

CZERWIEC 2021

# OTYŁOŚĆ EPIDEMIA, XXI WIEKU

**Autorzy:**  
Małgorzata Klusiewicz  
Anna Krawczyk  
Hanna Wilska

**Współpraca:**  
Przemysław Barański



FUNDACJA REPUBLIKAŃSKA

PARTNER PROJEKTU



# OTYŁOŚĆ EPIDEMIA XXI WIEKU

**Autorzy:**

Małgorzata Klusiewicz  
Anna Krawczyk  
Hanna Wilska

**Współpraca:**

Przemysław Barański

PARTNER PROJEKTU





# SPIS treści

<b>1</b>	<b>WSTĘP</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>PROGRAMY ZAPOBIEGANIA OTYŁOŚCI</b>	<b>26</b>
<b>2</b>	<b>STRESZCZENIE</b>	<b>6</b>	5.1. MODELOWE LECZENIE OTYŁOŚCI	27	
<b>3</b>	<b>PROBLEM OTYŁOŚCI</b>	<b>8</b>	5.2. PRZYKŁADY KRAJOWYCH PROGRAMÓW ZAPOBIEGANIA OTYŁOŚCI I JEJ LECZENIA	31	
3.1. CZYM JEST OTYŁOŚĆ?	9	5.3. PRZYKŁADY REGIONALNYCH PROGRAMÓW ZAPOBIEGANIA OTYŁOŚCI I JEJ LECZENIA	41		
3.2. IDENTYFIKACJA NADWAGI I OTYŁOŚCI U DZIECI I MŁODZIEŻY	10	5.4. PRZYKŁAD KOMERCYJNEGO PROGRAMU LECZENIA OTYŁOŚCI	45		
3.3. EPIDEMIOLOGIA	12	5.5. PRZYKŁADY ZAGRANICZNYCH PROGRAMÓW ZAPOBIEGANIA OTYŁOŚCI I JEJ LECZENIA	46		
3.4. OTYŁOŚĆ DZIECI I MŁODZIEŻY	14	<b>6</b>	<b>MOŻLIWOŚCI WDROŻENIA GOTOWYCH ROZWIĄZAŃ W POLSCE</b>	<b>54</b>	
3.5. KONSEKWENCJE ZDROWOTNE OTYŁOŚCI	14				
3.6. OTYŁOŚĆ A COVID-19	16				
<b>4</b>	<b>EKONOMICZNE KONSEKWENCJE OTYŁOŚCI</b>	<b>18</b>			
4.1. FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA	19				
4.2. EKONOMICZNE PRZYCZYNY OTYŁOŚCI	20				
4.3. KOSZTY WYNIKAJĄCE Z OTYŁOŚCI	21				



# WSTĘP



► **Marek Wróbel**  
Prezes Zarządu  
Fundacji Republikańskiej

Szanowni Państwo!

Światowa epidemia COVID-19 uświadomiła wszystkim, jak ważne jest ludzkie zdrowie, wysoka jakość służb medycznych, dostęp do fachowego leczenia i odpowiednich leków. Zrozumieliśmy, jak mocno te kwestie wpływają na inne obszary naszej aktywności.

Efektywność systemu opieki zdrowotnej była i jest wyzwaniem dla kolejnych polskich rządów. W ostatnich latach dzięki większym funduszom na leczenie Polaków sytuacja zmienia się na lepsze, jednak nadal w tej materii pozostaje wiele do zrobienia. Istotnymi czynnikami usprawniania służby zdrowia, prócz finansów, są również: odpowiednia organizacja, dostęp do leków i innych wyrobów medycznych, kształcenie odpowiedniej liczby lekarzy.

Pandemia koronawirusa uwidoczniła wagę i znaczenie powszechnej świadomości zagrożeń oraz metod ograniczania ryzyka zachorowań. Do zwiększenia naszej odporności przyczyniają się: właściwy styl życia, higiena, odpowiednie żywienie i ruch.

Raport, który oddajemy w Państwa ręce, powiększa wiedzę na temat otyłości i jej wpływu na zdrowie. Dodatkowe kilogramy to nie tylko dyskomfort w codziennym funkcjonowaniu, ale również powód wielu innych chorób, o czym ciągle wie zbyt mało ludzi. Siedzący tryb życia, niewielka ilość ruchu czy zła dieta sprawiają, że od lat problem otyłości stale narasta, osiągając skalę, która w pełni uzasadnia tytuł niniejszego opracowania: „Otyłość epidemią XXI w.”

Publikacja ta przybliży definicję i przyczyny otyłości oraz kwestię pandemicznego wręcz rozprzestrzeniania się tego zjawiska na świecie. Piśmiemy o otyłości w Polsce, w tym wśród dzieci i młodzieży, jej konsekwencjach i sposobach leczenia. Zwracamy uwagę na ekonomiczne skutki otyłości, mające wpływ nie tylko na finanse służby zdrowia, ale także na całą gospodarkę. Przyglądamy się programom zapobiegania otyłości w Polsce oraz wybranych krajach. Na koniec zajmujemy się możliwościami wdrożenia najlepszych rozwiązań w Polsce.

Życzę ciekawej lektury.



# STRESZCZENIE

**Problem otyłości jest problemem światowym. Aż dwóch na pięciu mieszkańców globu waży za dużo.**

Otyłość jest chorobą przewlekłą prowadzącą do poważnych powikłań zdrowotnych, skraca życie i obniża jego jakość – dlatego terminy „otyłość” i „choroba otyłościowa” są tożsame. Konsekwencjami otyłości są takie choroby, jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia i wątroby, bezdech senny oraz niektóre nowotwory. Leczenie ich bez likwidacji pierwotnej przyczyny – otyłości – daje niezadowalające rezultaty.

Otyłości można zapobiegać przez edukację, odpowiedni sposób odżywiania i aktywność fizyczną. Poświęconą jest temu większość programów przeciwdziałania otyłości i jej leczenia – zarówno w Polsce, jak i na świecie.

**Ważne, by otyłość traktować jako chorobę przewlekłą i odpowiednio ją leczyć. Podstawowymi sposobami w profilaktyce i leczeniu otyłości są odpowiednie odżywianie i aktywność fizyczna.**

Dodatkowe sposoby to: terapia behawioralna, farmakoterapia oraz leczenie operacyjne. W pierwszym z nich chodzi o to, by unikać jedzenia pod wpływem stresu i emocji, a także ograniczyć jedzenie nałogowe lub kompulsywne. Istotnym elementem leczenia otyłości jest możliwość zastosowania leków wspomagających redukcję masy ciała – działają one w zróżnicowany sposób; odpowiednio dobrane, w połączeniu z dietą i wysiłkiem fizycznym, mogą być skuteczne w redukcji masy ciała. Leczenie chirurgiczne jest wskazane dla pacjentów o najwyższym współczynniku BMI.

Otyłość jest także problemem ekonomicznym, który pochłania duże ilości

środków publicznych. Koszty bezpośrednie otyłości to świadczenia zdrowotne i koszty leków, stosowanych głównie w terapii powikłań otyłości, czy kampanie i programy profilaktyczne. W Polsce wynoszą ok. 5 mld złotych rocznie.

**Koszty pośrednie – choć trudne do wyliczenia – szacuje się na ok. 10 mld zł rocznie. Związane są z nieobecnością w pracy, utraconym podatkiem lub dochodem, obniżeniem jakości życia czy utraconymi latami życia.**

**Programy walki z otyłością – zarówno krajowe, jak i zagraniczne – najczęściej koncentrują się na profilaktyce.**

Nowym rozwiązaniem w Polsce jest opłata cukrowa, która w głównej mierze zasili Narodowy Fundusz Zdrowia. Fundusz przeznaczy ją na edukację i profilaktykę otyłości, a także świadczenia opieki zdrowotnej dla osób z otyłością i z jej powikłaniami.

Pierwszym krokiem do leczenia otyłości jest jej zdiagnozowanie. Zadanie to spoczywa na lekarzach rodzinnych, mających najczęstszy kontakt z pacjentami. Mogą oni udzielać informacji na temat sposobów redukcji masy ciała – głównie diety i wysiłku fizycznego, które są podstawą w profilaktyce i leczeniu otyłości. W przypadku niezadowalających rezultatów lekarz rodzinny powinien skierować pacjenta do odpowiedniego specjalisty lub specjalistycznego ośrodka leczenia otyłości, gdzie zespół ekspertów – lekarz wyspecjalizowany w leczeniu otyłości, dietetyk, psycholog czy fizjoterapeuta – zapewni kompleksową opiekę. Niestety, takich ośrodków w Polsce jest mało.





# PROBLEM OTYŁOŚCI

## 3.1. CZYM JEST OTYŁOŚĆ?

Zgodnie z powszechnie przyjętą definicją otyłość jest nadmiernym lub nieprawidłowym nagromadzeniem tłuszczu w tkance tłuszczowej prowadzącym do pogorszenia stanu zdrowia<sup>1</sup>. W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) otyłość ma kod E66<sup>2</sup>.

**Choroba ta jest wynikiem dodatniego bilansu energetycznego, który prowadzi do przybierania na wadze. W procesie tym podaż energii dostarczanej z pożywieniem przewyższa wydatki energetyczne organizmu.**

Choć patogeneza otyłości jest podobna, to osoby z otyłością znacznie różnią się od siebie sposobem dystrybucji tkanki tłuszczowej.

Nadwaga, nazywana także preotyłością, oznacza nadmiar tłuszczu w organizmie, jednak bez spełnienia kryteriów rozpoznania otyłości<sup>3</sup>.

**Otyłość jest chorobą o charakterze przewlekłym i nie ustępuje samoistnie.**

Narzędziem powszechnie stosowanym do oceny masy ciała na poziomie populacyjnym jest współczynnik masy ciała, tzw. *Body Mass Index* (BMI). Wylicza się go, dzieląc masę ciała osoby wyrażoną w kilogramach przez kwadrat jej wzrostu:

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa [kg]}}{\text{wzrost [m]}^2}$$

### INTERPRETACJA WYNIKÓW U OSÓB DOROSŁYCH:

- poniżej 18,50: niedowaga
- 18,50-24,99: prawidłowa masa ciała
- 25-29,99: nadwaga
- 30-34,99: otyłość I stopnia
- 35-39,99: otyłość II stopnia
- od 40: otyłość III stopnia

Współczynnik BMI ma wiele zalet, z których najważniejsze to: powszechność, łatwość liczenia oraz przydatność do oszacowania rozpowszechnienia nadwagi i otyłości w populacji. Umożliwia porównywanie poszczególnych populacji oraz monitorowanie zmian w występowaniu nadwagi lub otyłości. Zaletą współczynnika BMI jest to, że wylicza się go tak samo, niezależnie od płci i wieku.

Powszechnie przyjmuje się, że osoby o BMI powyżej 30 chorują na otyłość, jednak współczynnik ten nie daje możliwości rozróżnienia masy tkanki mięśniowej i tkanki tłuszczowej. Nie uwzględnia on także proporcji budowy ciała ani sposobu dystrybucji tkanki tłuszczowej w organizmie.

Innymi metodami identyfikacji osób z grup ryzyka są: pomiar obwodu talii, wyliczenie stosunku obwodu talii do obwodu brzucha (WHR – *waist-hip ratio*), analiza składu ciała czy pomiar grubości fałdu tłuszczowego. Obwód talii jest łatwym pomiarem, korelującym ze współczynnikiem BMI oraz WHR, niezależnym od wzrostu i umożliwiającym identyfikację osób w największym stopniu zagrożonych powikłaniami otyłości. W populacji europejskiej otyłość trzewną rozpoznaje się, jeżeli obwód talii wynosi równo 94 cm u mężczyzn i 80 cm u kobiet lub więcej<sup>4</sup>.

Sposób dystrybucji tkanki tłuszczowej w organizmie jest różny, niemniej wyróżnia się dwa główne rodzaje otyłości – androidalną (otyłość brzuszna, popularnie nazywana otyłością typu jabłko) oraz gynoidalną (otyłość pośladkowo-udowa, nazywana otyłością typu gruszka).

**Najpoważniejsze konsekwencje zdrowotne powoduje otyłość androidalna. Osoby, u których występuje, są bardziej narażone na rozwój insulinooporności i cukrzycy typu 2, chorobę niedokrwieną serca, nadciśnienie tętnicze, raka piersi, przedwczesny zgon.**

## 3.2. IDENTYFIKACJA NADWAGI I OTYŁOŚCI U DZIECI I MŁODZIEŻY

Współczynnik BMI można wykorzystać do oceny stanu odżywienia dzieci i młodzieży, uzyskane wartości trzeba jednak odnieść do odpowiednich siatek centylowych względem płci i wieku. Z nadwagą dzieci i młodzieży mamy do czynienia wtedy, gdy wartość współczynnika BMI na należytym siatce centylowej mieści się pomiędzy 90. a 97. centylem, natomiast otyłość rozpoznajemy w momencie przekroczenia 97. centyla. Analogicznie wykorzystywane są siatki centylowe obwodu talii – otyłość rozpoznaje się po przekroczeniu 90. centyla dla danej płci i danego wieku<sup>5</sup>.

### PRZYCZYNY OTYŁOŚCI

Czynniki powodujące otyłość dzieli się na:

- czynniki środowiskowe,
- czynniki psychologiczne,
- czynniki genetyczne,
- czynniki hormonalne, związane z przyjmowanymi lekami i inne.

Najważniejszą przyczyną otyłości jest dodatni bilans energetyczny. Jeżeli spożycie przekracza potrzeby organizmu, wówczas magazynuje on nadmiar energii w postaci tłuszczu. Problem powstaje, gdy trwa to przez dłuższy czas.

**Tkanka tłuszczowa jest w stanie zgromadzić pokaźne ilości energii. Jeden kilogram tłuszczu to ok. 7000 kcal. Łatwo policzyć, że 10 kg nadwagi daje organizmowi zapas energii prawie na miesiąc. Żywność jest obecnie tania, łatwo dostępna i atrakcyjna. Niestety, ta wysoko przetworzona najczęściej jest uboga w wartościowe składniki od-**

**żywcze, a bogata w energię, co chwiewie bilansem.** ●

Wybór produktów typu *light* czy o obniżonej zawartości tłuszczu nie jest rozwiązaniem problemu otyłości, ponieważ liczy się nie tylko ilość tłuszczu w produkcie, ale przede wszystkim ilość spożywanych produktów.

Wyraźnie rośnie spożycie cukru – średnio wynosi już ponad 44,5 kg rocznie na osobę. Największym problemem jest cukier występujący w różnego

rodzaju napojach, nabiale, pieczywie czy słodczych. W takiej formie każdego roku zjadamy ponad 33 kg cukru, czyli 3 razy więcej niż takiego z cukiernicy. Wartość ta z roku na rok jest coraz większa.

**Szczególnie niebezpieczne jest spożycie napojów o wysokiej zawartości cukru. Konsumenci często nie są świadomi, ile cukru zawiera ich ulubiony napój.** ●

Nie zawsze też wiedzą, że gaszenie pragnienia słodkimi płynami jest nieskuteczne – prowadzi do picia dużych ilości napojów (a wraz z tym dużych ilości cukru), ale nie daje rezultatu<sup>6</sup>.

**Innym problemem dietetycznym Polaków jest zbyt wysokie spożycie tłuszczów. Każdego dnia średnio zjadamy ich ok. 100 g, co stanowi 900 kcal. To za dużo.** ●

Przy założeniu, że normalne dzienne zapotrzebowanie na energię dorosłego

# 44,5 kg

**na osobę wynosi  
średnie roczne  
spożycie cukru  
w Polsce.**

człowieka wynosi 2000 kcal, tłuszcze powinny stanowić 30 proc. dziennej dawki energii, czyli ok. 70 g na dzień (są to wartości uśrednione – dla osób o mniejszej aktywności i niższej masie ciała wartości te będą niższe, dla innych zaś wyższe)<sup>7</sup>.

**W profilaktyce i leczeniu otyłości istotne jest nie tylko to, co jemy i w jakich ilościach, lecz także w jaki sposób.** ●

Najczęstsze błędy? Nieregularność posiłków i zbyt szybkie jedzenie. Jeden duży posiłek (zwłaszcza po pracy) to nie to samo, co 3-4 mniejsze w ciągu dnia. Kiedy zaś jemy w pośpiechu, jemy więcej, niż potrzebujemy, ponieważ informacja o zaspokojeniu głodu przychodzi z mózgu z kilkuminutowym opóźnieniem.

Przyczyną otyłości jest także brak aktywności fizycznej. Znaczna część społeczeństwa ma pracę siedzącą i ograniczony czas na sport i rekreację.

**W profilaktyce otyłości powinniśmy poświęcać zajęciom fizycznym przynajmniej 30 minut dziennie. Oczywiście, chodzi nie tylko o sport, lecz także np. obowiązki domowe.** ●

Mała ilość ruchu związana jest często ze zdobyciami cywilizacyjnymi i z nowoczesną techniką. Powszechna dostępność samochodów, transportu miejskiego, wind, schodów ruchomych, zdalne sterowanie czy autonomiczne urządzenia niewątpliwie podnoszą komfort życia, ale też przyczyniają się do nadwagi i otyłości.

Czy każda osoba z otyłością będzie miała podwyższony współczynnik

BMI? Nie. W przypadku otyłości metabolicznej współczynnik BMI utrzymuje się w normie bądź jest nieznacznie podwyższony. Istnieje wtedy tendencja do odkładania się tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej, pojawiają się też objawy zespołu metabolicznego, czyli cukrzyca lub stan przedcukrzycowy, podwyższony poziom trójglicerydów we krwi oraz nadciśnienie tętnicze. Szacuje się, że osoby chorujące na otyłość metaboliczną to nawet 15 proc. dorosłych mieszkańców krajów rozwiniętych. To skutek zbyt niskiej aktywności fizycznej. Mała aktywność prowadzi do zmniejszenia masy mięśniowej oraz nieodpowiedniej diety obfitującej w węglowodany proste (cukry)<sup>8</sup>.

Psychologiczne uwarunkowania otyłości najczęściej dotyczą zaburzeń lękowych i depresji oraz niedostatecznych umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Podłoże psychologiczne mają też zaburzenia w regulacji ilości przyjmowanego pokarmu. Zaburzenia regulacyjne łączą się również z zespołem Turnera, zespołem Downa, zaburzeniami pracy ośrodków głodu i sytości, ze stosowaniem niektórych leków.

Badania pokazują pewien wpływ genów na rozwój otyłości, jednak wciąż istnieje w tej kwestii wiele niewiadomych. Wiadomo na pewno, że odpowiada za to nie jeden, lecz wiele genów. Sprawa jest o tyle złożona, że dziedziczymy nie tylko geny, lecz także określone zwyczaje i nawyki w odżywianiu i aktywności fizycznej.

Otyłość bywa też, choć rzadko, rezultatem zaburzeń hormonalnych, do których należy m.in. niedoczynność tarczycy.

**15  
proc.  
dorosłych  
mieszkańców krajów  
rozwiniętych może  
chorować na otyłość  
metaboliczną.**

## 3.3. EPIDEMIOLOGIA

### OTYŁOŚĆ NA ŚWIECIE

**Na świecie żyje ponad dwa razy więcej osób z nadwagą bądź otyłością niż ludzi głodujących (820 mln<sup>9</sup>).**

Z 7,3 mld ludzi na świecie 1,9 mld to dorośli z nadmiarem masy ciała, w tym 650 mln osób z otyłością. Oznacza to, że globalnie 39 proc. dorosłych waży więcej, niż powinno, a 13 proc. cierpi na otyłość.

Od 1975 r. liczba osób z nadwagą potroiła się. Podobnie wygląda sytuacja w przypadku dzieci i młodzieży – w grupie powyżej 5. roku życia nadmiar masy ciała ma 18 proc. dziewcząt (z czego 6 proc. otyłość) i 19 proc. chłopców (z czego 8 proc. otyłość)<sup>10</sup>.

