

*Małgorzata Ołdak*¹

Dlaczego nie zgłaszamy się na badania profilaktyczne? Rola behawioralnej polityki publicznej w kształtowaniu polityki zdrowotnej: wnioski dla programu „Profilaktyka 40 PLUS”

Abstrakt

Pomimo rosnącej świadomości znaczenia profilaktyki zdrowotnej, uczestnictwo obywateli w programach przesiewowych, takich jak „Profilaktyka 40 PLUS”, pozostaje na relatywnie niskim poziomie. Niniejszy artykuł podejmuje próbę identyfikacji kluczowych barier ograniczających zaangażowanie społeczne w tego typu inicjatywy oraz wskazuje możliwe kierunki interwencji opartych na założeniach behawioralnej polityki publicznej (BPP), której celem jest kształtowanie decyzji obywateli poprzez uwzględnienie mechanizmów psychologicznych i ekonomicznych wpływających na ich wybory. W oparciu o analizę literatury oraz wtórną analizę danych zbiorczych omówiono mechanizmy, które mogą przyczynić się do zwiększenia efektywności działań profilaktycznych, w tym uproszczenie procedur rejestracyjnych, zastosowanie domyślnych mechanizmów zapisu pacjenta (ang. *opt-out*), eliminację barier poznawczych oraz wykorzystanie narzędzi typu „szturchnięcia” (ang. *nudges*), które minimalizują wysiłek poznawczy wymagany do podjęcia decyzji. W analizowanym kontekście szczególnego znaczenia nabiera również kwestia struktury finansowania systemu ochrony zdrowia. Obecne nakłady na działania profilaktyczne

¹ Katedra Polityki Społecznej WNPiSM UW, e-mail: m.oldak@uw.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-0465-5763>

w Polsce, najniższe spośród wszystkich państw Unii Europejskiej, pozostają niewspółmierne do ich potencjalnego wpływu na poprawę stanu zdrowia populacji. Reakcja na wyzwania związane z niską zgłaszalnością wymaga zatem nie tylko zwiększenia zasobów, ale przede wszystkim lepszego dostosowania interwencji do rzeczywistych mechanizmów podejmowania decyzji przez obywateli. Implementacja podejścia behawioralnego może zatem stanowić jakościową zmianę w projektowaniu działań profilaktycznych, zwiększając ich efektywność, skuteczność i adekwatność wobec rzeczywistych wzorców zachowań zdrowotnych społeczeństwa.

Słowa kluczowe: behawioralna polityka publiczna, behawioralne interwencje publiczne, programy profilaktyczne, program „Profilaktyka 40 PLUS”, polityka zdrowotna

Kody klasyfikacji JEL: H51, I12, I18, J18

Why Do We Not Report for Preventive Tests? The Role of Behavioral Public Policy in Shaping Health Policy: Lessons for the “Prevention 40 PLUS” Program

Abstract

Despite growing awareness of the importance of preventive health care, citizen participation in screening programmes such as “Prevention 40 PLUS” remains relatively low. This article attempts to identify the main barriers that limit public participation in such initiatives, and suggests possible directions for intervention based on the principles of behavioural public policy (BPP), which aims to influence citizens’ decisions by addressing the psychological and economic mechanisms that influence their choices. Based on a literature review and a secondary analysis of aggregate data, mechanisms that can help increase the effectiveness of preventive interventions are discussed, including simplifying enrolment procedures, using opt-out mechanisms, removing cognitive barriers, and using nudges to minimize the cognitive effort required to make a decision.

In this context, the issue of the financing structure of the health care system is also of particular importance. Current spending on prevention in Poland – the lowest in the European Union – remains disproportionate to its potential impact on improving the health of the population. Responding to the challenge of low uptake therefore requires not only an increase in resources, but above all a better alignment of interventions with the actual decision-making mechanisms of citizens. The implementation of a behavioural approach can therefore represent a qualitative change in the design of preventive interventions, increasing their effectiveness, efficiency and relevance to the actual health behaviours of the population.

Keywords: behavioral public policy, behavioral public interventions, prevention programs, “Prevention 40 PLUS” program, health policy

JEL Classification Codes: H51, I12, I18, J18

Wprowadzenie

Anna, 47-letnia nauczycielka z małego miasta, od lat odkładała badania profilaktyczne. Nie miała czasu, czuła się zdrowa, a poza tym – jak sama mówiła – „nigdy nie chorowała”. Gdy w końcu, namówiona przez koleżankę, zdecydowała się skorzystać z programu „Profilaktyka 40 PLUS”, była zaskoczona liczbą potencjalnych badań. Jednak proces rejestracji i konieczność wizyty w przychodni skutecznie ją zniechęciły. „Może innym razem” – pomyślała, odkładając sprawę na bliżej nieokreśloną przyszłość. Pomimo kampanii edukacyjnych i informacyjnych, program „Profilaktyka 40 PLUS” nie osiągnął pełnego potencjału pod względem uczestnictwa. Wiele osób, podobnie jak Anna, zrezygnowało z badań z powodu braku poczucia pilności, skomplikowanych procedur administracyjnych, barier behawioralnych oraz dodatkowych trudności, takich jak konieczność organizacji dojazdu do placówki realizującej badania. Jakie mechanizmy mogą skutecznie zwiększyć udział społeczeństwa w badaniach profilaktycznych? Odpowiednich narzędzi może dostarczyć behawioralna polityka publiczna, która bada, w jaki sposób nawet niewielkie zmiany w projektowaniu programów publicznych mogą znacząco zwiększyć ich skuteczność. W kontekście programów profilaktycznych narzędzia takie jak „szturchnięcia” (ang. *nudges*), uproszczenie procesów decyzyjnych, eliminacja barier behawioralnych czy automatyczne mechanizmy zapisów (ang. *opt out*) mogą znacząco zwiększyć uczestnictwo.

Niniejszy artykuł analizuje możliwości zastosowania behawioralnej polityki publicznej (BPP) w optymalizacji programu „Profilaktyka 40 PLUS”, w celu zwiększania frekwencji w badaniach profilaktycznych. Ponadto w pracy zidentyfikowano kluczowe bariery ograniczające udział w programie oraz wskazano rozwiązania oparte na podejściu behawioralnym, które mogą przyczynić się do poprawy zdrowia publicznego i efektywniejszego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia.

Zestawienie danych dotyczących finansowania profilaktyki zdrowotnej w Polsce i innych krajach UE wskazuje, że zagadnienie to wymaga pogłębionej analizy. W 2021 roku Polska przeznaczyła na profilaktykę zdrowotną jedynie 20,6 EUR na mieszkańca – najmniej spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej. Dla porównania, Austria i Dania przeznaczyły odpowiednio 566,4 EUR i 555,1 EUR na osobę (Eurostat, 2025). Tymczasem w Polsce zaledwie 1,5% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia trafia na działania edukacyjne i profilaktyczne, mimo że ich potencjał w zakresie redukcji umieralności może sięgać nawet 43%. Konieczność zmiany tego podejścia podkreślała m.in. Najwyższa Izba Kontroli (NIK), apelując o inwestowanie w zdrowie obywateli, promowanie prozdrowotnych postaw oraz wspieranie aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania (NIK, 2019). Tak niepokojące dane wskazują, że kwestia ta wymaga pogłębionej refleksji i systemowych działań. Przy

ograniczonych zasobach finansowych szczególnego znaczenia nabiera zatem poszukiwanie rozwiązań, które pozwolą zwiększyć efektywność działań profilaktycznych. W tym świetle narzędzia ekonomii behawioralnej mogą stać się kluczowym elementem optymalizacji polityki zdrowotnej, umożliwiając osiągnięcie lepszych rezultatów przy niższych nakładach.

