

Narastający problem, nieskuteczne działania

Dostęp do profilaktyki i leczenia otyłości dzieci i młodzieży

MAGDALENA GIERLAK, STANISŁAW JARZYNA, MICHAŁ BRZEZIŃSKI

Profilaktyka i leczenie młodych ludzi z nadmierną masą ciała dotyczy wielu działań systemowych mających na celu edukację – propagowanie zdrowego stylu życia, w tym aktywności fizycznej oraz prawidłowych nawyków żywieniowych, a także zapewnianie dostępności świadczeń zdrowotnych w wypadku wystąpienia otyłości. Wczesna diagnoza oraz systematyczna kontrola stanu zdrowia, jak również wdrożenie indywidualnych i kompleksowych działań leczniczych, uwzględniających profesjonalne porady żywieniowe, decyduje o skuteczności walki z tą epidemią XXI wieku. NIK sprawdziła, czy osobom do 18. roku życia zapewnia się odpowiedni dostęp do świadczeń medycznych w tym obszarze. Jest to niezwykle istotne, gdyż obecny styl życia, szczególnie spowodowany izolacją społeczną w okresie pandemii COVID-19, dodatkowo sprzyja przyspieszeniu wzrostu masy ciała.

Wprowadzenie

Choroba otyłości jest problemem, który narasta zarówno na świecie, jak i w Polsce¹. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)² 10% dzieci i młodzieży na świecie ma nadmierną masę ciała, natomiast w Europie otyłość dotyczy przeciętnie jednego na trzech chłopców i jednej na pięć dziewczynek w wieku od 6 do 9 lat.

Przewiduje się, że do 2025 r. na świecie będzie około 268 milionów 5-17-latków z nadmierną masą ciała, w tym 177 milionów z nadwagą oraz 91 milionów chorych na otyłość. Choroba ta spowoduje inne powikłania zdrowotne, ok. 12 milionów dzieci będzie miało nieprawidłową tolerancję glukozy, 4 miliony zachoruje na cukrzycę typu 2, 27 milionów będzie

¹ A. Fijałkowska, A. Dzielska, J. Mazur, M. Korzycka, J. Breda, A. Oblacińska: *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) in Poland: Implementation of Two Rounds of the Study in the Context of International Methodological Assumptions*, "Journal of Mother and Child" nr 24(1)/2020, s. 2-12.

² *Obesity and Overweight*, WHO, <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>> (dostęp 28.1.2022).



miało nadciśnienie, a u 38 milionów dojdzie do stłuszczenia wątroby lub nagromadzenia tłuszczu w tym organie³.

W Polsce nie prowadzi się systematycznych, opartych na jednakowych kryteriach badań, brakuje dokładnej wiedzy epidemiologicznej i kontroli zjawiska nadmiernej masy ciała obejmujących całą populację dzieci i młodzieży, które pozwoliłyby monitorować trend i szybko reagować. Na podstawie dostępnych badań w 2018 r. oszacowano, że w Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczył około 10% małych dzieci (1-3 lata), 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym i niemal 22% młodzieży do 15 roku życia. Zgodnie z danymi przedstawionymi przez Ministra Zdrowia⁴, polskie dzieci zaliczane są od kilku lat do najszybciej tyjących w Europie. W latach 70. poprzedniego wieku nadmierną masę ciała notowano u nas u mniej niż 10% uczniów, podczas gdy obecnie już ponad 22% z nich boryka się z nadwagą lub otyłością⁵.

Epidemia nadmiernej masy ciała u dzieci stała się jednym z najpoważniejszych wyzwań dla współczesnego społeczeństwa,

przede wszystkim z powodu jej zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych konsekwencji.

Według ekspertów na szczególną uwagę zasługuje to, że skutki otyłości u najmłodszych są dużo poważniejsze dla zdrowia niż u osób, które nadmierną masę ciała nabyły w wieku dorosłym⁶. Z tą chorobą oraz jej powikłaniami zmagają się zarówno przedszkolaki, jak i dzieci w wieku szkolnym, u których obserwuje się obecnie również wiele konsekwencji zdrowotnych, wcześniej kojarzonych tylko z wiekiem dorosłym, m.in. cukrzycę typu 2⁷. Jest to niespotykane dotychczas zjawisko, które nasila się od końca XX wieku⁸. Badanie Bogalusa Heart Study wykazało, że 53–90% dzieci z otyłością stawało się dorosłymi z nadmierną masą ciała⁹.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)¹⁰ szacuje, że w Polsce w 2025 r. otyłych będzie 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn¹¹. Natomiast według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) Polacy przez choroby związane z tą chorobą żyć będą o średnio 3 lata i 10 miesięcy krócej niż

³ *Otyłość dzieci i młodzieży poważnym problemem globalnym*, Główny Inspektor Sanitarny, <<https://www.gov.pl/web/gis/otylosc-dzieci-i-mlodziezy-powaznym-problemem-globalnym>> (dostęp 28.1.2022).

⁴ W odpowiedzi na interpelację poselską nr 25171 z 7.1.2019 w sprawie zwiększających się problemów społeczeństwa związanych z nadwagą i otyłością.

⁵ Dane Instytutu Żywności i Żywienia prezentowane w ramach Europejskiego Dnia Otyłości 17.5.2018.

⁶ B. Falkner, S. Michel: *Obesity and other risk factors in children*, "Ethn Dis." nr 9 (2)/1999, s. 284-289.

⁷ J. Nazim, J. Starzyk: *Otyłość w wieku rozwojowym a cukrzyca*, „Przegl. Lek.”, nr 66(1-2)/2009, s. 96-99.

⁸ K.L. Jones: *Role of obesity in complicating and confusing the diagnosis and treatment of diabetes in children*, „Pediatrics”, 121(2)/ 2008, s. 361-368.

⁹ D.S. Freedman, L.K. Khan, M.K. Serdula, W.H. Dietz, S.R. Srinivasan, G.S. Berenson: *The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study*, „Pediatrics” nr 115(1-2)/2005, s. 22-27.

¹⁰ *Evolution of BMI over time*, NCD-RisC, <<http://ncdrisc.org/obesity-prevalence-projection-map.html>> (dostęp 28.1.2022).

¹¹ Raport Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) „Cukier, otyłość – konsekwencje” <<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/prezentacja-raportu-cukier-otylosc-konsekwencje,7296.html>> (dostęp 28.1.2022).

mogliby, gdyby dbali o prawidłową masę ciała, dietę i aktywność fizyczną¹². Obecnie polski system opieki zdrowotnej nie ponosi wysokich kosztów leczenia otyłości, gdyż leczy się głównie jej powikłania, które w dużym stopniu są spowodowane nieleczeniem nadmiernej masy ciała we wczesnym jej stadium. Według danych Instytutu Żywności i Żywienia otyłość jest co roku przyczyną ok. 1,5 mln hospitalizacji, a leczenie jej oraz powikłań pochłania 21% budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia (tj. 14,5 mld zł). Związane z nią zaburzenia metaboliczne generują kolejne koszty, m.in. absencję pracy. W najbliższych 30. latach choroby wywołane nadmierną masą ciała mogą przyczynić się do straty 4,1% PKB Polski, czyli po 0,14% rocznie¹³.

