

Koszty badań profilaktycznych w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia

Maria Węgrzyn*

Streszczenie: Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej powinien być postrzegany wieloaspektowo. Jest to wynik cech pojęcia *zdrowie* jako szczególnego dobra (Węgrzyn, 2013, s. 46–47). Wśród istotnych płaszczyzn oceny dostępności wymienić należy płaszczyznę personalną, czyli zasoby kadrowe, infrastrukturalną, techniczną, ale także finansową. Każda z płaszczyzn jest bardzo ważna, niemniej szczególne znaczenie mają środki finansowe, bowiem ich ilość w systemie determinuje kształtowanie pozostałych płaszczyzn. W Polsce wiele mówi i pisze się o rosnących kosztach sprawowania opieki zdrowotnej nad pacjentami. Wywołuje to potrzebę bardziej wnikliwego spojrzenia na przepływy finansowe w sektorze ochrony zdrowia. Dotychczas podejmowane działania polegające na wprowadzaniu zmian na listach leków refundowanych, działania służące podnoszeniu efektywności prowadzenia podmiotów leczniczych poprzez na przykład oceny benchmarkingowe (Węgrzyn, Korenik, 2015) czy też weryfikacja działalności odzwierciedlająca tak zwane mapy potrzeb zdrowotnych to tylko mała część działań koniecznych do przeprowadzenia. Wciąż zbyt mało miejsca poświęca się zagadnieniom profilaktyki zdrowotnej, aktywności prozdrowotnej jako tej części systemu opieki zdrowotnej, która przynosi największe efekty zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne. Niniejszy artykuł to próba odniesienia kosztów leczenia do kosztów działań profilaktycznych w zakresie wybranych istotnych rodzajów zachorowań o charakterze onkologicznym.

Słowa kluczowe: koszty badań profilaktycznych, leczenie a profilaktyka zdrowotna, budżet NFZ, koszty raka piersi, koszty raka jelita grubego, badania profilaktyczne

„Zgodnie z artykułem 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy obywatel Polski ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”.

1. Badania przesiewowe jako specyficzne badanie profilaktyczne

Badanie przesiewowe (skriningowe) w medycynie to rodzaj strategicznego badania, które przeprowadza się wśród osób nieposiadających objawów choroby w celu jej wykrycia i wczesnego leczenia dla zapobiegania poważnym następstwom choroby w przyszłości.

* dr hab. Maria Węgrzyn prof. UE, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wydział Nauk Ekonomicznych, Katedra Finansów, e-mail: maria.wegrzyn@ue.wroc.pl.

Badania przesiewowe wykonuje się w całej populacji lub tylko w tak zwanych grupach wysokiego ryzyka (dotyczy to np. nowotworów piersi). Zamierzeniem badań przesiewowych jest wykrycie choroby we wczesnej fazie i dzięki temu umożliwienie wczesnej interwencji, która zredukowałaby zarówno śmiertelność, jak i cierpienia pacjentów w danej chorobie. Chociaż badanie przesiewowe może doprowadzić do postawienia wstępnej diagnozy, to zawsze musi być ona potwierdzona innymi, bardziej dokładnymi badaniami właściwymi dla danej choroby i zleconymi przez lekarza. Istnieją potencjalne negatywne skutki badań przesiewowych, takie jak: postawienie fałszywej diagnozy lub nawet brak diagnozy, a także związane z tym błędne poczucie bezpieczeństwa (Wilson, Junger, 1968, s. 86). Z tych przyczyn testy używane w programach przesiewowych muszą wykazywać się dobrą czułością przy akceptowalnej swoistości, zwłaszcza w przypadku chorób o niskiej zapadalności.

Dane statystyczne wskazują, iż w Polsce, podobnie jak w większości dobrze rozwiniętych krajów świata, od wielu lat notuje się stały wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe. Zapobieganie nowotworom złośliwym, ich wczesne wykrywanie oraz obniżanie spowodowanej przez nie umieralności to elementy pierwotnej i wtórnej profilaktyki onkologicznej (Didkowska, Wojciechowska, Zatoński, 2013). W Polsce na nowotwory złośliwe zapada co godzinę 12, a umiera 9 osób. Stały się one tak powszechne, że co czwarty Polak choruje, a co piąty umiera z powodu raka. Najbardziej rozpowszechnionym nowotworem na świecie jest rak piersi. Rosnąca liczba zachorowań na raka piersi oraz negatywne następstwa choroby upośledzają nie tylko fizyczne i społeczne funkcjonowanie chorych i ich bliskich, ale także – ze względu na skalę zachorowań i znaczenie tego nowotworu – wpływają negatywnie na ekonomikę systemu ochrony zdrowia i zjawiska gospodarcze w szerszym ujęciu. Dlatego też działania ukierunkowane na zapobieganie i leczenie raka piersi stały się jednym z największych wyzwań w dziedzinie opieki zdrowotnej w skali całego świata.

