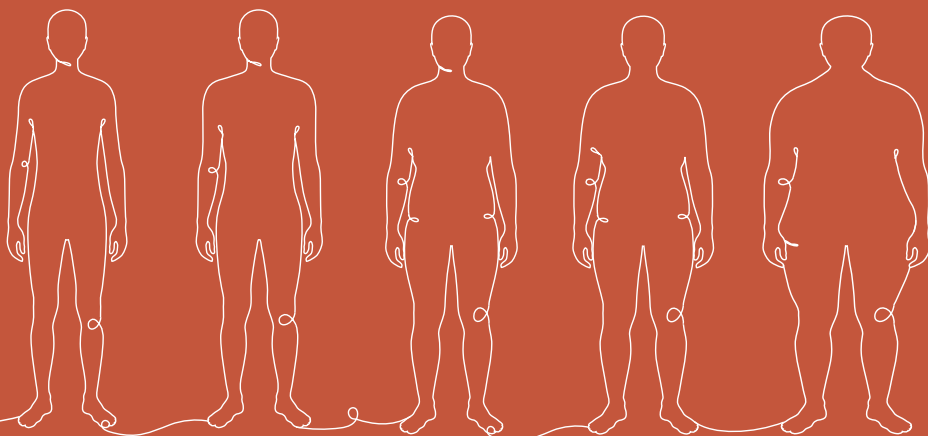


Otyłość.

Skala zjawiska i konsekwencje

Założenia do stworzenia planu
strategicznego redukcji otyłości w Polsce



20

24

WARSZAWA



IZMOZ

INSTYTUT ZARZĄDZANIA
W OCHRONIE ZDROWIA



PARTNERSTWO
NA RZECZ PROFILAKTYKI
I LECZENIA OTYŁOŚCI

Redakcja naukowa

Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

Autorzy:

Prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański

Dr hab. n. med. Michał Brzeziński

Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

Dr n. o zdr. Matylda Kręgielska-Narożna

Dr hab. n. o zdr. Iwona Kowalska-Bobko

Marta Pawłowska, MBA

Karolina Piotrowska

Dr hab. n. med. Mariusz Wyleźół

Opracowanie graficzne:

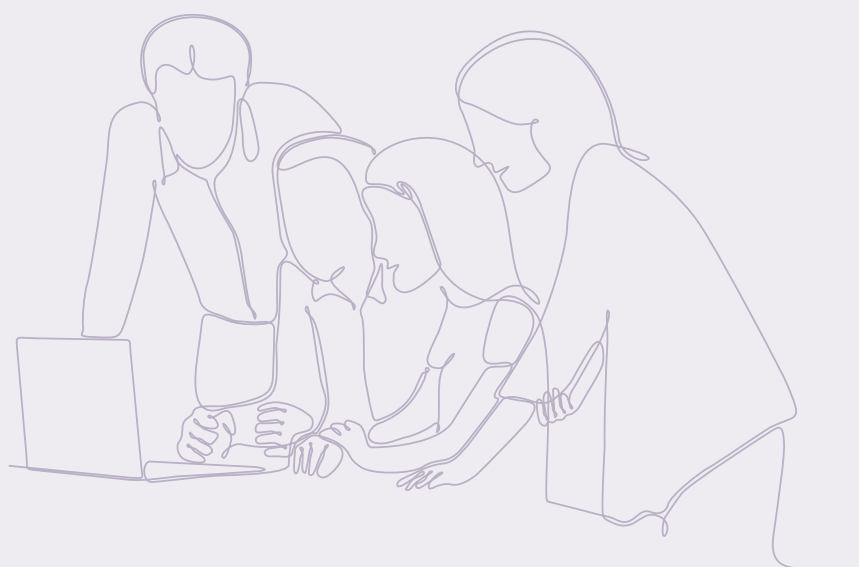
Katarzyna Kapcia

Warszawa, czerwiec 2024

ISBN 978-83-60694-54-1

e-ISBN 978-83-60694-55-8

DOI 10.26399/978-83-60694-54-1



Raport pod patronatem:



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCyny RODZINNEJ

Projekt zrealizowany dzięki wsparciu:



Medtronic

Spis treści

| | |
|---|-----|
| Wstęp | 5 |
| Komentarz ekspercki..... | 8 |
| Aspekty kliniczne otyłości..... | 11 |
| 1.1 Co to jest otyłość i jakie są jej konsekwencje?..... | 12 |
| 1.2 Jaka jest przyczyna otyłości?..... | 12 |
| 1.3 Diagnostyka..... | 13 |
| 1.4 Leczenie..... | 14 |
| 1.5 Skuteczność terapii..... | 16 |
| Prewencja otyłości..... | 18 |
| Epidemiologia otyłości na świecie, w Europie i w Polsce | 21 |
| Koszty otyłości: Polska na tle krajów świata..... | 30 |
| 4.1 Koszty otyłości na świecie..... | 31 |
| 4.2 Koszty otyłości w Polsce | 33 |
| 4.3 Wnioski | 37 |
| Organizacja opieki nad pacjentami chorymi na otyłość – analiza międzynarodowa..... | 38 |
| 5.1. Polska..... | 39 |
| 5.2. Czechy..... | 44 |
| 5.3. Węgry..... | 48 |
| 5.4. Wielka Brytania..... | 50 |
| 5.5. Irlandia | 55 |
| 5.6. Niemcy..... | 58 |
| 5.7. Kanada | 60 |
| 5.8. Rumunia..... | 63 |
| 5.9. Francja | 66 |
| 5.10. Hiszpania | 73 |
| 5.11. Dania..... | 79 |
| 5.12. Portugalia | 84 |
| 5.13. Włochy | 89 |
| Redukcja otyłości dziecięcej - dobre praktyki międzynarodowe..... | 96 |
| 6.1 Interwencje krajowe i regionalne w Europie, USA i Australii, inspiracje dla Polski | 97 |
| 6.2 Stany Zjednoczone | 97 |
| 6.3 Australia..... | 103 |
| 6.4 Finlandia | 104 |
| 6.5 Holandia | 106 |
| 6.6 Francja | 110 |
| 6.7 Wielka Brytania..... | 114 |
| 6.8 Podsumowanie | 118 |
| Ścieżka pacjenta w polskim systemie..... | 119 |
| 7.1. Ścieżka pacjenta pediatrycznego chorującego na otyłość w polskim systemie publicznym | 120 |
| 7.2. Ścieżka dorosłego pacjenta z otyłością w polskim systemie publicznym – dostępne metody leczenia, kluczowe wyzwania | 125 |

| | |
|---|-----|
| Skuteczne interwencje w zakresie leczenia choroby otyłościowej | 130 |
| 8.1 Interwencje w zakresie aktywności fizycznej..... | 134 |
| 8.2 Wsparcie psychologiczne | 135 |
| 8.3 Chirurgia bariatryczna..... | 136 |
| 8.4 Farmakoterapia w leczeniu choroby otyłościowej..... | 137 |
| 8.5 Łączenie metod leczniczych | 138 |
| Krajowy plan strategiczny redukcji otyłości- założenia dla Polski | 139 |
| 9.1 Założenia wyjściowe i warunki sukcesu | 140 |
| 9.2 Ekosystem społeczny STOP OTYŁOŚCI | 141 |
| 9.3 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - model partycypacji międzysektorowej | 142 |
| 9.4 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - 12 kluczowych zasad i wartości | 145 |
| 9.5 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - kierunki strategiczne rozwoju | 146 |
| 9.6 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - kluczowe mechanizmy realizacji strategii | 156 |
| 9.7 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - schemat zarządzania strategią | 158 |
| 9.8 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - wskaźniki monitorowania efektywności planu strategicznego | 159 |
| Spis tabel | 162 |
| Spis wykresów..... | 163 |
| Bibliografia..... | 164 |

Wstęp

„Nigdy nie rezygnuj z celu tylko dlatego,
że osiągnięcie go wymaga długiego czasu.

Czas i tak upłynie.”

/ Harriett Jackson Brown Jr /

Szanowni Państwo,

Otyłość jest jednym z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych XXI wieku, dotyczącym miliony ludzi na całym świecie, w tym także w Polsce. Według World Obesity Atlas, w 2020 r. ok. 2,6 mld osób miało nadwagę, z czego aż 0,99 mld chorowało na otyłość. W Polsce z analiz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH –PIB) wynika, że odsetek osób w wieku 20 lat i więcej, u których stwierdzono w 2022 r. zbyt wysoką masę ciała (indeks BMI ≥ 25), wyniósł 52,2%, a 13,6% Polaków cierpiało na otyłość (BMI ≥ 30). Zauważyć należy, że problem nadwagi i otyłości istotnie częściej dotyka mężczyzn niż kobiety. Zjawisko nadwagi odnotowano u 62,1% mężczyzn i 42,6% kobiet, zaś otyłość rozpoznana została odpowiednio u 15,7% mężczyzn i 11,7% kobiet. Krytyczne z punktu widzenia zdrowia publicznego są wskaźniki dotyczące populacji dzieci. W regionie Europy do 2030 r. 16,2% dzieci w wieku 5-9 r.ż. oraz 11,1 młodości w wieku 10-19 r.ż. będzie miało otyłość*. Już dzisiaj z chorobą tą zmagają się w Polsce 12,2% chłopców i 10% dziewcząt w wieku przedszkolnym oraz 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku szkolnym. Perspektywy są jednak jeszcze gorsze. Szacuje się, że do 2035 r. ponad połowa populacji świata będzie zmagająca się z nadmierną masą ciała. W Polsce otyłość rozwinie się u co czwartego mieszkańca**.

Problemy związane z nadmierną masą ciała nie ograniczają się jedynie do estetyki, ale przede wszystkim mają poważne konsekwencje zdrowotne, społeczne i ekonomiczne. Wzrost liczby osób z otyłością przyczynia się do eskalacji chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca typu 2, zespół metaboliczny, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, nadciśnienie tętnicze, choroby serca i niektóre nowotwory, zaburzenia psychiczne, endokrynologiczne i wiele innych, co z kolei obciąża system opieki zdrowotnej i gospodarkę narodową.

* NCD Risk Factor Collaboration (2017) and World Obesity Federation projections.

** Lobstein et al., 2023, <https://www.worldobesityday.org>.

*** NFZ o zdrowiu. Otyłość i jej konsekwencje, Warszawa 2024, www.nfz.gov.pl.

Dla przykładu, z analiz opublikowanych w 2024 r. przez NFZ wynika, że wśród pacjentów, którzy przeszli zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego spowodowany chorobą zwyrodnieniową kolan w 2023 roku, 50% chorowało na otyłość, ponad 36% z nich miało stwierdzoną cukrzycę, 87% nadciśnienie tętnicze a ponad 62% dyslipidemię***.

Otyłość odbiera nie tylko zdrowie, ale w konsekwencji prowadzi do przedwczesnej śmierci. Te problemy zdrowotne nie tylko obciążają system opieki zdrowotnej, ale także wpływają na gospodarkę zmniejszając produktywność i generując olbrzymie koszty leczenia. Wyłącza miliony osób z aktywności zawodowej i dotkliwie ogranicza potencjał rozwoju gospodarczego. Szacuje się, że ogólnoswiatowe koszty bezpośrednie i pośrednie nadwagi oraz otyłości wyniosą w 2025 r. 2,5% światowego PKB, co daje kwotę prawie 2,5 biliona USD****.

Nie jest przesadnym stwierdzenie, że na wzrost wartości zdrowotnej polskiej populacji największy wpływ będzie miało skuteczne zmniejszenie czynników ryzyka rozwoju otyłości i jej konsekwencji. Dotychczasowa koncentracja na diagnostyce i leczeniu powikłań otyłości nie rozwiązuje źródła problemu. Stosując działania zachowawcze, zarówno w profilaktyce, jak i leczeniu eskalujemy zjawiska, które rzutują na zdrowie wszystkich generacji polskiego społeczeństwa dzisiaj i w przyszłości.

W obliczu tych wyzwań Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego wraz z Polskim Towarzystwem Leczenia Otyłości zainicjował Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości i przygotował niniejszy raport, pt. „*Otyłość. Skala zjawiska i konsekwencje. Założenia do stworzenia planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce*”. Celem raportu jest przedstawienie kompleksowej analizy obecnej sytuacji dotyczącej otyłości w Polsce oraz zaproponowanie założeń do krajowego planu strategicznego, który pozwoli na skuteczne przeciwdziałanie temu groźnemu zjawisku. W formule Partnerstwa zaszyta jest idea włączenia szerokiego grona interesariuszy systemowych, naukowych, społecznych i biznesowych do dialogu i wspólnego działania na rzecz powstrzymania epidemii otyłości w Polsce. Wierzymy, że w oparciu o taki dokument, pod skrzydłami silnego centralnego przywództwa uda się dokonać powszechnej oddolnej mobilizacji, bowiem tylko wielośrodowiskowa determinacja i skoordynowane działania mogą zaowocować poprawą stanu zdrowia Polaków i powstrzymać zagrożenia, jakie eskalują wraz z coraz większym problemem otyłości w Polsce.

W ramach założeń do krajowego planu strategicznego proponujemy szereg inicjatyw i działań, które obejmują edukację zdrowotną, promocję zdrowego stylu życia, dostęp do zdrowej

*** NFZ o zdrowiu. Otyłość i jej konsekwencje, Warszawa 2024, www.nfz.gov.pl.

**** Ibidem.

żywności, infrastruktury i mediów promujących aktywny styl życia oraz do skutecznego leczenia i wsparcia dla osób już borykających się z problemem nadwagi i otyłości. Szczególną uwagę zwracamy na samorzady, szkoły oraz organizacje pozarządowe, które mogą odegrać kluczową rolę w lokalnych działaniach na rzecz zdrowia publicznego. Zasięg proponowanych działań i interwencji nie ma swojego odpowiednika w świecie, co potwierdza przegląd praktyk międzynarodowych. Tym samym Polska na progu swojej Prezydencji w UE może nadać nowy ton dyskusji o polityce wspólnoty europejskiej, która powinna integrować się w działaniach na rzecz zdrowia, redukcji nadwagi i otyłości.

Autorzy raportu, świadomi presji czasu, jaki umyka nam w bezskutecznej walce z otyłością, przedkładają to opracowanie opinii publicznej do powszechnego wykorzystania z nadzieją, że wdrożenie proponowanego planu strategicznego przyniesie tak oczekiwany postęp, a w konsekwencji znaczące korzyści zdrowotne i ekonomiczne dla naszego społeczeństwa. Z tego miejsca pragniemy serdecznie zaprosić do współpracy wszystkie zainteresowane strony – przedstawiciele rządu, samorządów, instytucji edukacyjnych, organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego. Tylko wspólnie możemy stworzyć lepsze warunki życia i zdrowia dla przyszłych pokoleń Polaków.

Zapraszam do lektury!

Z wyrazami szacunku,

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka

Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia

Uczelnia Łazarzkiego

Komentarz ekspercki



Dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej,
prezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Raport „Otyłość. Założenia do stworzenia planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce” przygotowany pod redakcją naukową dr n. ekon. Małgorzaty Gałązki-Sobotki stanowi bardzo ważny i cenny głos w dyskusji nad strategią systemowego podejścia do problemu otyłości, która jest globalnym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w krajach rozwiniętych i rozwijających się.

Pogarszająca się jakość żywności, a także zmiany w stylu życia wiodące do ograniczenia aktywności fizycznej prowadzą nieuchronnie do wzrostu w populacjach odsetka osób z nadmierną masą ciała.

Na świecie wskaźniki otyłości rosną szybciej wśród dzieci i młodzieży. **Przewiduje się, że odsetek otyłości u dzieci wzrośnie ponad dwukrotnie w latach 2020–2035.**

Otyłość wiąże się ze zwiększonymi kosztami opieki zdrowotnej, a dodatkowe koszty rosną wraz ze wzrostem BMI. Te dane epidemiologiczne pokazują, że otyłość jest problemem globalnym, który wymaga kompleksowych działań zarówno na poziomie jednostkowym, jak i społecznym, aby zapobiec dalszemu wzrostowi tego zjawiska.

Według danych epidemiologicznych przedstawionych w raporcie, szacuje się, że liczba dorosłych osób z otyłością w Polsce wzrośnie do 6,1–11,4 miliona osób. Odsetek otyłości wśród dorosłych kobiet wyniesie 26%, a wśród dorosłych mężczyzn – 30%.

W Europie średnia strata czasu życia w zamożniejszych krajach UE wyniesie około 2,9 roku w ciągu najbliższych 30 lat.

Omawiając problem otyłości, trudno nie wspomnieć o kosztach tego problemu zdrowotnego. W skali światowej otyłość generuje roczne koszty rzędu 4,32 biliona dolarów, co stanowi prawie 3% światowego produktu krajowego brutto. Otyłość odpowiada za 70% kosztów leczenia cukrzycy, 23% kosztów leczenia chorób sercowo-naczyniowych i 9% kosztów leczenia raka.

W Polsce, otyłość generuje znaczne koszty związane z opieką zdrowotną i utratą produktywności. **Szacuje się, że koszty związane z otyłością w Polsce wynoszą około 10 miliardów złotych rocznie.**

Ciekawą częścią raportu jest charakterystyka postępowania z otyłością w różnych krajach europejskich. Analiza ta pokazuje różne strategie, ale jednocześnie widać z niej, że pomimo rozmaitych podejmowanych działań, są one nadal niewystarczające, aby postawić tamę temu rosnącemu wyzwaniu. Ta smutna konstatacja dotyczy także Polski, która nie ma obecnie jednolitego, kompleksowego planu redukcji otyłości wśród dzieci i dorosłych.

Autorzy raportu przedstawiają także nowoczesne metody leczenia otyłości, uwzględniając nowości w farmakoterapii i wskazując jej ograniczenia (dostępność, cena leków, brak rejestracji części preparatów w populacji pediatrycznej).

W podsumowaniu, formułując rekomendacje do strategii, postulują włączenie szerokiego grona interesariuszy systemowych, naukowych, społecznych i biznesowych do dialogu i wspólnego działania na rzecz powstrzymania epidemii otyłości w Polsce. To ważne, aby podkreślać, że bez szerokiej, międzysektorowej koalicji nie uda się zahamować epidemii otyłości. Ważna jest także mobilizacja społeczna poprzez wielośrodowiskową determinację i skoordynowane działanie. Strategia powinna zawierać propozycje inicjatyw i działań, takich jak edukacja zdrowotna, promocja zdrowego stylu życia oraz zapewnienie dostępu do kompleksowej opieki medycznej, zapewniającej zintegrowane świadczenia dla pacjentów z otyłością.

Model ekosystemu STOP OTYŁOŚCI zaproponowany w raporcie zawiera 12 kroków:

1. Wzrost świadomości społecznej na temat otyłości i jej konsekwencji.
2. Wprowadzenie edukacji zdrowotnej w szkołach i przedszkolach.
3. Promowanie aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia.
4. Poprawa dostępu do zdrowej żywności.
5. Wspieranie badań naukowych nad otyłością.
6. Tworzenie programów profilaktycznych i interwencyjnych.
7. Współpraca między sektorami publicznym, prywatnym i społeczeństwem obywatelskim.
8. Wprowadzenie regulacji dotyczących reklamy żywności i napojów niezdrowych.
9. Promowanie aktywności fizycznej w miejscach pracy.
10. Wspieranie programów redukcji masy ciała.
11. Zapewnienie wsparcia psychologicznego dla osób z otyłością.
12. Monitorowanie i ocena skuteczności działań podejmowanych w ramach ekosystemu Stop Otyłości.

Poprzez realizację tych 12 kroków, można skutecznie przeciwdziałać problemowi otyłości i poprawić zdrowie społeczeństwa. Plan strategiczny ma na celu poprawę stanu zdrowia Polaków oraz powstrzymanie eskalacji zagrożeń związanych z problemem otyłości w Polsce.

Raport stanowi niejako gotowy „*user manual*” dla decydentów – nie tylko Ministerstwa Zdrowia, lecz dla polityków w ujęciu międzysektorowym.

Gratulując autorom, życzę nam, jako społeczeństwu, abyśmy doczekali jego realizacji, a przynajmniej – na początek – zrozumienia, że bez wspólnych, systemowo zaplanowanych i szeroko zakrojonych działań, nie zapanujemy nad tą globalną, niezakaźną pandemią XXI wieku.



01

Aspekty kliniczne otyłości

prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański
dr n. o zdr. Matylda Kręgielska-Narozna

1.1 Co to jest otyłość i jakie są jej konsekwencje?



Otyłość to choroba przewlekła, wynikająca z nadmiernie nagromadzonej tkanki tłuszczowej w organizmie. To choroba postępująca, która sama nie ustępuje i ma charakter nawrotowy. Jej występowanie wiąże się z licznymi, niekorzystnymi konsekwencjami, w wymiarze indywidualnym i społecznym.

Zdefiniowano ponad 200 powikłań klinicznych choroby, a wśród nich znajdują się m. in.:

- nadciśnienie tętnicze,
- cukrzyca typu 2,
- zaburzenia gospodarki lipidowej,
- udary mózgu, choroby sercowo-naczyniowe,
- niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby,
- obturacyjny bezdech senny,
- kamica pęcherzyka żółciowego,
- choroby nowotworowe, w tym rak jelita grubego i rak piersi,
- zaburzenia hormonalne, w tym zaburzenia erekcji, zespół policystycznych jajników, niepłodność,
- choroby stawów,
- depresja i zaburzenia nastroju.

Liczne powikłania otyłości wiążą się z obniżeniem jakości oraz skróceniem oczekiwanego czasu życia chorych.

W wymiarze globalnym, choroba otyłościowa wiąże się z wielkimi nakładami finansowymi na opiekę zdrowotną oraz kosztami ubezpieczeń związanych z utraconą produktywnością i niezdolnością do pracy. Coraz częściej zwraca się też uwagę na kontekst środowiskowy otyłości. Nadmierna i nierównoważona produkcja wysoko przetworzonej żywności z jednej strony jest czynnikiem powstawania otyłości, a z drugiej ogromnym obciążeniem ekologicznym.

1.2 Jaka jest przyczyna otyłości?

Przyczyną otyłości, w sensie patofizjologicznym, jest zaburzona równowaga energetyczna organizmu. Występuje ona przy tzw. dodatnim bilansie energetycznym, czyli sytuacji, w której ilość energii (kilookalorii, kcal) pobieranej z pożywienia jest wyższa niż ilość energii wydatkowanej przez organizm. Jednak **na powstawanie tej jednostki chorobowej wpływ ma szereg czynników**, które wzajemnie się przenikają i często są od siebie zależne. **Zaliczamy do nich:**

➤ Czynniki społeczne (makrośrodowisko)

Niespotykana jak dotąd w historii ludzkości, związana ze zmianami cywilizacyjnymi, dostępność pożywienia, którego pozyskanie nie wiąże się z dużym wysiłkiem energetycznym, sprawia, że globalnie w krajach o wysokim statusie socjoekonomicznym konsumowana jest bardzo duża ilość zasobów żywnościowych. Przekracza ona znacząco zapotrzebowanie tych

populacji. Dodatkowo, tak zwany zachodni styl, „wymusza” siedzący tryb życia związany z pracą zarobkową i rozrywką m. in. poprzez powszechny dostęp do środków transportu i urządzeń elektronicznych.

📌 Czynniki środowiskowe (mikrośrodowisko)

Przyczyn rozwoju nadmiernej masy ciała należy szukać m.in. w nawykach żywieniowych i nawykach stylu życia wyniesionych z domu. Wzorce zachowań zdrowotnych kształtujące się od najmłodszych lat są najczęściej powtarzane w wieku dorosłym.

📌 Czynniki psychologiczne

Na powstawanie choroby otyłościowej mogą mieć również wpływ czynniki psychologiczne tj. zaburzenia odżywiania (bulimia, napadowe jedzenie, jedzenie nocne), a także ograniczone możliwości radzenia sobie ze stresem, który jest nierozzerwalnym elementem funkcjonowania w dzisiejszym świecie i może sprzyjać powstawaniu powyższych zaburzeń oraz depresji.

📌 Uwarunkowania genetyczne i epigenetyczne

U około 95% osób z otyłością występuje wielogenowa tendencja do powstawa-

nia otyłości, można jednak temu zapobiec dzięki modyfikacjom środowiskowym. Modyfikacje te (zarówno na etapie życia płodowego, we wczesnym dzieciństwie, jak w wieku dorosłym) mogą wywołać korzystne zmiany epigenetyczne, czyli takie, które bez zmiany w DNA spowodują zmianę ekspresji genów związanych z otyłością.

📌 Uwarunkowania hormonalne, neurohormonalne i stosowane leczenie

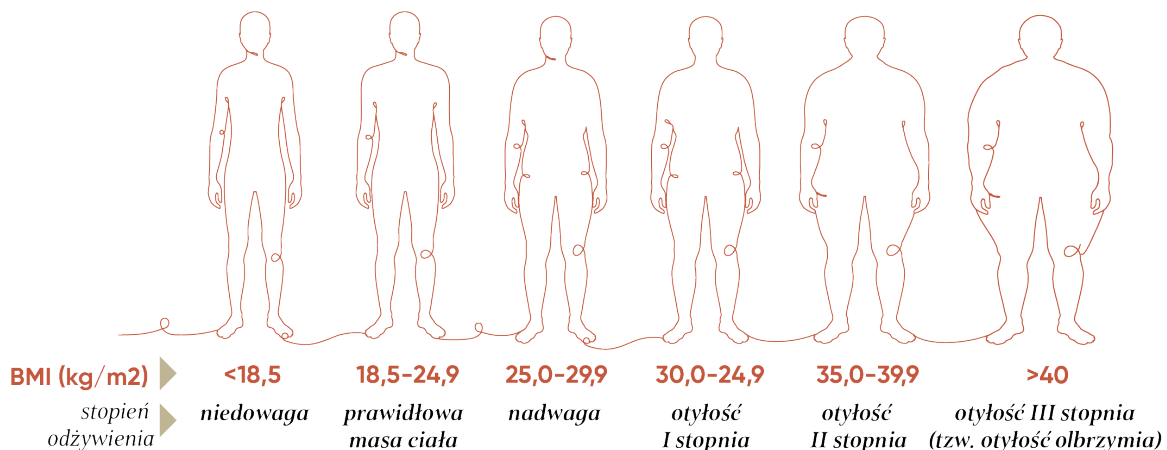
1.3 Diagnostyka

Podstawową metodą diagnostyczną służącą do oceny występowania otyłości jest obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI) wyrażonego jako iloraz masy ciała (w kilogramach) podzielony przez wzrost (w metrach) podniesiony do kwadratu:

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

Interpretację powyższego wskaźnika zaproponowała Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organisation*, WHO).

RYSUNEK 1. STOPIEŃ ODŻYWIENIA WG WHO



Źródło: WHO.

Należy jednak podkreślić, że wskaźnik BMI nie jest idealną metodą oceny występowania i stopnia zaawansowania choroby, ponieważ nie ocenia on zawartości, ani rozmieszczenia tkanki tłuszczowej, proporcji poszczególnych tkanek, a przede wszystkim nie informuje o zaawansowaniu powikłań zdrowotnych związanych z nadmiernie nagromadzoną tkanką tłuszczową. Dlatego w diagnostyce otyłości, oprócz wskaźnika BMI, stosuje się również:

- Pomiar obwodu pasa. Według International Diabetes Federation (IDF) otyłość brzuszna można rozpoznać przy obwodzie talii ≥ 94 cm u mężczyzn oraz ≥ 80 cm u kobiet;
- Ocenę wskaźnika talia-biodra (ang. *waist-to-hip ratio*, WHR). WHR $> 0,85$ u kobiet i WHR $> 0,9$ u mężczyzn wskazuje na otyłość brzuszną;
- Ocenę zawartości poszczególnych tkanek ciała za pomocą bioimpedancji elektrycznej (BIA), dwuwieżkowej absorpcjometrii rentgenowskiej DEXA czy tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Trzy ostatnie metody stosowane są głównie w badaniach naukowych ze względu na trudną dostępność, kosztowność i promieniowanie (dot. tomografii komputerowej);
- Ocenę powikłań choroby za pomocą badań biochemicznych. Powinny być one dobrane indywidualnie, ze względu na stan kliniczny pacjenta, jednak w celu szybkiej i sprawnej oceny ryzyka metabolicznego zaleca się pomiar stężenia glukozy, triglicerydów oraz poszczególnych frakcji cholesterolu, a także pomiar ciśnienia tętniczego.

1.4 Leczenie

Celem leczenia osób chorujących na otyłość jest nie tylko zmniejszenie masy ciała, ale przede wszystkim ochrona przed rozwojem powikłań, cofnięcie ich lub zmniejszenie zaawansowania.



Podstawowymi założeniami leczenia jest indywidualizacja i postępowanie wielokierunkowe. Powinno ono uwzględniać zarówno zmiany związane ze stylem życia, medyczną terapię żywieniową, stosowanie odpowiedniej aktywności fizycznej, a także farmakoterapię i leczenie operacyjne.

W zakresie terapii żywieniowej dopuszcza się stosowanie różnych modeli dietetycznych, których podstawą jest zawsze wytworzenie ujemnego bilansu energetycznego. Zalecenia powinny być zindywidualizowane, akceptowalne, dostępne finansowo i możliwe do długotrwałego stosowania. W ramach aktywności fizycznej pacjentom chorującym na otyłość, podobnie jak w populacji ogólnej, zaleca się stosowanie ≥ 150 –300 minut umiarkowanego wysiłku wytrzymałościowego lub 75–150 minut wysiłku o dużej intensywności, a także włączenie 2 x w tygodniu treningu siłowego. Celem wdrożenia aktywności fizycznej jest nie tyle zmniejszenie masy ciała, co poprawa stanu zdrowia pacjenta. W sytuacji, kiedy leczenie polegające na wprowadzeniu zmian w zakresie modyfikacji zachowań zdrowotnych nie przynosi oczekiwanych rezultatów, zaleca się stosowanie lecze-

nia farmakologicznego. Wskazane jest ono u osób chorujących na otyłość (BMI ≥ 30 kg/m²) lub mających nadwagę (BMI ≥ 27 kg/m²), przy współistnieniu co najmniej jednej choroby związanej z otyłością. Wprowadzenie leczenia farmakologicznego powinno odbywać się wyłącznie na zlecenie lekarza, który na podstawie stanu klinicznego pacjenta, uwarunkowań środowiskowych i w oparciu o wytyczne zaleci jeden z dostępnych leków. W zakresie farmakoterapii na terenie Unii Europejskiej zarejestrowanych jest obecnie (czerwiec 2024 r.) pięć produktów leczniczych wskazanych w leczeniu otyłości, w których skład wchodzi następujące substancje czynne:

- ➊ orlistat (Xenical)¹ inhibitor lipaz wytwarzanych w przewodzie pokarmowym, którego mechanizm działania polega na hamowaniu wchłaniania tłuszczu w układzie pokarmowym;
- ➋ liraglutyd (Saxenda)², semaglutyd (Ozempic)³, tirzepatyd (Mounjaro)⁴ analogi glukagonopodobnego receptora peptydowego 1 (GLP-1) wydzielanego przez jelito kręte w odpowiedzi na posiłek, których działanie polega m. in. na stymulowaniu uczucia sytości, hamowaniu uczucia głodu, poprawie funkcjonowania gospodarki węglowodanowej

- ➌ chlorowodorek naltreksonu i chlorowodorek bupropionu wchodzące w skład leku złożonego (Mysimba)⁵, którego główne działanie polega na hamowaniu uczucia głodu w ośrodkowym układzie nerwowym oraz zwiększeniu uczucia sytości.

Refundacji ze środków publicznych w Polsce podlega jedynie semaglutyd (Ozempic) w wąskim wskazaniu refundacyjnym dotyczącym leczenia cukrzycy typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA_{1c} $\geq 7,5\%$, z otyłością definiowaną jako BMI ≥ 30 kg/m² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym⁶.

Leczenie operacyjne otyłości zaleca się pacjentom z otyłością olbrzymią, powikłaniami, u których nie zaobserwowano poprawy po zastosowaniu leczenia zachowawczego.

Zaznaczyć należy, że bez względu na formę i etap leczenia pacjentem chorującym na otyłość powinien zajmować się multidyscyplinarny zespół składający się z lekarza, dietetyka, fizjoterapeuty i psychologa.

¹ https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/xenical-epar-product-information_pl.pdf (data dostępu 09.06.2024 r)

² https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/saxenda-epar-product-information_pl.pdf (data dostępu 09.06.2024 r)

³ https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/ozempic-epar-product-information_pl.pdf (data dostępu 09.06.2024 r)

⁴ https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/mounjaro-epar-product-information_pl.pdf (data dostępu 09.06.2024 r)

⁵ https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/mysimba-epar-product-information_pl.pdf (data dostępu 09.06.2024 r)

⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 kwietnia 2024 r. (DZ. URZ. Min. Zdr. 2024.19 Ogłoszony: 18.03.2024)

1.5 Skuteczność terapii

Otyłość może prowadzić do wielu i chorób. W artykule autorstwa Braya z 2004 roku wymieniono liczne schorzenia związane z otyłością, które zostały podzielone na dwie główne grupy⁷. Pierwsza grupa obejmuje problemy wynikające z nadmierne-go przyrostu masy ciała, takie jak kwestie psychospołeczne, bezdech senny, a także choroby kości, ścięgien, mięśni, tkanki łącznej i skóry. Druga grupa to choroby związane z nadmiernym wydzielaniem substancji przez powiększone komórki tłuszczowe, do których należą m.in. cukrzyca typu 2, insulinooporność, zespół metaboliczny, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD) oraz jej zapalna forma, choroby pęcherzyka żółciowego, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, nowotwory i zaburzenia endokrynologiczne. W artykule autorstwa Csige i współpracownicy⁸ z 2018 roku, podkreślono liczne powikłania sercowo-naczyniowe związane z otyłością. Jest ona istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju miażdżycy tętnic i choroby wieńcowej. Otyłość powoduje zmiany zarówno w strukturze, jak i w funkcji serca, co może prowadzić do jego niewydolności. Zmiany te zwiększają również ryzyko migotania przedsionków i nagłej śmierci sercowej. Każdy przyrost masy ciała o 10 kg podnosi ryzyko choroby wieńcowej o 12%, a wzrost

BMI o jedną jednostkę zwiększa prawdopodobieństwo udaru krwotocznego o 6%⁹.

Najważniejszym celem leczenia choroby otyłościowej jest zapobieganie i/ lub łagodzenie powikłań nadmiernie nagromadzonej tkanki tłuszczowej.

Za optymalny spadek masy ciała w czasie leczenia za pomocą modyfikacji stylu życia, uważa się redukcję na poziomie 5-10% wyjściowej masy, w ciągu 3-6 miesięcy terapii. Wyzwaniem pozostaje jednak długotrwałe stosowanie i przestrzeganie zaleceń żywieniowych, co przekładałoby się na utrzymanie efektów redukcyjnych.



Badania wskazują, że w ciągu dwóch lat od zakończenia skutecznej interwencji, polegającej na stosowaniu diety redukcyjnej, połowa utraconej masy ciała powraca, a po pięciu latach przybywa ponad 80% utraconych wcześniej kilogramów. Oznacza to, że tylko 1 na 5 osób odnosi sukces w długiej perspektywie czasowej. **W przypadku leczenia farmakologicznego oczekujemy $\geq 5\%$ spadku masy ciała w okresie 3-miesięcznym,** przy regularnym przyjmowaniu leku w dawce terapeutycznej. Spadek masy ciała i poprawa stanu zdrowia pacjentów w dużej mierze zależy w tym

⁷ Bray G.SA. (2004), Medical consequences of obesity. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 89, 2583-2589

⁸ Csige, I., Ujvárosy, D., Szabó, Z., Lőrincz, I., Paragh, G., Harangi, M., Somodi, S., et al., 2018. The impact of obesity on the cardiovascular system. Journal of diabetes research 2018.

⁹ Pawlewicz A. (2024), NFZ o zdrowiu. Otyłość i jej konsekwencje, Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń.

przypadku od rodzaju stosowanego leku. W badaniach z zastosowaniem dostępnych na polskim rynku leków, w zależności od substancji leczniczej redukcja na poziomie $\geq 5\%$ wyjściowej masy ciała uzyskana została u 48-63,2% badanych, a na poziomie $\geq 10\%$ u 25-33,1% osób. Należy jednak zaznaczyć, że skuteczność leczenia otyłości nie wynika tylko z redukcji masy ciała, ale również ze zmniejszenia liczby powikłań i ich łagodzenia. Podobnie jak w przypadku medycznej terapii żywieniowej, tu również wyzwaniem pozostaje długotrwałe utrzymanie efektów redukcyjnych po zakończeniu leczenia. Fakt ten skłania klinicystów do traktowania otyłości jako choroby przewlekłej i odpowiedniego jej leczenia, podobnie

jak w przypadku nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 czy zaburzeń lipidowych. Kolejnym etapem leczenia choroby otyłościowej jest interwencja chirurgiczna. **Leczenie operacyjne jest metodą terapeutyczną, przeznaczoną dla pacjentów z otyłością olbrzymią. Ten sposób leczenia ma udowodnioną skuteczność w zakresie redukcji masy ciała w obserwacji odległej: powoduje 50-60 proc. redukcji nadmiernej masy ciała**, zmniejsza liczbę powikłań lub powoduje ich ustąpienie, jednak jako postępowanie operacyjne wiąże się też z zagrożeniami w postaci ciężkich powikłań, a nawet zgonu. Poważne powikłania dotyczą jednak relatywnie niewielkiej grupy osób (poniżej 1% operowanych).



02

Prewencja otyłości

prof. Paweł Bogdański,
dr n. o zdr. Matylda Kręgielska-Naróżna



W związku ze złożoną etiologią choroby otyłościowej, na zapobieganie jej występowania można spojrzeć zarówno przez pryzmat jednostki, jak systemu ochrony zdrowia. Metody zapobiegania można podzielić na prewencję pierwotną (działania adresowane do całej, zdrowej populacji w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia nadwagi i otyłości) oraz na prewencję wtórną (działania zapobiegawcze w odniesieniu do konsekwencji choroby: jej wczesne wykrywanie i leczenie).

W odniesieniu do systemu postuluje się następujące rozwiązania:

- Szeroką edukację społeczną dotyczącą choroby otyłościowej, w tym edukację systemową (w szkołach), społeczne kampanie edukacyjne, odpowiednie etykietowanie produktów żywnościowych;
- Działania dotyczące urbanizacji i architektury miejskiej uwzględniające możliwość realizacji aktywności fizycznej (chodniki, siłownie, boiska, place zabaw), dotyczące funkcjonowania transportu publicznego, a nawet ograniczenia w zakresie handlu żywnością wysokoprzetworzoną w pobliżu szkół;
- Promocję aktywności fizycznej, szczególnie w szkole, poprzez zwiększenie liczby godzin lekcji wychowania fizycznego w programie edukacji oraz zwiększenie ich atrakcyjności;
- Wspieranie działań profilaktycznych kierowanych do środowiska rodzinnego;
- Nakładanie podatków na niezdrową żywność i dotowanie zdrowej żywności;
- Ograniczenia dotyczące reklam żywności sprzyjającej występowaniu nadwagi i otyłości;
- Edukację specjalistów zajmujących się profilaktyką i leczeniem choroby otyłościowej (edukacja zawodów medycznych);
- Edukację pracowników instytucji państwowych oraz osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej, dotyczącą konsekwencji społecznych choroby oraz metod im przeciwdziałania;
- Promocję badań profilaktycznych;
- Dostępność do darmowej diagnostyki i leczenia choroby.