**W ostatnich 50 latach problem otyłości rozpowszechnił się do wymiaru pandemii. Otyłość jest globalnym problemem, występującym na obu półkulach i na wszystkich kontynentach.**

Rejonami, gdzie obserwuje się go najrzadziej, są Afryka Subsaharyjska oraz Azja Południowo-Wschodnia. Wedle ostatnich danych liczba osób z otyłością w Azji znacznie jednak się zwiększa<sup>11</sup>.

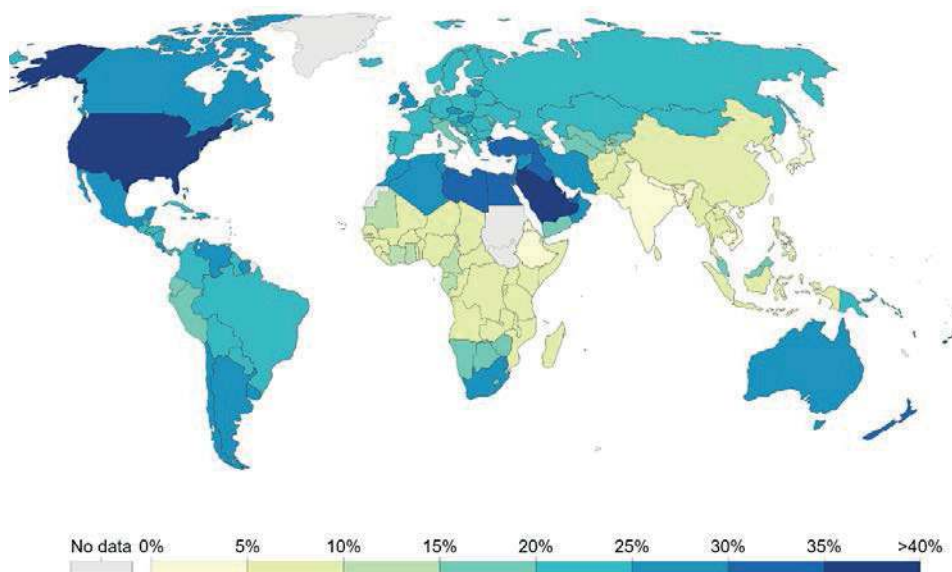
Szacuje się, że w 2030 r. w Stanach Zjednoczonych ponad połowa mieszkańców będzie dotknięta otyłością, z czego 24,2 proc. będzie cierpieć na otyłość III stopnia<sup>12</sup>.

### OTYŁOŚĆ W POLSCE

Badania CBOS z 2019 r. wskazują, że 59 proc. dorosłych Polaków waży za dużo. Od 2010 r. odsetek ten wzrósł o 13 proc. (wykres 1). Na otyłość cierpi 21 proc., natomiast nadwagę ma 38 proc. mieszkańców naszego kraju. Nadwaga i otyłość kształtują się różnie w różnych grupach wiekowych.

Problem nadmiernej masy ciała dotyczy obu płci, częściej jednak występuje u mężczyzn. W grupie wiekowej 18-24 lata nadwagę ma 12 proc. mężczyzn, zaś otyłość 22 proc. Odsetek mężczyzn z nadmierną masą ciała rośnie aż do grupy wiekowej 45-54 lata, w której tylko 19

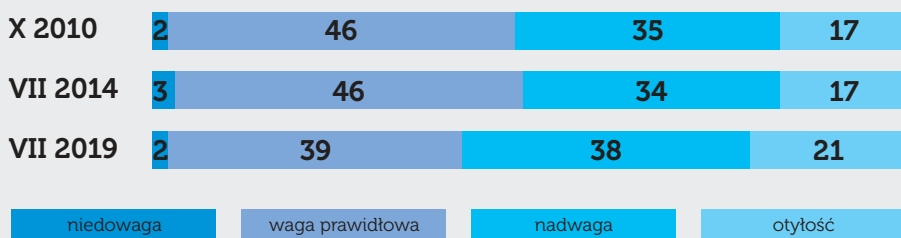
### Odsetek osób z otyłością w poszczególnych rejonach świata



Źródło: <https://ourworldindata.org/obesity>

## WYKRES 1

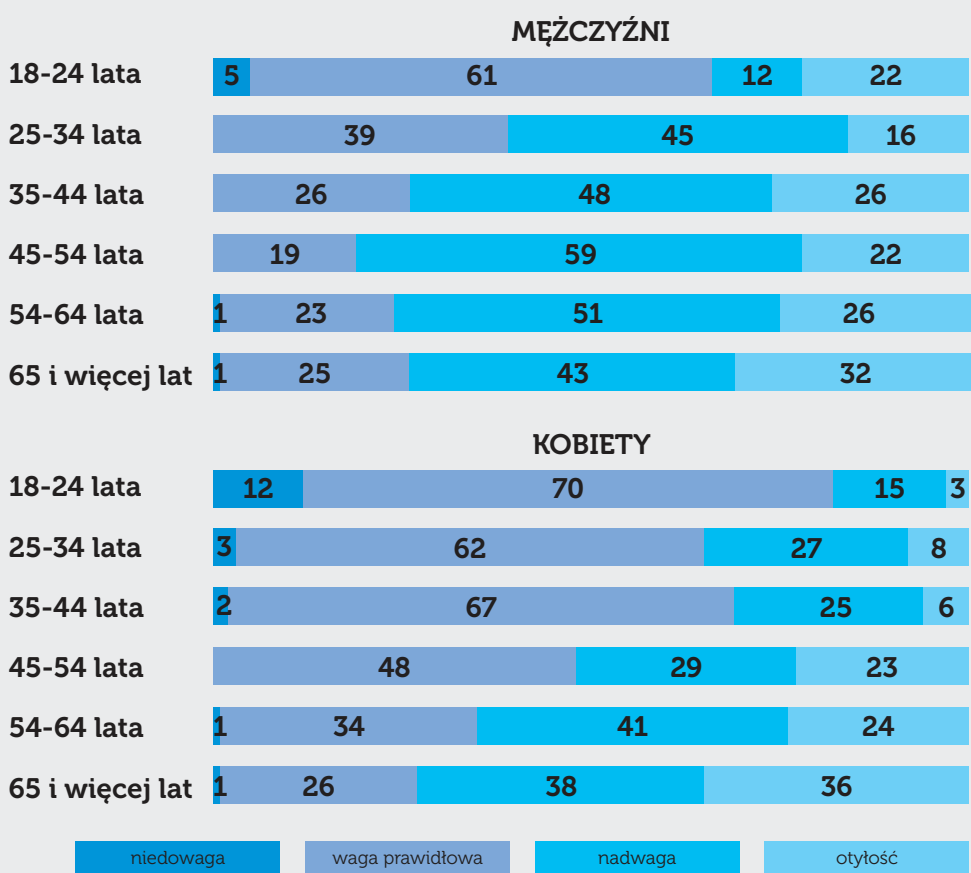
## Klasyfikacja badanych według wartości wskaźnika masy ciała – BMI (proc.)



Źródło: CBOS, „Komunikat z badań: Czy Polacy mają problem z nadwagą?”, Nr 103/2019

## WYKRES 2

## Wskaźnik BMI a wiek i płeć badanych (proc.)



Źródło: CBOS, dz. cyt.

proc. ma prawidłową masę ciała. Nadwagę stwierdzono u 59 proc., otyłość u 22 proc. W kolejnych przedziałach wiekowych mężczyzn z nadwagą jest mniej, rośnie jednak liczba przypadków otyłości.

W przypadku kobiet ujawnia się prawidłowość, że wraz z wiekiem zwiększa się częstość występowania zarówno

nadwagi, jak i otyłości. W grupie wiekowej 18-44 lat ponad połowa z nich ma prawidłową wagę, w wyższych odsetek ten spada aż do 26 proc. wśród kobiet po 65. roku życia. (rys. 2).

Zgodnie z informacjami GUS z 2014 r. nadwagę lub otyłość miało 46 proc. kobiet i 62 proc. mężczyzn<sup>13</sup>.

## 3.4. OTYŁOŚĆ DZIECI I MŁODZIEŻY

Według danych WHO w Polsce 12,2 proc. chłopców i 10 proc. dziewcząt w wieku przedszkolnym ma nadwagę lub otyłość. W szkole podstawowej i średniej odsetek ten wynosi 16,4 proc. (18,5 proc. chłopców i 14,3 proc. dziewcząt). Im wcześniej zaczyna się otyłość, tym większe szkody powstają w organizmie.

**Dzieci z otyłością najczęściej zostają dorosłymi z otyłością, dla których redukcja masy ciała jest wyjątkowo trudna.**

Najwięcej dzieci o masie ciała przekraczającej normy mieszka w województwach: mazowieckim, lubuskim, dolnośląskim oraz kujawsko-pomorskim. Najmniej natomiast w województwach, w których indeks urbanizacji jest najniższy, a udział mieszkańców wsi najwyższy – w małopolskim, świętokrzyskim, lubelskim i podkarpackim<sup>14</sup>.

Otyłość w największym stopniu występuje wśród dzieci wychowywanych przez samotnych rodziców bądź w rodzinach o niskim statusie socjoekonomicznym.

## 3.5. KONSEKWENCJE ZDROWOTNE OTYŁOŚCI

**Otyłość to choroba ogólnoustrojowa powodująca daleko idące konsekwencje zdrowotne. Skraca życie – nawet o kilkanaście lat.**

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na świecie w ciągu jednego roku ponad 2,8 mln ludzi umiera z powodu otyłości<sup>15</sup>. Przedwczesny zgon spotyka najczęściej osoby z najwyższą masą ciała, w szczególności mężczyzn oraz osoby palące<sup>16,17</sup>.

Osoby z otyłością są narażone na rozwój wielu chorób, w tym m.in.:

- nadciśnienie tętnicze,
- cukrzycę typu 2,
- chorobę niedokrwienną serca,
- zawał,
- dyslipidemie (podwyższone stężenie „złego” cholesterolu LDL, trójglicerydów oraz obniżenie „dobrego” cholesterolu HDL),
- nowotwory,
- choroby wątroby i pęcherzyka żółciowego,
- zapalenie kości i stawów,
- problemy z oddychaniem i bezdech senny.

Choroby pogarszają jakość życia, ponadto wymagają długotrwałego, nieraz złożonego leczenia – farmakologicznego, czasem również z koniecznością włączenia leczenia szpitalnego.

**Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najczęstszych, a zarazem najniebezpieczniejszych konsekwencji otyłości. Może doprowadzić do śmiertelnych powikłań, takich jak niewydolność lub zawał serca, udar mózgu, dysfunkcje nerek czy utrata wzroku.**

**Aż 78 proc. mężczyzn i 65 proc. kobiet z otyłością choruje na nadciśnienie.**

Szacuje się, że nawet 65 proc. zachorowań na cukrzycę typu 2 wynika z nadmiaru masy ciała. Statystyki brytyjskie pokazują, że 90 proc. chorych na cukrzycę to osoby z otyłością lub z nadwagą. Na zaburzenie gospodarki węglowodanowej szczególnie wpływa otyłość brzuszna. BMI powyżej 35 oznacza 40 razy większe prawdopodobieństwo zachorowania na cukrzycę.

Wysoki wskaźnik BMI i nadmiar tkanki tłuszczowej gromadzący się zwłaszcza



w obrębie brzucha idą w parze z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia. Tkanka tłuszczowa uwalnia do krążenia biologicznie aktywne związki. Ze względu na ich działanie osoby chorujące na otyłość są bardziej narażone na niewydolność serca i chorobę niedokrwienną.

U osób z otyłością bardzo często stwierdza się nieprawidłowy profil lipidowy, czyli podwyższone stężenie „złego” cholesterolu LDL i trójglicerydów oraz obniżone „dobrego” cholesterolu HDL. Zaburzenia te mogą występować także u osób z prawidłową masą ciała, jednak rokowania dla pacjentów z otyłością są w takich przypadkach gorsze z uwagi na większą liczbę chorób współistniejących (np. cukrzyca). Miażdżyca, będąca efektem nieprawidłowej gospodarki lipidowej, może zwęzić naczynia wieńcowe i doprowadzić do niedokrwienia lub zawału serca, pęknięcie blaszki miażdżycowej może zaś powodować udar niedokrwienny mózgu.

Zwężenie naczyń krwionośnych może wystąpić także w kończynach – pojawia się wówczas tzw. chromanie przestankowe, czyli ból kończyn dolnych występujący nawet podczas niewielkiego wysiłku fizycznego.

**Otyłość może także wywołać procesy nowotworowe. Nowotwory związane z otyłością powstają nie tylko w obrębie układu pokarmowego (nowotwór jelita grubego). Rak piersi i rak trzonu macicy (endometrium) to nowotwory, które częściej występują w grupie kobiet z otyłością.**

Kolejnym zagrożeniem jest wyższe ryzyko kamicy pęcherzyka żółciowego.

U osób, które przewlekłe chorują na otyłość, dochodzi do zmiany składu żółci (produkowanej przez wątrobę, gromadzonej w pęcherzyku żółciowym), z której mogą wytrącać się złogi, czyli tzw. kamienie żółciowe. Proces ten częściej występuje u kobiet,

**65  
proc.**

**Według szacunków  
taka część zachorowań  
na cukrzycę typu 2  
wynika z nadmiaru  
masy ciała.**



a prawdopodobieństwo jego zaistnienia rośnie wraz z wiekiem, zwłaszcza przy nadmiernym spożyciu tłuszczów.

Otyłość często wiąże się z zaburzeniami hormonalnymi, w szczególności dotyczy to wydzielania i metabolizmu hormonów płciowych. To dlatego kobiety chorujące na otyłość mają większy problem z zajściem w ciążę (zarówno w sposób naturalny, jak i wspomagany) niż kobiety z prawidłową masą ciała. W efekcie zaburzeń hormonalnych u kobiet z otyłością poczęcie jest często opóźnione. Mniej efektywnie reagują na leczenie niepłodności. Cięża u pacjentek z nadmiarem masy ciała częściej wiążą się zarówno z komplikacjami, jak i poronieniem<sup>18</sup>.

Kolejny problem to duże obciążenie stawów, które może powodować

np. uszkodzenie chrząstki stawowej, a w konsekwencji stan zapalny, ból i zwyrodnienia. U osób z otyłością najbardziej obciążonymi stawami są kolana – to one w pierwszej kolejności zaczynają doskwierać osobom chorym.

Nadmiar tkanki tłuszczowej, zwłaszcza w obrębie klatki piersiowej i brzucha, utrudnia oddychanie. Organizm musi włożyć więcej pracy, by utrzymać prawidłową wentylację płuc. Natomiast tłuszcz zlokalizowany w okolicach szyi uciska gardło podczas leżenia, doprowadzając do obturacyjnego bezdechu sennego. Aż 70 proc. osób cierpiących z tego powodu to osoby z nadmierną masą ciała<sup>19,20</sup>.

Otyłości często towarzyszą przewlekły ból oraz zaburzenia psychiczne (depresja i lęk)<sup>21</sup>.

## 3.6. OTYŁOŚĆ A COVID-19

Pandemia COVID-19 ciągle zajmuje uwagę naukowców i opinii publicznej. Zróżnicowanie przebiegu infekcji jest ogromne – od bezobjawowego aż po hospitalizację z koniecznością leczenia na oddziale intensywnej terapii i zgon. Badania nad wirusem SARS-CoV-2 wciąż trwają, odnotowane zostały już pewne prawidłowości. Wiadomo, że w tzw. grupie ryzyka ciężkiego przebiegu zakażenia znajdują się chorzy na nowotwory, choroby płuc, nerek, zespół Downa czy otyłość.

**Osoby z otyłością trzykrotnie częściej wymagają hospitalizacji i podłączenia do respiratora z powodu infekcji COVID-19, a ryzyko śmierci jest tym wyższe, im wyższy współczynnik BMI.** ●

Szczególnie ciężko infekcję przechodzą osoby z otyłością brzuszna (androidalna). Oprócz ciężkiego przebiegu zakażenia koronawirusem pacjenci chorujący na otyłość często borykają się

z powikłaniami po infekcji obejmującymi różne układy:

- nerwowy (zawroty głowy, zaburzenia poznawcze, udary, drgawki),
- oddechowy (włóknienie płuc, zatory i inne zaburzenia),
- krążeniowy (zawał serca, niewydolność serca, zakrzepica, zapalenia naczyń krwionośnych),
- pokarmowy (biegunki, zaburzenia wchłaniania, zapalenie wątroby),
- moczowy (niewydolność nerek),
- inne.

Badania przeprowadzone we Włoszech wskazują, że prawie 90 proc. ozdrowieńców po hospitalizacji cierpiało z powodu powikłań – najczęściej były to zmęczenie i duszność, utrzymujące się średnio ok. 2 miesiące. Zauważono także, że otyłość, lęk i depresja często współwystępują ze sobą. W efekcie depresja po COVID-19, chroniczne zmęczenie i objawy stresu pourazowego mogą powodować dalszy przyrost masy ciała.

Ponieważ u osób z otyłością funkcjonowanie układu odpornościowego jest

zaburzone, można spodziewać się kolejnych implikacji zdrowotnych. Z tego względu nie tylko przebieg zakażenia SARS-CoV-2 jest cięższy, lecz także skuteczność szczepionki mniejsza.

Skupiając się na temacie otyłości, nie sposób nie spojrzeć na problem z drugiej strony – w jaki sposób pandemia COVID-19 wpłynęła na zachowania i styl życia osób niezakażonych.

**Pandemia spowodowała konieczność pozostawania w domu. Przez długi czas baseny, siłownie i inne obiekty**

**rekreacyjne pozostawały zamknięte. W efekcie stopień aktywności fizycznej spadł – dane z Włoch mówią nawet o 38-procentowym spadku.** ●

Dodatkowo dla wielu osób epidemia wiąże się z jedzeniem taniej żywności o wysokiej zawartości energii, co w oczywisty sposób przyczynia się do przybierania na wadze. Kolejnym aspektem pandemii jest utrudnienie leczenia występującej już otyłości – dostęp do lekarzy specjalistów jest utrudniony, zaplanowane leczenie operacyjne – odraczone.