W Polsce rak piersi rozpoznawany jest najczęściej u kobiet w wieku 50–69 lat. Rośnie jednak liczba przypadków diagnozowanych u kobiet młodszych – w wieku 20–49 lat. Zachorowalność na raka piersi wzrosła prawie dwukrotnie w ciągu ostatnich 30 lat. Oznacza to, że coraz częściej dotyka on kobiet w pełni aktywnych w życiu zawodowym, rodzinnym i społecznym. Obecnie już blisko 1/4 rozpoznań onkologicznych stawianych wśród polskich kobiet to właśnie rak piersi (22,8%). Obniżenie umieralności jest możliwe, gdy w cyklicznie przeprowadzanych badaniach bierze udział ponad 70–75% populacji kwalifikowanych do skryningu. Należ to potraktować jako jedno z ważniejszych działań profilaktycznych w onkologii. Warunkiem jego skuteczności jest jednak jego masowość. Według danych z systemu SIMP¹ na 228 dolnośląskich gmin jedynie w 4 gminach poziom zgłaszalności do programów profilaktycznych w kierunku raka piersi finansowanych ze środków NFZ był poniżej 30%. Pozostałe gminy obserwują zgłaszalność na poziomie do 50% potencjalnych zainteresowanych, który też jest stanowczo zbyt niski. Późna diagnoza to wysokie koszty leczenia, brak pewności skuteczności podjętej terapii, a w wielu przypadkach śmierć.

¹ SIMP – System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki prowadzony przez NFZ.

Podobnie wygląda sytuacja w odniesieniu do innego nowotworu – raka jelita grubego. Obecnie rak odbytnicy i okrężnicy zajmuje drugie miejsce na liście jednych z najczęściej występujących nowotworów zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Niestety wyniki leczenia tej choroby w naszym kraju należą do najgorszych w Europie, a 5-letnie przeżycia chorych są dwukrotnie rzadsze niż w wielu innych rozwiniętych państwach świata, gdzie w Holandii i USA sięgają one prawie 60%. Najistotniejszą przyczyną takich dysproporcji są różnice w zaawansowaniu raka jelita grubego w chwili ich rozpoznania. Nowotwór jelita grubego rzadko występuje przed 40 rokiem życia, a szczyt zachorowalności przypada na siódmą dekadę. Zwiększone ryzyko zachorowania na raka jelita grubego dotyczy osób, u których w rodzinach występowała ta choroba, a także pacjentów z chorobą Leśniowskiego i Crohna oraz wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, palaczy papierosów, osób otyłych itd. Jednak najważniejszą przyczyną jest lekceważenie przez Polaków wczesnej profilaktyki w obszarze nowotworu jelita grubego, a ma ona fundamentalne znaczenie w podjęciu terapii.

Polacy nie mają nawyku samokontroli swojego organizmu w kierunku wczesnych objawów nowotworu jelita grubego, brakuje też informacji o możliwości wykonania w warunkach domowych odpowiednich testów. Pomimo wzrastającej systematycznie skuteczności różnych metod leczenia raka okrężnicy i odbytnicy ostateczne wyniki wysiłku onkologów zależą przede wszystkim od wyjściowego stopnia zaawansowania choroby i stopnia złośliwości nowotworu (Krzakowski, Potemski, Warzocha, Wysocki, 2014, s. 58). Szczególne znaczenie ma więc odpowiednia „czujność onkologiczna” pacjentów i lekarzy pierwszego kontaktu sprowadzająca się do szybkiej i właściwej reakcji na pierwsze objawy choroby. Duże znaczenie, szczególnie w rozwiniętych krajach świata, przywiązuje się do badań przesiewowych osób po 50 roku życia, gdyż większość zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego występuje po 50 roku życia (94%), przy czym aż 75% zachorowań u obu płci przypada na populację osób po 60 roku życia. Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego występuje po 60 roku życia (ponad 80%). Najwięcej zgonów u mężczyzn notuje się w ósmej dekadzie życia, u kobiet – w dziewiątej dekadzie życia. Ryzyko zgonu z powodu tego nowotworu wzrasta wraz z wiekiem, począwszy od szóstej dekady życia, i najwyższe wartości osiąga po 80 roku życia. Ze względu na starzenie się polskiej populacji oraz wzrost liczby osób po 65 roku życia (z 6467 w 2010 r. do 10 932 w 2035 r.) oraz obecne trendy zachorowalności prognozuje się, że w 2025 roku liczba zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego wyniesie ogółem 24 600, 15 500 u mężczyzn oraz 9100 u kobiet. Wśród osób w średnim wieku w ciągu najbliższych 15 lat należy się spodziewać wzrostu zachorowań u mężczyzn o około 40%, a u kobiet o około 20%. Największy wzrost liczby zachorowań będzie obserwowany wśród najstarszych mężczyzn (po 65 roku życia), gdzie liczba zachorowań zwiększy się do 11 000. W populacji kobiet największy przyrost zachorowań będzie miał miejsce w grupie powyżej 65 roku życia.

