



# PROFILAKTYKA PEDIATRYCZNA W POLSCE. Konsekwencje i społeczne koszty zaniedbań. Organizacja i zasady finansowania. Rekomendacje

---

## AUTORZY:

Katarzyna Adamczyk

Ewa Borek

Dr med. Michał Brzeziński

Kinga Wojtaszyk

---

Warszawa, październik 2014

## SPIS TREŚCI

Informacje o projekcie Rodzice dla Zdrowia .....	3
Wstęp (dr n. med. Michał Brzeziński) .....	4
Wydatki publiczne poniesione przez NFZ i ZUS w związku z chorobami cywilizacyjnymi w porównaniu z wydatkami publicznymi na profilaktyczną opiekę pediatryczną w Polsce (Katarzyna Adamczyk).....	7
<i>Model wydatków publicznych NFZ i zus poniesionych z tytułu wybranych chorób cywilizacyjnych</i> .....	7
<i>Wydatki publiczne z tytułu chorób cywilizacyjnych w Polsce</i> .....	10
<i>Wydatki poniesione przez NFZ na opiekę profilaktyczną nad dziećmi w wieku 0-5 lat w POZ</i> .....	17
Organizacja i zasady finansowania opieki profilaktycznej nad dziećmi w wieku 0-5 lat w POZ (Kinga Wojtaszczyk) .....	18
Wywiady ze świadczeniodawcami rekomendowanymi przez rodziców .....	25
Wnioski.....	28
Rekomendacje .....	32
Bibliografia .....	36
Wykaz schematów .....	37
Wykaz tabel .....	38

Projekt **Rodzice dla Zdrowia** ma na celu poprawę jakości opieki profilaktycznej nad dziećmi w wieku 0-5 lat, by miały zapewniony rozwój pod okiem fachowego zespołu, nadzorującego stan zdrowia dziecka. Dotychczas w ramach projektu przeprowadzono badania opinii rodziców na temat jakości i dostępności opieki profilaktycznej w POZ oraz zorganizowano warsztaty dla autorów blogów parentingowych w dziedzinach praw pacjenta, zdrowia i żywienia dziecka, by mogli stać się dla internautów źródłem przekazującym czytelnikom rzetelną wiedzę ekspercką. Ponadto stworzono portal internetowy z bazą podstawowych porad medycznych i żywieniowych dla rodziców oraz zainicjowano tworzenie mapy dobrych praktyk pediatrycznych ([www.rodzicedlazdrowia.pl](http://www.rodzicedlazdrowia.pl)).

---

### INICJATORZY PROJEKTU

**Fundacja NUTRICIA** powstała w 1996 roku. Misją Fundacji jest ochrona, promocja i zapewnienie zdrowia poprzez żywienie. Jej działania skupiają się na trzech obszarach: badań z zakresu żywienia człowieka, edukacji związanej z żywieniem kierowanej do społeczeństwa oraz edukacji związanej z żywieniem kierowanej do środowiska medycznego. [www.fundacjanutricia.pl](http://www.fundacjanutricia.pl)

**Fundacja MY Pacjenci** wspiera partycypację pacjentów w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia i zapewnia wsparcie eksperckie organizacjom pacjenckim, żeby komunikowały skuteczniej swoje problemy i potrzeby. Fundacja prowadzi działalność naukową, badawczą, doradczą i szkoleniową dla pacjentów i ich organizacji. Misją Fundacji jest budowanie płaszczyzn współpracy między administracją publiczną, pacjentami i ich organizacjami, lekarzami, światem akademickim i biznesem w ochronie zdrowia. [www.mypacjenci.org](http://www.mypacjenci.org)

### 1. Definicja i epidemiologia chorób cywilizacyjnych wieku dorosłego w Polsce

Pojęcie chorób cywilizacyjnych jest pojęciem powszechnie używanym zarówno w świecie medycznym, jak i w środkach masowego przekazu. Jednak dokładna definicja tej grupy jednostek jest bardzo trudna. Związane jest to z bardzo szerokim zakresem chorób umieszczanym w tej grupie. Wspólnym mianownikiem dla wszystkich jednostek jest istotny wpływ na ich występowanie i nasilenie środowiska czy stylu życia. Wśród chorób cywilizacyjnych wymieniamy: choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby układu oddechowego, cukrzycę, otyłość oraz choroby nowotworowe i urazy. Do grupy chorób cywilizacyjnych zaliczane są również niektóre choroby psychiatryczne oraz alergiczne. Coraz częściej stosuje się definicję chorób niezakaźnych (NCD) lub chorób dietozależnych<sup>1</sup>. Żadna z tych definicji nie jest jednak w pełni wyczerpująca. Wspólnym mianownikiem większości tych jednostek chorobowych jest nasilenie ich występowania w krajach o wysokim współczynniku uprzemysłowienia – krajach średnio i wysokorozwiniętych. Występowanie tych chorób związane jest z poprawą jakości życia, w tym zmniejszeniem umieralności z powodu chorób zakaźnych oraz zmianą naszego stylu życia. Za główny czynnik będący wspólną przyczyną większości z chorób cywilizacyjnych uważa się zmniejszenie aktywności fizycznej oraz nadmiar spożywanych pokarmów. Do tego należy dodać kilka istotnych czynników ryzyka, m.in. używki – alkohol i tytoń.

Rozpowszechnienie chorób cywilizacyjnych zależne jest więc od szerokości kryteriów włączenia poszczególnych chorób do tej grupy. Częstość występowania poszczególnych jednostek chorobowych ze spektrum chorób cywilizacyjnych jest bardzo zróżnicowane. Jednak wiadomym jest, że choroby cywilizacyjne odpowiadają za ponad 38 mln zgonów rocznie na całym świecie i są w chwili obecnej główną przyczyną zgonów w krajach średnio i wysokorozwiniętych. Coraz częściej są także przyczyną przedwczesnej umieralności w krajach niskorozwiniętych.

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. dostępne na: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf) (01.02.2014).

Najbardziej aktualną epidemiologię chorób cywilizacyjnych przedstawiają wyniki badania NATPOL 2011. Zgodnie z uzyskanymi danymi w Polsce choroby układu sercowo-naczyniowego w 2010 roku odpowiadały za ponad 46% zgonów rocznie (41% u mężczyzn i 52% u kobiet)<sup>2</sup>. Są one również główną przyczyną tzw. zgonów przedwczesnych, tj. występujących u osób przed 65 rokiem życia. Mimo znacznej poprawy w zakresie prewencji, diagnostyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego w ostatnim 25-leciu, współczynniki umieralności z powodu tych chorób nadal pozostają w Polsce znacznie wyższe niż w krajach „starej” 15 Unii Europejskiej. Nadciśnienie tętnicze występuje u 32% dorosłych Polaków poniżej 80 r.ż., przy czym około 30% pacjentów nie ma świadomości tej choroby.

Kolejną istotną grupą chorób cywilizacyjnych są zaburzenia metaboliczne. Wśród tych chorób najważniejszymi jednostkami chorobowymi są: nadmiar masy ciała, cukrzyca i zaburzenia lipidowe.

Otyłość i nadwaga są głównymi czynnikami ryzyka występowania chorób cywilizacyjnych lub - jak się to również określa - powikłań otyłości. Otyłość występuje u 22% dorosłych Polaków, co równie jest liczbie 6,5 mln osób. Co więcej wykazuje ona niewielką tendencję wzrostową, o 3% w porównaniu do badań z 2002 roku. Cukrzyca typu II-go występuje natomiast u 6,7% dorosłych Polaków (6,4% kobiet i 7,0% mężczyzn). Z tych osób ponad 1/3 nie zdaje sobie sprawy ze swojej choroby [Rutowski, 2014]. Poczernającym jest fakt, że nie zaobserwowano istotnego przyrostu liczby osób dorosłych z cukrzycą w porównaniu do 2002 roku. Natomiast nieprawidłowa tolerancja glukozy występuje u 15,6% populacji. Hiperlipidemia, będąca jedną z głównych chorób leżących u podłoża zmian naczyniowych oraz ostrych i przewlekłych powikłań kardiologicznych, występuje nawet u 61% dorosłych Polaków.

Konsekwencje tych chorób, zarówno medyczne, jak i społeczne, stają się coraz większym wyzwaniem dla ochrony zdrowia, ale również systemów zabezpieczenia społecznego oraz budżetu państwa. Jeśli tendencja wzrostu liczby przedwczesnych zgonów spowodowanych chorobami cywilizacyjnymi, wraz ze wzrostem tempa starzenia się społeczeństwa, utrzyma się, spowoduje to spadek produktywności polskiej gospodarki (liczone w PKB do 2,0% w roku 2030).

---

<sup>2</sup> Główny Urząd Statystyczny, Branch Yearbooks, Demographic Yearbook of Poland, 2012, Warszawa.

## 2. Znaczenie profilaktycznej opieki pediatrycznej w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym wieku dorosłego

Okres 1000 pierwszych dni (od urodzenia do ukończenia 3 r.ż.), jak również okres prenatalny, mają istotny wpływ na stan zdrowia dziecka. Liczne dane epidemiologiczne wskazują na ścisły związek stanu zdrowia dziecka i jego przyszłego potencjału zdrowotnego w wieku dorosłym. Najistotniejszymi elementami pozwalającymi na zapobieganie chorobom cywilizacyjnym w dorosłości jest odpowiedni sposób żywienia oraz aktywność fizyczna od wczesnych lat życia. Prawidłowe żywienie zaczyna się już od okresu noworodkowego. Wiele publikacji wskazuje na ścisły związek karmienia piersią i zmniejszania ryzyka występowania chorób cywilizacyjnych (najsilniejsza korelacja dotyczy otyłości, zaburzeń metabolicznych i cukrzycy typu II-go) [Kelishadi, 2014]. Prawidłowe żywienie i programowanie żywieniowe dziecka w pierwszych latach życia dziecka będzie odzwierciedlane w jego zachowaniach żywieniowych w okresie adolescencji oraz dorosłości. Występowanie nadwagi i otyłości w okresie dzieciństwa związane jest z dużo większym ryzykiem występowania otyłości wieku dorosłego. Dostępne dane wskazują, że dziecko z otyłością ma 70% szans na występowanie otyłości w okresie dorosłym. Przeczy to powszechnej opinii o „wyrastaniu” z nadmiaru masy ciała [Gou, 2002 oraz Riedel, 2014]. Jak wskazano powyżej, otyłość jest jednym z głównych czynników rozwoju kolejnych chorób cywilizacyjnych – zaburzeń lipidowych, cukrzycy, miażdżycy i chorób układu sercowo-naczyniowego.

