorządy programów polityki zdrowotnej, a w konsekwencji poprawy zdrowia i jakości życia mieszkańców”.

Ministra Zdrowia Izba zobowiązała do:

- „stworzenia we współpracy z NFZ, Agencją Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, środowiskiem eksperckim i samorządowym zbioru dobrych praktyk dotyczących samorządowych programów polityki zdrowotnej, wraz z wzorcowymi programami, których tematyka powinna odnosić się do najistotniejszych zidentyfikowanych problemów zdrowotnych Polaków;
- zapewnienia stałego i adekwatnego do potrzeb źródła finansowania samorządowych programów polityki zdrowotnej;
- poprawy koordynacji działań podejmowanych w ramach programów pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego, a administracją rządową i NFZ”.

Informacje o środkach finansowych przeznaczanych na profilaktykę znajdują się również w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, który odpowiada za gromadzenie składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne obywateli oraz wypłatę świadczeń np. emerytur, rent, zasiłków chorobowych lub macierzyńskich. Z podanych przez ZUS informacji wynika, że obsługuje około 24 mln klientów przy budżecie sięgającym 50 proc. zasobów pieniężnych państwa (www.zus.pl.).

Tabela 1

Przeciętna kwota (w zł) wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w 2015 r. według rodzajów świadczeń

Województwa	Renty z tytułu niezdolności do pracy	Renty z tytułu niezdolności do pracy – wypadkowe	Renty socjalne	Świadczenie rehabilitacyjne	Absencja chorobowa finansowana z FUS i funduszy zakładów pracy
Ogółem	648,42	157,74	79,29	57,87	637,08

Źródło: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych, www.zus.pl.

Tabela 2

Przeciętna kwota wydatków na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS w przeliczeniu na jedną osobę poddaną rehabilitacji leczniczej w 2015 r.

Grupy chorobowe	W przeliczeniu na jedną osobę poddaną rehabilitacji leczniczej
OGÓLEM (A00 – Z99)	2 093,22 zł

Źródło: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych, www.zus.pl.

Tabela 3

Koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2015 r. będących przyczyną rehabilitacji

Grupy chorobowe	Kwota wydatków ogółem (mężczyźni i kobiety)
OGÓLEM (A00 – Z99)	168 995,9 tys. zł

Źródło: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych, www.zus.pl.

Tabela 4

Wydatki z tytułu absencji chorobowej spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową w 2015 r. będących przyczyną niezdolności i płci świadczeniobiorców

Grupy chorobowe	Kwota wydatków ogółem (mężczyźni i kobiety)
OGÓLEM (A00 – Z99)	545 746,5 tys. zł

Źródło: *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r.*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych, www.zus.pl.

Tabela 5

Wydatki z tytułu absencji chorobowej finansowane z FUS i funduszy zakładów pracy w 2015 r.

Województwa	Kwota wypłat
OGÓLEM	15 085 202,3 tys. zł

Źródło: *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r.*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych, www.zus.pl.

Profilaktyka w świetle interdyscyplinarnego charakteru zdrowia publicznego

„Zdrowie publiczne jako nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowania zdrowia i sprawności fizycznej poprzez zorganizowane wysiłki na rzecz higieny środowiska, kontroli chorób zakaźnych, szerzenia zasad higieny osobistej, organizowania służb medycznych i opiekuńczych w celu wczesnego rozpoznawania, zapobiegania i leczenia oraz rozwijania takich mechanizmów społecznych, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiające zachowanie i umacnianie zdrowia”¹⁷.

„Współczesne problemy bezpieczeństwa ekologicznego i zdrowotnego określają potrzebę współpracy w procesie badawczym z różnymi środowiskami naukowymi”¹⁸. Dokument o charakterze strategicznym, jakim jest Strategia Europa 2020 umiejscawia zdrowie we wszystkich politykach: społecznej, regionalnej, podatkowej, środowiskowej, transportowej, technologiach informacyjnych i komunikacyjnych (ICT), energetycznej, rolnej, edukacji i badaniach naukowych. Wdrożenie zapisów ustawy z 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* pozwala na realizację dyrektyw unijnych.

„Według dostępnych źródeł do roku 2020 intensywnie rozwijane technologie inteligentnego otoczenia zapewniają możliwości bezprzewodowej komunikacji z systemami wspomagającymi zdrowie i niezależność osób niepełnosprawnych, a także podejmowanie przez lekarzy decyzji na podstawie danych pochodzących ze stałego monitoringu. Do rozwiązań tych zaliczono m.in. biosensory, wbudowane w «inteligentne ubrania» oraz oprogramowanie wspierające praktyków w procesie podejmowania najlepszych możliwych decyzji przy zachowaniu bezpieczeństwa pacjenta. Rosnące znaczenie nabierać będą sieci współpracy naukowej w zakresie bioinformatyki,

¹⁷ C.-E. A. Winslow, *The Untilled Fields of Public Health*, „Science” 51(1306): 23–33 (Jan. 9, 1920).

¹⁸ J. Konieczny, M. Skarżyński, *Studia nad bezpieczeństwem. Teoria i praktyka człowiek – technika – środowisko*, Poznań 2014, s. 24 „Bezpieczeństwo w zrównoważonym rozwoju. Projekt badań zintegrowanych”.

genomiki oraz neuroinformatyki w celu stworzenia nowej generacji systemów e-Zdrowia, wspomagających indywidualizację diagnozy oraz leczenia”¹⁹.

W dalszym ciągu problemem zasadniczym, ograniczającym zasięg i skuteczność działań profilaktycznych pozostaje alokacja środków finansowych. Analiza budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia wskazuje, na systematyczny wzrost środków przeznaczanych na profilaktykę jednak w dalszym ciągu przeważającą część finansów kierowanych jest na kosztowne leczenie szpitalne, wysokospecjalistyczne. Nadal siła ciężkości spoczywa po stronie naprawczej systemu zdrowia. Czy implementacja rozwiązań europejskich przyniesie zamierzone efekty będzie można przekonać się po przeprowadzeniu stosownych badań, które stanowić będą przedmiot kolejnych opracowań.

Streszczenie

Mimo intensywnego rozwoju nauk i technologii nie można mówić o wykluczeniu większości chorób, przedwczesnych zgonów czy wypadków, w miejsce dotychczasowych problemów pojawiają się nowe. Postępujące starzenie się populacji, niedofinansowanie systemów zabezpieczenia zdrowotnego i społecznego oraz zagrożenia cywilizacyjne wymagają podejmowania skutecznych działań prewencyjnych. Doświadczenia utwierdzają w przekonaniu, iż najbardziej efektywnym sposobem utrzymania populacji w długim zdrowiu jest profilaktyka, natomiast jej charakter oraz zasięg zależy od sytuacji społecznej, warunków ekonomicznych oraz przyjętej polityki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: profilaktyka, zdrowie publiczne, zabezpieczenie zdrowotne

Prevention in the health care system in Poland, in the public health context

Summary

Despite the intensive development of science and technology, it is not possible to talk about eliminating most diseases, premature deaths or accidents, as instead of existing issues new ones keep appearing. Progressive ageing of the population, underfunding of health and social protection systems and civilisational threats require effective preventive measures. Experience confirms that prevention is the most effective way to maintain a healthy population, while its nature and extent depend on the social circumstances, economic conditions and adopted health policy.

Key words: prevention, public health, health protection

¹⁹ *Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015*, www.csioz.gov.pl.