W Polsce badania przesiewowe obejmują niewielką część osób kwalifikujących się. Dostęp do badań kolonoskopowych jest wciąż ograniczony i niewystarczający, obejmując

zaledwie około 8–10% populacji docelowej, czyli wszystkie osoby, które kwalifikują się do wykonania badania w danym roku. Jest to stanowczo za mało. Równocześnie zgłaszalność na badania kolonoskopowe wynosi tylko 17,8%², ponieważ nie są one wsparte efektywnymi kampaniami edukacyjnymi. Przyczynami tego zjawiska są między innymi: brak odpowiedniej świadomości prozdrowotnej, brak zaufania do służby zdrowia i lekarzy oraz czynniki ludzkie, takie jak strach przed rozpoznaniem nowotworu.

Szansę na poprawę tak złej sytuacji zależą więc przede wszystkim od edukacji zdrowotnej społeczeństwa i reakcji każdego chorego na pierwsze niepokojące objawy i dolegliwości mogące sugerować chorobę jelita grubego. Koszty zbyt późnych rozpoznań są bardzo wysokie, nieadekwatne do kosztów potencjalnych badań profilaktycznych. Programy profilaktyczne mają bowiem na celu nie tylko wykrycie zmiany nowotworowej czy stanu przednowotworowego, ale także zapewnienie opieki pacjentowi, u którego wykryto nieprawidłowości. Po ich wykryciu pacjent jest kierowany na badania potwierdzające nieprawidłowy wynik. Po ponownym otrzymaniu nieprawidłowego wyniku jest leczony u specjalisty w danej dziedzinie. Dzięki tym rozwiązaniom pacjent ma poczucie bezpieczeństwa, nie powinien czuć się zagubiony, ma możliwość skorzystania z leczenia, które może okazać się dla niego ratującym życie.

2. Badania przesiewowe w aspekcie kosztowym

2.1. Koszt zaniechania badań przesiewowych

Koszty związane z zaniechaniem badań przesiewowych możemy podzielić na koszty bezpośrednie i pośrednie. Koszty bezpośrednie to nakłady finansowe na leczenie pacjenta, w tym również koszty leczenia określonego typu nowotworu i pobytu w szpitalu.

Istotną część kosztów całkowitych stanowią koszty pośrednie, które wynikają z przedwczesnej śmiertelności i niesprawności związanej z chorobą, powodujące nieobecność w pracy (także tej wykonywanej w domu i związanej z jego prowadzeniem i/lub wychowaniem dzieci). Koszty te odpowiadają utraconej produktywności i stratom PKB. Innymi słowy, z perspektywy społecznej koszty pośrednie ponoszone są przez całe społeczeństwo i związane są z niewykonywaniem (lub ograniczonym wykonywaniem) obowiązków zawodowych. W zakresie analizy tych kosztów doniesienia literatury są bardzo skromne³. Można jedynie przybliżyć te koszty, a zależą one od wieku zachorowania i rokowania. Do kategorii kosztów zaliczamy absencję w pracy, zasiłki chorobowe, rehabilitacyjne oraz renty.

² SIMP – dane Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

³ W Polsce oceną procedur medycznych, ich skuteczności oraz kosztów zajmuje się Agencja Oceny Technologii Medycznych w Warszawie. Dotychczas przeniezanalizowano tylko kilka procedur, a z wynikami analiz nie zgadzają się środowiska medyczne. Innym przykładem oceny kosztów jest raport przygotowany przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne *Analiza kosztów...* (2016).