Cele, założenia i organizacja kontroli

Przedmiotem kontroli, koordynowanej przez Delegaturę NIK w Rzeszowie¹⁴, było zbadanie dostępności profilaktyki, diagnostyki i leczenia dzieci oraz młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych.

Na terenie dziewięciu województw: kujawsko-pomorskiego, pomorskiego, lubelskiego, lubuskiego, opolskiego,

podkarpackiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego kontrolą objęto 32 podmioty lecznicze, z czego 24 realizujące umowy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a także 8 umowy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz Ministerstwo Zdrowia. Badanie dotyczyło okresu od 1 stycznia 2018 r. do 31 marca 2020 r. Poprzedziła je kontrola rozpoznawcza¹⁵, którą objęto trzy podmioty lecznicze realizujące umowy w rodzaju POZ z województwa podkarpackiego. W styczniu 2020 r. Delegatura NIK w Rzeszowie zorganizowała panel ekspertów, w czasie którego specjaliści zajmujący się leczeniem zaburzeń metabolicznych wskazali, że w przypadku dzieci i młodzieży najpoważniejsze zaburzenia metaboliczne wynikają z nadmiernej masy ciała.

Podczas kontroli sprawdzono, czy zapewniono im skuteczny w stosunku do potrzeb dostęp do profilaktyki, diagnostyki i leczenia zaburzeń metabolicznych wynikających z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych. Ocenę przeprowadzono w trzech płaszczyznach: prawidłowości funkcjonujących rozwiązań organizacyjnych, wystarczalności działań profilaktycznych oraz poprawności czynności diagnostycznych i leczniczych.

W każdym roku objętym badaniem, skontrolowane 24 placówki POZ miały na aktywnych listach lekarzy POZ około

¹² Raport Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) „Health at a Glance 2019” <<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/010c22fe-en/index.html?itemId=/content/component/010c22fe-en>> (dostęp 28.1.2022).

¹³ Jak wyżej.

¹⁴ Artykuł opracowany na podstawie Informacji o wynikach kontroli NIK: *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*, nr ewid. 133/2021/P/20/079/LRZ.

¹⁵ *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*, nr ewid. R/19/002/LRZ.



735 tys. pacjentów, w tym około 155 tys. (21,1%) w wieku do 18 lat. W skali kraju badanie dotyczyło podmiotów mających na listach aktywnych lekarzy POZ średniorocznie ponad 2% wszystkich pacjentów w Polsce, którzy wypełnili deklaracje wyboru lekarza POZ w latach 2018–2019.

W 2020 r. funkcjonowało 50 poradni endokrynologicznych dla dzieci, spośród których osiem (16%) objęto kontrolą. Jeśli chodzi o leczenie otyłości (kod ICD-10¹⁶: E66) opiekowały się one około 7 tys. pacjentów i udzieliły w 2018 r. 2657, a w 2019 r. 2645 porad, co stanowiło odpowiednio 8,46% i 8,52% wszystkich w tych poradniach. Ustalenia poczyniono na podstawie analizy 1200 dokumentacji medycznych.

Najważniejsze ustalenia kontroli

Z uwagi na zakres kontroli oraz liczbę ustaleń, autorzy skupili się w artykule na zaprezentowaniu ustaleń w powiązaniu z wnioskami pokontrolnymi skierowanymi do Ministra Zdrowia.

Problem nadmiernej masy ciała młodych ludzi

W kontroli ustalono, że w Polsce brakuje jednolitych danych określających liczbę

dzieci i młodzieży, u których występuje otyłość, a także tej z nadwagą. Nie prowadzi się jak dotychczas badań obejmujących całą populację osób do 18 roku życia, wykonywanych według jednej metodologii, powtarzanych okresowo tak, aby można było określić skalę, a także trend zjawiska. Od czasu do czasu prowadzone są projekty¹⁷, na podstawie których publikuje się raporty w powyższym zakresie, ale dotyczą one wybranych grup wiekowych¹⁸ lub są one prowadzone według różnych procedur¹⁹. Przeciwdziałanie występowania otyłości uznano za jeden z priorytetów zdrowotnych²⁰, a w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 (NPZ)²¹, ujęto cel odnoszący się do poprawy sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa. W uzasadnieniu do projektu NPZ stwierdzono, że „(...) realizacja tego celu przyczyni się przede wszystkim do zatrzymania wzrostu liczby osób z otyłością, czego konsekwencją będzie spadek obciążenia populacji przewlekłymi chorobami niezakaźnymi...”²². Nie określono jednakże w NPZ ani wartości bazowej (występującej skali otyłości populacji), ani docelowej (prognozowany/pożądaný spadek poziomu otyłości po zrealizowaniu

¹⁶ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, rewizja dziesiąta.

¹⁷ M.in.: COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative – europejski projekt monitorowania otyłości u dzieci, HBSC – Health Behaviour in School-aged Children – międzynarodowa sieć badawcza monitorująca zdrowie nastolatków.

¹⁸ Np. Badanie COSI dot. 8 latków, HBSC dot. osób w wieku 11, 13 i 15 lat.

¹⁹ Np. wartości referencyjnych IOTF (International Obesity Task Force) lub WHO (World Health Organization).

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.2.2018 w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. poz. 469).

²¹ Przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z 4.8.2016 w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. poz. 1492).

²² Uzasadnienie do NPZ 2016–2020, <<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12279052/12324612/12324613/dokument237379.pdf>> (dostęp 28.1.2022).

programu), jak również nie określono mierników do kontroli, oceny stopnia realizacji tego celu.