- <sup>1</sup> WHO Consultation on Obesity, „Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation”, Singapore 2004.
- <sup>2</sup> <https://dane.gov.pl/pl/dataset/27/resource/10569/table> [dostęp: 8.02.2021].
- <sup>3</sup> WHO, „Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO”, Geneva 1998.
- <sup>4</sup> International Diabetes Federation, „The IDF Consensus Worldwide Definition of the METABOLIC SYNDROME”, Brussel 2006.
- <sup>5</sup> M. Litwin i in., „Siatki centylowe wysokości, masy ciała i wskaźnika masy ciała dzieci i młodzieży w Polsce – wyniki badania OLAF”, „Standardy Medyczne” 2010, nr 4.
- <sup>6</sup> NFZ, „Cukier, otyłość – konsekwencje. Przegląd literatury, szacunki dla Polski”, 2020.
- <sup>7</sup> W. Laskowski, „Wartość odżywcza diety Polaków oraz jej zmiany” [w:] „Współczesne kierunki działań prozdrowotnych”, red. A. Wolska-Adamczyk, WSliZ, Warszawa 2015.
- <sup>8</sup> E. Lange „Dietoterapia i dietoprofilaktyka otyłości” [w:] D. Głąbska, „Dietoterapia”, PZWL, Warszawa 2015.
- <sup>9</sup> <https://unicef.pl/co-robimy/aktualnosci/dla-mediow/raport-onz-glod-wciaz-zagraza-milionom-ludzi-na-swiecie> [dostęp: 3.03.2021].
- <sup>10</sup> WHO, „Obesity and Overweight – Key Facts”, 2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- <sup>11</sup> „NCD Risk Factor Collaboration (NCD- RisC). Worldwide Trends in Body-Mass Index, Underweight, Overweight, and Obesity from 1975 to 2016. A Pooled Analysis of 2416 Population-Based Measurement Studies in 128.9 Million Children, Adolescents, and Adults”, „The Lancet” 2017, t. 390, nr 10107, s. 2627–2642.
- <sup>12</sup> Z. Ward i in., „Projected U.S. State-Level Prevalence of Adult Obesity and Severe Obesity”, „The New England Journal of Medicine” 2019; nr 381, s. 2440–2450.
- <sup>13</sup> NFZ, dz. cyt.
- <sup>14</sup> [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/350030/Reducing-childhood-obesity-in-Poland\\_final\\_WEB.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/350030/Reducing-childhood-obesity-in-Poland_final_WEB.pdf) [dostęp: 3.03.2021].
- <sup>15</sup> <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity> [dostęp: 3.03.2021].
- <sup>16</sup> K. Fontaine, D. Redden, Ch. Wang i in., „Years of Life Lost Due to Obesity”, „JAMA” 2003, t. 289, nr 2.
- <sup>17</sup> A. Peeters i in., „Obesity in Adulthood and its Consequences for Life Expectancy: a Life-Table Analysis”, „Annals of Internal Medicine” 2003, t. 138, nr 1, s. 24–32.
- <sup>18</sup> E. Silvestris i in., „Obesity as Disruptor of the Female Fertility”, „Reproductive Biology and Endocrinology” 2018, nr 16, s. 22.
- <sup>19</sup> NFZ, Departament Analiz Strategicznych, „Cukier, otyłość – konsekwencje”, [https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/43/1/pos-dumowanie\\_-\\_cukier.pdf](https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/43/1/pos-dumowanie_-_cukier.pdf) [dostęp: 1.03.2021].
- <sup>20</sup> Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/otylosc/115230,konsekwencje-otylosci> [dostęp 1.03.2021].
- <sup>21</sup> <https://www.cdc.gov/obesity/adult/causes.html> [dostęp: 22.02.2021].



# EKONOMICZNE KONSEKWENCJE OTYŁOŚCI

## 4.1. FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA

Aby odpowiednio naświetlić kwestie ekonomiczne związane z otyłością, trzeba najpierw przyjrzeć się systemowi finansowania ochrony zdrowia.

Zgodnie z Konstytucją RP każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia. Dodatkowo, niezależnie od sytuacji materialnej, władze zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Oznacza to, że osoby nieubezpieczone mają prawo do leczenia, ale mogą liczyć wyłącznie na zabiegi ratujące życie; środki na ich leczenie przekazywane są z budżetu państwa.

Polski system ochrony zdrowia klasyfikowany jest jako system ubezpieczeniowo-budżetowy. Głównym źródłem finansowania jest obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), obejmujące ok. 90 proc. obywateli. Reszta środków pochodzi z budżetu państwa oraz samorządu terytorialnego (np. Państwowe Ratownictwo Medyczne jest finansowane bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia).

Ze środków publicznych finansowane są tak zwane świadczenia opieki zdrowotnej. Obejmują one:

- świadczenia zdrowotne – m.in. badania i porady lekarskie, leczenie, rehabilitacje lecznicze, diagnostykę, orzeczenia i opiniowanie,
- świadczenia zdrowotne rzeczowe – m.in. leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne,
- świadczenia towarzyszące – m.in. zakwaterowanie i wyżywienie w szpitalu, usługi transportu sanitarnego.

### NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

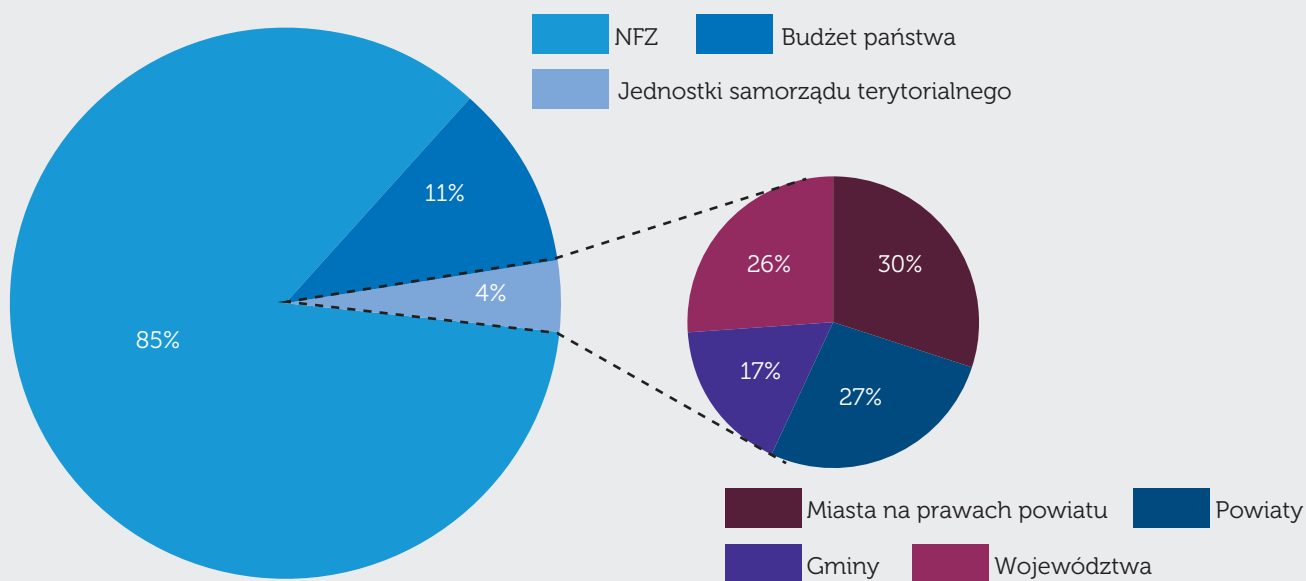
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) finansuje większość świadczeń zdrowotnych w Polsce.

Ponad połowę kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ stanowi leczenie szpitalne. Wysokie koszty wiążą się ze specyfiką hospitalizacji. Wykorzystywane są drogie świadczenia oraz zaawansowane technologie.

Świadczenia finansowane z NFZ to jedynie świadczenia z tzw. koszyka

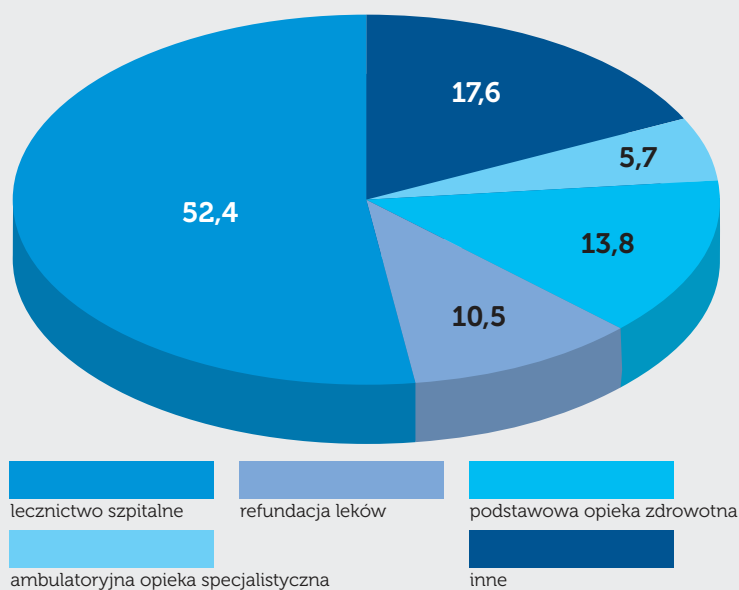
#### WYKRES 3

#### Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2018 r. (proc.)



Źródło: Raport GUS – Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2018

## WYKRES 4

**Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ w 2018 r. (proc.)**

Źródło: Raport GUS – Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2018

świadczeń gwarantowanych, którymi są wszystkie publicznie finansowane świadczenia wyszczególnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Nie bez

powodu nazywany jest także koszykiem świadczeń podstawowych. Często bardziej zaawansowane metody leczenia i diagnostyki już się w nim nie mieszczą. Świadczenia takie można oczywiście pokryć z własnych środków lub za pomocą dodatkowego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.

**PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE**

Coraz więcej osób w Polsce decyduje się na prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Z danych Polskiej Izby Ubezpieczeń z 2020 r. wynika, że już ponad 3 mln (tj. o 13,1 proc. więcej niż w 2019 r.) Polaków posiada takie polisy zdrowotne. Zwiększone zainteresowanie prywatnymi ubezpieczeniami wiąże się przede wszystkim z krótszym oczekiwaniem na wizytę u lekarza. Prywatne ośrodki często dysponują nowoczesnym sprzętem i zapewniają wysoką jakość usług. Pracodawcy coraz częściej decydują się na zakup polis w ramach benefitów pracowniczych.

## 4.2. EKONOMICZNE PRZYCZYNY OTYŁOŚCI

**Przyczyny otyłości są wieloczynnikowe. Do najważniejszych należą przyczyny socjoekonomiczne. Sytuacja materialna, środowisko czy też dostęp do informacji w ogromnym stopniu wpływają pośrednio i bezpośrednio na stan zdrowia ludzi.**

Ekonomiczne przyczyny otyłości mogą być powiązane z:

- żywnością,
- edukacją,
- środowiskiem,
- barierami w profilaktyce otyłości.

### ŻYWNOSĆ

Niższy status socjoekonomiczny koreluje m.in. z mniejszym spożyciem warzyw i owoców. Niższy poziom wykształcenia

czy mniejsze dochody tworzą podatny grunt do rozwoju otyłości dzieci. Złe nawyki żywieniowe rodziców przenoszą się na nawyki żywieniowe dzieci.

Ponadto w ostatnich latach wzrasta dostępność i popularność żywności wysoko przetworzonej oraz tzw. gotowych produktów. Z jednej strony wiąże się to z chęcią ograniczenia czasu poświęcanego na przygotowywanie dań, a z drugiej takie rozwiązanie często bywa tańsze. Dużą popularnością cieszą się sieci fastfoodowe, oferujące wciąż stosunkowo niskie ceny. Nie są to fakty ułatwiające walkę z otyłością.

### EDUKACJA

Osoby o niższym statusie socjoekonomicznym mogą mieć gorszy dostęp

do wiedzy na temat odpowiedniego odżywiania i stylu życia, co przekłada się na mniejszą uwagę poświęconą tym sferom. Konsekwencjami niewyedykowania są nieodpowiednia dieta i tryb życia.

## ŚRODOWISKO

**Z uwagi na tzw. siedzący tryb życia oraz pracy, który w czasie pandemii SARS-CoV-2 jeszcze bardziej się rozpowszechnił, aktywność fizyczna ludzi się zmniejsza.**

Przyczynia się też do tego korzystanie z transportu i komunikacji miejskiej kosztem poruszania się pieszo.

**Reklamy, np. słodczy i słodkich napojów, są nacelowane na dzieci i młodzież, które są bardziej podatne na ich działanie. W rezultacie już od najmłodszych lat rozwijają się niezdrowe nawyki żywieniowe prowadzące do otyłości.**

## BARIERY FINANSOWE W ZAPOBIEGANIU OTYŁOŚCI

Jedną z metod profilaktyki otyłości jest aktywność fizyczna. Niektóre jej formy wiążą się z dodatkowymi kosztami (np. siłownia, przyrządy do ćwiczeń w domu czy basen). Podobnie spotkania z dietetykiem mogą być



nieosiągalne przy niskim budżecie domowym.

Powyższe przykłady w dużej mierze są przejawem nierówności w zdrowiu. Aby ograniczyć problem otyłości, musimy brać pod uwagę przyczyny, a te o podłożu socjoekonomicznym mają pierwszorzędne znaczenie.

## 4.3. KOSZTY WYNIKAJĄCE Z OTYŁOŚCI

Koszty wynikające z otyłości możemy podzielić również na koszty bezpośrednie, pośrednie oraz indywidualne<sup>22</sup>. Do bezpośrednich kosztów zalicza się m.in. świadczenia zdrowotne, koszty leków i działania publiczne (np. kampanie oraz programy profilaktyczne).

Pośrednie koszty to m.in.:

- absencja w pracy,
- podatek/dochód utracony (utracone

dochody w wyniku np. utraty zatrudnienia w konsekwencji choroby, przerwy w pracy z powodu leczenia czy też obniżonej produktywności),

- obniżenie jakości życia czy też utracone lata życia.

Należy jednak zauważyć, że niektóre koszty pośrednie są trudne do oszacowania.

**TABELA 1****Ze względu na podmiot, który ponosi koszty, dzielą się one na koszty:****PAŃSTWOWE:**

- wydatki na ochronę zdrowia,
- inwestycje w działania redukujące otyłość (np. kampanie i programy profilaktyczne),
- dotacje i wsparcie socjalne (np. zasiłki chorobowe, pensje dla pracowników socjalnych),
- niższe przychody podatkowe (podatek utracony) ze względu na zmniejszoną produktywność osób z otyłością,
- niższy wzrost gospodarczy,
- specjalny sprzęt medyczny, infrastruktura szpitali,
- transport,
- koszty badań naukowych.

**INDYWIDUALNE:**

- choroby współistniejące,
- utracone lata życia,
- spadek jakości życia,
- wydatki na usługi medyczne, niezbędna pomoc,
- ograniczenie sprawności,
- negatywny wpływ na zdrowie psychiczne, depresja,
- izolacja społeczna, dyskryminacja,
- absenteizm (nieplanowana nieobecność w pracy),
- prezenteizm (praca podczas choroby/obniżonego stanu zdrowia),
- transport,
- środki wspomagające utratę masy ciała,
- zwiększona konsumpcja jedzenia,
- większe ryzyko bezrobocia i wcześniejszej emerytury.

**UBEZPIECZYCIELI ZDROWOTNYCH:**

- leczenie i inne świadczenia zdrowotne,
- inwestycje w działania redukujące otyłość,
- koszty monitorowania stanu zdrowia i rynku.

**PRACODAWCÓW:**

- absenteizm,
- prezenteizm,
- infrastruktura miejsca pracy,
- niższa produktywność pracowników<sup>23</sup>.

**Koszty państwowe**

Według danych GUS całkowite wydatki NFZ na ochronę zdrowia wyniosły w 2017 r. 76,29 mld zł.

**Koszty bezpośrednie leczenia otyłości przekroczyły 5 mld zł, wraz z kosztami pośrednimi ta kwota wyniosła 15 mld zł<sup>24</sup>.**

Leczenie osób z nadmiarem masy ciała jest znacznie droższe niż pacjentów o prawidłowej masie ciała.

**Dodatkowo szacuje się, że jedna na cztery hospitalizacje spowodowana jest powikłaniami otyłości<sup>25</sup>.**

Koszty te odczuwane są przez całe społeczeństwo, podobnie jak skutki niskiego wzrostu gospodarczego. Środki przeznaczane na ten cel mogłyby być zagospodarowane w inny sposób, gdyby udało się zwalczyć problem otyłości.

**Koszty indywidualne**

Koszty, jakie ponosi osoba z otyłością, są bardzo zróżnicowane i widoczne są prawie we wszystkich dziedzinach życia: począwszy od bezpośrednich kosztów jedzenia, wynikających z nadmiernej konsumpcji, leczenia otyłości i jej powikłań zdrowotnych, a skończywszy na kosztach niematerialnych, takich jak dyskryminacja społeczna, utracone lata życia, niższa jakość życia czy też obniżenie zdrowia psychicznego.

**W niektórych sektorach gospodarki istnieją ograniczone możliwości zatrudniania ludzi z otyłością.**

Oprócz powodów związanych z wykluczeniem i dyskryminacją trzeba wskazać na ograniczoną sprawność ruchową takich osób oraz ograniczenia infrastrukturalne. Obserwuje się np. niechęć

do zatrudniania osób z otyłością do bezpośredniego kontaktu z klientem, np. w sklepie sportowym. Na bariery infrastrukturalne techniczne trafiamy w przypadku kierowców maszyn i pojazdów. To wszystko zwiększa ryzyko bezrobocia oraz przedwczesnego przechodzenia na emeryturę<sup>26</sup>.

### Koszty pracodawców

Z perspektywy pracodawcy zatrudnienie osoby z otyłością oznacza dodatkowe wydatki, powodowane choćby koniecznością dostosowania miejsca pracy (np. większe krzesło/biurko).

Koszty pośrednie generowane są głównie przez dwa zjawiska:

- absenteizm – nieplanowana nieobecność w pracy, np. ze względu na stan zdrowia,
- prezenteizm – obecność w pracy podczas choroby czy gorszego stanu zdrowia skutkuje obniżoną jakością pracy i mniejszą produktywnością.

Obydwa zaniżają zyski przedsiębiorców.

Zauważmy przy tym pozytywny trend – pracodawcy w trosce o zdrowie swoich pracowników wykupują im abonamenty na zajęcia sportowe, wprowadzają aktywne przerwy w pracy czy też dbają o świeże owoce w miejscu zatrudnienia.

### Koszty ubezpieczycieli zdrowotnych

Osoby z otyłością są narażone na wiele powikłań i chorób towarzyszących, więc ich leczenie generuje większe koszty. W modelu mikrosymulacji średnie roczne koszty otyłości trwającej 10 lat oszacowano na 4280 dol. (2820 dol. w przypadku otyłości I stopnia i 8710 dol. w otyłości III stopnia). Duży udział w tych kwotach miały koszty pośrednie choroby<sup>27</sup>. Osoby z otyłością przyjmują więcej leków niż osoby z prawidłową masą ciała; wzrost BMI o jeden punkt koreluje ze zwiększeniem wydatków na leki o ponad 5 proc.<sup>28</sup> To uderza zarówno w budżety ubezpieczycieli, jak i w budżety domowe.

Redukcja BMI koreluje z obniżeniem kosztów opieki medycznej nad pacjentem. Skala oszczędności jest uzależniona od wyjściowego BMI. Im wyższa wartość początkowa, tym większa oszczędność wynikająca z utraty każdych 5 proc. BMI.

**Przykładowo – spadek BMI o 10 proc. wiąże się z redukcją kosztów rocznych o 486 dol., jeśli początkowo BMI wynosiło 30, i aż 1838 dol., jeśli wynosiło 45<sup>29</sup>.** ●

### DODATKOWY WPLYW NA GOSPODARKE

Warto spojrzeć w kontekście otyłości na kilka sfer gospodarczych, których działanie zależy pośrednio od tego problemu.

Catering dietetyczny cieszy się coraz większą popularnością w Polsce. Dziennie korzysta z niego aż 100 tys. klientów. Branża rozwija się dynamicznie, a sam rynek jest wyceniany na 1 mld zł. Na początku roku 2020 zamówienia na tego typu posiłki wzrosły średnio o 35 proc. w stosunku do roku poprzedniego. W całej Polsce jest już 650 firm zajmujących się cateringiem dietetycznym, znaczna część jest ulokowana w Warszawie<sup>34</sup>. Jest to dobra alternatywa dla wysoko przetworzonego jedzenia gotowego i fast foodów. Usługa taka ogranicza czas na przygotowywanie posiłków, przestaje też być usługą ekskluzywną, dostępną tylko dla zamożnych.

Usługi dietetyków w Polsce są głównie usługami prywatnymi. Na rynku usług medycznych jest to zawód nadwyżkowy; liczba osób poszukujących pracy w zawodzie z roku na rok się zwiększa, natomiast miejsc pracy nie przybywa. Ważnym aspektem jest nieodpowiednia regulacja prawna zawodu dietetyka, która naraża pacjentów na korzystanie z usług medycznych świadczonych przez osoby bez odpowiedniego wykształcenia i praktyki klinicznej<sup>35</sup>.