Leczenie chorych na raka piersi jest leczeniem skojarzonym. Obejmuje ono metody terapii miejscowej, to znaczy chirurgię i radioterapię, oraz metody leczenia ogólnoustrojowego (systemowego), to znaczy chemioterapię i hormonoterapię. Sposób leczenia zależy od wielu czynników prognostycznych i predykcyjnych, spośród których najważniejsze to: stopień zaawansowania klinicznego nowotworu, miejscowy i regionalny, stopień złośliwości histologicznej, stan hormonalny, wiek chorej, stan receptorów steroidowych i receptora HER2 (Krzakowski, Potemski, Warzocha, Wysocki, 2014). Postępowanie chirurgiczne jest główną metodą leczenia. W chirurgii raka piersi wyróżnia się zabiegi diagnostyczne, lecznicze, paliatywne, rekonstrukcyjne.

Radioterapia zastosowana jako leczenie uzupełniające po leczeniu operacyjnym zmniejsza częstość nawrotów miejscowych. Może być również wykorzystywana jako metoda leczenia paliatywnego.

W związku z tym, że w przypadku raka piersi często dochodzi do przerzutów odległych, choroba ta jest taktowana jak choroba ogólnoustrojowa wymagająca leczenia systemowego, czyli chemioterapii i hormonoterapii. W zależności od stopnia zaawansowania choroby oraz okresu, w którym stosuje się leczenie, wyróżnia się leczenie przedoperacyjne, okołoperacyjne, pooperacyjne i paliatywne. Natomiast w leczeniu cytostatykami raka piersi prawie zawsze stosuje się polichemioterapię, czyli programy wielolekowe.

Tabela 1

Szacunkowe koszty leczenia raka piersi

Zabiegi	Rak zaawansowany miejscowo	Rak z przerzutami do węzłów chłonnych pachowych	Rak z przerzutami odległymi
Leczenie operacyjne	8357,00	9857,00	9857,00
Hormonoterapia	11 000,00	11 000,00	11 000,00
Napromieniowanie	1600,00	18 000,00	2800,00
Chemioterapia	44 000,00	68 000,00	92 000,00
Kontrola onkologiczna	934,00	934,00	934,00
Razem	45 891,00	107 791,00	116 591,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kordek (2007), s. 214–224; Siedlecka (2012), s. 4; www.metlifeamplico.pl; dane wewnętrzne Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu.

Powyższe dane ukazują wzrost kosztów leczenia wprost proporcjonalny do stopnia zaawansowania nowotworu piersi. Niestety ma to bardzo niekorzystne skutki dla efektów leczenia oraz dla jakości życia pacjenta.

W przypadku leczenia raka jelita grubego podstawowym leczeniem raka jelita grubego jest zabieg operacyjny. Jego rozległość zależy od stopnia zaawansowania i umiejscowienia nowotworu. Radioterapia jest składową leczeniem radykalnego, zwłaszcza w przypadku raka odbytnicy. Stosowana jest również w leczeniu uzupełniającym i paliatywnym. Chemioterapia jest standardowym leczeniem uzupełniającym po leczeniu operacyjnym w III stopniu zaawansowania. Stosuje się ją w leczeniu paliatywnym.

Tabela 2

Szacunkowe koszty leczenia raka jelita grubego

Zabiegi	Rak zaawansowany miejscowo	Rak z przerzutami do węzłów chłonnych	Rak z przerzutami odległymi
Leczenie operacyjne	8357,00	9857,00	11 857,00
Napromieniowanie	12 000,00	16 000,00	18 000,00
Chemioterapia	42 000,00	64 000,00	90 000,00
Kontrola onkologiczna	934,00	934,00	934,00
Razem	63 291,00	90 791,00	120 791,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie: www.wco.pl; dane wewnętrzne Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu.

Koszty leczenia raka jelita grubego rosną wraz ze wzrostem stopnia zaawansowania nowotworu. Wzrost nakładów finansowych na leczenie chorych nie gwarantuje wyleczenia ani zwiększenia 5-letnich przeżyć wśród leczonych pacjentów. Dane statystyczne mówią o bardzo wysokiej umieralności w grupie osób z odległymi przerzutami.

