

## Problem pomiaru efektów profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Izabela Nawrońska\*

**Streszczenie:** *Cel* – Na świecie wzrasta świadomość, że dla utrzymania i poprawy zdrowia ludności rządy muszą tworzyć skuteczny i sprawny system zdrowotny prowadzący do efektywnej profilaktyki chorób, gdyż bez odpowiednich nakładów na działania, które będą opóźniały zachorowania lub im zapobiegały, a także umożliwiały wczesną diagnozę i skuteczne (często tańsze) leczenie, nie należy oczekiwać znaczącej poprawy efektów zdrowotnych, ale również poprawy efektywności ekonomicznej systemu ochrony zdrowia. Celem artykułu jest wskazanie problematyki pomiaru efektów profilaktycznych programów zdrowotnych w aspekcie racjonalizacji wydatków publicznych, a więc umożliwiających ocenę efektywności i skuteczności programów.

*Metodologia badania* – Na podstawie zgromadzonego materiału empirycznego podjęto próbę określenia poziomu finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych ze środków publicznych dla wybranych krajów europejskich i Polski. W dalszej części artykułu poddano implementacji rozwiązania stosowane w pracach nad budżetem zadaniowym do działań w zakresie finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych. Ocenie poddano doświadczenia budżetu zadaniowego, przede wszystkim w zakresie programu wieloletniego, jakim jest Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, oraz doświadczenia na poziomie wybranej jednostki samorządu terytorialnego.

*Wynik* – W odniesieniu do profilaktycznych programów zdrowotnych, trudności, jakie napotyka pomiar efektów z nakładów publicznych, nabierają szczególnie wyraźnego kształtu. Wskazać należy tu na trudności w rozgraniczeniu wpływu na obserwowane wyniki realizowanych programów od szeregu czynników zewnętrznych, trudności ze sformułowaniem właściwych mierników czy też koniecznością wydłużenia horyzontu planowania. Pomimo tego zastosowanie programowania budżetowego, w Polsce przybierającego postać budżetu zadaniowego, umożliwiającego wypracowanie układu celów i mierników adekwatnych do podejmowanych działań, stwarza szanse na racjonalizację ponoszonych na profilaktykę wydatków pod warunkiem uwzględnienia ich specyfiki.

*Oryginalność/wartość* – Finansowanie profilaktyki chorób jest elementem szeroko rozumianego systemu zdrowia i powinno opierać się na takich instrumentach wydatkowania środków (w większości systemów zdrowia są to środki publiczne), aby jednocześnie pełniło funkcje narzędzi umożliwiających oddziaływanie na efektywność wykorzystania dostępnych zasobów. Podjęte w artykule zagadnienie uwzględniło złożoność obszaru, jakim jest profilaktyka chorób, z punktu widzenia realizowania zadań i wydatków publicznych oraz ich pomiaru.

**Słowa kluczowe:** finansowanie profilaktyki chorób, programowanie budżetowe, cele i mierniki

---

\* dr Izabela Nawrońska, Katedra Finansów, Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Uniwersytet Szczeciński, ul. Mickiewicza 64, Szczecin, e-mail: inawrońska@poczta.onet.pl.

## **Wprowadzenie**

Systemy ochrony zdrowia ulegają ewolucji w wielu obszarach jednocześnie: w aspekcie postępującej technologii, zwiększającej się wiedzy medycznej, przemian demograficznych, w szczególności starzenia się społeczeństwa, zmieniającej się zachorowalności i przez to ulegających modyfikacji priorytetów polityki zdrowotnej, nowych metod organizacji oraz bardziej złożonych mechanizmów finansowania. Poszczególne części składowe systemu ochrony zdrowia: profilaktyka chorób, podstawowa opieka zdrowotna, leczenie szpitalne mają różny udział w ochronie zdrowia różnych krajów. Przeważa pogląd, że efektywnym rozwiązaniem jest zwiększanie udziału profilaktyki chorób kosztem ograniczania udziału innych działań. Jak pisał w latach 80. XX wieku F. Capra, jeden z wybitnych wizjonerów i filozofów obecnego czasu: „Przyszły system opieki zdrowotnej będzie przede wszystkim polegał na stworzeniu rozległego, skutecznego i ściśle zintegrowanego systemu profilaktycznego. Dbanie o zdrowie będzie sprawą częściowo osobistą, a częściowo zbiorową, przy czym z reguły oba te aspekty powinny ze sobą współpracować” (Capra 1987: 454).

