

System opieki zdrowotnej nie zapewniał kompleksowej opieki osobom cierpiącym na nadwagę, otyłość czy ich powikłania. Liczba osób z otyłością oraz kwoty wydatkowane na jej leczenie systematycznie rosły: według szacunków NIK w 2022 r. w Polsce z otyłością zmagало się ponad 9 mln osób dorosłych, a wydatki bezpośrednie związane z tą chorobą sięgały 9 mld zł. Nie opracowano ogólnopolskiej strategii profilaktyki oraz leczenia nadwagi i otyłości. Brakowało powszechnego dostępu do poradnictwa dietetycznego oraz opieki zespołów interdyscyplinarnych. Zamiast zapobiegać nadwadze i otyłości oraz leczyć te schorzenia, placówki POZ kierowały pacjentów do poradni zajmujących się powikłaniami tych chorób. Tymczasem kolejki do poradni specjalistycznych były coraz dłuższe. Np. liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni diabetologicznej wzrosła prawie czterokrotnie.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) otyłość to choroba przewlekła, która nie ustępuje samoistnie i ma tendencję do nawrotów. Nieleczona powoduje szereg powikłań, w tym m.in.: choroby sercowo-naczyniowe, cukrzycę typu 2, nowotwory, udar, a także problemy natury psychicznej, takie jak depresja czy lęki. Na podstawie wartości wskaźnika BMI Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wyróżnia trzy stopnie otyłości: $30 \leq \text{BMI}$

Otyłość i jej powikłania stanowią zagrożenie dla życia, wymagają stałego leczenia, a także są przyczyną dziesiątek tysięcy zgonów rocznie. Według OECD choroby związane z otyłością sprawiają, że Polacy żyją krócej średnio o ok. 4 lata w porównaniu z osobami o prawidłowej masie ciała.

Na podstawie danych z GUS i NFZ, Najwyższa Izba Kontroli oszacowała, że **w Polsce na otyłość choruje ok. 9 mln dorosłych osób**. Jak podaje Fundusz, w latach 2020-2022 w POZ i AOS z tego powodu w naszym kraju było leczonych prawie 800 tys. pacjentów, którym udzielono łącznie 2,2 mln świadczeń. W ciągu trzech lat objętych kontrolą liczba pacjentów zwiększyła się o połowę. O ponad 40% wzrosła liczba świadczeń udzielonych z powodu choroby otyłościowej. Udzielono ponad pół miliona świadczeń, w których otyłość była rozpoznaniem głównym oraz ponad trzykrotnie więcej, gdzie była rozpoznaniem współistniejącym.

Dane uzyskane w trakcie kontroli pokazały, że **w 2022 r. nadwaga i otyłość dotyczyły, w zależności od województwa, ok. 60-70% mieszkańców**.

Negatywne skutki otyłości dotyczą także sfery ekonomicznej i społecznej. Według danych OECD każdego roku **ok. 1,5 mln hospitalizacji ma związek z otyłością, a leczenie tej choroby i jej powikłań pochłania 1/5 budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia**. Dane ZUS pokazują, że w latach 2012-2022 **wydatki z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych poniesione na świadczenia wynikające z niezdolności do pracy w związku z rozpoznaniem otyłości wzrosły z ok. 22 mln zł do prawie 31 mln zł**. Z otyłością związana jest również absencja w pracy i niższa wydajność pracowników. **W ciągu 10 lat liczba dni nieobecności w pracy z powodu otyłości wzrosła ponad siedmiokrotnie, tj. z ok. 28 tys. do prawie 206 tys., zaś wydatki na ten cel wzrosły 12-krotnie, tj. z ok. 1,7 mln zł do niemal 21 mln zł**. Według szacunków OECD w ciągu 30 lat z powodu chorób wywołanych otyłością nasz kraj straci ok. **108 mld zł (4,1% PKB)**, tj. średnio ok. 3,6 mld zł rocznie (ok. 0,14% PKB).

Kontrolą objęto Ministerstwo Zdrowia, 15 podmiotów leczniczych realizujących umowy w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) oraz 5 podmiotów leczniczych realizujących umowy w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS), w ramach których funkcjonowały poradnie: kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, chirurgiczna i metaboliczna.

