

Izabela Nawrońska

Uniwersytet Szczeciński

FINANSOWANIE PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH W SYSTEMIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Streszczenie: Profilaktyka – z ekonomicznego punktu widzenia – należy do najskuteczniejszych i najbardziej korzystnych metod zwalczania chorób. W Polsce jednym z podmiotów, na których spoczywa obowiązek działań w sferze profilaktyki, są instytucje ubezpieczenia zdrowotnego – główny dysponent środków finansowych w systemie ochrony zdrowia. Celem artykułu jest pokazanie miejsca programów profilaktycznych w systemie ubezpieczeniowym ze wskazaniem ich aspektów finansowych.

Słowa kluczowe: finansowanie programów profilaktycznych, ubezpieczenia zdrowotne, profilaktyka zdrowia, system ochrony zdrowia.

1. Wstęp

Funkcjonujące w świecie systemy ochrony zdrowia podlegają mniej lub bardziej głębokim reformom. Większość z nich koncentruje się głównie na problematyce opieki medycznej, mniej natomiast, jeśli w ogóle, na problematyce ochrony zdrowia, bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, czyli na całokształcie funkcji systemu ochrony zdrowia. Funkcjonowanie opieki medycznej stanowi ważną, a w odbiorze społecznym być może najważniejszą część funkcji systemu ochrony zdrowia. Nie da się jednak zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego bez działań szeroko pojętego zdrowia publicznego.

Zgodnie z uwarunkowaniami zdrowia człowieka zalicza się do nich cztery grupy czynników („pola zdrowia” Lalonda), spośród których największy wpływ przypisywany jest indywidualnemu stylowi życia (50-51%), warunkom środowiskowym (18-20%), czynnikom genetycznym (15-20%), systemowi opieki zdrowotnej (10-15%). Na zdrowie społeczeństwa największy wpływ wywierają czynniki demograficzne i społeczne (liczba urodzeń, wiek, wykształcenie, charakter miejsca zamieszkania), styl życia (sposób odżywiania, aktywność fizyczna, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, zażywanie narkotyków), warunki środowiskowe (dochody, zatrudnienie, organizacja życia społecznego, warunki mieszkaniowe, klimat, trans-

port) oraz system opieki zdrowotnej (infrastruktura, personel, dostępność, wykorzystanie, legislacja). Ograniczenie się zarówno w badaniach naukowych, jak i działaniach praktycznych do wprowadzania szeroko rozumianych zmian w organizacji, dostarczaniu i finansowaniu usług medycznych jako podstawowego czynnika wpływającego na zdrowie człowieka jest niewystarczające dla efektywnego i skutecznego działania w celu poprawy stanu zdrowia populacji.

Profilaktyka określana jest jako redukcja ryzyka pojawienia się stanu niepożądanego. Problem profilaktyki chorób stał się przedmiotem zainteresowania ekonomii, pomimo iż zastosowanie prostych modeli ekonomicznych nie ujmuje wszystkich aspektów społecznych związanych z profilaktyką. Jednak umacniająca się dominacja elementów finansowych skłania ku poszukiwaniu także argumentów ekonomicznych. Profilaktyka z ekonomicznego punktu widzenia należy do najskuteczniejszych i najbardziej korzystnych metod zwalczania chorób. Rola i ranga profilaktyki jest znana powszechnie, ale czy podąża za nią odpowiednia praktyka?

2. Aktywność państwa w sferze profilaktyki zdrowia

Aktywność państwa, odbywająca się poprzez sektor publiczny, jest realizowana zarówno w sferze regulacyjnej, jak i w sferze realnej gospodarki narodowej. W sektorze zdrowia możliwe są oba powyższe kierunki działań. W pierwszym chodzi o regulacyjną funkcję państwa, w drugim – i jego funkcję organizatorską i finansową.

Najważniejszym podmiotem polityki zdrowotnej jest państwo, ponieważ tylko państwo jest uprawnione do tworzenia norm prawnych (aktywność regulacyjna), które stanowią podstawę określenia uprawnień i obowiązków wszystkich podmiotów polityki zdrowotnej. Jeśli się weźmie pod uwagę wielość czynników wpływających na sytuację zdrowotną, to liczba podmiotów oddziałujących na nie byłaby ogromna. Z tego powodu podstawą identyfikowania uczestników polityki zdrowotnej nie jest obiektywny wpływ na stan zdrowia, ale tradycja utrwalona w literaturze przedmiotu. R.R. Alford¹ wyróżnia: rząd wraz z ministerstwami, administratorów ochrony zdrowia, lekarzy, pacjentów aktualnych i przyszłych oraz organizacje z rynkowego otoczenia ochrony zdrowia.