Polski system ochrony zdrowia w ostatnim dziesięcioleciu to przede wszystkim okres częstych zmian prawnych dotyczących bezpośrednio lub pośrednio publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym szpitali publicznych oraz zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia. Nie dało to jednak oczekiwanych efektów w postaci poprawy dostępu do świadczeń, lepszej sytuacji szpitali, czy oczekiwanej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Bez odpowiednich nakładów na działania, które będą opóźniały zachorowania lub im zapobiegały, a także umożliwiały wczesną diagnozę i skuteczne (często tańsze) leczenie, nie należy oczekiwać znaczącej poprawy efektów zdrowotnych, ale również poprawy efektywności ekonomicznej systemu ochrony zdrowia.

### **1. Poziom finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych ze środków publicznych**

Finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych niemal we wszystkich krajach pochodzi ze źródeł publicznych, nawet w tych, w których podejmowane są zmiany polegające na zwiększeniu udziału źródeł prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia. Sektor publiczny, jak pisze J. Sobiech, „zarówno ze względu na cel społeczny, jak i cel ekonomiczny – powinien obejmować, co najmniej (a więc w najwęższym zakresie), zdrowie publiczne, promocje i profilaktykę zdrowia (przynajmniej nieswoistą), ratownictwo medyczne oraz usługi opieki zdrowotnej świadczone na zasadzie równości, powszechności i sprawiedliwości” (Sobiech 2011: 186).

W ostatniej dekadzie obserwuje się znaczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. W większości z nich wydatki te stanowią istotne obciążenie dla sektora finansów publicznych. Utrzymanie się tendencji wzrostu wydatków na zdrowie w relacji do PKB stanowić będzie istotne wyzwanie dla

stanu finansów publicznych. W tym kontekście niezmiernie istotne będzie zwiększenie efektywności wykorzystania środków finansowych dostępnych obecnie w publicznym systemie ochrony zdrowia. Wśród potencjalnych działań, które pozwolą zrealizować ten cel, należą działania w zakresie profilaktyki chorób.

Przegląd profilaktycznych programów zdrowotnych, a przede wszystkim źródeł i poziomu ich finansowania, wskazuje wiele nieprawidłowości przeczących współczesnym zasadom racjonalności gospodarowania środkami publicznymi (Nawrońska 2013). Zdiagnozowane problemy mają zarówno aspekt finansowy, jak też odnoszą się do praktyki tworzenia i realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

O trudnościach natury finansowej przesądza przede wszystkim fakt zbyt niskich, w świetle dowodów naukowych, nakładów finansowych na działania w zakresie profilaktyki chorób. Przeważa opinia o trudnościach kwantyfikacji związku między nakładami na profilaktykę a stanem zdrowia społeczeństwa, tymczasem relatywnie krótka historia badań nad efektywnością profilaktyki już dziś dostarcza systematycznego, naukowego podejścia do podejmowania decyzji w oparciu o dostępne informacje.