W związku z tym opieka pediatryczna w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych nabiera coraz istotniejszego znaczenia. Konieczne jest wdrożenie odpowiednich standardów i systemów motywacyjnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. W chwili obecnej lekarze w wielu krajach Europy, w tym także Polsce, nie są właściwie przygotowani do pełnienia funkcji profilaktycznej w zakresie chorób cywilizacyjnych [Mazur, 2013]. Prawdopodobnie wynika to zarówno z nieprawidłowego systemu organizacji opieki pediatrycznej, nastawionej na profilaktykę chorób zakaźnych, nagłe zachorowania, a także ocenę prawidłowego rozwoju dziecka, często bez dalekiego horyzontu czasowego. Należy dążyć do tego, by lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zwracali uwagę w swojej codziennej praktyce na potrzeby dotyczące rozpoznawania i leczenia otyłości, a przede wszystkim edukacji rodziców, edukacji

młodzieży i dzieci w zakresie zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej. Te minimalne interwencje terapeutyczne długofalowo mogą przynieść istotną redukcję modyfikowalnych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, a w konsekwencji kosztów medycznych, społecznych i ekonomicznych tych chorób [Lenoir-Wijnkoop, 2013 oraz Lachat, 2013].

## WYDATKI PUBLICZNE PONIESIONE PRZEZ NFZ I ZUS W ZWIĄZKU Z CHOROBIAMI CYWILIZACYJNYMI W PORÓWNANIU Z WYDATKAMI PUBLICZNYMI NA PROFILAKTYCZNĄ OPIEKĘ PEDIATRYCZNĄ W POLSCE – KATARZYNA ADAMCZYK

Celem niniejszej analizy jest porównanie wydatków poniesionych przez płatników publicznych – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) z tytułu leczenia oraz zabezpieczenia społecznego konsekwencji wybranych chorób cywilizacyjnych (chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy typu II oraz zaburzeń lipidowych i otyłości) z wydatkami ponoszonymi przez NFZ z tytułu profilaktycznej opieki pediatrycznej nad dziećmi w wieku 0-5 lat, realizowanej w placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ).

## MODEL WYDATKÓW PUBLICZNYCH NFZ I ZUS PONIESIONYCH Z TYTUŁU WYBRANYCH CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH

Model wydatków publicznych ponoszonych z tytułu konsekwencji chorób cywilizacyjnych został oparty na dwóch filarach. Pierwszy filar - koszty Narodowego Funduszu Zdrowia obejmuje: podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne, rehabilitację leczniczą, profilaktyczne programy zdrowotne, świadczenia kontraktowane odrębnie, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, opiekę paliatywną i hospicyjną, leczenie uzdrowiskowe oraz refundację leków. Filar drugi - koszty Zakładu Ubezpieczeń Społecznych obejmuje: renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalne, absencję chorobową, świadczenia rehabilitacyjne i rehabilitację leczniczą.

Koszty leczenia reprezentują perspektywę płatnika, tj. Narodowego Funduszu Zdrowia, zaś koszty społeczne reprezentują perspektywę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Obie instytucje przekazały na wniosek dane dotyczące wydatków poniesionych z tytułu wybranych 9-ciu chorób cywilizacyjnych oraz liczbę indywidualnych numerów PESEL, które otrzymały świadczenia w każdej z jednostek chorobowych w każdym z segmentów opieki. Analizie kosztów poddano następujące problemy zdrowotne, określone 21 kodami międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD10.

**Tabela 1: Klasyfikacja chorób ze względu na ICD10**

Lp.	Kod	Nazwa
1.	E 11	Cukrzyca typu II
2.	E 65	Otyłość miejscowa
3.	E 66	Otyłość
4.	E 78	Zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie
5.	I 10	Nadciśnienie
6.	I 11	Nadciśnienie z niewydolnością serca
7.	I 12	Nadciśnienie z chorobą nerek
8.	I 13	Nadciśnienie z zajęciem serca i nerek
9.	I 24	Choroba niedokrwienna serca
10.	I 25	Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy
11.	I 48	Migotanie i trzepotanie przedsionków
12.	I 49	Migotanie i trzepotanie komór
13.	I 50	Niewydolność serca
14.	G 46.3	Zespół udarowy pnia mózgu
15.	G 46.4	Zespół udarowy mózdzku
16.	I 69.4	Następstwa udaru



17.	I 21	Ostry zawał serca
18.	I 22	Ponowny zawał serca
19.	I 23	Niektóre powikłania zawału serca
20.	I 69.3	Następstwa zawału mózgu
21.	Z 03.4	Obserwacja w kierunku podejrzanego zawału mięśnia sercowego

Koszty podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oszacowano na podstawie liczby świadczeniobiorców określonej przez NFZ oraz stawki kapitacyjnej dla zaraportowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia populacji chorych w każdej z jednostek chorobowych:

- dla populacji chorych na cukrzycę typu II oraz chorych na choroby układu krążenia przyjęto współczynnik stawki kapitacyjnej równy 3;
- dla populacji osób z chorobami naczyń mózgowych i otyłością przyjęto współczynnik równy 1.

Koszty farmakoterapii określono dwoma sposobami. Ze względu na otrzymanie z Narodowego Funduszu Zdrowia niepełnych danych dotyczących refundacji leków dla osób chorujących na cukrzycę typu II, koszty farmakoterapii cukrzycy typu II oszacowano na podstawie miesięcznych wydatków z tytułu refundacji leków podanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia za rok 2013 w następujących grupach limitowych:

- 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich;
- 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin;
- 15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym – metformina;
- 16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika;
- 17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy – akarboza.

Dla pozostałych problemów zdrowotnych przyjęto dane przekazane na wniosek przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wobec ich spójności z danymi podawanymi w raportach na temat wydatków NFZ z tytułu refundacji leków<sup>3</sup>.

Pozostałe kategorie kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia otrzymano na wniosek z Centrali NFZ, jako odpowiedź na zapytanie o koszty poniesione w 2013 roku w związku z leczeniem chorób wskazanych w modelu jako choroby cywilizacyjne w poszczególnych segmentach systemu opieki zdrowotnej.

Koszty Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zostały przekazane przez ZUS w odpowiedzi na wniosek Fundacji o koszty poniesione w 2012 roku z leczeniem chorób wskazanych w modelu, jako choroby cywilizacyjne. Jednocześnie przedstawiciel ZUS zadeklarował, że wartości świadczeń w poszczególnych kategoriach nie zmieniały się znacząco rok do roku w poprzednich latach.

Koszty NFZ i ZUS skategoryzowano w dwóch przekrojach. Przekrój pierwszy ukazuje strukturę kosztów pod względem jednostki chorobowej. Przekrój drugi pokazuje strukturę kosztów pod względem rodzaju świadczenia.

## WYDATKI PUBLICZNE Z TYTUŁU CHORÓB CYWILIZACYJNYCH W POLSCE

**Wydatki publiczne ponoszone rocznie z tytułu 9-ciu chorób określanych jako cywilizacyjne, opisanych 21 kodami ICD10, uwzględnionymi w niniejszej analizie wyniosły ponad 10,5 mld złotych.**

---

<sup>3</sup> Komunikat NFZ DGL z dnia 7 lipca 2014 roku w sprawie informacji o wielkości kwoty refundacji i liczbie zrefundowanych opakowań [...] narastająco od stycznia do grudnia 2013 roku; załącznik „Wartość refundacji cen leków według kodów EAN (styczeń – grudzień 2013); <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0&dzialnr=2&artnr=6218>

Tabela 2: Wydatki NFZ i ZUS z tytułu chorób cywilizacyjnych w Polsce

Płatnik	Wartość	Struktura
NFZ	7 483 259 335	71%
ZUS	3 051 660 875	29%
<b>Razem</b>	<b>10 534 920 210</b>	

Źródło: Analiza własna na podstawie danych NFZ.

Większość, tj. 71%, wydatków publicznych, wynoszących 7,5 mld złotych związanych z leczeniem chorób cywilizacyjnych ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje z tego powodu 3,05 mld złotych, co stanowi 29% wydatków publicznych.

Tabela 3: Wydatki NFZ związane z chorobami cywilizacyjnymi: chorobą niedokrwienną serca i zawałem serca, cukrzycą insulinozależną, zaburzeniami lipidowymi, nadciśnieniem tętniczym, zespołami naczyniowymi mózgu, niewydolnością serca, zaburzeniami rytmu serca i otyłością

Kategoria	Cukrzyca typu II	Choroba wieńcowa z wył. zawałów	Zawał serca	Nadciśnienie tętnicze	Niewydolność serca	Zaburzenia rytmu serca	Choroby naczyń mózgowych	Zaburzenia lipidowe	Otyłość	Razem
Podstawowa opieka zdrowotna	288 393 120	215 453 376	23 325 120	281 671 776	74 673 504	152 020 800	11 121 120	6 758 976	5 538 048	<b>1 058 955 840</b>
Ambulatoryjne świadczenia	92 717 651	81 246 724	327 470	103 661 743	10 801 620	54 139 306	2 973 963	3 389 415	3 784 657	<b>353 042 549</b>
Specjalistyczne										
Leczenie Szpitalne	132 938 062	775 057 340	948 279 874	131 378 832	630 410 933	351 401 584	48 204 400	28 831 514	52 628 580	<b>3 099 131 118</b>
Rehabilitacja Lecznicza	139 366	6 774 593	795 813	663 894	27 017 728	93 556	66 027 808	52 175	320 342	<b>101 885 275</b>
Profilaktyczne Programy Zdrowotne	79	0	0	262	0	0	0	26	0	<b>367</b>
Świadczenia Odrębnie	1 147 752	191 509	24 476	92 000	83 397	26 408	898 541	157 314	65 436	<b>2 686 832</b>
Kontraktowane										
Świadczenia Pielęgnacyjne i Opiekuńcze	19 128 724	15 413 431	1 042 109	27 333 737	40 264 412	3 010 181	35 429 849	114 701	578 776	<b>142 315 921</b>
Opieka Paliatywna i Hospicyjna	2 145	18 665	693	16 417	306 127	2 262	1 078	0	0	<b>347 386</b>
Leczenie uzdrowiskowe	8 553 226	30 805 546	1 482 927	43 411 397	1 323 677	511 074	2 751 613	132 553	5 679 467	<b>94 651 478</b>
Refundacja leków	1 163 457 152			1 172 247 593				287 432 546	7 105 278	<b>2 630 242 569</b>
<b>Razem NFZ</b>	<b>1 706 477 277</b>			<b>5 374 212 255</b>			<b>326 869 220</b>	<b>75 700 583</b>	<b>7 483 259 335</b>	

Źródło: Analiza własna na podstawie danych NFZ.