W 2021 roku w raporcie z kontroli dotyczącej otyłości u dzieci i młodzieży NIK alarmowała, że w polskim systemie opieki zdrowotnej brakuje kompleksowych, ustandaryzowanych rozwiązań dotyczących zapobiegania i leczenia nadwagi, otyłości oraz ich powikłań. Izba zwraca uwagę, że jeśli chodzi o organizację profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych ustalenia te pozostają aktualne. Ponadto NIK podkreśla, że do czasu zakończenia niniejszej kontroli Ministerstwo Zdrowia nie opracowało wytycznych dotyczących leczenia osób z otyłością.

Najważniejsze ustalenia kontroli

Aż $\frac{3}{4}$ pacjentów ze zdiagnozowaną otyłością leczyło się również z powodu innych chorób. Dotyczyło to 206 z 277 pacjentów skontrolowanych POZ, w ramach próby zbadanej w kontroli NIK. W okresie objętym kontrolą wraz z otyłością najczęściej występowały: **nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 oraz niedoczynność tarczycy**. Ustalenia kontroli w dużym stopniu odzwierciedlają dane dotyczące całej Polski.

Ani na szczeblu lokalnym, ani ogólnopolskim nie podejmowano wystarczających działań na rzecz rozpoznania potrzeb dotyczących profilaktyki nadwagi i otyłości. **Nie zgromadzono danych** dotyczących liczby osób zagrożonych otyłością i cierpiących na tę chorobę. Od lat publikowane są raporty w tym obszarze, ale **brakuje systematycznych badań** pokazujących trend i skalę problemu. Taka sytuacja przekłada się na **kulejącą profilaktykę i leczenie pacjentów z nadwagą i otyłością**. NIK podkreśla, że **diagnozowanie i leczenie otyłości u osób dorosłych zarówno w POZ, jak i AOS nie przynosi pożądanych efektów**. Zbyt późne rozpoznawanie otyłości powoduje rozwój innych towarzyszących jej chorób, utrudnia leczenie otyłości i zapobieganie powikłaniom.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

W Polsce odpowiedzialność za profilaktykę, diagnostykę oraz wybór odpowiedniej metody leczenia otyłości spoczywa w pierwszej kolejności na lekarzach POZ. Tymczasem, jak wykazała kontrola NIK, **lekarze POZ nie czuli się kompetentni, aby leczyć osoby cierpiące na otyłość**. Narzekali oni na brak czasu, mieli problemy z rozpoznaniem otyłości u swoich pacjentów, których w konsekwencji często odsyłali do poradni specjalistycznych zajmujących się leczeniem powikłań otyłości. Jednocześnie lekarze ci byli zgodni, że **brakuje dietetyków i zespołów interdyscyplinarnych obejmujących lekarzy, dietetyków, psychologów i fizjoterapeutów, do których można by kierować osoby z nadmierną masą ciała**. Pacjenci z otyłością nie mieli powszechnego dostępu do takich specjalistów, ponieważ **koszyk świadczeń gwarantowanych nie obejmował tego rodzaju wsparcia**.

Jednocześnie NIK zwraca uwagę, że wykonywanie **zawodu dietetyka ciągle jeszcze nie zostało uregulowane w prawie**. W 2004 r. podjęto prace nad ustawą o niektórych zawodach medycznych, która miała m.in. ustalić miejsce tej profesji w służbie zdrowia. W 2010 r., po konsultacjach społecznych, projekt tej ustawy został zamieszczony na stronie Ministerstwa Zdrowia, jednak nie był on dalej procedowany w Sejmie. W styczniu 2023 r. ponownie podjęto działania w tej sprawie, jednak w **uchwalonej ustawie nie ujęto zawodu dietetyka**.

Spośród pacjentów skontrolowanych POZ, którym w danym roku, w okresie objętym kontrolą, udzielono co najmniej jednej porady w trakcie wizyty stacjonarnej u lekarza, **wyniki pomiarów masy ciała i wzrostu odnotowano jedynie w 30% skontrolowanych dokumentacji medycznych, natomiast brakowało wiedzy co do ilu pacjentów dane te przekazano do NFZ**. Izba zwraca uwagę, że brak

corocznych pomiarów masy ciała i wzrostu pacjentów utrudnia monitorowanie postępów leczenia otyłości. Jednocześnie NIK podkreśla, że **od 2020 roku podmioty lecznicze realizujące świadczenia POZ mają prawny obowiązek raportowania powyższych danych do NFZ.**