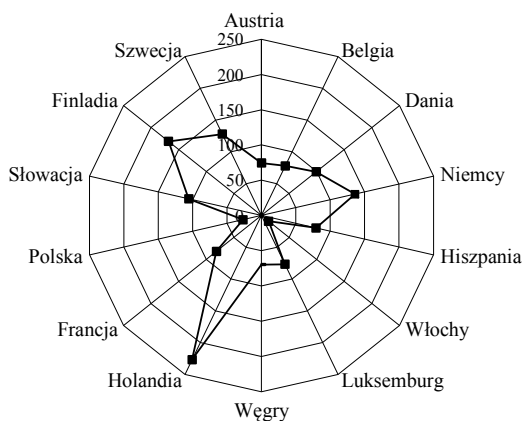
Złożoność problemu finansowania publicznego profilaktycznych programów zdrowotnych, brak wystarczających jednolitych i porównywalnych danych<sup>1</sup> sprawia, że ocena faktycznego poziomu finansowania stanowi wciąż ogromną lukę w badaniach, zarówno dotyczących poszczególnych krajów, jak i dotyczących porównań międzynarodowych. Pomimo tych trudności, podejmując próbę porównania wysokości nakładów związanych z profilaktyką chorób w krajach europejskich na przestrzeni ostatnich 10 lat, można jednoznacznie stwierdzić, że profilaktyka i zdrowie publiczne nie są głównym kierunkiem alokacji środków publicznych w systemach ochrony zdrowia (*Report on Health Systems...*). Ich udział w wydatkach publicznych ogółem na ochronę zdrowia wynosił od 0,6% we Włoszech do 3,7% w Finlandii. Występujące różnice w poszczególnych krajach są więc znaczne. Na rysunku 1 przedstawiono wydatki publiczne *per capita* na profilaktykę i zdrowie publiczne w wybranych krajach europejskich. Ze względu na dostępność jak najpełniejszych informacji, dane na rysunku dotyczą 2010 roku.

Uwzględniając typologie systemów ochrony zdrowia, od najbardziej klasycznej, w której kryterium są źródła finansowania, po podział systemów ze względu na przeprowadzane reformy dotyczące tych źródeł, nie można wskazać prawidłowości w większym lub mniejszym przeznaczaniu środków publicznych na działania profilaktyczne. Kraje posiadające systemy ochrony zdrowia oparte na modelu Bismarcka (modele ubezpieczeniowe), takie jak Austria, Niemcy, Francja przeznaczają na zdrowie publiczne środki w zróżnicowanej wysokości, jednocześnie będąc krajami o wysokim dochodzie. Podobnie Dania, Szwecja czy Finlandia, posiadające systemy oparte na modelu Beveridge'a, których podstawą jest finansowanie z podatków ogólnych zasilających budżet państwa, wykazują różny poziom

---

<sup>1</sup> Zwrócić tu należy uwagę na brak możliwości wyodrębnienia nakładów na profilaktykę chorób – niektóre działania związane z profilaktyką chorób są niekiedy traktowane jako interwencje medyczne i wyodrębnienie ich w systemie finansowania w poszczególnych krajach jest utrudnione, a często niemożliwe.

nakładów – zbliżony w Szwecji i Finlandia, niższy w Danii. Zauważalne różnice widać także między Hiszpanią a Włochami, pomimo tego, że wspólnie określane są jako kraje posiadające modele zmierzające w kierunku pełnych modeli budżetowych. Podział systemów ochrony zdrowia ze względu na podobieństwa instytucjonalne również nie wyjaśnia różnic w poziomie wydatków publicznych na profilaktykę i zdrowie publiczne. Wydaje się, że najważniejszą, być może jedyną determinantą, jest wysokość wydatków ogółem na ochronę zdrowia, silnie skorelowana z wysokością PKB, chociaż i tu występują pewne wyjątki, jak np. w Austrii.



**Rysunek 1.** Wydatki publiczne *per capita* na profilaktykę i zdrowie publiczne w wybranych krajach europejskich w 2010 roku (w USD, wg PPP)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Health Data OECD 2012.

Polska wydaje w ujęciu *per capita* najmniej spośród wybranych krajów. Tym bardziej konieczna jest dokładna ocena podejmowanych w Polsce działań.

Głównymi podmiotami, których działania mają kluczowe znaczenie w sferze profilaktyki–planowania i finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych, są Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorząd terytorialny, który przejął odpowiedzialność za stan zdrowia lokalnej społeczności.

Udział wydatków budżetu państwa – podstawowego płatnika realizującego programy zdrowotne, a wśród nich profilaktyczne programy zdrowotne, w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia zmniejszał się systematycznie do 2009 roku. Dopiero w 2010 roku zanotowano wzrost o 2%. W strukturze wydatków jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia programy polityki zdrowotnej stanowiły w latach 2006–2012 niewielką część. Można zauważyć tu systematyczny wzrost z poziomu 51,8 mln zł w roku 2006, do 82,5 mln zł w 2010 roku, lecz jest to znikomy procent wydatków JST w wydatkach na ochronę zdrowia. Natomiast poziom finansowania profilaktycznych programów zdrowotnych w wydatkach ogółem NFZ to jedynie około 0,2–0,3% (tab. 1).