Największe koszty płatnika świadczeń zdrowotnych pochłania **leczenie szpitalne (3,1 mld zł, 41% wydatków na leczenie)**, z czego prawie **1/3 przypada na leczenie interwencyjne zawałów serca (0,95 mld zł)** i stanowi jeden z głównych mechanizmów kosztotwórczych (*cost drivers*) w systemie. Kolejną istotną kategorię kosztów stanowi **refundacja leków wynosząca 2,6 mld zł (35% wydatków NFZ)**, z czego prawie 1,2 mld zł (45% kosztów leków) dotyczy refundacji leków związanych z chorobami układu krążenia. Koszty refundacji leków stosowanych w leczeniu samej cukrzycy typu II wyniosły również 1,2 mld zł, co stanowi 44% wydatków NFZ na refundację leków w tej grupie chorób. Na leczenie otyłości NFZ wydaje zaledwie 75,7 mln zł (1%), czyli najmniej spośród analizowanych chorób cywilizacyjnych.

Następną ważną pozycję kosztową stanowi **podstawowa opieka zdrowotna wynosząca 1,06 mld zł (14% wydatków NFZ)**. W tym segmencie dominują koszty związane z leczeniem cukrzycy typu II (288 mln zł), nadciśnienia tętniczego (281,7 mln zł) i choroby wieńcowej bez zawałów serca (215,4 mln zł). **Na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną wydano zaledwie 353 mln zł, (4,1% wydatków NFZ)**, w tym 103,7 mln zł na leczenie nadciśnienia tętniczego i 92,7 mln zł na terapię cukrzycy typu II. Zwraca uwagę **niski poziom wydatków na rehabilitację** i leczenie uzdrowiskowe, łącznie 196,5 mln zł ( 2,6% wydatków NFZ), szczególnie w porównaniu z wysokimi wydatkami na hospitalizację w związku z zawałem serca ( 196,5 w porównaniu do 948,3 mln zł).

**Tabela 4: Wartość świadczeń udzielonych przez NFZ i ZUS w związku z chorobami cywilizacyjnymi**

Płatnik	Kategoria	Wartość świadczeń	Struktura wewnętrzna	Struktura całkowita
NFZ	Podstawowa opieka zdrowotna	1 058 955 840	14,2%	10,1%
	Ambulatoryjne Świadczenia Specjalistyczne	353 042 549	4,7%	3,4%
	Leczenie Szpitalne	3 099 131 118	41,4%	29,4%
	Rehabilitacja Lecznicza	101 885 275	1,4%	1,0%
	Profilaktyczne Programy Zdrowotne	367	0,0%	0,0%
	Świadczenia Odrębnie Kontraktowane	2 686 832	0,0%	0,0%
	Świadczenia Pielęgniacyjne i Opiekuńcze	142 315 921	1,9%	1,4%
	Opieka Paliatywna i Hospicyjna	347 386	0,0%	0,0%
	Leczenie uzdrowiskowe	94 651 478	1,3%	0,9%
	Refundacja leków	2 630 242 569	35,1%	25,0%

<b>ZUS</b>	Renty z tytułu niezdolności do pracy	2 416 625 865	79,2%	22,9%
	Renty socjalne	7 658 832	0,3%	0,1%
	Absencja chorobowa	514 268 584	16,9%	4,9%
	Świadczenie rehabilitacyjne	95 044 869	3,1%	0,9%
	Rehabilitacja lecznicza	18 062 726	0,6%	0,2%
	<b>Razem</b>	<b>10 534 920 211</b>		<b>100,0%</b>

Źródło: Analiza własna na podstawie danych NFZ i ZUS.

Tabela 5: Porównanie wydatków całkowitych NFZ w 2013 roku i wydatków na choroby cywilizacyjne (w analizie nie uwzględniono wydatków na leki)

Lp.	Rodzaj świadczenia	Umowy zawarte w 2013 roku		Świadczenia 2013 na choroby cywilizacyjne		Udział wydatków na świadczenia związane z chorobami cywilizacyjnymi w łącznych wydatkach NFZ z tytułu realizacji umów
		Wartość [zł]	Struktura	Wartość świadczeń	Struktura	
1.	Podstawowa Opieka Zdrowotna	7 653 832 000	14%	1 058 955 840	22%	14%
2.	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	5 267 196 540	9%	353 042 549	7%	7%
3.	Leczenie Szpitalne	30 594 783 380	55%	3 099 131 111	64%	10%
4.	Rehabilitacja Lecznicza	2 077 984 460	4%	101 885 275	2%	5%
5.	Profilaktyczne Programy Zdrowotne	179 528 250	0%	367	0%	0,0%
6.	Świadczenia Odrębnie Kontraktowane	1 663 814 100	3%	2 686 832	0%	0,2%
7.	Świadczenia Pielęgnacyjne i Opiekuńcze	1 077 374 490	2%	142 315 921	3%	13%
8.	Opieka Paliatywna i Hospicyjna	355 860 050	1%	347 386	0%	0,1%
9.	Leczenie Uzdrowiskowe	608 130 540	1%	94 651 478	2%	16%
<b>łącznie wydatki NFZ w ramach umów</b>		<b>56 110 122 950</b>		<b>4 853 016 766</b>		<b>9%</b>

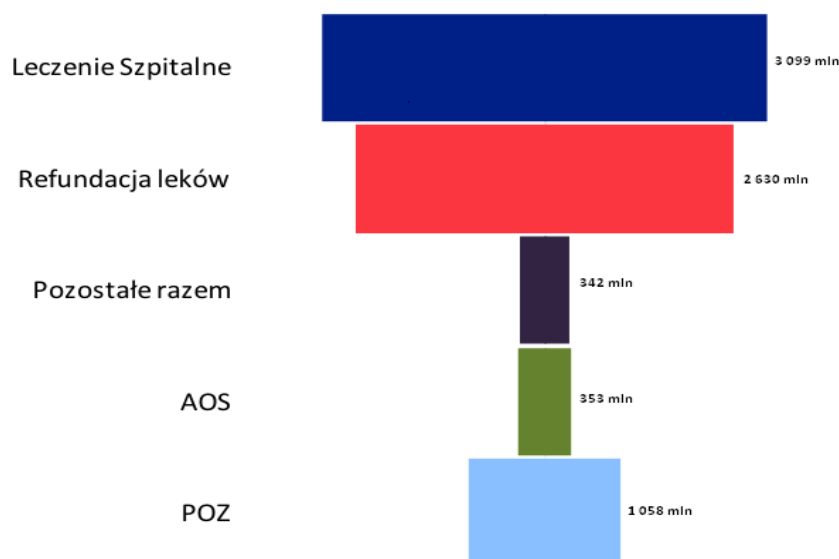
Źródło: Analiza własna na podstawie danych NFZ.

Wydatki na wymienione powyżej rodzaje świadczeń z tytułu 9-ciu chorób cywilizacyjnych stanowią 9% całkowitych rocznych wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne. Na uwagę zasługuje udział wydatków na leczenie szpitalne. W przypadku 9-ciu chorób cywilizacyjnych udział ten jest o 11 punktów procentowych wyższy niż w ogólnych wydatkach. Kolejną pozycją jest podstawowa opieka zdrowotna, której udział w finansowaniu chorób cywilizacyjnych także znacznie przewyższa udział w ogólnej kwocie świadczeń. Dziwi natomiast niższy udział wydatków na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (różnica 2 punktów procentowych), szczególnie w odniesieniu do faktu, że wszystkie omawiane choroby są chorobami przewlekłymi wymagającymi skoordynowanej opieki specjalistycznej.

Struktura wydatków NFZ ponoszonych w związku z leczeniem 9-ciu chorób cywilizacyjnych przyjmuje, podobnie jak w innych obszarach terapeutycznych, kształt odwróconej piramidy. **Najwyższe wydatki są generowane przez lecnictwo zamknięte**, podczas gdy to choroby cywilizacyjne, mające charakter chorób przewlekłych, powinny generować wysokie wydatki przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. **Konsekwencją odwróconej piramidy kosztów są duże wydatki na leczenie interwencyjne zaostrej stanów zdrowia.** Znacznie racjonalniej z perspektywy interesu publicznego byłoby, gdyby system opieki skupiał się na podtrzymaniu stanu stabilnego i niedopuszczaniu do zaostrej poprzez dostępną i znacznie mniej kosztowną opiekę ambulatoryjną. Wszystko to sprawia, że choroby cywilizacyjne są niezwykle kosztochłonne dla systemu opieki zdrowotnej.

Obraz odwróconej piramidy kosztów chorób cywilizacyjnych przedstawia schemat 1.

Schemat 1: Piramida wydatków NFZ (kwoty w zł.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Według danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia łączna populacja osób (indywidualnych numerów PESEL), którym udzielono świadczeń w 2013 roku w związku z objętymi analizą 9cioma problemami zdrowotnymi określonymi 21 kodami ICD 10 wyniosła 3,762 mln.

Tabela 6: Populacja pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych z powodu chorób cywilizacyjnych w 2013 roku

Problem zdrowotny	Populacja, której udzielono świadczeń w 2013 roku
Cukrzyca typu II	1 001 365
Choroba wieńcowa z wył. zawałów	748 102
Zawał serca	80 990
Nadciśnienie	978 027
Niewydolność serca	259 283
Zaburzenia rytmu serca	527 850
Zaburzenia lipidowe	38 615
Choroby naczyń mózgowych	70 406
Otyłość	57 688
<b>Populacja łączna</b>	<b>3 762 326</b>

Źródło: Analiza własna na podstawie danych NFZ.