Słabe efekty leczenia

Kontrola NIK wykazała, że **efekty leczenia otyłości były niezadowalające** albo nie można było ich ocenić ze względu na brak danych. W skontrolowanych POZ nie monitorowano wskaźnika BMI, a wartość pomiaru masy ciała zapisano tylko w 10,5% kart historii zdrowia i choroby. **Większość lekarzy POZ nie monitorowała stanu zdrowia ani efektów leczenia** pacjentów ze zdiagnozowaną otyłością. Tylko co trzeci pacjent, u którego w okresie objętym kontrolą zdiagnozowano otyłość, był ważony przed postawieniem takiego rozpoznania. NIK podkreśla, że **brak monitorowania pacjentów zagrożonych otyłością opóźnia rozpoznanie choroby** i przyczynia się do częstszego występowania powikłań. W 2021 r. w stosunku do 2020 r. prawie połowa pacjentów zredukowała masę ciała, a u co trzeciego chorego otyłość postępowała. Natomiast w 2022 r. w stosunku do 2021 r. prawie 28% pacjentów zmniejszyło swoją masę ciała, a u **zdecydowanej większości — bo w przypadku ponad 62% osób z otyłością — obserwowano przyrost masy ciała.**

Brak rzetelnych danych

System gromadzenia informacji o liczbie osób leczonych na otyłość nie zapewniał wiarygodnych danych dotyczących skali problemu. Sporządzona przez Ministerstwo Zdrowia **instrukcja wypełnienia sprawozdań MZ-11 była nieprecyzyjna, co generowało różnice w szacowaniu liczby pacjentów** objętych opieką czynną z powodu choroby otyłościowej u świadczeniodawców POZ.

Jak wskazują dane ogólnopolskie, w okresie objętym kontrolą — mimo ustawowego obowiązku — tylko około 70% placówek POZ przekazało do Ministerstwa Zdrowia sprawozdania statystyczne MZ-11. We wszystkich podmiotach objętych kontrolą, które przekazały te sprawozdania, stwierdzono błędne dane. NIK zauważa, że brak pełnych i rzetelnych danych utrudniał Ministrowi podejmowanie skutecznych działań. Według danych w sprawozdaniach MZ-11 pacjenci powyżej 19. roku życia objęci opieką czynną z powodu otyłości stanowili w latach 2020-2021 średnio 1,3% pacjentów zadeklarowanych do lekarzy POZ u danego świadczeniodawcy. Biorąc pod uwagę dane WHO i NFZ, **szacowana skala otyłości wśród dorosłych w Polsce jest prawie dwudziestokrotnie wyższa niż wskazują sprawozdania MZ-11.** Taka sytuacja pokazuje, że nie wszyscy chorzy znajdowali się pod opieką lekarzy POZ: **według szacunków tylko jeden na sześciu pacjentów POZ był objęty opieką czynną.**

Zgodnie z danymi NFZ w każdym roku objętym kontrolą **ok. 21 mln pacjentów** skorzystało przynajmniej z jednego świadczenia w POZ. Według wskaźnika BMI obliczonego dla 7% tych pacjentów, otyłość w kolejnych latach stwierdzono u około 30% osób. Natomiast NIK podkreśla, że większym problemem jest brak danych dla większości pacjentów: dane dotyczące aż 93% osób, które odbyły choć jedną wizytę u lekarza POZ nie były przekazywane do NFZ.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

W okresie objętym kontrolą **zwiększyła się liczba osób oczekujących na świadczenia w poradniach specjalistycznych.** Np. kolejka oczekujących na wizytę w poradni diabetologicznej wydłużyła się **prawie czterokrotnie: z 1,4 do 5,3 tys. pacjentów.** W latach 2020-2022 wydłużył się też czas

oczekiwania na wizytę w poradniach specjalistycznych. Przykładowo, pacjenci poradni diabetologicznych w przypadkach pilnych w 2020 r. czekali na przyjęcie przez lekarza 10 dni, a w 2022 r. już 30 dni. W przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania skrócił się jedynie w poradniach endokrynologicznych: z 246 do 221 dni, tj. o 10%.