**Tabela 1**

Wydatki z budżetu państwa, NFZ, jednostek samorządu terytorialnego na realizację programów polityki zdrowotnej\* w latach 2006–2012

Wydatki publiczne	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ogółem (tys. zł)	808 560	891 541	896 802	846 782	997 678	1 049 091	1 161 884
w tym:							
Budżet państwa	608 920	612 901	702 185	630 422	775 118	796 485	908 721
NFZ	147 760	220 221	126 611	132 349	140 045	170 816	175 841
JST	51 880	58 420	68 006	84 011	82 515	81 790	77 322
Wydatki publiczne	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Udział wydatków z budżetu w wydatkach budżetu ogółem na ochronę zdrowia (%)	15,80	11,00	10,50	9,30	11,30	10,50	12,10
Udział wydatków NFZ w wydatkach NFZ ogółem na ochronę zdrowia (%)	0,28	0,40	0,19	0,22	0,23	0,27	0,30
Udział wydatków JST w wydatkach JST ogółem na ochronę zdrowia (%)	1,70	1,90	1,80	2,00	2,00	2,00	2,20

\*Ze względu na duże rozbieżności w stosowanym powszechnie nazewnictwie w tablicy przyjęto określenie „programy polityki zdrowotnej” w celu jego ujednoczenia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań w wykonania budżetu Państwa, sprawozdań NFZ oraz sprawozdań z wykonania budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

W kontekście systematycznego w ostatnich latach zwiększania nakładów na ochronę zdrowia należy stwierdzić, że w Polsce mamy do czynienia z lekceważeniem funkcji profilaktycznych w systemie ochrony zdrowia wbrew dowodom na racjonalność działań w zakresie zdrowia publicznego oraz wbrew postulatom WHO i Komisji Europejskiej. Niestety, mało dostrzegalne, bieżące rezultaty działań profilaktycznych często powodują marginalizację tych problemów. Zawsze może pojawić się poważniejszy problem społeczny. Stąd też programy profilaktyczne wymagają sprawniejszych działań, tak aby zapewnić dostateczny poziom ich realizacji przy stabilnym ich finansowaniu. Funkcjonujące dotychczas 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 w omawianym zakresie. Szansą na zmianę części wymienionych negatywnych zjawisk jest poszukiwanie i stosowanie narzędzi kształtowania wydatków publicznych, umożliwiających ocenę ich skuteczności i efektywności.

## 2. Programowanie budżetowe a profilaktyczne programy zdrowotne

Podstawowym narzędziem kształtowania wydatków publicznych jest ich planowanie, powszechnie utożsamiane z tradycyjnymi metodami kształtowania wydatków, z ich zaletami,

ale też wadami. Jak zauważa S. Owsiak „Niebezpieczeństwa związane z administracyjnym mechanizmem alokacji środków publicznych stały się podstawą poszukiwań teoretycznych oraz praktycznych eksperymentów mających na celu racjonalizację wydatków publicznych. Główny kierunek poszukiwań zmierzał do ograniczenia arbitralności i woluntaryzmu decyzyjnego oraz eliminowania marnotrawstwa. Przyjęto założenie, że wydatkowanie publiczne musi być poddane nowoczesnym procedurom wynikającym z teorii i praktyki zarządzania” (Owsiak 2006: 261). Dalej Autor wskazuje, że takie podejście do wydatków publicznych nazwano programowaniem budżetowym, aby odróżnić je od stosowanego powszechnie terminu „planowanie budżetowe”. Tak więc nowoczesne metody planowania (programowania) budżetowego są wyrazem ogólnego trendu odchodzenia od tradycyjnego modelu funkcjonowania sektora publicznego do modelu zarządzania publicznego, charakteryzującego się próbą implementacji zasad funkcjonowania podmiotów prywatnych do zasad funkcjonowania podmiotów publicznych. Podejmowane w Polsce działania dotyczące programowania budżetowego nazwano budżetem zadaniowym, którego istotą jest „wprowadzenie zarządzania wydatkami publicznymi poprzez cele odpowiednio skonkretyzowane i zhierarchizowane, na rzecz osiągnięcia określonych rezultatów, mierzonych za pomocą ustalonego systemu mierników” (Lubińska i in. 2006: 647). Należy podkreślić, że pomiar efektów realizacji zadań w sektorze publicznym napotyka na liczne bariery – zarówno o charakterze obiektywnym, wynikającym ze specyfiki sektora publicznego, jak i subiektywnym, wynikającym z niechęci administracji publicznej do poddawania ocenie swojej działalności. Jednak właśnie ta specyfika powoduje, że mierzenie stopnia realizacji celów oraz relacji nakładów do efektów jest szczególnie ważne w sektorze publicznym. Pokazanie, jakie dobra i usługi publiczne są realizowane za wydatki publiczne, w znaczący sposób podnosi jakość sektora finansów publicznych. Pomiar skuteczności i efektywności powinien być realizowany tak, aby „mierzyć” w takim stopniu, w jakim jest to konieczne i możliwe (*Nowe zarządzanie publiczne...* 2009: 57).