Minister Zdrowia (MZ) dysponował szczerkami informacjami o stanie zdrowia dzieci i młodzieży, w tym dotyczącymi nieprawidłowej masy ciała. Dane te pochodziły m.in. ze sprawozdań statystycznych o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (MZ-11), jak również z innych opracowań²³ wykonywanych na zlecenie Ministra Zdrowia. Według raportu opracowanego na podstawie sprawozdań MZ-11 za 2018 r.²⁴, otyłość dotyczyła tylko około 1,2% pacjentów w wieku do 18 roku życia. W losowo wybranych podmiotach POZ, które poddano kontroli, w sprawozdaniach odsetek dzieci z tym schorzeniem wahał się od 0,14% do 9,71%. Natomiast analiza losowo wybranej dokumentacji medycznych wykazała, że na otyłość chorowało 7,6% pacjentów. Ponadto 14,1% z nich miała nadwagę, co w sumie stanowiło 21,7% dzieci i młodzieży z nadmierną masą ciała. Podobną skalę problemu wskazują raporty opracowane na zlecenie MZ²⁵. Jak wynika z powyższego, dane statystyczne

u niektórych świadczeniodawców POZ prezentują niższy odsetek dzieci z otyłością, niż dane z kontroli oraz opracowań eksperckich i naukowych, które uwidaczniają epidemię tej choroby. W kontroli ustalono, że w sprawozdaniach MZ-11 nie wszystkie jednostki przekazywały rzetelne dane, tj. odzwierciedlające stan zdrowia pacjentów odnotowany w dokumentacjach medycznych. W związku z powyższym Minister Zdrowia nie dysponował wiarygodnymi danymi o problemach zdrowotnych tej grupy pacjentów. Podstawowe badania profilaktyczne dzieci i młodzieży, tj. bilanse zdrowia²⁶, służą identyfikacji osób z grupy ryzyka, m.in. zaburzeń stanu odżywiania. W szerszej perspektywie mogą stanowić źródło wiedzy na temat ryzyka chorób występujących w populacji, a także być podstawą długofalowego planowania działań systemu opieki zdrowotnej. Aby wyniki badań bilansowych spełniały taką funkcję, niezbędna jest ich realizacja u jak największej liczby pacjentów uprawnionych do tego świadczenia. Kontrola wykazała, że w 2019 r. bilanse zdrowia przeprowadzono u 61,7%²⁷ pacjentów, co w porównaniu z 2013 r. stanowi spadek

²³ M.in. raporty: *Nadwaga i otyłość u polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych oraz Zdrowie i styl życia polskich uczniów, Przeprowadzenie kompleksowych badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia i stanu odżywiania społeczeństwa polskiego ze szczególnym uwzględnieniem małych dzieci, wraz z identyfikacją czynników ryzyka zaburzeń odżywiania, oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu a także analityczny projekt dotyczący dzieci i młodzieży.*

²⁴ *Raport dotyczący roli POZ w zakresie diagnozowania i zaspokajania potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz zasobów niezbędnych do jej realizacji* sporządzony przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny z września 2020 r.

²⁵ Patrz przypis 23.

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24.9.2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 540).

²⁷ Dane Ministerstwa Zdrowia, oparte na sprawozdaniach MZ-11.



o ok. 30 punktów procentowych²⁸. Poczawszy od bilansu dwulatków, badania te nakładają na lekarza POZ obowiązek dokonania pomiaru masy oraz wzrostu ciała, a także obliczenia współczynnika BMI w każdym wieku i na każdym poziomie kształcenia.

W opinii NIK rozwiązania systemowe w zakresie sprawozdawczości gwarantują pozyskanie przez Ministra Zdrowia danych o stanie zdrowia dzieci i młodzieży. Obecnie dane te są niepełne i nierzetelne. Dotyczą wyłącznie pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych udzielanych przez lekarza POZ, u których prawidłowo zdiagnozowano określony problem zdrowotny i odnotowano go w dokumentacji medycznej. Ponadto w przekazywanych sprawozdaniach statystycznych²⁹ nie przewidziano możliwości raportowania wyników badania dotyczącego masy i wzrostu ciała oraz współczynnika BMI.

Brak długofalowych działań

Na początku XXI w. zaczęto zwracać uwagę na coraz większą zapadalność na nadwagę i otyłość wśród dzieci i młodzieży, a także na występowanie powikłań zdrowotnych wynikających z nadmiernej

masy ciała³⁰. Polska w 2006 r. zobowiązała się do realizacji działań zaleconych w Europejskiej Karcie Walki z Otyłością³¹, mających na celu odwrócenia trendu narastania otyłości, a działania dotyczące jej zwalczania miały zostać umieszczone wśród najważniejszych spraw w programach rządów. Założeń Karty nie udało się osiągnąć, do 2015 r. nie zdołano nie tylko odwrócić, ale nawet zahamować trendu narastania tej choroby.

W Narodowych Programach Zdrowia zarówno na lata 2007–2015, 2016–2020, jak i 2021–2025 jeden z celów operacyjnych dotyczył poprawy sposobu odżywiania, który pośrednio miał przyczynić się do utrzymania prawidłowej masy ciała populacji. W kontroli ustalono, że podejmowane w ramach NPZ 2007–2015 i 2016–2020 działania, były doraźne, nieukierunkowane na kompleksowe zapobieganie chorobie i zapewnienie długofalowych efektów jej leczenia. Nie przyniosły zatem skutków w postaci poprawy stanu zdrowia Polaków w następstwie redukcji nadmiernej masy ciała³². Pomimo narastania skali otyłości, a także negatywnych jej skutków, choroba jest nadal w Polsce bagatelizowana. Kontrola wykazała, że nadmierna waga

²⁸ Posiedzenie Komisji Zdrowia z 13.3.2013. <[http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy7.nsf/0/4072095FAE6B148EC-1257CA2004D83D6/\\$file/0305807.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Zapisy7.nsf/0/4072095FAE6B148EC-1257CA2004D83D6/$file/0305807.pdf)> (dostęp 28.1.2022).

²⁹ MZ-6 i MZ-11.

³⁰ A. Zachurzk-Buczyńska, E. Małecka-Tendera, 2005, „Zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży”, „Endo., Otył. i Zab. Przem. Mat.” nr 1/2005, s. 13-20; J. Starzyk, M. Wójcik, J. Nazim: *Czy istnieje zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży?*, „Przeł. Lek.” nr 66 (1-2)/2009, s. 90-95.

³¹ Przyjęta podczas Europejskiej Konferencji Ministerialnej Światowej Organizacji Zdrowia na temat Walki z Otyłością (Stambuł, Turcja, 15-17.11.2006).