Na potrzeby niniejszego artykułu przyjmuję, że behawioralna polityka publiczna to interdyscyplinarne podejście, które wykorzystuje wiedzę o ludzkim zachowaniu do projektowania i wdrażania skuteczniejszych polityk publicznych. Jej celem jest zrozumienie, w jaki sposób czynniki psychologiczne i społeczne wpływają na podejmowanie decyzji, a następnie wykorzystanie tej wiedzy do tworzenia skutecznych polityk, które poprawiają dobrobyt jednostek i społeczeństwa (Oliver et al., 2013). Jej kluczowe aspekty, które mogą znaleźć zastosowanie w programach profilaktycznych, to analiza i uwzględnianie rzeczywistych zachowań ludzi, a nie tylko założeń o ich racjonalności, uwzględnienie wpływu czynników psychologicznych (np. efekt odroczenia) i społecznych (np. normy społeczne) na proces podejmowania decyzji oraz projektowanie polityk, które pomagają ludziom w podejmowaniu lepszych decyzji dotyczących zdrowia i osiąganiu pozytywnych rezultatów (Oliver et al., 2013). Przyjęty w artykule paradygmat BPP opiera się na założeniu, że decyzje jednostek nie są wynikiem wyłącznie racjonalnej kalkulacji zgodnej z modelem ekonomii neoklasycznej, lecz podlegają wpływowi błędów poznawczych (np. heurystyk, nadmiernej ufności, efektu *status quo*), norm społecznych oraz czynników kontekstualnych, które często kształtują wybory w sposób nieuświadomiony. Uznając te mechanizmy, BPP koncentruje się na projektowaniu środowiska decyzyjnego w sposób wspierający podejmowanie prozdrowotnych i społecznie korzystnych wyborów. Podsumowując, uznaję, że behawioralna polityka publiczna powinna stanowić kluczowe narzędzie wspierające skuteczność programów profilaktycznych poprzez dostosowanie interwencji do rzeczywistych mechanizmów podejmowania decyzji przez jednostki, a efektywność działań profilaktycznych zależy nie tylko od ich zakresu, lecz także od sposobu ich wdrażania, prezentacji i osadzenia zarówno w kontekście społecznym, jak i psychologicznym.

Metodologia badań

W artykule zastosowano triangulację metod badawczych, łącząc analizę literatury przedmiotu z wtórną analizą danych statystycznych. Analiza literatury miała na celu identyfikację kluczowych koncepcji teoretycznych i praktyk z zakresu behawioralnej polityki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem interwencji opar-

tych na tzw. „szturchnięciach” (*nudges*), uproszczeniu procesów decyzyjnych oraz mechanizmach automatycznego zapisu (*opt-out*). Uwzględniono zarówno opracowania teoretyczne, jak i wyniki badań empirycznych dotyczących wpływu interwencji behawioralnych na uczestnictwo w badaniach przesiewowych oraz analiz barier ograniczających dostęp do profilaktyki zdrowotnej.

Drugim komponentem metodologicznym była wtórna analiza danych zbiorczych dotyczących realizacji programu „Profilaktyka 40 PLUS” w okresie od lipca 2021 do lipca 2024 roku, udostępnionych przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Analiza ta umożliwiła osadzenie wniosków teoretycznych w konkretnym kontekście procesu wdrażania programu w Polsce. Należy zaznaczyć, że wysoki poziom agregacji danych stanowił istotne ograniczenie badania – brak dostępu do danych indywidualnych uniemożliwiał pogłębioną analizę motywacji uczestników oraz ich zachowań zdrowotnych. Z tego względu uzyskane wyniki należy traktować jako punkt wyjścia do dalszych badań, w szczególności jakościowych, takich jak wywiady pogłębione lub badania ankietowe, które pozwoliłyby uzupełnić analizę o kontekst psychologicznych i społecznych uwarunkowań decyzji o udziale w programie.

Rola wiedzy behawioralnej w programach profilaktycznych

Behawioralna polityka publiczna oraz programy profilaktyczne realizują wspólny cel, jakim jest kształtowanie zachowań indywidualnych i zbiorowych w sposób, który sprzyja dobrostanowi społecznemu oraz ogranicza potencjalnie negatywne konsekwencje działań lub zaniechań ze strony jednostek i grup społecznych. BPP integruje dorobek ekonomii behawioralnej i psychologii poznawczej, projektując interwencje, które w sposób subtelny, lecz skuteczny skłaniają jednostki do podejmowania decyzji zgodnych zarówno z ich długofalowym interesem, jak i interesem publicznym. Programy profilaktyczne koncentrują się natomiast na identyfikacji oraz eliminacji czynników ryzyka, zanim doprowadzą one do eskalacji problemów zdrowotnych lub społecznych. Synergia tych dwóch podejść umożliwia projektowanie działań profilaktycznych, które są nie tylko ukierunkowane na źródła problemów, lecz także dostosowane do rzeczywistych mechanizmów poznawczych i decyzyjnych odbiorców.

Behawioralna polityka publiczna zakłada, że decyzje podejmowane przez jednostki nie zawsze są zgodne z modelem racjonalnego wyboru. Błędy poznawcze (np. heurystyki, nadmierna ufność, błąd *status quo*), normy społeczne oraz czynniki kontekstualne często wpływają na podejmowane decyzje w sposób nieuświadomiony

i odbiegający od założeń ekonomii neoklasycznej. Uznając te mechanizmy, BPP stara się projektować środowisko decyzyjne w sposób sprzyjający podejmowaniu pożądanых społecznie wyborów.

Jednym z kluczowych narzędzi wykorzystywanych w tym podejściu są tzw. „szturchnięcia” – subtelne bodźce projektowane w taki sposób, aby wpływać na zachowania, nie ograniczając jednocześnie swobody wyboru. Zastosowanie tych technik znajduje szczególne uzasadnienie w obszarze działań prewencyjnych, gdzie celem jest aktywizowanie proaktywnych działań, zanim pojawią się negatywne skutki zdrowotne lub społeczne (Costa-Font et al., 2023; Mozafar et al., 2023). Przykłady zastosowania obejmują kampanie promujące szczepienia ochronne, przypomnienia o badaniach profilaktycznych czy inicjatywy wspierające zdrowy styl życia. Efektywność tych interwencji zależy nie tylko od zastosowanych narzędzi, ale również od ich odpowiedniego osadzenia w kontekście psychologicznym i społecznym, dostosowanym do specyfiki konkretnej populacji.

Relacja między behawioralną polityką publiczną a programami profilaktycznymi powinna opierać się na zasadzie wzajemnego uzupełniania i wzmacniania. BPP dostarcza zarówno podstaw teoretycznych, jak i narzędzi praktycznych umożliwiających projektowanie skutecznych interwencji, natomiast programy profilaktyczne stanowią pole ich zastosowania i empirycznej weryfikacji. Wzajemne sprzężenie tych obszarów umożliwia tworzenie programów, które są nie tylko skuteczne w promowaniu zachowań prozdrowotnych, ale również zgodne z zasadami etycznymi. Takie podejście może przyczynić się zarówno do poprawy stanu zdrowia populacji, jak i zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia.

W ostatnich latach programy oparte na wiedzy behawioralnej były z powodzeniem wykorzystywane w programach profilaktycznych do identyfikacji oraz przezwyciężania barier poznawczych i środowiskowych, które ograniczają zaangażowanie jednostek w działania prewencyjne (Soofi et al., 2020; Alpaca i Campos, 2023). Podczas pandemii COVID-19 podejścia behawioralne odegrały istotną rolę w kształtowaniu polityk promujących noszenie masek, zachowanie dystansu społecznego oraz udział w programach szczepień. Efektywność tych działań była związana m.in. z użyciem uproszczonej komunikacji, dostosowaniem przekazów do odbiorców oraz zastosowaniem mechanizmów motywacyjnych, takich jak nagrody czy zachęty społeczne. Wiedza na temat uprzedzeń poznawczych, heurystyk oraz innych ograniczeń poznawczych znajduje również zastosowanie w działaniach promujących badania przesiewowe, zmianę stylu życia, w tym kształtowanie zdrowych nawyków żywieniowych (Costa-Font et al., 2023; Wheatley, 2024). Praktyczne wdrażanie narzędzi BPP w tych obszarach potwierdza ich wartość jako skutecznego uzupełnienia tradycyjnych strategii zdrowia publicznego.

Program „Profilaktyka 40 PLUS”: główne założenia i proces wdrażania

Program „Profilaktyka 40 PLUS” (PP40PLUS) został uruchomiony 1 lipca 2021 roku, z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia, w odpowiedzi na zauważalny spadek liczby wykonywanych przez Polaków badań profilaktycznych w okresie pandemii COVID-19. Jednym z założeń było również ograniczenie negatywnych skutków demograficznych oraz zdrowotnych wynikających z rosnącego obciążenia chorobami cywilizacyjnymi. Głównym założeniem programu było zapewnienie osobom powyżej 40. roku życia bezpłatnego dostępu do pakietu badań diagnostycznych, dostosowanego do indywidualnego profilu ryzyka zdrowotnego. Kwalifikacja do programu odbywała się na podstawie ankiety wypełnianej przez pacjentów za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP), w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub infolinii. Po jej uzupełnieniu system automatycznie generował e-skierowanie na odpowiednie badania.