Jak wskazano we wcześniejszej części artykułu, podstawowym płatnikiem realizującym programy promocji zdrowia i profilaktyki chorób jest budżet państwa. W sposób oczywisty reformy dotyczące finansów publicznych, w szczególności budżetu, znajdować powinny odzwierciedlenie w finansowaniu programów polityki zdrowotnej. Analizując przypisane Ministerstwu Zdrowia podzadanie „Realizacja programów polityki zdrowotnej ważnych dla zdrowia społeczeństwa”, wskazać należy na coraz wyższy stopień ogólności stosowanych mierników, ale także przyjętych celów. O ile w roku 2008 określały one w dość przejrzysty sposób priorytety polityki zdrowotnej państwa w zakresie działań profilaktycznych, to już w kolejnych latach jest to zadanie utrudnione. Stosowane w poszczególnych latach mierniki nie uwzględniały „ciężaru” poszczególnych działań – realizowanych programów polityki zdrowotnej (Nawrońska 2011: 255). Wyjątkiem stał się wieloletni program „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, DzU z dnia 31 marca 2008 r., nr 54, poz. 325.

W 2008 roku, w ramach realizowanej reformy finansów publicznych, podjęto inicjatywę dotyczącą modernizacji jednej z najważniejszych form gospodarowania środkami budżetowymi, jaką są programy wieloletnie. Działania te były ściśle związane z wdrażaniem budżetu zadaniowego, a ich rezultatem była część ustawy budżetowej na 2009 rok, w której po raz pierwszy bezpośrednio ujęto programy wieloletnie w formie odpowiedniej dla metody budżetu zadaniowego<sup>3</sup>. Pomiar realizacji celów Programu zapewnić mają mierniki przedstawione w tabeli 2.

**Tabela 2**

Wydatki oraz mierniki realizacji celów „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”

	2009	2010	2011	2012*
<b>Wydatki budżetu państwa</b>				
Plan po zmianach (mln zł)	250,00	286,00	263,90	251,00
Wykonanie (mln zł)	244,60	275,30	259,20	245,40
Procent wykonania	97,85	96,25	98,24	97,80
<b>Mierniki</b>				
Liczba wykonanych badań profilaktycznych – badania profilaktyczne raka piersi (tys. badań)	(p) 1200 (w) 891 (%) 74,3	(p) 1600 (w) 948 (%) 59,2	(p) 1000 (w) 1113 (%) 111,3	(p) 43% (w) 43% –
Liczba wykonanych badań profilaktycznych – badania profilaktyczne raka szyjki macicy (tys. badań)	(p) 1100 (w) 875 (%) 79,5	(p) 1800 (w) 765 (%) 42,5	(p) 1000 (w) 803 (%) 80,3	(p) 23% (w) 23% –
Liczba wykonanych badań profilaktycznych – badania profilaktyczne kolonoskopowe (tys. badań)	(p) 40 (w) 24 (%) 60	(p) 45 (w) 20 (%) 44,4	(p) 30 (w) 40 (%) 133,3	(p) 36,6 (w) 36,6 (%) 100,0
Osiągnięcie wskaźnika WHO dotyczącego wyposażenia zakładów radioterapii, tj. 1 aparat megawoltowy na 300 tys. mieszkańców	(p) 400,0 (w) 373,7	–	–	–
Liczba kontroli jakości badań:		–	–	–
– mammograficznych	(p) 95% (w) 70%			
– cytologicznych	(p) 50% (w) 14%			

\* W 2012 roku nastąpiła zmiana mierników dotyczących badań skryningowych raka piersi i raka szyjki macicy z liczby na procentowy wskaźnik objęcia populacji badaniami.