Sprzęt medyczny dla pacjentów z otyłością

Wszystkie skontrolowane jednostki POZ posiadały wymagany sprzęt, tj. wagę ze wzrostomierzem oraz ciśnieniomierz z różnymi rozmiarami mankietów. Jednak **w niektórych przypadkach brakowało wyposażenia do wykonywania rzetelnych pomiarów u pacjentów z otyłością III stopnia**. Np. dwie jednostki nie miały wagi o nośności powyżej 150 kg, a cztery – mankiety do ciśnieniomierzy o szerokości ponad 50 cm.

Kontrola NIK wykazała, że **Minister Zdrowia nie miał wiedzy na temat dostępności i zapotrzebowania podmiotów medycznych na sprzęt diagnostyczny** dla chorych na otyłość III stopnia, np. rezonansów magnetycznych, tomografów komputerowych. W grudniu 2020 r. Minister Zdrowia uzyskał od wojewodów jedynie dane dotyczące liczby karet bariatrycznych (o zwiększonej nośności), przystosowanych do pomocy pacjentom z otyłością III stopnia.

Według tych danych w całej Polsce były dostępne tylko 33 karetki bariatryczne, których rozmieszczenie było nierównomierne: w czterech województwach nie było w ogóle takich pojazdów, a w jednym było ich sześć.

Koszty profilaktyki i leczenia otyłości

NIK alarmuje, że podmioty POZ przeznaczały znikome kwoty na promocję zdrowia. Według danych GUS **w 2020 r. wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne stanowiły niecałe 2% z prawie 152 mld zł** wydanych na ochronę zdrowia z nakładów publicznych i prywatnych.

Tymczasem koszty leczenia otyłości i jej powikłań są horrendalne. Szacuje się, że koszty bezpośrednie związane z otyłością mogły stanowić ponad 9 mld zł, a pośrednie prawie 27 mld zł, gdzie całkowite wydatki NFZ na ochronę zdrowia w 2022 r. wyniosły 133,6 mld zł.

Jedyną procedurą leczenia otyłości w Polsce finansowaną ze środków publicznych jest chirurgia bariatryczna. W latach objętych kontrolą takie leczenie zastosowano u prawie 17,5 tys. pacjentów, a **NFZ wydatkował na ten cel 233 mln zł**. Jednostkowy koszt bariatrycznego leczenia pacjenta (poza programem KOS-BAR) w 2021 r. przekroczył 13 tys. zł, a w 2022 r. wyniósł 16,5 tys. zł.

Działania Ministra Zdrowia

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia podejmował - sam oraz we współpracy z innymi podmiotami - szereg działań mających zapobiegać nadwadze i otyłości, poprzez promocję zdrowego stylu życia oraz motywowanie do zmiany postaw i nawyków żywieniowych. Zadania te były realizowane głównie w ramach NPZ, czyli Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, a następnie NPZ 2021-2025. Do osób chorych na otyłość skierowany był program pilotażowy Ministra Zdrowia dotyczący kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR), wdrożony w 2021 r. W 2022 r. koszty realizacji programu zaplanowano

na ponad 105 mln zł.

Od 1 lipca 2021 r. Ministerstwo Zdrowia wprowadziło bezlimitowe, tj. zgodne z rzeczywistym wykonaniem, rozliczanie wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS. Zgodnie z założeniami Ministra takie rozwiązanie miało skrócić czas oczekiwania na wizytę i zmniejszyć kolejki, a tym samym ułatwić dostęp do lekarzy specjalistów. Jednak działania Ministra nie przyniosły oczekiwanych efektów. **Dostęp do świadczeń zdrowotnych był znacznie ograniczony, przede wszystkim ze względu na długi czas oczekiwania na wizytę w poradniach specjalistycznych.**

Pandemia

W latach 2020-2022, ze względu na pandemię COVID-19, działania POZ dotyczące profilaktyki nadwagi i otyłości były niewystarczające. W większości przypadków nie rozpoznawano skali problemu ani potrzeb w tym zakresie. Okres pandemii COVID-19 był szczególnie trudny, jeśli chodzi o przeciwdziałanie otyłości. Negatywny wpływ na zdrowie Polaków miała niekorzystna zmiana diety oraz spadek aktywności fizycznej wynikający z izolacji, pracy zdalnej i ograniczonego dostępu do infrastruktury sprzyjającej aktywności fizycznej (zamknięte siłownie). Z drugiej strony lekarze POZ koncentrowali się na leczeniu COVID-19, w związku z czym działania profilaktyczne i lecznicze dotyczące innych chorób, w tym otyłości, zeszły na dalszy plan.