Analiza frekwencji wskazuje, że pomimo powszechnej dostępności oraz korzyści zdrowotnych wynikających z udziału w programie, poziom uczestnictwa pozostał stosunkowo niski. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w ciągu trzech lat realizacji programu, spośród ponad 77 milionów uprawnionych pacjentów, wypełniono łącznie 4 543 376 ankiet kwalifikujących, w następstwie których zrealizowano 4 396 074 e-skierowań.

Tabela 1. Uprawnieni do udziału w programie „Profilaktyka 40 PLUS” w latach 2021–2024 w podziale na płeć i wiek

	2021		2022		2023		2024	
	K	M	K	M	K	M	K	M
40–49	2 552 740	2 573 893	2 663 706	2 642 104	2 714 165	2 699 573	2 749 473	2 749 046
50–59	2 125 939	2 025 688	2 162 133	2 036 583	2 177 818	2 059 005	2 215 596	2 105 204
60–69	2 692 373	2 228 290	2 638 347	2 172 677	2 583 266	2 133 742	2 512 959	2 099 868
70–79	1 823 861	1 271 688	1 904 269	1 316 676	2 013 161	1 397 022	2 124 866	1 487 945
80–89	959 298	457 979	897 230	422 740	888 230	422 498	903 413	438 596
90+	229 249	73 336	205 025	64 313	210 286	66 832	232 751	75 113
RAZEM	10 383 460	8 630 874	10 470 710	8 655 093	10 586 926	8 778 672	10 739 058	8 955 772
	19 014 334		19 125 803		19 365 598		19 694 830	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Departament Świadczeń Zdrowotnych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (pismo z dn. 03.02.2025 r., znak: NFZ-DSOZ-SPZ.0143.1.2025 2025.38676.MS).

Ponadto w okresie od lipca 2023 roku do lipca 2024 roku w programie po raz drugi wzięło udział 669 127 osób, z czego 413 236 stanowiły kobiety (61,7%). Średni poziom uczestnictwa wśród wszystkich uprawnionych w latach 2021–2024 wyniósł 5,7%, co wskazuje na relatywnie niski stopień zaangażowania populacji objętej programem. Kobiety brały udział w badaniach nieco częściej niż mężczyźni – odpowiednio 6,2% i 5,21%. Może to świadczyć o ich większej świadomości zdrowotnej, jak również o różnicach w percepcji ryzyka zdrowotnego oraz poziomie motywacji między płciami.

Tabela 2. Uczestnictwo kobiet i mężczyzn w programie „Profilaktyka 40 PLUS” w latach 2021–2024

	2021	2022	2023	I–VII 2024	Ogółem (kol. 2–4)
Liczba kobiet w populacji objętej programem	10 383 460	10 470 710	10 586 926	10 739 058	42 180 154
Liczba kobiet objętych programem	100 583	739 617	920 753	864 202	2 625 155
Odsetek kobiet, które wzięły udział w programie (%)	0,97	7,06	8,7	8,05	6,22
Liczba mężczyzn w populacji objętej programem	8 630 874	8 655 093	8 778 672	8 955 772	35 020 411
Liczba mężczyzn objętych badaniami	70 172	473 698	641 110	585 939	1 770 919
Odsetek mężczyzn, którzy wzięli udział w programie (%)	0,81	5,47	7,3	6,55	5,21

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Departament Świadczeń Zdrowotnych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (pismo z dn. 03.02.2025 r., znak: NFZ-DSOZ-SPZ.0143.1.2025 2025.38676.MS).

W trakcie realizacji programu wykonano ponad 40 milionów badań diagnostycznych, przy czym na jednego uczestnika przypadało średnio 9,74 badania.

Tabela 3. Średnia liczba badań diagnostycznych przypadająca na uczestnika programu „Profilaktyka 40 PLUS” według oddziałów Funduszu i lat

Oddział Funduszu	2021	2022	2023	2024	Ogółem
Dolnośląski	9,60	9,70	9,57	9,63	9,63
Kujawsko-Pomorski	9,67	9,68	9,60	9,66	9,65
Lubelski	9,62	9,77	9,88	9,92	9,80
Lubuski	9,67	9,61	9,63	9,67	9,65
Łódzki	9,70	9,72	9,73	9,74	9,72
Małopolski	9,66	9,71	9,84	9,85	9,77
Mazowiecki	9,57	9,63	9,62	9,72	9,64

Oddział Funduszu	2021	2022	2023	2024	Ogółem
Opolski	9,70	9,71	9,78	9,88	9,77
Podkarpacki	9,70	9,89	10,07	10,07	9,93
Podlaski	9,74	9,82	9,94	9,85	9,84
Pomorski	9,68	9,65	9,74	9,76	9,71
Śląski	9,67	9,67	9,72	9,76	9,71
Świętokrzyski	9,71	9,80	9,95	9,92	9,85
Warmińsko-Mazurski	9,63	9,72	9,72	9,77	9,71
Wielkopolski	9,69	9,72	9,72	9,72	9,71
Zachodniopomorski	9,70	9,69	9,72	9,77	9,72
Ogółem	19,13	8,97	9,38	8,30	8,74

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Departament Świadczeń Zdrowotnych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (pismo z dn. 03.02.2025 r., znak: NFZ-DSOZ-SPZ.0143.1.2025 2025.38676.MS).

Aby lepiej zrozumieć mechanizmy uczestnictwa, warto przyjrzeć się rozkładowi danych według wieku i płci osób korzystających z programu. Wyraźnie niższy poziom udziału zaobserwowano w starszych grupach wiekowych, mimo że ryzyko występowania chorób przewlekłych wzrasta wraz z wiekiem. W latach 2021–2024 największa liczba badań laboratoryjnych została wykonana wśród osób w przedziałach wiekowych 40–49 lat (około 12,5 mln) oraz 60–69 lat (około 10,5 mln). W strukturze demograficznej uczestników programu przeważały kobiety, które stanowiły 57% wszystkich osób korzystających z badań. Różnica między liczbą badań wykonanych u kobiet i u mężczyzn wyniosła ponad 5,8 mln badań, co jak już wspomniano może odzwierciedlać wyższą proaktywność zdrowotną kobiet oraz niewystarczające dostosowanie działań edukacyjno-promocyjnych do potrzeb mężczyzn.

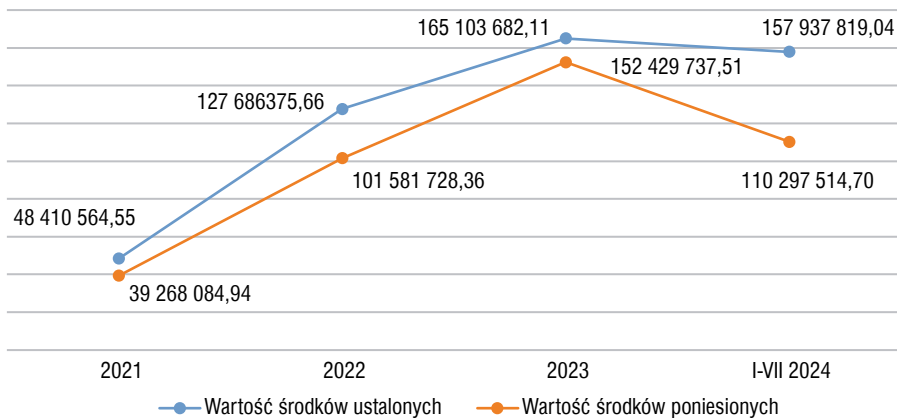
Tabela 4. Liczba i rodzaj wykonanych badań w latach 2021–2024 w podziale na wiek

Rodzaj badania laboratoryjnego	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90+
ALAT, ASPAT, GGTP	1 269 863	925 010	1 073 390	642 607	141 932	16 766
Badania antropometryczne	1 257 217	914 332	1 060 332	634 115	139 425	16 355
Badanie ogólne moczu	1 236 621	909 730	1 061 260	635 463	139 325	16 135
Kreatynina	1 271 785	926 433	1 074 702	643 606	142 122	16 776
Krew utajona w kale – metoda immunochemiczna (iFBOT)	581 893	450 791	533 777	336 537	74 821	7759
Kwas moczowy	1 270 313	925 337	1 073 667	643 030	142 018	16 763
Morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym	1 269 850	925 081	1 072 962	642 575	141 930	16 748
Płytki krwi	1 247 053	909 184	1 056 075	632 515	139 539	16 376
Profil lipidowy	1 188 006	911 965	1 062 923	640 023	141 491	16 726

Rodzaj badania laboratoryjnego	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90+
PSA – antygen swoisty dla stercza całkowity	522 704	379 420	428 335	251 509	47 894	4388
Stężenie cholesterolu całkowitego	71 632	7571	4832	0	0	0
Stężenie poziomu glukozy	1 270 406	925 313	1 073 436	642 834	141 934	16 753
Ogółem	12 457 343	9 110 167	10 575 691	6 344 814	1 392 431	16 1545

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Departament Świadczeń Zdrowotnych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (pismo z dn. 03.02.2025 r., znak: NFZ-DSOZ-SPZ.0143.1.2025 2025.38676.MS).