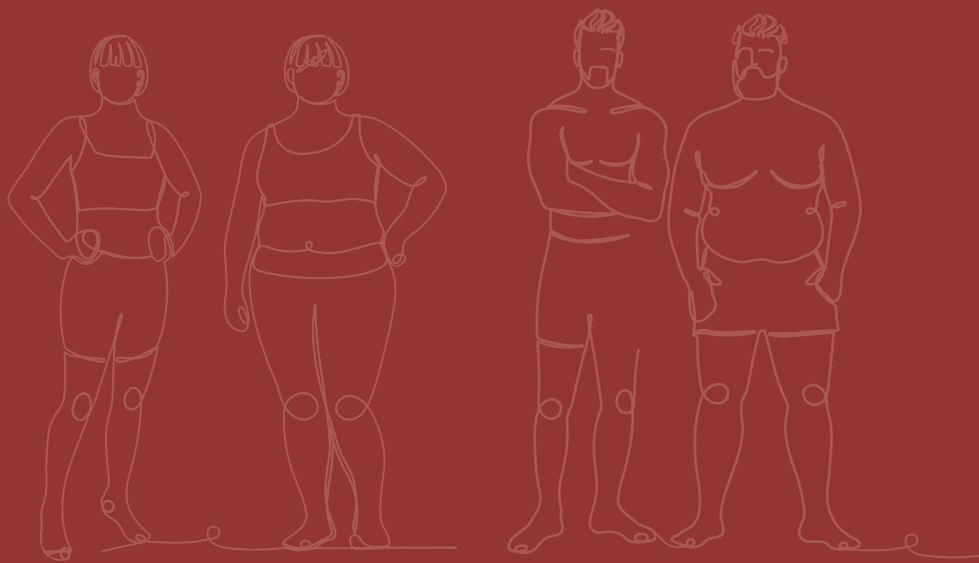
W zakresie profilaktyki indywidualnej zaleca się:

- Stosowanie modelu żywienia bazującego na niskoprzetworzonej żywności, głównie pochodzenia roślinnego, stosowanie zasad zrównoważonej konsumpcji żywności;
- Stosowanie zaleceń dotyczących aktywności fizycznej: 150–300 minut tygodniowo umiarkowanego wysiłku wytrzymałościowego lub 75–150 minut wysiłku o dużej intensywności;
- Karmienie naturalne niemowląt (profilaktyka otyłości w wieku dorosłym);
- Rodzinne podejmowanie korzystnych modyfikacji stylu życia (rozrywka na świeżym powietrzu, wspólne spożywanie posiłków);

- Edukację dotyczącą umiejętnego radzenia sobie z stresem, oraz podejmowanie terapii psychologicznej w sytuacji tego wymagającej;
- Wykonywanie badań profilaktycznych (w tym pomiar masy ciała).

Działania te wymagają zintegrowanego współdziałania wszystkich sektorów gospodarki, zgodnego z polityką zdrowot-

ną, oraz opracowywania szerokiej strategii działania ponad podziałami politycznymi i światopoglądowymi. Podejmowanie tego typu działań wymaga zorientowania na długofalowe, korzystne efekty (również gospodarcze i środowiskowe) oraz postrzegania choroby nie tylko przez pryzmat odpowiedzialności indywidualnej osoby, ale również całego systemu społecznego i władz państwowych.



03

Epidemiologia otyłości na świecie, w Europie i w Polsce

dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA



Wg „World Obesity Atlas 2022” w 2030 r. aż 18% dorosłych mieszkańców globu, czyli **co piąta osoba dorosła (ponad 1 miliard osób) będzie miała otyłość (BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$), 6% (ok. 333 mln osób) będzie miało otyłość stopnia drugiego i trzeciego, a 2% (111 mln osób) otyłość olbrzymią.**

Nastąpi więc znaczący wzrost chorobowości w porównaniu do 2020 r. Wtedy oty-

łość miało ok. 15% (764 mln) dorosłych osób, w tym otyłość stopnia drugiego i trzeciego – 5% (238 mln osób), oraz otyłość trzeciego stopnia – 2% (77 mln osób)¹⁰.

W 2030 r. 1 na 5 dorosłych kobiet (20%) na świecie będzie miała otyłość (ok. 0,6 mld). Największy odsetek kobiet z otyłością (BMI>30) jest prognozowany w 2030 r. w regionie Ameryk (40%), Bliskiego Wschodu (33%) i Europy (30%).

TABELA 1. ESTYMOWANA CHOROBYWOŚĆ, JAKO ODSETEK I LICZBA DOROSŁYCH Z OTYŁOŚCIĄ, W POPULACJI ŚWIATA W LATACH 2020, 2025, 2030

| Otyłość dorosłych - chorobowość | 2020 | | 2025 | | 2030 | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| | Odsetek | Liczba | Odsetek | Liczba | Odsetek | Liczba |
| Otyłość stopnia I, II i III (BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$) | 15% | 764 mln | 16% | 892 mln | 18% | 1,025 mln |
| - w tym otyłość stopnia II i III (BMI $\geq 35\text{kg/m}^2$) | 5% | 238 mln | 5% | 284 mln | 6% | 333 mln |
| - w tym otyłość olbrzymia - stopień III (BMI $\geq 40\text{kg/m}^2$) | 2% | 77 mln | 2% | 93 mln | 2% | 111 mln |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie NCD Risk Factor Collaboration (2017) and World Obesity Federation projections.



TABELA 2. ESTYMOWANA CHOROBYWOŚĆ, JAKO ODSETEK I LICZBA DOROSŁYCH Kobiet Z OTYŁOŚCIĄ W POPULACJI ŚWIATA W LATACH 2020, 2025, 2030

| Otyłość dorosłych kobiet - chorobowość | 2020 | | 2025 | | 2030 | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Odsetek | Liczba | Odsetek | Liczba | Odsetek | Liczba |
| Otyłość stopnia I, II i III (BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$) | 17% | 445 mln | 18% | 512 mln | 20% | 586 mln |
| - w tym otyłość stopnia II i III (BMI $\geq 35\text{kg/m}^2$) | 6% | 159 mln | 7% | 188 mln | 7% | 219 mln |
| - w tym otyłość olbrzymia - stopień III (BMI $\geq 40\text{kg/m}^2$) | 2% | 54 mln | 2% | 65 mln | 3% | 77 mln |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie NCD Risk Factor Collaboration (2017) and World Obesity Federation projections.

¹⁰ World Obesity Atlas 2022 <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2022>.

W 2030 r. 1 na 7 dorosłych mężczyzn (20%) na świecie będzie miał otyłość (ok. 0,4 mld). Największy odsetek mężczyzn z otyłością (BMI>30) jest prognozowany w 2030 r. w regionie Ameryk (34%), Europy (29%) i w regionie Bliskiego Wschodu (22%).

W całym regionie Europy przewiduje się, że do 2030 r. jedna osoba na trzy będzie mia-

ła otyłość (29,42% mężczyzn i 29,97% kobiet). Odpowiada to ok. 102 milionom mężczyzn i 113 milionom kobiet. Przypomnijmy, że w 2010 r. w regionie europejskim BMI $\geq 30\text{kg}/\text{m}^2$ miało 63 miliony mężczyzn i 83,5 miliona kobiet. Przewiduje się, że ponad 26 milionów mężczyzn będzie miało BMI $\geq 35\text{kg}/\text{m}^2$, a prawie 6 milionów BMI $\geq 40\text{kg}/\text{m}^2$. 44 miliony kobiet będzie miało BMI $\geq 35\text{kg}/\text{m}^2$, a 14 milionów BMI ≥ 40 .

TABELA 3. ESTYMOVANA CHOROBYWOŚĆ, JAKO ODSETEK I LICZBA DOROSŁYCH MĘŻCZYŹN Z OTYŁOŚCIĄ W POPULACJI ŚWIATA W LATACH 2020, 2025, 2030

| Otyłość dorosłych mężczyzn - chorobowość | 2020 | | 2025 | | 2030 | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Odsetek | Liczba | Odsetek | Liczba | Odsetek | Liczba |
| Otyłość stopnia I, II i III (BMI $30\text{kg}/\text{m}^2$) | 13% | 207 mln | 14% | 380 mln | 15% | 439 mln |
| - w tym otyłość stopnia II i III (BMI $\geq 35\text{kg}/\text{m}^2$) | 3% | 44 mln | 3% | 96 mln | 4% | 114 mln |
| - w tym otyłość olbrzymia - stopień III (BMI $\geq 40\text{kg}/\text{m}^2$) | 1% | 11 mln | 1% | 28 mln | 1% | 34 mln |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie NCD Risk Factor Collaboration (2017) and World Obesity Federation projections.

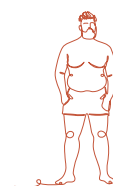


TABELA 4. KRAJE REGIONU EUROPY Z NAJWYŻSZĄ I NAJNIŻSZĄ CHOROBYWOŚCIĄ OTYŁOŚCI WŚRÓD KOBIEC, DO 2030 R.

| Kraje o najwyższej chorobowości | | Kraje o najniższej chorobowości | |
|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Kraj | Chorobowość w 2030 r. | Kraj | Chorobowość w 2030 r. |
| Turcja | 50% | Dania | 21% |
| Wielka Brytania | 37% | Szwajcaria | 21% |
| Irlandia | 35% | Szwecja | 23% |
| Malta | 33% | Bośnia i Hercegowina | 23% |
| Azerbejdżan | 32% | Tadżykistan | 23% |
| Gruzja | 32% | Austria | 23% |
| Litwa | 31% | Włochy | 24% |
| Białoruś | 31% | Islandia | 24% |
| Grecja | 31% | Słowacja | 24% |
| Chorwacja | 31% | Estonia | 24% |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie NCD Risk Factor Collaboration (2017) and World Obesity Federation projections.



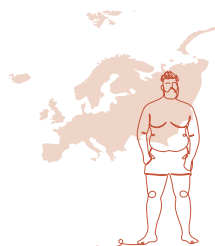


TABELA 5. KRAJE REGIONU EUROPY Z NAJWYŻSZĄ I NAJNIŻSZĄ CHOROBYŃCĄ OTYŁOŚCI WŚRÓD MĘŻCZYŹN, DO 2030 R.

| Kraje o najwyższej chorobowości | | Kraje o najniższej chorobowości | |
|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Kraj | Chorobowość w 2030 r. | Kraj | Chorobowość w 2030 r. |
| Malta | 37% | Tadżykistan | 17% |
| Węgry | 37% | Uzbekistan | 20% |
| Wielka Brytania | 37% | Kirgistan | 20% |
| Irlandia | 34% | Mołdawia | 22% |
| Turcja | 34% | Azerbejdżan | 23% |
| Bułgaria | 34% | Turkmenistan | 23% |
| Czechy | 33% | Armenia | 23% |
| Luksemburg | 33% | Bośnia i Hercegowina | 24% |
| Izrael | 33% | Rosja | 24% |
| Chorwacja | 32% | Słowenia | 26% |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie NCD Risk Factor Collaboration (2017) and World Obesity Federation projections.

Otyłość na świecie w 2030 r. będzie dotyczyć ponad 100 milionów dzieci w wieku 5–9 r.ż. i ponad 150 milionów osób w wieku 10–19 r.ż.¹¹. Oznacza to, że 13% dzieci i młodzieży na świecie będzie miało otyłość – czyli jedna osoba na osiem. W 2020 r. w grupie wiekowej 5–9 r.ż. najwyższy odsetek otyłości – (19%) odnotowano w regionie Ameryk, w regionie Zachodniego Pacyfiku (18%) i w regionie Europy – 13%. Średnia światowa wynosiła 11%. W 2020 r. w grupie wiekowej 10–19 r.ż. najwyższy odsetek otyłości (15%) odnotowano w regionie Ameryk, następnie w regionie Zachodniego Pacyfiku (10%) i Europy (8%). Średnia światowa wynosiła 7%.

W regionie Europy do 2030 r. 16,2% dzieci w wieku 5–9 r.ż. oraz 11,13% młodzieży w wieku 10–19 r.ż. będzie miało otyłość.

Odpowiadać to będzie populacji 21 milionów dzieci i młodzieży w wieku od 5–19 r.ż. Sześć krajów do 2030 r. może mieć ponad milion dzieci z otyłością, są to: Turcja (3,6 miliona), Rosja (3 miliony), Niemcy (1,5 miliona), Wielka Brytania (1,3 miliona), Francja (1,3 miliona) i Włochy (1,1 miliona).

Wg raportu „WHO European Regional Obesity Report 2022” nadwaga i otyłość dotyczy 60% dorosłych i 7,9% dzieci poniżej 5 r.ż. w regionie Europy¹². WHO szacuje, że 59% dorosłych w regionie Europy ma nadwagę lub otyłość. Poziomy te są wyższe wśród mężczyzn (63%) niż wśród kobiet (54%). W wielu krajach częstość występowania nadwagi i otyłości wśród mężczyzn jest bliska lub przekracza 70%.

¹¹ Atlas on childhood obesity. 2019 https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996_Childhood_Obesity_Atlas_Report_ART_V2.pdf.

¹² WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>.

TABELA 6. KRAJE REGIONU EUROPY Z NAJWYŻSZĄ I NAJNIŻSZĄ CHOROBYWOŚCIĄ OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 5. DO 19. R.Ż., DO 2030 R.

| Kraje o najwyższej chorobowości | | Kraje o najniższej chorobowości | |
|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Kraj | Chorobowość w 2030 r. | Kraj | Chorobowość w 2030 r. |
| Węgry | 19% | Tadżykistan | 8% |
| Turcja | 19% | Belgia | 8% |
| Chorwacja | 19% | Armenia | 8% |
| Grecja | 18% | Dania | 8% |
| Bułgaria | 18% | Moldawia | 9% |
| Serbia | 18% | Szwajcaria | 9% |
| Albania | 18% | Kirgistan | 9% |
| Macedonia Północna | 17% | Szwecja | 9% |
| Słowenia | 17% | Uzbekistan | 9% |
| Rumunia | 16% | Turkmenistan | 10% |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Atlas on childhood obesity, 2019 https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996_Childhood_Obesity_Atlas_Report_ART_V2.pdf.

Prawie jedna czwarta (23%) dorosłych w regionie Europy ma otyłość. W przeciwieństwie do nadwagi, otyłość występuje częściej wśród kobiet (24%) niż wśród mężczyzn (22%). Najwyższy poziom zarówno nadwagi, jak otyłości występuje w krajach śródziemnomorskich i wschodnioeuropejskich. Otyłość częściej występuje u osób z niższym poziomem wykształcenia. Ponadto analiza płci pokazuje, że w Europejskim Regionie WHO nierówności w poziomach nadwagi i otyłości między mężczyznami i kobietami są powszechne i niejednorodne w odniesieniu do czynników społeczno-ekonomicznych, takich jak dochód, wykształcenie, status zatrudnienia i miejsce zamieszkania.

Ogromnym powodem do niepokoju jest szybki wzrost poziomu nadwagi i otyłości wśród dorosłych. W regionie Europy ostatnie szacunki rozpowszechnienia otyłości

wzrosły o 21% w ciągu 10 lat przed 2016 r. i o 138% od 1975 r., zaś w zakresie nadwagi i otyłości – o 8% w ciągu 10 lat przed 2016 r. i o 51% od 1975 r. Niestety, od czasu przyjęcia w 2013 r. dobrowolnych, globalnych celów w zakresie chorób przewlekłych: NCD (ang. *noncommunicable disease*) obserwuje się stały wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości. Ani jedno państwo członkowskie w Regionie Europejskim WHO nie jest na dobrej drodze do osiągnięcia celu powstrzymania wzrostu liczby osób chorujących na otyłość i cukrzycę.

Nadwaga i otyłość występują nie tylko wśród dorosłych, ale także wśród dzieci. Wspólne szacunki UNICEF, WHO i Banku Światowego pokazują, że w 2020 r. nadwaga (a także otyłość) była powszechnym problemem w Regionie Europy, dotyczącym 4,4 mln dzieci poniżej 5. roku życia (co stanowi 7,9% dzieci w tej grupie wiekowej),



z dużymi różnicami między krajami. Jednak dane są skąpe i tylko 26 krajów, głównie we wschodniej części Regionu Europy, miało wystarczające dane, aby umożliwić sporządzenie szacunków. Częstość występowania nadwagi i otyłości wzrasta w grupie wiekowej 5–9 lat, przy czym co ósme dziecko (11,6%) ma otyłość, a prawie co trzecie (29,5%) nadwagę lub otyłość. Częstość występowania zmniejsza się przejściowo w grupie wiekowej 10–19 lat: 7,1% osób w tej grupie ma otyłość, a 24,9% nadwagę lub otyłość. W obu grupach wiekowych nadwaga i otyłość częściej występują u chłopców, a spośród krajów: w krajach basenu Morza Śródziemnego. Te same dane wskazują, że częstość występowania nadwagi i otyłości wśród chłopców w wieku 5–19 lat wzrosła prawie trzykrotnie w latach 1975–2016 i ponad dwukrotnie u dziewcząt w tym wieku.

Poziom otyłości rósł w szybkim tempie: w 2016 r., w porównaniu z 1975 r. był średnio około pięć razy wyższy wśród dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat. Ten duży wzrost częściowo wynikał z bardzo niskiego poziomu otyłości u dzieci w 1975 r. Częstość występowania otyłości wzrosła o 40%, nadwagi (w tym otyłości) o 20%. Ponadto w kilku państwach prawie 40% chłopców w wieku 6–9 lat miało nadwagę lub otyłość, a prawie 20% – otyłość. Z danych wynika również, że rozpowszechnienie nadwagi

było wyższe wśród dzieci, których rodzice mieli niższy status edukacyjny. Związek ten był szczególnie uderzający w krajach o wysokich dochodach: częstość występowania otyłości wśród dzieci z niskim wykształceniem rodziców była mniej więcej dwukrotnie większa niż wśród dzieci z wysokim wykształceniem rodziców. Natomiast w wielu krajach o średnich dochodach kierunek tej relacji został odwrócony,

Wg Eurostat średni odsetek osób dorosłych z nadwagą i otyłością w Unii Europejskiej wahał się w 2019 r. od ok. 46% we Włoszech do ok. 65% w Chorwacji. Dla Polski wyniósł on ok. 58%. Średnia unijna wyniosła ok. 53%¹³.

Wraz z wiekiem nastąpił wyraźny wzrost odsetka populacji z otyłością. W 2019 r. najniższy odsetek osób z otyłością (25%) był w grupie wiekowej 18–24 lata, a najwyższy (65,7%) w grupie 65–74 lata. Wyjątki od tego wzorca stwierdzono w Danii, Irlandii i Szwecji (a także w Norwegii i Turcji), gdzie odsetek nadwagi był najwyższy w grupie wiekowej 54–64 lata.

Najwyższy wskaźnik osób z otyłością, mierzony za pomocą BMI, odnotowała Malta – ok. 28%, a najniższy Rumunia – ok. 10%. W Polsce wynosił on ok. 18%, a średnia unijna to ok. 16%.

¹³ Overweight and obesity – BMI statistics. Eurostat https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics.

TABELA 7. PROCENT POPULACJI Z NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ WEDŁUG PŁCI I WIEKU W 2019 R., WG EUROSTAT

| | Mężczyźni | Kobiety | powyżej 18 r.ż. | 18-24 | 25-34 | 35-44 | 45-64 | 65-74 | 75 i więcej |
|------------------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| Unia Europejska | 60,2 | 45,7 | 52,7 | 25 | 39,3 | 49,7 | 59,8 | 65,7 | 59,3 |
| Belgia | 56,2 | 44,6 | 50,5 | 26,2 | 36,2 | 49 | 57,3 | 62,6 | 52,7 |
| Bułgaria | 64,3 | 46,3 | 54,9 | 23,2 | 37,2 | 48,8 | 63,4 | 70,2 | 62,6 |
| Czechy | 69,8 | 50,6 | 60 | 20,9 | 43,3 | 57,8 | 68,7 | 76,4 | 67,8 |
| Dania | 57,8 | 43,3 | 50,4 | 26 | 40 | 50,1 | 59,6 | 57,6 | 50,5 |
| Niemcy | 60,7 | 46,5 | 53,5 | 28,2 | 40,8 | 52,3 | 60 | 66,1 | 57,4 |
| Estonia | 61,7 | 52,3 | 56,7 | 26,5 | 35,9 | 51,5 | 67 | 75,7 | 67,8 |
| Irlandia | 62,3 | 46,4 | 54,4 | 39,7 | 52,1 | 52,9 | 61,5 | 59,7 | 57,5 |
| Grecja | 66,8 | 49,1 | 57,6 | 23,4 | 39,7 | 50,4 | 66 | 74,7 | 68,8 |
| Hiszpania | 61,7 | 45,9 | 53,7 | 25,1 | 37,4 | 49,6 | 60,4 | 68,3 | 66 |
| Francja | 52,9 | 42 | 47,2 | 22,3 | 37,8 | 43,7 | 53,9 | 57,2 | 53,6 |
| Chorwacja | 73,2 | 58,5 | 64,8 | 27,3 | 45,1 | 59,8 | 69,3 | 78,7 | 70 |
| Włochy | 55,3 | 37,1 | 45,7 | 18 | 31,2 | 39,7 | 49,9 | 58,8 | 55 |
| Cypr | 59,4 | 40,8 | 49,8 | 23,5 | 32,7 | 49,2 | 61,6 | 65,7 | 64,7 |
| Łotwa | 60,1 | 56,9 | 58,3 | 22,3 | 38,9 | 52,4 | 67,8 | 73,5 | 71,7 |
| Litwa | 60,2 | 53,9 | 56,8 | 20,1 | 40 | 48,2 | 69,1 | 74 | 65,5 |
| Luksemburg | 58,5 | 38,4 | 48,4 | 24,1 | 36,5 | 46,7 | 56,9 | 62,5 | 57,1 |
| Węgry | 67,3 | 53,3 | 59,9 | 31,3 | 43,9 | 55,4 | 68,4 | 76,4 | 67,3 |
| Malta | 71 | 58 | 64,8 | 38,6 | 56,6 | 66,1 | 73,3 | 73,7 | 72,5 |
| Niderlandy | 55,1 | 45,1 | 50 | 25 | 39,4 | 49,8 | 57,4 | 60,2 | 54,3 |
| Austria | 60,6 | 44,1 | 52,2 | 27,2 | 39 | 48,3 | 59,9 | 66,4 | 58,7 |
| Polska | 66,9 | 50,2 | 58,2 | 26,6 | 43,4 | 55,3 | 67,8 | 73,7 | 65,4 |
| Portugalia | 60,9 | 51,5 | 55,9 | 27,6 | 39,9 | 52,3 | 62,9 | 70,4 | 63,6 |
| Rumunia | 66,9 | 50,9 | 58,7 | 25,4 | 42,8 | 55,4 | 70,2 | 72,3 | 62,3 |
| Słowenia | 66,3 | 49,8 | 58,1 | 26,1 | 42,7 | 53,3 | 66,1 | 72,9 | 68,8 |
| Słowacja | 67,3 | 50,5 | 58,7 | 23,8 | 42 | 58 | 68,3 | 77,3 | 73 |
| Finlandia | 62,5 | 55,8 | 59 | 30,4 | 45,9 | 58,9 | 65,9 | 69,1 | 65,7 |
| Szwecja | 57,1 | 45,7 | 51,3 | 27,5 | 39,7 | 50,3 | 60,9 | 60,1 | 52,4 |
| Norwegia | 57,1 | 43,3 | 50,6 | 28,2 | 40,8 | 50,9 | 61 | 57,6 | 49,2 |
| Serbia | 62,7 | 45 | 53,6 | 24,1 | 42,1 | 51,8 | 62,4 | 65,1 | 53,8 |
| Turcja | 59,8 | 57,8 | 58,8 | 26,9 | 44,8 | 65,1 | 74,3 | 73,3 | 59,8 |

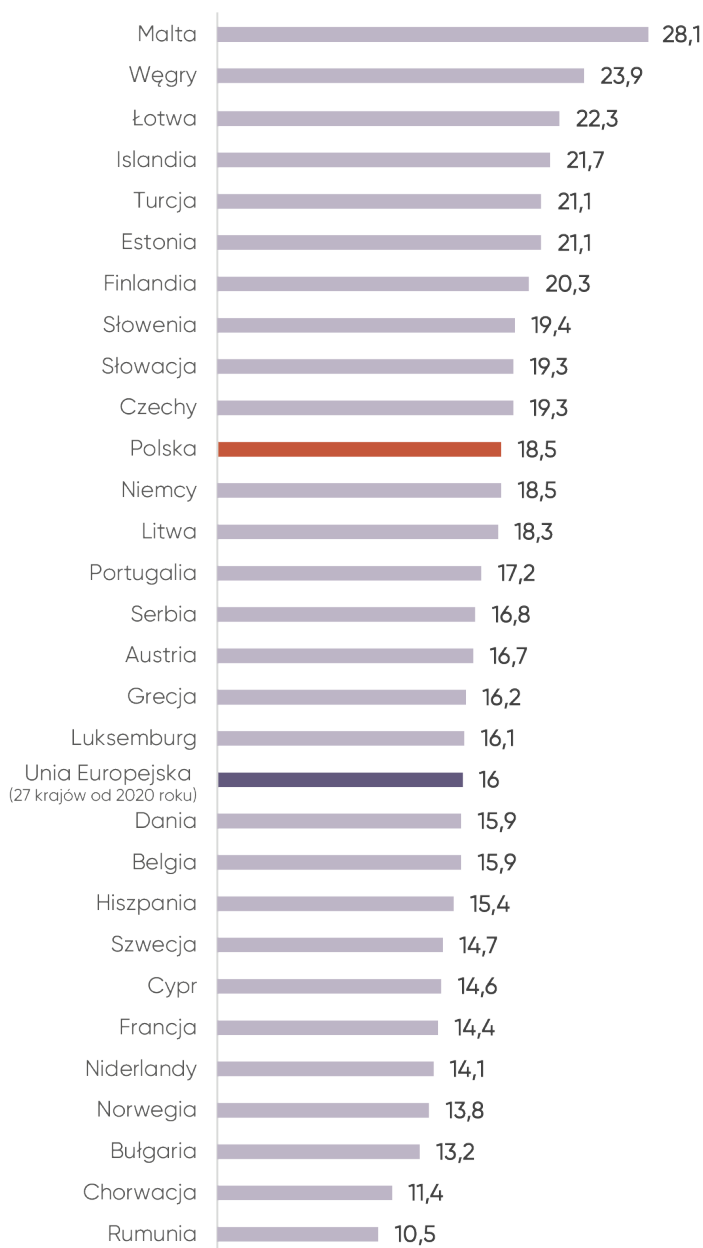
Źródło: Dane Eurostat.

TABELA 8. WSKAŹNIK MASY CIAŁA (BMI) WEDŁUG PŁCI, WIEKU I POZIOMU WYKSZTAŁCENIA W 2019 R., WG EUROSTAT

| BMI wskaźniki | Niedowaga | Normalna waga | Otyłość |
|---|-----------|---------------|---------|
| Unia Europejska (27 krajów od 2020 roku) | 2,9 | 45,8 | 16 |
| Belgia | 3,2 | 48 | 15,9 |
| Bułgaria | 2,4 | 44,1 | 13,2 |
| Czechy | 1,6 | 40 | 19,3 |
| Dania | 2,3 | 48,8 | 15,9 |
| Niemcy | 2,7 | 45,2 | 18,5 |
| Estonia | 2,5 | 42,4 | 21,1 |
| Irlandia | - | - | - |
| Grecja | 1,4 | 42,3 | 16,2 |
| Hiszpania | 2,4 | 45,3 | 15,4 |
| Francja | 4,3 | 50,3 | 14,4 |
| Chorwacja | 3,9 | 51,4 | 11,4 |
| Cypr | 3,9 | 47,7 | 14,6 |
| Łotwa | 2,6 | 40,7 | 22,3 |
| Litwa | 2,3 | 42,7 | 18,3 |
| Luksemburg | 3,7 | 49,2 | 16,1 |
| Węgry | 2,7 | 38,9 | 23,9 |
| Malta | 1,9 | 34,2 | 28,1 |
| Niderlandy | 2,9 | 48,9 | 14,1 |
| Austria | 2,6 | 46,3 | 16,7 |
| Polska | 2,7 | 40,6 | 18,5 |
| Portugalia | 2 | 43,4 | 17,2 |
| Rumunia | 1 | 42,5 | 10,5 |
| Słowenia | 1,6 | 41,8 | 19,4 |
| Słowacja | 2,2 | 40 | 19,3 |
| Finlandia | 1,7 | 40,6 | 20,3 |
| Szwecja | 2,4 | 48 | 14,7 |
| Islandia | 1,4 | 38,5 | 21,7 |
| Norwegia | 2 | 48,4 | 13,8 |
| Wielka Brytania | - | - | - |
| Serbia | 2,3 | 45,2 | 16,8 |
| Turcja | 3,8 | 40,1 | 21,1 |

Źródło: Dane Eurostat.

WYKRES 1. WSKAŹNIK BMI (OTYŁOŚĆ) W UNII EUROPEJSKIEJ W 2019 R., WG EUROSTAT



Źródło: Dane Eurostat.



04

Koszty otyłości: Polska na tle krajów świata

dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

4.1 Koszty otyłości na świecie

Otyłość stanowi rosnący problem zdrowia publicznego, mający istotne skutki gospodarcze¹⁴. Światowa Federacja Otyłości twierdzi, że w ciągu 12 lat ponad połowa (51%) światowej populacji będzie cierpieć na nadwagę lub otyłość, chyba że poprawi się profilaktyka, leczenie i wsparcie.



Do 2035 r. wpływ nadwagi i otyłości na światową gospodarkę osiągnie 4,32 biliona dolarów rocznie – prawie 3% światowego produktu krajowego brutto.

Jest to porównywalne z wpływem COVID-19 w 2020 r., z czego wpływ na kraje o niskich i niższych średnich dochodach będzie szacowany na 370 miliardów dolarów rocznie. Z raportu wynika, że dziewięć z dziesięciu krajów, w których spodziewany jest największy wzrost liczby osób z otyłością na świecie, to kraje o niskich lub średnich dochodach, a wszystkie znajdowały się w Afryce lub Azji. Według stanu na rok 2020, nadwaga i otyłość dotyczyły 38% światowej populacji, a żaden kraj nie był na dobrej drodze do osiągnięcia celu Światowej Organizacji

Zdrowia, jakim jest powstrzymanie do 2025 roku wzrostu wskaźników otyłości na poziomie z 2010 roku. Wskaźniki te rosną szybciej wśród dzieci i młodzieży. Przewiduje się, że na świecie w latach 2020-2035 odsetek otyłości u dzieci wzrośnie ponad dwukrotnie, z 10% do 20% wśród chłopców i z 8% do 18% wśród dziewcząt¹⁵.

Otyłość wiąże się ze zwiększonymi kosztami opieki zdrowotnej. Dodatkowe koszty rosną wraz ze wzrostem BMI, dlatego osoby z ciężką otyłością ponoszą najwyższe koszty opieki zdrowotnej (Effertz i in., 2016)¹⁶. Wynika to częściowo z korzystania z opieki zdrowotnej. Osoby chorujące na otyłość są bardziej narażone na rozwój takich schorzeń, jak choroby serca, cukrzyca i nowotwory – a wszystkie te choroby wiążą się z kosztami opieki zdrowotnej związanej z ich leczeniem. W rezultacie osoby z otyłością w większym stopniu korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej: częściej zgłaszają się na wizyty w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), częściej są hospitalizowane, poddają się większej liczbie operacji, częściej korzystają z usług diagnostycznych i domowej opieki zdrowotnej (Cecchini, 2018[5]; Bertakis i Azari, 2005 [6]; Andreyeva, Sturm i Ringel, 2004 [7]). Osoby z otyłością otrzymują także 2,4 razy więcej recept

¹⁴ Nagi M. A., Ahmed H., Rezaq M. A. A., Sangroongruangsri S., Chaikledkaew U., Almalki Z., Thavorncharoensap M., Economic costs of obesity: a systematic review, "Int J Obes (Lond)" 2023 Oct 26. doi: 10.1038/s41366-023-01398-y. Epub ahead of print. PMID: 37884664.

¹⁵ Mahase E., Global cost of overweight and obesity will hit \$4.32tn a year by 2035, report warns BMJ 2023; 380 :p523 doi:10.1136/bmj.p523 <https://www.bmj.com/content/380/bmj.p523>

¹⁶ Effertz T. et al., The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective, "The European Journal of Health Economics" 2016, Vol. 17/9, pp. 1141-1158, <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>.

niż osoby o prawidłowej wadze (Cecchini, 2018)¹⁷. Oprócz większego wykorzystania usług opieki zdrowotnej osoby z otyłością mogą również ponosić wyższe koszty wizyty. Badanie przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazało, że opłaty za leczenie na izbie przyjęć i hospitalizację są wyższe w przypadku osób z otyłością – potencjalnie dlatego, że wymagają one bardziej skomplikowanej i droższej opieki (Bertakis i Azari, 2005)¹⁸. Inne badanie wykazało, że wpływ otyłości i chorób towarzyszących na koszt pojedynczej wizyty szpitalnej lub ambulatoryjnej był addytywny, a w niektórych przypadkach nawet większy niż addytywny (Padula, Allen i Nair, 2014)¹⁹. Na przykład, podczas gdy średni koszt wizyty osoby z otyłością wynosi 1908 dolarów, osoby z zastoinową niewydolnością serca 1642 dolarów, to średni koszt wizyty osoby cierpiącej na obie choroby wyniósł 5276 dolarów. Nawet po uwzględnieniu chorób współistniejących, które wymagają dodatkowych usług i mogą komplikować leczenie, osoby z otyłością ponoszą wyższe koszty opieki zdrowotnej. Wykazano, że otyłość zwiększa koszt i długość leczenia całkowitej alloplastyki stawu biodrowego (Kremers i in., 2014)²⁰ i całkowitej alloplastyki stawu kolanowego

(Kremers i in., 2014)²¹, nawet jeśli brane są pod uwagę inne choroby współistniejące. Podobnie stwierdzono, że korzystanie z usług zdrowotnych i koszty opieki zdrowotnej w czasie ciąży rosną wraz ze wzrostem BMI matki, nawet po uwzględnieniu chorób współistniejących (Morgan i in., 2014)²².

W raporcie OECD z 2019 r. pt. „The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention” stwierdzono, że nadwaga i otyłość generują olbrzymie koszty z perspektywy społecznej. Nadwaga i otyłość kosztują kraje OECD średnio 209 USD PPP rocznie na mieszkańca w wydatkach na opiekę zdrowotną (w latach 2020–2050). W UE–28 średnie roczne wydatki na opiekę zdrowotną na mieszkańca, związane z nadwagą i otyłością, wynosiły 195 USD PPP, a w krajach G20 – 171 USD PPP. Różnice te wynikają częściowo z różnic w kosztach opieki zdrowotnej między krajami. Wysokie koszty opieki zdrowotnej i częste występowanie nadwagi i otyłości oznaczają, że Stany Zjednoczone wydadzą najwięcej na mieszkańca – 645 dolarów. Inne kraje o wysokich kosztach opieki zdrowotnej, takie jak Norwegia, Holandia i Niemcy, również odnotowują wysokie wydatki na mieszkańca na

¹⁷ Cecchini M., Use of healthcare services and expenditure in the US in 2025: The effect of obesity and morbid obesity, “PLOS ONE” 2018, Vol. 13/11, p. e0206703, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206703>.

¹⁸ Bertakis K., Azari R., Obesity and the Use of Health Care Services, “Obesity Research” 2005, Vol. 13/2, pp. 372–379, <https://doi.org/10.1038/oby.2005.49>.

¹⁹ Padula W., Allen R., Nair K., Determining the cost of obesity and its common comorbidities from a commercial claims database, “Clinical Obesity” 2014, Vol. 4/1, pp. 53–58, <https://doi.org/10.1111/cob.12041>.

²⁰ Kremers H., et al., Obesity Increases Length of Stay and Direct Medical Costs in Total Hip Arthroplasty, “Clinical Orthopaedics and Related Research®” 2014, Vol. 472/4, pp. 1232–1239, <https://doi.org/10.1007/s11999-013-3316-9>.

²¹ Kremers H., et al., The Effect of Obesity on Direct Medical Costs in Total Knee Arthroplasty, “The Journal of Bone and Joint Surgery–American Volume” 2014, Vol. 96/9, pp. 718–724, <https://doi.org/10.2106/JBJS.M.00819>.

²² Morgan K., et al., Obesity in pregnancy: a retrospective prevalence-based study on health service utilisation and costs on the NHS, “BMJ open” 2014, Vol. 4/2, p. e003983, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003983>.

walkę z nadwagą. Kraje o niższym ogólnym budżecie na opiekę zdrowotną, ale o dużym rozpowszechnieniu nadwagi, takie jak Turcja i Arabia Saudyjska, będą w efekcie kierować dużą część swoich wydatków na opiekę zdrowotną na leczenie nadwagi i powiązanych z nią schorzeń. Kraje OECD wydadzą średnio 8,4% budżetu na opiekę zdrowotną na leczenie skutków otyłości (jest to jednak bardzo zróżnicowane w poszczególnych krajach). Podczas gdy Stany Zjednoczone wydadzą prawie 14% swojego budżetu na opiekę zdrowotną na leczenie skutków nadwagi i otyłości, to Estonia wyda mniej niż 5%. Łącznie kraje OECD wydają ok. 311 miliardów dolarów PPP rocznie na leczenie nadwagi i schorzeń z nią związanych. Wszystkie 52 kraje łącznie wydadzą w latach 2020–2050 425 miliardów dolarów PPP rocznie, co stanowi równowartość PKB Austrii w 2018 r.

Nadwaga i otyłość zmniejszają oczekiwaną długość życia, zwiększają koszty opieki zdrowotnej, obniżają wydajność pracowników, a poprzez to obniżają Produkt Krajowy Brutto (PKB). Wg OECD, do 2050 r. przewidywany czas życia skróci się z powodu otyłości w Polsce aż o blisko 4 lata (3,9 roku). W OECD czas życia skróci się średnio o 2,7 roku, a w krajach zamożniejszych UE – o 2,9 roku. W przypadku Polski, w najbliższych 30 latach będzie to strata na poziomie ok. 4,1% PKB, czyli 0,14% PKB rocznie. Średnia dla Unii Europejskiej i OECD wyniosła 3,3% PKB.

Otyłość odpowiada za 70% kosztów leczenia cukrzycy, 23% kosztów leczenia chorób sercowo-naczyniowych i 9% kosztów leczenia raka²³.



4.2 Koszty otyłości w Polsce

NFZ w raporcie z 2019 r. pt. „Cukier, otyłość – konsekwencje” szacuje wzrost kosztów związanych z leczeniem chorób związanych z nadwagą i otyłością o 0,3–1,0 mld zł w 2025 r., w porównaniu do 2017 r. Liczba dorosłych osób z otyłością wzrośnie do 6,1–11,4 mln osób; odsetek otyłości wśród dorosłych kobiet wyniesie 26%, a dorosłych mężczyzn – 30%. Do 2025 r. zwiększy się liczba chorych na cukrzycę – o ok. 941 tys., w porównaniu z 2017 r.²⁴.