2.2. Koszty badań profilaktycznych

Inicjowanie badań profilaktycznych jest jednym z zadań Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl). To ono na podstawie szczegółowych danych statystycznych wskazuje na najpilniejsze potrzeby zdrowotne obywateli⁴. Jest też podmiotem zatwierdzającym wielkości środków finansowych przekazywanych na działalność profilaktyczną. Programy polityki zdrowotnej, programy profilaktyczne finansowane są ze środków publicznych. Dotyczą one w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych, istotnych problemów zdrowotnych, wdrażania nowych procedur medycznych. Równoległe od 1 stycznia 2015 roku programy profilaktyki zdrowotnej może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować NFZ. W tej działalności często uczestniczą też wydziały zdrowia urzędów marszałkowskich czy powiatowych, choć ich rola jest zwykle uzupełniająca. Wielkość środków, którymi dysponuje NFZ (według planu) na rok 2016, wynosi 72 365 683 000 zł (www.nfz.gov.pl). Plan finansowy NFZ na lata 2015 i 2016 ze szczególnym uwzględnieniem środków przeznaczonych na finansowanie działań profilaktycznych zaprezentowano w tabeli 3.

Pomimo dużej wartości środków finansowych będących w dyspozycji NFZ na realizację świadczeń związanych z profilaktyką zdrowotną przeznaczono (wg planu 2016 r.) zaledwie 0,25% wartości przychodów. Warto zwrócić uwagę, że w 2015 roku na programy profilaktyczne przeznaczono również prawie 0,25% przychodów, choć w sprawozdaniu z wykonania planu wykazano już niespełna 84% środków jako faktycznie przekazane na działalność profilaktyczną. W obliczu wcześniejszych rozważań należy stwierdzić, że wartości te są stanowczo zbyt niskie.

⁴ W maju 2016 r. powstały pierwsze tzw. mapy potrzeb zdrowotnych wykonane przez Ministerstwo Zdrowia.

Tabela 3

Środki finansowe (tys. zł) na działalność profilaktyczną w planach finansowych NFZ w latach 2015–2016

Poz.	Wyszczególnienie	Plan finansowy 2016	Plan finansowy 2015	Wykonanie 2015
N	Przychody ogółem	72 365 683	69 931 611	
1.1	W tym: składka należna brutto	69 273 291		
O	Koszty ogółem	73 291 899	71 479 224	
B3	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0	0	
B2.11	Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	187 630	174 102	145 738,16 (co stanowi zaledwie 83,7% zaplanowanej na 2015 r. kwoty)
M	Wynik finansowy ogółem netto	-926 216	-1 547 613	

Źródło: www.bip/finanse-nfz.

W tabelach 4–5 przedstawiono koszty, które ponosi Ministerstwo Zdrowia w związku z organizacją programów badań przesiewowych. Dane w tabelach 4–5 ukazują, że wystarczy ponieść stosunkowo niewielkie koszty związane z zaproszeniem pacjentów na badania i ich wykonaniem alby wykryć chorobę we wczesnym, tańszym do leczenia i obciążonym mniejszą śmiertelnością stadium.

Tabela 4

Szacunkowy koszt leczenia raka piersi (2012 r.) (zł)

Zadanie	Środki bieżące	Środki majątkowe
Zaproszenie kobiet na badania przesiewowe (ok. 1 mln zaproszeń – 3,5 zł zaproszenie)	$3,5 \times 1\,000\,000 = 3\,500\,000$	0
Kontrola jakości badań (24 kontrole po ok. 540 zł/kontrola – dla 16 WOK)	$16 \times 24 \times 540 = 207\,360$	0
Koszty osobowe (2 etaty w 16 WOK, 2 etaty w COK – 12 m-cy, 2000 zł/os)	$34 \times 12 \times 2000 = 816\,000$	0
Monitorowanie kobiet z nieprawidłowym wynikiem testu (ok. 2500 zł na WOK)	$16 \times 2500 = 40\,000$	0
Organizowanie szkolenia dla pracowników WOK i konferencji podsumowującej realizację programu	15 000	0
Razem	4 578 360	

Źródło: www.mz.gov.pl.