Rysunek 1. Planowane i wydatkowane środki na realizację programu „Profilaktyka 40 PLUS” w latach 2021–2024 (w mln PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Departament Świadczeń Zdrowotnych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (pismo z dn. 03.02.2025 r., znak: NFZ-DSOZ-SPZ.0143.1.2025 2025.38676.MS).

W okresie od lipca 2021 do lipca 2024 roku na realizację programu przeznaczono łącznie 499 138 441,36 PLN, z czego wydatkowano 403 577 065,51 PLN, co stanowiło około 81% ustalonego budżetu. Analiza wydatków (rysunek 1) wskazuje na systematyczny wzrost nakładów przeznaczonych na jego realizację, z 48,4 mln PLN w 2021 do 165,1 mln PLN w 2023 r., oraz 107,9 mln PLN w 2024 r. Pomimo wzrostu alokowanych środków, w żadnym roku realizacji programu nie udało się w pełni wykorzystać dostępnych funduszy. W 2022 roku wydatkowano około 80% zaplanowanego budżetu, w 2023 około 92%, natomiast do lipca 2024 roku jedynie 70% środków. Wskazuje to na obecność barier systemowych i/lub stopniowy spadek zaangażowania społecznego.

Analiza regionalnego zróżnicowania w poziomie wykorzystania środków wskazuje na potrzebę identyfikacji dobrych praktyk wdrożeniowych w województwach, które osiągnęły najwyższą skuteczność realizacyjną, celem ich implementacji w pozosta-

łych regionach. Przykładowo, województwa wielkopolskie, podkarpackie i lubelskie charakteryzowały się bardzo wysokim poziomem wykorzystania dostępnych środków – w niektórych przypadkach przekraczającym 95%. Dane te potwierdzają tezę, że skuteczna implementacja programu profilaktycznego jest możliwa pod warunkiem uwzględnienia lokalnych uwarunkowań organizacyjnych oraz zasad projektowania zgodnych z podejściem behawioralnym. W regionach tych prawdopodobnie zastosowano bardziej efektywne strategie komunikacyjne, lepiej dopasowane rozwiązania proceduralne oraz mechanizmy organizacyjne odpowiadające na rzeczywiste potrzeby odbiorców.

Z perspektywy BPP wyniki te sugerują, że sama dostępność zasobów finansowych nie wystarczy, by zapewnić efektywność wdrażania działań profilaktycznych. Skuteczne programy zdrowotne powinny być projektowane w sposób uwzględniający rzeczywiste mechanizmy podejmowania decyzji oraz ograniczenia poznawcze obywateli. Bardzo często bowiem kierują się oni psychologicznymi mechanizmami, które wpływają na ich skłonność do angażowania się w działania prewencyjne. Obejmować one mogą m.in.:

- inercję decyzyjną: ludzie często pozostają przy dotychczasowych nawykach, unikając nowych działań. Automatyczne zapisy na badania lub przypomnienia SMS mogą przełamać tę barierę, ułatwiając podjęcie decyzji;
- heurystyki poznawcze: osoby mogą podejmować decyzję na podstawie najłatwiej dostępnych informacji. Jeśli ktoś słyszał historię kogoś, kto uniknął poważnej choroby dzięki badaniom, jego motywacja do udziału wzrośnie;
- wpływ społeczny: decyzje są często kształtowane przez normy społeczne. Widoczność pozytywnych przykładów („Twoi znajomi już skorzystali!”) lub rekomendacje liderów opinii mogą zwiększyć udział obywateli w badaniach;
- nadmierną pewność siebie: niektórzy mogą uważać, że ich styl życia jest wystarczająco zdrowy i nie potrzebują badań profilaktycznych. Dlatego skuteczne kampanie powinny korygować takie błędne przekonania, przedstawiając rzeczywiste statystyki dotyczące zachorowań.

W celu zwiększenia świadomości społecznej oraz zachęcenia obywateli do udziału w PP40PLUS, Narodowy Fundusz Zdrowia – zarówno poprzez centralę, jak i oddziały wojewódzkie – realizował szeroko zakrojone działania informacyjno-promocyjne. Wojewódzkie oddziały NFZ organizowały lokalne wydarzenia profilaktyczne oraz prowadziły działania informacyjne w ramach standardowej pracy Sal Obsługi Klienta. Działania te miały na celu nie tylko informowanie o dostępności programu, lecz także wzmacnianie motywacji do udziału w nim poprzez bezpośredni kontakt oraz obecność w przestrzeni publicznej. Szczegółowe dane dotyczące liczby zorganizowanych wydarzeń promocyjnych przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Liczba wydarzeń promujących program „Profilaktyka 40 PLUS” zorganizowanych przez NFZ

2021	2022	2023	2024
2	387	1755	2486

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Departament Świadczeń Zdrowotnych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (pismo z dn. 03.02.2025 r., znak: NFZ-DSOZ-SPZ.0143.1.2025 2025.38676.MS).

Na poziomie centralnym działania promocyjne obejmowały aktywną obecność programu w mediach społecznościowych (Twitter/X, Facebook, YouTube), a także publikację materiałów edukacyjnych i informacyjnych na oficjalnej stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia (www.nfz.gov.pl). Dodatkowo, realizacja działań informacyjnych została również zlecona podmiotom zewnętrznym. Zakres tych usług obejmował m.in. przygotowanie materiałów promocyjnych, publikację artykułów sponsorowanych, emisję spotów radiowych oraz prowadzenie kampanii mailingowych. Łączny koszt realizacji zadań powierzonych wykonawcom zewnętrznym wyniósł blisko 1,5 mln PLN. Dane dotyczące skali oraz form promocji zrealizowanej przez podmioty zewnętrzne zestawiono w tabeli 6, co umożliwiła dokładniejszą analizę efektywności zastosowanych strategii komunikacyjnych w kontekście zwiększania świadomości społecznej i zaangażowania w program.

Tabela 6. Liczba, rodzaj i koszt zrealizowanych działań/postępowań o charakterze informacyjno-edukacyjnym promujących program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS” w latach 2021–2024

Data	Rodzaj podjętych działań przez Centralę NFZ	Poniesiony koszt (brutto PLN)
09/10.2021	Onet.pl: wysyłka mailingów, każda do 1 600 000 kont	88 560,00
	WP.pl: wysyłka mailingów, każda do 1 000 000 kont	
	Interia.pl: wysyłka mailingów, każda do 750 tys. kont	
12.2021	Interia.pl: wysyłka mailingów, każda wysyłka do 750 tys. kont	40 959,00
	Onet.pl: wysyłka mailingów do 1 600 000 kont	
	WP.pl: wysyłka mailingów do 1 000 000 kont	
08/09.2021	Artykuł dziennikarski w prasie ogólnopolskiej: „Fakt”	65 190,00
	Artykuł dziennikarski w prasie ogólnopolskiej: „Fakt”	
	Artykuł dziennikarski w prasie ogólnopolskiej: „Super Express”	
	Artykuł dziennikarski w prasie ogólnopolskiej: „Super Express”, dodatek „Biznes i Medycyna”	
	Artykuł dziennikarski w prasie ogólnopolskiej: „Super Express”	
10.2021	Emisja artykułów dziennikarskich w dwudziestu dziennikach regionalnych Polska Press	43 062,30
10/11.2021	Emisja spotu radiowego, m.in. w Radiu ZET, Polskim Radiu (PR I, II i III), Radiu VOX, Radiu ESKA	1 169 413,28

11.2021	Wydruk ulotek dotyczących Programu Profilaktyka 40 PLUS	9 384,90
11.2021	Artykuł na całej stronie „Dziennika Gazety Prawnej”, wraz z promocją na stronie głównej desktop i mobile	23 575,00
06.2023	Publikacja artykułu w cyfrowym wydaniu tygodnika „Wprost”	4985
11.2024	WP.pl – wysyłka mailingów do 1 000 000 kont	18 536,10
12.2024	Publikacja artykułu w prasie ogólnopolskiej: „Przegląd”	25 625, 00
11.2024	Publikacja artykułu w prasie ogólnopolskiej: „TeleTydzień”	
11.2024	Publikacja artykułu w prasie ogólnopolskiej: „Twoje Imperium”	
Łącznie:		1 470 754,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Departament Świadczeń Zdrowotnych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (pismo z dn. 03.02.2025 r., znak: NFZ-DSOZ-SPZ.0143.1.2025.2025.38676.MS).