W aktualizacji raportu z 2024 r. NFZ podał prognozy dla Polski, z których wynika, że w 2035 r. ponad 35% dorosłych mężczyzn i ponad 25% dorosłych kobiet będzie chorych na otyłość. NFZ szacuje, że refundacja leczenia konsekwencji choroby otyłościowej wyniosła w 2023 r. co najmniej 3,8 mld zł. Stanowiła ją suma kwot refundacji świadczeń związanych z leczeniem wśród osób dorosłych następujących chorób: cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, chorób pęcherzyka żółciowego, dyslipidemii, bezdechu sennego, zwyrodnienia kolan wymagającego endoprotezoplastyki i stłuszczenia wątroby.

²³ The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris 2019, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en> <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>.

²⁴ Cukier, otyłość – konsekwencje. NFZ 2019 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>.

TABELA 9. WARTOŚĆ REFUNDACJI LECZENIA WYBRANYCH KONSEKWENCJI OTYŁOŚCI U DOROSŁYCH OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ, 2023 ROK

| Choroba | Wartość refundacji świadczeń* (w mln zł) | Szacowana liczba przypadków związanych z otyłością (w mln) | Szacowana wartość refundacji świadczeń* wynikająca z otyłości (w mln zł) | | |
|--|--|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | | | Średnia wartość | Dolna granica 95% przedziału ufności | Górna granica 95% przedziału ufności |
| Cukrzyca typu 2 | 2688 | 1,70 | 1397,7 | 1394,1 | 1400,9 |
| Nadciśnienie tętnicze | 2273 | 6,97 | 1600,0 | 1589,0 | 1601,9 |
| Dyslipidemia | 675 | 2,20 | 229,6 | 228,3 | 230,9 |
| Zwyrodnienie kolan wymagające endoprotezoplastyki | 815 | 0,02 | 487,8 | - | - |
| Bezdech senny | 81 | 0,05 | 59,6 | 59,6 | 59,7 |
| Stłuszczenie wątroby | 75 | 0,05 | 60,2 | 59,6 | 60,6 |
| Łącznie | 6 607 | - | 3 834,9 | - | - |

*W przypadku cukrzycy uwzględniono dodatkowo wartość refundacji leków i pasków do oznaczania glukozy, a w przypadku nadciśnienia tętniczego i dyslipidemii uwzględniono dodatkowo wartość refundacji leków.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Istotnym elementem leczenia zaawansowanej otyłości są operacje bariatryczne polegające na operacyjnym zmniejszeniu objętości żołądka. W 2023 roku poddano takiemu zabiegowi 6,5 tys. pacjentów. Od 2021 roku działa w Polsce pilotażowy program w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. Do 21 marca 2024 roku w programie wzięło udział 5,5 tys. pacjentów w 19 ośrodkach. W roku 2023 zabiegowi poddano 6,5 tys. pacjentów i była to wartość o 97% wyższa niż w 2017. Wartość refundacji świadczeń wzrastała w ostatnich latach i w 2023 roku osiągnęła 128,8 mln zł. Był to wzrost o 258,8% w stosunku do roku 2017²⁵.

W raporcie Fundacji Republikańskiej z 2021 r. pt. „Otyłość epidemią XXI wieku” oszacowano koszty bezpośrednie i pośrednie otyłości w Polsce.

Z raportu wynika, że koszty pośrednie i bezpośrednie leczenia otyłości w Polsce to łącznie 15 mld zł.



Koszty bezpośrednie, czyli świadczenia zdrowotne i koszty leków, stosowanych głównie w terapii powikłań otyłości, kampanie i programy profilaktyczne wynoszą ok. 5 mld złotych rocznie. Koszty pośrednie, związane z nieobecnością w pracy, utracąnym podatkiem lub dochodem, obniżeniem

²⁵ NFZ o zdrowiu. Otyłość i jej konsekwencje. NFZ 2024 <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/otylosc>

jakości życia czy utraconymi latami życia estymowane są na poziomie ok. 10 mld zł rocznie. Ze względu na coraz większy problem otyłości państwo musi liczyć się ze zwiększonymi wydatkami na ochronę zdrowia. Osoby z otyłością częściej korzystają z usług medycznych, średnio spędzają więcej czasu w szpitalach. Co czwarta hospitalizacja może być związana z powikłaniami otyłości. To powoduje obciążenia finansowe, pogłębia niewydolność systemu, wydłuża oczekiwanie na wizytę u lekarza.



Koszty opieki zdrowotnej nad chorymi na otyłość trzeciego stopnia są większe w porównaniu z kosztami opieki nad osobami z prawidłową masą ciała o 49-100 proc. (w zależności od regionu świata).

Szacuje się, że życie osoby z otyłością jest krótsze o średnio 8-10 lat niż osoby o prawidłowym wskaźniku BMI. Państwo ponosi koszty inwestycji w działania mające na celu redukcję otyłości w społeczeństwie, takie jak kampanie społeczne i programy profilaktyczne.

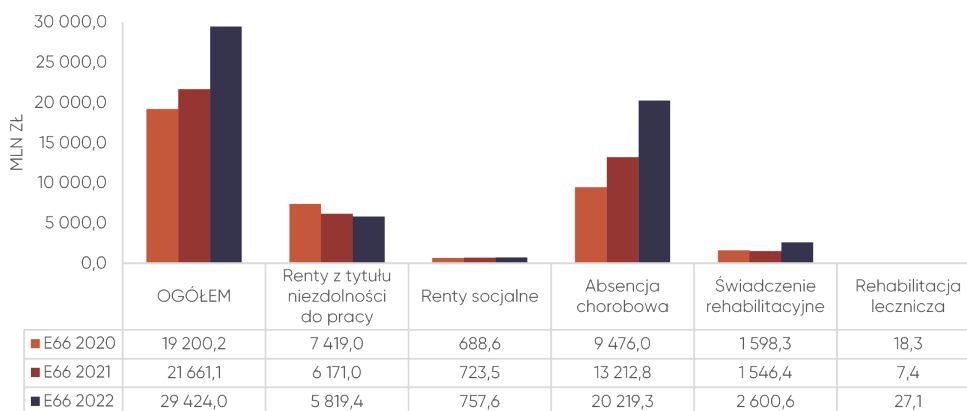


Profilaktyka nadwagi i otyłości pozostaje pierwszym celem operacyjnym w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) od 2016 r. i pozostanie nim co najmniej do 2025 r. W okresie 2021-2025 na ten cel planowane jest przeznaczenie nie więcej niż 40 mln zł.

Kolejne wydatki to koszty wsparcia społecznego (w tym pensje pracowników społecznych), zasiłków chorobowych oraz zasiłków dla bezrobotnych. Osoby z otyłością są narażone na większe ryzyko bezrobocia oraz przejścia na przedwczesną emeryturę. Niższa produktywność osób z otyłością zmniejsza przychody, także z podatków. W połączeniu z wysokimi kosztami leczenia odbija się to na mniejszym wroście gospodarczym państwa²⁶.

Otyłość, to choroba powodująca czasową niezdolność do pracy zarówno mężczyzn, jak kobiet. W zakresie wydatków ZUS otyłość generowała ok. 29 mln zł wydatków w 2022 r. z ubezpieczeń społecznych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy. Nie obliczono kosztów związanych z niezdolnością do pracy w wyniku konsekwencji choroby otyłościowej.

²⁶ Otyłość epidemią XXI wieku. Fundacja Republikańska 2021 <https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>.

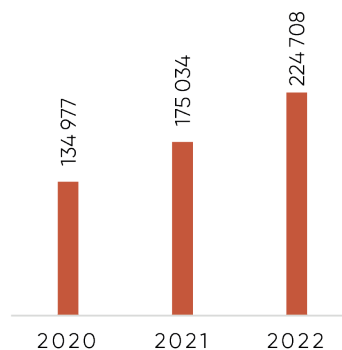
WYKRES 2. WYDATKI Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH NA ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z NIEZDOLNOŚCIĄ DO PRACY SPOWODOWANĄ WYBRANYMI CHOROBYMI, WEDŁUG RODZAJÓW ŚWIADCZEŃ W LATACH 2020–2022

Źródło: Dane ZUS.

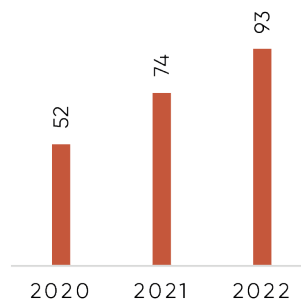
Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w 2022 r. wyniosła 224 708 dni, w 2021 – 175 034, a w 2020 – 134 977 dni.

Liczba chorych z rozpoznaniem E66, którzy otrzymali pierwszorazowe orzeczenia rentowe lekarzy orzeczników ustalające niezdolność do pracy w 2020 r., wynosiła 52, w 2021 – 74, a w 2022 – 93 osoby.

Obserwuje się trend wzrostowy liczby zaświadczeń lub orzeczeń z kodami E 65–E68, tj. otyłość i zespoły z przekarmienia. Analizując liczbę wydanych orzeczeń związanych ze świadczeniami długoterminowymi tj. rentą z tytułu niezdolności do pracy czy rentą socjalną, obserwuje się ich stopniowy wzrost.

WYKRES 3. LICZBA DNI ABSENCJI CHOROBOWEJ OSÓB Z ROZPOZNIEM E66 Z TYTUŁU CHOROBY WŁASNEJ OSÓB UBEZPIECZONYCH W ZUS LATACH 2020–2022

Źródło: Dane ZUS.

WYKRES 4. LICZBA OSÓB Z ROZPOZNIEM E66 I PIERWSZORAZOWYM ORZECZENIEM RENTOWYM OD LEKARZY ORZECZNIKÓW USTALAJĄCYCH NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W LATACH 2020–2022

Źródło: Dane ZUS.

4.3 Wnioski



Koszty całościowe otyłości w Polsce i na świecie dynamicznie rosną.



NFZ szacuje, że refundacja leczenia konsekwencji choroby otyłościowej wyniosła w 2023 r. co najmniej 3,8 mld zł.



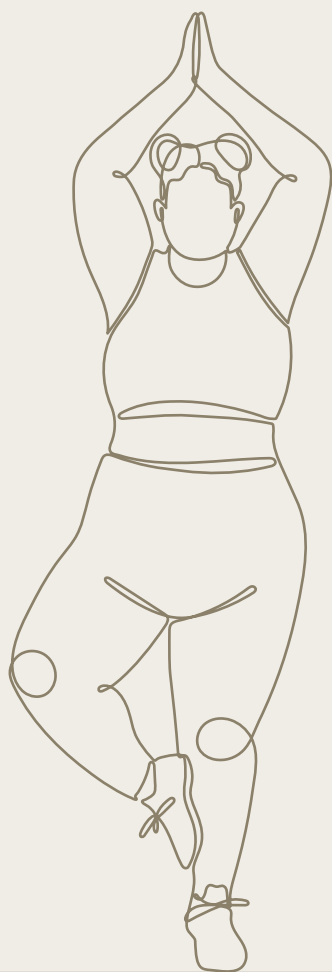
Koszty leczenia otyłości i chorób z nią związanych stanowiły w 2019 średnio 8,4% wydatków systemów ochrony zdrowia, czyli średnio 211 USD na mieszkańca rocznie.



Tytułem świadczeń w zakresie niezdolności do pracy z powodu otyłości ZUS wpłacił w 2022 r. ok. 29 mln zł. Liczba i wartość absencji chorobowych notuje trend wzrostowy.



W najbliższych 30 latach Polska wyda na leczenie otyłości i chorób współistniejących ok. 4,1% PKB, czyli 0,14% PKB rocznie.



05

Organizacja opieki nad pacjentami chorymi na otyłość – analiza międzynarodowa

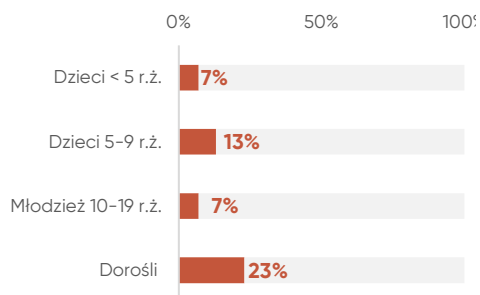
dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA
Marta Pawłowska, MBA
dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka
dr hab. Iwona Kowalska-Bobko

5.1. Polska

5.1.1. Problem zdrowotny – otyłość

W Polsce częstotliwość występowania otyłości wśród różnych grup wiekowych ma tendencję rosnącą. Problematyka otyłości jest szczególnie widoczna w grupie dzieci i młodzieży. Estymacje udostępnione przez WHO wskazują na to, że otyłość ma 7% dzieci poniżej 5. r.ż., 13% dzieci między 5. a 9. r.ż., 7% młodzieży pomiędzy 10. a 19. r.ż. Jeśli chodzi o dorosłych, to co piąta osoba (23% społeczeństwa) ma otyłość²⁷. Patrz wykres 5.

WYKRES 5. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W POLSCE



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.1.2. Polityka zdrowotna

W Polsce nie została opracowana strategia uwzględniająca krajowe działania związane z otyłością.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 otyłość uznano za chorobę cywilizacyjną, a jej leczenie za jeden z priorytetów²⁸.



Zwrócono uwagę na konieczność rozwoju kompetencji w zakresie przeciwdziałania otyłości, poprzez edukację pracowników ochrony zdrowia, doskonalenie zawodowe nauczycieli wychowania fizycznego oraz nauczycieli zajmujących się edukacją zdrowotną, a także na realizację działań edukacyjnych skierowanych do społeczeństwa – w tym do dzieci i młodzieży, przedstawicieli organizacji rządowych, przemysłu spożywczego i pracodawców. Uwzględniono także prowadzenie działań na rzecz zachowania właściwej masy ciała, w tym zapewnienia porad żywieniowo-dietetycznych dla kobiet w ciąży i dzieci do 5. r.ż., czy wprowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej. Narodowy Program Zdrowia wskazuje także na zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, które mają na celu profilaktykę i diagnostykę otyłości, a także na konieczność monitorowania wybranych wskaźników.

W latach 2007-2011 funkcjonował Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym, poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej. Program pod akro-

²⁷ WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization. Źródło: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> [dostęp dn. 08.06.2022r.].

²⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).

nimem POL-HEALTH został opracowany we współpracy z WHO i Komisją Europejską. Celem programu było zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości, zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne w Polsce, zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem przewlekłych chorób niezakaźnych, a w tym w szczególności otyłości i jej powikłań. Program POL-HEALTH opierał się także na działaniach na rzecz zwiększania świadomości społeczeństwa na temat roli żywienia i aktywności fizycznej w zapobieganiu otyłości, przewlekłym chorobom niezakaźnym, chorobom układu krążenia, cukrzycy, osteoporozie i nowotworom. Zakładał on podjęcie w tym zakresie edukacji różnych grup społecznych, w tym grup zawodowo związanych z ochroną zdrowia i edukacją dzieci i młodzieży²⁹.

Istnieje wiele działań i inicjatyw o charakterze regionalnym, mających na celu przeciwdziałanie, profilaktykę, diagnostykę i leczenie otyłości. Nie są one skorelowane z planami regionalnymi i stanowią inicjatywy realizowane samodzielnie przez lokalne władze, jednostki edukacyjne i inne podmioty. Nie występują także działania międzysektorowe.

Potencjalne występowanie takich działań opisano w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020, wskazując jedynie odpowiednie ministerstwa odpowiedzialne za realizację wybranych priorytetów w zakresie otyłości.

Jednocześnie w Polsce nie funkcjonuje żaden system ewaluacji wskaźników związanych z otyłością. Przeprowadzane są nieregularne działania kontrolne Najwyższej Izby Kontroli (NIK). Zostały one przeprowadzone między innymi w 2011 roku i miały na celu ocenę realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży. W raporcie NIK podkreśla brak charakteru systemowego prowadzonych inicjatyw regionalnych i rządowych w zakresie otyłości, a w szczególności brak warunków prawnych i finansowych do pełnej realizacji działań związanych z przeciwdziałaniem otyłości³⁰.

Podobna kontrola działań w zakresie dostępności profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych została przeprowadzona przez NIK w 2021 roku. Wyniki kontroli wskazują na brak skuteczności działań, a w szczególności na brak koordynacji, zapewnienia standardów i rozwiązań w zakresie prze-

²⁹ Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym, poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej – „POL-HEALTH” 2007–2011. Źródło: <http://www.archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/promocja-zdrowia/dzialania-w-ramach-programow-zdrowotnych/narodowy-program-przeciwdzialania-chorobom-cywilizacyjnym/modul-i-program-zapobiegania-nadwadze-i-otylosci-oraz-przewleklym-chorobom-niezakaznym-poprzez-poprawe-zywienia-i-aktywnosci-fizycznej-pol-health/> [dostęp dn. 08.06.2022r.].

³⁰ Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej. Najwyższa Izba Kontroli 2011. Źródło: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3276,vp,4137.pdf> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

ciwdziałania otyłości w obszarze ochrony zdrowia czy edukacji. Raport opracowany przez NIK wskazuje także na brak systemu ewaluacji wskaźników³¹.

Brak skutecznych i systemowych działań znajduje odzwierciedlenie w różnorodnych, krótkoterminowych programach edukacyjnych realizowanych lokalnie. Istnieje również szereg różnych programów edukacyjnych dla szkół, mających na celu zapobieganie otyłości. Żaden z programów nie jest jednak monitorowany ani poddawany ewaluacji.

Podobnie poza wzmianką w Narodowym Programie Zdrowia o konieczności prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki i przeciwdziałania otyłości wśród pracodawców, nie istnieje żaden program realnie realizowany w tym zakresie w Polsce.

Regulowana aktami normatywnymi jest natomiast konieczność edukacji konsumenta w postaci obowiązku zamieszczenia informacji o wartości odżywczej na większości przetworzonych produktów spożywczych^{32,33}. Ponadto, w ramach edukacji konsumenta, producent żywności jest zobowiązany do stosowania się do wielu

innych szczegółowych wymagań w tym zakresie, zawartych w dyrektywach i rozporządzeniach Unii Europejskiej. Podstawą edukacji konsumentów jest także wprowadzenie przepisów prawnych przez Parlament Europejski, mających zapobiegać nadużywaniu przez producentów żywności reklamy swojego produktu, poprzez przypisywanie mu właściwości, które nie są udowodnione naukowo³⁴. Podstawowym wymaganiem rozporządzenia jest unikanie wprowadzenia konsumenta w błąd co do cech produktów, w szczególności co do rodzaju, właściwości, składu, ilości, trwałości, źródła lub miejsca pochodzenia oraz metod produkcji oraz oraz nieprzypisywanie produktom działań lub właściwości, których nie posiadają.

5.1.3. Diagnostyka i leczenie

W Polsce nie ma rutynowego oznaczania oraz analizy wskaźnika BMI, a także obwodu talii. Nie ma również systemów zbierających informacje na ten temat.

Jeśli chodzi o **leczenie**, to refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) podlegają produkty lecznicze stosowane w stanie przeciwcukrzycowym, takie jak metformina oraz leki stosowane w terapii cukrzycy

³¹ Informacja o wynikach kontroli w zakresie dostępności profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych. Najwyższa Izba Kontroli 2021. Źródło: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,25237/vp,27987.pdf> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

³² Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 10 lipca 2007 r. w sprawie znakowania środków spożywczych (Dz.U. 2007 nr 137 poz. 966).

³³ Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych (Dz.U. 2015 poz. 29).

³⁴ Rozporządzenie (WE) nr 1924/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności. Źródło: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A32006R1924> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

typu 2, które wspomagają utratę masy ciała, takie jak analogi GLP-1. Leki stosowane w leczeniu otyłości: Mysimba, Saxenda oraz Xenical są lekami na receptę stosowanymi wyłącznie pod kontrolą lekarza, ale nie są refundowane³⁵.

Refundacji natomiast podlega przeprowadzenie operacji bariatrycznej, do której kwalifikowane są osoby powyżej 18 r.ż., u których wskaźnik BMI wynosi >40 , albo >35 – w sytuacji występowania chorób towarzyszących, w przypadku których wywołany chirurgicznie ubytek masy ciała spowoduje poprawę stanu zdrowia pacjenta.

Porady dietetyczne nie znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Zdarzają się jednak ośrodki, w których kwestia refundacji porad dietetycznych jest uzależniona od BMI pacjenta, gdy BMI przekraczające 30 kg/m^2 i świadczące o otyłości zwykle upoważnia do skorzystania z refundowanych porad dietetycznych.

Z kolei refundacja porad psychologicznych dla osób z otyłością jest możliwa w ramach wprowadzonego programu kompleksowej opieki nad osobami z otyłością KOS-BAR. Opieka psychologa jest dostępna w wybranych podmiotach leczniczych biorących udział w pilotażu. Psycholog stanowi część wielodyscyplinarnego zespołu

zajmującego się opieką nad pacjentem z otyłością.

Obecnie w Polsce nie istnieje specjalizacja lekarska, która zajmowałaby się terapią otyłości. Postulowane jest wprowadzenie nowej specjalizacji lekarskiej – obesitologii (od ang. słowa „obesity” – otyłość), szczególnie dla lekarzy już praktykujących – internistów, pediatrów, diabetologów i chirurgów. Natomiast w 2018 roku, z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, został uruchomiony program certyfikacji lekarzy i akredytacji ośrodków leczących chorych na otyłość³⁶.

W 2021 roku powstał program KOS-BAR – kompleksowej opieki medycznej dla chorych na otyłość olbrzymią leczonych chirurgicznie, na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR³⁷.

Do realizacji programu pilotażowego wskazano 15 ośrodków, które mogą go przeprowadzić, pod warunkiem zawarcia



³⁵ Odpowiedź Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją produktów leczniczych wspierających leczenie otyłości. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021. Źródło: <https://www.gov.pl/attachment/e2f9d84d-24cb-4223-9529-caa363ddbfbf> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

³⁶ Certyfikacja i akredytacja w zakresie standardów postępowania z otyłością. Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością. Źródło: <https://ptbo.org.pl/certyfikacja-i-akredytacja/> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz.U. 2021 poz. 1622).

umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. W ramach programu KOS-BAR pacjent uzyskuje kompleksową opiekę obejmującą między innymi przygotowanie do zabiegu bariatrycznego, opiekę przedoperacyjną (od 3 do 6 miesięcy), realizowaną przez wielodyscyplinarny zespół, składający się ze specjalisty chirurgii, specjalisty chorób wewnętrznych lub diabetologii, anestezyjologii, rehabilitacji medycznej oraz innych specjalistów: fizjoterapeuty, psychologa, dietetyka, pielęgniarki, asystenta medycznego. Program obejmuje także kwalifikację do operacji bariatrycznej, operację, wizytę kontrolną, indywidualny plan rehabilitacji leczniczej, pomoc psychologiczną i dietetyczną poprzez realizację 5 porad u lekarza koordynującego leczenie bariatryczne lub u innych osób wchodzących w skład wielodyscyplinarnego zespołu. W ramach programu zaplanowane jest długoterminowe monitorowanie efektów poprzez badania kontrolne, m.in.: masy ciała, BMI, badania laboratoryjne, badania obrazowe, a także niezbędne konsultacje specjalistyczne, w tym ocenę psychologa pod kątem występowania zaburzeń łaknienia (np. jedzenie kompulsywne). Istotne jest również, by pacjent zrozumiał zmiany, jakie nastąpiły po zabiegu operacyjnym.

5.1.4. Mechanizmy finansowania

Z uwagi na brak strategii krajowych w zakresie przeciwdziałania otyłości, nie ma specjalnych budżetów na realizację systemowych programów. Niemniej jednak środki finansowe na program KOS-BAR zostały przekazane m.in. z tzw. opłaty cukrowej, która zgodnie z przepisami jest przeznaczona na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia pacjentów z nadwagą i otyłością. Do maja 2021 roku z tytułu opłaty cukrowej do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło ponad 283 mln zł³⁸.

Opłata cukrowa (tzw. podatek cukrowy) została wprowadzona w Polsce w 2021 roku i składa się z dwóch części. Część stała wynosi 50 gr za każdy litr napoju słodzonego oraz dodatkowo 10 gr za każdy litr napoju z dodatkiem tauryny lub kofeiny. Część zmienna to 5 gr za każdy 1 gram cukru w napoju powyżej 5 gramów na 100 ml napoju.

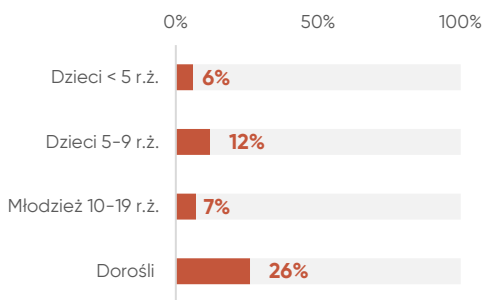
³⁸ Program kompleksowej opieki medycznej dla chorych na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021. Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-kompleksowej-opieki-medycznej-dla-chorych-na-otylosc-olbrzymia-leczona-chirurgicznie>.

5.2. Czechy

5.2.1. Problem zdrowotny – otyłość

W Czechach częstotliwość występowania otyłości, według estymacji udostępnionych przez WHO, wynosi 6% wśród dzieci poniżej 5. r.ż. Odsetek dzieci między 5. a 9. r.ż. ze stwierdzoną otyłością wynosi 12%. Otyłość ma 7% młodzieży pomiędzy 10. a 19 r.ż. i 26% dorosłych³⁹. Patrz wykres 6.

WYKRES 6. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W CZECHACH



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.2.2. Polityka zdrowotna

Krajowe działania związane z przeciwdziałaniem otyłości w Czechach są ujęte w Narodowej Strategii Ochrony i Promocji Zdrowia i Zapobiegania Chorobom (dalej Narodowa Strategia Zdrowia 2020). Strategia została wprowadzona przez rząd w 2014 r. uchwałą nr 23 oraz przez Izbę

Poselską Parlamentu Republiki Czeskiej uchwałą nr 175 z 2014 roku. Celem Narodowej Strategii Zdrowia 2020 jest przede wszystkim uruchomienie skutecznych i długofalowych zrównoważonych mechanizmów poprawy stanu zdrowia ludności. To również dokument kluczowy dla pozytywnego skutku z europejskich funduszy zdrowia (warunek Komisji Europejskiej).

W strategii narodowej znalazły się kluczowe priorytety związane z otyłością, obejmujące m.in.: wsparcie systematycznego monitorowania zachorowalności, ocenę i badania nad otyłością i powiązаныmi chorobami współistniejącymi oraz ich uwarunkowaniami, stworzenie środowiska przeciwdziałającego otyłości, promowanie świadomości zdrowotnej i całonocnych zachowań prewencyjnych, zwłaszcza wśród najbardziej narażonych populacji, wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej w kierunku odpowiedniego leczenia otyłości według EBM, wzmocnienie administracji państwowej w zakresie przeciwdziałania otyłości, aktywizację społeczeństwa obywatelskiego oraz tworzenia społeczności⁴⁰.

Realizowane są również plany regionalne, za co odpowiada Ministerstwo Rozwoju Regionalnego Republiki Czeskiej (MRD) w obszarze administracji państwowej. Ma

³⁹ WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization. Źródło: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> [dostęp dn. 08.06.2022r.].

⁴⁰ Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Ministerstvo zdravotnictví 2015. Źródło: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub-upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002b%20prevence%20obezity.pdf> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

ono realny wpływ na prawidłowe odżywianie, zdrowy styl życia oraz profilaktykę otyłości w poszczególnych regionach. Ministerstwo Zdrowia, we współpracy z Regionalnymi Urzędami Administracji Państwowej, ma wpływ na wprowadzanie prawidłowego odżywiania, zdrowego stylu życia i zapobieganie otyłości – poprzez działalność wojewódzkich komisji zdrowia i prawidłowego odżywiania, które są powoływane i finansowane przez regiony.



Narodowa strategia obejmuje również działania międzysektorowe; wskazuje także dokładny harmonogram działań związanych z przeciwdziałaniem otyłości wraz z jednostkami odpowiedzialnymi za jego realizację⁴¹.

W Czechach do tej pory nie funkcjonował system ewaluacji wskaźników. Brak też odniesienia do innych strategii narodowych. Ministerstwo Zdrowia podkreśla jednak konieczność ewaluacji wskaźników w perspektywie długoterminowej.

Ministerstwo Edukacji, Młodzieży i Sportu Republiki Czeskiej (MEYS) – poprzez zarządzanie szkołą, nauką, państwową opieką nad dziećmi, młodzieżą, wychowaniem fizycznym, sportem, turystyką – odgrywa kluczową rolę w określaniu treści kształ-

cenia w szkołach, ma też wpływ na ofertę żywności, napojów i posiłków w szkolnych automatach i stołówkach.

We współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Rolnictwa opracowuje projekty wspierające prawidłowe żywienie dzieci, takie jak Krajowa Sieć WHO „Szkoła Promująca Zdrowie”, projekty europejskie „Owoce i Warzywa w Szkole”, „Mleko dla Szkół”. Wspiera działania edukacyjne, takie jak ogólnopolskie doroczne seminarium „Forum Edukacji Zdrowotnej” oraz ogólnopolski konkurs „SZAFKA – Jak żyć zdrowo”. Przekazuje wyniki weryfikacji eksperymentalnych związanych z ćwiczeniami i żywieniem (program „Ćwiczenia i żywienie”, „Żywienie w edukacji zdrowotnej”) innym działom do dalszych interwencji. Ministerstwo Edukacji, Młodzieży i Sportu, we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Rolnictwa, opracowuje i gwarantuje ogólny program wspierania odpowiedniego żywienia w szkołach oraz nauczania zasad zróżnicowanej i zbilansowanej diety, w tym zasad zdrowego trybu życia. W oparciu o urozmaiconą i zbilansowaną dietę opracowywane są zasady żywienia w szkołach, poprzez ustalanie i aktualizowanie norm żywieniowych, zalecanych norm żywieniowych dla żywności i posiłków dostępnych w szkole lub podawanych dzieciom, a także ograniczana jest dostępność nieodpowiedniej żywności.

⁴¹ Harmonogram do Narodowej Strategii Zdrowia 2020. Źródło: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub-upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002b%20prevence%20obezity_harmonogram.pdf [dostęp 07.06.2022r.].

W zakresie edukacji konsumentów Ministerstwo Rolnictwa we współpracy z Ministerstwem Zdrowia określa, zarządza i odpowiada za reformulację żywności w Republice Czeskiej, zwłaszcza w zakresie stopniowej redukcji soli, tłuszczów nasyconych i trans oraz cukrów w żywności. Odpowiada również za znakowanie żywności dostępnej na rynku. W zakresie znakowania żywności gwarantuje i zapewnia ogólnodostępną bazę danych o składzie odżywczym żywności, zgodnie z rozporządzeniem (UE) nr 1169/2011 w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności. Baza jest nieodpłatnie udostępniana instytucjom państwowym i osobom fizycznym. Poza tymi działaniami nie ma innych, prowadzonych w celu edukacji konsumentów.

5.2.3. Diagnostyka i leczenie

W Czechach nie funkcjonuje żaden system ewaluacji wskaźników związanych z otyłością. Nie jest oznaczany w sposób rutynowy wskaźnik BMI, nie jest także w sposób systematyczny wykonywany pomiar obwodu talii.

Jeśli chodzi o zapewnienie dostępności leków przeciw otyłości w Czechach, to są one refundowane przez towarzystwo ubezpieczeniowe, zgodnie z kryteriami wskazań opracowanymi przez ČOS ČLS – zwłaszcza w przypadku leczenia pacjentów z chorobami współistniejącymi.

Refundacji przez towarzystwa ubezpieczeniowe podlegają produkty lecznicze w określonych wskazaniach, szczególnie dla pacjentów z chorobami współistniejącymi. Są to produkty lecznicze hamujące ośrodkowo apetyt, produkty lecznicze ograniczające wchłanianie tłuszczu w przewodzie pokarmowym, produkty lecznicze wpływające na hormony przewodu pokarmowego – inkretyny oraz produkty lecznicze zwiększające utratę glukozy przez nerki u diabetyków (gliflozyna).

Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych refundują zabiegi bariatryczne, gdy wskaźnik BMI wynosi więcej niż 40. Pacjenci z BMI powyżej 35 również mają szansę na finansowanie przez ubezpieczenie zdrowotne operacji żołądka w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli ich lekarz potwierdzi inną poważną chorobę. Najczęściej jest to cukrzyca, choroba kardiologiczna lub choroba stawów.

Objęte ubezpieczeniem są porady dietetyka dla osób z otyłością, jak i porady psychologa.

Zgodnie z §98 i §100 dekretu 55/2011 Sb., który określa działalność pracowników służby zdrowia i innych pracowników ochrony zdrowia⁴², oraz zgodnie z ustawą nr 96/2004 Sb.⁴³, w niemedycznych zawodach ochrony zdrowia za specjalistę ds.

⁴² Dekret w sprawie działalności pracowników służby zdrowia i innych specjalistów z 2011 roku (Dekret nr 55/2011 Dz.). Źródło: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55> [dostęp 07.06.2022r.].

⁴³ Ustawa o warunkach nabywania i uznawania kompetencji w wykonywaniu niemedycznych zawodów medycznych oraz o wykonywaniu czynności związanych ze świadczeniem opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw pokrewnych (ustawa o pozamedycznych zawodach zdrowotnych) (Ustawa nr 96/2004 Dz.). Źródło: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96> [dostęp 07.06.2022r.].

żywienia uważa się asystenta żywienia, dyplomowanego terapeuty żywienia, terapeuty żywienia.

W chwili obecnej nie ma specjalizacji podyplomowej z otyłości. Specjalistyczne kształcenia podyplomowe w zakresie otyłości jest prowadzone w ośrodkach otyłości i bariatrycznych akredytowanych przez Czeskie Towarzystwo Otyłości, ewentualnie również przez międzynarodowe stowarzyszenia zawodowe (Europejskie Stowarzyszenie Badań nad Otyłością).

Obecnie w Czechach nie ma modelu opieki koordynowanej związanej z otyłością. Są natomiast planowane działania w kierunku stworzenia sieci stopniowej kompleksowej opieki nad pacjentami z otyłością, która obejmowałaby lekarzy rodzinnych (zarówno dla dorosłych, jak dzieci i młodzieży). Opieka specjalistyczna byłaby wówczas świadczona przez specjalistów ds. otyłości, we współpracy ze specjalistami innych dziedzin, m.in. diabetologami, endokry-

nologami, ortopedami. Najwyższy poziom specjalistycznej opieki kompleksowej byłby wówczas zapewniony w ośrodkach diagnostyki i leczenia otyłości, w tym w ośrodkach chirurgii metaboliczno-bariatrycznej.

5.2.4. Mechanizmy finansowania

Nie ma informacji o celowanych funduszach publicznych na diagnostykę oraz leczenie otyłości.

W Czechach funkcjonuje jednak podatek cukrowy. Został on wprowadzony dla słodkich napojów bezalkoholowych o zawartości cukru powyżej 5 g na 100 ml płynu – 5 CZK za litr płynu. Przy napojach przekraczających 8 g cukru na 100 ml zawartości płynu stosowana jest stawka 7 CZK na każdy litr napoju⁴⁴.

Nie odnaleziono informacji o dostępnych produktach ubezpieczenia prywatnego, które oferują diagnostykę i leczenie otyłości.

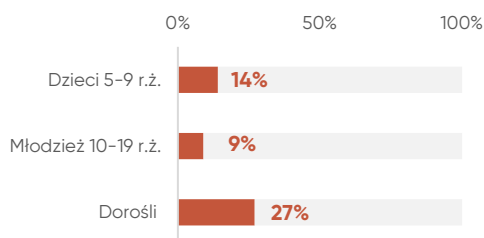
⁴⁴ Ustawa w zakresie podatków pośrednich i państwowych monopolii finansowych (Ustawa nr. 30/1946 Dz.). Źródło: <https://www.epi.sk/zz/1946-30> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

5.3. Węgry

5.3.1. Problem zdrowotny – otyłość

Na Węgrzech częstotliwość występowania otyłości wynosi 14% wśród dzieci między 5. a 9. r.ż., 9% u młodzieży pomiędzy 10. a 19. r.ż., a 27% wśród ogółu społeczeństwa⁴⁵. Zobacz wykres 7.

WYKRES 7. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH NA WĘGRZECH



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.3.2. Polityka zdrowotna

Jedna ze strategii narodowych wskazuje na konieczność zwiększenia aktywności fizycznej wśród Węgrów. W tym celu do 2021 roku zrealizowano 60 inwestycji sportowych za środki budżetowe w wysokości 425 mld HUF. Co najmniej 20 inwestycji sportowych zostało dodatkowo zrealizowanych w miastach w ramach programu Nowoczesne Miasta (z 328 mld HUF ze środków publicznych)⁴⁶.

W ramach realizacji działań regionalnych wprowadzono tzw. **biura promujące zdrowie**, które są nowym elementem węgierskiego systemu podstawowej opieki zdrowotnej i zapewniają bezpośredni i skuteczny związek między działaniami na rzecz zdrowia a medycyną leczniczą.



W latach 2013 i 2014 61 HPO rozpoczęło pracę w całym kraju z programu dotacji finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego – 20 z nich znajduje się w najbardziej pokrzywdzonych gospodarczo mikroregionach Węgier. Po raz pierwszy na Węgrzech powstały organizacje zajmujące się promocją zdrowia i profilaktyką chorób, działające w społecznościach lokalnych na poziomie mikroregionów⁴⁷.

Na Węgrzech są podejmowane działania edukacyjne wśród dzieci i młodzieży od 2009 roku. Projekt „Szczęśliwy tydzień” ma na celu ograniczenie spożywania słodzonych napojów⁴⁸.

Od 2012 roku obowiązują przepisy, mówiące o obowiązkowych limitach dla maksymalnej zawartości soli w wybranych produktach piekarniczych⁴⁹. Od 2013 roku

⁴⁵ WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization. Źródło: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> [dostęp dn. 08.06.2022r.].

⁴⁶ 2021 National Reform Programme of Hungary. Government of Hungary 2021. Źródło: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/nrp_2021_hungary_en.pdf [dostęp dn. 11.06.2022r.].

⁴⁷ Węgry – Narodowy Instytut Rozwoju Zdrowia (OEFI) – Biura Promocji Zdrowia. EuroHealthNet Magazine. Źródło: <https://eurohealthnet-magazine.eu/health-promoting-offices/> [dostęp dn. 11.06.2022r.].

⁴⁸ Projekt „Szczęśliwy tydzień” w węgierskich szkołach. Źródło: <https://ogyei.gov.hu/happy> [dostęp dn. 10.06.2022r.].

⁴⁹ Dekret nr 152 z 2009 r. (XI. 12.) FVM Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi w sprawie obowiązujących przepisów Codex Alimentarius Hungaricus. Źródło: <https://leap.unep.org/countries/hu/national-legislation/decreo-no-152-2009-xi-12-fvm-ministry-agriculture-and-rural> [dostęp dn. 10.06.2022r.].

wprowadzono dekret normujący zawartość tłuszczów trans, ustanawiający limit 2 g tłuszczów trans na 100 g tłuszczów⁵⁰.