Koszty poniesione przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych z tytułu zabezpieczenia społecznego wyniosły 3,05 mld złotych. Najbardziej dominującą pozycją kosztową były renty z tytułu niezdolności do pracy 2,4 mld zł (79% wydatków ZUS) i absencja chorobowa 514,3 mln zł (17% wydatków ZUS). Budżet rent z tytułu niezdolności do pracy jest najbardziej obciążony przez skutki choroby wieńcowej łącznie z zawałami serca (1,57 mld zł i 51% wydatków ZUS) i niewydolność serca (505,9 mln zł; 17% wydatków ZUS). Absencja chorobowa z powodu niewydolności serca kosztowała 237,5 mln zł, co stanowi 46% kosztów absencji w analizowanej grupie chorób. Kolejną przyczyną wysokich wydatków z powodu absencji chorobowej jest choroba niedokrwienna serca i zawały serca (161 mln zł i 5% wydatków ZUS). W łącznych wydatkach poniesionych przez ZUS dominuje choroba wieńcowa z 1,35 mld zł (44% wydatków ZUS), niewydolność serca z 762 mln zł (25%) i zawał serca z 466,6 mln zł (15%). Świadczenia rehabilitacyjne ZUS stanowiły 3,1% wydatków i były zbliżone do wydatków NFZ z tytułu rehabilitacji leczniczej (95 mln vs. 102 mln zł).

**Tabela 7: Wydatki ZUS na świadczenia z wiązane z chorobami cywilizacyjnymi**

Kategoria	Cukrzyca typu II	Choroba wieńcowa z wył. zawałów	Zawał serca	Nadciśnienie tetnicze	Niewydolność serca	Zaburzenia rytmu serca	Choroby naczyń mózgowych	Zaburzenia lipidowe	Otyłość	Razem
Renty z tytułu niezdolności do pracy	90 089 460	1 150 922 650	420 995 635	201 480	505 859 415	148 336 412	63 947 769	18 546 948	17 726 095	2 416 625 865
Renty socjalne	570 312	675 016	3 450 086	77 235	705 768	1 055 838	623 509	111 356	389 712	7 658 832
Absencja chorobowa	32 174 214	135 940 555	25 317 819	963 449	237 528 648	18 330 074	44 032 348	18 268 314	1 713 164	514 268 584
Świadczenie rehabilitacyjne	2 322 759	51 418 865	16 237 568	10 637	15 058 568	2 365 802	5 801 868	1 297 140	531 662	95 044 869
Rehabilitacja lecznicza	19 023	13 873 531	564 793	0	2 806 354	159 703	231 424	386 843	21 055	18 062 726
<b>Razem ZUS</b>	<b>125 175 767</b>	<b>1 352 830 617</b>	<b>466 565 901</b>	<b>1 252 801</b>	<b>761 958 753</b>	<b>170 247 829</b>	<b>114 636 917</b>	<b>38 610 601</b>	<b>20 381 688</b>	<b>3 051 660 875</b>

Źródło: Analiza własna na podstawie danych ZUS.



## WYDATKI PONIESIONE PRZEZ NFZ NA OPIEKĘ PROFILAKTYCZNAJ NAD DZIEĆMI W WIEKU 0-5 LAT W POZ

Według danych pozyskanych na wniosek z NFZ na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci w wieku 0-5 lat w 2012 roku wydano 499,8 mln zł, a w 2013 roku 505,0 mln zł. Kwota ta obejmuje świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ. Z przedstawionych danych wynika, że **najwyższe wydatki dotyczą wynagrodzeń dla lekarzy POZ z tytułu opieki nad dziećmi i stanowią one 80% kosztów opieki profilaktycznej. Pozostałe wydatki to koszty opieki pielęgniarki i położnej (po ok. 10%)**. Opieka nad jednym rocznikiem dzieci kosztuje około 100 mln pln. Stawka kapitacyjna jest mechanizmem finansowania usług lekarskich i pielęgniarskich, praca położnej jest finansowana w sposób mieszany – stawką kapitacyjną i wynagrodzeniem za odbyte wizyty patronażowe.

**W zestawieniu z wydatkami na choroby cywilizacyjne, koszty opieki profilaktycznej stanowią niewielkie obciążenie budżetu – 500 mln zł w porównaniu do 10 mld zł (5%).**

Tabela 8: Koszty finansowania świadczeń POZ dla populacji dzieci w wieku 0-5 r.ż. wg NFZ

Zakres świadczeń	Tytuł kosztu	Szacunkowa kwota (w mln zł)	
		2012 r.	2013 r.
Świadczenia lekarza POZ	Kapitacja	400,9	407,2
Świadczenia pielęgniarki POZ	Kapitacja	50,6	50,9
Świadczenia położnej POZ	Kapitacja	12,4	12,5
	wizyty patronażowe	35,9	34,4
	Razem	48,3	46,9
<b>Zakresy razem</b>		<b>499,8</b>	<b>505,0</b>

Źródło: Analiza własna na podstawie danych NFZ.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawowa opieka zdrowotna (POZ) polega na realizacji świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz pielęgnacyjnych z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii. Są one udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Świadczenia POZ realizowane są przez lekarza, pielęgniarkę oraz położną i są udzielane bez skierowania. Miejscem realizacji świadczeń są poradnia, przychodnia oraz gabinet, ale w przypadkach uzasadnionych medycznie mogą być one udzielane w domu pacjenta.

System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dzieckiem oparty jest na zasadzie ciągłości opieki. Zgodnie z tym założeniem, ten sam lekarz opiekuje się dzieckiem zdrowym, jak i chorym. Po wypisaniu noworodka ze szpitala, wraz z dokumentacją z oddziału neonatologicznego lub po otrzymaniu od położnej książeczki zdrowia i szczepień dziecka (poród w domu), rodzice zgłaszają dziecko w wybranej przez siebie przychodni POZ. Zgłoszenie polega na wypełnieniu deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej dla dziecka. Położną należy wybrać wcześniej, jeszcze przed urodzeniem dziecka (w ostatnim trymestrze ciąży). Świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej udzielane są na podstawie imiennego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ w wybranej przychodni.

### **Do zadań lekarza POZ należą<sup>4</sup>:**

- zadania mające na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy (edukacja zdrowotna, systematyczna i okresowa ocena stanu zdrowia w ramach badań bilansowych, realizacja programów zdrowotnych);

---

<sup>4</sup> Zarządzenie Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

- zadania mające na celu profilaktykę chorób (szczepienia ochronne, realizacja programów profilaktycznych, systematyczna i okresowa ocena stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych);
- zadania mające na celu rozpoznanie chorób;
- zadania mające na celu leczenie chorób
- zadania związane z usprawnieniem pacjenta.

**Do zadań pielęgniarki POZ należą<sup>5</sup>:**

- planowanie oraz realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentem, rodziną, społecznością w miejscu zamieszkania;
- promocja zdrowia i profilaktyka chorób;
- świadczenia pielęgnacyjne.

**Do zadań położnej POZ należy<sup>6</sup>:**

- kompleksowa pielęgnacyjna opieka położniczo-neonatologiczno-ginekologiczna (m.in. edukacja w zakresie planowania rodziny, opieka w okresie ciąży, porodu i połogu, opieka nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia drugiego miesiąca życia;
- promocja zdrowia i profilaktyka chorób (edukacja w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety, poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia, porada laktacyjna oraz promowanie karmienia piersią).

---

<sup>5</sup> Ibidem.

<sup>6</sup> Ibidem.

## Finansowanie świadczeń w ramach POZ<sup>7</sup> Stan z dnia 1 października 2014.

Finansowanie świadczeń udzielanych przez lekarza w ramach POZ odbywa się na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej. Stawka kapitacyjna wynosi 96 zł rocznie i może być korygowana współczynnikiem odpowiednim do grupy wiekowej świadczeniobiorcy lub leczenia choroby przewlekłej.

### **Współczynniki korygujące:**

- x 3,0 - dla osoby, której udzielono porady w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia;
- x 2,5 - dla podopiecznego DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej;
- x 2,0 - dla osoby powyżej 65 roku życia;
- **x 2,0 - dla dziecka do 6 roku życia;**
- x 1,2 - dla osoby od 7 do 19 roku życia;
- x 1,0 - dla osoby od 20 do 65 roku życia;
- x 0,1 – w czasie wzmożonej zachorowalności, gdy liczba sprawozdanych porad z powodu chorób w zakresie J00-J22 (z wyłączeniem J17), będzie stanowić co najmniej 25%.

W związku z powyższym lekarska stawka kapitacyjna dla dziecka do 6 roku życia wynosi **192,00 zł na rok**. W świetle projektu zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 27.11.2014 stawka ta ma od 01.01.15 wzrosnąć o 40% do kwoty **2 x 136,20 pln czyli 272.40 pln**. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych przez lekarza POZ nie powinna przekraczać 2750 osób.

Finansowanie świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę POZ także odbywa się na podstawie stawki kapitacyjnej. Stawka ta wynosi **26,64 zł** rocznie. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych przez jedną pielęgniarkę POZ nie powinna przekraczać 2750 osób. Stawka kapitacyjna pielęgniarki korygowana jest m.in. współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej.