Kolejnym, bardziej złożonym przedsięwzięciem promocyjnym była ogólnopolska loteria promocyjna „Profilaktyka 40 PLUS”, realizowana w okresie od 1 lutego do 31 lipca 2023 r. Zgodnie z regulaminem udział w loterii mogli wziąć pacjenci, którzy wykonali pełen zestaw badań przewidzianych w e-skierowaniu. Całkowita pula nagród wyniosła 3 629 328,00 PLN (Regulamin Loterii Promocyjnej, 2023). Mimo znacznych nakładów finansowych, inicjatywa ta nie przyniosła oczekiwanych rezultatów – w ciągu pierwszego miesiąca od jej rozpoczęcia badania wykonało jedynie około 8,3 tys. osób.

Bariery uczestnictwa w programie „Profilaktyka 40 PLUS” i propozycje ich ograniczenia

Niskie zainteresowanie PP40PLUS może wynikać z różnych czynników, takich jak brak świadomości o dostępnych badaniach, obawa przed diagnozą poważnej choroby czy trudności związanych z procesem realizacji skierowania. Istotnym czynnikiem mógł być także fakt, że osoby oceniające swój stan zdrowia jako bardzo dobry rzadziej angażują się w działania profilaktyczne, co może skutkować niższą aktywnością tej grupy. W obliczu tych wyzwań kluczowe staje się wdrożenie narzędzi behawioralnej polityki publicznej, które mogą przyczynić się do zwiększenia skuteczności programu. W przypadku „Profilaktyki 40 PLUS” można zidentyfikować kilka głównych barier, które powinny być uwzględnione przy projektowaniu działań wspierających zaangażowanie obywateli w tego typu inicjatywy. Jednym z głównych wyzwań jest ograniczona skuteczność dotychczasowych działań promocyjnych, które nie dotarły w wystarczającym stopniu do potencjalnych uczestników programu. W związku z tym konieczne jest przeprowadzenie szczegółowej analizy barier behawioralnych,

które utrudniają uczestnictwo oraz dostosowanie oferty programu do oczekiwań i potrzeb społecznych.

Główne bariery behawioralne wpływające na ograniczoną skuteczność programu „Profilaktyka 40 PLUS” to:

1) **Nadmierna złożoność procesu rejestracji i realizacji badań**

Konieczność logowania się w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP), wypełniania ankiety, zapisywania się na badania oraz oczekiwania na wizytę może zniechęcać potencjalnych uczestników programu. Badania wskazują, że im bardziej skomplikowany jest proces administracyjny, tym większa jest skłonność do jego unikania.

Potencjalne rozwiązania:

- uproszczenie procesu, np. poprzez automatyczne zapisywanie pacjentów na badania z możliwością rezygnacji (*opt-out*);
- elastyczne godziny pracy placówek biorących udział w programie oraz współpraca z pracodawcami (np. umożliwienie wykonania badań w czasie pracy) mogą pomóc w dotarciu do osób, które nie mogą znaleźć czasu w tradycyjnych godzinach pracy;
- większa integracja badań profilaktycznych z badaniami medycyny pracy, co pozwoli na łatwiejszy dostęp do badań w ramach obowiązków zawodowych;
- zwiększenie zaangażowania lekarzy i placówek POZ w promocję programu. Warunkiem uczestnictwa w programie było uzupełnienie ankiety w IKP lub w przychodni POZ. Ponieważ jedynie 48% Polek i Polaków aktywnie korzysta z IKP, konieczne jest wzmocnienie działań skierowanych do osób wykluczonych cyfrowo, zwłaszcza wśród najstarszych grup wiekowych. Wielu seniorów nie posiada umiejętności lub dostępu do technologii umożliwiającej sprawne korzystanie z usług cyfrowych, co może prowadzić do ich niższego udziału w programie profilaktycznym. Dlatego kluczowe jest zapewnienie alternatywnych, bardziej dostępnych ścieżek rejestracji i wsparcia, takich jak możliwość uzupełnienia ankiety bezpośrednio w placówkach medycznych oraz aktywna pomoc personelu w procesie zgłoszenia. Ich większa aktywność w tym zakresie mogłaby przyczynić się do zwiększenia udziału w programie, redukując bariery wynikające z wykluczenia cyfrowego i poprawiając dostępność dla grup najbardziej narażonych na trudności technologiczne.

2) **Ograniczona dostępność punktów diagnostycznych**

W niektórych regionach, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, brakuje placówek realizujących badania w ramach programu. Ponadto, choć same badania są bezpłatne, koszty dodatkowe, w tym nakłady czasowe, związane z dojazdem do placówek diagnostycznych, mogą stanowić istotną barierę. Poza zwiększeniem liczby placówek biorących udział w realizacji programu, rozwiązaniem mogłyby

być również mobilne jednostki medyczne, które znacząco zwiększają uczestnictwo w badaniach przesiewowych, zwłaszcza w populacjach wiejskich, o niskiej dostępności usług medycznych i/lub wykluczonych komunikacyjnie. Programy mammograficzne wykorzystujące mobilne jednostki odnotowały wzrost uczestnictwa o 20–25% w porównaniu do tradycyjnych metod. Przykładem takiego działania w Polsce może być inicjatywa GE HealthCare, w ramach której mobilna klinika w 2024 r. odwiedziła 15 miejscowości w województwach opolskim i śląskim. W wyniku tych działań blisko 900 kobiet skorzystało z bezpłatnych badań, co stanowiło niemal 8% wszystkich przeprowadzonych badań, a w 70 przypadkach wykryto podejrzaną zmianę (GE HealthCare, 2024).

Potencjalne rozwiązania:

- zapewnienie większej liczby punktów realizacji badań, szczególnie w mniejszych miejscowościach i na obszarach wiejskich;
- zwiększenie liczby punktów pobrań poprzez zachęty finansowe dla laboratoriów diagnostycznych do organizowania wyjazdowych akcji w terenie;
- organizacja mobilnych punktów pobrań oraz współpraca z lokalnymi samorządami w celu zapewnienia transportu dla osób zainteresowanych udziałem w programie;
- zachęty finansowe dla placówek biorących udział w programie i lokalnych samorządów („premia frekwencyjna”).

3) Niewystarczająca promocja i świadomość społeczna

Badania wskazują, że edukacja zwiększa zrozumienie profilaktycznych usług zdrowotnych, co koreluje ze zwiększonym udziałem w badaniach przesiewowych. W Polsce wielu potencjalnych beneficjentów wciąż nie jest świadomych istnienia programu lub korzyści płynących z uczestnictwa. Szczególną uwagę powinno się skierować na grupy szczególnie wrażliwe, w tym osoby starsze. Często mają one niższą świadomość i mogą napotykać bariery w dostępie do informacji na temat badań profilaktycznych, co podkreśla potrzebę ciągłych wysiłków edukacyjnych w celu zapewnienia, że wszystkie grupy wiekowe są poinformowane i odpowiednio zmotywowane. Dotychczasowe działania informacyjno-promocyjne, w tym loteria z nagrodami, podjęte przez NFZ, nie przyniosły oczekiwanych rezultatów.