Tabela 5

Koszty badań przesiewowych raka jelita grubego (2012 r.) (zł)

Zadanie	Środki bieżące	Środki majątkowe
Zaproszenie na badania przesiewowe (3,5 zł zaproszenie)	7 500 000	0
Kontrola jakości badań	207 360	0
Koszty osobowe	816 000	0
Monitorowanie pacjentów z nieprawidłowym wynikiem testu	140 000	0
Organizowanie szkolenia dla pracowników i konferencji podsumowującej realizację programu	15 000	0
Razem	4 678 360	

Źródło: www.mz.gov.pl.**Uwagi końcowe**

W Polsce badania naukowe dotyczące oceny kosztów leczenia w stosunku do kosztów działań profilaktycznych mają w zasadzie pionierski charakter z uwagi na niewielkie doniesienia literaturowe, jednak formułowane wnioski powinny mieć fundamentalne znaczenie dla osób i podmiotów podejmujących decyzje w zakresie kształtowania kierunków podziału środków finansowych i podejmowanych działań. Zaprezentowana w artykule uproszczona analiza wybranych procedur onkologicznych wskazuje jednoznacznie na konieczność podniesienia roli i znaczenia działań profilaktycznych z powodów zarówno finansowych, jak i zdrowotnych oraz społecznych. Same zapisy w aktach prawnych nie zmieniają dotychczas przyjętego i powszechnie akceptowanego sposobu postępowania, czyli leczenia zdiagnozowanych poważnych stanów chorobowych nie na początkowym, lecz zaawansowanym etapie. Zgodnie z obowiązującym od 2005 roku art. 7 ust. 3 ustawy z 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”⁵ celem są działania profilaktyczne zapewniające przeciwdziałanie oraz szybkie wykrywanie zapadalności na choroby nowotworowe. Brak determinacji i skuteczności w wykonaniu tych zapisów wciąż skutkuje rosnącą umieralnością na choroby onkologiczne w Polsce. Przedstawione w artykule dane uwidaczniają, że wystarczy ponieść stosunkowo niewielkie koszty związane z zaproszeniem pacjentów na badania i ich wykonaniem, aby wykryć chorobę we wczesnym, tańszym do leczenia i obciążonym mniejszą śmiertelnością stadium. Jest to korzystne zarówno dla jednostki, jak i dla całego społeczeństwa. Dodać należy, że badania w zakresie oceny efektywności badań profilaktycznych w kontekście kosztów leczenia różnych procedur medycznych będą pogłębiane i analizowane przez autorkę we własnych badaniach naukowych.

⁵ Ustawa z 1.07.2005 o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Dz.U. nr 143, poz. 1200.

Literatura

- Analiza kosztów wybranych onkologicznych produktów rozliczeniowych w Polsce – rekomendacje dotyczące taryf* (2016). Warszawa: Instytut Ochrony Zdrowia.
- Didkowska, J., Wojciechowska, U., Zatoński, W. (2013). *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r.* Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie.
- Kordek, R. (2007). *Onkologia*. Gdańsk: Via Medica.
- Krzakowski, M., Potemski, P., Warzocha, K., Wysocki, P. (red.). (2014). *Onkologia kliniczna*. Gdańsk: Via Medica.
- Siedlecka, E. (2012). Jak trafić w raka. *Gazeta Wyborcza*, 118, 4.
- Ustawa z 1.07.2005 o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Dz.U. nr 143, poz. 1200.
- Węgrzyn, M. (2013). *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*. Wrocław: Wyd. UE we Wrocławiu.
- Węgrzyn, M., Korenik, D. (2015). *Benchmarking szpitali. Przykład narzędzia benchmarkingowego „Portrety Szpitali – Mapy Możliwości, czyli monitorowanie jakości usług publicznych i benchmarking z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego”*. Wrocław: Prymat.
- Wilson, J.M., Junger, G. (1968). *Principles and Practice of Screening for Disease*. Geneva: WHO.
- www.bip/finanse-nfz
- www.metlifeamplico.pl
- www.mz.gov.pl
- www.nfz.gov.pl

THE COSTS OF PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS IN THE BUDGET OF THE NATIONAL HEALTH FUND

Abstract: In Poland, a lot is being said and written about the rising costs of healthcare. This causes the need for a more thorough look at the financial flows in the health sector. Actions taken so far, i.e. introducing changes to the lists of reimbursable medicines, activities for raising the efficiency of running healthcare entities through e.g. benchmarking assessments, or verification of activities reflecting so-called maps of health needs, are only a small part of the necessary activities. There is still not enough attention devoted to the issues of preventive healthcare, a health-related activity as the part of the health care system which brings the best results for both health and economy. This article is an attempt to reference medical expenses to the cost of preventive measures in the field of selected significant types of oncological illnesses.

Keywords: the cost of preventive examinations, treatment and preventive healthcare, the National Health Fund budget, the cost of breast cancer, the cost of colorectal cancer, preventive examinations

Cytowanie

- Węgrzyn, M. (2016). Koszty badań profilaktycznych w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 6 (84/2), 141–149. DOI: 10.18276/frfu.2016.6.84/2-12.