5.3.3. Diagnostyka i leczenie

Na Węgrzech dostępne są produkty lecznicze do leczenia otyłości, zawierające orlistat (Xenical) hamujący wchłanianie tłuszczów oraz produkty zawierające substancję czynną chlorowodorek bupropionu i naltrekson (Mysimba) w celu zmniejszenia masy ciała u osób dorosłych z otyłością lub nadwagą, jako uzupełnienie stosowania diety o obniżonej kaloryczności i ćwiczeń fizycznych⁵¹.

Możliwa jest refundacja zabiegu bariatrycznego⁵². Kwalifikują się do niego osoby z otyłością i BMI powyżej 40 w wieku od 18 do 65 lat. Przy wskaźniku masy ciała poniżej 40, do zabiegu mogą zakwalifikować się osoby w wieku co najmniej 35 lat, mające problemy zdrowotne związane z otyłością, np. bezdech senny, cukrzyca typu 2, wysoki poziom cholesterolu.

5.3.4. Mechanizmy finansowania

Na Węgrzech funkcjonuje podatek od produktów o dużej zawartości soli i cukru, w tym słonych przekąsek, czekolady, słod-

czy, lodów i napojów energetyzujących. Rząd szacuje, że podatki przyniosą roczne dochody w wysokości około 20 miliardów forintów węgierskich (74 miliony euro), a pieniądze zostaną przeznaczone na finansowanie mocno zadłużonego systemu opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o słodkie produkty spożywcze, to podlegają opodatkowaniu towary, które zawierają co najmniej 25% cukru. Jeśli jest to produkt z kakao, podatek ma zastosowanie, jeśli zawartość kakao wynosi poniżej 40%, a zawartość cukru powyżej 40%. Podatek dotyczy tylko paczkowanej żywności zawierającej cukier. Sam cukier nie jest opodatkowany. W 2011 roku stawka podatku wynosiła 100 HUF za 1 kg słodkiej żywności, a w latach 2012–2018 – 130 HUF za 1 kg słodkiej żywności (130 HUF ≈ 0,43 USD)⁵³.

Rok po wprowadzeniu podatku wykazano, że 26–32% konsumentów zmniejszyło spożycie produktów objętych opodatkowaniem. Dochody z podatku wyniosły 18 mln euro w pierwszym roku. 40% producentów zmieniło recepturę, a 30% usunęło całkowicie cukier z produktów. Obserwowane są jednak negatywne nastroje społeczne z uwagi na wzrost dochodów państwa, problemy z zatrudnieniem i dyskryminacją przedsiębiorstw produkujących słodzone napoje⁵⁴.

⁵⁰ Polityka 71/2013. (XI. 20.) Dekret EMMI: w sprawie maksymalnej ilości kwasów tłuszczowych trans dopuszczonych do żywności. Źródło: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/25332> [dostęp dn. 10.06.2022r.].

⁵¹ Serwis dot. refundacji produktów leczniczych na Węgrzech: www.egeszsegkalauz.hu. Źródło: <https://www.egeszsegkalauz.hu/gyogy-szerkereso/kereses/elhizas-elleni-szerek-a-dietas-keszitmenyek-kivetelevel?atc=A08> [dostęp dn. 10.06.2022r.].

⁵² Dozsa, Csaba & Illes, Lilla & Lazar, Gy & Mohos, E & Higgins, A & Heltér, Tímea. Cost-utility analysis of different bariatric surgeries in Hungary. 17/2018, p. 63–68.

⁵³ A. Biro, Did the junk food tax make the Hungarians eat healthier? Food Policy, Volume 54, 2015.

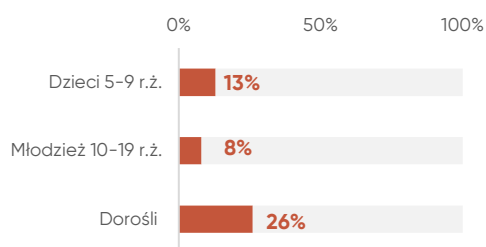
⁵⁴ Węgierski serwis informacyjny, artykuł z dn. 07.08.2019r. Źródło: <http://szabadsag.ro/-/nem-mondanak-le-a-cukorado-bevezeteserol>.

5.4. Wielka Brytania

5.4.1. Problem zdrowotny – otyłość

Dane WHO nie pokazują, jaki odsetek dzieci poniżej 5. r.ż. w Wielkiej Brytanii ma otyłość. Wskazują, że otyłość ma 13% dzieci między 5. a 9. r.ż. oraz 8% młodzieży pomiędzy 10. a 19. r.ż. Z kolei dorośli z otyłością stanowią 26% ogółu społeczeństwa⁵⁵. Patrz wykres 8.

WYKRES 8. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W WIELKIEJ BRYTANII



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.4.2. Polityka zdrowotna



Wielka Brytania w odpowiedzi na rosnący problem społeczny utworzyła szereg dokumentów strategicznych, których celem jest przeciwdziałanie otyłości.

Aktualny dokument „*Tackling obesity: empowering adults and children to live healthier lives 2020*” obejmuje takie cele jak: wprowadzenie nowej kampanii medialnej, kontrola masy ciała za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia (ang. NHS – *National Health Fund*), konsultacje narodowe w celu zebrania opinii na temat zdrowotnych wyborów żywieniowych, wprowadzenie przepisów zobowiązujących duże firmy do dodawania do żywności etykiet dotyczących kalorii i oznaczanie ilości kalorii na alkoholu, niepromowanie żywności o wysokiej zawartości tłuszczu lub soli, zakaz wyświetlania reklam takich produktów w mediach przed godziną 21.00⁵⁶. Z tym programem są powiązane odpowiednie programy regionalne. Utworzono także przewodnik na temat wspierania inicjatyw lokalnych służących przeciwdziałaniu otyłości⁵⁷. Nie odnaleziono natomiast informacji o działaniach międzysektorowych poza tymi, które aktywizują opiekę społeczną⁵⁸.

System ewaluacji wskaźników funkcjonuje dla Narodowego Programu Pomiaru Dziecka. Dostarcza danych dotyczących otyłości wśród dzieci w ramach ramowych wyników zdrowia publicznego i jest częścią rządowego podejścia do walki z otyłością

⁵⁵ WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization. Źródło: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> [dostęp dn. 08.06.2022r.].

⁵⁶ Tackling obesity: empowering adults and children to live healthier lives 2020. Department of Health and Social Care. Źródło: <https://www.gov.uk/government/publications/tackling-obesity-government-strategy/tackling-obesity-empowering-adults-and-children-to-live-healthier-lives> [dostęp dn. 08.06.2022r.].

⁵⁷ Whole systems approach to obesity A guide to support local approaches to promoting a healthy weight. Public England Health 2021. Źródło: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/820783/Whole_systems_approach_to_obesity_guide.pdf [dostęp dn. 08.06.2022r.].

⁵⁸ Social care and obesity at UK. Local Government Association 2020. Źródło: https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/1.112%20Social%20care%20and%20obesity_06.pdf [dostęp dn. 08.06.2022r.].

u dzieci⁵⁹. Natomiast ogólny system ewaluacji wskaźników funkcjonuje w ramach specjalnie utworzonej platformy⁶⁰.

Podjęmowanych jest szereg działań, które wspierają inicjatywy edukacyjne w szkołach. Towarzyszą im działania mające na celu wzrost aktywności fizycznej dzieci⁶¹.

Coraz większa jest świadomość, że miejsce pracy może mieć wpływ na utrzymanie prawidłowej wagi. Brytyjski Narodowy Instytut Doskonałości Zdrowia i Opieki (ang. NICE – *The National Institute for Health and Care Excellence*) opracował szereg zaleceń dotyczących rozwiązania problemu otyłości w miejscu pracy, podkreślając, że wszyscy pracodawcy, a szczególnie duże organizacje, jak NHS, a także władze lokalne, powinny zająć się zapobieganiem i zarządzaniem otyłością, z powodu jej wpływu na zdrowie pracowników i koszty, jakie ponosi gospodarka. Rekomendacje obejmowały: stałą promocję zdrowych wyborów w punktach gastronomicznych (zarówno dla pracowników, jak klientów), zapewnienie wspierającego środowiska, m.in. poprzez stworzenie bezpiecznych parkingów rowerowych, zapewnienie możliwości rekreacji (m.in. spacerów w porze lunchu), korzystanie z lokalnych obiektów rekreacyjnych, ale także np. remonty pryszniców, umożliwiających kom-

fort pracy np. po wysiłku fizycznym. Dodatkowo systemy motywacyjne w miejscu pracy powinny stanowić część szerszego programu wspierającego kontrolę wagi, zdrowy sposób odżywiania i zwiększenie poziomu aktywności fizycznej. Ministerstwo Zdrowia w Wielkiej Brytanii wprowadziło „Porozumienie o odpowiedzialności za zdrowie publiczne”, w ramach którego organizacje starają się wspierać zdrowie i dobre samopoczucie pracowników i podkreślają znaczenie profilaktyki pierwotnej. Podstawowe zobowiązania zawarte w Porozumieniu o odpowiedzialności za zdrowie publiczne to: zachęcanie i umożliwianie realizacji zdrowego stylu odżywiania, zachęcanie pracowników do zwiększenia aktywności fizycznej oraz aktywne wspieranie prowadzenia zdrowszego życia. Umowa opierała się na zrozumieniu, że poprawa zdrowia i samopoczucia pracowników ma sens biznesowy, ponieważ zdrowsi pracownicy są bardziej produktywni i skuteczni⁶².

W ramach edukacji konsumentów w Wielkiej Brytanii wprowadzono przepisy m.in. zobowiązujące duże przedsiębiorstwa, w tym restauracje, kawiarnie i restauracje prowadzące sprzedaż na wynos, zatrudniające ponad 250 pracowników, do dodawania etykiet dotyczących liczby kalorii do sprzedawanej żywności, oznaczania

⁵⁹ National Child Measurement Programme UK. Źródło: <https://digital.nhs.uk/services/national-child-measurement-programme/> [dostęp dn. 08.06.2022r.].

⁶⁰ Public health profiles: obesity. Office for Health Improvement & Disparities. Źródło: <https://fingertips.phe.org.uk/search/obesity> [dostęp dn. 08.06.2022r.].

⁶¹ Childhood obesity: a plan for action, UK 2016. Źródło: <https://www.gov.uk/government/publications/childhood-obesity-a-plan-for-action> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

⁶² Obesity and Work Challenging stigma and discrimination, Institute for Employment Studies 2019. Źródło: <https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/526.pdf> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

liczby kalorii na sprzedawanym alkoholu. Wprowadzono też przepisy prawne mające na celu zakończenie promocji żywności o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru lub soli, poprzez ograniczenie promocji ilościowych oraz nieumieszczanie tych produktów w widocznych miejscach w celu zachęcenia do zakupów. Chodziło zarówno o zakupy online, jak w sklepach stacjonarnych. Wprowadzono także zakaz wyświetlania reklam wybranych produktów w telewizji i Internecie przed godziną 21:00⁶³.

5.4.3. Diagnostyka i leczenie

W ramach długoterminowego planu NHS utworzyła usługę kontroli wagi dla osób najbardziej zagrożonych – głównie osób z otyłością, cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym.



Rząd brytyjski przeznaczył już 70 milionów funtów na poprawę dostępu do usług NHS w zakresie kontroli wagi, podczas gdy NHS England i NHS Improvement dodały w 2021 i 2022 roku środki finansowe o wartości 20 milionów funtów do kontraktów lekarza rodzinnego, aby zachęcić do wydawania skierowań dotyczących kontroli masy ciała.*

Rejestr ten jest uzupełniany przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i obejmuje pacjentów w wieku od 18 lat z BMI ≥ 30 w ciągu ostatnich 12 miesięcy⁶⁴.

Od 2010 roku orlistat (Xenical) jest jedynym dostępnym w Wielkiej Brytanii lekiem zalecanym do leczenia otyłości. Działa poprzez zmniejszenie wchłaniania tłuszczu z diety. Wytyczne kliniczne stwierdzają, że interwencje farmakologiczne powinny być stosowane wyłącznie w połączeniu z niefarmakologicznymi interwencjami, jak ćwiczenia, dieta.

NICE wydał w 2022 roku projekt wytycznych zalecających stosowanie semaglutynu (Wegovy) dorosłym z co najmniej jednym schorzeniem związanym z otyłością oraz wskaźnikiem BMI co najmniej 35 kg/m², a wyjątkowo osobom z BMI od 30,0 kg/m² do 34,9 kg/m². Semaglutyn może być przepisany tylko jako część specjalistycznej kompleksowej usługi leczenia otyłości z interdyscyplinarnym wkładem (takim jak program kontroli wagi lub specjalistyczne usługi w zakresie otyłości ostatniego poziomu, w tym leczenie chirurgiczne) i przez maksymalnie dwa lata⁶⁵.

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego finansowaniu podlega operacja baria-

⁶³ New calorie labelling rules come into force to improve nation's health. Department of Health and Social Care 2022. Źródło: <https://www.gov.uk/government/news/new-calorie-labelling-rules-come-into-force-to-improve-nations-health> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

⁶⁴ Enhanced service specification. Weight management 2021/22, NHS. Źródło: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/06/B0699-ess-weight-management-21-22.pdf> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

⁶⁵ Obesity: identification, assessment and management, NICE 2014. Źródło: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/chapter/1-Recommendations#pharmacological-interventions> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

* Departament Zdrowia i Opieki Społecznej 2021b; NHS England i NHS Improvement 2021.

tryczna. Aby kwalifikować się do operacji, pacjent musi mieć wskaźnik BMI >40 lub mieć BMI między 35 a 40 oraz dwa lub więcej długotrwałe schorzenia związane z otyłością. Dodatkowym wymogiem w przypadku operacji finansowanej przez NHS jest niepowodzenie prób utraty wagi poprzez dietę i aktywność fizyczną.

Większość pacjentów może skorzystać z porad dietetyka w ramach NHS, po skierowaniu od lekarza ogólnego, innego lekarza lub pielęgniarki środowiskowej. Można też zgłosić się samodzielnie, kontaktując się z zespołem ds. żywienia i dietetyki w lokalnym szpitalu, aby sprawdzić możliwość skorzystania ze wsparcia dietetyka. Analogicznie dla pacjentów z otyłością dostępna jest porada psychologiczna.

W Wielkiej Brytanii nie ma osobnej specjalizacji medycznej związanej z otyłością, nie ma również możliwości uzyskania certyfikatu obesitologa.

Specjaliści z Royal College of Physicians w 2013 roku zarekomendowali utworzenie kompleksowej opieki w otyłości, nie została ona jednak odzwierciedlona w żadnym programie. Rekomendacja modelu opieki w otyłości zakłada różne poziomy opieki, powstanie multidyscyplinarnych zespołów współpracujących ze sobą, metody pomiarów i monitorowanie wskaźników,

opiekę pooperacyjną, wsparcie psychologiczne i dietetyczne oraz działania środowiskowe⁶⁶. Standardowe ścieżki opieki utworzone przez NICE również obejmują aspekt kompleksowości⁶⁷.

5.4.4. Mechanizmy finansowania

Na powstały w 2021 roku program kontroli masy ciała NHS przeznaczono 12 milionów funtów funduszy rządowych.



W ramach tych funduszy program oferuje bezpłatne wsparcie online za pośrednictwem skierowań do lekarzy rodzinnych i zespołów podstawowej opieki zdrowotnej dla osób dorosłych z otyłością, u których zdiagnozowano również cukrzycę, wysokie ciśnienie krwi lub oba te czynniki. Oprócz tego rząd zapewnia samorządom w całej Anglii 30 milionów funtów nowych funduszy na wprowadzenie rozszerzonych usług zarządzania dla dorosłych z otyłością. Usługi mogą być świadczone osobiście, zdalnie lub cyfrowo. W większości przypadków obejmują one 12-tygodniowe sesje z poradami żywieniowymi, wskazówkami dotyczącymi aktywności fizycznej i wsparciem, aby pomóc utrzymać zdrowsze nawyki. Dodatkowe 4,3 miliona funtów nowego finansowania zostało również przyznane w latach 2021-22 w celu

⁶⁶ Action on obesity: Comprehensive care for all. Royal College of Physicians 2013. Źródło: <https://www.rcplondon.ac.uk/file/1283/download> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

⁶⁷ Otyłość: ocena kliniczna i postępowanie. NICE 2016. Źródło: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs127/chapter/Introduction#coordinated-services> [dostęp dn. 07.06.2022r.].

wsparcia rozwoju usług kontroli wagi dzieci 11 władzom lokalnym⁶⁸.

Od 2018 roku funkcjonuje podatek dla napojów bezalkoholowych, aby zmotywować producentów do ograniczenia cukru. Zgodnie z przepisami, napoje zawierające więcej niż 8 g cukru na 100 ml podlegają

opodatkowaniu w wysokości 24 pensów za litr. Napoje zawierające 5-8 g cukru na litr podlegają opodatkowaniu w wysokości 18 pensów za litr⁶⁹.

Funkcjonują produkty ubezpieczenia prywatnego odpowiadające za diagnostykę i leczenie otyłości.

⁶⁸ New services launched to help people achieve a healthier weight and improve wellbeing, UK Government 2021. Źródło: <https://www.gov.uk/government/news/new-services-launched-to-help-people-achieve-a-healthier-weight-and-improve-wellbeing>.

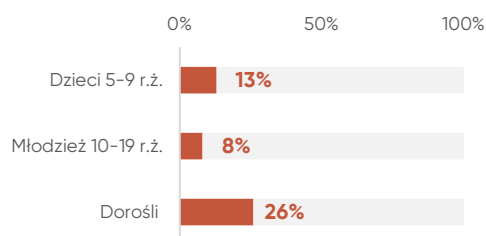
⁶⁹ Soft Drinks Industry Levy comes into effect. UK Government 2018. Źródło: <https://www.gov.uk/government/news/soft-drinks-industry-levy-comes-into-effect> [dostęp dn. 08.06.2022r.].

5.5. Irlandia

5.5.1. Problem zdrowotny – otyłość

Otyłość ma 13% dzieci między 5. a 9 r.ż., 8% młodzieży pomiędzy 10. a 19. r.ż. oraz 25% ogółu populacji⁷⁰. Patrz wykres 9.

WYKRES 9. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W IRLANDII



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.5.2. Polityka zdrowotna

W Irlandii powstała strategia związana z przeciwdziałaniem otyłości na lata 2016-2025 pod nazwą „A Healthy Weight For Ireland – Obesity Policy and Action Plan”⁷¹. Strategia zawiera 20 priorytetów umieszczonych w 10 działaniach, które obejmują m.in.: wielosektorowe działania na rzecz zapobiegania otyłości przy wsparciu departamentów rządowych i agencji sektora publicznego, wprowadzenie regulacji dla zdrowszego środowiska, zapewnienie odpowiedniego wsparcia sektora komercyjnego.

Zaplanowano także wdrożenie trwałej **strategii komunikacyjnej**, która umożliwi poszerzenie wiedzy o problematyce otyłości i przygotowanie do zmian, ze szczególnym uwzględnieniem rodzin z małymi dziećmi.



Departament Zdrowia, za pośrednictwem Healthy Ireland, koordynuje wielosektorowe działania oraz ma wdrożyć najlepsze praktyki w zarządzaniu Planem. Strategia wskazuje także na konieczność lepszego zapobiegania nadwadze i otyłości poprzez skuteczne programy promocji zdrowia w społeczeństwie, szybszą diagnostykę pacjentów z nadwagą i otyłością na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Celem strategii jest również opracowanie modelu specjalistycznej opieki nad dziećmi i dorosłymi, wraz z przydzielaniem środków finansowych stosownie do potrzeb, w szczególności do tych grup, które najbardziej potrzebują wsparcia w profilaktyce i leczeniu otyłości. Strategia obejmuje również działania regionalne.

W działaniach międzysektorowych biorą udział jednostki ochrony zdrowia, NGOs, instytucje edukacyjne, pracodawcy, władze lokalne, przemysł spożywczy.

⁷⁰ WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization. Źródło: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> [dostęp dn. 08.06.2022r.].

⁷¹ A Healthy Weight For Ireland – Obesity Policy and Action Plan. 2016-2025. Link: Źródło: <https://assets.gov.ie/10073/ccbd6325268b48da-80b8a9e5421d9eae.pdf> [dostęp dn. 09.06.2022r.].



Irlandia w ramach opracowanej strategii uwzględniła także krótkoterminowe (pięcioletnie) **cele dotyczące redukcji nadwagi i otyłości**. Tymi celami są m.in.: utrzymanie tendencji spadkowej (średnio spadek o 0,5% rocznie poziomu nadwagi, uśrednionej dla wszystkich dorosłych, oraz o 0,5% poziomu nadwagi u dzieci), zmniejszenie o 10% różnicy w poziomie otyłości między grupami o najwyższym i najniższym poziomie społeczno-ekonomicznym.

W ciągu dziesięciu lat polityki dotyczącej otyłości postęp w osiągnięciu celów będzie weryfikowany co dwa lata, a konieczność zrewidowania celów będzie rozważona w kontekście danych dotyczących konkretnych polityk i interwencji.

W szkołach realizowana jest edukacja uwzględniająca aspekty związane z otyłością wśród dzieci i młodzieży. Edukacja w szkole odbywa się w ramach programu DIATROFI, realizowanego przez Instytut Prolepsis (Grecja) od 2012 roku, w którym uczestniczy 650 szkół, a jest nim objętych 110 tys. uczniów⁷².

Nie odnaleziono informacji na temat edukacji pracowników w Irlandii w zakresie

przeciwdziałania otyłości, ani na temat edukacji konsumentów.

5.5.3. Diagnostyka i leczenie

Wskaźnik BMI jest rutynowo oznaczany w ramach programu narodowego. Nie ma informacji o systematycznym oznaczaniu obwodu talii.

W Irlandii refundacji podlega produkt leczniczy liraglutyd (Saxenda) jako dodatek do stosowania diety o obniżonej kaloryczności oraz zwiększonej aktywności fizycznej, w celu kontrolowania masy ciała u dorosłych pacjentów z indeksem masy ciała 35 kg/m² przed cukrzycą i z wysokim ryzykiem chorób układu krążenia. Planowane wprowadzenie leku: semaglutyd (nazwa handlowa: Wegovy).

Zgodnie z obecnymi irlandzkimi przepisami ubezpieczeniowymi, aby kwalifikować się do operacji bariatrycznej, pacjent powinien mieć BMI powyżej 45 (lub powyżej 40, jeśli występują u niego choroby współistniejące).

Świadczenia dietetyczne są dostępne bezpłatnie w publicznej służbie zdrowia, jednak dostępność może się różnić w poszczególnych regionach Health Service Executive (HSE). Podobnie wygląda dostępność do porady psychologicznej dla osób z otyłością.

⁷² Program DIATROFI. EuroHealthNet 2019. Źródło: <https://eurohealthnet-magazine.eu/ga/food-aid-and-healthy-nutrition-programmes-in-schools-what-works/> [dostęp dn. 09.06.2022r.].

Nie odnaleziono informacji na temat specjalizacji medycznej w zakresie otyłości, ani na temat dodatkowych certyfikatów z zakresu obesitologii.

W Irlandii wprowadzono cztery poziomy opieki zintegrowanej: opiekę podstawową, opiekę specjalistyczną dotyczącą otyłości, opiekę szpitalnych specjalistów ds. otyłości i opiekę trzeciego stopnia otyłości, uwzględniająca zabiegi chirurgiczne⁷³.

5.5.4. Mechanizmy finansowania

Nie odnaleziono informacji na temat specjalnych funduszy w Irlandii przeznaczonych na diagnostykę i leczenie otyłości, ani informacji na temat dodatkowych produktów ubezpieczenia prywatnego zapewniającego leczenie otyłości.

Podatek od napojów słodzonych cukrem

w Irlandii jest naliczany wolumetrycznie według jednej z następujących stawek: 16,26 EUR za 100 litrów napojów o zawartości cukru 5-8 g/ 100 ml⁷⁴.

⁷³ Model of Care for the Management of Overweight and Obesity. Źródło: <https://www.hse.ie/eng/about/who/cspd/ncps/obesity/model-of-care/obesity-model-of-care.pdf> [dostęp dn. 08.06.2022r.]

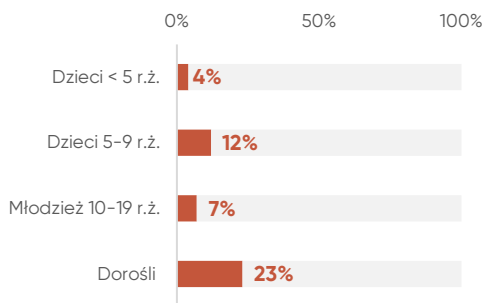
⁷⁴ Sugar Sweetened Drinks Tax (SSDT). Urząd Komisarzy Skarbowych w Irlandii. Źródło: <https://www.revenue.ie/en/companies-and-charities/excise-and-licences/sugar-sweetened-drinks-tax/rate-of-tax.aspx> [dostęp dn. 08.06.2022r.]

5.6. Niemcy

5.6.1. Problem zdrowotny – otyłość

Szacunki dotyczące liczby osób z otyłością w Niemczech, opracowane przez WHO, wskazują na to, że aż 4% dzieci poniżej 5. r.ż. ma otyłość. Spośród dzieci w wieku 5–9 lat otyłość stwierdzono u 12%, a 7% u młodzieży 10–19 lat. Wśród dorosłych otyłość ma 23% społeczeństwa⁷⁵. Patrz wykres 10.

WYKRES 10. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W NIEMCZECH



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.6.2. Polityka zdrowotna

W Niemczech w ramach przeciwdziałania otyłości jest realizowany Narodowy Plan Działań „IN FORM – Niemiecka narodowa inicjatywa promująca zdrowe odżywianie

i aktywność fizyczną”. Program ma na celu zmotywowanie mieszkańców Niemiec do lepszego odżywiania się i większej aktywności fizycznej. Koncentruje się na zapobieganiu niedożywieniu, braku ruchu, otyłości, nadwadze i powiązanim chorobom. Od 2008 roku program IN FORM wsparł ponad 250 projektów skierowanych do wszystkich grup wiekowych^{76,77}. Odzwierciedleniem Narodowego Planu Działań IN FORM są regionalne aktywności. Plan nie uwzględnia informacji o działaniach sektorowych, ani o przyjętym systemie ewaluacji wskaźników.

Federalne Ministerstwo Zdrowia finansuje projekty obejmujące edukację dotyczącą otyłości wśród dzieci i młodzieży w szkołach⁷⁸. Nie odnaleziono natomiast informacji o edukacji pracowników na temat otyłości, ani o prowadzeniu działań edukacyjnych wśród konsumentów w Niemczech.

5.6.3. Diagnostyka i leczenie

Strategia IN FORM nie wskazuje na żaden przyjęty system dokonywania pomiarów wskaźnika BMI, ani pomiaru obwodu talii u osób z otyłością w celu monitorowania tendencji spadkowej lub wzrostowej.

⁷⁵ WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization. Źródło: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> [dostęp dn. 08.06.2022r.]

⁷⁶ IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2021. Źródło: https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/aktionsprogramm-in-form/aktionsprogramm-in-form_node.html [dostęp dn. 09.06.2022r.].

⁷⁷ Aktionsplan „Weiterentwicklung IN FORM – Schwerpunkte des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten ab 2021. Źródło: https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/GesundeErnaehrung/weiterentwicklung-inform.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [dostęp dn. 09.06.2022r.].

⁷⁸ Förderschwerpunkt Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Bundesministerium für Gesundheit 2021. Źródło: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/praevention-von-kinder-uebergewicht.html> [dostęp dn. 09.06.2022r.].

W ramach leczenia otyłości finansowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego podlegają takie produkty lecznicze jak orlistat, liraglutyd, katyna i amfepramon.

W przypadku operacji otyłości, jak pomostowanie żołądka, koszty pokrywają zakłady ubezpieczeń zdrowotnych; kryterium kwalifikacji jest wiek (18–65 lat), BMI 40 lub więcej (czyli jest to otyłość trzeciego stopnia). W przypadku BMI między 35 a 40 koszty są pokrywane przez zakład ubezpieczeń, jeśli pacjent ma również inną chorobę, jak cukrzyca typu 2, bezdech senny lub choroba serca. Czynnikiem wykluczającym z operacji jest ciąża. Ubezpieczenie zdrowotne zazwyczaj pokrywa koszt operacji, jeśli lekarz potwierdzi, że zabieg jest medycznie konieczny.

Zakłady ubezpieczeń zdrowotnych dofinansowują certyfikowane porady żywieniowe w wysokości od 30% do nawet 100% kosztów, w zależności od rodzaju ubezpieczenia. Wszelkie koszty, które przekraczają kwotę maksymalną lub są wyłączone z wytycznych GKV, musi ponieść sam pacjent.

Zakład ubezpieczeń nie pokrywa kosztów terapii behawioralnej lub jakiegokolwiek innego rodzaju psychoterapii dla osób z otyłością. Jest to możliwe tylko w przypadku dodatkowej choroby psychicznej, w tym zaburzenia odżywiania, depresji lub zaburzenia lękowego. U wielu osób z oty-

łością z czasem rozwija się depresja lub otyłości towarzyszą zaburzenia odżywiania, jak zespół napadowego objadania się. W takim przypadku lekarz może skierować osobę z otyłością na psychoterapię. Po oficjalnym wniosku psychoterapeuty koszty pokrywa ubezpieczenie zdrowotne.

Nie odnaleziono informacji o możliwości uzyskania dodatkowej specjalizacji medycznej z zakresu otyłości, ani certyfikatu obesitologa.

W Niemczech nie funkcjonuje model opieki koordynowanej dla osób z otyłością.

5.6.4. Mechanizmy finansowania

Nie odnaleziono w ramach przedmiotowych analiz informacji o celowym funduszu publicznym, z którego środki finansowe przeznaczone byłyby na diagnostykę i leczenie otyłości.

W Niemczech **nie ma dodatkowych przychodów z podatku cukrowego**, które mogłyby być przeznaczone na diagnostykę i leczenie otyłości z uwagi na to, że taki podatek został zniesiony 1 stycznia 1993 roku, aby uniknąć zakłóceń konkurencji.

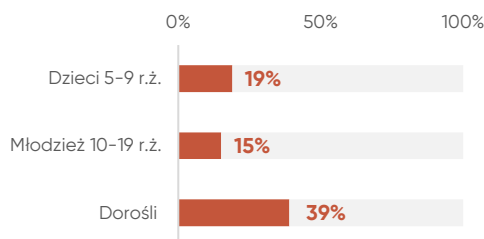
Równoległe do dostępnych świadczeń w ramach ubezpieczenia, dostępne są świadczenia komercyjne z zakresu diagnostyki i leczenia otyłości.

5.7. Kanada

5.7.1. Problem zdrowotny – otyłość

Wskaźniki otyłości również gwałtownie wzrosły w Kanadzie, pogarszając ogólny stan zdrowia i zwiększając koszty opieki zdrowotnej, a w konsekwencji generując koszty ekonomiczne wynikające z utraty produktywności. Wskaźnik otyłości w Kanadzie pozostaje znacznie niższy niż w USA. Według danych z 2020 roku, otyłość miało 19% dzieci pomiędzy 5. r.ż. a 9 r.ż., a 15% młodzieży 10-19 lat. 39% dorosłych miało wskaźnik otyłości BMI ≥ 30 kg/m²^{79,80}. Patrz wykres 11.

WYKRES 11. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W KANADZIE



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.7.2. Polityka zdrowotna

W Kanadzie nie ma krajowej strategii dotyczącej zapobiegania i leczenia otyłości. Otyłość nie jest uważana za chorobę prze-

wlekłą⁸¹. Natomiast Kanadyjskie Towarzystwo Otyłości stworzyło nowe wytyczne dotyczące postępowania z otyłością i przygotowało dla przyszłego budżetu federalnego wniosek do konsultacji, w którym zwraca się do rządu o zorganizowanie szerokiej konsultacji i zmianę podejścia do otyłości jako choroby przewlekłej, jednocześnie postulując opracowywanie krajowej strategii zapobiegania i leczenia otyłości.

Wśród najważniejszych postulatów znajduje się przeciwdziałanie otyłości i stygmatyzacji – poprzez edukację, zwiększenie dostępu do opieki, poprawę jej jakości – stworzenie kompleksowej opieki obejmującej konsultacje psychologiczno-behawioralne, a także dostęp do leczenia bariatrycznego i odpowiednich produktów leczniczych, utworzenie rejestru danych dotyczących BMI⁸².



W Kanadzie nie funkcjonują żadne plany regionalne związane z przeciwdziałaniem otyłości, ani inicjatywy międzysektorowe. Kanada nie ma także żadnego systemu ewaluacji wskaźników, takich jak BMI. Nie ma także rejestru pomiaru obwodu talii.

⁷⁹ World Obesity Atlas 2022. World Obesity Federation 2022. Źródło: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf [dostęp 25.07.2022r.]

⁸⁰ Canada Health System Review. The North American Observatory on Health Systems and Policies (NAO), 2020. Źródło: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336311/HIT-22-3-2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp 17.07.2022r.]

⁸¹ Obesity Canada. Źródło: <https://obesitycanada.ca/oc-news/a-national-obesity-strategy-are-we-there-yet/> [dostęp dn. 17.07.2022r.]

⁸² Pre-budget Submission to the House of Commons Standing Committee on Finance, August 2020. Obesity Canada. Źródło: <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/09/Obesity-Canada-Pre-Budget-Submission-2021-FINAL.pdf> [dostęp dn. 17.07.2022r.]

Szkolna edukacja związana z otyłością jest realizowana z inicjatywy własnej przez jednostki edukacyjne; nie ma działań krajowych. Kanadyjskie Towarzystwo Pediatriczne zaleca wdrożenie w szkołach tzw. polityki żywienia, która nie tylko obejmuje zasady zdrowego odżywiania, ale również działania edukacyjne związane z przeciwdziałaniem otyłości wśród dzieci⁸³.

Nie odnaleziono informacji na temat działań edukacyjnych realizowanych w miejscu pracy.

W zakresie edukacji konsumenta obowiązują standardowe przepisy dotyczące oznaczeń żywności i zawartych wartości odżywczych.

5.7.3. Diagnostyka i leczenie

Obecnie w Kanadzie nie jest rutynowo oznaczany ani analizowany wskaźnik BMI, ani pomiar obwodu talii. Nie ma systemu monitorującego ewaluację w zakresie otyłości.

Dopuszczone są trzy leki stosowane w leczeniu otyłości: Xenical, inhibitor wchłaniania tłuszczu, Saxenda, lek do wstrzykiwań, oraz Contrave, lek powszechnie stosowany w leczeniu uzależnienia od alkoholu i narkotyków⁸⁴. Contrave oraz Saxenda są dopusz-

czony do stosowania (wraz z dietą o obniżonej kaloryczności i zwiększoną aktywnością fizyczną) u dorosłych pacjentów ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) 30 kg/m² lub wyższym lub wskaźnikiem BMI 27 kg/m² lub więcej oraz obecnością co najmniej jednej choroby współistniejącej, jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 lub dyslipidemia (nieprawidłowa ilość triglicerydów, cholesterolu lub tłuszczu we krwi)⁸⁵.

Kanadyjskie wytyczne dotyczące praktyki klinicznej zalecają, aby osoby dorosłe z klinicznie poważną otyłością (BMI \geq 40 kg/m² lub \geq 35 kg/m² i ciężką chorobą współistniejącą) były brane pod uwagę do operacji bariatrycznej, gdy interwencja behawioralna jest niewystarczająca, by uzyskać prawidłową masę ciała. Zabieg jest objęty refundacją. Refundacji podlega także porada dietetyka, natomiast nie jest refundowana porada psychologiczna w zakresie leczenia otyłości.

Tytuł Certyfikowanego Edukatora Bariatrycznego (CBE), przyznawany przez Kanadyjskie Towarzystwo Otyłości, może uzyskać pracownik ochrony zdrowia, po ukończeniu specjalistycznego kursu dotyczącego standardów i zarządzania otyłością.



⁸³ School nutrition: Support for providing healthy food and beverage choices in schools. Canadian Paediatric Society, 2020. Źródło: <https://cps.ca/en/documents/position/school-nutrition-support> [dostęp dn. 17.07.2022r.].

⁸⁴ Prescription Medications. Obesity Canada. Źródło: <https://obesitycanada.ca/managing-obesity/prescription-medications/>.

⁸⁵ Pharmacotherapy in Obesity Management. Guidelines. Obesity Canada. Źródło: <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/Pharmacotherapy-v6-with-links.pdf> [Dostęp dn. 17.07.2022r.].

Od kwietnia 2017 roku 80 pracowników ochrony zdrowia w Kanadzie otrzymało ten tytuł. Wskazuje to na rosnącą świadomość i zapotrzebowanie pracowników ochrony zdrowia na edukację w zakresie otyłości. Wśród tych 80 osób znajduje się 41 dietetyków, 22 dyplomowane pielęgniarki, 10 farmaceutów, 3 pielęgniarki, 2 lekarzy, psycholog i pracownik socjalny⁸⁶.

W Kanadzie nie funkcjonuje żaden model opieki kompleksowej dla osób z otyłością.

5.7.4. Mechanizmy finansowania

Z uwagi na brak narodowej strategii dotyczącej otyłości, działań regionalnych, a także systemów monitorowania wskaź-

nika BMI czy obwodu talii, nie ma również osobnego budżetu publicznego na działania związane z diagnostyką lub leczeniem otyłości.

We wrześniu 2022 roku rząd Kanady planuje wprowadzić podatek cukrowy, który wynosi 20 centów za litr napoju słodzonego. Podatek nie obejmuje żadnych innych grup towarowych.

Równoległe do świadczeń publicznych dotyczących leczenia otyłości – w tym leków i operacji bariatrycznej – istnieją produkty komercyjne dla pacjentów z otyłością, oferowane przez sektor prywatny opieki zdrowotnej.

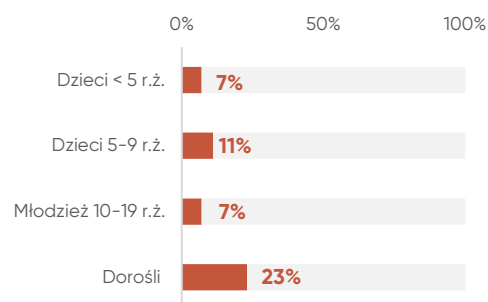
⁸⁶ Become A Certified Bariatric Educator. Obesity Canada. Źródło: <https://obesitycanada.ca/resources/cbe/> [Dostęp dn. 17.07.2022r.].

5.8. Rumunia

5.8.1. Problem zdrowotny – otyłość

W Rumunii otyłość ma 7% dzieci poniżej 5. r.ż., 11% między 5. a 9. r.ż., 7% młodzieży pomiędzy 11. a 19 r.ż. oraz 23% dorosłych⁸⁷. Patrz wykres 12.

WYKRES 12. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W RUMUNII



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.8.2. Polityka zdrowotna

W Rumunii nie ma celowanej strategii dotyczącej przeciwdziałania otyłości, pomimo wysokiego procenta osób z otyłością w społeczeństwie. Istnieje jednak dokument o charakterze rządowym – Strategia Zrównoważonego Rozwoju Rumunii 2030. Obejmuje ona przeciwdziałanie otyłości, a wśród głównych celów do realizacji wskazuje obniżenie wskaźnika otyłości poniżej 10% – do wartości z 2014 roku⁸⁸.