Ważnym instrumentem zwiększania zgłaszalności na badania profilaktyczne są kampanie edukacyjne. Badania wskazują, że dostosowane interwencje edukacyjne mogą znacznie zwiększyć świadomość i wiedzę, prowadząc do wyższych wskaźników badań przesiewowych wśród danej grupy demograficznej. Wielofalowa kampania medialna w Australii zwiększyła wskaźnik zwrotu zestawów do badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, szczególnie wśród młodszych uczestników i osób, które nigdy wcześniej nie uczestniczyły w badaniach, wykazując skuteczność

ukierunkowanych działań informacyjnych (Gascoyne et al., 2023). W kampanii tej wykorzystano środki masowego przekazu, w tym telewizję i platformy cyfrowe, aby dotrzeć do szerokiego grona odbiorców, jednocześnie wdrażając ukierunkowane programy edukacyjne dla populacji niedostatecznie objętych badaniami przesiewowymi. Ważną rolę odegrali również lekarze rodzinni, którzy zostali zaangażowani w celu zwiększenia wiedzy i pewności siebie pacjentów w zakresie badań przesiewowych jelit, co również przełożyło się na zwiększoną frekwencję (Lotfi-Jam et al., 2019). W irańskim Shiraz program edukacyjny koncentrujący się na profilaktyce raka prostaty spowodował znaczny wzrost liczby testów PSA wśród mężczyzn w wieku powyżej 50 lat z 6,12% do 36,4% w trzy miesiące po interwencji. W trakcie badania zidentyfikowano także bariery, które zniechęcały mężczyzn do udziału w badaniach, co miało kluczowe znaczenie dla opracowania skutecznej strategii zachęcających do udziału w badaniach profilaktycznych. W tym przypadku były to przede wszystkim kwestie ekonomiczne (35,8%), brak czasu (25,5%) oraz zakłopotanie procedurą (27,3%). Dodatkowo, 11,4% badanych wyraziło obawę przed wykryciem problemów zdrowotnych (Molazem et al., 2018).

Innym skutecznym narzędziem zwiększającym skuteczność kampanii zdrowotnych jest wysyłka spersonalizowanych zaproszeń za pomocą maili i SMS-ów. Wybór między mailingiem a SMS-em powinien być jednak podyktowany lokalnym kontekstem i populacją docelową. W programach badań profilaktycznych większą skuteczność wykazują przypomnienia SMS. Dzięki nim odnotowano zwiększoną frekwencję na wizytach i zmniejszoną liczbę wcześniejszych odwołań oraz nieodbytych wizyt (Guy et al., 2013). Przypomnienia SMS pomagają również zwiększyć wskaźnik przestrzegania zaleceń lekarskich (Montes et al., 2012), w tym zaleceń dotyczących leczenia nefarmakologicznego (Balato et al., 2013) oraz ukończenia szczepień (Stockwell et al., 2014). Dzięki temu, że SMS-y oferują większy potencjał personalizacji i interaktywności, mogą one zwiększyć zaangażowanie pacjentów. Możliwość wysyłania częstych, spersonalizowanych wiadomości sprawia, że są one szczególnie skuteczne w interwencjach mających na celu zmianę zachowań. Z tych powodów są one często wykorzystywane w celu poprawy jakości usług opieki zdrowotnej przy jednoczesnym generowaniu oszczędności finansowych (Pratap et al., 2015; Rohman et al., 2015).

Potencjalne rozwiązania:

- lepsze dostosowanie stosowanych narzędzi przekazu do zróżnicowanych potrzeb, przekonań i wartości członków danej grupy docelowej;
- intensyfikacja kampanii informacyjnych z wykorzystaniem różnych kanałów komunikacji, takich jak media społecznościowe, lokalne media czy bezpośrednio informowanie pacjentów przez lekarzy POZ;

- poszerzenie kanałów dotarcia do grup szczególnie niedoreprezentowanych, w tym mężczyzn, którzy rzadziej uczestniczą w programach profilaktycznych. Materiały promocyjne powinny być dystrybuowane nie tylko poprzez tradycyjne środki komunikacji, ale również uwzględniać media skierowane do mężczyzn, takie jak prasa typowo męska, portale tematyczne oraz branżowe publikacje, które mogą skuteczniej angażować tę grupę. Zróżnicowanie narzędzi komunikacyjnych, w tym wykorzystanie treści dostosowanych do stylu przekazu preferowanego przez różne segmenty odbiorców, może przyczynić się do zwiększenia frekwencji i skuteczniejszego dotarcia do osób, które w standardowych kampaniach informacyjnych pozostają mniej aktywne;
- wysyłanie indywidualnych zaproszeń na badania, np. poprzez wiadomości SMS lub powiadomienia w aplikacjach zdrowotnych;
- odpowiednie kadrowanie i przekazywanie informacji. Podkreślenie korzyści zdrowotnych płynących z badań profilaktycznych, przedstawienie badań przesiewowych jako działania o niskim ryzyku i wysokiej wygranej;
- odwoływanie się do społecznych dowodów słuszności (np. „80% Twoich sąsiadów już wykonało badania”);
- włączenie jednostek samorządu terytorialnego (JST) oraz placówek POZ w działania na rzecz promocji badań profilaktycznych. Szczególne znaczenie mogą mieć lokalne kampanie informacyjne z udziałem tzw. liderów opinii, które zwiększają społeczne zaufanie i skuteczność przekazu. Warto także zauważyć, że mimo iż program „Profilaktyka 40 PLUS” wzorowany był na rozwiązaniach przyjętych w Wielkiej Brytanii (Wprowadzamy Program Profilaktyka 40 Plus, 2020), nie zaadaptowano do niego kluczowych, sprawdzonych tam mechanizmów zwiększających uczestnictwo. Przykładem jest brak systematycznej wysyłki zaproszeń do udziału w badaniach – w Wielkiej Brytanii każdy uprawniony obywatel otrzymuje co 5 lat takie zaproszenie od lekarza rodzinnego lub urzędu gminy;
- wprowadzenie dodatkowych zachęt, np. atrakcyjniejsze nagrody w loteriach, dostęp do wyników online z interpretacją lekarza, bezpłatne szczepienia (np. przeciw odkleszczowemu zapaleniu mózgu, błonicy, tężcowi, krztuścowi itd.), premia frekwencyjna dla placówek biorących udział w programie, premia frekwencyjna dla JST.

4) Brak elastyczności w procesie doboru i realizacji badań

Dotychczasowy system automatycznie przydzielał pakiet badań na podstawie wypełnionej ankiety, co niekoniecznie odpowiadało potrzebom pacjentów. Zdarzało się, że brak możliwości wyboru konkretnych badań zniechęcał ich do uczestnictwa w programie. Badania musiały być również zrealizowane w standardowych godzinach pracy placówek. Tymczasem, jedynym z istotnych działań na rzecz zwiększenia

uczestnictwa w badaniach profilaktycznych jest możliwość elastycznego planowania wizyt w placówkach opieki zdrowotnej. Umożliwiając pacjentom wybór spośród różnych przedziałów czasowych, w tym weekendów, świadczeniodawcy opieki zdrowotnej mogą lepiej dostosować się do zróżnicowanych potrzeb swojej populacji pacjentów. Takie podejście nie tylko zwiększa wygodę pacjentów, ale także może potencjalnie zmniejszyć liczbę nieobecności na wizytach, które są kosztowne i szkodliwe zarówno dla systemów opieki zdrowotnej, jak i dla pacjentów. Kilka badań wykazało, że oferowanie elastycznych godzin wizyt, w tym wieczorów i weekendów, może znacznie zwiększyć wskaźniki frekwencji. Na przykład badanie opublikowane w „British Journal of Cancer” wykazało, że dostosowanie godzin pracy placówek medycznych do potrzeb pacjentów doprowadziło do 12% wzrostu frekwencji na badaniach przesiewowych. Kobiety, którym zaoferowano wizyty w godzinach wieczornych lub w weekendy, częściej uczestniczyły w badaniach przesiewowych, szczególnie te o wyższym wskaźniku zatrudnienia (Offman et al., 2013). Dodatkowo, pacjenci, którzy korzystali z tego typu rozwiązań, wykazywali wyższe wskaźniki przestrzegania zaleceń w porównaniu z tymi, którzy mieli dostęp tylko do standardowych godzin wizyt (Rossi et al., 2024). Elastyczny harmonogram może również odgrywać rolę w zmniejszaniu różnic w dostępie do opieki zdrowotnej. Większa elastyczność godzinowa była także preferowana przez osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, ponieważ często napotykały one większe trudności w dostępie do usług opieki zdrowotnej (Costa et al., 2006). Przywołane wyniki sugerują, że elastyczne opcje planowania mogą nie tylko zwiększyć udział osób, które napotykały na wyzwania związane z uczestnictwem w badaniach w tradycyjnych godzinach, ale również przyczyniają się do wyrównania szans w dostępie do opieki zdrowotnej.

Potencjalne rozwiązania:

- wprowadzenie większej elastyczności w doborze badań. Możliwość wyboru spośród dostępnych badań w ramach programu zwiększy wśród pacjentów poziom ich zaangażowania i poczucia kontroli nad własnym zdrowiem;
- dostosowanie godzin pracy placówek biorących udział w programie do preferencji pacjentów.