³² Zaprezentowane wskaźniki monitorowania i ewaluacji NPZ za okres 2016–2019, pochodzący z badania HBSC z 2018 r. i wskazywały, że nadwaga występuje u 14,2% osób w wieku 11-15 lat, w tym otyłość u 2,3%. W porównaniu z wynikami tego badania z 2014 r. nadwaga wzrosła o 1,8%, a otyłość spadła o 0,1%. Nie opublikowano danych dla dzieci w wieku 0-10 lat i młodzieży w wieku 15-19 lat. Dane z 2020 r. wskazują na wzrost do 20%.

jest wciąż postrzegana jako defekt natury wizualnej lub brak umiejętności opanowania zachowań („otyły jest winny”), zarówno przez rodziców, jak i pracowników sektora ochrony zdrowia³³. Powyższe postawy oraz niewystarczające zasoby kadry medycznej przekładające się na długi czas oczekiwania na wizytę w poradniach, nie sprzyjały skutecznemu zapobieganiu i leczeniu. W kontroli ustalono, że liczba lekarzy specjalistów³⁴ (z uwzględnieniem wymiany pokoleniowej do 2024 r.) była znacząco niższa³⁵ od rekomendowanej przez konsultantów krajowych. Mimo to Minister Zdrowia nie opracował wskaźników minimalnej, ani pożądanej liczby lekarzy w specjalizacjach udzielających świadczeń dzieciom i młodzieży z nadmierną masą ciała i wynikającymi z niej powikłaniami, jak również nie podjął skutecznych działań w celu zapewnienia pożądanej liczby lekarzy. MZ w okresie objętym kontrolą³⁶ zainicjował zmianę ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry³⁷, zakładającej uelastycznienie kształcenia podyplomowego we wszystkich

dziedzinach medycyny, w celu poprawy dostępu do lekarzy specjalistów. Brał ponadto udział w pracach legislacyjnych nad ustawą o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów³⁸, dotyczącą tzw. podatku cukrowego, która weszła w życie 1 stycznia 2021 r. Z uwagi na to, że zmiany postaw, zachowań oraz ich konsekwencje dla zdrowia są możliwe do zaobserwowania w perspektywie kilku lat, nie jest możliwa ocena skuteczności ich wpływu na poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży związaną z redukcją nadmiernej masy ciała.

Ekspertki wskazują, że działania służące przeciwdziałaniu nadmiernej masie ciała powinny być wielokierunkowe, a także prowadzone na wielu poziomach, zarówno rodziny, szkoły, samorządowym, jak i centralnym³⁹. Zachowania dziecka kształtuje bowiem wiele czynników⁴⁰. W kontroli pozyskano informacje⁴¹ o działaniach samorządów na rzecz przeciwdziałania nadmiernej masie ciała wśród dzieci i młodzieży. Wynika z nich⁴², że w ograniczonym stopniu rozpoznawano potrzeby

³³ 49% pacjentów, u których zdiagnozowano otyłość (kod ICD-10:E66) podjęło leczenie, w tym u 15,4% nastąpiła redukcja masy ciała, 7,5% zakwestionowało diagnozę bądź odmówiło podjęcia leczenia.

³⁴ Z medycyny rodzinnej, endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz pediatrii metabolicznej.

³⁵ W wypadku pediatrii metabolicznej o 300%.

³⁶ Ostatecznie przepisy zostały znowelizowane ustawą z 16.7.2020 o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r. poz. 1291, ze zm.).

³⁷ Ustawa z 5.12.1996 o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2021 r. poz. 790, ze zm.).

³⁸ Ustawa z 14.2.2020 o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów (Dz.U. z 2020 r. poz. 1492, ze zm.).

³⁹ M. Brzeziński, M. Jankowski, B. Kamińska: *Skuteczność wybranych medycznych i pozamedycznych metod prewencji i ograniczenia występowania nadwagi i otyłości*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” nr 8(4)/2012, s. 114-123.

⁴⁰ D. Przybylska, M. Kurowska, P. Przybylski: *Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej*, „Hygeia public health” nr 47(1)/2012, s. 28-35.

⁴¹ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy z 23.12.1994 o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2022 r. poz. 623).

⁴² Liczba samorządów – łącznie 46, z tego: 9 samorządów wojewódzkich, 11 powiatów, 13 miast na prawach powiatu, 13 gmin.



zdrowotne mieszkańców, mimo że umożliwiłoby to zaznajamianie ich z czynnikami m. in. szkodliwymi dla zdrowia. Samorządy wojewódzkie, co do zasady⁴³ opracowywały programy ukierunkowane na promocję zachowań prozdrowotnych. Polegały one m.in. na dofinansowaniu programów edukacyjnych poświęconych właściwemu stylowi życia. Pozostałe samorządy wskazywały głównie, że odpowiednie działania były podejmowane przez podległe im placówki oświatowe. Wyniki kontroli wskazują, że miały one charakter doraźny, były ograniczone w czasie i skierowane do wybranych grup wiekowych, a także skoncentrowane na jednym aspekcie, np. aktywności fizycznej.

Naukowcy wskazują, że w przeciwdziałaniu i leczeniu nadmiernej masy ciała u dzieci i młodzieży podstawowe znaczenie ma zmiana stylu życia całej rodziny, polegająca na modyfikacji nawyków żywieniowych (pod względem jakościowym i ilościowym) oraz zwiększeniu poziomu aktywności fizycznej⁴⁴. Udział w kształtowaniu preferencji żywieniowych dzieci mają także media, a szczególnie reklamy, które wpływają na wybory konsumencie⁴⁵. Wskazują oni, że w ramach działań

na skalę populacyjną niezbędne jest wprowadzenie prawidłowego systemu oznakowania oraz zakazu reklamowania wybranych produktów dla dzieci⁴⁶. Kompleksową i długofalową strategię zapobiegania nadmiernemu przyrostowi masy ciała należy ukierunkować na eliminację elementów przyczyniających się do powstawania problemu, przy zaangażowaniu różnych podmiotów i środowisk⁴⁷. Chodzi m.in. o edukację żywieniową, zapewnienie odpowiedniej infrastruktury sprzyjającej aktywności fizycznej, a także zagwarantowanie rzeczywistej dostępności opieki zdrowotnej⁴⁸. W tym celu niezbędne wydaje się wprowadzenie odpowiednich regulacji prawnych. Ponadto wskazane jest opracowanie standardów medycznych dotyczących leczenia otyłości. Wytyczne środowiska medyczne są tylko rekomendacją. Standardy medyczne określone na mocy rozporządzenia nakładają zaś na pracowników medycznych obowiązek ich przestrzegania, a na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych i leczniczych zapewnienia ich stosowania⁴⁹.

Zdaniem NIK polityka państwa powinna wpływać na wiele czynników społecznych

⁴³ Osiem z dziewięciu samorządów wojewódzkich lub podległych im jednostek organizacyjnych.

⁴⁴ M. Skrzypek, R.M. Krzyszycha, K. Goral, K. Szczygieł, K. Kowal, M. Pokarowski, A. Momora: *Postępowanie żywieniowe w leczeniu otyłości u dzieci i młodzieży*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” nr 27(1)/2021, s. 13-22.

⁴⁵ A. Mazur, I. Szymanik, P. Matusik, E. Małecka-Tendera: *Rola reklam i mediów w powstawaniu otyłości u dzieci i młodzieży*, „Endokrynologia Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” nr 1/2006 (tom 2), s. 18-21.