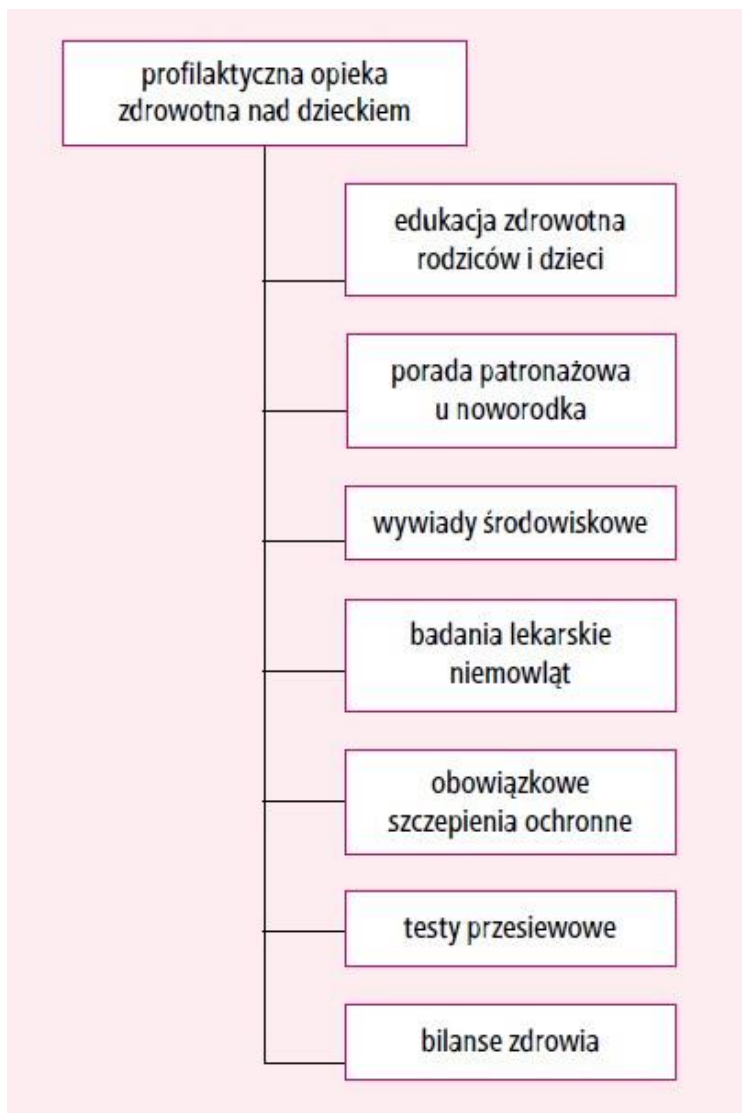
---

<sup>7</sup> Ibidem.

W przypadku dzieci współczynnik wynosi 2,0. W związku z powyższym stawka kapitacyjna pielęgniarki dla dziecka do 6 roku życia wynosi **53,28 zł na rok**.

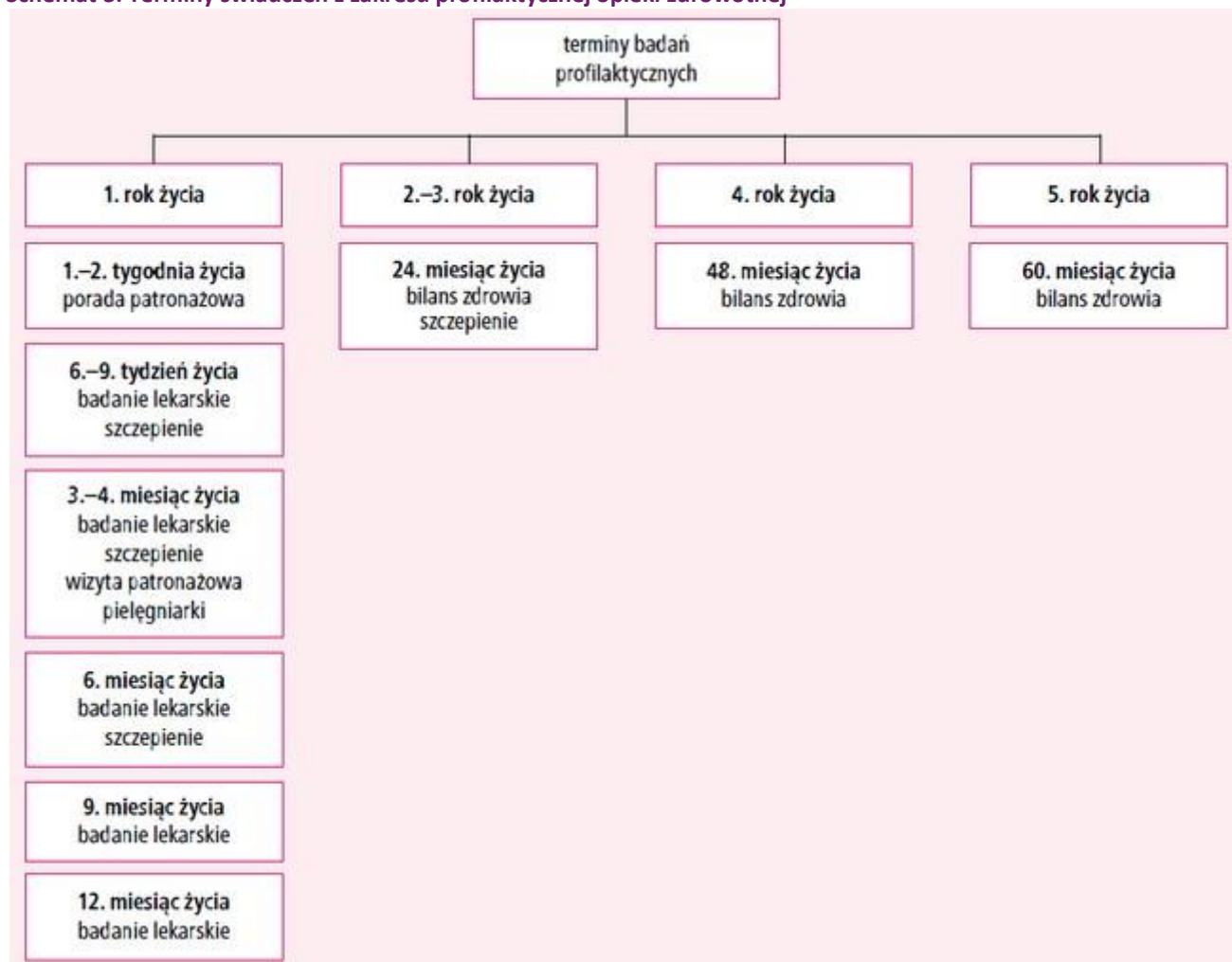
Finansowanie świadczeń udzielanych przez położną POZ odbywa się na podstawie stawki kapitacyjnej – **13,56 zł** rocznie oraz opłaty „za usługę”. W przypadku dzieci są to wizyty patronażowe – **26,00 zł** za poradę. Zalecana liczba świadczeniobiorców, do których zalicza się kobiety oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia, objętych opieką przez jedną położną POZ, nie powinna wynosić 6 600 osób.

Schemat 2: Zakres świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dzieckiem do 5 lat



Źródło: Oblacińska, A., M. Jodkowska. 2014. Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym, w: *Medycyna Praktyczna Pediatria* 2014/02, dostępne na: <http://www.mp.pl/pediatria/artykuly-wytyczne/artykuly-przegladowe/show.html?id=98260>.

Schemat 3: Terminy świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej



Źródło: Oblacińska, A., M. Jodkowska. 2014. Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym, w: *Medycyna Praktyczna Pediatria* 2014/02, dostępne na: <http://www.mp.pl/pediatrics/artykuly-wytyczne/artykuly-przegladowe/show.html?id=98260>.

Tabela 9: Świadczenia udzielane przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ i położną POZ dzieciom w wieku 0-5 lat

Świadczenia udzielane przez lekarza POZ	
Porady patronażowe oraz bilanse	
1-4 tydzień życia	łącznie 9 wizyt w okresie 0-5 r.ż.
2-6 miesiąc życia (terminy odpowiadające szczepieniom ochronnym)	Stawka kapitacyjna wynosi 192 zł rocznie (96 zł x 2,0 /współczynnik korygujący dla dzieci 0-6 lat/, przez 5 lat wynosi <b>960 zł</b> .
9 miesiąc życia	

12 miesiąc życia	
2 lata	
4 lata	
5 lat	

#### Świadczenia udzielane przez pielęgniarkę POZ – wizyty patronażowe i testy przesiewowe

0-6 miesiąc życia	Łącznie do 9 wizyt w okresie 0-5 rż. Stawka kapitacyjna wynosi 53,28 zł rocznie ( 26,64 zł x 2,0 /współczynnik korygujący dla dzieci od 0-6 lat/ ) 53,28 zł x 5 lat = <b>266,4 zł</b>
3-4 miesiąc życia	
9 miesiąc życia	
12 miesiąc życia	
2 lata	
4 lata	
5 lat	

#### Świadczenia udzielane przez położną POZ – wizyty patronażowe, wizyta edukacji przedporodowej

0-4 doba życia	W okresie 0-6 tydz. życia od 4 do 6 wizyt patronażowych.
1-6 tydzień	<b>13,56 zł stawka kapitacyjna roczna, miesięcznie jest to kwota 1,13 zł</b>  26 zł – wizyta patronażowa 26 zł x 6 wizyt = <b>156 zł</b>
Wizyta edukacji przedporodowej	Ok. 25 do 29 wizyt = <b>899 zł (31 zł za 1 wizytę)</b>
- 1 raz w tygodniu w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży	
- 2 razy w tygodniu w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania.	

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Zarządzenie Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. Oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.



W ramach projektu Rodzice dla zdrowia przeprowadzono badanie kwestionariuszowe, które miało na celu zebranie opinii rodziców o lekarzach, jakości i dostępności profilaktycznej opieki zapewnianej dzieciom w wieku 0-5 lat.

Rodzice w badaniu kwestionariuszowym odpowiadali na pytanie: „Czy polecilibyś lekarza swojego dziecka w POZ innym rodzicom?” **Większość rodziców poleciliby innym swojego lekarza w POZ - 21% rodziców wskazało, że „zdecydowanie tak”, a 38% - „tak”.** Rodzice byli proszeni o wskazanie lekarzy oraz placówki POZ, które poleciliby innym rodzicom w całej Polsce<sup>8</sup>. Uzyskany w ten sposób wykaz rekomendowanych placówek ma stanowić podstawę do dalszego rozwoju bazy danych poradni przyjaznych dzieciom i stworzenia Mapy Dobrych Praktyk Pediatrycznych.