Podsumowanie

Problem niskiej frekwencji w badaniach przesiewowych w ramach programów profilaktycznych w Polsce jest dostrzegany od wielu lat. Jak wynika z raportu NIK, mimo wcześniejszych zobowiązań, Ministerstwo Zdrowia nadal nie opiera swoich działań w tym zakresie na kompleksowych analizach (NIK, 2017). Jest to szcze-

gólnie istotne w kontekście ograniczonych wydatków na profilaktykę zdrowotną, ponieważ pomimo dostępności szerokiego wachlarza badań wiele z nich pozostaje niewykorzystanych. Lepsze dostosowanie mechanizmów wdrażania programów profilaktycznych do rzeczywistych potrzeb obywateli mogłoby znacząco poprawić ich skuteczność, zwiększając efektywność działań nawet przy ograniczonych zasobach finansowych.

Program „Profilaktyka 40 PLUS” stanowił ważny krok w kierunku poprawy stanu zdrowia dorosłych Polaków, jednak niska frekwencja w badaniach wskazuje na potrzebę wzmocnienia skuteczności tego typu działań w przyszłości. Kluczowe jest zastosowanie narzędzi z zakresu ekonomii behawioralnej, które mogą zwiększyć zaangażowanie obywateli poprzez eliminację barier organizacyjnych i psychologicznych. Tradycyjne formy komunikacji i organizacji programów profilaktycznych nie odpowiadają w wystarczającym stopniu na rzeczywiste potrzeby i bariery pacjentów. Behawioralna polityka publiczna oferuje konkretne rozwiązania – od automatycznego zapisu na badania i przypomnień SMS, uproszczenie procesu rejestracji oraz dostosowanie komunikacji do sposobu podejmowania decyzji przez różne grupy społeczne. Jednocześnie należy podkreślić, że skuteczne podejście behawioralne opiera się na zasadzie braku jednego wszechstronnego rozwiązania dla wszystkich, a interwencje muszą być dostosowane do specyficznych potrzeb różnych grup odbiorców. Personalizowane podejście umożliwia efektywne kształtowanie zachowań zdrowotnych, uwzględniając różnorodność społeczną, poziom świadomości zdrowotnej oraz indywidualne uwarunkowania decyzyjne.

Przykład Anny, która mimo dostępności programu, wciąż odkłada decyzję o wykonaniu badań, ilustruje, jak niewielkie zmiany w projektowaniu danego rozwiązania mogą znacząco wpłynąć na zachowania zdrowotne jednostek. Dzięki podejściu behawioralnemu decydenci mogą lepiej zrozumieć decyzje i zachowania obywateli – rzeczywiste, codzienne reakcje na prawo i rozwiązania wdrażane przez instytucje publiczne. Co więcej, analiza tych mechanizmów pozwala na identyfikację barier, które nie są oczywiste na poziomie tradycyjnego projektowania polityki zdrowotnych. Z tego względu projektowanie interwencji opartych na tych mechanizmach pozwala na tworzenie bardziej skutecznych rozwiązań przy minimalnych nakładach, poprzez optymalizację istniejących programów zgodnie z rzeczywistymi mechanizmami decyzyjnymi obywateli (Olejniczak i Śliwowski, 2014).

Choć wdrażanie strategii behawioralnej polityki publicznej wiąże się z wyzwaniami, zarówno o charakterze etycznym, jak i kulturowym, jej potencjał w zakresie zwiększenia uczestnictwa w programach profilaktycznych jest niezaprzeczalny. W kontekście Polski warto rozważyć implementację sprawdzonych rozwiązań opartych na doświadczeniach innych krajów, które skutecznie wykorzystują mechanizmy

behawioralne w obszarze zdrowia publicznego. Aby skutecznie przeciwdziałać problemowi niskiego udziału w badaniach profilaktycznych, niezbędne jest przeprowadzenie szczegółowych badań, które pozwolą na lepsze zrozumienie motywacji zarówno osób uczestniczących w programie, jak i tych, które nie skorzystały z jego oferty. Dzięki temu możliwe będzie dostosowanie interwencji do rzeczywistych potrzeb obywateli, eliminacja istniejących barier oraz poprawa efektywności programów zdrowotnych.

Sposób wdrażania programów profilaktycznych w Polsce budzi istotne wątpliwości, szczególnie w kontekście uruchamiania kolejnych inicjatyw bez uprzedniego wyciągnięcia wniosków wynikających z ewaluacji programu „Profilaktyka 40 PLUS”. Niedostateczne zrozumienie przyczyn niskiej frekwencji może prowadzić do powielania tych samych błędów organizacyjnych, zamiast ich skutecznego eliminowania w kolejnych inicjatywach. W chwili oddawania artykułu Ministerstwo Zdrowia uruchomiło kolejny program – „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” (Dz.U. z 2025 r., poz. 584), którego celem jest upowszechnienie okresowych badań zdrowotnych dla znacznie szerszej grupy pacjentów, obejmującej wszystkie osoby powyżej 20. roku życia.

Wprowadzone w nim uproszczenia, takie jak automatyczna rejestracja w placówkach POZ, wystawianie skierowania na badania ze wskazaniem konkretnego punktu ich realizacji, znacząco poprawiają organizację procesu diagnostycznego. Ponadto, rozszerzenie liczby placówek medycznych oraz laboratoriów diagnostycznych zwiększa dostępność świadczeń, co powinno ułatwić uczestnictwo w programie. Mimo tych pozytywnych zmian, wciąż istnieją istotne bariery wpływające na skuteczność programu. Dla wielu mieszkańców mniejszych miejscowości uczestnictwo w badaniach profilaktycznych nadal wymaga podróży do większego ośrodka miejskiego, co może stanowić istotny czynnik ograniczający frekwencję, zwłaszcza wśród osób starszych i o ograniczonej mobilności. Drugim kluczowym problemem jest niewystarczająca liczba personelu medycznego, szczególnie w małych placówkach POZ, które mogą nie być organizacyjnie i kadrowo przygotowane do przeprowadzenia tak szeroko zakrojonych badań, obejmujących nie tylko diagnostykę laboratoryjną, ale również ocenę funkcji poznawczych osób 60+, opracowanie indywidualnych planów zdrowotnych czy poradnictwo edukacyjne. Zasadnym pozostaje pytanie, czy wprowadzanie kolejnego, znacznie bardziej rozbudowanego programu bez pogłębionej analizy rzeczywistych barier uczestnictwa w programie „Profilaktyka 40 PLUS” faktycznie przyczyni się do zwiększenia skuteczności interwencji profilaktycznych? Bez solidnej analizy wcześniejszych działań istnieje ryzyko, że część błędów związanych z organizacją programów profilaktycznych pozostanie nierozwiązana, co może negatywnie wpłynąć na ich realną dostępność dla obywateli.

Przyszłość działań profilaktycznych powinna opierać się na integracji danych, nowych technologiach oraz empatycznym projektowaniu usług zdrowotnych. Jeśli zależy nam na tym, by więcej osób takich jak Anna faktycznie skorzystało z dostępnych programów, konieczne jest przejście od standardowych działań informacyjnych do bardziej inteligentnych, angażujących i odpowiedzialnych interwencji. Gdyby Anna otrzymała lepiej zaprojektowaną usługę, czy nadal odkładałaby swoje badania na później? To pytanie powinno stać się punktem wyjścia do dalszych prac nad skuteczniejszymi strategiami profilaktyki zdrowotnej.

Oświadczenie o wkładzie poszczególnych autorów

Autor potwierdza, że jest jedynym twórcą tego artykułu i zatwierdził go do publikacji.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autor deklaruje, że badanie zostało przeprowadzone przy braku jakichkolwiek powiązań komercyjnych lub finansowych, które można by zinterpretować jako potencjalny konflikt interesów.

Oświadczenie o etyce badawczej

Autor poświadcza, że opublikowane w tekście badania zostały przeprowadzone zgodnie z etyką badawczą afiliowanej uczelni.

Bibliografia

- Alpaca, H., A., Campos, A.P. (2023). Behavioral Economics: Behavioral Model Proposal in the Health Sector, *Sciêndo*, 26(1): 13–23, <https://doi.org/10.17268/sciend.2023.002>.
- Balato, N., Megna, M., Di Costanzo, L., Balato, A., Ayala, F. (2013). Educational and Motivational Support Service: A Pilot Study for Mobile-Phone-Based Interventions in Patients with Psoriasis, *British Journal of Dermatology*, 168: 201–205, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.11205.x>.
- Costa-Font, J., Hockley, T.C., Rudisill, C. (2023). *Behavioural Incentive Design for Health Policy*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009168113>
- Costa, G., Sartori, S., Åkerstedt, T. (2006). Influence of Flexibility and Variability of Working Hours on Health and Well-being, *Chronobiology International*, 23(6): 1125–1137, <https://doi.org/10.1080/07420520601087491>.