⁴⁶ M. Brzeziński, I. Adrych-Brzezińska: *Możliwości ochrony dzieci przed reklamami produktów z wysoką zawartością soli: Kultura konsumpcji-wartości, cele, dobrostan, Psychologiczne aspekty zjawiska*, Wydawnictwo Stowarzyszenia Filomatów, Warszawa 2014, s.119-138.

⁴⁷ R.S. Chan, J. Woo: *Prevention of overweight and obesity: how effective is the current public health approach*, „International journal of environmental research and public health” nr 7(3)/2010, s. 765-783.

⁴⁸ J. Osiecka-Chojnacka: *Epidemia otyłości a interwencja władz publicznych*, „Infos” nr 3(117)/2012, s.1-4.

⁴⁹ J. Zajdel: *Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki klinicznej*, <<http://prawa.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/52342>> (dostęp 28.1.2022).

i środowiskowych w celu wspierania opieki zdrowotnej w walce z otyłością.

Rekomendacje a polska rzeczywistość

Kontrola wykazała, że w naszym kraju brakuje systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą z nadmierną masą ciała. Nienarzuconie obowiązku prawnego⁵⁰, tj. nieokreślenie ścieżki postępowania z pacjentem z nadmierną masą ciała, powoduje nierzetelne podejście do nich pracowników służby zdrowia⁵¹. Brak wytycznych zwiększa również ryzyko zachorowania na inne choroby będące jej powikłaniami. Środowiska naukowe i eksperckie rekomendują opracowanie standardów i modelu opieki kompleksowej o charakterze zachowawczym⁵². Warto podkreślić, że w NPZ 2016–2020 w ramach zadań służących realizacji celu operacyjnego 1., zakładano „(...) prowadzenie prac nad utworzeniem wytycznych dotyczących leczenia osób z otyłością...”⁵³, jednakże nie opracowano dokumentu z działań w tym zakresie. Z uwagi na wzrost zachorowalności na otyłość oraz wynikające

z niej powikłania eksperci⁵⁴, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom lekarzy rodzinnych opracowali w 2014 r., a następnie aktualizowali w 2018 r. zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego⁵⁵. Dokument miał na celu dostarczenie lekarzom narzędzia ułatwiającego prawidłowe rozpoznawanie choroby oraz wdrożenie leczenia. W opinii autorów publikacja wytycznych była niezbędna z uwagi na brak dostępności w systemie opieki zdrowotnej, w ramach powszechnego ubezpieczenia, kompleksowego leczenia nadmiernej masy ciała.

Środowiska naukowe i eksperckie w licznych publikacjach wskazują na rolę zespołów interdyscyplinarnych w procesie leczenia otyłości⁵⁶ oraz na potrzebę zapewnienia przez nie opieki osobom chorym również w Polsce⁵⁷. Z doświadczeń pracy takich zespołów wynika, że efekty leczenia w postaci redukcji masy ciała są związane z ich składem. Najlepsze efekty osiąga się będąc pod indywidualną opieką zespołu specjalistów, składającego się z lekarza, dietetyka oraz fizjoterapeuty i psychologa⁵⁸.

⁵⁰ Standardy medyczne wydawane przez ministra ds. zdrowia z mocą rozporządzenia są prawem powszechnie obowiązującym.

⁵¹ W 32,9% przypadkach lekarze nie postawili diagnozy nadwagi lub otyłości, mimo że wartość BMI na to wskazywała.

⁵² VI Kongres Wyzwani Zdrowotnych, sesja: Nadwaga i otyłość – kampanie edukacyjne już nie wystarczą, 14.6.2021, <<https://www.hccongress.pl/2021/pl/panel/4402.html#retransmission>> (dostęp 28.1.2022).

⁵³ NPZ 2016–2020, s. 13.

⁵⁴ Pod patronatem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością.

⁵⁵ E. Tomiak, M. Koziarska-Rościszewska, E. Mizgała, J. Józwiak: *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*, „Medycyna praktyczna. Lekarz Rodzinny”, wydanie specjalne 3/2017.

⁵⁶ A. Palmo: *Severe obesity: Introductory outlines and the conventional non surgical therapy*, „e-SPEN Journal”, 8(5)/2013, s. e216-e227. Patrz również przypis 40.

⁵⁷ M. Olszanecka-Glinianowicz, D. Dudek, K.J. Filipiak, M. Krzystanek, L. Markuszewski, M. Ruchała, E. Tomiak: *Leczenie nadwagi i otyłości w czasie i po pandemii. Nie czekajmy na rozwój powikłań – nowe wytyczne dla lekarzy*, „Lekarz POZ”, 6(4)/2020. Patrz również przypis 56.

⁵⁸ M. Yackobovitch-Gavan, D. Wolf Linhard, N. Nagelberg, I. Poraz, S. Shalitin, M. Phillip, J. Meyerovitch: *Intervention for childhood obesity based on parents only or parents and child compared with follow-up alone*, „Pediatric obesity”, 13(11)/2018, s. 647-655.



W kontroli ustalono, że Minister Zdrowia nie planował wsparcia leczenia otyłości przez organizowane w ten sposób zespoły terapeutyczne w ramach poradni specjalistycznych dla dzieci lub w utworzonych do tego celu ośrodkach leczniczych. Nie przewidywał również rozszerzenia katalogu specjalności lekarskich o obesitologię (diagnozowanie i leczenie zaburzeń metabolicznych związanych z nadwagą i otyłością).

Kluczową rolę w procesie leczenia otyłości odgrywa zmiana stylu życia, w tym nawyków żywieniowych⁵⁹. We wdrażaniu odpowiednich, opracowanych indywidualnie jadłospisów istotną rolę odgrywają dietetycy. Wyniki prowadzonych badań jednoznacznie wskazują korzyści zdrowotne i ekonomiczne wynikające ze wsparcia udzielanego przez dietetyków w procesie leczenia przewlekłych chorób niezakaźnych⁶⁰.

Kontrola wykazała, że dotychczas w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia nie zapewniono pacjentom porady dietetycznej, co ogranicza im dostęp do skutecznego leczenia. Pomimo że sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia⁶¹ zwracał uwagę, iż po odpowiedniej diagnozie lekarskiej dalsze postępowanie dietetyczne z uwzględnieniem zaleceń lekarza może prowadzić odpowiednio wykształcony

dietetyk, nie uregulowano kwestii związanych z zawodem dietetyka⁶², jak również nie zapewniono porady dietetycznej w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. MZ pozostaje na stanowisku, że funkcjonujące w ramach Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej Centrum Dietetyczne Online zaspokajają potrzeby społeczeństwa dotyczące dostępu do bezpłatnego poradnictwa dietetycznego.