Jedną z konsekwencji pandemii COVID-19 było pogłębienie otyłości u osób dorosłych. Z sondażu Ipsos COVID 365+ wynika, że 42% osób przybrało na wadze średnio 5,7 kg. Dane te potwierdza również raport Fundacji Aflofarm, który wskazuje, że **u ok. 41% Polaków odnotowano wzrost masy w ciągu roku od wybuchu pandemii.**

Działania na szczeblu samorządowym

W okresie objętym kontrolą **działania wybranych 23 jednostek samorządu terytorialnego dotyczące rozpoznawania potrzeb i promowania zdrowego stylu życia były ograniczone. Ponad 1/3 samorządów z 23, do których wysłano zapytanie, nie podejmowała żadnych działań w tym obszarze.** Pozostałe jst, w ramach szeroko rozumianej profilaktyki otyłości, m.in. zadeklarowały, że tworzyły infrastrukturę sprzyjającą aktywności fizycznej, takie jak siłownie plenerowe czy ścieżki rowerowe. Placówki oświatowe prowadziły działania profilaktyczno-edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży, a domy opieki społecznej wspierały przede wszystkim osoby dorosłe. NIK podkreśla, że **prawo nie nakłada na samorządy obowiązków w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.** Jednak zadania samorządów wojewódzkich, powiatowych i gminnych obejmują działania związane z ochroną zdrowia. Także ustawa o świadczeniach zdrowotnych wskazuje kierunki prozdrowotnych działań samorządów na rzecz mieszkańców.

WBIOSKI

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że skala problemów zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości wymaga kompleksowego planu działania, który będzie obejmował pełną profilaktykę nadwagi i otyłości oraz dostęp do leczenia otyłości zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i międzynarodowymi standardami. W związku z powyższym Izba wnosi do:

Ministra Zdrowia o:

- przygotowanie - we współpracy z innymi ministrami - i wdrożenie ogólnopolskiego, kompleksowego planu profilaktyki nadwagi i otyłości (obejmującego m.in. edukację żywieniową);
- przygotowanie i wdrożenie ogólnopolskiego, kompleksowego planu postępowania z pacjentami z otyłością, poprzedzone analizą funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w tym zakresie;
- zapewnienie adekwatnych do potrzeb zasobów, struktur i standardów organizacyjnych, umożliwiających realizację kompleksowego planu prowadzenia profilaktyki oraz leczenia nadwagi i otyłości, w tym systemu monitorowania i nadzoru nad organizacją i sposobem sprawowania opieki zdrowotnej, jej efektami, dostępem do profilaktyki, diagnostyki i leczenia, a także jakości świadczonych usług zdrowotnych;
- zapewnienie wiarygodnych źródeł informacji o skali otyłości wśród osób dorosłych;
- bieżące rozeznanie co do zasobów i potrzeb dotyczących specjalistycznego sprzętu wspierającego leczenie osób z chorobą otyłości znacznego stopnia;
- efektywne skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia w poradniach specjalistycznych diabetologicznych, endokrynologicznych i kardiologicznych.

Narodowego Funduszu Zdrowia o egzekwowanie od świadczeniodawców POZ realizacji obowiązku przekazywania danych dotyczących udzielonych świadczeń, w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, obejmujących informację o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy - co najmniej raz w danym roku kalendarzowym, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

Świadczeniodawców AOS o systematyczne monitorowanie realizacji obowiązku przekazywania przez lekarza AOS kierującemu lekarzowi POZ informacji związanych z leczeniem pacjenta, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz dokumentowania tego faktu.

Świadczeniodawców POZ o:

- przekazywanie do NFZ, co najmniej raz w roku, wyników pomiarów wzrostu i masy ciała pacjentów, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców;
- zapewnienie rzetelnych, zgodnych ze stanem faktycznym danych w sprawozdaniach statystycznych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej;
- zapewnienie skutecznego nadzoru nad realizacją zadań dotyczących osób chorych na otyłość, jakością udzielanych świadczeń oraz prowadzeniem dokumentacji medycznej, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej.

Jednocześnie NIK zwraca uwagę, że Minister Zdrowia nie zrealizował wniosków ujętych w Informacji o wynikach kontroli NIK z 2021 r. pn. Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych. Izba podkreśla, że w świetle ustaleń niniejszej kontroli wnioski te są nadal aktualne.

Źródło: NIK