W Rumunii nie są podejmowane żadne działania regionalne związane z zapobieganiem otyłości, nie ma również działań międzysektorowych skupionych na rozwiązaniu tego społecznego problemu. Z uwagi na brak strategii krajowej dotyczącej otyłości, nie funkcjonuje również system ewaluacji wskaźników, które pomogłyby pokazywać zmiany w zakresie poprawy lub pogorszenia problemu otyłości w społeczeństwie.

W latach 2012–2022 Fundacja Zdrowe Tradycje przeprowadziła 10 edycji szkolnego programu „Zdrowa Torba”, we współpracy Nestlé Rumunia. Projekt odbywał się w formie nieobowiązkowej edukacji w szkołach i przedszkolach. W ciągu 10-letniego programu zdrowego stylu życia wyedukowano 50 tys. dzieci, z czego 8 tys. dzieci w ostatnim roku⁸⁹.

Nie funkcjonuje żaden program edukacji związanej z otyłością wśród dorosłych w miejscu pracy.

W zakresie edukacji konsumenta Rumunia stosuje standardy oparte w Rozporządzeniu UE nr 1169/2011. Dodatkowo planowane jest wprowadzenie klasyfikacji żywności według kolorów – od zielonego oznaczającego zdrową żywność, do czerwonego oznaczającego niezdrową żywność. Na każdym produkcie konsument będzie mógł

⁸⁷ World Obesity Atlas 2022. World Obesity Federation 2022. Źródło: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf [dostęp 25.07.2022r.]

⁸⁸ Romania's Sustainable Development Strategy 2030. Źródło: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/rom195029.pdf> [dostęp 17.07.2022r.]

⁸⁹ Programul educațional „Traista cu sănătate” a ajuns la peste 50.000 de copii din județul Iași. Źródło: <https://www.bursa.ro/programul-educational-traista-cu-sanatate-a-ajuns-la-peste-50000-de-copii-din-judetul-iasi-42208642> [dostęp dn. 17.07.2022r.]

zobaczyć podświetloną odpowiednią literę, a interpretacja jest następująca:

- ▶ produkty oznaczone na zielono (A, B) to ważne produkty w diecie, które należy spożywać częściej. Mają najlepszą wartość odżywczą.
- ▶ produkty oznaczone kolorem żółtym (C) należy spożywać z umiarem,
- ▶ produkty oznaczone kolorem pomarańczowym i czerwonym (D, E) należy spożywać w mniejszych ilościach, ponieważ zawierają więcej tłuszczu, cukru i soli.

Etykiety będą podkreślać wartość odżywczą produktu, w przeliczeniu na 100 g lub 100 ml, a wyniki mogą być różne, nawet w ramach tej samej kategorii produktów, ze względu na różne receptury. Trwają konsultacje w rumuńskim parlamencie⁹⁰.

5.8.3. Diagnostyka i leczenie

W Rumunii nie jest rutynowo oznaczany ani analizowany wskaźnik BMI ani obwód talii.

Aktualne wytyczne dotyczące leczenia zalecają długotrwałe podawanie leków przeciw otyłości, takich jak liraglutyd, lorkaseryna, leków o przedłużonym uwalnianiu takich jak naltrekson, bupropion i fentermina, topiramatu. Konieczna jest również niskokaloryczna dieta i aktywność fizyczna⁹¹.

Operacja z zakresu bariatrii nie jest objęta refundacją w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach ubezpieczenia w niektórych towarzystwach ubezpieczeniowych osoby z otyłością mogą skorzystać z porady dietetyka, nie jest jednak dostępna dla osób z otyłością porada psychologiczna.

Nie funkcjonuje żaden certyfikat z zakresu obesitologii, nie ma również kształcenia podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia, związanego z diagnostyką, leczeniem i zarządzaniem otyłością.

W Rumunii z uwagi na brak strategii nie funkcjonują żadne modele opieki kompleksowej dla pacjentów z otyłością. Natomiast Rumuńska Federacja Cukrzycy, Żywnienia i Chorób Metabolicznych, Rumuńskie Towarzystwo Endokrynologiczne w 2022 roku stworzyły rekomendacje obejmujące opiekę nad osobami z otyłością, owcześnie i aktywne wykrywanie otyłości, diagnozę, ocenę, ustalenie celów i strategii terapeutycznych, utratę wagi, utrzymanie nowej wagi, kontrolę chorób współistniejących, zapewnienie odpowiedniego wsparcia psychologicznego oraz wsparcia społeczno-gospodarczego. Jednocześnie realizacja kompleksowej opieki wymaga bazy organizacyjnej z zespołami opieki, funkcjonalnymi i multidyscyplinarnymi na różnych poziomach⁹².

⁹⁰ Sistemul clasificării alimentelor pe culori se va aplica și în România. Culoarea de pe ambalaj, în funcție de cât de sănătoase sunt. Źródło: <https://www.digi24.ro/stiri/actualitate/sistemul-clasificarii-alimentelor-pe-culori-se-va-aplica-si-in-romania-culoarea-de-pe-ambalaj-in-functie-de-cat-de-sanatoase-sunt-1923567> [Dostęp dn. 17.07.2022r.].

⁹¹ What can the pharmacist do for his adult patients with eating disorders or obesity? MEDICHUB MEDIA 2019. Źródło: <https://www.medi-chub.ro/reviste/farmacist-ro/ce-poate-face-farmacistul-pentru-pacientii-sai-adulti-cu-tulburari-de-alimentatie-sau-obezitate-id-2333-cmsid-62> [Dostęp dn. 17.07.2022r.].

⁹² Recomandări Pentru Îngrijirea Persoanelor Cu Obezitate în România. Federația Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice Societatea Română de Endocrinologie, 2022. Źródło: <https://www.sre.ro/wp-content/uploads/Recomandari-POB-full-text-2022.pdf> [Dostęp dn. 17.07.2022r.].

5.8.4. Mechanizmy finansowania

W Rumunii żadne dodatkowe środki finansowe nie są przeznaczone na przeciwdziałanie otyłości, w tym działania z zakresu diagnostyki i leczenia otyłości. Natomiast po raz pierwszy w projekcie nadzwyczajnego rozporządzenia rząd ogłosił, że chce nałożyć podatek akcyzowy na napoje bezalkoholowe zawierające cukier. Dla napojów zawierających od 5–8 g cukru na 100 ml podatek akcyzowy wyniesie 0,8 leja za litr. Zwiększa się do 1 leja za litr dla napojów bezalkoholowych, które zawierają ponad 8 g cukru na 100 ml. Obliczony na cztery

miesiące wpływy do budżetu wyniosą 320 mln lei (68 mln euro). Zgodnie z uzasadnieniem celem stworzenia podatku jest zniechęcenie społeczeństwa do spożywania niezdrowej żywności i uzyskanie dochodu, który można zainwestować w edukację i zdrowie⁹³.

Operacje bariatryczne nie są objęte ubezpieczeniem i finansowane ze środków publicznych. Dostępnych jest szereg świadczeń komercyjnych oferowanych przez prywatne przedsiębiorstwa na rynku ochrony zdrowia.

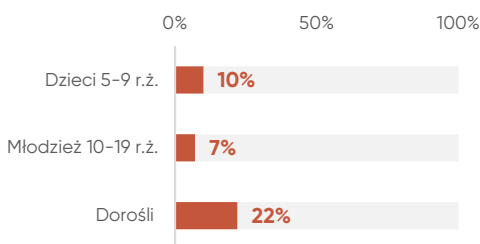
⁹³ Pe cine îngrășă taxa pe zahăr. Ce alte țări o mai folosesc. Europa Libera Romania. Źródło: <https://romania.europalibera.org/a/pe-cine-ingrasa-taxa-pe-zahar-ce-alte-tari-o-mai-folosesc-/30095557.html> [Dostęp dn. 17.07.2022r.].

5.9. Francja

5.9.1. Problem zdrowotny - otyłość

Estymacje WHO nie pokazują danych określających otyłość w populacji dzieci poniżej 5. r.ż., natomiast odsetek dzieci w wieku 5-9 lat ze stwierdzoną otyłością wynosi 10,4%. Otyłość ma 6,9% młodzieży w wieku 10-19 lat oraz 21,6% dorosłych⁹⁴. Patrz wykres 13.

WYKRES 13. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH WE FRANCJI



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.9.2. Polityka zdrowotna

Strategia Francji w zakresie prewencji otyłości jest realizowana zgodnie z aktualnym Planem „Zarządzanie otyłością 2019-2022” (*Prise en charge de l'obésité 2019-2022*), będącym elementem Narodowej Strategii Zdrowia Francji. Dokument ten, opracowany przez Ministerstwo Zdrowia i Profilaktyki oraz Ministerstwo Solidarności, Autonomii

oraz Osób Niepełnosprawnych, jest „mapą drogową” redukcji otyłości na poziomie krajowym, sporządzoną w celu poprawy opieki nad pacjentami poprzez ustrukturyzowanie koordynowanych i stopniowanych ścieżek opieki w sieci specjalistycznych ośrodków opieki koordynowanej ds. otyłości (CSO), wzmocnienie regulacji dotyczących chirurgii bariatrycznej, wspieranie innowacji i oceny oraz opracowanie i popularyzowanie nowych programów szkoleniowych, edukacyjnych i informacyjnych⁹⁵.

Plan zarządzania otyłością 2019-2022 jest ściśle powiązany z Narodowym Programem Żywienia i Zdrowia (*Programme National Nutrition Sante – PNNS*), zawierającym wytyczne w zakresie polityki żywieniowej dla wszystkich grup społecznych. Rozpoczęty w 2001 roku i przedłużany co kilka lat program, ma za cel poprawę stanu zdrowia całej populacji przez skonsolidowane działania w zakresie żywienia. Logo PNNS honoruje promotorów zdrowego żywienia, jest gwarantem wiarygodności strategii i przekazu instytucji, którym jest przyznawane. We wrześniu 2019 roku ruszył IV Narodowy Program Żywienia i Zdrowia (PNNS4), którego celem jest – realizowane w ujęciu międzysektorowym – zmniejszenie częstości występowania otyłości u dorosłych o 15%, a u dzieci o 20% do 2023 r.⁹⁶.

⁹⁴ WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization. Źródło: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (dostęp 16.08.2022 r.).

⁹⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022?TSPD_101_RO=087dc22938ab200007676506284881d7e591d3b7cbd54feff1614eb0cec624d4a0aa0d2ebd4ee007087946f88c143000fce7effafe0b6fa89153a93f8a6b211cf92aa39fdc71b7ca0a39e875cfbe693da076aba83c4688f0901019c0a6c6ec8a (dostęp 16.08.2022 r.).

⁹⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels> (dostęp 16.08.2022 r.).

Najważniejszym dokumentem międzysektorowym Francji w zakresie zdrowia publicznego, ze szczególnym podkreśleniem prewencji otyłości, jest raport „Zachować zdrowie przez całe życie” (#Jagispourmasante – *Rester en bonne sante tout au long de sa vie*), obowiązujący od roku 2019 i stanowiący integralną całość merytoryczną z Planem „Zarządzanie otyłością 2019–2022” oraz wytycznymi IV Narodowego Programu Żywienia i Zdrowia (PNNS4).

Raport zawiera liczne zalecenia w zakresie redukcji otyłości, w tym promowanie „zdrowia przez jedzenie” (edukacja w zakresie nawyków żywieniowych, promowanie systemu Nutri-Score, edukacja żywieniowa w przedszkolach i szkołach, reformulacja składu produktów o nadmiarowej zawartości soli i cukru, promowanie zdrowej żywności w miejscu pracy oraz na wszystkich etapach edukacji), popularyzowanie „zdrowia przez ruch” (aktywność fizyczna dla każdej grupy wiekowej, walka z wykluczeniem osób z niepełnosprawnościami, aktywność fizyczna w miejscu pracy, wzrost aktywności w przedszkolach i szkołach), wczesne wykrywanie otyłości, poprawę diagnostyki oraz poprawę jakości opieki koordynowanej nad pacjentami z otyłością⁹⁷.

Kolejnym istotnym dokumentem poświęconym prozdrowotnej polityce żywieniowej

Francji na rzecz zdrowia społecznego jest Raport Senatu „W kierunku zrównoważonej żywności: Ważne wyzwania zdrowotne, społeczne, terytorialne i środowiskowe dla Francji” (*Vers une alimentation durable: Un enjeu sanitaire, social, territorial et environnemental majeure pour la France*), przyjęty w roku 2020. Raport przedstawia zalecenia dla transformacji systemu żywnościowego Francji, który powinien być zrównoważony pod względem zużycia zasobów naturalnych, wpływu na klimat i bioróżnorodność, szeroko rozumiane zdrowie człowieka i praca obywatelskie⁹⁸.

We Francji utworzono i wdrożono w ostatnim dziesięcioleciu także raporty dotyczące zdrowia publicznego, których zalecenia stanowią odniesienie merytoryczne ogólnokrajowych i regionalnych projektów aktywizacji fizycznej i edukacji żywieniowej. Wśród nich najbardziej znane to raport Agencji Zdrowia Publicznego „Zalecenia dotyczące żywienia, aktywności fizycznej i siedzącego stylu życia dla osób dorosłych” (*Recommandations relatives a l'alimentation, a l'activite physique et a la sedentarite pour les adultes*)⁹⁹, raport Narodowego Instytutu Profilaktyki i Edukacji Zdrowotnej „Promocja aktywności fizycznej wśród młodzieży” (*Promouvoir l'activite physique des jeunes*)¹⁰⁰, raport adresowany do dzieci w wieku szkolnym „Jedz i ruszaj się dla

⁹⁷ https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/03/dossier_de_presse_-_comite_interministeriel_pour_la_sante_-_25.03.2019.pdf (dostęp 16.08.2022 r.).

⁹⁸ <https://www.senat.fr/rap/r19-476/r19-476.html> (dostęp 15.08.2022 r.).

⁹⁹ <https://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Recommandations-relatives-a-l-alimentation-a-l-activite-physique-et-a-la-sedentarite-pour-les-adultes>. (dostęp 15.08.2022 r.).

¹⁰⁰ www.inpes.sante.fr (dostęp 15.08.2022 r.).

zdrowia" (*La sante vient en mangeant et en bougeant*)¹⁰¹ czy dekret nr 201101277 wprowadzający obowiązkowe normy żywieniowe posiłków szkolnych¹⁰².

W ramach profilaktyki otyłości i promocji zdrowia francuskie Ministerstwo Edukacji Narodowej, Młodzieży i Sportu uruchomiło w 2018 r. kompleksowe programy edukacji i aktywizacji żywieniowej oraz sportowej.



W zakresie żywienia wprowadzono np. lekcje szkolne na temat jedzenia i smaku, w ramach tzw. edukacyjnej ścieżki zdrowia do programów nauczania różnych przedmiotów wprowadzane zostały **projekty edukacji żywieniowej**, uruchomiono także program serwowania **zrównoważonych i dobrej jakości śniadań**, zmniejszający nierówności żywieniowe w zakresie tego posiłku¹⁰³.

W zakresie aktywizacji sportowej promowana jest „moda na sport” (we współpracy z Komitetem Organizacyjnym Igrzysk Olimpijskich i Paraolimpijskich Paryż 2024 oraz Narodową Agencją Sportu), w tym np.

zapewnienie każdemu dziecku we Francji nauki pływania i samodzielnej jazdy na rowerze, podnoszenie jakości sportu w szkołach – przy znaczącym udziale lokalnych klubów sportowych (akcja „*Plan Mercredi*” – Plan na środę), tworzenie projektów pro-sportowych edukacyjnych (*Vademecum Generation 2024*) oraz zachęcanie nauczycieli szkół podstawowych do codziennej 30-minutowej aktywności fizycznej¹⁰⁴.

Oznakowanie produktów spożywczych żywności pakowanej reguluje Rozporządzenie Unii Europejskiej 1169/2011 oraz Rozporządzenie UE w sprawie oświadczeń zdrowotnych i żywieniowych 1924/2006¹⁰⁵.

W ramach edukacji konsumenckiej w 2017 roku rząd francuski wprowadził na mocy dekretu dobrowolny system Nutri-Score – znakowania wartością odżywczą z przodu opakowania. Do 2022 roku system ten, wspierany promocją administracji rządowej, został przyjęty przez 120 producentów żywności¹⁰⁶. W tym samym roku wprowadzono także zakaz nieograniczonego oferowania słodzonych napojów za darmo lub po stałej cenie w szkołach, publicznych restauracjach i wszelkich obiektach służących do nauczania lub przyjmowania dzieci poniżej 18. roku życia¹⁰⁷.

¹⁰¹ https://data.worldobesity.org/country/france-71/#data_policies (dostęp 14.08.2022 r.).

¹⁰² https://data.worldobesity.org/country/france-71/#data_policies (dostęp 14.08.2022 r.).

¹⁰³ <https://www.education.gouv.fr/education-l-alimentation-et-au-gout-7616> (dostęp 14.08.2022 r.).

¹⁰⁴ <https://www.education.gouv.fr/plus-de-sport-l-ecole-une-grande-priorite-pour-le-sport-306483> (dostęp 14.08.2022 r.).

¹⁰⁵ https://data.worldobesity.org/country/portugal-174/#data_policies (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁰⁶ <https://www.foodnavigator.com/Article/2017/10/31/Nutri-Score-labelling-comes-into-force-in-France> (dostęp 14.08.2022 r.).

¹⁰⁷ https://data.worldobesity.org/country/france-71/#data_policies (dostęp 14.08.2022 r.).



Warto dodać, że od 2005 roku obowiązuje we francuskich szkołach **zakaz automatów do produktów typu snack oraz do słodzonych napojów gazowanych**, a zrealizowane w 2018 roku badanie potwierdziło, że **zakaz ten spowodował 10-gramową redukcję spożycia cukru z porannych przekąsek w szkole oraz znaczące zmniejszenie częstotliwości ich spożywania**¹⁰⁸.

Promowanie postaw prozdrowotnych w celu redukcji otyłości znajduje swoje odzwierciedlenie także w polityce marketingu i środków masowego przekazu. W 2004 roku w ramach II Narodowego Programu Żywienia i Zdrowia i na mocy ustawy o zdrowiu publicznym wprowadzony został obowiązek umieszczania dodatkowych komunikatów zdrowotnych przy telewizyjnych i radiowych reklamach produktów z dodatkiem cukru, soli lub sztucznych substancji słodzących (z możliwością uniknięcia komunikatu opłatą 1,5% rocznej kwoty reklamy tego typu produktu). W 2009 roku wprowadzona została przez rząd, Francuskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego i Krajową Organizację Konsumentów tzw. Karta promocji zdrowego żywienia i aktywności fizycznej (aktualizacja w roku 2013) – dokument samoregulacji przemysłu w zakresie promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej¹⁰⁹.

¹⁰⁸ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29320810/> (dostęp 14.08.2022 r.).

¹⁰⁹ https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/155436/e96047.pdf (dostęp 15.08.2022 r.).

¹¹⁰ <https://www.obesite.com/que-faire/medicaments/> (dostęp dn. 27.11.2022r.).

5.9.3. Diagnostyka i leczenie

Rozpowszechnianie otyłości we Francji jest badane w cyklicznym projekcie OBEPI od 1997 roku, w ostatnich 3-letnich edycjach badanie realizowane jest przez firmę Roche (OBEPI-ROCHE). We współpracy z Inserm, szpitalem Pitié-Salpêtrière i Kantar Health prowadzone jest krajowe badanie – pod kierownictwem niezależnego komitetu naukowego. Badanie obejmuje pomiar wskaźnika BMI oraz talii.

U osób cierpiących na otyłość, w przypadku niepowodzenia dobrze prowadzonego postępowania żywieniowego, dostępne jest leczenie orlistatem (warunkiem jest zaangażowanie pacjentów w proces leczenia). Kryteria włączenia do terapii to wskaźnik BMI >30 lub BMI >28 oraz obecność niektórych niebezpiecznych dla zdrowia czynników ryzyka (cukrzyca typu 2, hipercholesterolemia, nadciśnienie, itp.)¹¹⁰.

Chirurgia bariatryczna jest refundowana dla osób ze wskaźnikiem masy ciała BMI >40 kg/m² lub BMI >35 kg/m² z towarzyszącymi powikłaniami (np. cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zespół obturacyjnego bezdechu sennego). Takim leczeniem mogą być objęte osoby w wieku od 18 do 60 lat, u których występuje brak przeciwwskazań psychologicznych oraz brak przeciwwskazań do leczenia operacyjnego. Operację tę można rozważyć tylko wtedy,

gdy dana osoba bezskutecznie próbowała obniżyć masę ciała dzięki specjalistycznej opiece medycznej przez kilka miesięcy (z monitorowaniem diety, aktywnością fizyczną i opieką psychologiczną). Decyzja o operacji jest podejmowana kolektywnie w konsultacji między lekarzem prowadzącym, chirurgiem, endokrynologiem, dietetykiem oraz psychologiem lub psychiatrą.

We Francji refundacji podlega porada dietetyczna w przypadku otyłości. Nie odnaleziono informacji o refundacji porady psychologicznej. Nie ma możliwości uzyskania certyfikatu z obesitologii ani dodatkowej specjalizacji z tego zakresu.

W roku 2019 został przyjęty narodowy plan działania w zakresie opieki nad osobami z otyłością, którego celem jest uporządkowanie i wdrożenie programów opieki zdrowotnej dla osób z otyłością lub nią zagrożonych, a w szczególności zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki i poprawa jej jakości. Dokument ten, opracowany przez Ministerstwo Zdrowia i Profilaktyki oraz Ministerstwo Solidarności, Autonomii oraz Osób Niepełnosprawnych, jest „mapą drogową” stworzoną w celu poprawy opieki nad pacjentami przez ustrukturyzowanie koordynowanych i stopniowanych ścieżek opieki, wzmocnienie regulacji dotyczących chirurgii bariatrycznej, wspieranie innowacji i oceny oraz opracowanie programów szkoleniowych i informacyjnych. **Za**

najważniejsze do wdrożenia kroki milowe w narodowym planie działania uznano:

- ➊ wczesne diagnozowanie otyłości i identyfikowanie osób nią zagrożonych – poprzez regularne rejestrowanie wagi i wzrostu we wspólnej dokumentacji medycznej (DMP);
- ➋ wdrożenie stopniowanych i personalizowanych ścieżek opieki dla pacjentów – wzmocnienie koordynacji opieki;
- ➌ wdrożenie regionalnych działań informacyjnych dla osób z otyłością oraz programów edukacji terapeutycznej pacjentów, udostępnienie kontaktów do specjalistów zarządzania otyłością oraz stowarzyszeń pacjentów;
- ➍ modyfikacje jakościowe w zakresie chirurgii otyłości oraz upowszechnianie wyników wskaźników jakości i bezpieczeństwa opieki (IQSS) w szpitalach;
- ➎ wzmocnienie ośrodków najbardziej wyspecjalizowanych (CSO) w zakresie rozwoju opieki koordynowanej, rozpowszechniania dobrych praktyk, monitorowania osób z największą otyłością, rozwój opieki nad dziećmi;
- ➏ rozwój kompetencji sieci leczenia otyłości w departamentach Francji i terytoriach zamorskich;
- ➐ wdrożenie innowacyjnych programów pilotażowych skierowanych do grup docelowych: dzieci w wieku 3-8 lat zagrożonych otyłością (*Mission retrouve ton cap*) oraz dzieci i młodzieży ze znaczną otyłością („OBEPEDIA”).



We Francji funkcjonuje obecnie **37 ośrodków wyspecjalizowanych w leczeniu otyłości**. Celem ich działania jest multidyscyplinarne zarządzanie ciężką i/ lub złożoną otyłością, organizacja, koordynacja i rozwój opieki nad osobami z otyłością w regionie.

Ośrodki te posiadają specjalistyczną wiedzę (m.in. dotyczącą żywienia, endokrynologii i metabolizmu, psychologii, żywienia, itp.) oraz niezbędny sprzęt. Są ośrodkami referencyjnymi w zakresie opieki medycznej, chirurgicznej i pediatrycznej, mogą przeprowadzać specjalistyczne badania przy użyciu odpowiedniego sprzętu. Organizują multidyscyplinarne spotkania konsultacyjne (RCP) dla osób kierowanych do chirurgii bariatrycznej.

Ośrodki te skupiają zespoły medyczne (dietetyków, endokrynologów, pediatrów, pielęgniarki, masażystów-fizjoterapeutów itp.) działające pod kierownictwem lekarza specjalisty, skupiają m.in. także chirurgów i anestezjologów-resuscytatorów specjalizujących się w chirurgii bariatrycznej). Są trzy obszary wsparcia: żywienie (dietetycy), psychologia (psycholodzy, psychiatry) oraz adaptowana aktywność fizyczna (masażysty-fizjoterapeuci). Ośrodki identyfikują i nawiązują partnerstwa z wyspecjalizowanymi zespołami posiadającymi

odpowiedni sprzęt oraz tworzą partnerstwa z pracownikami medyczno-socjalnymi i stowarzyszeniami¹¹¹.

W ramach kompleksowej opieki nad osobami z otyłością wyróżniono trzy stopnie systemu opieki zdrowotnej, które odpowiadają za poszczególne obszary. Pierwszy stopień to Podstawowa Opieka Zdrowotna, gdzie lekarz pierwszego kontaktu i pediatra są odpowiedzialni za badania przesiewowe osób z grupy ryzyka, ocenę i wstępną opiekę nad osobami z otyłością oraz kontynuację i spójność opieki. Drugi poziom kompleksowej opieki stanowi ambulatoryjna opieka specjalistyczna skupiająca specjalistów od żywienia, endokrynologów, internistów, chirurgów. W drugim poziomie opieki znajdują się również szpitale – publiczne i prywatne – oraz ośrodki zdrowia, zapewniające opiekę medyczną i chirurgiczną pacjentom z otyłością, w tym otyłością ciężką. Natomiast trzeci poziom opieki stanowią wyspecjalizowane ośrodki, które interweniują w najbardziej złożonych sytuacjach. Dysponują one specjalistyczną wiedzą (żywnościową, endokrynologiczno-metaboliczną, psychologiczną, itp.) oraz odpowiednim sprzętem niezbędnym do przyjmowania najtrudniejszych przypadków. Ścisłe współpracują z kluczowymi specjalnościami (pulmonologia, kardiologia, hepato-gastroenterologia) oraz z zespołem chirurgicznym i anestezjologiczno-resuscytacyjnym specjalizującym się w chirurgii bariatrycznej¹¹².

¹¹¹ Ośrodki kompleksowego leczenia otyłości we Francji. Źródło <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/les-centres-specialises-d-obesite> (dostęp dn. 27.11.2022r.).

¹¹² Poziomy kompleksowej opieki w otyłości we Francji. Źródło: <https://www.sante.fr/la-gradation-des-soins-dans-le-plan-obesite> (dostęp dn. 27.11.2022r.).

5.9.4. Mechanizmy finansowania

We Francji nie funkcjonuje osobny narodowy fundusz na diagnostykę i leczenie otyłości.

W styczniu 2012 roku we Francji został wprowadzony podatek od słodzonych napojów bezalkoholowych (*sugar sweetened beverages*); on dotyczy wszystkich

napojów bezalkoholowych zawierających dodatek cukru lub substancji słodzących. Wynosi on obecnie 7,55 eurocentów za litr na poziomie detalicznym (z VAT), jest płacony przez producentów i przetwórców we Francji oraz przez francuskich importerów.

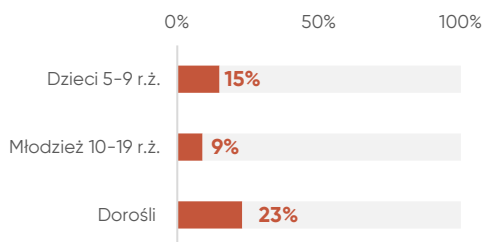
Istnieją oferty prywatnych klinik i ośrodków, umożliwiające skorzystanie z leczenia otyłości.

5.10. Hiszpania

5.10.1. Problem zdrowotny – otyłość

Wskaźniki otyłości dorosłych w Hiszpanii są wyższe niż średnia OECD, a wskaźniki dotyczące dzieci należą do najwyższych w OECD. Brak danych WHO dotyczących otyłości w populacji dzieci poniżej 5. r.ż., natomiast odsetek dzieci w wieku 5–9 lat ze stwierdzoną otyłością wynosi 14,9%. Otyłość ma 8,5% młodzieży w wieku 10–19 lat to 8,5% oraz 23% dorosłych¹¹³. Patrz wykres 14.

WYKRES 14. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W HISPANII



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.



Hiszpania jest krajem z wysokim odsetkiem kobiet z otyłością w momencie zajścia w ciążę – to ponad 20%¹¹⁴.

5.10.2. Polityka zdrowotna

Najbardziej aktualne krajowe działania związane z przeciwdziałaniem otyłości

w Hiszpanii są ujęte w Narodowym Planie Strategicznym na Rzecz Redukcji Otyłości wśród Dzieci (*Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil*), przyjętym na lata 2022–2030. Dokument ten został opracowany i przyjęty przez rząd Hiszpanii oraz Fundację Gasol, jako strategia międzysektorowa, zakładająca zaangażowanie 15 ministerstw, 18 instytucji naukowych, 13 organizacji pozarządowych i 25 organizacji sektora ekonomicznego. Strategia zawiera wytyczne dla wszystkich zaangażowanych grup społecznych do współdziałania w zakresie problemu otyłości wśród dzieci poprzez kompleksowe wdrażanie i popularyzowanie nawyków prozdrowotnych, tj. aktywności fizycznej i sportu, zdrowego odżywiania, odpowiedniej ilości snu oraz dobrostanu emocjonalnego. Rekomendowane działania międzysektorowe mają być realizowane na 4 poziomach: instytucjonalnym, naukowym, społecznym i ekonomicznym – co ma doprowadzić do wytworzenia ekosystemu promującego zdrowy styl życia w każdym środowisku życia dziecka.

Przyjęty przez rząd Hiszpanii Narodowy Plan Strategiczny kładzie nacisk na następujące międzysektorowe mechanizmy współpracy: wzrost zaangażowania w zakresie badań i innowacji, lepszą komunikację, uwrażliwienie społeczne, wzrost zaangażowania w zakresie finansowania

¹¹³ WHO European Regional Obesity Report 2022. World Health Organization. Źródło: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (dostęp 12.08.2022 r.).

¹¹⁴ <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat-spainkeyfacts.htm> (dostęp 11.08.2022 r.).

i koordynacji. **Celem ilościowym przyjętej strategii jest redukcja nadmierowej masy ciała wśród dzieci o 20-25% do 2030 roku**¹¹⁵.

Drugim kluczowym dokumentem strategicznym jest zainicjowana w 2005 roku międzysektorowa strategia prewencji otyłości NAOS (*Nutricion, Actividad Fisica y Prevencion de la Obesidad/ Strategia Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zapobiegania Otyłości*), promująca zdrowe odżywianie oraz aktywność fizyczną, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji konsumenckiej, wspierającej zdrowsze wybory produktów spożywczych. Strategia NAOS zachęca do zaangażowania, synergii i współpracy wszystkie sektory i podmioty społeczne, zarówno publiczne (regiony autonomiczne, rady lokalne, inne ministerstwa), jak prywatne (przemysł spożywczy, towarzystwa naukowe, organizacje konsumenckie, sektor dystrybucji i gastronomii itp.)¹¹⁶.

Chociaż inicjatywy opracowane w ramach Strategii NAOS są kierowane do całej populacji, priorytetem są te, które są adresowane do dzieci, młodzieży i grup ludności znajdujących się w najbardziej niekorzystnej sytuacji społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem płci i nierówności w zakresie zdrowia. Zasady rządzące Strategią NAOS to sprawiedliwość, równość, uczest-

nictwo, międzysektorowość, koordynacja i synergiczna współpraca, których finalnym celem jest ochrona i promocja zdrowia.

Niezmiennym motto strategii NAOS jest „*Come sano y muevete!*” („Jedz zdrowo i ruszaj się!”), promujące nierozzerwalny dwumian żywienia i ruchu, który ma zapobiegać nadwadze i otyłości oraz przyczynić się do korzystnych zmian w stylu życia człowieka¹¹⁷. Od 2008 roku krajowa Strategia NAOS realizuje współpracę z Departamentami Zdrowia Wspólnot Autonomicznych Hiszpanii (CCAA) poprzez stałą grupę roboczą AECOSAN. W tej grupie opracowywane są wspólne inicjatywy dotyczące zagadnień wynikających z ustawy 17/2011 o bezpieczeństwie żywności i żywienia, dotyczące programów promujących zdrowe odżywianie, żywienie lub aktywność fizyczną w celu zapobiegania otyłości i/lub promocji zdrowych nawyków¹¹⁸.

Hiszpania opublikowała zalecenia żywieniowe dla dzieci i młodzieży w 2005 roku, a wytyczne dla populacji ogólnej zostały wprowadzone w 2008 roku. Zalecenia zostały opracowane w ramach Strategii Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zapobiegania Otyłości (Strategia NAOS) Hiszpańskiej Agencji do Spraw Konsumentów, Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia Ministerstwa Zdrowia, Usług Społecz-

¹¹⁵ <https://www.gasolfoundation.org/wp-content/uploads/2022/06/Plan-Estrate%CC%81gico-Nacional-para-la-Reduccion%CC%81n-de-la-Obesidad-Infantil-Gasol-Foundation.pdf> (dostęp 11.08.2022 r.).

¹¹⁶ https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm.

¹¹⁷ https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm (dostęp 11.08.2022 r.).

¹¹⁸ <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/27123> (dostęp 10.08.2022 r.).

nych i Równości¹¹⁹. Oparte na dowodach naukowych zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania i leczenia nadwagi i otyłości są od 2012 roku opracowywane i publikowane przez dwa hiszpańskie stowarzyszenia naukowe: FESNAD (Hiszpańska Federacja Stowarzyszeń Żywieniowych, Żywnościowych i Dietetycznych) oraz SEEDO (Hiszpańskie Stowarzyszenie Badań nad Otyłością)¹²⁰.

Hiszpania realizuje w placówkach przedszkolnych i szkolnych szereg działań edukacyjnych i wspierających. Od sierpnia 2017 r. powszechnie obowiązuje unijny program „Owoce, warzywa i mleko w szkole” łączący dwa poprzednie programy (program „Owoce i warzywa w szkole” oraz program „Mleko w szkole”). Program wspiera dystrybucję tych produktów do dzieci (od przedszkola do szkoły średniej), a także propaguje działania edukacyjne i informacyjne dotyczące zdrowych nawyków żywieniowych¹²¹. Regionalnie w szkołach prowadzone są projekty promocji właściwego żywienia i aktywności fizycznej, lecz nie występuje w tym zakresie żaden program edukacji powszechnej. W ramach przyjętego w czerwcu 2022 roku Narodowego Planu Strategicznego na rzecz Redukcji Otyłości wśród Dzieci, zapowiadane są liczne zmiany, m. in. zwiększenie treści merytorycznych prozdrowotnych

w nauczanych przedmiotach, zwiększenie aktywności fizycznej (w ramach lekcji i pozalekcyjnie), włączenie edukacji w zakresie żywienia i zdrowej gastronomii, zagwarantowanie stypendiów w stołówkach szkolnych dla dzieci o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym¹²².

W ramach propagowania zdrowego stylu życia, wdrażane są w Hiszpanii **liczne programy edukacji oraz aktywizacji ruchowej i aktywności fizycznej**, realizowane tak na poziomie ogólnokrajowym, jak w poszczególnych prowincjach.

Wiele z nich realizowana jest w ramach walki ze zjawiskiem tzw. „biedotyłości” (*pobreobesidad*), w celu zapewnienia równego dostępu do edukacji prozdrowotnej dla dzieci z regionów uboższych oraz rodzin o niskim statusie społecznym.



Są to np. projekty Fundacji Gasol, w tym FIVALIN (projekt prewencji otyłości dla rodzin z dziećmi w wieku 8–12 lat), SAFALIN (program promocji zdrowego stylu życia dla dzieci w wieku 6–12 lat), ALLEYOOP (program popularyzacji piłki koszykowej), COACH+ (innovacyjny program promo-

¹¹⁹ <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/countries/spain/en/> (dostęp 10.08.2022 r.).

¹²⁰ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23114947/> (dostęp 11.08.2022 r.).

¹²¹ https://agriculture.ec.europa.eu/common-agricultural-policy/market-measures/school-fruit-vegetables-and-milk-scheme/school-scheme-explained_en (dostęp 11.08.2022 r.).

¹²² <https://elpais.com/sociedad/2022-06-10/el-gobierno-quiere-garantizar-comedores-escolares-en-escuelas-e-institutos-en-2030-para-luchar-contra-la-obesidad-infantil.html> (dostęp 10.08.2022 r.).

cji sportu dla dzieci i młodzieży w klubach sportowych różnych dyscyplin)¹²³.

Wspólnoty autonomiczne Hiszpanii realizują własne projekty prewencji otyłości. Za jeden z najbardziej skutecznych uznawany jest Program Edukacji Żywnościowej Delta we Wspólnocie Autonomicznej Wysp Kanaryjskich. Projekt prowadzony jest przez jednostki samorządu terytorialnego, placówki oświatowe i instytucje pozarządowe od 1998 roku¹²⁴.

W ramach działań zmierzających do redukcji rosnącej nadwagi i otyłości, projekty administracji w Hiszpanii skoncentrowane są w znacznej mierze na produktach spożywczych zawierających cukier, sól oraz tłuszcze trans, ze szczególnym uwzględnieniem promowania reformulacji produktów oraz edukacji konsumenckiej.

Oznakowanie produktów spożywczych żywności pakowanej reguluje Rozporządzenie Unii Europejskiej 1169/2011 oraz Rozporządzenie UE w sprawie oświadczeń zdrowotnych i żywieniowych 1924/2006¹²⁵. W 2021 roku w Hiszpanii wprowadzony został system Nutri-Score, dotyczący znakowania wartości odżywczej na froncie opakowań produktów spożywczych. To system dobrowolny dla firm sektora spo-

żywczego, który uzyskał w Hiszpanii największe poparcie naukowców ds. żywienia oraz organizacji konsumenckich. Został uznany za najbardziej intuicyjny dla konsumentów, jeśli chodzi o wybór produktów służących zdrowiu. Hiszpania jest czwartym krajem (po Francji, Belgii i Niemczech), która wdrożyła system przygotowany przez Komisję Europejską. Rząd Hiszpanii zapowiedział także rozpoczęcie prac legislacyjnych i administracyjnych, mających na celu wzmocnienie Kodeksu Reklamy Żywności i Napojów Kierowanych do Nieletnich, w Prewencji Otyłości i Promocji Zdrowia PAOS – dobrowolnej kontroli przez firmy reklam żywności, kierowanych do dzieci poniżej 12. r. ż. (zapowiedział też podniesienie granicy wieku do 15. r.ż.)¹²⁶.

Ustawa o żywieniu i bezpieczeństwie żywności (Ley 17/2011) zabrania przedszkolom i szkołom sprzedaży żywności i napojów o wysokiej zawartości tłuszczów nasyconych, tłuszczów trans, soli i cukru. Prawo stanowi również, że przedszkola i szkoły powinny być wolne od reklam¹²⁷.

Nie znaleziono informacji na temat znaczących programów profilaktyki otyłości w środowisku pracy, inicjowanych i realizowanych na poziomie krajowym.

¹²³ <https://www.gasolfoundation.org/es/coach/> (dostęp 10.08.2022 r.).

¹²⁴ <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/14b2cfe0-9169-11de-8d13-3319494d7e1b/ProyectoDelta.pdf> (dostęp 10.08.2022 r.).