Rekomendowana przez środowiska naukowe i eksperckie ścieżka postępowania o charakterze prewencyjno-leczniczym składa się z trzech działań. Począwszy od szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, przez mechanizmy ułatwiające wczesne diagnozowanie choroby, na szybkiej dostępności skutecznego leczenia kończąc.

W polskim systemie opieki zdrowotnej lekarz POZ jest odpowiedzialny za profilaktykę i leczenie otyłości, natomiast lekarze specjaliści za leczenie wynikających z niej powikłań. Jest to uzasadnione z uwagi na łatwiejszy dostęp do lekarza POZ, w odróżnieniu od dostępu do specjalistycznego leczenia.

W kontroli sprawdzono prawidłowość postępowania lekarzy POZ, jeśli chodzi o diagnozowanie nadmiernej masy ciała oraz leczenia dzieci i młodzieży z otyłością (kod według ICD-10: E-66). W obszarze

⁵⁹ H. Weker, M. Barańska, A. Riahi: *Nutrition of infants and young children in Poland – PITNUTS 2016*, "Dev Period Med.", 21(1)/2017, s. 13–28; A. Zachurzok, E. Małecka-Tendera: *Nadwaga i otyłość, Żywnienie i leczenie żywieniowe dzieci i młodzieży*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2017, s. 248–256.

⁶⁰ B. Bednarczuk, A. Czekajło-Kozłowska: *Role of nutritional support provided by qualified dietitians in the prevention and treatment of non-communicable diseases*, „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny”, 70(3)/2019, s. 235–241.

⁶¹ Odpowiedź na interpelację nr 32292 w sprawie specjalizacji obesitologii i ośrodków leczenia otyłości z 21.8.2019.

⁶² Prace nad ustawą o niektórych zawodach medycznych, która miała za zadanie uregulować również pozycję dietetyka w służbie zdrowia trwały od 2004 r. do 2011 r. Nowy projekt został złożony 15.12.2021.

wczesnego wykrywania chorób kluczową rolę odgrywają bilanse zdrowia, podczas których dokonuje się obowiązkowej kontroli masy ciała – pomiaru wzrostu i masy ciała oraz oblicza się współczynnik BMI. Jak wykazały ustalenia kontrolne, w 96% dokumentacji medycznych odnotowano powyższe pomiary parametrów ciała, współczynnik BMI obliczono u 73,7% pacjentów, natomiast u 81,6% zbadano ciśnienie tętnicze krwi. Na podstawie powyższych danych kontrolerzy NIK ustalili⁶³, że 21,7%⁶⁴ pacjentów miało nadmierną masę ciała, z czego 14,1% stanowiły osoby z nadwagą, a 7,6% z otyłością. Problem nadmiernej masy ciała dotyczył częściej chłopców (22,9%), niż dziewczynek (20,6%). W 32,9% przypadków, mimo że wartość współczynnika BMI wskazywała na nadwagę lub otyłość, lekarze nie odnotowali takiej diagnozy. Wstępnie zdiagnozowanych pacjentów pouczali o konsekwencjach nadmiernej masy ciała, kierowali ich na badania diagnostyczne oraz do poradni specjalistycznych. Ustalono również, że w związku z nadmierną masą ciała lub wynikającymi z niej powikłaniami 25% pacjentów, których karty historii choroby poddano analizie, było już objętych opieką specjalistyczną. Ponadto, w każdej z kontrolowanych jednostek POZ przeprowadzono analizę dokumentacji medycznych⁶⁵ osób, u których zdiagnozowano otyłość⁶⁶.

Wynikało z niej, że choroba była najczęściej diagnozowana podczas bilansów zdrowia, tj. w 55,4% przypadków. Lekarze przede wszystkim kierowali wówczas pacjentów na badania diagnostyczne (62,1%), a także do poradni specjalistycznej (12,1%) lub udzielali porad w zakresie zmiany stylu życia (18,3%). Tylko w wypadku 2,92% pacjentów nie podjęto żadnych działań. W różnym momencie procesu leczenia 87,9% pacjentów zostało skierowanych na badania diagnostyki laboratoryjnej. Ich zakres był uzależniony od indywidualnej decyzji lekarza POZ i wynikał ze skali otyłości oraz wystąpienia innych symptomów zaburzeń metabolicznych. Na powtórny wizytę z wynikami badań laboratoryjnych zgłosiło się 92% pacjentów, z czego w 42,8% przypadków w opinii lekarza POZ wskazywały one na wystąpienie innych zaburzeń metabolicznych i wymagały konsultacji specjalistycznej. Pacjenci byli kierowani do poradni endokrynologicznych, diabetologicznych, kardiologicznych i metabolicznych. W dwóch lub więcej poradniach leczono 23% pacjentów (najczęściej w endokrynologicznych i diabetologicznych).

Z zapisów w dokumentacji medycznej wynika, że 49,6% pacjentów podjęło leczenie, w tym u 24,4% z nich nastąpiła ogólna poprawa stanu zdrowia, brak poprawy lub pogorszenie odnotowano u 28,6%.

⁶³ Według wskaźnika masy ciała (BMI) od 2 do 18 roku życia (wg Międzynarodowej Grupy Zadaniowej ds. Otyłości – *International Obesity Task Force*). Wartość BMI obliczano korzystając z kalkulatora opracowanego przez Centrum Zdrowia Dziecka
<http://olaf.czgd.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=103:kalkulator>.

⁶⁴ 140 z 644 losowo wybranych pacjentów.

⁶⁵ 240 dokumentacji medycznych pacjentów ze zdiagnozowaną otyłością lub wynikającymi z niej powikłaniami.

⁶⁶ Innych pacjentów niż w zakresie badań bilansowych.



Natomiast redukcja masy ciała nastąpiła u 15,4%, a nie doszło do niej u 38,8% osób. Wskaźniki te potwierdzają, że działania lekarzy POZ były nieskuteczne.

Z pozyskanych podczas kontroli oświadczeń lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej wynika, że nie czują się kompetentni do prowadzenia leczenia pacjenta z otyłością. Poza tym, że względu na ograniczenia czasowe, nie mogą mu poświęcić wystarczająco dużo uwagi. Jako przyczynę wskazują brak odpowiedniego przygotowania w zakresie psychologii i dietetyki. W opinii kierowników kontrolowanych jednostek POZ, wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych porady dietetycznej przyczyniłoby się do skuteczniejszego leczenia otyłości i przeciwdziało innym powikłaniom zdrowotnym.