Wiele współczesnych debat dotyczy całościowego działania sektora medycznego, często bez odróżnienia promocyjnych, zapobiegawczych i naprawczych funkcji obecnych w aktywności sektora zdrowia, oraz określenia proporcji między tymi funkcjami. Idea promowania zdrowia i działań profilaktycznych powstała wówczas, gdy w wyniku przeprowadzanych analiz kosztów i korzyści stwierdzono, że nawet przy maksymalnych nakładach na interwencje medyczne ich wpływ na stan zdrowia społeczeństwa nie przekracza 20%. Wiele podstawowych potrzeb związanych ze

¹ W literaturze przedmiotu klasyfikacja przeprowadzona przez R.R. Alforda uważana jest jako klasyczne sformułowanie zastępujące niekiedy pierwszą grupę podmiotów – rząd z ministerstwami – pojęciem państwa.

zdrowiem, takich jak dobre odżywianie, mieszkanie, czysta woda, sytuacja finansowa mają o wiele większy wpływ niż najlepszy system opieki zdrowotnej. Inne istotne czynniki to między innymi wykształcenie, zamożność, sytuacja polityczna i społeczna itd.

Ważną rolę w rozwoju profilaktyki i promocji zdrowia spełniały i nadal spełniają instytucje i organizacje międzynarodowe, wytyczając kierunki działań. Niewątpliwie najważniejszą rolę pełni tu Światowa Organizacja Zdrowia, ale także Unia Europejska, gdyż członkostwo w UE zobowiązuje kraje członkowskie do realizacji programów profilaktycznych. Wskazać tu należy na Traktat z Maastricht, a także na Traktat z Amsterdamu, w następstwie których kryteria wyboru priorytetów w programach polityki zdrowotnej obejmują przede wszystkim przeciwdziałanie schorzeniom powodującym wysoki poziom umieralności i chorobowości oraz odnoszą się do praktycznych aspektów wdrożenia masowych badań profilaktycznych.

Należy podkreślić, że polityka Unii pozostawiała i nadal pozostawia sprawę szczegółowe dotyczące ochrony zdrowia państwom członkowskim, natomiast w zakresie ogólnych elementów zdrowia publicznego przyjmowane są w kolejnych latach decyzje kształtujące politykę zdrowotną. Określenie priorytetów w polityce zdrowotnej z jednej strony przy ograniczonych zasobach finansowych, a z drugiej strony przy nieograniczonych potrzebach zdrowotnych jest warunkiem podejmowania decyzji o alokacji środków. Szereg krajów buduje programy polityki zdrowotnej, idąc w kierunku postulatów nakierowanych na zmianę stylu życia społeczeństw, a zatem zwiększenia roli promocji zdrowia oraz działań profilaktycznych, co jest bardziej efektywne w sytuacji stale rosnących nakładów na medycynę naprawczą i braku adekwatnej do nich poprawy sytuacji zdrowotnej.

W Polsce spośród podmiotów, na których spoczywa obowiązek działań w sferze profilaktyki i promocji zdrowia², wskazać należy na Ministerstwo Zdrowia, samorządy terytorialne, które przejęły odpowiedzialność za stan zdrowia lokalnej społeczności oraz na instytucje ubezpieczenia zdrowotnego jako głównego dysponenta środków finansowych w systemie ochrony zdrowia.

3. Miejsce programów profilaktycznych w systemie ubezpieczenia zdrowotnego

W roku 1999 nastąpiła zasadnicza zmiana w źródłach i metodach finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Budżetowe finansowanie zastąpiono składką na ubezpieczenie zdrowotne, co było oczywistą konsekwencją ustanowienia systemu kas chorych, funkcjonującego do 31 marca 2003 r., kiedy to został on zastąpiony przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Zgodnie z Ustawą z dnia 23 stycznia

² W wielu obowiązujących przepisach prawa promocja i profilaktyka zdrowia są obowiązkiem nakładanym na organy administracji rządowej, samorządowej, zakłady opieki zdrowotnej, pracowników medycznych, pracodawców oraz na inne podmioty.

2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia³ w miejsce siedemnastu kas chorych powstał jeden płatnik – Narodowy Fundusz Zdrowia z szesnastoma oddziałami utworzonymi na bazie dotychczasowych kas regionalnych. Zmiany dotyczyły jedynie organizacji i funkcjonowania głównego płatnika publicznego, natomiast utrzymane zostały zasady uczestnictwa w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i wymiaru składek. Nowe rozwiązania zostały jednak uznane przez Trybunał Konstytucyjny za sprzeczne z Konstytucją⁴.