We wrześniu 2014 zostały przeprowadzone wywiady telefoniczne (CATI) z osobami zarządzającymi rekomendowanymi przez rodziców placówkami, w celu ustalenia czynników determinujących zadowolenie rodziców z jakości i dostępności opieki profilaktycznej i pediatrycznej. CATI przeprowadzono z 11 losowo wybranymi placówkami w Polsce:

- CM Medycyna Rodzinna ul. Belgradzka 18, Warszawa;
- Przychodnia Rodzinna Na Ugorach, Ugory 1, 87-100 Toruń;
- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz, ul. Kochanowskiego 19, Warszawa;
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chynowie, ul. Chynów 42a, 05-650 Chynów;
- Nasza Przychodnia, ul. Paderewskiego 3B, Nowy Dwór Mazowiecki;
- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego ul. Św. Bartłomieja Apostoła 21, 32-031 Mogilany;

---

<sup>8</sup> Dane pochodzące z raportu podsumowującego wyniki wywiadów kwestionariuszowych zrealizowanych z rodzicami dzieci w wieku 0-5 lat.

- Centrum Medyczne na Reymonta, ul. Władysława Reymonta 12 lok.125, 05-250 Radzymin;
- Niepubliczna Przychodnia Lekarska VADEMECUM Sp. zo. o.ul. Wolności 440, 41-800 Zabrze;
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDMAL, ul. Dolna 19A, 16-030 Supraśl;
- "Ósemka" s.c. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska, ul. 11 Listopada 9, 62-510 Konin;
- Alterida, Przychodnia Lekarza Rodzinnego, Szczepankowo 72D, Poznań.

Z przeprowadzonych wywiadów wyodrębniono czynniki decydujące o zadowoleniu rodziców z opieki profilaktycznej, które następnie podzielono na 5 głównych kategorii, tj.: komunikacja, dostępność, zarządzanie, kompetencje i edukacja. Zdaniem rozmówców, wpływ na to, że ich placówka jest polecana innym rodzicom, mają następujące czynniki:

<u>CZYNNIK</u>	<u>LICZBA PLACÓWEK</u>
<u>Komunikacja lekarza z dzieckiem i rodzicami</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sympatia do pacjentów, życzliwy stosunek do pacjenta</li> <li>• empatyczni lekarze</li> <li>• holistyczne podejście do pacjenta</li> <li>• znajomość swoich pacjentów i rodzin, nawet od pokoleń</li> </ul>	<u>11/11</u>
<u>Zarządzanie placówką</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wdrożenie standardów obsługi pacjenta</li> <li>• system informatyczny wspomagający pracę lekarza w przychodni (bez zbędnej biurokracji)</li> <li>• e-rejestracja</li> <li>• certyfikat ISO</li> <li>• praca zespołowa personelu medycznego</li> <li>• doświadczenie - wiele lat na rynku usług zdrowotnych</li> <li>• mała rotacja personelu, co przyczynia się do poczucia bezpieczeństwa pacjentów</li> <li>• dostępność diagnostyki na miejscu</li> <li>• kompleksowa obsługa pacjenta (pomoc w umawianiu wizyt u lekarzy specjalistów)</li> <li>• warunki przyjazne dzieciom (m. in. „bajkowa” i kolorowa aranżacja gabinetów i poczekalni)</li> <li>• oddzielenie poradni dla dzieci zdrowych od poradni dla dzieci chorych</li> <li>• bardzo dobra i aktualizowana strona internetowa placówki</li> </ul>	<u>9/11</u>

#### Dostępność placówki i lekarza POZ

7/11

- przyjęcia przez lekarza w godz. 7:30 – 20:00
- więcej przyjąć pacjentów w okresie wzmożonej zachorowalności
- przyjmowanie pilnych przypadków „od razu”
- nieodmawianie wizyt

#### Kompetencje i doświadczenie lekarza

6/11

- lekarze pediatrzy przyjmujący dzieci
- lekarze z dużym doświadczeniem, z tytułem doktora nauk medycznych
- lekarze pracujący w klinikach

#### Inicjatywy edukacyjne w placówce

2/11

- programy profilaktyczne, np. zdrowe odżywianie dzieci 0-3 r.ż.
- edukacja rodziców
- bezpłatne badania przeprowadzane przez specjalistów (np. mające na celu wykrywanie wad postawy)
- ekran LCD z informacjami dla pacjentów

Jak wynika z przedstawionych danych największy wpływ na zadowolenie rodziców ma **doświadczony i dobrze komunikujący się personel oraz dobre zarządzanie placówką**. Ponadto należy zwrócić uwagę na fakt, że **głównie polecanymi lekarzami są lekarze, którzy posiadają specjalizację w zakresie pediatrii**, a nie w zakresie medycyny rodzinnej (90% badanych placówek zatrudnia pediatrów). Badanie wykazało, iż ważnym elementem w ocenie danej placówki i lekarza jest także jakość i sposób komunikacji w relacji pacjent/rodzice–lekarz. Wskazują na ten fakt zarówno świadczeniodawcy i rodzice.

Warto również podkreślić, że **80% polecanych przez rodziców placówek stanowią przedsiębiorstwa (niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej lub prywatne praktyki)**<sup>9</sup>. Wszystkie placówki POZ posiadające kontrakt z NFZ rozliczane są na takich samych zasadach,

#### Opinie świadczeniodawców:

- „Lubimy naszych pacjentów”
- „Pacjent naszym przyjacielem”
- „Staramy się mieć życzliwy stosunek do ludzi i widzieć ich problem”

#### Opinie rodziców:

- „Nasza pediatra to także mama dwójki dzieci. Jest młodą osobą, bardzo miłą, ma zawsze czas, nie śpieszy się, odpowiada na wszystkie pytania. Jest zawsze na bieżąco z ‘nowościami aptecznymi’.”
- „Jest to wspaniąca pediatra z powołania, miła, sympatyczna i dokładnie badająca, nigdy nie odsyła pacjentów, zawsze dostępna i odpowiadająca cierpliwie na wszystkie pytania.”

<sup>9</sup> Ibidem.

które nie uzależniają wynagrodzeń od wyników oceny czy wdrożonych mechanizmów kontroli jakości świadczeń. Powyższe przykłady wskazują na to, że **w takich samych warunkach systemowych mogą pracować placówki, które jakością swojej pracy i dostępnością sprawiają, że rodzice są zadowoleni z opieki tych placówek nad swoimi dziećmi i polecają je innym rodzicom.**

## WNIOSKI

Dziewięć chorób cywilizacyjnych analizowanych w niniejszym raporcie opisanych 21 kodami klasyfikacji ICD 10 pochłania istotną część budżetu świadczeń zdrowotnych i zabezpieczenia społecznego. W świetle sprawozdania z działalności NFZ za 2013 rok, wydatki całkowite NFZ wyniosły 64 775 mln zł. **Wydatki z tytułu 9-ciu wybranych chorób cywilizacyjnych objętych niniejszą analizą stanowią 7 483 mln zł jest to więc 12% wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia** na leczenie wszystkich problemów zdrowotnych. Pomimo objęcia w podstawowej opiece zdrowotnej pacjentów chorujących na cukrzycę i choroby układu krążenia preferencyjną wysokością stawki kapitałowej, koszty hospitalizacji oraz koszty zabezpieczenia społecznego prawie 3 krotnie przewyższają koszt leczenia w POZ. Niskie wydatki publiczne na ambulatoryjną opieką specjalistyczną w tej grupie chorób (mniej niż 5% wydatków NFZ) wskazują, że system opieki zdrowotnej nie jest nastawiony na utrzymanie pacjentów z chorobami przewlekłymi w stabilnym stanie zdrowia tylko interwencyjne leczenie zaostrzeń w warunkach szpitalnych. **Niskie finansowanie opieki specjalistycznej owocuje wysokimi wydatkami na lecznictwo zamknięte (41% wydatków NFZ).**

**Choroby cywilizacyjne leczymy w Polsce niegospodarnie.** Według danych dotyczących obłożenia łóżek szpitalnych CSIOZ co trzecie łóżko szpitalne jest niewykorzystane<sup>10</sup>. Leczenie szpitalne z uwagi na swoje wysokie koszty powinno być zarezerwowane dla problemów, których nie można wyleczyć taniej na niższych piętrach systemu opieki zdrowotnej. Nadmiernym wydatkom systemowym na leczenie może zapobiec prowadzenie polityki

<sup>10</sup> *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.*

zdrowotnej skoncentrowanej na zapobieganiu wystąpieniu chorób lub ukierunkowanej na podtrzymanie w systemie opieki ambulatoryjnej stanu stabilnego chorób przewlekłych i unikanie zaostrzeń, których leczenie szpitalne generuje wysokie koszty.

**Choroby cywilizacyjne są często wynikiem zaniedbań, do których dochodzi we wczesnym dzieciństwie. Roczne wydatki NFZ i ZUS z powodu 9ciu chorób cywilizacyjnych przekroczyły w 2013 roku 10 mld pln. Jednocześnie wydatki NFZ na opiekę profilaktyczną nad 5cioma rocznikami dzieci w wieku 0-5 lat wyniosły 500 mln rocznie.** To niewiele w porównaniu z wydatkami z tytułu chorób cywilizacyjnych, co tylko potwierdza ogólnie znany fakt wysokiej efektywności kosztowej interwencji profilaktycznych w porównaniu z terapeutycznymi. Jednak jak się wydaje na podstawie danych uzyskanych z badań kwestionariuszowych rodziców oraz danych NFZ dotyczących bilansów zdrowia [Borek, 2014], **nawet te skromne środki wydawane na opiekę profilaktyczną nad dziećmi nie są wydawane racjonalnie.**

W świetle badań jakości i dostępności opieki profilaktycznej nad dziećmi w POZ przeprowadzonymi wśród rodziców widać wyraźnie, że **opieka ta nie jest dostosowana do potrzeb, aktualnych wyzwań i problemów zdrowia publicznego – narastającego zjawiska otyłości wśród dzieci, ruchów antyszczepionkowych czy zagubienia rodziców w zalewie nie zawsze wiarygodnych informacji** na temat żywienia i pielęgnacji dzieci. **W standardach opieki pediatrycznej nie jest w żaden sposób uwzględniany problem wysokiej dynamiki narastania otyłości wśród dzieci i młodzieży.** Takie zalecenia postępowania znalazły się w programach profilaktycznych większości krajów Unii i obejmują one **wzmoczony nadzór nad grupą dzieci i rodzin z problemem otyłości, poradnictwo dietetyczne i laktacyjne oraz wprowadzenie narzędzi motywujących personel medyczny i rodziców do skutecznej modyfikacji stylu życia<sup>11</sup>.**