**od 49 do 100 proc.**

O tyle w różnych rejonach świata rosną koszty opieki zdrowotnej nad chorymi na otyłość III stopnia są większe w porównaniu z kosztami opieki nad osobami z prawidłową masą ciała<sup>30</sup>.



### Koszty otyłości

W Europie w 2017 r. otyłość kosztowała system zdrowia 11,4 proc. ogólnych wydatków. Coraz częstsze występowanie otyłości na świecie spowoduje dalszy wzrost kosztów, wpływając negatywnie na rozwój gospodarczy i stan krajowych budżetów<sup>31</sup>.





### Koszty w Polsce

W 2016 r. koszty związane z otyłością w Polsce wyniosły 3,4 mld dol.<sup>32</sup>

W 2018 r. segment barów szybkiej obsługi wyniósł prawie połowę rynku restauracyjnego w Polsce. Prognozy przedstawiają, że ich udział z czasem będzie się zwiększał. Ich mocna pozycja wynika m.in. z krótkiego czasu oczekiwania na posiłki i stosunkowo niskich cen. Wiele barów specjalizuje się w sprzedaży szybkich przekąsek, a nie pełnych posiłków, np. sieci fast-foodowe<sup>36</sup>.

### INWESTYCJE W INFRASTRUKTURĘ MIEJSKĄ

Samorządy lokalne często decydują się na inwestycje w sportowe obiekty użytku publicznego, takie jak skateparki, boiska i siłownie plenerowe, ścieżki rowerowe. Takie przedsięwzięcia ułatwiają mieszkańcom uprawianie sportu i rekreację, które mogą skutecznie zapobiegać otyłości.

### ROLA POZ

Podstawowa opieka zdrowotna – POZ – jest kluczowym ogniwem opieki zdrowotnej w Polsce. Lekarz rodzinny, który ma najczęstszy kontakt z pacjentami, może odgrywać ważną rolę w promocji zdrowia w lokalnej społeczności, zwłaszcza wtedy, gdy utrzymuje z nią wieloletnie kontakty. Długotrwałe relacje pozwalają obserwować zmiany w stanie zdrowia pacjentów, a więc również rozwój nadwagi i otyłości.

**Wiele osób w wyniku mechanizmu wyparcia nie dostrzega wzrostu masy swojego ciała i dlatego to lekarze rodzinni są szczególnie potrzebni w diagnozowaniu nadwagi i otyłości, uświadamianiu potencjalnych powikłań i zachęcaniu pacjentów do leczenia i dbania o swoją formę.**

# 35 proc.

**Na początku roku 2020 zamówienia na posiłki cateringu dietetycznego wzrosły średnio o 35 proc. w stosunku do roku poprzedniego.**

To właśnie oni najczęściej rozpoznają powszechnie powikłania otyłości (takie jak: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze czy choroby układu sercowo-naczyniowego), a następnie prowadzą ich leczenie samodzielnie lub we współpracy z innymi specjalistami.

**Leczenie powikłań otyłości nie przynosi oczekiwanych rezultatów bez leczenia samej otyłości.**

Leczenie samej otyłości jest trudne nie tylko w podstawowej, lecz także w specjalistycznej opiece zdrowotnej. Wynika to z wielu powodów – złożoności przyczyn rozwoju nadwagi i otyłości, zbyt małej ilości czasu lekarza dla pacjenta, braku odpowiedniej edukacji lekarza na gruncie komunikacji z pacjentem, braku wsparcia przez innych członków zespołu terapeutycznego (dietetyk, bariatra, fizjoterapeuta, psycholog) czy obecnego również w środowisku medycznym bagatelizowania otyłości jako choroby wymagającej leczenia. Niemniej systemowe ograniczenia nie zwalniają lekarza POZ z obowiązku edukowania pacjenta o wpływie otyłości na stan zdrowia oraz sposobach kontrolowania masy ciała.

W przypadku braku efektów lekarz rodzinny powinien zaproponować dalsze sposoby leczenia lub skierować chorego do specjalisty doświadczonego w leczeniu otyłości<sup>37</sup>.

### DOSTĘP DO LEKARZY PIERWSZEGO KONTAKTU

W Polsce pracuje ok. 10 850 lekarzy medycyny rodzinnej. Rekomendowana przez konsultantów krajowych liczba lekarzy na 100 tys. ludności wynosi 44,3.



### 3,3% PKB

Badanie przeprowadzone w krajach OECD wykazało, że otyłość pochłania ok. 3,3 proc. światowego PKB. Strata ta waha się od 1,6 proc. w Japonii do 5,3 proc. w Meksyku<sup>33</sup>.

W rzeczywistości jest ich jedynie 28,3 na 100 tys. ludności. Przy ogólnym niedoborze są jednak rejony Polski, które mają nawet większą niż rekomendowana liczbę specjalistów<sup>38</sup>. Świadczy to o problemach w rozmieszczeniu lekarzy. Takie nierówności pogarszają jakość usług i wydłużają czas oczekiwania na wizytę u lekarzy w regionach, gdzie pracuje ich niewiele.

**28,3**  
na 100 tys.

**obywateli to liczba lekarzy  
rodziny w Polsce.  
Rekomendowana liczba  
to 44,3 na 100 tys. osób.**

<sup>24</sup> Zaporowska-Stachowiak, I., & Hoffmann, K. (2019). Otyłość – choroba kosztowna. *Hygeia Public Health*, 54(2), 89  
<sup>25</sup> PWC

<sup>22</sup> I. Zaporowska-Stachowiak, K. Hoffmann, „Otyłość – choroba kosztowna”, *Hygeia Public Health* 2019, t. 54, nr 2, s. 89.

<sup>23</sup> PWC Australia, „Weighing the Cost of Obesity. A Case for Action”, October 2015, s. 122, <https://www.pwc.com.au/publications/healthcare-obesity.html>.

<sup>24</sup> I. Zaporowska-Stachowiak, K. Hoffmann, dz. cyt., s. 88–91.

<sup>25</sup> <https://pulsmedycyny.pl/konferencja-polityka-lekowa-jak-zatrzymac-epidemie-otylosci-1102620> [dostęp: 4.03.2021].

<sup>26</sup> World Obesity Federation, „World Obesity. Obesity: Missing the 2025 Global Targets”, March 2020, s. 33.

<sup>27</sup> W. Su i in., „Modeling the Clinical and Economic Implications of Obesity Using Microsimulation”, *Journal of Medical Economics* 2015, t. 18, nr 11, s. 886–897.

<sup>28</sup> C.M. Teuner i in., „Impact of BMI and BMI Change on Future Drug Expenditures in Adults: Results from the MONICA/KORA Cohort Study”, *BMC Health Services Research* 2013, nr 13, s. 424.

<sup>29</sup> J. Cawley i in., „Savings in Medical Expenditures Associated with Reductions in Body Mass Index among US Adults with Obesity, by Diabetes Status”, *Pharmacoeconomics* 2015, t. 33, nr 7, s. 707–722.

<sup>30</sup> E. Tomiak i in., „Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego”, *Medycyna Praktyczna* 2017, nr 5.

<sup>31</sup> World Obesity Federation, dz. cyt.

<sup>32</sup> Tamże, s. 179.

<sup>33</sup> OECD, 2019.

<sup>34</sup> <https://mojafirma.infor.pl/biznes/finanse/5176216,Jak-rosnie-rynek-cateringow-dietetycznych.html> [dostęp: 5.03.2021].

<sup>35</sup> M. Walczak, G. Krasowska-Walczak, „Dietetyk na rynku usług medycznych w Polsce i wybranych krajach”, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2015, t. 13, nr 2, s. 204–215, <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.15.021.4324>.

<sup>36</sup> <https://retailmarketexperts.com/aktualnosci/bary-szybkiej-obslugi-najwiekszym-segmentem-ryнку-restauracyjnego-w-polsce/> [dostęp: 5.03.2021].

<sup>37</sup> E. Tomiak i in., dz. cyt.

<sup>38</sup> Opracowanie DAiS na podstawie danych: CRL, NFZ, Ministerstwa Zdrowia.



# PROGRAMY ZAPOBIEGANIA OTYŁOŚCI

## 5.1. MODELOWE LECZENIE OTYŁOŚCI

Najczęściej pierwszą zdiagnozowaną przez lekarza chorobą jest jedno z powikłań otyłości – cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, choroby układu krążenia, bezdech senny, stłuszczenie wątroby czy choroby stawów. Dla zadowalającego efektu terapeutycznego istotne jest, aby leczyć przyczynę, czyli pierwotną chorobę, jaką jest otyłość, a nie jedynie jej konsekwencje zdrowotne. Dlatego tak ważną kwestią jest rozpoznanie otyłości jako choroby pierwotnej i wykonywanie badań przesiewowych, w których na podstawie współczynnika BMI podejmowane są decyzje co do dalszych kroków. Lekarz rodzinny w dokumentacji medycznej powinien notować masę ciała pacjenta, wzrost oraz obwód talii i brać pod uwagę, w przypadkach otyłości, zwłaszcza brzusznej, ryzyko powikłań związanych z nadmiarem masy ciała – m.in. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, dyslipidemii, choroby wieńcowej, zaburzeń oddychania.

**Terapia osób z nadmiarem masy ciała powinna być ustrukturyzowana i wielopłaszczyznowa, obejmująca zmianę sposobu odżywiania i aktywność fizyczną, farmakoterapię, a jednocześnie dopasowana do indywidualnej sytuacji i możliwości pacjenta.**

Na leczenie otyłości składają się:

- odpowiedni sposób odżywiania,
- aktywność fizyczna,
- zmiana zachowań (terapia behawioralna),
- farmakoterapia,
- leczenie chirurgiczne.

### DIETOTERAPIA

**Modyfikacja sposobu odżywiania jest głównym elementem każdego postę-**

**powania mającego na celu zmniejszenie wagi.**

Zaczyna się od ustalenia realnego celu terapeutycznego (zmniejszenie masy ciała pacjenta o 10 proc. w ciągu 3-6 miesięcy). Jeżeli nie zostanie osiągnięty, wskazana jest dalsza redukcja masy ciała.

**Najważniejsza jest edukacja pacjenta w zakresie prawidłowego sposobu odżywiania. Ważne, aby dieta redukcyjna była zrównoważona pod względem zawartości składników odżywczych.**

Choć w zaleceniach polskiej grupy ekspertów ds. otyłości edukacja jest przypisana lekarzom, to najbardziej kompetentnym specjalistą w tym zakresie jest dietetyk kliniczny.

### AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

**Aktywność fizyczną osób z otyłością należy postrzegać jako formę terapii, a nie rekreację. W profilaktyce wysiłek fizyczny powinien trwać 30-60 minut dziennie. W leczeniu zwiększa się do 60-90 minut.**

U osób z ekstremalnie wysokim BMI (powyżej 40) oraz w przypadku niewyrównanej niewydolności krążenia i niestabilnej choroby wieńcowej aktywność fizyczna może być niewskazana lub przeciwwskazana. Dlatego terapia otyłości musi odbywać się pod kontrolą lekarza.

### TERAPIA BEHAVIORALNA

Jej celem jest zmiana zachowań żywieniowych pacjenta. Chodzi m.in. o jedzenie nieregularne i pospieszne, w czasie największego głodu, podczas oglądania telewizji, podjadanie

między posiłkami, „zajadanie” trudnych emocji (stresu, złości, smutku), wybór nieodpowiednich produktów.

Chorobą współistniejącą w otyłości jest depresja, dlatego pacjentów z otyłością należy kierować na badania przesiewowe w kierunku depresji. Wskazaniem do psychoterapii jest nie tylko depresja, lecz także niska samoocena, jedzenie w sytuacjach stresowych, podejrzenie zespołu jedzenia nocnego, kompulsywnego lub natógowego.

## FARMAKOTERAPIA

**Farmakoterapia – trzeba o tym bezwzględnie pamiętać – jest częścią leczenia otyłości. Nie zastąpi zmian sposobu odżywiania i aktywności fizycznej, skutecznie jednak uzupełni te dwie metody.**

Zażywanie leków ułatwia stosowanie się do zaleceń żywieniowych, poprawia

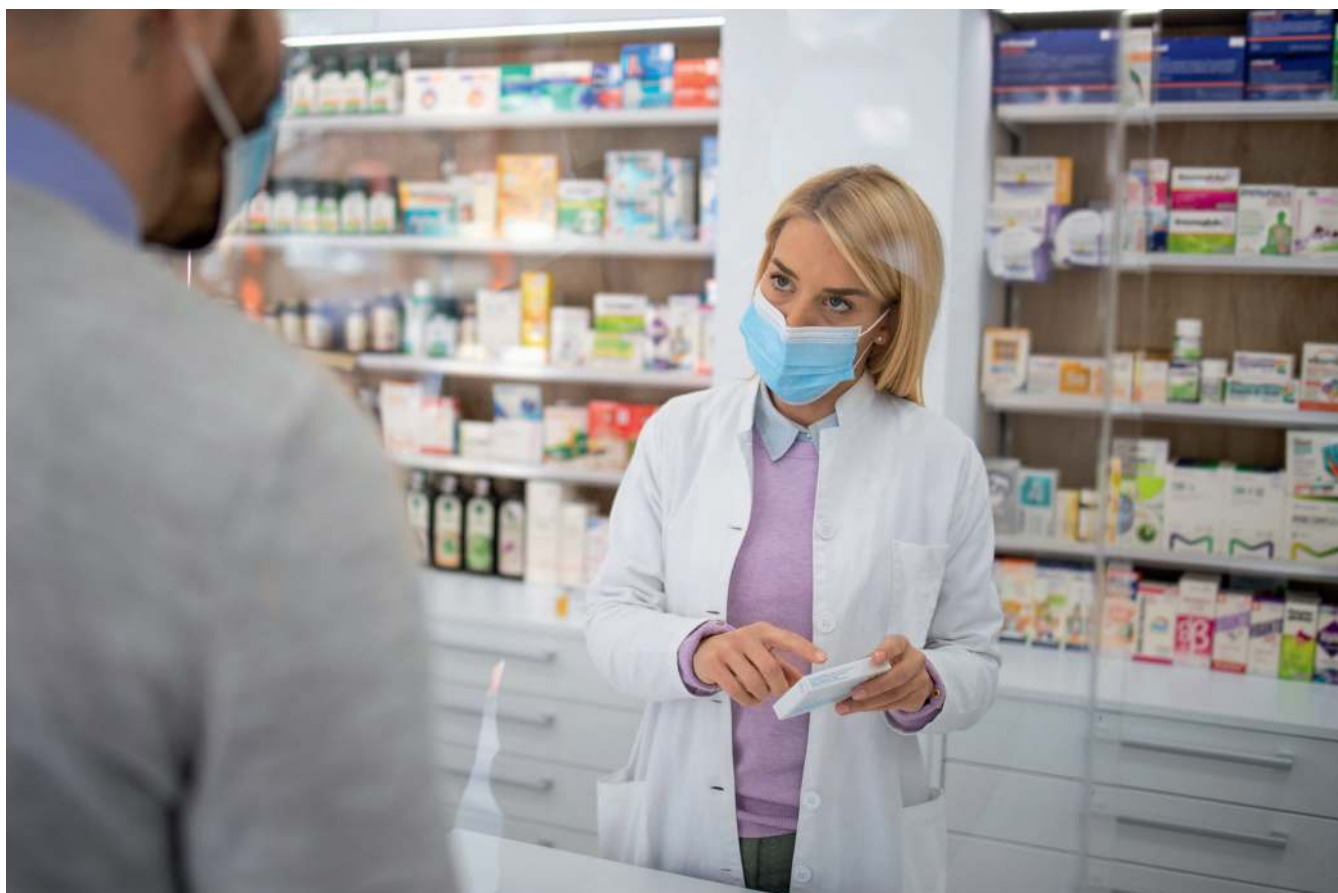
jakość życia oraz zmniejsza ryzyko i zaawansowanie powikłań otyłości.

**Ponieważ otyłość jest chorobą przewlekłą, leczenie farmakologiczne przez okres krótszy niż 6 miesięcy jest niezalecane, ze względu na niesatysfakcjonujące długoterminowe korzyści.**

Leki wspierające terapię otyłości powinny być stosowane tak długo, jak długo są skuteczne i tolerowane przez pacjenta. Aby odpowiednio działały, muszą być dobrane do chorego<sup>39</sup>.

Farmakoterapię otyłości stosuje się w przypadku:

- wystąpienia przynajmniej jednej choroby będącej powikłaniem otyłości i otyłości, jeśli zmiany w sposobie odżywiania i zwiększenie aktywności fizycznej nie przyniosły oczekiwanych rezultatów,
- osób, które schudły za pomocą metod niefarmakologicznych, w celu utrzymania efektu,



■ nieuzyskania oczekiwanego efektu lub ponownego przyrostu masy ciała po operacjach bariatrycznych.

Na polskim rynku dostępne są 3 leki wspomagające proces redukcji masy ciała (wymienione w kolejności pojawiania się na rynku):

- orlistat,
- lek złożony z chlorowodorku naltreksonu i chlorowodorku bupropionu,
- liraglutyd.

Jeden z dostępnych na rynku leków ma w swoim składzie dwa związki czynne – bupropion i naltrekson. Oba są stosowane od lat w leczeniu różnych chorób (bupropion – w leczeniu depresji i uzależnienia od nikotyny, naltrekson – w leczeniu uzależnienia od alkoholu).

**W terapii otyłości bupropion stymuluje poczucie sytości, natomiast naltrekson odpowiada za wydłużenie tego efektu. Ich połączenie ma szczególne właściwości – związki te działają na siebie synergistycznie (hiperaddytywnie).**

Oznacza to, że efekt działania obu naraz jest znacznie silniejszy niż suma efektów każdego z osobna. Ma to ogromne przełożenie praktyczne – dzięki temu dla uzyskania oczekiwanego efektu można stosować mniejsze dawki leku, z tego powodu odnotowuje się także mniej działań niepożądanych. Lek ten stosuje się razem z dietą niskokaloryczną i zwiększoną aktywnością fizyczną u osób z otyłością lub nadwagą, jeżeli występują powikłania nadmiaru masy ciała.

Związek aktywny orlistat, będący składnikiem, niektórych preparatów, działa miejscowo, w przewodzie pokarmowym

**Orlistat wskazany jest u pacjentów preferujących tłuste potrawy. Ogranicza**

**on trawienie i wchłanianie tłuszczów w jelicie o ok. 30 proc.**

Podobnie jak poprzedni lek stosuje się go w połączeniu z dietą i aktywnością fizyczną u osób z otyłością lub nadwagą, jeżeli występują powikłania nadmiaru masy ciała<sup>40</sup>.

W Polsce liraglutyd stosowany jest w leczeniu cukrzycy (jako preparat *Victoza* – liraglutyd 1,8 mg) oraz wspomagająco w redukcji masy ciała u osób z otyłością lub z nadwagą i chorobami współistniejącymi (preparat *Saxenda* – liraglutyd 3 mg). Jest to związek podobny do hormonów wytwarzanych naturalnie w przewodzie pokarmowym. Liraglutyd podobnie jak naturalny hormon glukagonopodobny peptyd-1 uczestniczy w regulacji zasobów energetycznych organizmu: aktywując wyrzut insuliny po posiłku, stymuluje tworzenie zapasów energetycznych, jednocześnie uruchamia szereg mechanizmów ograniczających dalsze przyjmowanie pokarmów. Do tych mechanizmów zalicza się: wydłużenie czasu przebywania pokarmu w żołądku, co daje uczucie pełności, oraz wpływ na wiele obszarów ośrodkowego układu nerwowego, dzięki czemu nasila uczucie sytości, ogranicza głód i chęć podjadania. Liraglutyd obniża poziom glukozy we krwi, zapobiegając rozwojowi cukrzycy, a także zmniejsza ryzyko rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych.