Wnioski pokontrolne

Mając na uwadze wyżej opisane ustalenia kontroli oraz ich charakter i skalę, NIK oceniła, że Minister Zdrowia, jako podmiot odpowiedzialny za kształtowanie polityki zdrowotnej państwa, podejmował wiele nieskutecznych działań mających na celu poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych. Nie udało się doprowadzić do spadku, ani nawet do zahamowania tempa wzrostu liczby młodych ludzi z nadmierną masą ciała. Przyczyną było niezapewnienie przez MZ odpowiedniej do potrzeb rzeczywistej dostępności świadczeń medycznych.

Z tego powodu Najwyższa Izba Kontroli wniosła o podjęcie działań legislacyjnych mających na celu m.in.:

- wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych tych z zakresu poradnictwa żywieniowego i leczenia dietetycznego;
- wprowadzenie świadczeń zespołów interdyscyplinarnych gwarantujących opiekę lekarza, psychologa, dietetyka i rehabilitanta/fizjoterapeuty do świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Minister Zdrowia zakwestionował zasadność wniosku dotyczącego zapewnienia porady dietetycznej w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, argumentując to funkcjonowaniem w ramach NCEŻ Centrum Dietetycznego Online, a także brakiem rekomendacji tego świadczenia przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W opinii do przedstawionego stanowiska Prezes NIK podtrzymał wyrażoną w Informacji o wynikach kontroli opinię, że dotychczasowe działania były nieskuteczne, dlatego zasadne wydaje się wykorzystanie rekomendacji w systemie leczenia tego schorzenia stosowanego w innych krajach, tj. m.in. wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych tych z zakresu poradnictwa żywieniowego i leczenia dietetycznego. Natomiast drugi wniosek *de lege ferenda* nie został zakwestionowany przez Ministra.

Najwyższa Izba Kontroli wniosła także o podjęcie przez Ministra Zdrowia działań, w ramach sprawowanego ogólnego nadzoru nad sprawami pozostającymi w jego właściwości. Chodzi o:

- przygotowanie i wdrożenie ogólnopolskiego, kompleksowego planu działań mających na celu profilaktykę i leczenie nadwagi i otyłości, poprzedzonego analizą funkcjonowania systemu opieki

nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami metabolicznymi, wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych;

- zapewnienie adekwatnych do potrzeb zasobów, struktur i standardów organizacyjnych, umożliwiających realizację kompleksowego planu działania w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi oraz otyłości dzieci i młodzieży, w tym systemu monitorowania i nadzoru nad organizacją i sposobem sprawowania opieki zdrowotnej nad małoletnimi, jej efektami, dostępnością profilaktyki, diagnostyki i leczenia, także jakością świadczonych usług zdrowotnych;
- podjęcie skutecznych działań w celu zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów w dziecięcych dziedzinach medycyny na podstawie opracowanych wskaźników, przez zwiększenie liczby miejsc rezydenckich oraz stworzenie lekarzom odpowiednich zachęt do specjalizowania się w tej dziedzinie;
- podjęcie działań związanych z oszacowaniem populacji dzieci i młodzieży z nadwagą oraz chorych niezdiagnozowanych na otyłość, a także będących w tej grupie ryzyka, w celu doboru skali prowadzonych działań profilaktycznych i leczniczych;
- podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby wykonywanych badań bilansowych u dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem edukacyjnych nakierowanych na rodziców i opiekunów małoletnich pacjentów;
- zintensyfikowanie prac w ramach rozpoczętego procesu legislacyjnego nad przygotowaniem projektu ustawy normującej zawód dietetyka.

Ponadto, w celu wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości, w Informacji o wynikach kontroli NIK sformułowała

odpowiednie wnioski do kierowników kontrolowanych podmiotów leczniczych. Wnioski do świadczeniodawców AOS dotyczyły bieżącej aktualizacji danych dotyczących personelu udzielającego świadczeń medycznych, wykazanego w umowie z NFZ oraz systematycznego monitorowania realizacji obowiązku przekazywania przez lekarza AOS kierującemu lekarzowi POZ informacji związanych z leczeniem pacjenta. Natomiast w podmiotach POZ postulowano zapewnienie rzetelnych, zgodnych ze stanem faktycznym danych w sprawozdaniach statystycznych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej, a także o podejmowanie działań mających na celu m.in.:

- zapewnienie rzetelnej realizacji i dokumentowania bilansów zdrowia przez lekarzy udzielających tych świadczeń;
- zmobilizowanie lekarzy do stałego aktualizowania wiedzy w zakresie profilaktyki, diagnozowania i leczenia otyłości w celu skutecznego rozpoznawania choroby i koordynowania działań leczniczych u pacjentów z otyłością.

Podsumowanie

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie przeprowadzonych kontroli jednostkowych, począwszy od Ministerstwa Zdrowia, przez poradnie endokrynologiczne dla dzieci w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, po poradnie podstawowej opieki zdrowotnej, wskazała kierunki działań do realizacji w najbliższej przyszłości. Wobec zagrożenia pandemią otyłości, a także z uwagi na jej negatywne skutki, kluczowa jest skuteczna realizacja zadań ukierunkowanych na zapobieganie nadwadze oraz wczesne wdrożenie leczenia



otyłości i jej powikłań. W pierwszej kolejności większy nacisk należy położyć na działania profilaktyczne – propagowanie prawidłowych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej. Powinny one mieć miejsce w wielu obszarach jednocześnie (m.in. fiskalnym, infrastrukturalnym i edukacyjnym), przy jednoczesnym zaangażowaniu i współpracy podmiotów inicjujących i realizujących zadania w tym zakresie. Ponadto należy zapewnić szybki dostęp do efektywnego leczenia otyłości, aby w porę zapobiec jej powikłaniom.

Jak ustalono w trakcie kontroli, prowadzone od wielu lat przedsięwzięcia nie są skuteczne, a zatem dalsza ich realizacja nie przełoży się pozytywnie na stan zdrowia polskich dzieci. Przy ocenie potencjalnych oszczędności wynikających z wdrożenia skutecznych strategii zarówno zapobiegania, jak i leczenia otyłości, systemy opieki zdrowotnej powinny brać pod uwagę także szacunki ekonomiczne.

Zdaniem autorów artykułu istnieje potrzeba niezwłocznego stworzenia adekwatnych do rodzaju i skali potrzeb warunków zapewniających kompleksową opiekę profilaktyczną i leczniczą, które będą sprzyjać osiągnięciu zadowalających efektów. Jest to szczególnie istotne w okresie pandemii COVID-19, wobec znacznego narastania w tym czasie problemu nadmiernej masy ciała⁶⁷ również wśród dzieci i młodzieży.

MAGDALENA GIERLAK

specjalista kontroli państwowej,

STANISŁAW JARZYNA

doradca ekonomiczny,

Delegatura NIK w Rzeszowie

dr hab. MICHAŁ BRZEZIŃSKI,

adiunkt w Katedrze i Klinice Pediatrii,

Gastroenterologii, Alergologii

i Żywienia Dzieci

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

⁶⁷ Badanie Ipsos – Raport Covid 365+.