System opieki profilaktycznej gwarantuje rodzicom dostępność do świadczeń, ale **poprawy wymaga jakość opieki sprawowanej nad dziećmi przez personel medyczny w POZ.** Edukacja dotycząca pielęgnacji, żywienia czy znaczenia szczepień, jaką rodzice otrzymują w POZ nie jest wystarczająca. **Szczególnie wyraźna jest potrzeba specjalistycznej edukacji dietetycznej rodziców w 1 roku życia dziecka.**

---

<sup>11</sup> UK Healthy Child programme, dostępne na: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/167998/Health\\_Child\\_Programme.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/167998/Health_Child_Programme.pdf)

Personel POZ nie pełni funkcji kontrolnych nad przestrzeganiem przez rodziców zaleceń dbania o zdrowie dziecka. Około 10% dzieci w Polsce znajduje się poza nadzorem opieki profilaktycznej w POZ. Rodzice nie przestrzegają kalendarza wizyt profilaktycznych czy szczepień ochronnych dzieci, a personel POZ nie przypomina im o tych terminach. Nie jest w pełni wykorzystany potencjał opieki, jaki mógłby sprawować POZ, odbywa się zaledwie jedna trzecia wynikających z liczebności populacji i standardu opieki wizyt profilaktycznych. Niewykorzystana jest zwłaszcza rola średniego personelu medycznego w realizacji opieki profilaktycznej nad zdrowymi dziećmi.

Z ankiet przeprowadzonych wśród rodziców wynika, że około 39% rodziców nie korzysta z bezpłatnych porad lub wizyt domowych lekarza POZ w przypadku choroby dziecka. Jednak 90% respondentów korzysta z opieki profilaktycznej dla dzieci zdrowych oferowanej w ramach NFZ. Z opieki publicznej poradni POZ z różnych przyczyn nie korzysta co dziesiąty respondent [Borek, 2014].

Narodowy Fundusz Zdrowa w swoich danych odnotowuje spadek liczby badań bilansowych oraz wizyt patronażowych<sup>12</sup>. NFZ opublikował we wrześniu 2013 roku dane, z których wynika, że spośród 4,6 mln wizyt bilansowych, które powinny się odbyć w populacji dzieci do 18 roku życia w 2012 roku odbyło się zaledwie 1,287 mln takich wizyt, co stanowi 28% potencjalnych potrzeb<sup>13</sup>. Według danych zebranych od rodziców porada patronażowa lekarza POZ w okresie pierwszych dwu tygodni życia odbyła się w przypadku 61% dzieci, a do 33% dzieci nie dotarł lekarz POZ. Położna POZ odwiedziła 37% respondentów zgodnie z obowiązującym standardem opieki czyli odbywając 4-6 wizyt w pierwszych dwu miesiącach życia. Do 8% dzieci położna nie dotarła na wizytę. Pielęgniarka nie odbyła wizyt u ponad 70% dzieci. Przynajmniej jedną wizytę domową pielęgniarki zgłosiło zaledwie 26% rodziców.

**Jak wskazują powyższe dane potencjał opieki profilaktycznej w poradniach POZ jest niewykorzystywany.** Skala niewykorzystania potencjału opieki profilaktycznej w POZ jest

---

<sup>12</sup> Informacja na posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia dotycząca funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, w tym medycyny rodzinnej.

<sup>13</sup> *Bilanse zdrowia dzieci w podstawowej opiece medycznej*, Konferencja prasowa – Centrala NFZ, 16 września 2013 r.

jednak trudna do określenia i wiadomo, że dotyczy w większym stopniu liczby nieodbytych wizyt niż liczby nieobjętych opieką dzieci. **Niewykorzystany pozostaje zwłaszcza potencjał średniego potencjału medycznego, który powinien wspierać lekarza w edukacji zdrowotnej i opiece nad dziećmi zdrowymi.**

**Finansowanie oparte na stawce kapitałowej premiuje nie liczbę wizyt personelu medycznego czy jakość opieki a jedynie fakt zarejestrowania dziecka do lekarza czy pielęgniarki POZ. Znacznie lepszą ocenę pracy wystawili rodzice w badaniu kwestionariuszowym pracy położnej.** To ona jest łącznikiem między systemem opieki prenatalnej i opieki nad noworodkiem. Przychodzi do domu rodziców 4-6 razy w okresie pierwszych 6ciu tygodni życia i zwykle umawia swoje wizyty. Jest źródłem wiedzy o karmieniu piersią, która jest wiedzą najbardziej przez rodziców ugruntowaną. Ten przykład wskazuje wyraźnie, **że mieszany system finansowania opieki profilaktycznej, który dotyczy położnych, wspiera częstość i jakość kontaktów personelu medycznego z rodzicami i przekłada się na lepszy nadzór nad noworodkiem i edukację dla rodziców.**

Wydatki na opiekę profilaktyczną nad dziećmi nie są wydawane racjonalnie. W systemie finansowania istnieją rezerwy wynikające z liczby dzieci nieobjętych opieką oraz przede wszystkim liczby nieodbytych zgodnie ze standardem wizyt. Skala rezerw jest trudna do oszacowania, ale jeśli przyjąć dostępne statystyki mieści się ona między 10% środków wynikających z populacji dzieci nieobjętych z różnych przyczyn opieką po 70% środków wynikających ze skali nieodbytych wizyt profilaktycznych. **Rezerwy systemowe można więc ostrożnie szacować na 10% obecnego budżetu, wynoszącego dla dzieci w wieku 0-5 lat 500 mln pln czyli na około 50 mln pln.**

**Planowane wprowadzenie podwyższenia finansowania opieki profilaktycznej w mechanizmie 40% wzrostu stawki kapitałowej w POZ od 01.01.15, któremu nie będzie towarzyszyło wdrożenie mechanizmów premiujących i kontrolujących jakość opieki personelu POZ nad dziećmi, nie będzie wiązało się z efektywnym wykorzystaniem publicznych środków na ten segment opieki.**

1. **Standardy opieki profilaktycznej** nad dziećmi powinny zostać zmodyfikowane tak, aby uwzględniały nowe wyzwania zdrowia publicznego dotyczące dzieci tj. narastająca skala otyłości, ruch antyszczepionkowy, zagubienie rodziców w zalewie nie zawsze rzetelnej wiedzy na temat pielęgnacji i żywienia dzieci.
2. Powinny zostać wprowadzone **zmiany w organizacji i finansowaniu opieki profilaktycznej**, zwiększające poziom kontroli systemu nad wszystkimi dziećmi od dnia ich urodzenia oraz nad terminowością realizacji kalendarza wizyt profilaktycznych i szczepień ochronnych przez rodziców a także lepszą koordynację opieki prenatalnej i noworodkowej.
3. **Finansowanie świadczeń w POZ powinno uwzględniać aspekty motywowania personelu medycznego do zgodnej ze standardami i wysokiej jakości opieki nad dziećmi poprzez wdrożenie systemu mieszanego, opartego o stawkę kapitacyjną ale również mechanizmy o charakterze fee for visit a najlepiej fee for outcome.**
4. Do systemu finansowania opieki profilaktycznej powinny zostać wprowadzone **narzędzia oceny jakości świadczeń**, monitorujące liczbę dzieci z nieprawidłową masą ciała, liczbę dzieci karmionych piersią, liczbę dzieci nie szczepionych zgodnie z kalendarzem szczepień czy ocenę jakości opieki dokonaną przez rodziców.
5. Powinien ulec zmianie **podział zadań i obowiązków między lekarzem i personelem medycznym POZ w kierunku powierzenia temu personelowi większej liczby zadań związanych z opieką nad dziećmi zdrowymi i edukacją zdrowotną rodziców. Ze zmiana podziału odpowiedzialności powinien się wiązać system szkoleń dla personelu medycznego przygotowujący do nowych zadań oraz zmiana zasad finansowania.**
6. Zapewnienie rodzicom dostępu do dietetyków, a tym samym do rzetelnej i profesjonalnej wiedzy na temat żywienia dziecka, powinno stać się na wzór innych krajów UE nowym elementem opieki pediatrycznej<sup>14</sup>. **Należy do standardu opieki profilaktycznej wprowadzić przynajmniej jedną poradę dietetyczną w okresie**

---

<sup>14</sup> UK Healthy Child programme, dostępne na: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/167998/Health\\_Child\\_Programme.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/167998/Health_Child_Programme.pdf).



**rozszerzenia diety dziecka tzn. około 6go miesiąca życia oraz dodatkową poradę dla rodzin w których przynajmniej jeden członek rodzimy jest otyły.** Powinien powstać system opieki ukierunkowanej na skuteczną modyfikację stylu życia i referowania do ośrodków specjalistycznych dzieci i rodzin z otyłością i nadwagą.

Opieka profilaktyczna nie wymaga dodatkowego finansowania z budżetu państwa. Wydaje się, że proponowane zmiany mogą zostać sfinansowane w ramach obecnie dostępnych środków, jedynie ich alokacja powinna ulec zmianie. **Budżet przeznaczony na podstawową opiekę zdrowotną dla dzieci w wieku 0-6 lat może być źródłem istotnych oszczędności, które będą mogły zostać przeznaczone na zmianę standardu i poprawę jakości opieki profilaktycznej nad dziećmi.** Konieczne byłoby wprowadzenie zmiany zasad finansowania tego segmentu opieki w kierunku odejścia od stawki kapitałowej na rzecz finansowania mieszanego uwzględniającego stawkę za wizytę lub najlepiej stawkę za wynik czyli wprowadzenie parametrów oceny jakości opieki na różnych poziomach. Obecnie gromadzone dane zawarte w kwestionariuszu MZ-11<sup>15</sup> umożliwiają już teraz wprowadzenie następujących parametrów oceny jakości opieki profilaktycznej oraz uzależnienie zasad finansowania tego segmentu opieki od jakości opieki:

- wskaźnik wykonanych testów przesiewowych u dzieci w wieku 0-5 lat; odsetek dzieci, u których wykonano testy przesiewowe w odpowiednim przedziale wieku, w porównaniu z liczbą dzieci podlegającym testom przesiewowym, będących pod opieką poradni dziecięcej
- wskaźnik dzieci karmionych piersią – odsetek dzieci karmionych piersią w porównaniu z liczbą dzieci będących pod opieką poradni w tym wieku
- wskaźnik wykonanych szczepień ochronnych:
  - odsetek dzieci, u których wykonano obowiązkowe szczepienia ochronne, w porównaniu z liczbą dzieci podlegających tym szczepieniom;
  - odsetek dzieci, u których szczepienia ochronne wykonano zgodnie z programem szczepień ochronnych, w porównaniu z liczbą dzieci podlegających tym szczepieniom;

---

<sup>15</sup> Kwestionariusz MZ-11; Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, dostępny na: [http://www.csioz.gov.pl/src/files/mz/MZ-11\\_2013.pdf](http://www.csioz.gov.pl/src/files/mz/MZ-11_2013.pdf).