**Liraglutyd jest szczególnie polecany osobom chorującym na otyłość, u których stwierdza się zaburzenia metaboliczne lub powikłania otyłości.**

Wykazano również jego skuteczność u pacjentów poddanych operacjom bariatrycznym, u których nie uzyskano oczekiwanej redukcji masy ciała lub doszło do ponownego jej wzrostu<sup>41</sup>.

Preparaty zawierające błonnik rozpuszczalny i nierozpuszczalny mogą

zwiększyć skuteczność leczenia dietą i aktywnością fizyczną.

**Należy jednak pamiętać, że inne preparaty, takie jak zioła, suplementy czy homeopatia nie mają udowodnionej naukowo skuteczności w leczeniu otyłości.**

### LECZENIE CHIRURGICZNE

Wskazaniami do operacyjnego leczenia otyłości są przede wszystkim odpowiedni wiek (18-60 lat) i znaczny nadmiar masy ciała – BMI powyżej 40 lub powyżej 35 przy współistnieniu po-

wiktań otyłości. Ten rodzaj leczenia wymaga wyspecjalizowanych ośrodków z wykwalifikowanymi specjalistami:

- lekarza przeszkolonego w zakresie leczenia otyłości,
- chirurga wyspecjalizowanego w bariatrii,
- anestezjologa,
- psychologa lub psychiatry,
- dietetyka,
- pielęgniarki i pracownika socjalnego.

W leczeniu otyłości metodami chirurgicznymi potrzebne jest zaangażowanie całego zespołu specjalistów, ale także chorego i jego rodziny.

**Operacja bariatryczna nie jest rozwiązaniem końcowym – po niej następuje dalsze długotrwałe leczenie otyłości.**

Z tego względu zaleca się, aby przed podjęciem decyzji o leczeniu chirurgicznym rozważyć korzyści płynące z farmakoterapii – zamiast operacji lub w czasie przygotowania do niej.

### PROBLEMATYKA SKUTECZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI

Zarówno pacjenci, jak i personel medyczny często nie widzą potrzeby leczenia otyłości. Jest to pierwsza i najpoważniejsza przyczyna niskiej skuteczności mierzenia się z otyłością. Problemem jest także ograniczona dostępność lekarzy rodzinnych i specjalistów. System opieki zdrowotnej nie zapewnia wsparcia zespołu terapeutycznego wykwalifikowanego w leczeniu otyłości (przede wszystkim dietetyka, psychologa czy fizjoterapeuty), dlatego tym większe znaczenie ma praca lekarzy rodzinnych, którzy jednak nie zawsze są w stanie zastąpić specjalistyczne ośrodki leczenia otyłości<sup>42</sup>. W Polsce jest ich niewiele, bo tylko 27 (województwo śląskie – 7, małopolskie i mazowieckie – po 6, dolnośląskie – 3, kujawsko-pomorskie, łódzkie, opolskie, podkarpackie, świętokrzyskie – po 1)<sup>43</sup>.



## 5.2. PRZYKŁADY KRAJOWYCH PROGRAMÓW ZAPOBIEGANIA OTYŁOŚCI I JEJ LECZENIA

**Zdecydowana większość programów profilaktyki i leczenia otyłości w Polsce ma charakter prewencji pierwotnej, która polega na zapobieganiu. Mimo że dotarli do dużej liczby osób, statystyki wskazują na rosnący problem nadwagi i otyłości wśród Polaków – zarówno dorosłych, jak i dzieci i młodzieży.**

Według prognoz największego w Polsce reprezentatywnego badania epidemiologicznego WOBASZ II do 2035 r. częstość zachorowań na otyłość zwiększy się do 33 proc. Wzrosnie także liczba osób chorych na cukrzycę typu 2 i nadciśnienie tętnicze, które są najczęstszymi powikłaniami otyłości.

Strategie z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób są strategiami najważniejszymi.

Skuteczności takich programów nie odzwierciedlają statystyki epidemiologiczne, programy takie nie są też wystarczające. Ich efekty często widoczne są dopiero po kilku latach, a skala problemu wymaga natychmiastowych działań. Dobrym rozwiązaniem wydaje się zatem skierowanie części środków na programy prewencyjne, na programy o charakterze profilaktyki trzeciego rzędu, tj. leczenie otyłości i związanych z nią powikłań.

Przegląd programów zapobiegania otyłości i jej leczenia prowadzi do wniosku, że ich słabością jest brak prezentacji opinii publicznej wniosków z ich oceny oraz sprawozdań, w tym finansowych. Większa przejrzystość pomogłaby tworzyć nowe, skuteczniejsze projekty.

**Ze względu na złożoność zagadnienia zapobiegania otyłości i jej leczenia konieczne są działania wieloaspektowe, oparte na dowodach naukowych.**

Programy zagraniczne realizowane są we współpracy wielosektorowej ministerstw i departamentów, co zwiększa efektywność na różnych poziomach. To dobry kierunek w walce z problemem o tak skomplikowanej etiologii.

### NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 2021-2025

**Narodowy Program Zdrowia (NPZ) jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego i podstawą do działań w tym zakresie. Nadrzędne cele NPZ to: wydłużenie życia Polaków, poprawa jakości ich życia, ograniczanie nierówności w zdrowiu<sup>44</sup>.**

Cele operacyjne i zadania określone w NPZ muszą wspólnie przyczyniać się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, a także powinny być realizowane w sposób powiązany, przeciwdziałający więcej niż jednemu zagrożeniu jednocześnie, w szczególności w obszarach, w których istnieją naukowe dowody zależności między zagrożeniami lub czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi<sup>45</sup>.

Opublikowany projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 przedstawia cele operacyjne, do których należą:

- profilaktyka nadwagi i otyłości,
- profilaktyka uzależnień,
- promocja zdrowia psychicznego,
- zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne,
- zdrowe i aktywne starzenie się.

Wysokość finansowania wszystkich celów operacyjnych wynosi rocznie nie więcej niż 140 mln zł, w tym profilaktyki nadwagi i otyłości – nie więcej niż 40 mln zł. Pozostałe cele mają mieć niższe finansowanie (30 mln zł lub mniej).



**Profilaktyka nadwagi i otyłości jest pierwszym i najwyżej finansowanym celem operacyjnym rządowego NPZ na lata 2021-2025.**

Cel miałby być realizowany za pomocą 13 zadań różnych podmiotów państwowych. Wśród nich znajdziemy rozwiązania zarówno interwencyjne, jak i prewencyjne.

W NPZ na lata 2016-2020 celem numer jeden była „Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz ak-

**TABELA 2**

**Działania w ramach profilaktyki nadmiaru masy ciała**

Prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej
Wprowadzenie przedmiotu lekcja o zdrowiu do podstawy programowej nauczania
Dofinansowanie szkolnych klubów sportowych i promocja aktywności fizycznej dzieci i młodzieży
Działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych
Promowanie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród służb mundurowych
Prace nad systemem przyjaznego etykietowania żywności
Szkolenia w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla grup zawodowych zaangażowanych w działania na rzecz walki z nadwagą i otyłością (pracodawcy, przemysł spożywczy, menedżerowie zdrowia, zawody medyczne, nauczyciele)
Badanie preferencji konsumentów dotyczących wyborów żywieniowych, w tym przegląd składu i wartości odżywczej wybranych produktów dostępnych na rynku
Realizacja prozdrowotnej polityki fiskalnej sprzyjającej walce z nadwagą i otyłością
Prowadzenie eBazy izomerów trans kwasów tłuszczowych oraz jej aktualizacja na podstawie badań zawartości tych związków w żywności
Aktualizacja norm żywienia populacji
Określenie norm żywienia w szpitalach
Badanie sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiego społeczeństwa

Źródło: Projekt Narodowego Programu Zdrowia 2021-2025

tywności fizycznej społeczeństwa”. Za uważamy zatem kontynuację działań podejmowanych w kierunku ograniczenia rozprzestrzeniania się otyłości, która od kilku ostatnich lat pozostaje jednym z priorytetów. Nacisk jest położony głównie na profilaktykę, a nie na leczenie otyłości samej w sobie, co wymaga przemyślenia. Warto byłoby podjąć również określone działania w tym kierunku.

**Wskaźniki monitorowania celów operacyjnych**

Dotychczas zaproponowano dwa wskaźniki do monitorowania celu operacyjnego profilaktyki nadwagi i otyłości. Pierwszy z nich leży w kompetencjach ministra właściwego do spraw kultury fizycznej i bada odsetek osób spełniających wymogi WHO dotyczące wymiaru prozdrowotnej aktywności fizycznej. Drugim wskaźnikiem ma być analiza spożycia warzyw prowadzona przez Główny Urząd Statystyczny.

W poprzednim NPZ (2016-2020) zakres analiz był szerszy, ale szerszy był też cel operacyjny. Badano wtedy m.in. zapadalność na cukrzycę, wskaźnik masy ciała, ciśnienie, odsetek osób podejmujących aktywność fizyczną czy też odsetek szkół mających dostęp do boiska lub urządzeń sportowych. Wspólnym czynnikiem analizowanym w obu programach jest spożycie warzyw. Co ciekawe, w latach 2016-2019 ilość zjadanych warzyw systematycznie się zmniejszała<sup>46</sup>.

Wyniki ewaluacji NPZ za okres 2016-2020 są już dostępne. Pokazują one, że jednym z większych problemów jest brak ciągłości danych, który utrudnia analizę i wnioskowanie<sup>47</sup>.

NPZ 2016-2020 w obrębie pierwszego celu koncentrował się w dużej mierze na działaniach informacyjnych, edukacyjnych i szkoleniowych. Beneficjentami byli pracodawcy, przedstawiciele administracji rządowej i przemysłu spożywczego oraz zwykli obywatele. O ile takie akcje są niezbędne, aby doprowadzić do poprawy sytuacji w Polsce, o tyle ich

efekty nie są od razu widoczne, a zmiany w społeczeństwie następują powoli.

NPZ z poprzedniego okresu objął także analizy składu żywności oraz stylu życia i odżywiania dzieci<sup>48</sup>. Efekty realizacji tych zadań nie ukazują jednoznacznej poprawy sytuacji, może to być spowodowane złożonością badanych problemów.

Trzeba mieć nadzieję, że do momentu publikacji ostatecznej wersji NPZ 2021-2025 zostanie on rozszerzony o dodatkowe wskaźniki ewaluacyjne, których analiza pozwoli na optymalizację przyszłych projektów.

## OPLATA CUKROWA

Od 1 stycznia 2021 r. w Polsce obowiązuje tzw. opłata cukrowa. Oficjalnie jest to danina, opłata od środków spożywczych, wpłacana na konto urzędu skarbowego.

**Wprowadzenie jej ma na celu zachęcenie producentów do zmniejszania ilości substancji słodzących, a konsumentów do wyboru zdrowszych produktów<sup>49</sup>.**

Opłata cukrowa jest nakładana na napoje, które zawierają w swoim składzie:

- cukry (monosacharydy, disacharydy środków spożywczych zawierających te substancje),
- substancje słodzące, o których mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1333/2008 (np. ksylitol, sorbitol, aspartam) oraz kofeinę lub taurynę.

Z opłaty wykluczono niektóre napoje, np. suplementy diety, żywność specjalnego przeznaczenia medycznego oraz napoje zawierające ponad 20 proc. soku owocowego lub warzywnego.

Obowiązek uiszczenia opłaty ciąży na podmiocie, który: sprzedaje, produkuje lub zamawia napoje objęte opłatą. W praktyce konsekwencją wprowadzenia tej opłaty są wyższe ceny napojów słodzonych, więc opłatę ponosi de fac-



to konsument. Może to prowadzić do zmniejszenia konsumpcji tych napojów (ze względu na wyższą cenę). Konsumenti mogą też zrezygnować z zakupu innych produktów na rzecz droższego napoju. Istotna jest w tej sytuacji równoczesna edukacja społeczeństwa w kwestii świadomego podejmowania wyborów.

Część producentów w obliczu nowej daniny zdecydowała się na zmianę składów swoich produktów (redukcję ilości cukru lub zwiększając udział soku owocowego), aby uniknąć dodatkowej opłaty.

**Środki z podatku cukrowego mają w 96,5 proc. zostać przekazane na fundusz zapasowy Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym głównie na profilaktykę chorób związanych z otyłością, a także na uruchomienie programu opieki nad osobami, w tym szczególnie dziećmi, dotkniętymi nadwagą i otyłością. Ze zgromadzonych środków finansowany ma być program leczenia otyłości KOS-BAR.**

Opłata ma wynosić maksymalnie 1,20 zł za litr, co stawia Polskę w ścisłej europejskiej czołówce – wyższy podatek obowiązuje tylko w Wielkiej Brytanii i Irlandii, które życzą sobie za litr odpowiednio 1,49 zł i 1,35 zł. Finlandia, Norwegia i Węgry mają go na poziomie ok. 1 zł za litr, Portugalia – 72 gr, Katalonia – 54 gr, a Francja i Belgia po ok. 30 gr.

Jakie będą efekty wprowadzenia podatku cukrowego w Polsce? Jest za wcześnie na takie rozważania. Dane na temat jego efektywności w krajach, które wprowadziły go wcześniej (m.in. Wielka Brytania, Irlandia, Finlandia, Norwegia, Węgry, Łotwa, Portugalia, Francja i Belgia), nie są jednoznaczne. W niektórych państwach trend wzrostu otyłości po wprowadzeniu podatku wciąż rósł, w innych utrzymywał się na podobnym poziomie lub delikatnie wyhamował.

**Zarówno przyczyny otyłości, jak i jej leczenie, są wielowymiarowe i trudno analizować wpływ jedynie opłaty za słodzone napoje. Warto podkreślić, że w największych gospodarkach świata (USA, Chiny, Japonia i Niemcy) podobnej opłaty nie znajdziemy<sup>50</sup>.**

## JEDZENIE W SKLEPIKACH SZKOLNYCH

Od 1 września 2016 r. obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia „w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach”.

# 1,20 zł/litr

**napoju to maksymalna opłata w ramach podatku cukrowego w Polsce. Wyższe opłaty występują jedynie w Wielkiej Brytanii i Irlandii.**

Rozporządzenie dokładnie określa, które grupy produktów spożywczych mogą być sprzedawane w jednostkach systemu oświaty. Ze sklepików szkolnych zniknęły niezdrowe przekąski i słodczyce, zamiast nich pojawiły się zdrowsze alternatywy, takie jak suszone owoce, orzechy czy produkty mleczne.

Dzieci i młodzież są szczególnie narażone i podatne na kształtowanie się nieodpowiednich nawyków żywieniowych, dlatego tego rodzaju interwencje są jak najbardziej pożądane. Warto takie działania uzupełniać odpowiednią edukacją dzieci i rodziców, aby prawidłowe odżywianie funkcjonowało również poza murami szkoły.

Wcześniej – w 2015 r. – wprowadzono jeszcze bardziej restrykcyjne rozporządzenie eliminujące ze szkół między innymi drożdżówki, które stały się niejako symbolem „wojny z drożdżówkami”. Po serii kontrowersji i obserwacji, że dzieci nie chcą jedzenia oferowanego przez szkołę i sklepiki szkolne, tytułowe „drożdżówki” (i inne produkty, takie jak kanapki z białym pieczywem) powróciły do szkół na podstawie nowego rozporządzenia, ale ich skład czy forma wypiekania są wciąż monitorowane.

## PROGRAM „ZACHOWAJ RÓWNOWAGĘ” – ZAPOBIEGANIE NADWADZE I OTYŁOŚCI ORAZ CHOROBYM PRZEWLEKŁYM PRZEZ EDUKACJĘ SPOŁECZEŃSTWA W ZAKRESIE ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Program Instytutu Żywności i Żywności im. prof. dr. med. A. Szczygła miał ogólnopolski zasięg i realizowany był w latach 2011-2016. Głównymi adresatami

były grupy dotknięte dużym ryzykiem wystąpienia otyłości, a także producenci żywności. Celem projektu było zapobieganie nadwadze i otyłości oraz innym niezakaźnym chorobom przewlekłym przez promowanie zdrowego stylu życia i edukację społeczną na temat zasad żywienia i aktywności fizycznej. W poszczególnych grupach zrealizowano następujące działania:

■ **dzieci i młodzież** – edukacja na temat zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej oraz ewaluacja oddziaływań edukacyjnych na stan odżywienia, zachowania żywieniowe, poziom aktywności fizycznej i wiedzy w tej grupie – działaniami objęto 400 tys. dzieci i młodzieży z 1683 przedszkoli i szkół,

■ **kobiety ciężarne i karmiące** – wdrożenie zasad zbilansowanego żywienia oraz edukacja na temat prozdrowotnego znaczenia aktywności fizycznej – z programu skorzystało 12 tys. kobiet,

■ **osoby dorosłe ze szczególnym uwzględnieniem osób z nadwagą** – wdrażanie zasad zbilansowanego stylu

życia – interwencją objęto 2111 osób w ramach 12-tygodniowego programu utraty masy ciała; 14 tys. pacjentów skorzystało z programu porad dietetycznych,

■ **producenci żywności** – popularyzacja wiedzy na temat składu i wartości odżywczych, oznakowania żywności oraz świadczeń zdrowotnych i żywieniowych.

W ramach projektu powstało **Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej (NCEŻ)**. Dodatkowymi działaniami projektowymi były: akcja „Czytaj etykiety”, skierowana do konsumentów, uświadamiająca znaczenie racjonalnych wyborów żywności, oraz film edukacyjny z Pascalem Brodnickim „Zachowaj równowagę”, promujący aktywność fizyczną i zdrowe odżywianie.

Program „Zachowaj równowagę” przyniósł pozytywne rezultaty. Przeprowadzona po dwóch latach ocena skuteczności projektu wśród dzieci i młodzieży wykazała, że w tej grupie poprawiły się zachowania żywieniowe.



# 5,294 mln CHF

## całkowity budżet projektu współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy

Odsetek uczniów niejedzących śniadania przed wyjściem do szkoły zmniejszył się o 19 proc. Liczba uczniów spożywających codziennie słodkie zmniejszyła się o 14 proc., a pijących codziennie słodkie napoje o 20 proc. Poprawiły się także wskaźniki dotyczące aktywności fizycznej. Na podstawie powyższych wyników program certyfikacji szkół i przedszkoli „Szkola/przedszkole przyjazne żywieniu i aktywności fizycznej” można zakwalifikować jako skuteczne narzędzie do walki z problemem otyłości wśród dzieci i młodzieży.

Analiza efektywności 12-tygodniowych programów utraty masy ciała wykazała, że w 95 proc. przypadków udało się uzyskać zmniejszenie wagi (średnio o 5 kg). Organizatorzy projektu wskazują, iż jego skuteczność może wynikać z objęcia pacjentów kompleksową opieką zespołu terapeutycznego (lekarz, dietetyk, psycholog, rehabilitant). Dodatkowo placówki biorące udział w projekcie musiały spełniać warunki niezbędne do przeprowadzenia działań zakładanych przez program (m.in. laboratorium analityczne, pracownia testów wysiłkowych, sala ćwiczeń i basen).

Projekt był współfinansowany przez Szwajcarię w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy (SPPW) z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Całkowity

budżet projektu wyniósł 5,294 mln franków szwajcarskich, z dofinansowaniem strony szwajcarskiej w wysokości 4,5 mln franków (85 proc. kosztów) i z budżetu Ministerstwa Zdrowia (15 proc. środków).

Partnerami projektu były: Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Polskie Towarzystwo Dietetyki i Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

Na podstawie:

■ „Walka z otyłością – projekt Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dr. med. A. Szczygła”, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, strona internetowa programu szwajcarskiego: <https://www.programszwajcarski.gov.pl/strony/o-programie/projekty-1/nauka-zdrowie-i-pomoc-spoeczna/walka-z-otyloscia-projekt-instytutu-zywnosci-i-zywienia-im-prof-dr-med-a-szczygla/> [dostęp: 25.02.2021].