Konieczne stało się dokonanie zmian prawnych, odnoszących się do zasad funkcjonowania NFZ. Sejm przyjął Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵.

Analizując zawarte w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁶ i w ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia uprawnienia dla ubezpieczonych, można wyciągnąć wnioski, że pomimo zmian, jakie nastąpiły w systemie, cele działalności profilaktycznej – niezależnie od formy organizacyjnej instytucji – pozostały w zasadzie niezmiennie. Najistotniejsze różnice, jakie pojawiły się w aktach prawnych, to pominięcie w ustawie o NFZ w profilaktycznych badaniach lekarskich innych chorób, poza schorzeniami układu krążenia i nowotworowymi, oraz poszerzenie uprawnień o profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą, w tym w środowisku nauczania i wychowania.

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ranga profilaktyki została wyraźnie wzmocniona. Po pierwsze, rozszerzono zakres świadczeń profilaktycznych o wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym oraz wyraźnie zaznaczono w zakresie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży badania prenatalne, zalecane w grupach wysokiego ryzyka i kobiet powyżej 40. roku życia. Ponadto, wydłużone zostały lata w działaniach promocji zdrowia i profilaktyki, w tym w profilaktyce stomatologicznej obejmującej dzieci i młodzież z 18 do 19 lat, a w przypadku badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież (uprawiających sport amatorsko) do 21. roku życia także zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia. Art. 48 omawianej ustawy w całości poświęcony został programom zdrowotnym. Mogą one być opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez ministrów, jednostki samorządu terytorialnego lub NFZ.

³ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU nr 45, poz. 391.

⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. K 14/03; DzU nr 5, poz. 37 z dnia 15 stycznia 2004.

⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 210, poz. 2135.

⁶ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU nr 28, poz. 153, z późn. zm.).

W przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez inne niż Fundusz podmioty wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert (z zastrzeżeniem odrębnych przepisów). W przypadku programów zdrowotnych opracowywanych, wdrażanych, realizowanych i finansowanych przez Fundusz – to FNZ dokonuje wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawiera z nim umowy na zasadach i w trybie określonym dla umów zawieranych ze świadczycielami.

4. Zdrowotne programy profilaktyczne – aspekt finansowy

Wprowadzane na przestrzeni kilku lat regulacje prawne, zmieniające charakter instytucji płatnika, nie mogły rozwiązać wszystkich problemów systemu ochrony zdrowia, które *notabene* nie wynikały tylko ze sposobu zorganizowania płatnika. Wśród licznych braków systemu wskazać można na bardzo ograniczone wydatki ze środków własnych – początkowo kas chorych, obecnie Funduszu – na profilaktykę, przy niewielkich środkach przekazywanych na te cele z budżetu.

Od 1999 r. koszty profilaktycznych programów zdrowotnych, finansowanych ze środków własnych funduszy ubezpieczeniowych (kasy chorych/NFZ), wynoszą od 0,2 do 0,3% kosztów wszystkich świadczeń zdrowotnych. Wyjątkiem były lata 2006-2007, kiedy osiągnęły one poziom 0,5-0,6%. W obecnym roku w planie finansowym NFZ na profilaktyczne programy zdrowotne przeznaczono 136 365 tys. PLN, przy kosztach świadczeń zdrowotnych wynoszących 53 917 866 PLN, co stanowi 0,2%⁷.

Przedstawione dane wskazują, że w ciągu 10 lat profilaktyka nie stała się priorytetem instytucji ubezpieczeniowych. Nie oznacza to jednak zupełnego braku systematycznych, pozytywnych zmian w podejściu do znaczenia działań profilaktycznych i zaangażowania decydentów w ich organizację i finansowanie.

Jednym z przykładów może być Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych⁸, który jako programem interwencyjny obejmuje najważniejsze działania mające doprowadzić do poprawy sytuacji w polskiej onkologii. W ramach programu realizowane są następujące zadania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia:

- prewencja pierwotna nowotworów,
- populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy,
- populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi,
- program badań przesiewowych do wczesnego wykrywania raka jelita grubego,
- program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe.

⁷ Zamiana planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok z 6 maja 2009, www.nfz.gov.pl

⁸ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, DzU nr 143, poz. 1200).