- wskaźnik dzieci z otyłością, niedożywieniem i zaburzeniami odżywiania – odsetek dzieci z tymi rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD10 w porównaniu z liczbą dzieci podlegających opiece;
- wskaźnik dzieci z prawidłową masą ciała w porównaniu do liczby dzieci objętych opieką.

W sytuacji, gdy bardzo poważnym problemem jest wysoka dynamika rozwoju nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży, a koszty jej leczenia i powikłań pochłaniają znaczną część budżetu przeznaczanego na leczenie, **należy rozważyć wprowadzenie do zakresu podstawowej opieki zdrowotnej porady laktacyjnej oraz porady dietetycznej ukierunkowanej na zmniejszenie skali otyłości i nadwagi u matek i małych dzieci.** Porada dietetyczna powinna mieć miejsce w 1 roku życia dziecka, najlepiej w okresie odstawiania karmienia piersią. Porada dietetyczna u kobiet w ciąży, poradnictwo laktacyjne promujące karmienie piersią, poradnictwo dietetyczne dla rodziców są standardem postępowania profilaktyki nadwagi i otyłości u kobiet i dzieci w wielu krajach [Shribman, 2009].

Według danych NFZ, koszt finansowanej przez NFZ porady związanej z chorobami metabolicznymi (m.in. otyłością) wynosi średnio 36,40 zł<sup>16</sup>. Obliczeń dokonano na podstawie informatora o umowach publikowanych przez NFZ. Porady dietetyczne w zakresie poradni chorób metabolicznych realizuje Instytut Żywności i Żywienia oraz Centrum Leczenia Otyłości w Krakowie. Porada jest wyceniona na 3,5 pkt, przy cenie za punkt 11,50 zł stawka za poradę wynosi 40,25 zł (IŻiŻ), a przy cenie za punkt 9,30 zł stawka wynosi 32,55 zł (CLO)<sup>17</sup>.

Analizując liczbę urodzeń dzieci w 2013 roku na podstawie danych GUS (369 576 żywych urodzeń) można wyliczyć koszty wprowadzenia porad dietetycznych dla kobiet w ciąży oraz porad dietetycznych dla każdego dziecka w pierwszym roku życia.

$369\,576 \times 36,40 \text{ zł} = 13\,452\,566,4 \text{ zł}$  (koszty porady dietetycznej w ciąży)

$369\,576 \times 36,40 \text{ zł} = 13\,452\,566,4 \text{ zł}$  (koszty porady dietetycznej)

<sup>16</sup> UK Healthy Child programme, dostępne na: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/167998/Health\\_Child\\_Programme.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/167998/Health_Child_Programme.pdf).

<sup>17</sup> Informator o zawartych umowach dostępna: [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

łącznie stanowi to **26 905 132,8 zł**. Szacunkowe rezerwy w finansowaniu opieki profilaktycznej w POZ wynikające ze skali dzieci niekorzystających z opieki w POZ wynoszą około 50 mln zł.

**W ramach obecnie istniejących w POZ środków jest więc możliwe sfinansowanie dodatkowych świadczeń bez zwiększania budżetu przeznaczanego na profilaktykę. Wprowadzenie tych zmian musiałoby się jednak wiązać ze zmianą organizacji, zasad finansowania oraz standardu opieki profilaktycznej nad dziećmi. Planowane wprowadzenie podwyższenia finansowania opieki profilaktycznej w POZ w mechanizmie 40% wzrostu stawki kapitałowej od 01.01.15, któremu nie będzie towarzyszyło wdrożenie mechanizmów premiujących i kontrolujących jakość opieki personelu POZ nad dziećmi, nie będzie wiązało się z efektywnym wykorzystaniem publicznych środków na ten segment opieki.**

1. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, dostępny na: <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>.
2. Borek, E., M. Libura, A. Chwiałkowska, M. Kołodziej, J. Turkiewicz. 2014. Profilaktyka pediatryczna w Polsce z perspektywy rodziców małych dzieci. Warszawa: Fundacja MY Pacjenci, dostępny: <http://mypacjenci.org/raporty.html>.
3. Formularz MZ-11, dostępny na: [http://www.csioz.gov.pl/src/files/mz/MZ-11\\_2013.pdf](http://www.csioz.gov.pl/src/files/mz/MZ-11_2013.pdf).
4. Główny Urząd Statystyczny, Branch Yearbooks, Demographic Yearbook of Poland, 2012, Warszawa.
5. Guo, S.S., W. Wu, W. C. Chumlea, Alex F. Roche. 2002. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence, w: The American Journal of Clinical Nutrition, vol. 76, nr 3, s. 653 – 658.
6. Informator o zawartych umowach, dostępny na: [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).
7. Informacja na posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia dotycząca funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w tym medycyny rodzinnej, dostępny na: <http://www.nipip.pl/attachments/article/2410/tmp96E5.pdf>.
8. Kelishadi. R., S. Farajian. 2014. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence, w: Adv Biomed Res.; 3:3.
9. Lachat, C., S. Otchere, D. Roberfroid, 2013. Diet and Physical Activity for the Prevention of Noncommunicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Policy Review, w: PLoS Med., 10(6): e1001465.
10. Lenoir-Wijnkoop, I., P. J. Jones, R. Uauy, L. Segal, J. Milner. 2013. Nutrition economics – food as an ally of public health, w: British Journal of Nutrition, 109(5):777-84. doi: 10.1017/S0007114512005107. Epub 2013 Jan 23.
11. Mazur, A., P. Matusik, K. Revert K i inni. 2013. Childhood obesity: knowledge, attitudes, and practices of European pediatric care providers, w: Pediatrics, 132(1):e100-8. doi: 10.1542/peds.2012-3239. Epub 2013 Jun 10.
12. Oblacińska, A., M. Jodkowska. 2014. Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym, w: Medycyna

- Praktyczna Pediatria 2014/02, dostępne na: <http://www.mp.pl/pediatria/artykuly-wytyczne/artykuly-przegladowe/show.html?id=98260>.
13. Riedel C., R. von Kries, A. E. Buyken, K. Diethelm, T. Keil i inni. 2014. Overweight in Adolescence Can Be Predicted at Age 6 Years: A CART Analysis in German Cohorts, w: PLOS ONE 9(3): e93581. doi:10.1371/journal.pone.0093581
  14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dostępne: <http://www.lex.pl/du-akt/-/akt/dz-u-2013-1248>.
  15. Rutkowski, M., P. Bandosz i L. Czupryniak. 2014. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Poland-the NATPOL 2011 Study, w: Diabetic Medicine, DOI: 10.1111/dme.12542.
  16. Shribman, S., K. Billingham. 2009. Healthy Child Programme – Pregnancy and the first five years, Department of Health, dostępny na: <https://www.gov.uk/government/publications/healthy-child-programme-pregnancy-and-the-first-5-years-of-life>.
  17. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020, dostępne na: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf) (01.02.2014).
  18. Zarządzenie Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, dostępne na: <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=3&dzialnr=12&artnr=5800>.
  19. Zdrojewski, T. 2011. Rozpowszechnienie i kontrola nadciśnienia tętniczego w Polsce – porównanie z wybranymi krajami w Europie i na świecie, w: Więcek, A. i inni (red.). Hipertensjologia: patogeneza, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego. Kraków: Medycyna Praktyczna.
  20. Dane CSIOZ na podstawie formularza MZ-11
  21. Dane GUS Portal informacyjny [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)
  22. Dane NFZ (Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej).

## WYKAZ SCHEMATÓW

Schemat 1: Piramida wydatków NFZ. ....	15
Schemat 2: Zakres świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dzieckiem do lat 5. ....	22
Schemat 3: Terminy świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej .....	23

## WYKAZ TABEL

Tabela 1: Klasyfikacja chorób ze względu na ICD10. ....	8
Tabela 2: Wydatki NFZ i ZUS z tytułu chorób cywilizacyjnych w Polsce. ....	11
Tabela 3: Wydatki NFZ związane z chorobami cywilizacyjnymi: chorobą niedokrwienną serca i zawałem serca, cukrzycą insulinozależną, zaburzeniami lipidowymi, nadciśnieniem tętniczym, zespołami naczyniowymi mózgu, niewydolnością serca, zaburzeniami rytmu serca i otyłością. ....	11
Tabela 4: Wartość świadczeń udzielonych przez NFZ i ZUS w związku z chorobami cywilizacyjnymi. ....	12
Tabela 5: Porównanie wydatków całkowitych NFZ w 2013 roku i wydatków na choroby cywilizacyjne (w analizie nie uwzględniono wydatków na leki). ....	13
Tabela 6: Populacja pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych z powodu chorób cywilizacyjnych w 2013 roku. ....	15
Tabela 7: Wydatki ZUS na świadczenia z związane z chorobami cywilizacyjnymi. ....	16
Tabela 8: Koszty finansowania świadczeń POZ dla populacji dzieci w wieku 0-5 r.ż. wg NFZ. ....	17
Tabela 9: Świadczenia udzielane przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ i położną POZ dzieciom w wieku 0-5 lat. ....	23



**FUNDACJA  
MY PACJENCI**

[www.mypacjenci.org](http://www.mypacjenci.org)



**FUNDACJA  
NUTRICIA**

[www.fundacjanutricia.pl](http://www.fundacjanutricia.pl)