- Coville, A., Orozco, V. (2014). Moving from Efficacy to Effectiveness: Using Behavioural Economics to Improve the Impact of WASH Interventions, *Waterlines*, 33(1): 26–34, <https://doi.org/10.3362/1756-3488.2014.004>.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2025 r., poz. 584.
- Eurostat (Europejski Urząd Statystyczny) (2025). Preventive Health Care Expenditure Statistics, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics (dostęp: 30.06.2025).
- Ewert, B., Loer, K. (2023). Advancing Behavioural Public Policies: In Pursuit of a More Comprehensive Concept. W: *Beyond Nudge. Advancing the State-of-the-Art of Behavioural Public Policy and Administration* (16–43), B. Ewert, K. Loer, E. Thomann (eds.). Bristol: Bristol University Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447369141.003.0002>.
- GE HealthCare (2024). *Blisko 900 kobiet skorzystało z diagnostyki nowotworów złośliwych dzięki corocznej inicjatywie GE HealthCare*, https://medicalpress.pl/zdrowie-wspolna-sprawa/blisko-900-kobiet-skorzystao-z-diagnostyki-nowotworw-zoliwych-dziki-corocznej-inicjatywie-ge-healthcare_BayNoNBA05/?utm_source=chatgpt.com (dostęp: 30.06.2025).
- Guy, R., Wand, H., Knight V., Kenigsberg, A., Read, P., McNulty, A.M. (2013). SMS Reminders Improve Re-screening in Women and Heterosexual Men with Chlamydia Infection at Sydney Sexual Health Centre: A Before-and-After Study, *Sexually Transmitted Infections*, 89(1): 11–15.
- Joo, N.-S., Kim, B.-T. (2007). Mobile Phone Short Message Service Messaging for Behaviour Modification in a Community-based Weight Control Programme in Korea, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(8): 416–420, <https://doi.org/10.1258/135763307783064331>.
- Skarżyński, H. (red.) (2023). *Kongres Zdrowie Polaków 2022. Raport*, <https://kongres-zdrowiepolakow.pl/wp-content/uploads/2023/05/Raport-KZP-2022-lekki-1.pdf> (dostęp: 30.06.2025).
- Lotfi-Jam, K.L., O'Reilly, C.L., Feng, C.S., Wakefield, M., Durkin, S., Broun, K. (2019). Increasing Bowel Cancer Screening Participation: Integrating Population-wide, Primary Care and More Targeted Approaches, *Public Health Research & Practice*, 29(2): 2921916, <https://doi.org/10.17061/PHRP2921916>.
- Montes, J.M., Medina, E., Gomez-Beneyto, M., Maurino, J. (2012). A Short Message Service (SMS) -based Strategy for Enhancing Adherence to Antipsychotic Medication in Schizophrenia, *Psychiatry Research*, 200 (2–3): 89–95, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.034>.
- Mozafar, M., Moini, A., Sobhanifard, Y. (2023). A Systematic Review of Behavioral Public Policy Research: Origins, Mechanisms and Outcomes, *Transforming Government: People, Process and Policy*, 17(4): 603–631, <https://doi.org/10.1108/tg-12-2022-0168>.
- Naru, F. (2024). Behavioral Public Policy Bodies: New Developments & Lessons, *Behavioral Science & Policy*, 10(1): 1–17, <https://doi.org/10.1177/23794607241285614>.
- NIK (Najwyższa Izba Kontroli) (2017). *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia. Informacja o wynikach kontroli*, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13788, vp,16224.pdf> (dostęp: 30.06.2025).

- NIK (Najwyższa Izba Kontroli) (2019). *System ochrony zdrowia Polsce. Stan obecny i pożądane kierunki zmian*, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223, vp,22913.pdf> (dostęp: 30.06.2025).
- Offman, J., Wilson, M., Lamont, M., Birke, H., Kutt, E., Marriage, S., Loughrey, Y., Hudson, S., Hartley, A., Smith, J., Eckersley, B., Dungey, F., Dungey, F., Parmar, D., Patnick, J., Duffy, S.W. (2013). A Randomised Trial of Weekend and Evening Breast Screening Appointments, *British Journal of Cancer*, 109(3): 597–602, <https://doi.org/10.1038/BJC.2013.377>.
- Olejniczak, K., Śliwowski, P. (2014). Nadchodzi rewolucja? Analizy behawioralne w interwencjach publicznych. W: (R) ewolucja 2. Wiedza w działaniu, A. Haber, K. Olejniczak (red.). Warszawa: Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości.
- Oliver, A. (ed.) (2013). *Behavioural Public Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pratap, J.N., Varughese, A.M., Mercurio, P., Lynch, T., Lonnemann, T., Ellis, A., Rugg, J., Stone, W.R., Bedinghaus, C. (2015). Reducing Cancellations on the Day of Scheduled Surgery at a Children's Hospital, *Pediatrics*, 135(5): e1292-e1299, <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2418>.
- Petka, N. (2022). *Analiza realizacji programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” w Polsce* [praca magisterska], <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/5f9fd71-fd6b-4de3-be1b-06ee29418c11> (dostęp: 30.06.2025).
- NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia) (2024). *Ponad 75 tys. Małopolanek zbadało piersi w programie NFZ*, <https://www.nfz-krakow.pl/dla-mediow/informacje-prasowe/ponad-75-tys-malopolanek-zbadalo-piersi-w-programie-nfz%2C103.html> (dostęp: 30.06.2025).
- Próchnicka, I. (2019). Więcej mammografii wykonywanych w mammobusach niż stacjonarnie, <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/aktualnosci/211116, wiecej-mammografii-wykonanych-w-mammobusach-niz-stacjonarnie> (dostęp: 30.06.2025).
- Rapoport, N., Rojas Mendes, A.M., Scartascini, C. (2020). Behavioral Insights for Foresighted Public Finance. Inter-American Development Bank. <https://dx.doi.org/10.18235/0002227>.
- Regulamin Loterii Promocyjnej „Profilaktyka 40 PLUS” (2023). <https://pacjent.gov.pl/regulamin-loterii-profilaktyka-40-plus> (dostęp: 30.06.2025).
- Rohman, L., Maruszewski, D., Boyce Cam, N. (2015). The Impact of a Text Messaging Service on Orthopaedic Clinic Did Not Attend Rates, *Journal of telemedicine and telecare*, 21(7): 408–413, <https://doi.org/10.1177/1357633X15583778>.
- Rossi, J., Mullen, L.A., Oluyemi, E., Panigrahi, B., Myers, K.S., DiCarlo, P.A., Ambinder, E.B. (2024). Patient Utilization of Weekend/Evening Appointments for Screening Mammography: An 8-Year Observational Cohort Study, *Journal of The American College of Radiology*, 21(10): 1657–1667, <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2024.04.029>.
- Soofi, M., Najafi, F., Karami-Matin, B. (2020). Using Insights from Behavioral Economics to Mitigate the Spread of COVID-19, *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(3): 345–350, <https://doi.org/10.1007/S40258-020-00595-4>.
- Stockwell, M.S., Kharbanda, E.O., Martinez, R.A., Lara, M., Vawdrey, D., Natarajan, K., Rickert, V.I. (2012). Text4Health: Impact of Text Message Reminder–Recalls for Pediatric and Adolescent Immunizations, *American Journal of Public Health*, 102(2): e15–e21, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300331>.

- Wheatley, M.C. (2024). *Enhancing Public Health Strategies: The Role of Behavioral Economics in Health Interventions and Policy*, <https://doi.org/10.70389/pjph.100009> (dostęp: 30.06.2025).
- Wprowadzamy Program Profilaktyka 40 Plus (2020). https://www.gov.pl/web/zdrowie/wprowadzamy-program-profilaktyka-40-plus#_ftnref1 (dostęp: 30.06.2025).
- Wzrasta zgłaszalność na profilaktykę w ŚCO (b.d.). https://www.onkol.kielce.pl/pl/aktualnosci/wzrasta-zglaszalnosc-na-profilaktyke-w-sco?utm_source=chatgpt.com (dostęp: 30.06.2025).