■ „Naukowcy opracowali skuteczną metodę walki z otyłością”, strona internetowa Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. Aleksandra Szczygła, <http://www.izz.waw.pl/strona-gowna/3-aktualnoci/aktualnoci/589-naukowcyopracowali-skuteczna-metode-walki-zotyloscia> [dostęp: 25.02.2021].

■ „Zachowaj Równowagę, projekt KIK/34, Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej”, <http://zcdn.edu.pl/wp-content/uploads/2016/12/zachowaj-rownowage.pdf> [dostęp: 25.02.2021].

■ „Edukacja najlepszą bronią przeciw epidemii otyłości – podsumowanie projektu Zachowaj Równowagę”, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, portal Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, <https://ncez.pl/dla-mediow/edukacja-najlepsza-bronia-przeciw-epidemii-otylosci-----podsumowanie-projektu-zachowaj-rownowage> [dostęp: 25.02.2021].



### Skuteczność programu

Analiza efektywności 12-tygodniowych programów utraty masy ciała wykazała, że w 95 proc. przypadków udało się uzyskać zmniejszenie wagi (średnio o 5 kg).

## **NARODOWY PROGRAM ZAPOBIEGANIA NADWADZE I OTYŁOŚCI ORAZ PRZEWLEKŁYM CHOROBYM NIEZAKAŻNYM PRZEZ POPRAWĘ ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ NA LATA 2007-2011 POL-HEALTH**

Program został zatwierdzony do realizacji przez Ministerstwo Zdrowia w latach 2007-2011, a jego zadaniem formalnym była realizacja celów dotyczących poprawy sposobu żywienia i poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa polskiego założonych przez Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Projekt miał zasięg ogólnopolski i był ogólnodostępny. Zakładał dotarcie do różnych grup społecznych, w tym grup zawodowo związanych z ochroną zdrowia oraz edukacją dzieci i młodzieży. Wśród jego głównych celów wyróżniono:

- zmniejszenie rozpowszechnienia nadwagi i otyłości przez wzrost aktywności fizycznej oraz modyfikację żywienia,
- redukcję zachorowalności i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych,
- ograniczenie wydatków z budżetu państwa związanych z leczeniem otyłości i jej powikłań oraz przewlekłych chorób niezakaźnych (m.in. cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia),
- zmniejszenie ekonomicznych konsekwencji niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności spowodowanej ww. chorobami.

Działania założone przez program miały charakter prewencji pierwotnej. Miały zwiększyć świadomość zdrowotną i poziom edukacji społecznej na temat wpływu żywienia i aktywności fizycznej na stan zdrowia. Poniżej podsumowanie ich rezultatów.

### **Publikacje:**

- opracowanie „Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia”,
- opracowanie „Obiady szkolne (z uwzględnieniem zasad Dobrej Prakty-

ki Higienicznej oraz systemu HACCP dla posiłków szkolnych)”,

- biuletyn informacyjny „Żywność, aktywność fizyczna a zdrowie Polaków” pod patronatem Ministra Zdrowia.

### **Organizacja:**

- jednodniowych ogólnokrajowych konferencji „Zwalczanie otyłości i innych przewlekłych chorób niezakaźnych – priorytet Komisji Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia” dla: przedstawicieli resortów, przedstawicieli jednostek samorządów terytorialnych, wojewódzkich centrów zdrowia publicznego oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przedstawicieli oświaty (dyrektorzy, nauczyciele, kuratorzy), przedstawicieli ochrony zdrowia,
- corocznych ogólnokrajowych konferencji podsumowujących efekty programu,
- ogólnokrajowej konferencji podsumowującej efekty programu po jego zakończeniu.

### **Działania na rzecz zmniejszenia spożycia soli:**

- opracowanie strategii zgodnie z wytycznymi Komisji Europejskiej, opracowywanie rocznych raportów dla Komisji Europejskiej,
- edukacja konsumentów, producentów żywności, pracowników ochrony zdrowia, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego i przedstawicieli mediów; rozszerzenie programu nauczania o edukację na temat negatywnego wpływu nadmiernego spożycia soli,
- dążenie do redukcji zawartości soli w żywności przygotowywanej przez placówki żywienia zbiorowego i ośrodki oświatowo-wychowawcze,
- rozszerzanie oferty poradnictwa dietetycznego w celu zmniejszenia zachorowalności na choroby przewlekłe spowodowane nadmiernym spożyciem soli.

### **Inne działania:**

- opracowanie strony internetowej o tematyce związanej z promocją zdro-

wego żywienia i aktywności fizycznej oraz opracowanie programów komputerowych umożliwiających obliczanie BMI i podstawowej przemiany materii oraz dobór diety,

■ opracowanie i wprowadzenie do szkół oraz domów dziecka programu promującego zdrowy styl życia, dystrybucja materiałów edukacyjnych i przeprowadzenie szkoleń na temat zasad prawidłowego żywienia,

■ opracowanie piramid prawidłowego żywienia dla czterech różnych grup wiekowych,

■ wprowadzenie zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w szpitalach i zakładach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej:

- opracowanie systemu oceny stanu odżywienia pacjentów,
- opracowanie zasad suplementacji witaminami i składnikami mineralnymi,
- ocena stanu odżywienia osób otyłych w warunkach klinicznych,

– szkolenia na temat zasad prawidłowego żywienia i poradnictwa dietetycznego w placówkach ochrony zdrowia,

■ przeprowadzenie monitoringu w zakresie:

- zawartości soli w żywności,
- zależności między występowaniem chorób przewlekłych a spożyciem soli,
- modyfikacji nieprawidłowych nawyków żywieniowych,

– poziomu edukacji społecznej na temat wpływu sposobu żywienia i aktywności fizycznej na stan zdrowia,

– stanu odżywienia i sposobu żywienia społeczeństwa w Polsce,

■ upowszechnianie zasad prawidłowego żywienia i zaleceń dotyczących aktywności fizycznej wśród społeczeństwa przez:

– przeprowadzenie warsztatów dla osób z nadwagą i otyłością,

– przygotowanie zgodnych z aktualnymi wytycznymi programów zajęć poprawiających poziom aktywności fizycznej osób z nadwagą i otyłością,



– organizowanie konferencji prasowych upowszechniających informacje z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości.

Na podstawie:

■ *Departament Polityki Zdrowotnej, „Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011 POL-HEALTH”, Warszawa 2007, nowelizacja 2009 r. [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/otylosc\\_06012010.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/otylosc_06012010.pdf) [dostęp: 25.02.2021].*

## SYSTEMY ZNAKOWANIA WARTOŚCIĄ ODŻYWCZĄ

**Badania polskich konsumentów pozwalają stwierdzić, że największą grupę stanowią osoby, które czytają etykiety podczas kupowania produktów spożywczych. Tylko niewielka część zwraca jednak uwagę na tabele wartości odżywczej; być może jest ona trudna do zinterpretowania.**

Dlatego wprowadzane są dobrowolne rozwiązania znakowania żywności na froncie opakowań, które w jasny i intuicyjny sposób pozwalają wybierać zdrowe produkty. Sposób ten jest znacznie bardziej czytelny dla konsumentów, nie wymaga zapoznawania się z tabelami wartości odżywczych, znacznie przyspiesza zakupy.

Istnieje wiele systemów znakowania produktów na przodzie opakowania (ang. *front-of pack nutrition labelling*). Poniżej prezentacja niektórych.

Dobrowolny Program Znakowania Wartością Odżywczą informuje konsumenta, ile energii zawiera jedna porcja danego produktu, a także jaką część dziennego zapotrzebowania na energię pokrywa.

System „drogowej sygnalizacji świetlnej” funkcjonuje na podobnej zasadzie. Odnosi się jednak nie tylko do wartości energetycznej, lecz także do zawartości tłuszczu, tłuszczów nasyconych, cukru i soli. Każdy składnik odżywczy, którego ilość jest zbyt wysoka zaznaczony jest na pomarańczowo lub czerwono,

**TABELA 3**

### Systemy znakowania produktów na przodzie opakowania

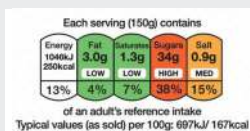
#### Nazwa systemu

#### Przykładowe oznaczenie

Dobrowolny Program Znakowania Wartością Odżywczą RWS



System „drogowej sygnalizacji świetlnej” („Traffic-light food labelling”)



Bateria NutriInform („NutriInform Battery”)



System „Nutri-Score”



Źródła: <https://www.pfpz.pl/index/?id=2a93f39020f6d31d33f81a191b048cb1>,  
<https://www.nutrition.org.uk/healthyliving/helpingyoueatwell/324-labels.html?start=3>,  
<https://ncez.pl/informacje-dla-producentow-zywnosci/informacje-ogolne/systemy-znakowania-wartoscia-odzywcza-na-przodzie-opakowania->



natomiast te o akceptowalnej ilości mają kolor zielony. Dzięki temu bez analizowania poszczególnych wartości konsumenci intuicyjnie mogą wybrać najkorzystniejszy dla nich produkt.

Niemal na identycznej zasadzie działa system baterii NutrInform. W tym jednak przypadku zamiast oznaczeń w kolorach świateł drogowych pojawia się rysunek baterii – w zbilansowanej diecie suma wartości wszystkich produktów zjedzonych danego dnia nie powinna przekroczyć 100 proc.

Na zupełnie innej zasadzie działa system Nutri-Score. Uwzględniając zawartość korzystnych składników odżywczych (takich jak warzywa, owoce, błonnik czy białka) oraz negatywnych (wysoka wartość energetyczna, znaczne ilości tłuszczów nasyconych, cukrów czy soli), przyporządkowuje produkty do grup – od najkorzystniejszej A, w kolorze ciemnozielonym, aż do niewskazanej E, przyjmującej kolor czerwony.

Obecnie w Unii Europejskiej trwają rozmowy na temat wypracowania wspólnego, jednolitego rozwiązania w tym obszarze<sup>51</sup>.

### **PROGRAM KOS-BAR – MODEL KOMPLEKSOWEJ OPIEKI NAD PACJENTEM CHORYM NA OTYŁOŚĆ OLBRZYMIĄ LECZONĄ CHIRURGICZNIE**

**Program KOS-BAR jest nowym modelem organizacyjnym leczenia chorych z otyłością olbrzymią, obejmującym finansowanie przez płatnika publicznego wszystkich elementów składowych kompleksowej opieki nad pacjentem.**

Opracowany został przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego we współpracy z ekspertami klinicznymi. Program przedstawia projekt finansowania świadczeń na podstawie uzyskiwanych wyników zdrowotnych oraz propozycję stworzenia Krajowego

Rejestru Operacji Bariatrycznych. Celem programu KOS-BAR jest zwiększenie dostępności skutecznych metod leczenia dla pacjentów dotkniętych problemem otyłości olbrzymiej. W szczególności podkreśla się w nim znaczenie dostępu do zabiegów chirurgicznych, rehabilitacji, leczenia dietetycznego oraz możliwości korzystania ze wsparcia psychologicznego.

**W przypadku otyłości olbrzymiej leczenie zachowawcze cechuje się małą skutecznością i brakiem trwałych efektów.**

Wobec powyższego, żeby uzyskać najlepsze efekty leczenia pacjentów z otyłością olbrzymią, należy wdrożyć opiekę wielospecjalistyczną. Istotne jest także stworzenie jednolitych standardów opieki nad pacjentami leczonymi chirurgicznie.

#### **Założenia modelu KOS-BAR:**

- wprowadzenie zmian organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia gwarantujących ciągłość, kompleksowość i koordynację opieki nad pacjentami borykającymi się z problemem otyłości olbrzymiej,
- koordynowanie przez jeden ośrodek leczniczy (szpital z oddziałem chirurgicznym) kompleksowej opieki nad pacjentami, która będzie realizowana w różnych podmiotach opieki zdrowotnej,
- propozycja wskaźników umożliwiających monitorowanie i ewaluację programu opieki bariatrycznej, powiązanych z premią dla świadczeniodawców.

#### **Wskaźniki podzielono na trzy grupy:**

- wskaźniki bariatryczne: procentowa utrata masy ciała, procent utraty nadmiernej masy ciała, procentowa utrata nadmiaru wyjściowego BMI,
- wskaźniki metaboliczne: ustąpienie cukrzycy, ustąpienie hiperlipidemii, ustąpienie astmy/POChP, ustąpienie obrotacyjnego bezdechu sennego,

■ wskaźniki chirurgiczne i inne: śmiertelność, powikłania chirurgiczne, długość hospitalizacji, powrót do aktywności zawodowej,

■ opracowanie koncepcji krajowego rejestru operacji bariatrycznych.

Program KOS-BAR ma szansę być wdrożony w 2021 r. i sfinansowany z podatku cukrowego.

Na podstawie:

■ *Instytut Zarządzania w Ochronie*

*Zdrowia, „Model kompleksowej opieki nad pacjentem chorym na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie”, Wydawnictwo Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2020, [https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user\\_upload/user\\_upload/Model\\_kompleksowej\\_\\_opieki\\_nad\\_pacjentem\\_chorym\\_na\\_otylosc\\_olbrzymia\\_leczona\\_chirurgicznie\\_DOI.pdf](https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Model_kompleksowej__opieki_nad_pacjentem_chorym_na_otylosc_olbrzymia_leczona_chirurgicznie_DOI.pdf) [dostęp: 28.02.2021].*

## 5.3. PRZYKŁADY REGIONALNYCH PROGRAMÓW ZAPOBIEGANIA OTYŁOŚCI I JEJ LECZENIA

### REGIONALNY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NADWADZE, OTYŁOŚCI I CUKRZYCY W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM NA LATA 2017-2020

Projekt ten został przygotowany przez zarząd województwa śląskiego, a jego treść została poddana ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Adresatami programu byli mieszkańcy województwa śląskiego w wieku aktywności zawodowej. Celem projektu było zwiększenie wykrywalności wspomnianych w tytule projektu chorób, świadomości dotyczącej stanu własnego zdrowia oraz świadomości konsekwencji zdrowotnych związanych z nadwagą, otyłością i cukrzycą. Działania projektowe zostały podzielone na trzy etapy:

**Etap I** – rekrutacja uczestników programu.

**Etap II** – diagnostyka nadmiernej masy ciała i cukrzycy.

**Etap III** – szkolenia dietetyczne dla osób z nadmierną masą ciała oraz skierowanie osób z podejrzeniem cukrzycy bądź stanu przedcukrzycowego na podjęcie leczenia w POZ, a także działania informacyjno-edukacyjne dla obu grup.

Rekrutacja uczestników odbywała się w oparciu o kampanię informacyjno-edukacyjną z wykorzystaniem mediów tradycyjnych (radio, prasa, pla-

katy informacyjne, ulotki rozdawane w miejscach publicznych) oraz interaktywnych (strona internetowa, media społecznościowe). Ponadto współpracowano z poradniami zdrowotnymi, ośrodkami pomocy i organizacjami pozarządowymi.

Procedura diagnostyczna w grupie osób z nadmierną wagą ciała polegała na pomiarze wagi, wzrostu i obwodu talii oraz wyliczeniu wskaźnika BMI. Natomiast w grupie osób z podejrzeniem cukrzycy dokonywano pomiaru poziomu glukozy w osoczu krwi żyłnej. W przypadku wykrycia podwyższonych parametrów osoby z nadmierną masą ciała kwalifikowane były na szkolenia dietetyczne, a osoby z cukrzycą lub stanem przedcukrzycowym kierowane były do poradni POZ, otrzymywały też broszury informacyjne dotyczące aktywności fizycznej i diety, a także problematyki cukrzycy.

Szkolenia dietetyczne w ramach programu odbywały się w grupach 20-osobowych i trwały 3 godziny. Prowadzone były przez dietetyka/diabetologa, fizjoterapeutę i psychologa. Zakres tematyczny szkolenia obejmował:

■ konsekwencje zdrowotne nadwagi i otyłości, epidemiologia chorób będących konsekwencją tych stanów,

- zasady zdrowego odżywiania,
- zasady aktywności fizycznej,
- psychologiczne aspekty nadwagi i otyłości.

Po odbyciu szkolenia beneficjenci programu mogli skorzystać z indywidualnej konsultacji dietetycznej, podczas której ustalano dietę, dokonywano pomiaru składu masy ciała oraz dobierano rodzaj zalecanej aktywności fizycznej.

Na podstawie:

- K. Strojek, S. Głód, „Regionalny program przeciwdziałania nadwadze, otyłości i cukrzycy w województwie śląskim na lata 2017–2020”, Samorząd Województwa Śląskiego, Katowice 2017, [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:X9glpTtQH\\_IJ:https://rpo.slaskie.pl/file/download/5259+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:X9glpTtQH_IJ:https://rpo.slaskie.pl/file/download/5259+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl) [dostęp: 3.03.2021].

## PROGRAM ZAPOBIEGAJĄCY CHOROBYM CYWILIZACYJNYM W ASPEKcie NADWAGI, OTYŁOŚCI I CUKRZYCY WŚRÓD MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

Autorem projektu realizowanego w latach 2016-2020 był samorząd województwa opolskiego. Program skierowany był do dzieci w wieku 6-18 lat oraz osób dorosłych w wieku 19-65 lat mieszkających na terenie województwa opolskiego. Celem głównym było przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej oraz wdrożenie działań zapobiegających nadwadze, otyłości i cukrzycy mających prowadzić do poprawy stanu zdrowia mieszkańców województwa opolskiego. Projekt zakładał następujące etapy:

- **działania organizacyjne** – ustalanie zasad i zakresu współpracy beneficjenta z partnerami, działania administracyjne związane z obsługą projektu, powołanie rady odpowiadającej za jakość merytoryczną projektu, opracowanie wzoru

dokumentacji badań przesiewowych, a także wzoru indywidualnego programu uczestnika, dziennika zdrowia i ankiety ewaluacyjnej,

- **działania informacyjno-edukacyjne z elementami promocji aktywności fizycznej** – przekazywanie informacji na temat czynników ryzyka związanych z nadwagą i otyłością oraz znaczenia systematycznych badań i szybkiego reagowania na niepokojące objawy, edukacja na temat prawidłowego żywienia i trybu życia oraz zasad utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej,

- **etap I** – badania przesiewowe – wykonywanie pomiarów masy i wysokości ciała, określenie wskaźnika BMI, pomiar obwodu talii, wywiad rodzinny w kierunku nadwagi, otyłości i chorób towarzyszących, badanie stężenia glukozy we krwi,

- **etap II** – kompleksowa opieka nad osobami z nadwagą i otyłością:

- interwencje zespołu interdyscyplinarnego tworzonego przez lekarza, dietetyka, pielęgniarkę, psychologa, fizjoterapeutę i specjalistę aktywności fizycznej ukierunkowane zostały na profilaktykę zdrowotną oraz leczenie osób z nadwagą, otyłością i cukrzycą; opieka zespołu interdyscyplinarnego nad pacjentem objęta konsultacje dietetyczne, modyfikację aktywności fizycznej i interwencje behawioralne mające na celu zmniejszenie liczby spożywanych kalorii, ograniczanie tzw. siedzącego trybu życia i wzrost aktywności fizycznej,

- program zakładał zapoznanie uczestników z różnymi rodzajami ćwiczeń pozwalającymi na kontrolę masy ciała przez przeprowadzenie zajęć grupowych; przedstawione zestawy ćwiczeń można było wykonywać zarówno w warunkach domowych, jak i na sali ćwiczeń, głównym celem zajęć była promocja aktywności fizycznej jako czynnika kluczowego dla utrzymania prawidłowej masy ciała,

- w przypadku dzieci i młodzieży odziaływanie miały również charakter ak-

TABELA 4

**Kosztorys przygotowany przez organizatorów programu**

Działanie	Koszt (zł)	Liczba badanych
Badania w zakresie nadwagi i otyłości	810 000	225 000 osób
Szkolenie i konsultacje z dietetykiem w zakresie przeciwdziałania nadwadze i otyłości	17 570 160	90 000 osób
Oznaczenie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej	2 300 000	460 000 osób
Działania informacyjno-edukacyjne (broszury spotkania w powiatach)	757 300	
Koszty pośrednie (10%)	2 143 746	
<b>ŁĄCZNY KOSZT PROGRAMU:</b>	<b>23 581 206</b>	

tywizujący rodziców i opiekunów, a ich celem było wytworzenie postaw prozdrowotnych prowadzących do uzyskania i utrzymania prawidłowej masy ciała.