(p) plan; (w) wykonanie; (%) procent realizacji planu

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań w wykonania budżetu Państwa.

<sup>3</sup> Zestawienie programów wieloletnich w układzie zadaniowym zawiera następujące elementy: 1) nazwę programu i podstawę prawną jego utworzenia; 2) jednostkę organizacyjną realizującą program lub koordynującą jego wykonanie; 3) cel programu; 4) zadania programu; 5) okres realizacji programu; 6) łączne nakłady, w tym z budżetu państwa, na realizację programu; 7) wysokość wydatków w roku budżetowym oraz w kolejnych latach na realizację programu; 8) mierniki określające stopień realizacji celu (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r.).

Zastosowane mierniki pozwalają na ocenę podstawowych kwestii związanych z realizacją programu, nie wyczerpują jednak pełnego spectrum możliwych i oczekiwanych efektów jego realizacji. Zauważyć można dużą zmienność w planowanych wartościach mierników, ich realizacji, a co za tym idzie – ich wykonania. Konieczne jest, po pierwsze – „urealnienie” planów, po drugie – rozszerzenie zakresu mierników. Właściwe byłoby podanie obok liczby wykonywanych badań liczbę wykrytych zmian (np. zmiany łagodne, podejrzone, rak). Wskazywałyby to na ogólną skalę problemu zdrowotnego, jakim jest choroba nowotworowa, ale przede wszystkim powiązałyby to realizację programu z jego celem, jakim jest osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów. Należy zaznaczyć, że stosowane obecnie mierniki nie mają bezpośredniego powiązania z pozostałymi celami programu, jakimi są np. zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory czy osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia.

Powszechnie podkreśla się, że najtrudniejszą kwestią związaną z oceną wykonania zadań jest kwestia doboru odpowiednich mierników. Bardzo utrudniona jest analiza zjawisk zachodzących w ochronie zdrowia, a szczególnie trudne wydaje się to w działaniach profilaktycznych, charakteryzujących się efektami odległymi w czasie (efekty programów profilaktycznych widoczne są zwykle po wielu latach). Według S. Owsiaka „konstrukcja mierników, ich treść, wartości referencyjne należy uznać za podstawowy warunek sukcesu całego przedsięwzięcia określanego mianem budżetu zadaniowego” (Owsiak 2012: 37). Jak podkreśla dalej Autor, problem wyboru mierników i ich zastosowanie będzie stanowiło istotne wyzwanie zarówno przed realizatorami zadań, jak i dysponentami środków budżetowych. Jak pokazują doświadczenia międzynarodowe, wypracowanie metodologii wdrożenia budżetu zadaniowego jest procesem złożonym i czasochłonnym, dotyczy to również tego podstawowego elementu, jakim są mierniki. Można więc przyjąć, że w kolejnych latach następować będzie weryfikacja mierników stosowanych w budżecie zadaniowym, a więc także tych dotyczących realizacji programów polityki zdrowotnej.

Tak jak w przypadku budżetu państwa w układzie zadaniowym, także w jednostkach samorządu terytorialnego z budżetowaniem zadaniowym wiążą się problemy zdefiniowania zadań, wydłużenia horyzontu planowania, ale przede wszystkim z doбором mierników.

Stosowane w budżetach zadaniowych jednostek samorządu terytorialnego mierniki mogą mieć charakter mierników produktu (będą odzwierciedlać wykonanie danego zadania w krótkim okresie i pokazywać konkretne dobra i usługi, mierząc bezpośrednią konsekwencję działań w ramach realizacji poszczególnych zadań), rezultatów (mierzą efekty uzyskane w wyniku działań objętych zadaniem, realizowanych za pomocą odpowiednich wydatków, mierzą zatem skutki podejmowanych działań) lub kosztu jednostkowego<sup>4</sup>.