¹²⁵ https://data.worldobesity.org/country/portugal-174/#data_policies (dostęp 17.08.2022 r.).

¹²⁶ <https://www.lamoncloa.gob.es/lang/en/gobierno/news/Paginas/2020/20200626food-labelling.aspx> (dostęp 11.08.2022 r.).

¹²⁷ https://data.worldobesity.org/country/spain-199/#data_policies (dostęp 10.08.2022 r.).

5.10.3. Diagnostyka i leczenie

Hiszpańskie Narodowe Badanie Zdrowia (*Encuesta Nacional de Salud de España* ENSE) jest realizowane co 5 lat, na przemian z Europejskim Badaniem Zdrowia w Hiszpanii (*Encuesta Europea de Salud en España* EESE), realizowanym także w cyklu 5-letnim. Oba badania mają wspólny rdzeń, który pozwala na porównania międzynarodowe, aby móc odpowiedzieć na potrzeby informacyjne krajowych i regionalnych administracji zdrowia. W obu badaniach oznaczany jest wskaźnik BMI oraz pomiar obwodu talii¹²⁸.

Hiszpańska Agencja ds. Leków i Produktów Zdrowotnych (AEMPS) dopuszcza obecnie trzy leki do leczenia otyłości (w Stanach Zjednoczonych Agencja ds. Żywności i Leków – FDA – ma już pięć autoryzowanych). Wszystkie są wskazane dla osób mających wskaźnik masy ciała BMI >30 lub >27 oraz choroby współistniejące. Dopuszczone w Hiszpanii są: orlistat, liraglutyd i kombinacja bupropionu z naltrexonem.

W ramach ubezpieczenia dostępna jest operacja bariatryczna dla pacjentów ze wskaźnikiem masy ciała BMI >40 lub BMI >35, jeśli pacjent ma jednocześnie inną chorobę, jak np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze lub bezdech senny¹²⁹.

Refundacji podlega również konsultacja dietetyczna i konsultacja psychologiczna w przypadku pacjentów z otyłością.

W Hiszpanii nie ma możliwości uzyskania dodatkowego certyfikatu z zakresu obesitologii, ani specjalizacji. Nie funkcjonuje również żaden kompleksowy, skoordynowany program leczenia otyłości. Grupa ds. Otyłości Hiszpańskiego Towarzystwa Endokrynologii i Żywienia (GOSEEN), wraz z Działem Żywienia (NutriSEEN) oraz Grupą Roboczą ds. Endokrynologii, Żywienia i Wysiłków Fizycznych (GENEFSEEN) dokonały przeglądu głównych aspektów klinicznych oceny i leczenia otyłości u dorosłych, w oparciu o najlepsze dostępne dowody. Omawiane zagadnienia obejmują: diagnostykę i postępowanie wstępne w konsultacji niespecjalistycznej, cele kontrolne, kryteria skierowania i ocenę w konsultacji specjalistycznej, zmianę stylu życia, farmakoterapię, chirurgię otyłości, leczenie endoskopowe oraz otyłość w sytuacjach szczególnych (osoby starsze i ciężarne)¹³⁰. Wśród rekomendacji znajdują się te związane z kwalifikacją do operacji bariatrycznej, której podstawą powinien być wskaźnik BMI ≥ 40 kg/m² lub BMI ≥ 35 kg/m² wraz z jednym lub kilkoma poważnymi powikłaniami. Operację można rozważyć przy BMI 30–34,9 kg/m² w przypadku cukrzycy typu 2 ze słabą kontrolą pomimo intensywne-

¹²⁸ Instituto Nacional de Estadística – obesidad. Źródło: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888 (dostęp 27.11.2022 r.).

¹²⁹ <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/cirurgia-bariatrica> (dostęp 27.11.2022 r.).

¹³⁰ SEEN – kompleksowe podejście kliniczne do otyłości w wieku dorosłym, 2022. Źródło: <https://www.seen.es/portal/areas-conocimiento/obesidad/documentos/consensos-guias/abordaje-clinico-integral-seen-obesidad-edad-adulta> (dostęp dn. 27.11.2022r.).

go leczenia i obecności innych poważnych powikłań. U pacjentów bez cukrzycy, z poważnymi powikłaniami, które nie są odpowiednio kontrolowane za pomocą leczenia farmakologicznego i wiążą się z pogorszeniem jakości życia, można również rozważyć operację bariatryczną. Podstawą jest także długoterminowa multidyscyplinarna obserwacja po odbyciu operacji bariatrycznej.

5.10.4. Mechanizmy finansowania

Grupa ds. Otyłości Hiszpańskiego Towarzystwa Endokrynologii i Żywienia (SEEN) wskazała w 2019 roku, że otyłość w Hiszpanii była powodem wydatków w wysokości **25 136 mln euro**, czyli 2,1 proc. hiszpańskiego PKB, co stanowi wydatek na mieszkańca w wysokości 537 euro.



Nie istnieje jednak żaden publiczny fundusz celowy na diagnostykę i leczenie otyłości.

W 2021 roku, w celu zatrzymania rosnącego problemu nadwagi i otyłości w populacji dzieci i młodzieży, rząd hiszpański podniósł podatek od wartości dodanej (VAT) na napoje słodzone. Nowa stawka podatku została ustalona na 21% (wzrost z 10%). Podwyżka ta została zatwierdzona ustawą 11/2020 z 30 grudnia o ogólnym budżecie państwa na rok 2021 (LGPE) (art. 69)¹³¹. Dodatkowo, dwustopniowy podatek od napojów słodzonych cukrem obowiązuje od 2017 roku w Katalonii (do 12 eurocentów za litr)¹³².

W kwietniu 2019 na mocy Dekretu Królewskiego 308/2019 roku ustalono maksymalny obowiązkowy limit zawartości soli w chlebie. Ogranicza on klasyfikacje chleba „razowego”, „na zakwasie”, „rzemieślnicze” i „wielozłazistego” i ustala, że maksymalna dopuszczalna zawartość soli w zwykłym chlebie jako produkcie gotowym nie może przekroczyć 1,66 g soli na 100 g chleba (art. 11. 2c)¹³³.

Prywatne centra medyczne, jak również towarzystwa ubezpieczeniowe oferują leczenie otyłości.

¹³¹ https://policydatabase.wcrf.org/level_one?page=nourishing-level-one#step2=2#step3=315 (dostęp 11.08.2022 r.).

¹³² https://policydatabase.wcrf.org/level_one?page=nourishing-level-one#step2=2#step3=315 (dostęp 11.08.2022 r.).

¹³³ <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-6994> (dostęp 10.08.2022 r.).

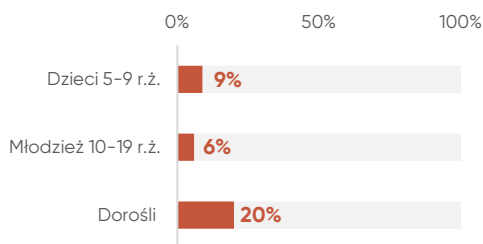


5.11. Dania

5.11.1. Problem zdrowotny – otyłość

WHO nie wskazuje danych określających otyłość w populacji dzieci poniżej 5. r.ż., natomiast odsetek dzieci w wieku 5–9 lat ze stwierdzoną otyłością wynosi 9,3%. Otyłość ma 6,2% młodzieży w wieku 10–19 lat oraz 19,7% dorosłych¹³⁴. Patrz wykres 15.

WYKRES 15. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W DANII



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.11.2. Polityka zdrowotna

Krajowa strategia w zakresie zapobiegania i leczenia otyłości (Narodowy Plan Walki z Otyłością) wraz z listą zaleceń została przyjęta w 2003 roku, jest cyklicznie przedłużana i modyfikowana – aktualnie obowiązujący dokument wydano w 2020 roku i jest nadzorowany przez Narodową Radę Zdrowia oraz Centrum Promocji Zdrowia i Profilaktyki Danii. Strategia ustanawia działania współpracy międzysektorowej, koncentruje się na promowaniu zdrowego żywienia, poprawie jakości żywności,

promowaniu aktywności fizycznej, podniesieniu kwalifikacji pracowników sektora ochrony zdrowia w tym zakresie, a także na rozwoju identyfikacji i zarządzania grupami wysokiego ryzyka¹³⁵.

W ramach działań krajowej strategii, w 2020 roku Ministerstwo Zdrowia utworzyło Duńskie Narodowe Centrum Otyłości (*Nationalt Center for Overgaegt*, NCFO), którego podstawową aktywnością jest gromadzenie wiedzy na temat praktyki i nauki w zakresie zapobiegania i leczenia otyłości, rozpowszechnianie wiedzy opartej na dowodach oraz realizacja projektów szkoleniowych i edukacyjnych¹³⁶.

Strategiczne działania na rzecz profilaktyki otyłości poprzez żywienie zostały przez rząd Danii ujęte w przyjętej w 2018 roku „Strategii dla żywności, posiłków i zdrowia” – inicjatywie ogólnokrajowej, współrealizowanej przez Ministerstwo Środowiska i Żywności, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Dzieci i Spraw Społecznych, Ministerstwo Osób Starszych i Ministerstwo Edukacji. Strategia wyznacza wytyczne i działania dla placówek przedszkolnych i szkolnych, młodzieżowych instytucji edukacyjnych, miejsc pracy, placówek opieki dziennej i domów opieki, tak na poziomie krajowym, jak i lokalnym. Dokument zawiera odniesienia do produkcji żywności, zachęcając producentów do reformulacji, ustanawia bank wiedzy o inicjatywach prozdrowotnych dla gmin, jak

¹³⁴ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (dostęp 20.08.2022 r.).

¹³⁵ <https://sundhedsstyrelsen.dk/en/publications/2003/national-action-plan-against-obesity> (dostęp 20.08.2022 r.).

¹³⁶ <https://www.ncfo.dk> (dostęp 20.08.2022 r.).

również wskazuje priorytetowe działania badawcze, międzynarodową wymianę wiedzy oraz wzmocnienie prozdrowotnej proaktywnej polityki komunikacyjnej. Strategia wprowadza dobrowolny program znakowania zdrowych żłobków, szkół podstawowych i gimnazjów oraz młodzieżowych instytucji edukacyjnych, zapowiada także położenie w szkołach większego nacisku na zwiększenie świadomości uczniów w zakresie żywności, historii żywności, Danii jako kraju produkującego żywność, roli posiłków jako części duńskiej kultury oraz znaczenia posiłków dla zdrowia i poczucia wspólnoty¹³⁷.

Obowiązujące wytyczne dietetyczne, wskazujące Duńczykom, jak jeść zdrowo i dobrze dla klimatu, zostały opublikowane w 2021 r. Były one konsultowane z szerokim gronem zainteresowanych stron, w tym Ministerstwem Żywności, Rolnictwa i Rybołówstwa, Ministerstwem Klimatu, Energii i Usług Komunalnych, Urzędem Zdrowia, Narodowym Instytutem Żywności na Uniwersytecie Technicznym w Danii, organizacjami konsumenckimi, organizacjami pozarządowymi, a także przemysłem spożywczym i detalicznym¹³⁸.

W Danii realizowany jest szereg kampanii promujących zdrowsze żywienie, kie-

rowanych do dorosłych i dzieci. Jednym z najbardziej rozpoznawalnych jest działający od 2017 roku unijny program „Owoce, warzywa i mleko w szkole” (dystrybucja produktów i działania edukacyjne)¹³⁹, prowadzona we współpracy z Krajowym Urzędem Weterynarii i Żywności kampania Partnerstwo na Rzecz Pełnego Ziarna (*Fuldkornskampagnen*)¹⁴⁰, organizowana od 2006 roku przez WHO Inicjatywa Szkół Przyjaznych Żywieniu (NFSI)¹⁴¹ czy podejmowane od 2008 roku cykle lokalnych spotkań informacyjnych i motywacyjnych dla seniorów pod nazwą „Zdrowe Życie Seniora”¹⁴².

Kierunki rozwoju i programy duńskiej polityki w obszarze aktywności fizycznej zostały opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia w roku 2016 – podkreślana jest konieczność szerszego zaangażowania dzieci i młodzieży, osób niepełnosprawnych oraz grup wykluczenia społecznego¹⁴³. Bardziej kompleksowe i szczegółowe wytyczne zostały wydane w 2018 roku w formie podręcznika „Aktywność fizyczna. Podręcznik dotyczący profilaktyki i leczenia” (*I Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling fremlægger*) przez Krajową Radę Zdrowia (*Sundhedsstyrelsen*). Materiał ujmuje zalecenia stosowania aktywności fizycznej jako metody prewencji i leczenia licznych

¹³⁷ <https://fvm.dk/publikationer/publikation/pub/hent-fil/publication/strategy-for-food-meals-and-health/> (dostęp 21.08.2022 r.).

¹³⁸ <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/countries/Denmark/en>.

¹³⁹ https://agriculture.ec.europa.eu/common-agricultural-policy/market-measures/school-fruit-vegetables-and-milk-scheme/school-scheme-explained_en (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁴⁰ <https://fuldkorn.dk/english/> (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁴¹ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516969> (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁴² https://data.worldobesity.org/country/denmark-55/#data_policies.

¹⁴³ https://sport.ec.europa.eu/sites/default/files/physical-activity-factsheets-2018/physical-activity-factsheets-2018/denmark-physical-activity-factsheet-2018_en.pdf (dostęp 21.08.2022 r.).

chorób, w szczególności otyłości i cukrzycy typu 2¹⁴⁴. Natomiast rekomendacje dla szkół w zakresie różnych form aktywności i sportu oraz zapewnienia niezbędnego ruchu uczniom zostały opublikowane przez Ministerstwo Dzieci i Ministerstwo Edukacji w 2016 roku¹⁴⁵.



Kampanie o największym zasięgu promujące **ruch i sport** wśród dzieci to obecnie „ABC – wszystkie dzieci jeżdżą na rowerze” (*Alle Boern Cykler*), zainaugurowana przez Krajową Radę Zdrowia i Krajową Federację Kolarską w 2015 roku¹⁴⁶ oraz „Szkolny Patrol Zabaw” (*Legepatroljen*), kierowana do uczniów w wieku 6-10 lat i prowadzona przez Duński Szkolny Związek Sportowy oraz Duńską Federację Gimnastyczną od 2007 roku¹⁴⁷.

Wśród działań adresowanych do dorosłych zasięgiem i długością trwania wyróżnia się krajowa kampania „Rowerem do pracy” (*Cyklar til Arbejde*), realizowana przez Ministerstwo Zdrowia i zachęcająca od 2018

roku do używania rowerów w codziennym transporcie. Liczne aktywności promujące zdrowy styl życia w środowisku pracy są podejmowane przez Duński Urząd Inspekcji Pracy¹⁴⁸.

W 2003 roku Dania wprowadziła prawo ograniczające ilość tłuszczów trans do 2 gramów na 100 gramów tłuszczu lub oleju. Oleje oznaczone jako „*trans fat free*” nie mogły zawierać więcej niż 1 gram tłuszczów trans na 100 gramów tłuszczu¹⁴⁹.

W ramach przeciwdziałania otyłości, Dania realizuje liczne inicjatywy ograniczające tzw. marketing otyłościotwórczy (*obesogenic marketing*). W 2008 roku wprowadzony został dobrowolny kodeks marketingu skierowanego do dzieci do lat 13 (Kodeks Reklamy Żywności dla Dzieci), aktualizowany cyklicznie przez Forum Reklamy Żywności¹⁵⁰. Reklama żywności, skierowana do dzieci, jest regulowana w Danii od 2013 roku (dekret BEK 801/2013) – zakazuje się zachęcania i przyzwalania na nadmierne spożycie żywności i napojów zawierających substancje, których zwiększone spożycie nie jest zalecane (tłuszcze, kwasy tłuszczowe trans, sól lub sól oraz cukry)¹⁵¹.

¹⁴⁴ https://extranet.who.int/ncdccs/Data/DNK_B13_Fysisk%20aktivitet%20c3%a2%e2%82%ac%e2%80%9c%20h%c3%83%c2%a5ndbog%20om%20forebyggelse%20og%20behandling.pdf (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁴⁵ <https://www.uvm.dk/folkeskolen/laering-og-laeringsmiljoe/bevaegelse> (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁴⁶ <https://www.alleboerncykler.dk/> (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁴⁷ <https://skoleidraet.dk/aktivefrikvarterer/forside/> (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁴⁸ <https://www.vcta.dk> (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁴⁹ <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/denmark-trans-fat-ban-pioneer-lessons-for-other-countries> (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁵⁰ https://www.danskindustri.dk/globalassets/kodeks-redesign_2022.pdf?v=220822 (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁵¹ <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/a/2013/801> (dostęp 21.08.2022 r.).

Oznakowanie produktów spożywczych żywności pakowanej reguluje Rozporządzenie Unii Europejskiej 1169/2011 oraz Rozporządzenie UE w sprawie oświadczeń zdrowotnych i żywieniowych 1924/2006¹⁵². W Danii od 2009 roku stosowane jest także etykietowanie, zwane „norweską dziurką od klucza” („dziurka od klucza do zdrowszego żywienia”) – obowiązujące w Szwecji, Norwegii i Danii, dobrowolne znakowanie żywności, które identyfikuje produkty zawierające mniej tłuszczu, cukrów i soli oraz więcej błonnika pokarmowego niż inne produkty w tej samej kategorii¹⁵³.

Od 2011 roku produkty spożywcze mogą być dobrowolnie etykietowane logiem „Pełne Ziarno”¹⁵⁴, przy warunku spełnienia kryteriów żywieniowych określonych przez stowarzyszenie Partnerstwo na Rzecz Pełnego Ziarna oraz nordyckiego programu „dziurki od klucza”.

5.11.3. Diagnostyka i leczenie

Duński Urząd Statystyczny gromadzi dane dotyczące wskaźnika BMI i pomiarów obwodu talii, pochodzące z Duńskiego Urzędu ds. Zdrowia oraz Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego (SIF)¹⁵⁵.

W Danii dostępne jest leczenie farmakologiczne otyłości: amfepramon, lek bupro-

pion/ naltrekson (w przypadku BMI powyżej 30 lub BMI 27–30 i na przykład cukrzycą typu 2, podwyższonym poziomem cholesterolu lub podwyższonym ciśnieniem krwi. Dostępne jest także leczenie orlistatem i liraglutylem¹⁵⁶.

Chirurgię bariatryczną w Danii wykonuje się przy skrajnej lub ciężkiej otyłości, kiedy może powodować ona problemy zdrowotne, a wszystkie inne dostępne sposoby leczenia otyłości nie przyniosły satysfakcjonujących rezultatów. Pacjenci przechodzą rygorystyczny program leczenia przed zaoferowaniem operacji bariatrycznej.



Operacji bariatrycznej są poddawani pacjenci, u których wskaźnik BMI wynosi >35, a także występują choroby towarzyszące spowodowane otyłością, takie jak ciężki bezdech senny, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroba zwyrodnieniowa stawów, zespół policystycznych jajników (ciężka choroba torbielowata jajników z zaburzeniami hormonalnymi), problemy z zajściem w ciążę, objawy związane z zapaleniem stawów kolan i bioder, na które wskazują badania obrazowe.

¹⁵² https://data.worldobesity.org/country/portugal-174/#data_policies (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁵³ <https://www.helsenorge.no/en/kosthold-og-ernaring/keyhole-healthy-food/> (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁵⁴ <https://fuldkorn.dk/english/> (dostęp 21.08.2022 r.).

¹⁵⁵ <https://www.dst.dk/da/informationsservice/oss/vaegt> (dostęp dn. 27.11.2022r.).

¹⁵⁶ <https://min.medicin.dk/sygdomme/sygdom/39> (dostęp dn. 27.11.2022r.).

Pacjenci powyżej 25. r.ż. z BMI >40 bez chorób współistniejących mają możliwość poddania się ocenie w zakresie chirurgii bariatrycznej. W przypadku pacjentów w wieku >60 lat operacja może być wskazana po specjalnej ocenie ryzyka w stosunku do korzyści.

Refundacji podlega porada dietetyczna dla osób z otyłością. Nie odnaleziono informacji o refundacji porady psychologicznej dla osób z otyłością.

Nie funkcjonuje w Danii specjalizacja z zakresu obesitologii ani możliwość uzyskania certyfikatu obesitologa.

Wprowadzono zalecenia dotyczące interwencji dotyczących stylu życia w przypadku ciężkiej otyłości. Chodzi o holistyczne działanie, którego celem jest osiągnięcie przez osoby dorosłe trwałej utraty lub utrzymanie masy ciała oraz lepszej jakości życia i samopoczucia¹⁵⁷. Nie odnaleziono informacji dotyczących zintegrowa-

nej, kompleksowej opieki nad pacjentami z otyłością.

5.11.4. Mechanizmy finansowania

W Danii nie ma żadnego funduszu ze środków pozwalającymi na finansowanie działań diagnostycznych i leczniczych związanych z otyłością. Dania jako pierwszy kraj na świecie wprowadziła w 2011 roku w ramach polityki fiskalnej tzw. „podatek od tłuszczu” od żywności o wysokiej zawartości tłuszczów nasyconych. Został on uchylony przez Parlament Danii po roku obowiązywania, w wyniku sprzeciwów rolników, firm spożywczych i środowisk konsumentskich¹⁵⁸. Wycofano się także z wprowadzenia podatku cukrowego, zapowiadanego jako kolejny krok fiskalnego wsparcia polityki zdrowotnej państwa.

W Danii prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe oraz ośrodki kliniczne oferują leczenie otyłości.

¹⁵⁷ Interwencja stylu życia w przypadku ciężkiej otyłości Rekomendacje ofert dla dzieci i dorosłych. Dania 2021. Źródło: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelses/2021/Overvaegt/Livsstilsintervention-ved-svaer-overvaegt.ashx> (dostęp dn. 27.11.2022r.).

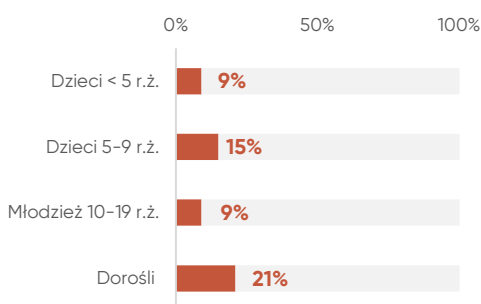
¹⁵⁸ https://www.researchgate.net/publication/267741946_The_Danish_Tax_on_Saturated_Fat_Why_It_Did_Not_Survive (dostęp 22.08.2022 r.).

5.12. Portugalia

5.12.1. Problem zdrowotny – otyłość

Wg danych opracowanych przez WHO, odsetek dzieci poniżej 5. r.ż. z otyłością wynosi 8,5%, natomiast odsetek dzieci między 5. a 9. r.ż. ze stwierdzoną otyłością – 14,7%. Otyłość ma 8,5% młodzieży w wieku od 10 do 19 lat i 20,8% dorosłych¹⁵⁹. Patrz wykres 16.

WYKRES 16. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W PORTUGALII



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.12.2. Polityka zdrowotna

Aktualnym dokumentem strategicznym Portugalii w zakresie polityki żywieniowej i przeciwdziałania otyłości jest wydany przez Dyрекcję Generalną ds. Zdrowia (Direcao Geral de Saude, DGS) w 2015 roku Narodowy Program Promocji Zdrowego Żywnienia (*Programa Nacional para a Promocao da Alimentacao Saudavel*, PNPAS).

Narodowy Program wytycza cele i kierunki działań krajowych w zakresie dostępności, jakości i modyfikacji żywności, informacji i promocji prozdrowotnej, a także standardów profilaktyki i specjalistycznego leczenia otyłości. W dokumencie podkreśla się wagę działań międzysektorowych (zdrowie, rolnictwo, sport, środowisko, edukacja), jak również współdziałanie regionalnych i lokalnych struktur administracji i ochrony zdrowia¹⁶⁰.

Konsekwencją przyjęcia Narodowego Programu Promocji Zdrowego Żywnienia PNPAS było opracowanie i przyjęcie w 2017 roku Zintegrowanej Strategii Promocji Zdrowego Żywnienia (*Estrategia Integrada para a Promocao da Alimentacao Saudavel*, EIPAS) – międzysektorowej strategii, obejmującej zestaw 51 interwencji, uzgodnionych przez 7 różnych ministerstw (Finansów, Administracji Wewnętrznej, Edukacji, Zdrowia, Gospodarki, Rolnictwa, Leśnictwa i Rozwoju Wsi oraz Morza)¹⁶¹.

Wytyczne żywieniowe dla populacji portugalskiej (zwane Kołem Żywności – „*Roda dos Alimentos*”) zostały opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia w roku 2003, zalecenia te przeznaczone są dla ogółu zdrowej populacji Portugalczyków i obejmują liczbę porcji niezbędnych do zaspokojenia indywidualnego zapotrzebowania energetycznego¹⁶².

¹⁵⁹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf> (dostęp 16.08.2022 r.).

¹⁶⁰ https://extranet.who.int/ncdccc/Data/PRT_B10_Healthy_Eating_Portugal.pdf (dostęp 16.08.2022 r.).

¹⁶¹ <https://eipas.pt> (dostęp 16.08.2022 r.).

¹⁶² <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx> (dostęp 16.08.2022 r.).

W odpowiedzi na rosnący problem nadwagi i otyłości jako funkcji braku wystarczającej aktywności fizycznej (ze szczególnym uwzględnieniem popandemicznego deficytu zdrowia), w 2021 roku przyjęto w Portugalii kolejny (po roku 2017) Narodowy Program Promocji Aktywności Fizycznej (*Programa Nacional para a Promocao da Atividade Fisica*, PNPAF), którego realizację nadzoruje Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia (DGS) oraz Narodowa Służba Zdrowia (SNS). Narodowy Program wprowadza do realizacji m. in. program pilotażowy konsultacji w zakresie aktywności fizycznej w ramach Narodowej Służby Zdrowia, aktywizację i podniesienie kompetencji pracowników ochrony zdrowia, rozwój badawczych prac populacyjnych oraz krajowe i regionalne aktywności edukacyjne¹⁶³.

Częścią rządowej strategii poprawy stanu zdrowia Portugalczyków przez aktywność sportową jest także trwający od 2016 roku Narodowy Program Sportu dla Wszystkich „Poruszaj się!” (*Programa Nacional de Desporto para Todos Mexa-Se*). Program ten, nadzorowany przez Portugalski Instytut Sportu (Instituto Portugues do Desporto, IPD) skupia się głównie na aktywizacji najmniej aktywnych ruchowo i sportowo grup

społecznych oraz propagowaniu aktywności fizycznej w codziennych zajęciach¹⁶⁴.

Wśród znaczących realizowanych obecnie programów ogólnokrajowych i regionalnych skierowanych do dzieci i promujących zdrowy styl życia w celu zapobiegania otyłości, wymienić należy Program Zdrowego Żywienia w Szkole Zdrowia PASSE (*Programa Alimentacao Saudavel en Saude Escolar*)¹⁶⁵, program „Walcz o siebie” (*Luta por Ti* – wdrożenie projektu *European Youth Tackling Obesity*, EYTO)¹⁶⁶, program „Zero otyłości” (*Programa Obesidade Zero*, POZ)¹⁶⁷, „5 razy dziennie i rośnij z energią” (*5 ao dia, faz crescer com energia*)¹⁶⁸, projekt „Jedz powoli i dobrze oraz dobrze się ruszaj” (*Come Devagem e Bem & Mexe-te Tambem*)¹⁶⁹ czy *Nutri Ventures* (największy projekt animacyjny w kraju, skierowany do dzieci w wieku 5-10 lat, realizowany regionalnie we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Edukacji i Portugalskim Stowarzyszeniem Dietetyków APN)¹⁷⁰.

Od sierpnia 2017 r. powszechnie obowiązuje unijny program „Owoce, warzywa i mleko w szkole” łączący dwa poprzednie programy (program „Owoce i warzywa w szkole” oraz program „Mleko w szkole”). Program

¹⁶³ <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica.aspx> (dostęp 15.08.2022 r.).

¹⁶⁴ <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnpaf-ipdj-plano-nacional-desporto-todos-2016-pdf.aspx> (dostęp 16.08.2022 r.).

¹⁶⁵ <https://passe.com.pt/home> (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁶⁶ <http://www.eyto.org.uk/about/the-campaigns/luta-por-ti/> (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁶⁷ https://www.researchgate.net/publication/317470204_Efeito_do_projecto_obesidade_zero_na_pratica_desportiva_e_actividades_sedentarias_em_crianças_de_idade_escolar (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁶⁸ <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Alimentacao/ProjetosRegionais/Paginas/5-ao-dia,-faz-cri-scer-com-energia.aspx> (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁶⁹ <https://www.asae.gov.pt/?cn=739975347538AAAAAAAAAAAA&ur=1&newsletter=5131> (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁷⁰ <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/projects-and-partnerships/national-projects-nutri-ventures/> (dostęp 17.08.2022 r.).

wspiera dystrybucję produktów dla zdrowia wśród uczniów od przedszkola do szkoły średniej, a także propaguje działania edukacyjne i informacyjne, propagujące zdrowe nawyki żywieniowe¹⁷¹.

Nie znaleziono informacji dotyczących systemowych programów profilaktyki otyłości w środowisku zawodowym Portugalii.

W zakresie optymalizacji polityki żywieniowej i edukacji konsumenckiej, w 2009 r. zmieniono ustawę nr 75/2009, w celu wprowadzenia nowego maksymalnego poziomu zawartości soli w produktach chlebowych wynoszącego 1,4 g soli/100g¹⁷². Podatek od napojów zawierających cukier lub inne środki słodzące obowiązuje w Portugalii od 2017 roku i wynosi obecnie 16 eurocentów za 1 litr¹⁷³.

Oznakowanie produktów spożywczych żywności pakowanej reguluje Rozporządzenie Unii Europejskiej 1169/2011 oraz Rozporządzenie UE w sprawie oświadczeń zdrowotnych i żywieniowych 1924/2006¹⁷⁴. W Portugalii nie funkcjonuje dobrowolny system znakowania wartości odżywczych na froncie opakowań produktów spożywczych, wyjątek stanowią nieliczne globalne koncerny spożywcze, które takie oznakowania wprowadziły¹⁷⁵.

Najważniejszym dokumentem regulującym zasady reklamy i promocji niezdrowej żywności i słodkich napojów gazowanych skierowanych do dzieci poniżej 16. r.ż. jest ustawa 30/2019, jako nowelizacja portugalskiego 14 kodeksu reklamowego. Ustawa określa ograniczenia dla wymienionych produktów, jak również ich reklamy we wszystkich środkach i przestrzeniach komunikacji¹⁷⁶.

Od 2015 roku obowiązuje w Portugalii kodeks producentów spożywczych zrzeszonych w Portugalskiej Federacji Przemysłu Spożywczego w zakresie diety, aktywności fizycznej i zdrowia oraz marketingu skierowanego do dzieci. Jednym z głównych zobowiązań przemysłu (*Compromissos da indústria alimentar sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde*) jest wprowadzanie i popularyzowanie żywności, której celem jest ograniczenie nadwagi i otyłości oraz postępująca reformulacja produktów bogatych w cukier, sól i tłuszczy¹⁷⁷.

5.12.3. Diagnostyka i leczenie

W Portugalii jest oznaczany regularnie wskaźnik BMI oraz obwód talii wśród pacjentów, u których istnieje ryzyko otyłości i u pacjentów, u których otyłość stwierdzo-

¹⁷¹ https://data.worldobesity.org/country/portugal-174/#data_policies; https://agriculture.ec.europa.eu/common-agricultural-policy/market-measures/school-fruit-vegetables-and-milk-scheme/school-scheme-explained_en (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁷² https://data.worldobesity.org/country/portugal-174/#data_policies (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁷³ <https://ind.millenniumbcp.pt/pt/geral/fiscalidade/Pages/2017/Novo-imposto-sobre-bebidas-com-acucar.aspx> (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁷⁴ https://data.worldobesity.org/country/portugal-174/#data_policies (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁷⁵ https://www.researchgate.net/publication/332085972_Nutri-Score_A_Public_Health_Tool_to_Improve_Eating_Habits_in_Portugal (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁷⁶ <https://abreuadvogados.com/en/knowledge/publications/articles-en/restrictions-on-advertising-aimed-at-minors-of-determined-foodstuffs-and-beverages/> (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁷⁷ <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2015/04/Compromissos-da-industria-alimentar-sobre-Alimentacao-Atividade-Fisica-e-Saude.pdf> (dostęp 17.08.2022 r.).

no. Refundacji podlega w ramach ubezpieczenia zarówno porada dietetyczna, jak porada psychologiczna.

W Portugalii Krajowa Komisja Farmaceutyczna i Terapeutyczna Infarmed dopuściła do refundacji w ramach leczenia otyłości leki: sibutramine, orlistat oraz saxenda. Są wskazane do stosowania u osób dorosłych z BMI ≥ 30 lub BMI ≥ 27 (nadwaga), o ile występuje co najmniej jeden inny czynnik ryzyka związany z wagą.

Nie został utworzony obszar kształcenia z zakresu obesitologii, nie ma możliwości uzyskania dodatkowego certyfikatu obesitologa. Dostępny jest Program Chirurgicznego Leczenia Otyłości (PTCO). Dostęp do programu oraz zasady finansowania reguluje Rozporządzenie nr 245/2018¹⁷⁸.



W Portugalii wprowadzono model opieki kompleksowej dla osób zagrożonych otyłością – w ramach działań prewencyjnych¹⁷⁹. Uwzględnia on kompleksową diagnostykę otyłości, rozpoznanie kluczowych potrzeb oraz dostosowanie działań mających na celu zapobieganie rozwojowi otyłości. Działania te są kolejno realizowane przez multidyscyplinarny zespół specjalistów.

Do programu kompleksowej opieki zapobiegającej rozwojowi otyłości kwalifikowani są pacjenci, którzy w ocenie antropometrycznej osiągają wskaźnik masy ciała BMI od 25,0 do 29,9, obliczony według wzoru: waga/wzrost oraz z uwzględnieniem drugiego parametru: stosunek obwodu pasa do wzrostu większy niż 0,5. Osoba z ryzykiem rozwoju otyłości ma dostęp do porad żywieniowych oraz porad psychologicznych, podlega edukacji na temat otyłości i zagrożeń z nią związanych. Łącznie realizowanych jest sześć porad. Postęp w leczeniu jest monitorowany i podlega systematycznej ocenie. Celem programu jest redukcja konsekwencji związanych z zaawansowaną otyłością oraz zmniejszenie potencjalnych kosztów opieki zdrowotnej.

Istnieje także model opieki zintegrowanej dla pacjentów z otyłością.

Został zoptymalizowany, uwzględnia między innymi promowanie zmian behawioralnych u osób z nadwagą, podkreśla znaczenie środowiska terapeutycznego skoncentrowanego na pacjencie, doradztwo w zakresie żywienia uwzględniające zaspokojenie potrzeb żywieniowych, cele terapeutyczne (zmniejszenie masy ciała, kontrola metaboliczna itp.) oraz dostosowanie do indywidualnych aktywności i ograniczeń (praca, wartości religijne, ograniczenia ekonomiczne, itp.). W ramach optymalizacji modelu opieki

¹⁷⁸ Rozporządzenie nr 245/2018 rozporządzenie określające warunki dostępu pacjentów i podmiotów oraz ceny i świadczenia zdrowotne do realizacji w ramach Programu Chirurgicznego Leczenia Otyłości (PTCO). Źródło: <https://files.dre.pt/1s/2018/09/16900/0441804422.pdf> (dostęp 27.11.2022 r.).

¹⁷⁹ Zintegrowany proces pomocy dla osób dorosłych z ryzykiem rozwoju otyłości. Departament Jakości Zdrowia 2017. Źródło: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Processo-assistencial-integrado-da-pre%CC%81-obesidade-no-adulto.pdf> (dostęp dn. 27.11.2022r.).

zintegrowanej opracowano również kilka strategii przeciwdziałania otyłości – dostosowywanych indywidualnie do potrzeb pacjentów¹⁸⁰.

Kwalifikacją do leczenia operacyjnego jest spełnienie takich warunków, jak BMI ≥ 40 lub BMI > 35 oraz choroba towarzysząca będąca powikłaniem otyłości, wiek od 18 do 65 lat, dwa lata stabilnej otyłości, niepowodzenie leczenia niechirurgicznego w celu zmniejszenia masy ciała przez co najmniej jeden rok, stwierdzona otyłość, która nie jest wtórna do klasycznej choroby endokrynologicznej, brak patologii psychiatrycznej, uzależnienia od alkoholu i narkotyków¹⁸¹.

Powstał też zbiór kryteriów określających jednostki kliniczne jako wyspecjalizowane centra leczenia otyłości (*Centros de Tratamento Cirúrgico de Obesidade – CTCO*). Według danych z 2018 roku, istniało jedno Centrum Wysokiego Różnicowania Chirurgicznego Leczenia Otyłości (*Centro Hospitalar de São João*) oraz 13 publicznych ośrodków chirurgicznego leczenia otyłości.

5.12.4. Mechanizmy finansowania

Bezpośredni koszt leczenia otyłości w Portugalii oszacowano na około 1,2 mld euro, co stanowi 0,6% wartości PKB oraz 6% ogólnych wydatków na zdrowie, według danych *Centro de Estudos de Evidence-Based Medicine (CEMBE)*.

Wskazano, że otyłość powoduje utratę 200 tysięcy lat życia skorygowanych o niepełnosprawności, co oznacza o dziewięć dni życia mniej dla każdego obywatela Portugalii.

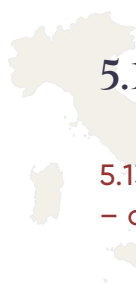


Nie istnieje jednak żaden dodatkowy fundusz pokrywający wydatki na diagnostykę i leczenie otyłości.

Istnieją różnorodne oferty ubezpieczenia prywatnego odnoszące się do leczenia otyłości.

¹⁸⁰ Otyłość: optymalizacja podejścia terapeutycznego w państwowej służbie zdrowia. Ogólnopolski Program Promocji Zdrowego Odżywiania. Departament Jakości Zdrowia 2017 (dostęp dn. 27.11.2022r.). Źródło: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf.

¹⁸¹ Opieka zdrowotna świadczona w ramach publicznej ochrony zdrowia w obszarze otyłości. Narodowa Służba Zdrowia w Portugalii 2019 (dostęp dn. 27.11.2022r.). Źródło: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2448/ERS_-_Cuidados_obesidade_SNS.pdf.

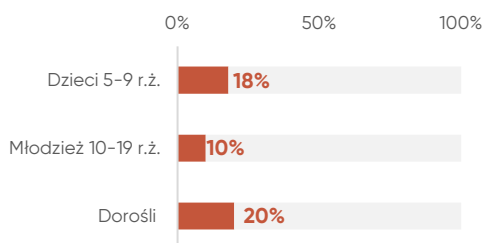


5.13. Włochy

5.13.1. Problem zdrowotny – otyłość

Estymacje WHO nie pokazują danych określających otyłość w populacji dzieci poniżej 5. r.ż. Otyłość ma 17,8% dzieci w wieku 5–9 lat, 9,8% młodzieży oraz 19,9% dorosłych¹⁸². Patrz wykres 17.

WYKRES 17. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH WE WŁOSZECH



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu WHO.