Program został sfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego kwotą 4,5 mln euro (85 proc.), z budżetu państwa (maks. 9,5 proc.), z wkładu własnego beneficjenta (min. 5,5 proc.).

Na podstawie:

■ *Samorząd Województwa Opolskiego, „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego”, [https://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/Zalacznik\\_nr\\_9\\_Regionalny\\_Program\\_Zdrowotny\\_choroby\\_cywilizacyjne.pdf](https://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/Zalacznik_nr_9_Regionalny_Program_Zdrowotny_choroby_cywilizacyjne.pdf) [dostęp: 25.02.2021].*

### **PROGRAM EDUKACYJNO- -LECZNICZY NA RZECZ ZMNIJSZENIA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NADWAGI I OTYŁOŚCI U DZIECI I MŁODZIEŻY W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM**

Program zdrowotny województwa kujawsko-pomorskiego realizowany w latach 2013-2014 był projektem z zakresu profilaktyki drugorzędowej. Działania projektowe objęły dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat, u których stwierdzono nadwagę i otyłość. Głównym

celem programu było zmniejszenie w tej grupie częstości występowania nadwagi i otyłości. Natomiast wśród celów szczegółowych wyróżniono m.in.:

- zmniejszenie kosztów leczenia przewlekłych chorób niezakaźnych oraz skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności związanych z otyłością i jej konsekwencjami zdrowotnymi,
- włączenie do systemu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej metodologii oceny stanu odżywienia jako jednego z podstawowych narzędzi wczesnej diagnostyki nadwagi i otyłości,
- podniesienie świadomości żywieniowej społeczeństwa oraz prozdrowotna modyfikacja zachowań żywieniowych,
- zmniejszenie częstości występowania, hipercholesterolemii i hipertriglicydemii.

#### **Działania programu zostały podzielone na trzy etapy:**

**Etap I** – przygotowanie struktur – nawiązanie współpracy z samorządami terytorialnymi, wyłonienie realizatorów programu, przygotowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych.

**Etap II** – działania medyczne i edukacyjne, które objęły m.in.:

- opracowanie standardów postępowania z dzieckiem ze stwierdzoną nadwagą lub otyłością skierowanych do lekarzy i pielęgniarek,

TABELA 5

**Kosztorys przygotowany przez organizatorów programu**

Działanie	Koszt
Warsztat edukacyjno-dietetyczny	80 zł/osobę
Badania przesiewowe – koszt jednostkowy uśredniony	10 zł/osobę
Działania związane z rozwojem osobowości (warsztaty behawioralno-poznawcze)	100 zł/godz.
Aktywność fizyczna grupowa	20 zł/godz./osobę
Aktywność fizyczna indywidualna	80 zł/godz.
Monitoring indywidualnego wsparcia w programie zwalczania nadwagi i otyłości (po 6 miesiącach i po 12 miesiącach od zakończenia udziału w interwencji)	80 zł

- szkolenia dla lekarzy, pielęgniarek i rodziców dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością,
- selekcję uczestników programu,
- badania diagnostyczne u dzieci i młodzieży objętych programem,
- wdrożenie działań programu: edukacja uczestników, prowadzenie zajęć ruchowych, objęcie poradnictwem spe-

cialistycznym (porada lekarza, dietetyka, psychologa).

**Etap III** – monitoring i ewaluacja programu – przygotowanie sprawozdania finansowego i merytorycznego oraz podsumowanie przeprowadzonych działań w ramach programu.

**Interwencje podjęte wobec uczestników programu:**



- pomiary i określenie: masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi, stężenia glukozy we krwi, poziomu cholesterolu całkowitego, poziomu LDL i HDL oraz triglicerydów,

- porada lekarska,

- porada dietetyka,

- porada psychologa.

Szacunkowy koszt programu to 1,825 mln zł (228 zł na uczestnika). Program został sfinansowany ze środków budżetu województwa kujawsko-pomorskiego.

Na podstawie:

- M. Leźnicka, D. Kurylak, „Departament Zdrowia, Program Edukacyjno-Lecznicy na rzecz Zmniejszenia Częstości Występowania Nadwagi i Otyłości u Dzieci i Młodzieży w Województwie Kujawsko-Pomorskim”, Toruń 2012, [http://archiwum.kujawsko-pomorskie.pl/pliki/zdrowie/20120719\\_program\\_program\\_otylosc.pdf](http://archiwum.kujawsko-pomorskie.pl/pliki/zdrowie/20120719_program_program_otylosc.pdf) [dostęp: 28.02.2021]

## 5.4. PRZYKŁAD KOMERCYJNEGO PROGRAMU LECZENIA OTYŁOŚCI

### HARMONYMED – PROGRAM LECZENIA OTYŁOŚCI I NADWAGI

Komercyjny program leczenia otyłości przygotowany przez poradnię HarmonyMed skierowany jest do osób borykających się z problemem nadwagi i otyłości. Program ma na celu redukcję masy ciała oraz poprawę parametrów klinicznych i wydolności pacjenta. Cele terapeutyczne są długoterminowe i zakładają trwałą zmianę modelu fizjologicznego i behawioralnego pacjenta. Program realizowany jest przy współpracy zespołu interdyscyplinarnego (lekarz, dietetyk, fizjoterapeuta, psycholog) i obejmuje cztery poziomy oddziaływań terapeutycznych:

- **lekarską diagnozę medyczną** – badanie podmiotowe i badanie przedmiotowe, ocena stopnia nasilenia problemów zdrowotnych spowodowanych otyłością, ocena potencjalnych przyczyn otyłości oraz analiza stopnia ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2 oraz incydentów sercowo-naczyniowych, analiza dokumentacji medycznej pacjenta, skierowanie pacjenta na badania laboratoryjne niezbędne do pełnej oceny stanu jego zdrowia,

- **diagnozę modelu behawioralnego otyłości** – ocena przyczyn otyłości: zachowań żywieniowych i diety, analiza kognitywna przekonań dietetycznych,

analiza schematu spożywania posiłków, stylu życia i poziomu aktywności fizycznej oraz powiązań między zachowaniami emocjonalnymi a osobniczym modelem diety,

- **oddziaływanie terapeutyczne** – zintegrowane oddziaływanie lecznicze prowadzone przez poszczególnych członków zespołu interdyscyplinarnego skoncentrowane na zmianie modelu behawioralnego pacjenta; na tym etapie przygotowany jest jadłospis razem z zaleceniami kulinarnymi i zakupowymi, na poziomie terapii psychologicznej wykorzystuje się m.in. następujące techniki: krótkoterminowa terapia dystresu, technika kontroli bodźców, reframing poznawczy,

- **leczenie podtrzymujące** – utrwalanie prozdrowotnych wzorców behawioralnych mające na celu uzyskanie trwałej poprawy stanu zdrowia; etap ten skoncentrowany jest na oddziaływaniach dietoleczniczych.

Na podstawie:

- „Otyłość trzewna & nadwaga – program leczenia”, strona internetowa Poradni Chorób Cywilizacyjnych HarmonyMed, <https://harmonymed.pl/otylosc-trzewna-nadwaga-program-leczenia/> [dostęp: 01.03.2021].

## 5.5. PRZYKŁADY ZAGRANICZNYCH PROGRAMÓW ZAPOBIEGANIA OTYŁOŚCI I JEJ LECZENIA

### EU ACTION PLAN ON CHILDHOOD OBESITY 2014-2020

Opracowanie i realizacja unijnego programu na lata 2014-2020 odbyły się przy współudziale Komisji Europejskiej, państw członkowskich Unii Europejskiej oraz organizacji międzynarodowych.

**Adresatami programu były dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat. Nadrzędnym celem unijnego projektu była redukcja wzrostu liczby przypadków nadwagi i otyłości w grupie docelowej.**

Zakres działań został ustalony przez państwa członkowskie i był podstawą do opracowania polityki zwalczania otyłości u dzieci dla poszczególnych krajów.

#### Kluczowe obszary planu

■ **Wspieranie zdrowego startu w życie.**

**Badania wskazują, że waga matki w okresie przed zajściem w ciążę oraz w trakcie ciąży to kluczowe czynniki prenatalne warunkujące otyłość dziecięcą. Istotny wpływ na ograniczenie występowania**

**otyłości mają karmienie piersią oraz prawidłowa dieta i zdrowe nawyki związane z aktywnością fizyczną.**

Proponowane działania wspierające zdrowy start w życie powinny koncentrować się na szkoleniu pracowników oświaty oraz personelu medycznego związanego z ochroną zdrowia. Cel szkoleń to zwiększenie wiedzy grupy docelowej w tym zakresie, a także przybliżenie tematyki czynników ryzyka nadwagi i otyłości oraz znaczenia wczesnego wykrywania otyłości wśród dzieci i młodzieży. Ponadto program szkoleń powinien obejmować tematykę skutecznego motywowania i pomagania rodzinom w modyfikacji stylu życia w kierunku prozdrowotnym.

■ **Promowanie zdrowszego otoczenia, zwłaszcza w szkołach i przedszkolach.**

Program zakładał działania na rzecz poprawy jakości posiłków szkolnych, umożliwienie uczniom dostępu do bezpłatnej wody pitnej oraz ograniczenie dostępu do przekąsek i niezdrowych produktów żywnościowych na terenie szkoły.



■ **Uczynienie zdrowej opcji łatwiejszą opcją.**

**W ostatnich latach obserwuje się wzrost spożycia wysoko przetworzonej żywności, czemu sprzyja dłuższy czas pracy, częstsze korzystanie z usług gastronomii, brak umiejętności przygotowywania posiłków oraz utrudniony dostęp do świeżych i zdrowych produktów w przystępnych cenach.** ●

Zmuszone do kupowania tańszej żywności są przede wszystkim osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, co często skutkuje niezdrową dietą. Dane wskazują, iż prawie we wszystkich krajach europejskich spożycie warzyw i owoców jest znacznie niższe niż zalecane 400 g dziennie w przypadku dzieci i młodzieży. Badania wykazały także, że spożycie warzyw różni się znacznie w zależności od struktury gospodarstwa domowego i statusu społeczno-ekonomicznego. Wobec tego program zalecał m.in.: monitorowanie wartości odżywczej przetworzonych warzyw, działania na rzecz dostarczania konsumentom informacji ułatwiających znalezienie pożywnych i przystępnych cenowo rozwiązań żywieniowych oraz wprowadzenie dofinansowania do warzyw i owoców (podobnego do unijnego programu dystrybucji owoców w szkołach).

■ **Ograniczenie marketingu i reklamy skierowanej do dzieci i młodzieży.** Grupy te są szczególnie podatne na wpływ reklam, które mogą prowadzić do wykształcenia niezdrowych nawyków i preferencji żywieniowych.

**Badania wskazują na silny związek pomiędzy występowaniem otyłości u dzieci a długością oglądania telewizji i korzystania z telefonu i komputera, co może mieć silny związek z narażeniem**

**na reklamy niezdrowej żywności oraz różnego typu taktyki marketingowe producentów.** ●

Projekt zalecał wdrożenie działań na rzecz ograniczenia skierowanych do dzieci i młodzieży reklam i marketingu związanych z niezdrową żywnością.

■ **Działania edukacyjne skierowane do rodzin.** Rodzice przekazują dzieciom wzorce aktywności fizycznej oraz odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu nawyków żywieniowych. Zaleceniem programu były działania na rzecz uczynienia informacji na temat żywienia bardziej przystępnymi i zrozumiałymi dla wszystkich grup społecznych. Wskazano także na zasadność promowania zdrowych posiłków rodzinnych, kontrolowania diety dzieci i młodzieży przez rodziców oraz zachęcania do planowania regularnych, aktywnych zajęć w czasie wolnym.

■ **Zachęcanie dzieci do aktywności fizycznej.** Aktywność fizyczna odgrywa istotną rolę w utrzymaniu zdrowego stylu życia, a płynące z niej korzyści zdrowotne są dobrze udokumentowane. Obejmują one: zmniejszenie ryzyka chorób układu krążenia, niektórych nowotworów i cukrzycy typu 2, jak również poprawę funkcjonowania układu mięśniowo-szkieletowego i kontrolę wagi. Istnieje również coraz więcej dowodów wskazujących na pozytywny związek pomiędzy aktywnością fizyczną a zdrowiem psychicznym, rozwojem umysłowym i procesami poznawczymi. Pomimo tych korzyści wskaźniki braku aktywności fizycznej pozostają niepokojąco wysokie wśród dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Dostępne dane wskazują, że większość Europejczyków nie podejmuje wystarczającej, korzystnej dla zdrowia aktywności fizycznej, a tendencje w tym zakresie nie poprawiają się.

■ **Monitorowanie i ocena.** Opracowano narzędzia ewaluacyjne oraz wskaźniki



zdrowotne umożliwiające ocenę działań projektowych na rzecz walki z otyłością wśród dzieci i młodzieży. Program został wdrożony w 2014 r., a ewaluacja jego efektów przez Komisję Europejską w porozumieniu z WHO rozpoczęła się pod koniec 2020 r.

■ **Zwiększenie liczby badań na temat nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży.** Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży to zagadnienia uwzględnione w bieżących programach badawczych.

**Kluczowym zadaniem powinno stać się usprawnianie i koordynowanie systematycznego gromadzenia danych na poziomie zarówno krajowym, jak i europejskim.**

Na podstawie:

■ „EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020”, 24 February 2014 [updated 12 March and 28 July 2014], [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition\\_physical\\_activity/docs/childhoodobesity\\_actionplan\\_2014\\_2020\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf) [dostęp: 27.02.2021].

■ J. Boer i in., „Supporting the Mid-Term Evaluation of the EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020: the Childhood Obesity Study”, 2018.

## HIGH OBESITY PROGRAM

High Obesity Program to amerykański program na lata 2014–2018 którego celem jest rozwiązanie problemu otyłości. Grupą docelową amerykańskiego programu byli mieszkańcy tych stanów, w których częstość występowania otyłości wśród dorosłych wynosiła ponad 40 proc. Jego celem było wdrażanie opartych na dowodach naukowych strategii w celu zwiększenia dostępności zdrowej i pożywnej żywności, a także miejsc do uprawiania aktywności fizycznej. Orga-

nizacje zaangażowane w projekt skupiały się na działaniach, które podzielono na trzy sekcje:

### 1. Zapewnienie edukacji i wsparcia promocyjnego dla postaw prozdrowotnych:

- dotarcie do dzieci, młodzieży i rodzin w celu modyfikacji ich nawyków i zachowań w kierunku prozdrowotnym – w tym celu zaprojektowano strony internetowe z materiałami edukacyjnymi dla edukatorów społecznych oraz rodzin,
- partnerstwo z organizacjami społecznymi zajmującymi się tematyką żywienia i obszarem aktywności fizycznej – w celu ułatwienia nawiązania współpracy stworzono strony internetowe udostępniające informacje i narzędzia zebrane i opracowane w celu zapewnienia technicznego wsparcia, wzorców działania i strategii.

### 2. Wdrażanie praktyk opartych na dowodach naukowych w celu zwiększenia konsumpcji zdrowej żywności i napojów:

- wdrażanie wytycznych dotyczących usług gastronomicznych i norm żywieniowych (w tym norm dotyczących zawartości soli) w miejscach dostępności żywności i napojów (m.in. kawiarnie, automaty z przekąskami, strefy gastronomiczne),
- zwiększenie dostępu do zdrowej żywności oraz jej promowanie w punktach sprzedaży detalicznej, a także opracowanie materiałów i przewodników zawierających wytyczne dotyczące usług gastronomicznych w miejscach publicznych,
- zapewnienie środków, szkoleń i pomocy technicznej lokalnym władzom oraz partnerom stanowym w celu realizacji następujących działań:
  - poprawy wyposażenia istniejących sklepów w celu umożliwienia im sprzedaży zdrowszych żywności i napojów (np. przez zwiększenie chłodzenia),



- współpracy z targami spożywczymi w zakresie kompleksowej promocji i edukacji konsumentów na tematy związane z żywieniem i żywnością,

- wdrożenia działań promocyjnych w sklepach, takich jak: oznaczenia zdrowych towarów na półkach, systemy klasyfikacji żywności, zdrowe alejki w pobliżu kas oraz kampanie zachęcające konsumentów do kupowania zdrowszych żywności i napojów,

- opracowania programów certyfikacji i nagradzania w celu zachęcenia sklepów do zaopatrywania się w zdrowsze produkty, sprzedawania ich i wprowadzania ich na rynek,

- wspierania rozwoju nowych targowisk rolniczych na obszarach o niedostatecznej ich dostępności.

### **3. Wdrażanie strategii opartych na dowodach naukowych w celu zwiększenia możliwości podejmowania aktywności fizycznej:**

- zapewnienie dostępu do bezpiecznych miejsc uprawiania aktywności fizycznej (przez ich tworzenie lub ulepszenie) oraz promowanie korzystania z nich,

- tworzenie i promowanie bezpiecznych tras pieszych i rowerowych do szkół,

- promowanie tworzenia stref dla pieszych i rowerzystów przy drogach publicznych,

- przeprowadzanie oceny potrzeb społecznych (np. audyty dotyczące możliwości poruszania się pieszo i rowerem),

- rozwój, wdrażanie, ulepszanie planów ruchu pieszego, rowerowego i szlaków,

- przygotowanie podsumowania naukowo uzasadnionych wskazówek dotyczących aktywności fizycznej w formie ogólnodostępnego za pośrednictwem internetu podręcznika.

Działania programu były koordynowane przez 11 uniwersytetów w partnerstwie i we współpracy z organizacjami społecznymi oraz instytucjami związanymi ze zdrowiem publicznym. W wyniku działań projektowych ponad 2 mln osób zostało objętych interwencją w zakresie żywienia i aktywności fizycznej.

*Na podstawie:*

- S.A. Kahin i in., „The High Obesity Program: A Collaboration Between Public

*Health and Cooperative Extension Services to Address Obesity”; The High Obesity Program: A Collaboration Between Public Health and Cooperative Extension Services to Address Obesity, „Preventive Chronic Disease” 2020, nr 17, 190283, [https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/state-local-programs/pdf/Guidance-DOC\\_Rural\\_1416\\_CLEARED\\_TAG508.pdf](https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/state-local-programs/pdf/Guidance-DOC_Rural_1416_CLEARED_TAG508.pdf) [dostęp: 27.02.2021].*

## **EXERCISE AND NUTRITION TO ENHANCE RECOVERY AND GOOD HEALTH FOR YOU – ENERGY**

Autorem amerykańskiego programu ENERGY jest National Cancer Institute. Działania przeprowadzono w latach 2015-2017. Adresatkami dwuletniej strategii były kobiety po przebytym raku piersi z nadwagą lub otyłością. Celem strategii była redukcja masy ciała w grupie docelowej oparta na zmianach nawyków żywieniowych i włączeniu aktywności fizycznej. Ramy koncepcyjne programu ENERGY zakładały, że czynniki wpływające na zdrowie są uwarunkowane osobowościowo, społecznie i środowiskowo. Równie ważne są także motywacja i poczucie własnej skuteczności warunkujące zmiany zachowania w kierunku prozdrowotnym. Centralnymi założeniami tego modelu są: praca nad wyznaczeniem celów, wzmacnianie samokontroli i uczenie się pokonywania barier. Ogólnym celem ENERGY była pomoc uczestniczkom w osiągnięciu zdrowszej wagi (cel końcowy to trwały spadek wagi o 7 proc. masy ciała po działaniach interwencyjnych) oraz zmiana nawyków dotyczących stylu życia.