Przykładem wskazanych problemów związanych z zastosowaniem budżetu zadaniowego może być analiza celów i mierników w budżecie Szczecina dla Programów zdrowotnych na rzecz mieszkańców miasta w latach 2008–2010 (Nawrońska 2013). Trzy analizowane lata

<sup>4</sup> Zgodnie z metodologią używaną w krajach OECD i UE w metodyce budżetu zadaniowego przyjęto trzy następujące rodzaje mierników: oddziaływania, produktu i rezultatu (*Nowe zarządzanie publiczne...* 2009: 59).



charakteryzują się dużą zmiennością przyjętych mierników, ale bardziej niepokojące jest ich niewykorzystywanie. Szczególnie w roku 2008, mimo określenia 8 mierników w planie budżetu w układzie zadaniowym, w sprawozdaniu z wykonania budżetu żaden z nich nie został ujęty. Sytuacja ta dotyczyła wszystkich zadań przyjętych do realizacji w roku 2008. Reasumując, rok 2008 to budżet w układzie zadaniowym jedynie na poziomie planu. Można przyjąć, że dobór mierników do zadań nie był poparty możliwościami gromadzenia informacji niezbędnych do ich wyliczenia. Chociaż w przypadku jednego z mierników dotyczących programów zdrowotnych – średniego kosztu zadania na 1 mieszkańca, trudno przyjąć takie ograniczenie. W kolejnych dwóch latach zweryfikowana została ilość mierników. Przyjęto 5 mierników, w tym dwa to mierniki kosztowe (średni koszt zadania na 1 osobę objętą programem, średni koszt zadania na 1 mieszkańca) i trzy mierniki produktu. Warto zwrócić uwagę na miernik dotyczący określenia ilości osób objętych programami. W planie dla roku 2010 ma on wartość procentową, natomiast w sprawozdaniu przyjęto liczbę mieszkańców. Jak pokazuje przykład Szczecina, dobór mierników i ich praktyczne zastosowanie odbywa się metodą prób i błędów. Z punktu widzenia znaczenia działań w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych dla zaspokojenia potrzeb mieszkańców, uzyskiwanych w wyniku ich realizacji efektów zdrowotnych, pozytywnie ocenić można nieograniczanie się do zastosowania mierników kosztowych. Z drugiej strony, jak podkreśla S. Owsiak, dobór mierników (m.in. ich liczba) musi być oparty na zasadach zdroworozsądkowych, ze względu na ryzyko technokracji (Owsiak 2012).

Doświadczenia budżetu zadaniowego zarówno na poziomie budżetu państwa (przede wszystkim w zakresie programów wieloletnich), jak i na poziomie jednostek samorządu terytorialnego w odniesieniu do programów zdrowotnych traktować należy jako poszukiwanie racjonalizowania wydatków publicznych. Ale budżet zadaniowy nie stanowi panaceum na rozwiązanie wszystkich problemów finansowania tych programów. Warto podkreślić, że pominięto w budżecie zadaniowym Narodowy Fundusz Zdrowia, stanowiący drugi, po budżecie państwa, podmiot finansujący zadania w zakresie profilaktyki chorób ze środków publicznych.

## **Uwagi końcowe**

Związki między finansowaniem profilaktyki chorób a racjonalizacją wydatków publicznych wynikają z „natury” działań państwa. Zdrowie i jego ochrona należą w specyficzny sposób do dóbr publicznych, a to implikuje sprecyzowanie kryterium wyboru, którym powinno kierować się państwo podejmując decyzje o alokacji zasobów publicznych, co jest związane z problematyką pomiaru efektów z nakładów publicznych. W odniesieniu do profilaktycznych programów zdrowotnych, trudności jakie napotyka pomiar efektów z nakładów publicznych, nabierają szczególnie wyraźnego kształtu. Wskazać tu należy na trudności w rozgraniczeniu wpływu na obserwowane wyniki realizowanych programów od szeregu innych czynników zewnętrznych, trudności ze sformułowaniem właściwych

mierników czy też z koniecznością wydłużenia horyzontu planowania. Sformułowane w literaturze zasady budżetowania zadaniowego: przejrzystości, wieloletniości, skuteczności i efektywności oraz konsolidacji (Lubińska 2010: 131), w przypadku profilaktycznych programów zdrowotnych wymagają uwzględnienia ich specyfiki.