5.13.2. Polityka zdrowotna

Aktualna krajowa strategia przeciwdziałania otyłości dla Włoch jest zawarta w Narodowym Planie Profilaktyki (*Piano Nazionale della Prevenzione*, PNP) i odnosi się do lat 2020–2025. W dokumencie o charakterze międzysektorowym podkreślana jest w szczególności konieczność zapobiegania i leczenia otyłości dzieci. Cele realizowane są zarówno na poziomie centralnym, jak regionalnym – przez wszystkie regiony, zgodnie ze wspólnym modelem, np. program „Aktywne społeczności”, „Szkoły promujące zdrowie” czy „Miejsca pracy pro-

mujące zdrowie”, lub w ramach dowolnych projektów regionalnych.

Głównymi obszarami działań strategii jest zdrowsze żywienie (ograniczenie spożycia tłuszczów i cukrów, wzrost spożycia warzyw, pełnego ziarna i żywności nieprzetworzonej, **propagowanie mniejszych porcji, eliminowanie jedzenia pod wpływem czynników emocjonalnych**, edukacja dzieci i młodzieży) oraz regularna aktywność fizyczna w każdej grupie wiekowej¹⁸³.



Jednym z najbardziej rozpoznawalnych i skutecznych programów edukacji żywieniowej dla dzieci, realizowanych w ramach strategii krajowej PNP, jest projekt „Owoce w szkole” (*Fruta nelle Scuole*), skierowany do uczniów w wieku 6–11 lat, obejmujący także inicjatywy szkoleniowe dla nauczycieli, zaangażowanie dzieci i rodziców w warsztaty o charakterze edutainment (nauka przez zabawę), przekazy o charakterze ekologicznym, kulinarnym, żywieniowym i produkcji żywności¹⁸⁴. Projekt jest realizowany we współpracy Ministerstwa Rolnictwa, Żywności i Leśnictwa oraz administracji regionów i autonomicznych prowincji Włoch.

¹⁸² <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/97892289057738-eng.pdf> (dostęp 18.08.2022 r.)

¹⁸³ https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5521&area=stillVita&menu=alimentazione (dostęp 18.08.2022 r.).

¹⁸⁴ <http://www.fruttanellescule.gov.it/il-programma/chi-e-rivolto> (dostęp 19.08.2022 r.).

Od 2017 r. powszechnie obowiązuje także unijny program „Owoce, warzywa i mleko w szkole” łączący dwa poprzednie programy (program Owoce i warzywa w szkole” oraz program „Mleko w szkole”). Program wspiera dystrybucję tych produktów wśród uczniów (od przedszkola do szkoły średniej), a także propaguje działania edukacyjne i informacyjne, w celu propagowania zdrowych nawyków żywieniowych¹⁸⁵.

Najnowsze wytyczne dotyczące zdrowego żywienia dla populacji Włoch (*Linee guida per una sana alimentazione*) zostały opublikowane w 2018 roku przez Centrum Badań Żywności i Żywienia, agencję Ministerstwa Zdrowia. Jest to włoski dokument referencyjny dotyczący zdrowego odżywiania, skierowany do konsumentów, gromadzi i okresowo aktualizuje szereg zaleceń i wskazań żywieniowych, opracowanych przez specjalną komisję naukową¹⁸⁶.

W roku 2019 został przez Ministerstwo Zdrowia opublikowany dokument strategiczny „Wytyczne dotyczące aktywności fizycznej dla różnych grup wiekowych oraz w odniesieniu do sytuacji fizjologicznych i patofizjologicznych oraz określonych podgrup populacji” (*Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con*

riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione). Obejmuje on plan działań dotyczących wzrostu poziomu aktywności fizycznej, w celu zatrzymania wzrostu zachorowań na cukrzycę i otyłość oraz zmniejszenie przedwczesnej umieralności na choroby cywilizacyjne. Przyjęta strategia zakłada współpracę międzysektorową (zdrowie, edukacja, gospodarka, sport, kultura), zaangażowanie ekspertów wielu branż, inicjatywy krajowe, regionalne i lokalne, ze szczególnym uwzględnieniem osób niepełnosprawnych, polityki integracji społecznej i gospodarczej oraz równych szans dostępu do zdrowia i edukacji¹⁸⁷.

Najpopularniejszymi programami propagującymi aktywność fizyczną o zasięgu ogólnokrajowym są: program Klasa Sportowa (*Sport di Classe*), realizowany od 2014 roku pod nadzorem Ministerstwa Edukacji, Szkolnictwa Wyższego i Badań oraz Włoski Komitet Olimpijski¹⁸⁸, jak również realizowany od 2008 roku europejski program Zdrowych Stadionów (*European Healthy Stadia*)¹⁸⁹.

Wśród programów o zasięgu regionalnym, propagujących zdrowe żywienie i aktywność fizyczną wśród dzieci, najpopularniejsze to wieloobszarowy i wielopartnerski

¹⁸⁵ https://agriculture.ec.europa.eu/common-agricultural-policy/market-measures/school-fruit-vegetables-and-milk-scheme/school-scheme-explained_en (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁸⁶ <https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/LINEE-GUIDA+DEFINITIVO.pdf/28670db4-154c-0ecc-d187-1ee9db3b1c65?t=1576850671654> (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁸⁷ https://extranet.who.int/ncdccc/Data/ITA_B13_LINEE_INDIRIZZO_AF.pdf (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁸⁸ <https://www.progettosportdi classe.it/> (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁸⁹ <https://healthystadia.eu> (dostęp 17.08.2022 r.).

program edukacyjny Giocampus¹⁹⁰, projekt prozdrowotnych tras dydaktycznych Crescer Felix¹⁹¹ oraz program promujący aktywność fizyczną przez chodzenie pieszo do szkoły „Pieszy autobus” (*Piedibus*)¹⁹².

Oznakowanie produktów spożywczych żywności pakowanej reguluje Rozporządzenie Unii Europejskiej 1169/2011 oraz Rozporządzenie UE w sprawie oświadczeń zdrowotnych i żywieniowych 1924/2006¹⁹³. Włochy nie uznały dobrowolnego systemu Nutri-Score, oznakowania wartości zdrowotnej na froncie opakowań wyrobów spożywczych, składając w 2020 roku propozycję alternatywną, zatwierdzoną przez Unię Europejską i zapowiadaną do wprowadzenia do końca 2022 roku¹⁹⁴.

Dokumentem referencyjnym w zakresie zmniejszenia wartości kalorycznej oraz poprawy właściwości odżywczych produktów spożywczych (ze szczególnym uwzględnieniem populacji dzieci w wieku 3-12 lat), jest raport Ministerstwa Zdrowia, propagujący wśród producentów spożywczych oraz sieci handlowych dobrowolne zmniejszenia zawartości cukru, tłuszczów nasyconych, tłuszczów trans i soli, zwiększenie zawartości błonnika oraz zmniejszenie wielkości porcji niektórych produktów (np. płatków śniadaniowych, słodyczy,

napojów, produktów mlecznych) skierowanych do dzieci¹⁹⁵.

5.13.3. Diagnostyka i leczenie

Wyższy Instytut Zdrowia – EpiCentro (Epidemiologia dla zdrowia publicznego) – corocznie wykonuje pomiary ustalające wartość wskaźnika BMI i obwód talii¹⁹⁶.

Obecnie we Włoszech do leczenia otyłości i nadwagi u dorosłych dopuszczono trzy leki: orlistat, liraglutyd, bupropion/naltrekson, które są wskazane u pacjentów z indeksem masy ciała (BMI) większym lub równym 30 kg/m² lub u pacjentów z nadwagą (BMI ≥ 27 kg/m²) i towarzyszącymi czynnikami ryzyka. Leczenie farmakologiczne należy przerwać, jeśli po okresie od 4 do 12 tygodni, w zależności od przyjmowanego leku, nie uzyskano spadku masy ciała o co najmniej 5%.

Wszystkie operacje chirurgii bariatrycznej podlegają refundacji pod warunkiem, że pacjent ma wskaźnik BMI równy lub większy niż 26 (w grupie wiekowej poniżej 40. r. ż.), równy lub wyższy niż 30 kg/m² (w grupie wiekowej powyżej 40. r.ż.), a także stabilność masy ciała i BMI przez co najmniej 3 miesiące.

¹⁹⁰ <https://www.giocampus.it/it/giocampus-project/> (dostęp 19.08.2022 r.).

¹⁹¹ <https://www.secondocircolopomigliano.eu/scuola/wp-content/uploads/2013/03/Crescer-Felix.pdf> (dostęp 18.08.2022 r.).

¹⁹² www.piedibus.it (dostęp 17.08.2022 r.).

¹⁹³ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=CELEX:32006R1924> (dostęp 18.08.2022 r.).

¹⁹⁴ https://food.ec.europa.eu/system/files/2018-06/comm_ahac_20180622_pres06a.pdf (dostęp 19.09.2022 r.).

¹⁹⁵ www.salute.gov.it (dostęp 18.08.2022 r.).

¹⁹⁶ Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro – L'epidemiologia per la sanità pubblica 2021. Źródło: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (dostęp dn. 27.11.2022r.).

Nie odnaleziono informacji związanych z refundacją porady dietetycznej oraz refundacją porady psychologa w leczeniu otyłości.

Nie funkcjonuje we Włoszech specjalizacja z zakresu obesitologii ani certyfikat obesitologa.

27 lipca 2022 roku przyjęto wytyczne w zakresie profilaktyki i walki z nadwagą oraz otyłością, opracowane przez Zespół Roboczy powołany w Generalnej Dyrekcji Profilaktyki Zdrowia, który koordynował prace wraz z Generalną Dyrekcją Żywności i Żywienia, z udziałem wielu profesjonalistów z branży. Dokument podkreśla znaczenie zagwarantowania zintegrowanego postępowania w stosunku do osób z otyłością, zarówno dotyczącego profilaktyki, jak żywienia i leczenia. Opisuje także elementy składowe zintegrowanej ścieżki profilaktyczno-diagnostyczno-terapeutycznej (PPDTA), obejmującej wczesną diagnostykę osób z nadwagą i otyłością, koordynowaną opiekę i leczenie. W dokumencie określono również klasyfikację etiologiczną i fenotypową otyłości oraz kryteria diagnostyczne, z wykorzystaniem testów biochemicznych i metod referencyjnych, a także podano wskazania, kiedy należy zastosować chirurgię bariatryczną. Oprócz nakreślenia działań na poziomie krajowym, które należy wdrożyć w każdym regionie w celu

profilaktyki i walki z otyłością, w dokumencie wskazano również niektóre wskaźniki monitoringowe, które mają zweryfikować efektywność działań¹⁹⁷.

Zintegrowana ścieżka w leczeniu otyłości obejmuje trzy poziomy opieki. Pierwszy to poziom podstawowy (przez pediatrę lub przez lekarza pierwszego kontaktu); drugi jest tworzony na poziomie lokalnym przez Departament Prewencji i ośrodki sieci kliniczno-żywnościowej, w tym ośrodki specjalistyczne. Trzeci poziom to wysokospecjalistyczne ośrodki szpitalne zajmujące się leczeniem ciężkiej otyłości lub otyłości z powikłaniami w podeszłym wieku.



Ścieżki opieki nad pacjentem z otyłością uwzględniają multidyscyplinarną, synergiczną i zintegrowaną opiekę skoncentrowaną na koordynacji działalności klinicznej, prowadzonej przez pediatrę lub lekarza ogólnego oraz przez specjalistę z zakresu chorób wewnętrznych (z uwagi na różne grupy wiekowe), koordynację działań profilaktycznych, koordynację rehabilitacji kliniczno-żywnościowej prowadzonej przez specjalistę z zakresu nauk o żywieniu.

¹⁹⁷ Wytyczne dotyczące profilaktyki i walki z nadwagą i otyłością. Włochy 2022. Źródło: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3256_allegato.pdf (dostęp dn. 27.11.2022r.).

5.13.4. Mechanizmy finansowania



We Włoszech nadwaga i otyłość stanowi nawet 9% wydatków na opiekę zdrowotną, zmniejsza PKB o 2,8%.

Po to aby pokryć te koszty, każdy obywatel płaci dodatkowo rocznie 289 euro. We

Włoszech nie istnieje jednak specjalny narodowy fundusz ze środkami na diagnostykę i leczenie otyłości.

Podatek cukrowy wszedł w życie we Włoszech 1 stycznia 2023 r. i jest wstępnie określony we włoskim prawie budżetowym¹⁹⁸.

We Włoszech funkcjonują prywatne ośrodki oferujące usługi z zakresu leczenia otyłości, nieobjęte refundacją.

¹⁹⁷ <https://www.fiscal-requirements.com/news/1574> (dostęp 18.08.2022 r.).

TABELA 10. ZESTAWIENIE KRAJÓW WG DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z OTYŁOŚCIĄ

| | Polska | Czechy | Węgry | Portugalia | Hiszpania | Wielka Brytania | Irlandia | Francja | Włochy | Dania | Niemcy | Kanada | Rumunia |
|---|---------------|---------------|--------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|
| I. Problem zdrowotny – otyłość (z WHO 2022) | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Odsetek dzieci < 5 r.ż. z otyłością | 7% | 6% | - | 8,5% | - | - | - | - | - | - | 4% | - | 7% |
| 2. Odsetek dzieci 5-9 r.ż. z otyłością | 13% | 12% | 14% | 14,7% | 14,9% | 12% | 13% | 10,4% | 17,8% | 9,3% | 12% | 19% | 11% |
| 3. Odsetek młodzieży 10-19 lat z otyłością | 7% | 7% | 9% | 8,5% | 8,5% | 9% | 8% | 6,9% | 9,8% | 6,2% | 7% | 15% | 7% |
| 4. Odsetek dorosłych z otyłością | 23% | 26% | 27% | 20,8% | 23% | 28% | 26% | 21,6% | 19,9% | 19,7% | 23% | 39% | 23% |
| II. Polityka zdrowotna | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Plan narodowy | Nie | Tak | Nie | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie |
| 2. Plany regionalne | Nie | Tak | Tak | Nie | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie |
| 3. Działania międzysektorowe | Nie | Tak | Nie | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie | Nie |
| 4. System ewaluacji wskaźników | Nie | Tak | Nie | Nie | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie |
| 5. Edukacja w szkole | Nie | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie |
| 6. Edukacja w pracy | Nie | Tak | Nie | Nie | Nie | Tak | Nie | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie | Nie |
| 7. Edukacja konsumenta (oznaczanie kalorii, etykietowanie żywności) | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie | Tak |
| III. Diagnostyka i leczenie | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Czy jest oznaczany rutynowo i analizowany wskaźnik BMI | Nie | Nie | Nie | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie | Nie |
| 2. Czy jest oznaczany rutynowo i analizowany obwód talii | Nie | Nie | Nie | Tak | Tak | Tak | Nie | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie | Nie |
| 3. Refundacja leków | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak |
| 4. Refundacja bariatrii | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie |
| 5. Refundacja porady dietetyka | Tak | Tak | Nie | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie | Tak | Tak | Tak | Tak |
| 6. Refundacja porady psychologa | Tak | Tak | Nie | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie |
| 7. Czy funkcjonuje specjalizacja/certyfikat obesitologa | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie | Tak | Nie |
| 8. Czy są modele opieki kompleksowej | Tak | Nie | Nie | Tak | Nie | Nie | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie | Nie | Nie |

| | Polska | Czechy | Węgry | Portugalia | Hiszpania | Wielka Brytania | Irlandia | Francja | Włochy | Dania | Niemcy | Kanada | Rumunia |
|---|---------------|---------------|--------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|
| IV. Mechanizmy finansowania | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Czy jest celowany fundusz publiczny na diagnostykę i leczenie otyłości | Tak | Nie | Tak | Nie | Nie | Tak | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie |
| 2. Czy jest podatek cukrowy | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Nie | Nie | Nie | Nie | Nie |
| 3. Czy jest produkt ubezpieczenia prywatnego | Nie | Nie | Nie | Tak | Tak | Tak | Nie | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak | Tak |



06

Redukcja otyłości dziecięcej - dobre praktyki międzynarodowe

Marta Pawłowska, MBA

6.1 Interwencje krajowe i regionalne w Europie, USA i Australii, inspiracje dla Polski

Redukcja otyłości dziecięcej to zagadnienie zdrowia publicznego, podejmowane od lat 90. XX wieku przez kraje wysoko rozwinięte gospodarczo w rozlicznych inicjatywach lokalnych, regionalnych i krajowych. Większość z nich projektowano jednak bez dowodów na poparcie proponowanych strategii oraz bez konkretów dotyczących monitorowania i oceny, co utrudnia wskazanie rozwiązań wzorcowych.

Poniżej przedstawiono wybrane największe inicjatywy redukcji otyłości dziecięcej, podjęte na poziomie rządowym, regionalnym lub lokalnym, których skuteczność została potwierdzona dowodami naukowymi. Wspólnym mianownikiem zaprezentowanych rozwiązań Francji, Holandii, Wielkiej Brytanii, Finlandii, Australii i USA jest strategiczna wielosektorowość działań, silne zakorzenienie w społecznościach lokalnych oraz propagowanie „cywilizacyjnego przejścia” w stylu życia od tego, co szkodliwe dla zdrowia, do tego, co buduje zdrowie i dobrostan. To przykłady w róż-

nicowany sposób wdrażanego modelu redukcji otyłości dziecięcej w oparciu o społeczności lokalne, tzw. *Community-Based-Childhood Obesity Intervention (CBCOI)*¹⁹⁹, a w przypadku rozwiązań EPODE czy JOGG – to zrealizowane z sukcesem warianty całościowego podejścia do problemu otyłości (*Whole System Approach to Obesity, WSA*)²⁰⁰.

Wśród przedstawionych programów nie ujęto interdyscyplinarnej strategii rządu hiszpańskiego, dotyczącej redukcji otyłości dziecięcej „Strategiczny plan narodowy redukcji otyłości dziecięcej (2022-2030)”. Pierwsze pomiary jej skuteczności będą dostępne w roku 2025²⁰¹. Zestawienie nie obejmuje także z założenia programów skierowanych stricte do populacji dzieci i młodzieży z chorobą otyłościową.

6.2 Stany Zjednoczone

Spośród krajów OECD, Stany Zjednoczone mają najwyższe wskaźniki otyłości, a otyłość w populacji dzieci wzrosła trzykrotnie od 1976 roku²⁰².



¹⁹⁹ Slot-Heijns J. J., Collard D.C.M., et al., The training and support needs of 22 directors of community-based-childhood obesity interventions based on the EPODE approach: an online survey across programmes in 18 countries, "BMC Health Services Research" 2020.

²⁰⁰ Sawyer A., den Hertog K., Verhoeff A.P., Busch W., Stronks K., Developing the logic framework underpinning a whole systems approach to childhood overweight and obesity prevention: Amsterdam Healthy Weight Approach, "Obesity Science and Practice" 2021, 7:591-605; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/osp4.505> (dostęp 10.03.2023).

²⁰¹ La Moncloa "Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil (2022-2030) – EN PLAN BIEN"; https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2022/100622-plan-estrategico-nacional-reduccion-obesidad-infantil_en-plan-bien.pdf.

²⁰² Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review, 2019; <https://www.healthactionresearch.org.uk/assets/documents/international-childhood-obesity> (dostęp 10.02.2023).

Wyniki przeprowadzonego w latach 2017-2018 badania National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), wykorzystującego pomiary wzrostu i masy ciała, wskazują, że szacunkowo 19,3% amerykańskich dzieci i nastolatków w wieku 2-19 lat cierpi na otyłość, w tym 6,1% na ciężką otyłość, a kolejnych 16,1% ma nadwagę²⁰³.



6.2.1 WIC – Women, Infants and Children Programme (Program na rzecz kobiet, niemowląt i dzieci)

Program uruchomiony w 2010 roku, skoncentrowany na poprawie odżywiania kobiet przed poczęciem, kobiet w ciąży i karmiących, niemowląt oraz dzieci do lat 5, skierowany do populacji o niskich dochodach, z uwzględnieniem różnorodności etnicznej²⁰⁴. W ramach programu uczestnicy otrzymywali opracowane zestawy pakietów żywnościowych i kupony o określonej wartości pieniężnej, byli także objęci cykliczną kontrolą lekarską²⁰⁵.

Krajowe trendy otyłości w latach 2010-2020 wśród dzieci w wieku od 2 do 4 lat z rodzin objętych programem WIC wykazały:

- w 2020 r. otyłość dotyczyła 14,4% uczestników WIC w wieku od 2 do 4 lat (spadek z 15,9% w 2010 roku);

- częstość występowania nadwagi i otyłości wśród uczestników programu WIC spadła z 32,5% w 2010 roku do 29,8% w 2020 roku;
- badanie potwierdziło dodatnio skorelowane spożycie SSB (*sugar sweetened beverages*) ze spożyciem 100% soku owocowego i mleka oraz ujemnie skorelowane ze spożyciem wody; ugruntowało potrzebę zniechęcania do spożywania SSB w celu zmniejszenia ryzyka nadwagi i otyłości u dzieci w wieku przedszkolnym, w tym ograniczenie soku 100% i mleka o wysokiej zawartości tłuszczu²⁰⁶.

6.2.2 Inicjatywa miasta Nowy Jork



Miasto Nowy Jork przeprowadziło w latach 2006-2010 program pilotażowy prewencji nadwagi i otyłości dzieci w wieku szkolnym poprzez działania nakierowane na zmiany nawyków żywieniowych: zaostrzono normy żywieniowe posiłków szkolnych, propagowano zasady żywieniowe redukcji masy ciała, dystrybuowano także szeroko kupony o wartości 2 USD (tzw. *Health Bucks*, do 10 USD dziennie) na zakup świeżych warzyw i owoców na targowiskach miasta²⁰⁷. Program był kontynuowany w ramach strategii prewencji zdrowotnej stanu Nowy Jork

²⁰³ Fryer C.D., Carroll M.D., Afful J., Prevalence of overweight, obesity and severe obesity among children and adolescents aged 2-19 years: United States, 1963-65 through 2017-2018, National Centre for Health Statistics 2020; <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity-child-17-18/overweight-obesity-child-H.pdf> (dostęp 12.02.2023).

²⁰⁴ Centers for Disease Control and Prevention "Obesity among young children enrolled in WIC" 2022; <https://www.cdc.gov/obesity/data/obesity-among-WIC-enrolled-young-children.html> (dostęp 15.02.2023).

²⁰⁵ Daepf M.I., Gortmaker S.L., Wang Y.C., Long M.W., Kenney L.E., WIC food package changes: trends in childhood obesity prevalence, "Pediatrics" 143(5) 2019; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30936251/> (dostęp 13.02.2023).

²⁰⁶ Centers for Disease Control and Prevention "Obesity among young children enrolled in WIC" 2022; <https://www.cdc.gov/obesity/data/obesity-among-WIC-enrolled-young-children.html> (dostęp 15.02.2023).

²⁰⁷ <https://www.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/health-bucks.page> (dostęp 10.02.2023).

w latach 2012–2018, a przez miasto Nowy Jork – w formie 130 targowisk – jest realizowany do dziś.

Odnotowano statystycznie istotne zmniejszenie otyłości wśród uczniów szkół podstawowych (w latach 2010–2012 redukcja o 20,7%), we wszystkich grupach wiekowych i społeczno-ekonomicznych, mniejszy wśród dzieci czarnoskórych i latynoskich w porównaniu do dzieci azjatyckich i białych²⁰⁸.

6.2.3 Program Strong4Life



Wg statystyk, Stan Georgia ma jeden z najwyższych w USA wskaźników otyłości wśród dzieci²⁰⁹, a jednocześnie **75% rodziców dzieci z nadwagą lub otyłością nie uważa tego za problem**²¹⁰.

W 2010 roku jedna z wiodących pediatrycznych placówek opieki zdrowotnej Children's Healthcare of Atlanta (CHA) uruchomiła program redukcji otyłości dzieci – w formie działań edukacyjnych oraz programu klinicznego. W ramach działań edukacyjnych powstała platforma internetowa z kompleksowymi materiałami doty-

czącymi zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla rodziców dzieci z nadwagą i otyłością, zachęcająca rodziny do konsultacji z lekarzem pierwszego kontaktu. Opracowano długofalowy program szkoleniowy dla szkół (dla nauczycieli, trenerów, managerów żywienia szkolnego, pielęgniarek szkolnych i administracji), zrealizowano kampanię informacyjno-wizerunkową w mediach, wprowadzono letnie obozy edukacyjno-treningowe dla dzieci w wieku 8–12 lat²¹¹. Program kliniczny opieki koordynowanej Strong4Life był skierowany co prawda do dzieci z BMI powyżej 85 centyla, lecz większość uczestników programu miała BMI powyżej 97 centyla²¹².

Kampania medialna programu Strong4Life wzbudziła duże zainteresowanie i liczne kontrowersje. Z uwagi na wizualizacje dzieci z otyłością i wyraźnie nacechowane przekazy (pokazujące, jak niszcząca może być otyłość dla dziecka), kampanie została uznana przez część ekspertów ds. zdrowia publicznego za niosącą duże ryzyko stygmatyzacji i zagrażającą zdrowiu psychicznemu dzieci z otyłością. Przez media przetoczyła się debata na temat obrazów i haseł kampanii w stylu *in-your-face*, a niektóre spoty programu zostały usunięte z sieci²¹³.

²⁰⁸ Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

²⁰⁹ d'Arcy J., Strong4Life campaign: shocking us into caring about childhood obesity, "Washington Post" 2012; https://www.washingtonpost.com/blogs/on-parenting/post/strong4life-campaign-shocks-us-into-caring-about-childhood-obesity/2012/01/02/gIQAwwCdY-YP_blog.html (dostęp 10.02.2023).

²¹⁰ Drake C., Strong4Life childhood obesity campaign stirs up controversy, "HCP Live" 2012; <https://www.hcplive.com/view/strong4life-childhood-obesity-campaign-stirs-up-controversy> (dostęp 11.02.2023).

²¹¹ Portal internetowy www.strong4life.com.

²¹² Hawes A., An examination on demographic associations predicting success in the children's healthcare od Atlanta's Strong4Life Program, Georgia State University, School of Public Health 2015, https://scholarworks.gsu.edu/iph_theses/395/ (dostęp 11.02.2023).

²¹³ d'Arcy J., Strong4Life campaign: shocking us into caring about childhood obesity...op.cit.

Pomimo medialnych kontrowersji, program Strong4Life jest uznawany za godną uwagi referencję interwencji redukcji otyłości dziecięcej, a artykuły dotyczące efektów programu podkreślają:

- poprawę wyników medycznych uczestników obozów letnich²¹⁴;
- stworzenie standaryzacji oceny sprawności fizycznej w szkołach publicznych w ramach powstałej w programie inicjatywy Student Health and Physical Education (SHAPE)²¹⁵;
- wpływ programu żywienia w szkołach Strong4Life na funkcjonowanie stołówek szkolnych oraz na wiedzę i praktykę managerów i pracowników stołówek²¹⁶.



6.2.4 Program LET'S MOVE!

LET'S MOVE! (Ruszajmy się!) to krajowa kampania redukcji otyłości dziecięcej i zachęcająca dzieci i młodzież w wieku szkolnym do zdrowego stylu życia, prowadzona przez Pierwszą Damę Michelle Obamę. Główne elementy programu – realizowanego w latach 2010–2016 – to wzmocnienie pozycji rodziców i konsumentów poprzez zmianę etykietowania wartości odżywczych produktów, poprawa standardów żywieniowych Narodowego Programu Obiadów Szkolnych i Narodowego Programu Śnia-

dań Szkolnych, a także zwiększenie możliwości aktywności fizycznej dzieci i poprawa dostępu do wysokiej jakości żywności²¹⁷.

W ramach propagowania zasad zdrowego żywienia, referencją merytoryczną dla programu była **platforma MyPlate**, opracowana przez Departament Rolnictwa USA (USDA), z informacjami i poradami dla różnych grup wiekowych, szablonami menu i narzędziami dla specjalistów ds. żywienia, rodzinnymi grywalizacjami, społecznymi motywatorami, również w formie nowoczesnej aplikacji z treścią dostosowaną do różnych grup wiekowych²¹⁸.



Szkołom udostępniono programy kształcenia dla dydaktyków, schematy edukacji żywieniowej w programie nauczania, Program Śniadań Szkolnych. Elementami programu były też wyzwania międzyskolne, możliwość tworzenia ogródków szkolnych, praktycznych zajęć z rolnikami i pracownikami gastronomii oraz projektów edukacyjnych z lokalnymi firmami produkcji i dystrybucji żywności²¹⁹.

²¹⁴ Abuznada S., Measuring the impact of participation in the Strong4Life CampProgram on the quality of life (QL) of overweight and obese Campers Using the Peds QLtest, "Emory University" 2016; <https://etd.library.emory.edu/concern/etds/jd472w66k?locale=it> (dostęp 10.02.2023).

²¹⁵ <https://www.givepulse.com/group/650997-Camp-Strong4Life> (dostęp 10.02.2023).

²¹⁶ Rajbhandari-Thapa J., Bennett A., Keong F., Palmer W., Hardy T., Welsh J., Effect of the Strong4Life school nutrition program on cafeterias and on manager and staff member knowledge and practice, JSTORE Collection – Public Health Reports 2015; <https://www.jstor.org/stable/26374223> (dostęp 11.02.2023).

²¹⁷ www.letsmove.gov. (dostęp 10.02.2023).

²¹⁸ <https://www.myplate.gov> (dostęp 12.02.2023).

²¹⁹ www.letsmove.gov (dostęp 10.02.2023).

Aktywność fizyczna jako codzienny nawyk dla zdrowia promowano w programie LET'S MOVE! wielotorowo: poprzez aktywne rodziny (60 minut dziennie dla dziecka i 30 minut dla dorosłych), aktywne szkoły (dodatkowe lekcje WF i programy pozaszkolne, otwarcie obiektów szkolnych na rekreację rodzin) oraz aktywne społeczności (rewitalizacja parków i placów zabaw, zwiększenie bezpieczeństwa tras do szkoły, popularyzacja programów sportowych i fitness)²²⁰.

Dla szkół stworzono także całościowy program edukacji zdrowotnej – „Wyzwanie zdrowszych szkół USA” (*Healthier US Schools Challenge* – HUSC) – z rygorystycznymi kryteriami jakości żywienia w szkołach, aktywności fizycznej i edukacji żywieniowej²²¹.

Kluczowe osiągnięcia programu LET'S MOVE²²²:

- udział wzięło 20 000 szkół z wszystkich 50 stanów – program dotarł w sumie do 12 mln uczniów,
- zwiększono dostęp do warzyw i owoców, a 3 mln uczniów zapewniono regularny dostęp do barów sałatkowych,
- zmodernizowano etykietowanie wartości odżywczej produktów,

- zrealizowano kampanie promocyjne spożycia warzyw, owoców i wody,
- podjęto 225 zobowiązań i partnerstw korporacyjnych na rzecz promocji zdrowia.

Pomimo swojego innowacyjnego wieloczynnikowego podejścia, program nie spowodował istotnych zmian wskaźników otyłości i nadwagi wśród uczniów – częstość występowania otyłości wśród dzieci 2-5 lat spadła w latach 2011-2012 do 8,4% (w stosunku do 10,1% w latach 2007-2008), następnie wzrastając do 13,9% w latach 2015-2016, a skorygowane trendy dla otyłości dzieci i młodzieży w wieku 2-19 lat nie były istotne statystycznie²²³.

W opinii badaczy, grupa docelowa programu została zbyt wąsko określona, ponieważ systematyczne przeglądy wskazują, że interwencje behawioralne i żywieniowe w szkołach lub w domu mają ograniczony sukces w prewencji przyrostu masy ciała u dzieci²²⁴. Już w wieku 3 lat dzieci z otyłością mają podwyższony poziom markerów stanu zapalnego, które objawiają się w późniejszym życiu²²⁵. Aby więc być kompleksowym i skutecznym programem, kampania LET'S MOVE! powinna była stymulować działania profilaktyczne skier-

²²⁰ www.letsmove.gov (dostęp 10.02.2023).

²²¹ <https://letsmove.obamawhitehouse.archives.gov/healthierus-school-challenge> (dostęp 10.02.2023).

²²² <https://onlinedegrees.unr.edu/blog/childhood-obesity-as-an-epidemic/> (dostęp 12.02.2023).

²²³ Hales C.M., Fryer C.D., Carroll M.D., Trends in obesity and severe obesity prevalence in US youth and adults by sex and age, 2007-2008 to 2015-2016, "American Medical Association by JAMA Network" 2018 (319)16; <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2676543> (dostęp 15.02.2023).

²²⁴ Summerbell C.D., Waters E., Edmunds L.D., Kelly S., Brown T., Campbell K.J., Interventions for preventing obesity in children, "Cochrane Database Syst Rev" 2005,3:CD001871; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16034868/> (dostęp 11.02.2023).

²²⁵ Skinner A.C., Steiner M.J., Henderson F.W., Perrin E.M., Multiple markers of inflammation and weight status: cross-sectional analyses throughout childhood, "Pediatrics" 2010 Apr, 125(4), s. 801-809; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909480/> (dostęp 12.02.2023).

rowane do najmłodszych Amerykanów – tych w wieku poniżej 2 lat i przedszkolaków, powinna także uwzględniać interwencje mające na celu ograniczenie nadmiernego przyrostu masy ciała i palenia tytoniu przez kobiety w ciąży, wydłużenia czasu karmienia piersią i wydłużenia czasu snu w okresie niemowlęcym²²⁶.



6.2.5 Oklahoma – miasto, które poszło na dietę



W 2007 roku Oklahoma zajmowała ósme miejsce wśród najbardziej otyłych miast USA²²⁷. Wskaźnik zachorowań na cukrzycę wzrósł dwukrotnie w ciągu dekady, więcej niż 1 na 5 dzieci w wieku 10-17 lat zmagало się z otyłością, a prawie 1/3 dzieci w wieku przedszkolnym miała nadwagę²²⁸.

Infrastruktura miasta nie sprzyjała zdrowemu stylowi życia – nie było ani jednej ścieżki rowerowej, miasto miało podobno największe w USA zagęszczenie barów szybkiej obsługi²²⁹.

Nowo wybrany w 2007 roku burmistrz miasta Mick Cornett (otyły klinicznie) zanalizował kulturę życia i infrastrukturę miasta, wprowadzając kampanię na rzecz redukcji otyłości. Hasłem „*The City is Going on a Diet*” zapowiedział dla Oklahoma City plan utraty miliona funtów masy ciała i zachęcił do ogólnej debaty społecznej temu służącej²³⁰. Zaangażowanie lokalne było powszechne: szkoły, pracodawcy, parafie, restauracje, architekci przestrzeni miejskiej proponowali i uruchamiali inicjatywy. Powstawały nowe szkolne sale treningowe, centra odnowy biologicznej dla seniorów, zbudowano 50 mil nowych ścieżek do joggingu i spacerów²³¹. Specjalnym wsparciem objęto grupy największego ryzyka, w tym dzielnice o najgorszych wynikach zdrowotnych.

Ważnym elementem była współpraca z przemysłem spożywczym – np. sektor napojów bezalkoholowych sponsorował programy zdrowotne, a w sieciach fast food wprowadzono menu niskotłuszczowe²³².



²²⁶ Wojcicki J.M., Heyman M.B., Let's move – childhood obesity prevention from pregnancy and infancy onward, "N Engl J Med." 2010 April 22, 362(16), s. 1457-1459; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3250598/pdf/nihms339301.pdf> (dostęp 11.02.2023)

²²⁷ James M., Parkhurst A., Paxman J., Tackling Obesity – what the UK can learn from other countries, 2020health – making health personal; London 2018; <https://2020health.org/?s=tackling+obesity> (dostęp 12.02.2023).

²²⁸ Ibidem.

²²⁹ Ibidem.

²³⁰ Ibidem.

²³¹ Allan N., The Mayor of Oklahoma City Talks Obesity, "The Atlantic" 2010; <https://www.theatlantic.com/politics/archive/2010/06/the-mayor-of-oklahoma-city-talks-obesity/58624/>.

²³² James M., Parkhurst A., Paxman J., Tackling Obesity – what the UK can learn from other countries...op.cit.

Wg szacunków wydano 3 mld dolarów ze środków publicznych, a blisko pięciokrotnie więcej wydał sektor prywatny²³³.

W latach 2008–2010 Oklahoma „spadła” z 8 na 17 miejsce wśród najbardziej otyłych miast USA²³⁴. W roku 2013 potwierdzono, że w kampanii udział wzięło 47 116 mieszkańców, którzy łącznie stracili milion funtów masy ciała²³⁵. Pod względem trwałego wpływu wyniki uznano za perspektywicznie zachęcające – wg danych Centers for Disease Control and Prevention, w latach 2012–2015 wskaźniki otyłości w Oklahoma City odnotowały dalszy spadek z 31,8% do 29,5%²³⁶. Zdaniem komentatorów, kampania jest dobrym przykładem zmiany nawyków zdrowotnych aglomeracji miejskiej, przez silne przywództwo, społeczne zaangażowanie mieszkańców w lokalną infrastrukturę oraz partnerstwo publiczno-prywatne²³⁷.

6.3 Australia

6.3.1 Program OPAL

Wg Australijskiego Instytutu Zdrowia i Opieki Społecznej (AIHW) w latach 2017–

2018 wskaźnik nadwagi i otyłości dzieci w wieku 5–14 lat osiągnął alarmujący poziom 25% (17% – nadwaga, 7,7% – otyłość)²³⁸, a współczynniki wzrosły szczególnie dynamicznie od roku 1995 do 2007–2008²³⁹.

W odpowiedzi na wysoką częstość występowania nadwagi i otyłości u dzieci, rząd Australii Południowej uruchomił na lata 2009–2017 program prewencji otyłości *Obesity Prevention and Lifestyle (OPAL)*, opracowany na podstawie francuskiego programu zapobiegania otyłości na poziomie społeczności EPODE. Celem programu OPAL było zwiększenie odsetka osób o prawidłowej masie ciała w wieku 0–18 lat, poprzez poprawę nawyków żywieniowych i intensyfikację aktywności fizycznej w 20 społecznościach metropolitalnych i regionalnych przez 5 lat²⁴⁰. Na zmianę nawyków stylu życia oddziaływano kampaniami marketingowymi (dieta, aktywność fizyczna, czas bez monitora i sen) oraz działaniami w lokalnych społecznościach (lepsza dostępność zdrowej żywności w sklepach, promowanie domowego przygotowania posiłków, edukacja w szkołach, rozbudowa ścieżek rowerowych i instalacja fontann z wodą pitną, udogodnienia w klubach

²³³ Ibidem.

²³⁴ Allan N., *The Major of Oklahoma City Talks Obesity...*op.cit.

²³⁵ James M., Parkhurst A., Paxman J., *Tackling Obesity – what the UK can learn from other countries...*op.cit.

²³⁶ B. Galvin „Oklahoma City's Renaissance”, *US News* 2017; <https://www.usnews.com/news/healthiest-communities/articles/2017-11-01/oklahoma-citys-road-from-fat-to-fit> (dostęp 15.02.2023)

²³⁷ Ibidem.

²³⁸ Australian Institute of Health and Welfare „Australia's children – overweight and obesity” 2018; <https://www.aihw.gov.au/reports/children-youth/australias-children/contents/health/overweight-obesity> (dostęp 20.02.2023).

²³⁹ Musuwo N., *International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review*, 2019; <https://www.healthactionresearch.org.uk/assets/documents/international-childhood-obesity> (dostęp 20.02.2023).