Działania interwencyjne skierowane do uczestniczek ENERGY składały się z: cotygodniowych jednogodzinnych zajęć grupowych, konsultacji telefonicznych lub e-mailowych oraz dystrybucji tematycznych biuletynów. Zajęcia grupowe miały na celu zwiększenie aktywności fizycznej wśród uczestniczek,

zmianę zachowań żywieniowych oraz poprawę obrazu własnego ciała (tj. myśli i uczuć dotyczących kształtu i wagi ciała). Tematy zajęć obejmowały: wsparcie społeczne, zarządzanie stresem, przeciwdziałanie błędom w diecie, utrzymanie układu sercowo-naczyniowego w zdrowiu, świadomość kaloryczności posiłków i zapotrzebowania na kalorie oraz zasady treningu siłowego.

Przebieg interwencji: każda grupa składająca się z ok. 15 kobiet spotykała się co tydzień przez pierwsze 4 miesiące, następnie co drugi tydzień w 5. i 6. miesiącu oraz co miesiąc przez następne półrocze, co dało w sumie 26 sesji. Każdej grupie przydzielony został opiekun mający wykształcenie z zakresu dietetyki, psychologii, fizjologii lub fizjoterapii.

Badanie efektywności wykazało, że interwencje przeprowadzone w ramach programu były skuteczne.

**W stosunku do grupy kontrolnej zaobserwowano spadek masy ciała o 6 proc. po roku od wdrożenia działań. Stwierdzono także korzystny wpływ interwencji na poziom aktywności fizycznej oraz wartości ciśnienia tętniczego krwi.** ●

*Na podstawie:*

■ C.L. Rock i in., „Results of the Exercise and Nutrition to Enhance Recovery and Good Health for You (ENERGY) Trial: A Behavioral Weight Loss Intervention in Overweight or Obese Breast Cancer Survivors”, „Journal of Clinical Oncology” 2015, t. 33, nr 28, s. 3169.

■ W. Demark-Wahnefried i in., „Quality of Life Outcomes from the Exercise and Nutrition Enhance Recovery and Good Health for You (ENERGY)-Randomized Weight Loss Trial Among Breast Cancer Survivors”, „Breast Cancer Research and Treatment”, t. 154, nr 2, s. 329–337.

■ „Exercise and Nutrition to Enhance Recovery and Good Health for You

(ENERGY), *Evidence-Based Cancer Control Programs (EBCCP)*”, portal National Cancer Institute, <https://ebccp.cancercontrol.cancer.gov/programDetails.do?programId=26993735> [dostęp: 27.02.2021].

**PROGRAM TOYBOX  
– WIELOCZYNNIKOWA  
INTERWENCJA OPARTA  
NA FAKTACH NAUKOWYCH  
Z WYKORZYSTANIEM  
MODELI BEHAVIORALNYCH  
W CELU ZROZUMIENIA  
I PROMOWANIA ZDROWEGO  
ŻYWIENIA, RUCHU I ZABAWY  
ORAZ POLITYKI W PREWENCJI  
OTYŁOŚCI WE WCZESNYM  
DZIECIŃSTWIE**

Zadaniem finansowanego przez Komisję Europejską (2010-2014) projektu badawczego ToyBox było opracowanie opartego na faktach naukowych programu zapobiegania otyłości. Grupą docelową projektu były dzieci w wieku 4-6 lat. Celem programu było upowszechnianie wiedzy na temat przyczyn otyłości we wczesnym dzieciństwie, które jest kluczowym okresem dla rozwoju fizycznego oraz kształtowania się cech psychologicznych i zachowań żywieniowych. Zapewnienie optymalnych warunków rozwoju psychofizycznego w dzieciństwie zwiększa prawdopodobieństwo długotrwałego zdrowia w dorosłości. Wobec powyższego głównym zadaniem programu ToyBox było promowanie zdrowego stylu życia we wczesnym dzieciństwie w celu zapobiegania rozwinięcia się nadwagi i otyłości w przyszłości. Ponadto celem programu było także skierowanie uwagi naukowców i profesjonalistów z zakresu zdrowia i edukacji, a także polityków na ewentualne rozpowszechnienie podobnych inicjatyw w całej Europie.

**Cele szczegółowe strategii ToyBox:**

■ identyfikacja kluczowych zachowań i ich uwarunkowań związanych z wy-

stępowaniem nadwagi i otyłości we wczesnym dzieciństwie,

■ ocena istniejących modeli behawioralnych oraz strategii edukacyjnych w celu wyselekcjonowania tych, które najlepiej wspierają modyfikację zachowań w tej grupie wiekowej,

■ ocena uwarunkowań, polityki i przepisów prawnych wpływających na realizację działań w zakresie promocji zdrowia w przedszkolach,

■ rozwój edukacji przedszkolnej mającej na celu przeciwdziałanie zachowaniom predysponującym do wystąpienia otyłości wśród dzieci z uwzględnieniem zaangażowania rodzin,

■ wdrożenie programów edukacyjnych w sześciu krajach europejskich, a następnie dokonanie oceny ich przebiegu, wpływu i osiągniętych wyników, a także oszacowanie ich opłacalności,

■ rozpowszechnianie wyników osiągniętych przez program i tworzenie na ich podstawie zaleceń dla europejskiej polityki zdrowotnej.

**Program edukacyjny ToyBox**

Program koncentrował się na kluczowych kwestiach warunkujących masę ciała u dzieci, tj. piciu wody, jedzeniu i przekąskach, aktywności fizycznej, zagrożeniu siedzącym stylem życia. Działania programu angażujące całe rodziny przeprowadzone zostały w sześciu państwach (Belgia, Bułgaria, Niemcy, Grecja, Polska i Hiszpania). Czas trwania programu to 24 miesiące. Koncentrował się on na czterech poziomach:

■ wprowadzaniu zmian w środowisku przedszkolnym,

■ torowaniu prawidłowych prozdrowotnych zachowań u dzieci: picie większej ilości wody, spożywanie zdrowszych przekąsek, aktywność fizycznej oraz przerwy na ruch w dłuższej trwających czynnościach na siedząco,

■ wprowadzaniu interesujących zajęć dla dzieci (gry i zabawy, bajki, eksperymenty) angażujących całą grupę,

- aktywizacji zaangażowania rodziców we wprowadzanie zmian środowiskowych oraz nowych, zdrowszych zasad dotyczących stylu życia w domach.

Na podstawie:

- *Strona internetowa Programu ToyBox, <http://www.toybox-study.eu/> [dostęp: 27.02.2021].*

## **BIAŁA KSIĘGA. STRATEGIA DLA EUROPY W ZAKRESIE ZAGADNIENI ZDROWIA ZWIĄZANYCH Z ŻYWIENIEM, NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ**

Biała Księga to strategia opracowana przez Komisję Europejską w 2007 r. w oparciu o podejmowane dotychczas skuteczne działania w zakresie poprawy żywienia, aktywności fizycznej i stanu zdrowia społeczeństwa. Głównym celem programu jest wskazanie niezbędnych obszarów działań oraz skutecznych inicjatyw służących wypracowaniu zintegrowanej polityki UE na rzecz ograniczenia rozpowszechnienia nadwagi i otyłości oraz poprawy stanu zdrowia.

### **Rekomendowane przez program obszary działań:**

#### **Lepiej poinformowani konsumenci:**

- etykietowanie żywności z przodu opakowania i zamieszczanie informacji na temat składników odżywczych wspiera podejmowanie świadomych i zdrowszych decyzji podczas zakupów spożywczych,
- oświadczenia żywieniowe i zdrowotne producentów dotyczące żywności powinny być oparte na wiarygodnych wynikach badań,
- zaleca się wprowadzenie regulacji w zakresie skierowanych do dzieci reklam produktów żywnościowych o wysokiej zawartości tłuszczów lub cukrów ze względu na duży wpływ reklam na wybory żywieniowe dzieci i młodzieży,
- program wskazuje na potrzebę opra-

cowywania i wspierania informacji naukowych oraz kampanii edukacyjnych służących podniesieniu świadomości konsekwencji zdrowotnych nieprawidłowej diety, nadwagi i otyłości.

#### **Udostępnianie zdrowej opcji:**

- wspieranie spożywania przez dzieci owoców i warzyw poprzez umożliwienie rozdysponowania nadwyżek produkcyjnych w instytucjach edukacyjnych i ośrodkach wakacyjnych dla dzieci,
- zapewnienie dostępności owoców i warzyw dla osób o niższych dochodach, aby zachęcić do ich większej konsumpcji (w szczególności wśród dzieci i młodzieży),
- dystrybucja owoców w szkołach i przedszkolach dla dzieci pomiędzy 4. i 12. rokiem życia,
- wspieranie zmiany składu artykułów spożywczych, na przykład w kategoriach ich poziomów tłuszczu, tłuszczów nasyconych i trans, soli i cukru.

#### **Wspieranie aktywności fizycznej:**

- modyfikacja infrastruktury publicznej w celu zwiększenia ilości chodników dla pieszych oraz ścieżek rowerowych umożliwiających m.in. aktywne docieranie do miejsca pracy.

#### **Grupy i miejsca priorytetowe:**

- ze względu na alarmujące rozpowszechnianie się nadwagi i otyłości wśród dzieci zaleca się kierowanie interwencji przede wszystkim do dzieci w wieku 0-12 lat w celu osiągnięcia długofalowej zmiany zachowań w kierunku prozdrowotnym,
- skierowanie interwencji przeciwdziałających nadwadze i otyłości w grupach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, które w dużym stopniu są zagrożone występowaniem nadwagi i otyłości,
- rozwój infrastruktury sprzyjającej podejmowaniu aktywności fizycznej w mniej rozwiniętych obszarach.

### Opracowywanie podstaw dowodowych dla wspierania kształtowania polityk:

- prowadzenie badań pogłębiających wiedzę na temat czynników warunkujących wybory konsumenckie w kwestii żywności,
- priorytety w badaniach nad zachowaniami konsumenckimi: wpływ żywności i żywienia na zdrowie; bodźce do zapobiegania otyłości w grupach docelowych, takich jak niemowlęta, dzieci i nastolatki, główne kierunki skutecznych interwencji dietetycznych.

### Opracowanie systemów monitorowania:

- harmonizacja sposobu gromadzenia krajowych danych o wskaźnikach otyłości i nadwagi,
- wzmocnienie monitoringu i oceny wdrożonych działań i polityk w zakresie przeciwdziałania nadwadze i otyłości.

Na podstawie:

- „Biała Księga – Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością”, (KOM(2007) 279 wersja ostateczna z 30.5.2007).

- <sup>39</sup> M. Olszanecka-Glinianowicz i in., „Leczenie nadwagi i otyłości w czasie i po pandemii. Nie czekajmy na rozwój powikłań – nowe wytyczne dla lekarzy”, „Nutrition, Obesity & Metabolic Surgery” 2020, t. 6, nr 2, s. 1–13.
- <sup>40</sup> „Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością: Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego”, „Lekarz Rodzinny – wydanie specjalne” 2017, nr 3.
- <sup>41</sup> C.H. Lin i in., „An Evaluation of Liraglutide Including its Efficacy and Safety for the Treatment of Obesity”, „Expert Opinion on Pharmacotherapy” 2020, t. 21, nr 3, s. 275–285, <https://doi-org-100001a7v065a.han3.wum.edu.pl/10.1080/14656566.2019.1695779>.
- <sup>42</sup> „Wytyczne Kolegium...”, dz. cyt.
- <sup>43</sup> Placówki zajmujące się leczeniem otyłości: <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/otylosc/64442,placowki-zajmujace-sie-leczeniem-otylosci> [dostęp: 1.03.2021].
- <sup>44</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1> [dostęp: godz. 8.35, 4.03.2021].
- <sup>45</sup> Dz.U. 2019, poz. 2365 oraz z Dz.U. 2020, poz. 322 i 1492.
- <sup>46</sup> Główny Urząd Statystyczny, Dane dotyczące spożycia owoców i warzyw, według stanu na 16.11.2020 r., <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/metadane/cechy/2456?back=True#>.
- <sup>47</sup> Wskaźniki monitorowania i ewaluacji Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020.
- <sup>48</sup> Informacja o zadaniach realizowanych w ramach rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 powierzanych na wnioski od 2016 r.
- <sup>49</sup> <https://www.biznes.gov.pl/pl/firma/podatki-i-ksiegowosc/chce-rozliczac-inne-podatki/podatek-cukrowy-kto-ma-obowiazek-zaplaty>.
- <sup>50</sup> <https://businessinsider.com.pl/twoje-pieniadze/prawo-i-podatki/podatek-cukrowy-mamy-3-najwyzszy-w-europie-sprawdzamy-jakie-daje-efekty/ytwx59r> [dostęp: 14.03.2021].
- <sup>51</sup> <https://ncez.pl/informacje-dla-producentow-zywnosci/informacje-ogolne/systemy-znakowania-wartoscia-odzywcza-na-przodzie-opakowania-> [dostęp: 4.03.2021].



# MOŻLIWOŚCI WDROŻENIA GOTOWYCH ROZWIĄZAŃ W POLSCE

**Epidemia otyłości jest palącym światowym problemem. Choć podejmowane są liczne działania profilaktyczne (oraz w mniejszym stopniu – leczenie), nie ma jednego rozwiązania, które dawałoby zadowalające efekty.** ●

Skuteczne rozwiązanie problemu otyłości jest działaniem długofalowym i wielopłaszczyznowym. Wymaga wieloletniej strategii i koordynacji wysiłków wielu sektorów państwa.

**Pierwszą kwestią związaną z leczeniem otyłości i jej zapobieganiem jest sposób postrzegania otyłości – to choroba, a nie problem estetyczny, i tak powinna być traktowana.** ●

Należy uświadamiać społeczeństwu, że otyłość jest szkodliwa dla zdrowia, skraca życie i niesie poważne skutki zdrowotne – włączając w to nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2, choroby układu krążenia czy problemy z oddychaniem.

**Eksperci są zgodni – w ograniczeniu pandemii otyłości edukacja odgrywa kluczową rolę. Jej celem jest wykształcenie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz uświadomienie roli aktywności fizycznej. Eksperci zalecają intensywne kampanie informacyjne, skierowane w szczególności do dzieci i młodzieży, a także ich rodziców, którzy w pierwszych latach życia są odpowiedzialni za sposób odżywiania w rodzinie.** ●

Efekty takich działań będą widoczne dopiero w dłuższej perspektywie czasowej, wynoszącej nawet 15-25 lat. Może to tłumaczyć ograniczone wyniki skuteczności krajowych programów walki z otyłością – są one początkiem drogi do zmiany postaw względem odżywiania. Niemniej nie można wydatków na

takie cele zaniedbywać. Środki przeznaczone na profilaktykę i leczenie otyłości nie są zbędnymi kosztami, lecz koniecznością i realną inwestycją w zdrowie społeczeństwa, która się zwróci.

Ze względu na niską świadomość społeczną w sferze wyborów żywnościowych korzystnym rozwiązaniem może być wprowadzenie intuicyjnego i dobrze widocznego oznakowania produktów spożywczych. Dzięki temu konsument będzie w stanie dokonać optymalnego wyboru żywności bez konieczności zapoznawania się z tabelami wartości odżywczych. Istnieje kilka dobrowolnych systemów znakowania. W Unii Europejskiej trwają rozmowy na temat wspólnego, jednolitego rozwiązania w tym obszarze.

**Statystyki wskazują, że trzech dorosłych Polaków na pięciu ma nadmiar masy ciała (z czego dwóch jest dotkniętych otyłością, a jeden z nadwagą). To pokazuje, że sama profilaktyka w takiej sytuacji nie wystarczy. Konieczne staje się leczenie otyłości, a nie tylko wynikających z niej chorób, co dzieje się obecnie.** ●

Jeżeli leczenie metodami niefarmakologicznymi (odpowiedni sposób odżywiania, aktywność fizyczna, terapia behawioralna) nie przynosi oczekiwanego rezultatu, w konsultacji z lekarzem należy rozważyć korzystanie z bezpiecznych leków pomagających pacjentom w terapii otyłości. W Unii Europejskiej zarejestrowane są obecnie trzy leki wspomagające proces redukcji masy ciała.

Ponieważ otyłość jest złożoną chorobą, jej leczeniem powinny zajmować się specjalistyczne ośrodki z doświadczonymi zespołami lekarzy i terapeutów. W takich miejscach chory ma indywidualnie dobraną terapię uwzględniającą wszystkie wskazane dla niego metody – w tym, w razie potrzeby, farmakoterapię nowoczesnymi lekami i leczenie chirurgiczne.



Krokiem w dobrą stronę jest program KOS-BAR, w którym otyłość jest traktowana kompleksowo – program prowadzi nie tylko do utraty masy ciała, lecz także poprawy zdrowia chorego przez leczenie cukrzycy, dyslipidemii oraz chorób układu oddechowego. Takie programy powinny charakteryzować się wysoką dostępnością, a także długotrwałością, ponieważ leczenie otyłości, jako choroby przewlekłej, wymaga czasu.

## WNIOSKI

- Krajowe działania mające na celu zapobieganie otyłości i jej leczenie są niewystarczające, należy zintensyfikować obecne przedsięwzięcia, a także podjąć wiele nowych, które w długim okresie mogą zatrzymać rosnący odsetek osób z otyłością w polskim społeczeństwie.
- Konieczna jest zmiana postrzegania otyłości – jest to choroba i należy do niej podchodzić jak do choroby. Wskazana byłaby edukacja zarówno ogólnospołeczna, jak i skierowana do personelu medycznego, mediów czy polityków. Dyskryminacja osób z otyłością jest niedopuszczalna.
- Otyłość generuje duże koszty obciążające krajowy budżet; bezpośrednie wynoszą ok. 5 mld zł rocznie, a uwzględniając koszty pośrednie (trudne do dokładnego oszacowania) – nawet 15 mld zł rocznie.

- Aby zwiększyć skuteczność terapii chorób będących powikłaniem otyłości (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, choroba niedokrwienna serca, zawał, dyslipidemie, choroby wątroby i pęcherzyka żółciowego, zapalenia kości i stawów, problemy z oddychaniem i bezdech senny), należy powiązać ją z leczeniem pierwotnej przyczyny, jaką jest otyłość.

- Kampanie edukacyjne w zakresie profilaktyki nadmiaru masy ciała są działaniami niezbędnymi. Należy je adresować już do dzieci w wieku przedszkolnym oraz do ich opiekunów.

- Dobrym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie jednolitego, intuicyjnego i dobrze widocznego systemu znakowania produktów spożywczych, umożliwiającego szybki i prosty wybór produktów o dobrej wartości odżywczej.

- Niezbędne są zmiany w systemie opieki zdrowotnej, dzięki którym osoby chore miałyby dostęp do skutecznego leczenia otyłości. Potrzebna jest aktualizacja finansowania leczenia otyłości. Należy tworzyć i rozwijać specjalistyczne ośrodki, w których chory na otyłość otrzymywałby długoterminową, wielopłaszczyznową, wysokiej jakości opiekę, obejmującą nie tylko leczenie dietetyczne i aktywizację ruchową, także procedury farmakologiczne i chirurgiczne.

CZERWIEC 2021

---

 FUNDACJA REPUBLIKAŃSKA

PARTNER PROJEKTU