## Literatura

- Capra F. (1987), *Punkt zwrotny*, PIW, Warszawa.
- Lubińska T. (2010), *Budżet a finanse publiczne*, Difin, Warszawa.
- Lubińska T., Lozano-Platonoff A., Strąg T. (2006) *Budżet zadaniowy – racjonalność – przejrzystość – skuteczność*, „*Ekonomista*” nr 5.
- Lubińska T. (2009), *Budżetowanie zadaniowe w kontekście zasad podatkowych i zasad budżetowych*, w: *W poszukiwaniu efektywności finansów publicznych*, red. S. Wieteska, M. Wypych, Uniwersytet Łódzki, Łódź.
- Nawrońska I. (2013), *Finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych*, Difin, Warszawa.
- Nawrońska I. (2011), *Finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle nowego zarządzania publicznego*, w: *Nowe zarządzanie publiczne w warunkach kryzysu*, red. S. Owsiak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Nowe zarządzanie publiczne – skuteczność i efektywność. Budżet zadaniowy w Polsce* (2009), red. T. Lubińska, Difin, Warszawa.
- Owsiak S. (2006), *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Owsiak S. (2012), *Węzłowe problemy i dylematy związane ze stosowaniem budżetu zadaniowego w Polsce*, w: *Budżet zadaniowy – metoda racjonalizacji wydatków*, red. B. Woźniak, M. Postuła, CeDeWu, Warszawa.
- Report on Health Systems Council of the European Union*, Joint Economic Policy Committee – European Commission The European Union Brussels, 29 November 2010/16940/10.
- Sobiech J. (2011), *Ograniczenia finansowego mechanizmu alokacji zasobów w opiece zdrowotnej*, w: *O nowy model działalności regulacyjnej państwa w sferze finansów*, red. A. Możdzierz, K. Surówka, PWE, Warszawa.
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, DzU nr 54, poz. 325.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, DzU nr 157, poz. 1240.

## THE PROBLEM OF MEASURING THE EFFECTS OF PREVENTIVE HEALTH PROGRAMS FINANCED FROM PUBLIC FUNDS

**Abstract:** *Purpose* – It became clear around the world, that governments have to create efficient and effective health care systems to maintain and to improve the level of the public health. It is not possible to expect that this improvement of the health effects and the economic effectiveness of the health care system can be achieved without sufficient resources. The purpose of this article is to identify problems of measuring the effects of preventive health programs in terms of rationalization of public expenditures, and therefore to assess the efficiency and effectiveness of programs.

*Design/methodology/approach* – Based on empirical material gathered, the level of public funding of preventive health programs for selected European countries and Polish had been specified. The rest of the article presents the implementation of solutions used along the work on the budget for the financing preventive health programs. We evaluated budgeting experience, primarily in the field of multi-annual program, as the National Program for Cancer Prevention and the experience of the selected local government units.

*Findings* – With regard to preventive health programs, the difficulties induced by the measurement of the effects of public spending become particularly clear. It should be noted there the difficulty in determining the impact on the observed results of the programs implemented by a number of external factors, as well as difficulties to formulate appropriate measures or the need to extend the timing horizon. Despite this, the use of performance budgeting, enabling the development of objectives and measures adequate to the actions taken, creates opportunities to rationalize its spending on prevention provided taking into account their specific situation.

*Originality/value* – Funding of the disease prevention is the part of the wider health system. It should be based on such instruments, which simultaneously served as tools to influence the efficiency of available resources. The issue undertaken in the article, includes the complexity of the prevention of diseases, from the point of view of public spending, implementation of tasks and their measurement.

**Keywords:** health prevention finance, performance budgeting, goals and measures

## Cytowanie

Nawrońska I. (2014), *Problem pomiaru efektów profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 804, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 67, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, s. 933–943; [www.wneiz.pl/frfu](http://www.wneiz.pl/frfu).