Program finansowany jest ze środków budżetowych, ale od początku jego realizacji świadczenia w zakresie programów populacyjnych do wczesnego wykrywania raka piersi (mammografia) i raka szyjki macicy (cytologia) finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast ze środków „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” finansowana jest koordynacja realizacji programów populacyjnych w skali kraju i poszczególnych województw, szkolenia realizatorów, kontrola jakości wykonywanych badań profilaktycznych oraz działania mające na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet, a także monitorowanie realizacji i efektywności obu tych zadań. NFZ na realizację programu profilaktyki raka szyjki macicy w roku 2006 przeznaczył kwotę w wysokości 23 397 854,17 zł, natomiast ze względu na niską zgłaszalność do programu wydatkowano na ten cel jedynie 12 517 659,32 zł, natomiast z przeznaczonych na program profilaktyki raka piersi środków finansowych w wysokości 52 417 212,79 zł wykorzystano kwotę 34 033 678,09 zł. W roku 2007 wysokość środków finansowych przeznaczonych przez NFZ wynosi: 50 391 503,16 zł na program profilaktyki raka piersi i 20 049 193,86 zł na program profilaktyki raka szyjki macicy. Z budżetu Ministra Zdrowia na działania profilaktyczne przeznaczono 50 mln zł w roku 2006 i 54 380 000 zł w roku 2007, a od 2008 roku 62,5 mln zł⁹.

Warto w tym miejscu wskazać jeszcze jeden podmiot publiczny realizujący zadania z zakresu profilaktyki, tzn. jednostki samorządu terytorialnego (JST). Kilkanaście ostatnich lat pozwala na pozytywną ocenę działań podejmowanych przez JST – zarówno przez gminy, powiaty, jak i województwa. I tak na przykład w trakcie realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) w latach 1996-2005 niektóre z województw budowały własne, wojewódzkie programy promocji zdrowia, zwane niekiedy strategiami dla zdrowia. Należy podkreślić, że w trakcie ich realizacji nie przewidziano środków finansowych na zadania zapisane w programie. Szereg inicjatyw lokalnych powstawało także na terenie gmin, które realizowały je w oparciu o środki własne lub z grantów specjalnych¹⁰.

Przedstawione pozytywne przykłady działań w dziedzinie profilaktyki nie zmieniają jednak faktu, że w ciągu ostatnich lat środki na finansowanie programów rosną w zbyt małym stopniu. Prowadzenie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych przynosi w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej wymierne korzyści w postaci:

- poprawy świadomości zdrowotnej populacji,
- poprawy stanu zdrowia ludności,
- zmniejszenia liczby osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem,
- zmniejszenia liczby zachorowań i wynikających z nich zgonów,
- zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju,

⁹ <http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/projekty/>.

¹⁰ P. Goryński, B. Wojtyniak, *Polityka zdrowotna w krajach Europy*, [w:] P. Goryński, B. Wojtyniak, K. Kuszewski (red.), *Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005*, Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2005, s. 318-319.

- zwiększenia odsetka wyleczeń,
- zmniejszenia absencji chorobowej,
- obniżenia kosztów leczenia,
- mniejszych strat finansowych (zasiłki chorobowe, straty produkcyjne).

Niestety, mało dostrzegalne, bieżące rezultaty działań profilaktycznych często powodują marginalizację problemów. Stworzone struktury zarządzania, które powinny umożliwić realizację zadań w dziedzinie profilaktyki, co dotyczy również kwestii finansowania, nie koordynują swoich działań w sposób, który zapewniłby prowadzenie efektywnej polityki zdrowotnej.

Z punktu widzenia instytucji odpowiedzialnej za realizację programu profilaktycznego konieczne jest przede wszystkim uzyskanie wiedzy na temat faktycznych lub potencjalnych osiągnięć programu oraz czynników, które przyczyniły się do takich, a nie innych efektów. Podmiot wdrażający program (samorząd terytorialny, Ministerstwo Zdrowia, NFZ – czyli podmioty odpowiedzialne za profilaktykę) powinien być zainteresowany oceną wpływu programu na rozwiązanie konkretnych problemów zdrowotnych, które były i będą przedmiotem interwencji.