Słowa kluczowe: medycyna, świadczenia medyczne, dzieci i młodzież, bilanse zdrowia, nadwaga, otyłość, porada dietetyczna

Bibliografia:

1. Bednarczuk B., Czekajło-Kozłowska A.: Role of nutritional support provided by qualified dietitians in the prevention and treatment of non-communicable *diseases*, „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny” nr 70(3)/2019.
2. Brzeziński M., Adrych-Brzezińska I.: *Możliwości ochrony dzieci przed reklamami produktów z wysoką zawartością soli: Kultura konsumpcji-wartości, cele, dobrostan, Psychologiczne aspekty zjawiska*, Wydawnictwo Stowarzyszenia Filomatów, Warszawa 2014.

3. Brzeziński M., Jankowski M., Kamińska B.: *Skuteczność wybranych medycznych i pozamedycznych metod prewencji i ograniczenia występowania nadwagi i otyłości*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” nr 8(4)/2012.
4. Chan R.S., Woo J.: *Prevention of overweight and obesity: how effective is the current public health approach*, „International journal of environmental research and public health” nr 7(3)/2010.
5. Falkner B, Michel S.: *Obesity and other risk factors in children*, „Ethn Dis.” nr 9(2)/1999.
6. Fijałkowska A., Dzielska A., Mazur J., Korzycka M., Breda J., Oblacińska A.: *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) in Poland: Implementation of Two Rounds of the Study in the Context of International Methodological Assumptions*, „Journal of Mother and Child” nr 24(1)/2020.
7. Freedman D.S., Khan L.K., Serdula M.K., Dietz W.H., Srinivasan S.R., Berenson G.S.: *The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study*, „Pediatrics” nr 115(1)/2005.
8. Gawlik A., Zachurzok-Buczyńska A., Małecka-Tendera E.: *Powikłania otyłości u dzieci i młodzieży*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” nr 5(1)/2009.
9. Jones K.L.: *Role of obesity in complicating and confusing the diagnosis and treatment of diabetes in children*, „Pediatrics” nr 121(2)/2008.
10. Mazur A., Szymanik I., Matusik P., Małecka-Tendera E.: *Rola reklam i mediów w powstawaniu otyłości u dzieci i młodzieży*, „Endokrynologia Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii” nr 1/2006 (tom 2).
11. Nazim J., Starzyk J.: *Otyłość w wieku rozwojowym a cukrzyca*, „Przegl. Lek.” nr 66(1-2)/2009.
12. Olszanecka-Glinianowicz M., Dudek D., Filipiak K.J., Krzystanek M., Markuszewski L., Ruchała M., Tomiak E.: *Leczenie nadwagi i otyłości w czasie i po pandemii. Nie czekajmy na rozwój powikłań–nowe wytyczne dla lekarzy*, „Lekarz POZ” nr 6(4)/2020.
13. Osiecka-Chojnacka J.: *Epidemia otyłości a interwencja władz publicznych*, „Infos” nr 3(117)/2012.
14. Palmo A.: *Severe obesity: Introductory outlines and the conventional non surgical therapy*, „e-SPEN Journal” nr 8(5)/2013.
15. Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P.: *Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej*, „Hygeia public health” nr 47(1)/2012.
16. Raport „Covid 365+”.
17. Raport „Cukier, otyłość – konsekwencje”.
18. Skrzypek M., Krzyszycha R.M., Goral K., Szczygieł K., Kowal K., Pokarowski M., Momora A.: *Postępowanie żywieniowe w leczeniu otyłości u dzieci i młodzieży*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” nr 27(1)/2021.
19. Starzyk J., Wójcik M., Nazim J.: *Czy istnieje zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży?*, „Przegl. Lek.” nr 66 (1-2)/2009.
20. Tomiak E., Koziarska-Rościszewska M., Mizgała E., Józwiak J., 2017, *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*, „Medycyna praktyczna. Lekarz Rodzinny”, wydanie specjalne 3.
21. Weker H., Barańska M., Riahi A.: *Nutrition of infants and young children in Poland – PITNUTS 2016*, „Dev Period Med.” nr 21(1)/2017.



22. Yackobovitch-Gavan M., Wolf Linhard D., Nagelberg N., Poraz I., Shalitin S., Phillip M., Meyerovitch J.: *Intervention for childhood obesity based on parents only or parents and child compared with follow-up alone*, "Pediatric obesity" nr 13(11)/2018.
23. Zachurzok-Buczyńska A., Małecka-Tendera E.: *Zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży*, „Endo., Otył. i Zab. Przem. Mat.” nr 1/2005.
24. Zachurzok A, Małecka-Tendera E.: *Nadwaga i otyłość, żywienie i leczenie żywieniowe dzieci i młodzieży*, „Medycyna Praktyczna”, Kraków 2017.
25. Zajdel J.: *Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki klinicznej*, <<http://pra-wo.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/52342>>.

ABSTRACT

Access to Prevention and Treatment of Obesity for Children and Youngsters – Increasing Problem, Inefficient Measures

The epidemic of excessive weight of kids has become one of the biggest challenges for the contemporary society, first of all because of the health, social and economic consequences. According to experts, the effects of obesity are more severe for children than when one puts on weight when grown up, which we should pay special attention to. Obesity and related complications are common both among nursery pupils and schoolkids who develop numerous complications previously typical for adults mainly, e.g. type 2 diabetes. In their article, the authors discuss the findings of NIK's audit dedicated to the access to prevention, diagnostics and treatment of kids and young people who have metabolic disorders due to obesity and other diseases related to civilization. The audit covered 32 medical entities in the regions of kujawsko-pomorskie, pomorskie, lubelskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, śląskie, świętokrzyskie and warmińsko-mazurskie, including 24 entities that have contracts on basic health services (POZ), eight entities that have contracts for outpatients specialist medical care (AOS), as well as the Ministry of Health. The audit examined whether children and teenagers have been provided with effective access to prevention, diagnostics and treatment of metabolic disorders due to obesity. The evaluation was made in three areas: regularity of existing organisational solutions, sufficiency of preventive measures and correctness of diagnostic and treatment measures.

Magdalena Gierlak, State Audit Specialist, **Stanisław Jarzyna**, Economic Advisor, Regional Branch of NIK in Rzeszów

Michał Brzeziński, PhD, lecturer at the Department and Clinic of Paediatrics, Gastroenterology, Allergology and Nutrition, Medical University of Gdańsk

Key words: medicine, medical services, kids and youngsters, health check-up, overweight, obesity, dietary consultations