Zwiększenie skuteczności i efektywności programów oraz otrzymanie narzędzia wykorzystywanego w zarządzaniu zasobami finansowymi władzy publicznej związane są z zastosowaniem analiz ekonomicznych wykorzystujących określone mierniki: koszt–zysk (*cost–benefit*), koszt–efektywność (*cost–effectiveness*) oraz koszt–użyteczność (*cost–utility*)¹¹. Zastosowanie analiz ekonomicznych w obszarze zdrowia publicznego jest stosunkowo nowym i dynamicznie rozwijającym się zjawiskiem. I chociaż obserwuje się ogólną zgodę co do jej znaczenia, to kontrowersje budzą takie elementy, jak „wycena” wartości życia, określenie kompleksowości efektów (zysków uzyskanych dzięki programowi). Pomimo tych kontrowersji to dzięki takim analizom istnieje możliwość wskazania najbardziej korzystnego (racjonalnego) lub najbardziej kosztownego rozwiązania w zakresie profilaktyki oraz tych zakresów, na które powinna zostać skierowana szczególna uwaga (chodzi o to, jak dokonać najlepszej alokacji ograniczonych zasobów).

W Polsce bardzo rzadko stosuje się nowoczesne techniki oceny efektywności opieki zdrowotnej, trudno jest więc ocenić, czy środki finansowe inwestowane są w sposób racjonalny i czy obszary inwestowania są faktycznie priorytetowe. Zastosowanie technik ewaluacji ekonomicznej pozwoliłoby na ewolucyjne doskonalenie programów, wynikające m.in. z oceny ich efektywności czy zapewnienia poziomu finansowania umożliwiającego objęcie profilaktyką populację zgodnie z założeniami programów. Zgodnie z zalecanym przez WHO standardem ewaluacji ekonomicznej wskazać należy następujące etapy analiz: utworzenie bazy danych o kosztach programu (koszty bezpośrednie), utworzenie bazy danych do kalkulacji korzyści fi-

¹¹ I. Nawrońska, *Ewaluacja ekonomiczna samorządowych zdrowotnych programów profilaktycznych*, [w:] T. Lubińska (red.), *Nowe zarządzanie publiczne – skuteczność i efektywność. Budżet zadaniowy w Polsce*, Difin, Warszawa 2009, s. 233-240.

nansowych wynikających z wdrożenia programu, kalkulacja korzyści finansowych (koszty pośrednie), dobór mierników analizy, procedura dyskontowania zmiennych (przy programach wieloletnich), analiza wrażliwości i dyskusja wyników.

Argumentem w dyskusji dotyczącej zwiększania środków finansowych na realizację programów profilaktycznych mogą być uniknięte koszty pośrednie. Z perspektywy systemu opieki zdrowotnej są nimi korzyści płatników w systemie w postaci unikniętych lub ograniczonych kosztów przyszłego leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego. Ale są nimi także koszty, które wynikają z przedwczesnej śmiertelności i niesprawności związanej z chorobą, powodujące nieobecność w pracy. Koszty te odpowiadają utraconej produktywności i stratom produktu krajowego brutto. Z perspektywy społecznej koszty pośrednie ponoszone są więc przez całe społeczeństwo i związane są z niewykonywaniem (lub ograniczonym wykonywaniem) obowiązków zawodowych.

Nie ulega wątpliwości, że instrumenty ekonomiczne spełniać powinny funkcję służebną wobec kwestii etycznych, jednak wyniki uzyskiwane dzięki nim mogą stać się istotnym narzędziem w kreowaniu polityki zdrowia publicznego. Na zakończenie rozważań warto zacytować M. Drummonda: „Najlepiej postrzegać analizę kosztów i korzyści jako sposób porządkowania myślenia, a nie coś, co miałoby je zastąpić”¹².

Literatura

- Drummond M., *Principles of Economic Appraisal in Health Care*, Oxford University Press, Cambridge 1981.
- Goryński P., Wojtyniak B., *Polityka zdrowotna w krajach Europy*, [w:] P. Goryńskiego, B. Wojtyniaka, K. Kuszewskiego (red.), *Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005*, Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2005.
- Nawrońska I., *Ewaluacja ekonomiczna samorządowych zdrowotnych programów profilaktycznych*, [w:] T. Lubińska (red.), *Nowe zarządzanie publiczne – skuteczność i efektywność. Budżet zadaniowy w Polsce*, Difin, Warszawa 2009.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU nr 28, poz. 153, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU nr 45, poz. 391.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 210, poz. 2135.
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, DzU nr 143, poz. 1200.
- www.nfz.gov.pl.

¹² M. Drummond *Principles of Economic Appraisal in Health Care*, Oxford University Press, Cambridge 1981.

HEALTH PREVENTION FINANCE WITHIN THE SYSTEM OF THE HEALTH INSURANCE

Summary: Prevention is considered as the most efficient economic way to eliminate disorders. In Poland the responsibility for the preventive activity is a domain of the institution, which manages the main financial sources within the health insurance system. This paper presents the position of prevention programs with the special references to their financial aspects.