²⁴⁰ Government of South Australia <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/healthy+living/healthy+communities/local+community/opal/opal> (dostęp 20.02.2023).

sportowych, edukacja zdrowotna w miejscach pracy)²⁴¹.

Ocena wyników programu nie jest jednoznaczna: w badaniach Australijskiego Instytutu Zdrowia i Opieki Społecznej wykazano zmniejszenie nadmiernej masy ciała o 12,2% wśród dzieci w wieku 4–5 lat, a największą redukcję zaobserwowano 2 lata po zakończeniu programu, jednocześnie większy wpływ programu zaobserwowano na obszarach o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym²⁴². Autorzy raportu ewaluacji projektu OPAL z Uniwersytetu Flinders z 2016 roku (pomiar zmian w wadze i jakości życia, praktykach żywieniowych i prozdrowotnych dzieci w wieku 9–11 lat) wykazali natomiast brak znaczącego wpływu programu OPAL na masę ciała i wyniki behawioralne. Wyniki badań AIWH i Uniwersytetu Flinders są zatem rozbieżne, autorzy deklarują liczne ograniczenia z tym związane, w tym pomiar po 2–3 latach interwencji (skrócono program z zakładanych 5 lat)²⁴³.

6.4 Finlandia

6.4.1 Program miasta Seinajoki

W Finlandii w latach 2016–2017 26% chłopców i 16% dziewcząt w wieku 2–16 lat miało

nadwagę, a 7% chłopców i 3% dziewcząt – otyłość. Wśród dzieci w wieku przedszkolnym nadwaga cechowała 15% dziewcząt i 10% chłopców²⁴⁴.

Ogólnokrajowe podejście „Zdrowie i dobre samopoczucie we wszystkich politykach” (HWiAP) zostało określone w krajowej ustawie o opiece zdrowotnej Finlandii z 2010 roku, a wdrożony w roku 2012 Narodowy Program Walki z Otyłością podkreślał znaczenie działań wielosektorowych i organizację partnerstw publiczno-prywatnych na poziomie lokalnym, propagował także zwiększenie równości w dostępie do zdrowia²⁴⁵. Ważnym elementem kontekstu działań prewencji otyłości w Finlandii jest także wprowadzony podatek od słodyczy (2011 rok) i napojów bezalkoholowych (2014 rok).

Podatek od słodyczy nie zmniejszył ich konsumpcji, natomiast podatek od napojów bezalkoholowych skutecznie zredukował konsumpcję o 4,2%.



Należy jednak pamiętać, że edukacja zdrowotna, żywienie i lekcje gotowania były obowiązkowe we wszystkich szkołach Finlandii jeszcze przed uruchomieniem

²⁴¹ Bell L., Ullah S., Leslie E., Magarey A., Olds T., Changes in weight status, quality of life and behaviours of South Australian primary school children: results from the Obesity Prevention and Lifestyle (OPAL) community intervention program, "BMC Public Health" 2019 (19:1338); <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7710-4> (dostęp 20.02.2023).

²⁴² Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

²⁴³ Bell L., Ullah S., Leslie E., Magarey A., Olds T., Changes in weight status, quality of life and behaviours of South Australian primary school children...op.cit.

²⁴⁴ Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

²⁴⁵ Ibidem.

w 2012 roku krajowej strategii walki z otyłością, a korzystanie z obiektów sportowych (poza lodowiskami i basenami) było i jest wolne od opłat dla osób do 18. r. ż.^{246,247}.

Projektem wzorcowym w redukcji nadwagi i otyłości dzieci stał się program „Zdrowe dzieci Seinajoki”, o znaczących wynikach ilościowych (spadek otyłości dzieci) oraz jakościowych, a koncentrujący się na infrastrukturze i zmianach behawioralnych społeczności²⁴⁸. Program opierał się na krajowej strategii walki z otyłością i został w 60-tysięcznym Seinajoki wdrożony w latach 2013–2020, gdy to zapobieganie otyłości wśród dzieci zostało włączone do strategii miasta i było systematycznie koordynowane na najwyższym szczeblu. Nacisk położono na wielozawodową współpracę z placówkami opieki nad dziećmi, wydziałami edukacji, żywienia, rekreacji i urbanistyki; program wpisywał się także w szerszą strategię promowania zdrowia populacji. Kluczowe działania obejmowały: edukację przyszłych matek w klinikach położniczych, poprawę stanu boisk szkolnych i miejskich obiektów aktywności sportowej, edukację prozdrowotną w instytucjach trzeciego sektora (w tym kościołach parafialnych), zwiększenie aktywności fizycznej w programach przedszkolnych i programach szkolnych, intensyfikację edukacji żywieniowej w szko-

łach, wyeliminowanie dostępu do słodkich przekąsek w szkołach i zapewnienie zdrowych posiłków we wszystkich placówkach dziennej opieki nad dziećmi (wszystkie ośrodki opieki dziennej zostały uznane za wolne od deserów i napojów energetycznych)²⁴⁹, a także kontrolę stanu zdrowia w szkołach (w tym kontrole rodzicielskie)²⁵⁰. Dodatkowo propagowano model pedagogiki pozytywnej (wykorzystanie kompetencji wielozadaniowych, uczestnictwo uczniów i współpraca dom-szkoła), promowano usługi dla młodzieży (odpowiedzialne imprezowanie, środowisko miejskie wolne od substancji odurzających, prewencja nadużywania substancji psychoaktywnych, zapobieganie szkodom alkoholu, tytoniu i hazardu), usługi kulturalne nakierowane na zdrowie, tworzono rodzinne kluby sportowe, pola golfowe frisbee i obiekty do jazdy na deskorolce, wprowadzono zmiany w ruchu rowerowym w centrum miasta²⁵¹.

W efekcie programu „Zdrowe dzieci Seinajoki” wśród dzieci w wieku 5 lat nadwaga i otyłość zmniejszyły się z 17% w 2009 r. do 10% w 2015 r., a podobny spadek odnotowano wśród uczniów szkół podstawowych (5,3% wśród pierwszoklasistów i 7,9% wśród piątoklasistów). Nie wszystkie wyniki były pozytywne: w latach 2012–2015 odnotowano wzrost wagi w grupie 1–5 lat z 4,3%

²⁴⁶ Ibidem.

²⁴⁷ <https://www.healthykidsofseinajoki.fi/en/> (dostęp 15.02.2023).

²⁴⁸ Światowa Organizacja Zdrowia „Finland curbs childhood obesity by integrating health in all policies” 2015; <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/finland-curbs-childhood-obesity-by-integrating-health-in-all-policies> (dostęp 20.02.2023).

²⁴⁹ Koivusilta L., Alanne S., Kamila M., Stahl T., A qualitative study on multisector activities to prevent childhood obesity in the municipality of Seinajoki, Finland, “BMC Public Health” 2022 (22:1298); <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35794541/> (dostęp 16.02.2023).

²⁵⁰ James M., Parkhurst A., Paxman J., Tackling Obesity – what the UK can learn from other countries...op.cit.

²⁵¹ <https://www.healthykidsofseinajoki.fi/en/> (dostęp 15.02.2023).

do 5,5%. Najbardziej konsekwentny spadek wagi odnotowywano wśród uczniów pierwszej i piątej klasy^{252,253}.

Program prewencji otyłości dzieci w Seinajoki oparty był na wynikach badań naukowych i wcześniejszych doświadczeniach, był na bieżąco audytowany, prowadzono coroczne ankiety wśród dzieci w wieku szkolnym, stymulowano interakcje między różnymi poziomami modelu społeczno-ekologicznego miasta, integrowano różne podejścia do zdrowia publicznego.



Stworzono tym samym sieć wyspecjalizowanych specjalistów z wielu sektorów na rzecz zapobiegania otyłości, unaoczniając wpływ tych sektorów na zdrowie publicznej społeczności²⁵⁴.

6.5 Holandia

6.5.1 Krajowy program JOGG

Lata 1980–2005 to okres znacznego wzrostu nadwagi i otyłości dzieci w Holandii – ze

wskaznikiem nadwagi rosnącym od 4% do 14% (w tym otyłości) wśród chłopców oraz od 7% do 17% (w tym otyłości) wśród dziewcząt²⁵⁵. By ten wzrost zatrzymać i propagować prewencję otyłości, rząd Holandii wprowadził w roku 2010 program *Jongeren op Gezond Gewicht* (JOGG – Zdrowa młodzież, zdrowa przyszłość), koordynowany na poziomie krajowym, a nakierowany na prewencję otyłości dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat. Program zachęcał do zdrowego odżywiania²⁵⁶ i aktywności fizycznej w aglomeracji każdej wielkości, a lokalne podejście skierowane było do pracowników służby zdrowia, placówek edukacji przedszkolnej i szkolnej, sklepów, gastronomii, służb mundurowych, usług kultury, organizacji religijnych, biznesu i władz lokalnych.



Przesłaniem programu JOGG było i jest długookresowe „cywilizacyjne przejście” w stylu życia od tego, co niezdrowe do tego, co buduje zdrowie i dobrostan²⁵⁷.

W 2023 r. ponad 200 holenderskich miast realizowało projekty lokalne w oparciu

²⁵² Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

²⁵³ James M., Parkhurst A., Paxman J., Tackling Obesity – what the UK can learn from other countries...op.cit.

²⁵⁴ Koivusilta L., Alanne S., Kamila M., Stahl T., A qualitative study on multisector activities to prevent childhood obesity in the municipality of Seinajoki...op.cit.

²⁵⁵ Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

²⁵⁶ Polityka JOGG zgodna z inicjatywą WHO „Szkoły przyjazne żywieniu” (Nutrition-Friendly School Initiative, NFSI), zakładającą ciągłe szkolenie personelu szkolnego w zakresie żywienia i kwestii związanych ze zdrowiem. Dowody stojące za NFSI wykazały, że inwestowanie w permanentne szkolenia, wsparcie i komunikację nauczycieli ma pozytywny wpływ na wyniki zdrowotne takie jak BMI i poziom aktywności fizycznej (WHO: <https://www.who.int/news/item/28-01-2021-issuing-of-nutrition-action-in-schools-a-review-of-evidence-related-to-the-nutrition-friendly-schools-initiative>, dostęp 20.03.2023).

²⁵⁷ <https://jogg.nl/about-jogg> (dostęp 01.03.2023).

o krajowy JOGG (dotarcie do 30% populacji w wieku 0-19 lat)²⁵⁸, zaangażowanych było 38 partnerów ogólnokrajowych i kilkakset lokalnych, a działania objęły łącznie ponad 1,6 mln dzieci i nastolatków²⁵⁹. Co istotne, w ciągu 10 lat od wdrożenia programu JOGG, społeczności objęte tą strategią zmodyfikowały do potrzeb lokalnych swoje koncepcje wdrażania, zintegrowały JOGG z innymi inicjatywami społecznymi, rozszerzyły działalność na nowe dzielnice, skupiając się na stymulowaniu równości w zdrowiu²⁶⁰.



Program JOGG modelowo opiera się na francuskim mechanizmie strategii EPODE, a jego **pięć głównych filarów** to: wsparcie polityczno-rządowe, partnerstwo publiczno-prywatne, marketing społeczny, łączenie profilaktyki i opieki zdrowotnej oraz ewaluacja i modyfikacja w procesie coachingu²⁶¹.

Już w pierwszym etapie JOGG (lata 2010-2014) postępy monitorowane były w 5 gminach, z których każda osiągnęła spa-

dek nadwagi i otyłości wśród dzieci szkół podstawowych²⁶².

Wyniki podejścia JOGG (wg OECD)²⁶³:

- ➊ wykazano, że JOGG zmniejsza częstość występowania nadwagi i otyłości u dzieci w wieku 0-19 lat, a interwencja ma największy wpływ w społecznościach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (SES);
- ➋ dzięki rozszerzeniu na całą Holandię, JOGG doprowadziłby do roku 2050 do zyskania 112 838 lat życia skorygowanych niepełnosprawnością (DALYs);
- ➌ we wszystkich krajach OECD i UE27 JOGG miałby największy wpływ na choroby układu mięśniowo-szkieletowego, choroby układu krążenia, cukrzycę, demencję i wreszcie nowotwory związane z otyłością;
- ➍ szacuje się, że po rozszerzeniu programu JOGG na całą Holandię, do 2050 r. oszczędności na wydatkach zdrowotnych wyniosłyby 51,94 EUR na osobę, a po implementacji na wszystkie kraje OECD i UE-27, spodziewane są oszczędności odpowiadające 0,06% całkowitych wydatków rocznie na zdrowie.

²⁵⁸ OECD „Young people at a Healthy Weight (JOGG): case study overview”; <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/de158cb6-en/index.html?itemId=/content/component/de158cb6-en> (dostęp 05.03.2023)

²⁵⁹ <https://jogg.nl/about-jogg> (dostęp 01.03.2023).

²⁶⁰ Huiberts I., Singh A., Collard D., Hendriks M., Implementation of the JOGG approach: unpacking the complex implementation process of community-based healthy promotion using the Critical Event Card, "European Journal of Public Health" 2023 (vol.33) ckad 133,141; https://academic.oup.com/eurpub/article/33/Supplement_1/ckad133.141/7265796 (dostęp 15.03.2023).

²⁶¹ CHRODIS "Young people at a healthy weight. JOGG, Netherlands"; <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/03/young-people-at-a-healthy-weight-jogg.pdf> (dostęp 02.03.2023).

²⁶² Ibidem.

²⁶³ Ibidem.



6.5.2 Amsterdam – zdrowe miejskie dzieciństwo (AAGG)

Wskaźniki nadwagi i otyłości dzieci w Amsterdamie były w latach 2005-2020 wyższe od średnich krajowych (21% populacji poniżej 18. roku życia z nadwagą lub otyłością w stosunku do 15% w skali kraju)²⁶⁴, co przyczyniło się do uruchomienia w roku 2012 przez władze miasta Amsterdamskiego Programu Zdrowej Wagi (AAGG/ *AHWA Amsterdam Healthy Weight Approach*), bazującego na programie krajowym JOGG, a skoncentrowanego na zwalczaniu nierówności w dostępie do zdrowia dla grup o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym (znacznie wyższe wskaźniki nadmiernej masy ciała w stosunku do dzieci z rodzin o wysokim statusie).

Program AAGG – skonstruowany jako podejście całościowe do problemu otyłości (*Whole systems approach to obesity, WSA*)²⁶⁵ – został włączony w długookresową strategię miasta, z przesłaniem „Zdrowie we wszystkich obszarach” („*Health in all policies*”)²⁶⁶ i ze wskaźnikiem docelowym na rok 2033 „zdrowej wagi dla wszystkich młodych ludzi w Amsterdamie”²⁶⁷.

Program AAGG wykształcił tzw. tęczyowy model redukcji otyłości u dzieci, w oparciu o schemat społeczno-ekologicznych uwarunkowań zdrowia Dahlgrena i Whiteheada – z uwzględnieniem licznych czynników wpływających na zdrowy rozwój dzieci, co uzasadnia potrzebę zaangażowania wszystkich sektorów życia społecznego w celu osiągnięcia sukcesu²⁶⁸.

Zaplanowany na 20 lat program AAGG (zwany także „20-letnim maratonem”, jako podejście oparte na cyklu życia człowieka, z podkreśleniem profilaktyki od najmłodszych lat oraz koniecznością długoterminowej strategii na rzecz trwałej zmiany) miał zapewnić dzieciom zdrowe środowisko dorastania, w którym „zdrowy wybór jest łatwym wyborem”.



Kluczowe elementy strategii AAGG to: podejście oparte na prawie każdego dziecka do rozwoju w zdrowiu, inwestowanie w miejskie programy innowacyjne, poprawa modeli partnerstwa w zakresie aloka-

²⁶⁴ Hawkes C., Russell S., Isaacs A., Rutter H., Viner R., What can be learned from Amsterdam Healthy Weight programme to inform the policy response to obesity in England?, "Obesity Policy Research Unit (OPRU)", University College London 2017; <https://www.ucl.ac.uk/obesity-policy-research-unit/sites/obesity-policy-research-unit/files/what-learned-from-amsterdam-healthy-weight-programme-inform-policy-response-obesity-england.pdf> (dostęp 02.03.2023).

²⁶⁵ Sawyer A., den Hertog K., Verhoeff A. P., Busch W., Stronks K., Developing the logic framework underpinning a whole systems approach to childhood overweight and obesity prevention: Amsterdam Healthy Weight Approach, "Obesity Science and Practice" 2021, 7:591-605; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/osp4.505> (dostęp 10.03.2023).

²⁶⁶ UNICEF "Amsterdam healthy weight approach. Investing in healthy urban childhoods: a case study on healthy diets for children", 2020; <https://www.unicef.org/documents/amsterdam-healthy-weight-approach-investing-healthy-urban-childhoods-case-study-healthy> (dostęp 02.03.2023).

²⁶⁷ Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

²⁶⁸ <https://www.amsterdam.nl/sociaal domein/aanpak-gezond-gewicht/amsterdam-healthy-weight-programme/> (dostęp 01.03.2023).

²⁶⁸ UNICEF "Amsterdam healthy weight approach. Investing in healthy urban childhoods: a case study on healthy diets for children", 2020; <https://www.unicef.org/documents/amsterdam-healthy-weight-approach-investing-healthy-urban-childhoods-case-study-healthy> (dostęp 02.03.2023).

cji zasobów oraz wspieranie specjalistów i grup priorytetowych w procesie współtworzenia i monitoringu rozwiązań²⁶⁹.

Adaptacyjny program AAGG podzielił działania na klastry, w oparciu o grupy docelowe i pożądane zmiany zachowań. W ramach klastrów łączono aktywności AAGG z istniejącymi projektami miasta dla danych grup docelowych. **Główne klastry, z kumulowanymi działaniami prozdrowotnymi, to:**

- pierwszych 1000 dni życia noworodka (badania przesiewowe niemowląt pod kątem ryzyka otyłości, aplikacja monitoringu rozwoju dziecka, porady dotyczące diety i zdrowego stylu życia dla matek, wspieranie w karmieniu piersią)²⁷⁰,
- dzieci w wieku szkolnym (propagowanie zdrowej diety, aktywności fizycznej i zdrowego snu w środowisku życia dziecka, monitoring posiłków szkolnych),
- młodzież (promocja zdrowia skierowana do nastolatków, interwencje cyfrowe, grywalizacje),
- dzieci i młodzież z nadwagą (monitoring indywidualnych planów opieki).

Miasto wdrożyło w życie i propagowało zaostrzone zasady dotyczące ograniczenia skierowanej do dzieci reklamy niezdrowej żywności (w oparciu o inicjatywę *Alliantie Stop Kindermarketing/ Marketing*

to Kids Alliance) – opracowano odważniejsze praktyki miejskich praktyk zakupowych i ograniczenia sponsoringu skierowanego do dzieci, z dodatkową podażą zdrowej żywności w bezpośrednim otoczeniu dzieci w trakcie zajęć dotowanych przez miasto i w przestrzeni publicznej. Opracowano programy współpracy z lokalnymi właścicielami sklepów i lokali gastronomicznych (zdrowsze menu i odpowiedniejsze porcje), zmodyfikowano politykę urbanistyczną (zachęty do chodzenia pieszo i jazdy na rowerze, łatwiejszy dostęp do przestrzeni sportowych i placów zabaw), zapewniono opiekę rodzinom z dziećmi z nadmierną masą ciała (współpraca z siecią specjalistów, wsparcie psychologiczne i logistyczne dla rodziców), zintegrowano także podejście edukacyjne (gromadzenie naukowych dowodów, tworzenie sieci specjalistów i wspieranie ich rozwoju – strategia współpracy z instytutem naukowo-badawczym Sarphati Amsterdam, zajmującym się głównie zdrowiem publicznym). Silnym atutem programu AAGG były zintegrowane działania komunikacyjne, dostosowane do grup docelowych z wykorzystaniem wiedzy behawioralnej i nowoczesnych technik marketingu społecznego²⁷¹. Dodatkowo, by zredukować nadmierną masę ciała wśród dzieci najuboższych dzielnic, wdrożono projekt wsparcia dla 5 dzielnic – w każdej wyznaczono „managera dzielnicy”,

²⁶⁹ UNICEF "Amsterdam healthy weight approach. Investing in healthy urban childhoods: a case study on healthy diets for children", 2020; <https://www.unicef.org/documents/amsterdam-healthy-weight-approach-investing-healthy-urban-childhoods-case-study-healthy> (dostęp 02.03.2023).

²⁷⁰ Hawkes C., Russell S., Isaacs A., Rutter H., Viner R., What can be learned from Amsterdam Healthy Weight programme to inform the policy response to obesity in England...op.cit.

²⁷¹ Ibidem.

koordynującego interwencje z lokalnymi partnerami²⁷².



Program wdrożony w Amsterdamie w sposób jednoznaczny odnosił się do Konwencji o prawach dziecka, w tym do zagwarantowania wszystkim dzieciom prawa do rozwoju z dostępem do najlepszych systemów opieki zdrowotnej i czystego środowiska, prawa do ochrony i wypoczynku, do odpowiedzialności dorosłych za ochronę praw dzieci²⁷³.

Brak bezpośrednich ocen wpływu programu na występowanie otyłości w Amsterdamie, jednak według monitorującej otyłość Publicznej Służby Zdrowia w Amsterdamie, do roku 2015 odnotowano spadek otyłości z 8% do 6% wśród wszystkich dzieci w wieku 0-18 lat (nadwagi i otyłości o 12%)^{274,275}, w tym 11% w grupie o niskim i 9% w grupie o bardzo niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Spadło także spożycie przez dzieci napojów słodzonych cukrem, wzrósł odsetek regularnie ćwiczących. Wzrosły także wskaźniki

karmienia piersią – o 4% w wieku 3 miesięcy i o 5% w wieku 6 miesięcy²⁷⁶.

Najczęściej wymieniane kluczowe czynniki sukcesu innowacji miejskich programu AAGG to: całościowe podejście, bazowanie na dowodach i wymianie doświadczeń, jasne cele i oczekiwania, kultura monitorowania i refleksji, wielosektorowa platforma współpracy i uczestnictwa, kreatywne podejście do pokonywania barier oraz wzmocnienie odpowiedzialności władz miejskich²⁷⁷. Program miasta Amsterdam stał się jedną z najbardziej pozytywnie ocenianych referencji całościowego podejścia do problemu otyłości (WSA), wniósł do wcześniejszych modeli, takich jak EPODE, przede wszystkim responsywną adaptację (podejście oparte na uczeniu się) jako kluczową zasadę działania, nie mniej ważną od zasady działań wielopoziomowych i międzysektorowych²⁷⁸.

6.6 Francja



Wskaźniki nadwagi i otyłości dzieci we Francji rosły szczególnie dynamicznie w latach 1994-2016, osiągając odsetek 18,7%

²⁷² UNICEF "Amsterdam healthy weight approach. Investing in healthy urban childhoods: a case study on healthy diets for children", 2020; <https://www.unicef.org/documents/amsterdam-healthy-weight-approach-investing-in-healthy-urban-childhoods-case-study-healthy> (dostęp 02.03.2023).

²⁷³ Ibidem.

²⁷⁴ Ibidem.

²⁷⁵ Hawkes C., Russell S., Isaacs A., Rutter H., Viner R., What can be learned from Amsterdam Healthy Weight programme to inform the policy response to obesity in England...op.cit.

²⁷⁶ Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

²⁷⁷ Hawkes C., Russell S., Isaacs A., Rutter H., Viner R., What can be learned from Amsterdam Healthy Weight programme to inform the policy response to obesity in England...op.cit.

²⁷⁸ Sawyer A., den Hertog K., Verhoeff A. P., Busch W., Stronks K., Developing the logic framework underpinning a whole systems approach to childhood overweight and obesity prevention...op.cit.

u dziewcząt i 14,4% u chłopców w wieku 7–9 lat (nadwaga lub otyłość)²⁷⁹. W 2001 roku francuskie Ministerstwo Zdrowia uruchomiło Narodowy Program Zdrowia i Żywienia (*Programme National Nutrition Sante*, PNNS) jako wielosektorową próbę redukcji otyłości i zwiększenia aktywności fizycznej. Program przewidziany był do roku 2006, został przedłużony do roku 2010, a jego kluczowymi efektami było opublikowanie standardów posiłków szkolnych, zainstalowanie fontann ze świeżą wodą, zakaz automatów z niezdrowymi przekąskami w placówkach oświatowych oraz wprowadzenie podatku 1,5% na budżety reklamowe firm produkujących żywność przyczyniającą się do otyłości²⁸⁰ (reklamy telewizyjne i radiowe produktów słodzonych, z dodatkiem soli lub słodzików, zawierały obowiązkowy komunikat zdrowotny o zalecanej redukcji żywności wysokoprzetworzonej)^{281,282}.



Pomimo pewnej poprawy nawyków żywieniowych, strategia PNNS nie wpłynęła na wszystkie grupy ludności, przyczyniając się do wzrostu nierówności w zdrowiu²⁸³.

6.6.1 Program EPODE – podejście oparte na społeczności (CBCOI)²⁸⁴



W roku 2004 dziesięć francuskich społeczności wdrożyło strategię prewencji otyłości u dzieci i zdrowego stylu życia pod nazwą „Razem zapobiegajmy otyłości u dzieci” (*Ensemble Prevenons l’Obesite des Enfants* – EPODE), kierowaną do dzieci w wieku 0–12 lat, wg podejścia opartego na zaangażowaniu rodzin, otoczenia lokalnego i społeczności rozwoju dzieci. Strategię sformułowano w oparciu o wyniki badania w miastach Fleurbaix i Laventie (FLVS) w 1992 roku, które wykazało, że same interwencje szkolne nie były znacząco skuteczne w zmniejszaniu wagi i otyłości u dzieci, a poprawa wyników masy ciała była osiągana dzięki późniejszej interwencji środowiskowej w ramach badania²⁸⁵. W oparciu o badania FLVS program EPODE angażował licznych interesariuszy na dwóch poziomach: oddolnym (adaptacja działań w wymiarze lokalnym, mobilizacja wsparcia) i odgórnym (zasoby i wsparcie w wymiarze centralnym, przywództwo)²⁸⁶.

²⁷⁹ Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

²⁸⁰ Chaulliac M., Hercberg S., Changing the food environment: the French experience, "Am. Society for Nutrition" 2012 (3) 605–610; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3649733/pdf/605S.pdf> (dostęp 25.03.2023).

²⁸¹ Ministerstwo Zdrowia i Prewencji Francji <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels> (dostęp 25.03.2023).

²⁸² Światowa Organizacja Zdrowia <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8427> (dostęp 23.03.2023).

²⁸³ Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

²⁸⁴ CBCOI – Community-Based Childhood Obesity Intervention (społecznościowa interwencja w zakresie otyłości dzieci)

²⁸⁵ Romon M., Lommez A., Tafflet M., Basdevant A., Oppert J. M., Bresson J. L. et al., Downwards trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes, "Public Health Nutr." 2009, Oct. 12(10), 1735–42; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19102807/> (dostęp 27.03.2023).

²⁸⁶ Borys J. M., Le Bodo Y., Jebb S.A., Seidell J.C., Summerbell C. et al., EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development, "Obesity Review" 2012. 13 (4) 299–315; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3492853/> (dostęp 26.03.2023).

Filozofia EPODE opiera się na pozytywnym podejściu (bez stygmatyzacji), oraz na stopniowym uczeniu się nawyków zdrowego życia w ramach długoterminowego programu, umożliwiającego interesariuszom wdrażanie skutecznych i zrównoważonych działań.



Cechy charakterystyczne strategii EPODE jako modelu to: długoterminowa perspektywa, pozytywne podejście do zdrowego odżywiania (brak jednej kultury), dostosowanie komunikatów do populacji oraz podejście zrównoważone, oparte na społeczności.

EPODE zakłada opracowanie programu wspólnie z członkami danej społeczności, z uwzględnieniem jej potrzeb i dostępnych zasobów.

Nadrzędnymi „filarami” sukcesu metody EPODE w opinii badaczy są: zaangażowanie polityczne, partnerstwa publiczno-prywatne, celowana komunikacja i coaching oraz mocna baza dowodowa²⁸⁷. Metodologię EPODE obrazuje tzw. 10 zasad wdrożeniowych, budujących odgórne przywództwo i oddolną mobilizację wsparcia, a najważniejsze z nich to: centralny zespół koordynacyjny i lokalny

kierownik projektu, podejście wielopodmiotowe na szczeblu lokalnym i krajowym, zaangażowanie i decyzyjność lokalnych interesariuszy w dostosowaniu programu do lokalnego kontekstu, brak stygmatyzacji i piętnowania kultury czy zachowań oraz ewaluacja i monitoring wdrażane na różnych poziomach²⁸⁸.

W skład centralnego zespołu koordynacyjnego programu (CCT) wchodzi specjalistów z zakresu fizyki, żywienia, psychologii, aktywności fizycznej, marketingu, socjologii, komunikacji zdrowotnej i metod edukacyjnych. CCT zapewnia dla programu przede wszystkim wsparcie naukowe, zwłaszcza w zakresie definiowania priorytetowych obszarów działań, monitorowania i oceny. Ewaluacja i monitorowanie EPODE prowadzone są na różnych poziomach przez gromadzenie informacji na temat wskaźników procesu (np. spotkania lokalnego komitetu sterującego, partnerstwa centralne), wskaźników produktu (np. liczba działań lokalnych, liczba rodzin i dzieci) oraz wskaźników rezultatu (np. zmiana nawyków żywieniowych, częstość występowania nadmiernej masy ciała wśród dzieci – regularne pomiary antropometryczne)²⁸⁹.

Program EPODE skutecznie zmniejszył wskaźniki nadwagi i otyłości, w niektórych społecznościach nawet o 25%.

²⁸⁷ James M., Parkhurst A., Paxman J., Tackling Obesity – what the UK can learn from other countries...op.cit.

²⁸⁸ Borys J. M., Le Bodo Y., Jebb S.A., Seidell J.C., Summerbell C. et al., EPODE approach for childhood obesity prevention...op.cit.

²⁸⁹ Ibidem.

W konsekwencji, w roku 2012 uruchomiono program EPODE na rzecz promocji równości w zdrowiu (*EPODE for the Promotion of Health Equity*, EPHE), którego celem głównym była ocena wpływu i zapewnienie trwałości programów społecznościowych EPODE w kilku krajach w zmniejszaniu nierówności w zakresie diety (spożycie warzyw i owoców oraz picie wody) i aktywności fizycznej²⁹⁰. W badaniu ewaluacyjnym prowadzonym przez 2 lata w 7 europejskich społecznościach (dzieci w wieku 6–8 lat i ich rodziny) wykazano, że po interwencji EPODE dzieci ze społeczności o niższym statusie społeczno-ekonomicznym (SES) zwiększyły spożycie warzyw i owoców, zmniejszyły spożycie napojów słodzonych cukrem (SSB). Udowodniono, że program ma zdolność redukcji otyłości u dzieci oraz zmniejszania nierówności zdrowotnych²⁹¹.

Nie znaleziono jednak wspólnego wzorca dla determinantów wszystkich zachowań w biorących udział w programie 7 krajach.

Środowisko rodzinne związane z nierównościami społeczno-ekonomicznymi wydaje się w otyłości dzieci odgrywać ważną rolę, co więcej – pojawiają się nierówności specyficzne dla danego kraju, w konsekwencji czego w programie EPHE przyjęto reko-

mendację o wdrażaniu interwencji dostosowanych do specyficznych potrzeb dzieci z rodzin o niskim statusie społeczno-ekonomicznym w poszczególnych krajach²⁹².

Głosy krytyki programu dotyczą częściowego finansowania przez przemysł, co zdaniem innych osób jest właśnie ważnym czynnikiem sukcesu EPODE²⁹³. Należy dodać, że obecność partnerów prywatnych w programie była procentowo różna w poszczególnych krajach, a ich zaangażowanie obwarowane było licznymi odgórnymi warunkami, odnoszącymi się do komunikacji EPODE i marek komercyjnych oraz do dystrybucji materiałów promocyjnych w placówkach edukacyjnych²⁹⁴.

Z początkowej grupy 10 społeczności EPODE, program rozwinął się na skalę krajową i międzynarodową – był pilotowany w 17 krajach²⁹⁵. W roku 2008 powstała Europejska Sieć EPODE (EPODE European Network – EEN, wspierana przez Komisję Europejską w latach 2008–2011)²⁹⁶, a następnie Międzynarodowa Sieć EPODE (EPODE International Network, EIN) utworzona w Brukseli w 2011 roku, uznającą, że nie ma jednego uniwersalnego podejścia do EPODE – każde wdrożenie musi być dostosowane do

²⁹⁰ European Commission – CHAFEA Health Programmes Database; https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/20111209/summary (dostęp 21.03.2023).

²⁹¹ Borys J. M., Le Bodo Y., Jebb S.A., Seidell J.C., Summerbell C. et al., EPODE approach for childhood obesity prevention...op.cit.

²⁹² James M., Parkhurst A., Paxman J., Tackling Obesity – what the UK can learn from other countries...op.cit.

²⁹³ Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

²⁹⁴ Borys J. M., Le Bodo Y., Jebb S.A., Seidell J.C., Summerbell C. et al., EPODE approach for childhood obesity prevention...op.cit.

²⁹⁵ James M., Parkhurst A., Paxman J., Tackling Obesity – what the UK can learn from other countries...op.cit.

²⁹⁶ European Commission, Directorate-General for Health & Consumers "EPODE European Network (EEN). Context, objectives and operational description", 2008; https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007327/EEN_memo.pdf (dostęp 20.03.2023).

lokalnych kontekstów kulturowych, społecznych i politycznych²⁹⁷.

Rezultaty wdrożenia modelu EPODE w skali międzynarodowej nie są jednoznaczne. Pilotażowe wyniki z dwóch miast w Belgii, które realizowały program VIASANO w oparciu o EPODE, wykazały w ciągu 3 lat spadek nadwagi i otyłości o 22% w grupach 3-4 i 5-6 lat. Wyniki belgijskie uznawane są za wyjątkowo obiecujące – program oparty na społeczności może być skuteczną strategią redukcji nadmiernej masy ciała u dzieci, nawet w stosunkowo krótkim okresie²⁹⁸. Nie wszystkie krajowe programy pilotażowe EPODE odniosły sukces – w ciągu 4 lat program THAO w Hiszpanii odnotował w 10 gminach 1% wzrostu występowania nadwagi i otyłości dzieci w wieku 3-12 lat (co część badaczy uznała za wynik zachęcający w odniesieniu do trendów w innych krajach)²⁹⁹.

6.7 Wielka Brytania

Rząd Wielkiej Brytanii uznał otyłość za wyzwanie dla zdrowia populacji w 1991

roku, od tego momentu cztery rządy opublikowały w sumie 14 strategii krajowych, w całości lub częściowo poświęconych walce z otyłością. Zaledwie 1/4 z nich zawierała jakiegokolwiek konkrety dotyczące planu monitorowania lub oceny, a tylko 1/5 przytaczała dowody na poparcie proponowanych strategii. W konsekwencji, częstość występowania nadmiernej masy ciała nie została skutecznie zmniejszona³⁰⁰.

Wśród chłopców i dziewcząt Wielkiej Brytanii w wieku 2-15 lat odsetek osób otyłych wzrósł w latach 1995-2004 z 11% do 19% wśród chłopców i z 12% do 18% wśród dziewcząt³⁰¹. Wg danych WHO, odsetek dzieci z nadwagą i otyłością w wieku 5-9 lat przekroczył 30%, a w wieku 10-19 lat – 28%³⁰².

W konsekwencji, w całej Wielkiej Brytanii wdrożono liczne inicjatywy, mające na celu redukcję nadmiernej masy ciała dzieci i młodzieży, w tym zaostrzenie w latach 2004 i 2010 ustawowego ograniczenia reklam żywności o wysokiej zawartości tłuszczu, soli i cukru w mediach kierowanych do dzieci poniżej 16 roku życia (UK

²⁹⁷ Pettigrew S., Borys J.M., Ruault du Plessis H. at al., Process evaluation outcomes from a global child obesity prevention intervention, "BMC Public Health" 14, Article number 757 (2014); <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-757> (dostęp 20.03.2023).

²⁹⁸ Vinck J., Brohet C., Roillet M., Dramaix M. at al., Downwards trends in the prevalence of childhood overweight in two pilot towns taking part in the VIASANO community-based programme in Belgium: data from a national school health monitoring system, "Pediatric Obesity" 2016 Feb, 11(1): 61-67; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6680259/> (dostęp 24.03.2023).

²⁹⁹ Gomez Santos S.F., Estevez Santiago R., Palacios N. at al., THAO-child health programme: community-based intervention for healthy lifestyles promotion to children and families: results of a cohort study, "Nutricion Hospitalaria" 2015, 32(6): 2584-2587; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26667707/> (dostęp 20.03.2023).

³⁰⁰ Theis D.R.Z., White M., Is obesity policy in England fit for purpose? Analysis of government strategies and policies, 1992-2020, "The Milbank Quarterly" 2021 Mar;99(1): 126-170; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33464689/> (dostęp 30.03.2023).

³⁰¹ NHS Digital 2004 <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/health-survey-for-england-2004-updating-of-trend-tables-to-include-childhood-obesity-data> (dostęp 28.03.2023).

³⁰² WHO European Regional Obesity Report 2022 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1> (dostęp 30.03.2023).

Code of Broadcast Advertising – BCAD Code)³⁰³ czy zaostrzenie w 2015 roku norm żywieniowych posiłków szkolnych i wprowadzenie w 2018 roku podatku od napojów bezalkoholowych (celem zmniejszenia dodawanego do nich cukru)³⁰⁴. Wprowadzono także skierowany do kobiet w ciąży i matek dzieci do 4. r.ż. o niskim statusie ekonomicznym program *Healthy Start* (Zdrowy Start)³⁰⁵ oraz projekt *School Fruit and Vegetable Scheme* (Owoce i warzywa w szkole, SFVS) dla dzieci w wieku 4–6 lat w szkołach publicznych³⁰⁶.



6.7.1 Program HENRY

Kompleksowy program redukcji otyłości u dzieci HENRY (*Health, Exercise, Nutrition for the Really Young*) to oparta na dowodach interwencja, mająca na celu wspieranie dzieci w wieku 0–5 lat w rozwoju prozdrowotnych nawyków żywieniowych i stylu życia, zapobiegających rozwojowi nadmiernej masy ciała. Interwencja HENRY odnosi się do dowodów naukowych dotyczących czynników ryzyka i czynników ochronnych zdrowego startu oraz prewencji otyłości u dzieci. Dowody te zostały zebrane przez naukowców Uniwersytetu w Leeds, na zlecenie NHS³⁰⁷.

Wprowadzony w roku 2008 program HENRY jest skierowany do rodzin, nauczycieli wczesnej edukacji, społeczności i władz lokalnych, dostarcza merytorycznego wsparcia w karmieniu piersią, zdrowym żywieniu i aktywności fizycznej, dobrostanie emocjonalnym, a także umiejętnościach rodzicielskich tego dotyczących. Na program składają się: edukacja i wsparcie pracowników medycznych, programy rodzinne dla rodziców dzieci zagrożonych otyłością, warsztaty dla dzieci i rodziców oraz programy wsparcia rówieśniczego w społecznościach lokalnych.

Ważnym elementem praktyki HENRY są oparte na dowodach **modele zmiany zachowań (model partnerstwa rodzinnego, wsparcie oparte na mocnych stronach i na rozwiązaniach, wywiad motywacyjny do zmiany)**³⁰⁸.



W przewodniku Fundacji Wczesnej Interwencji (*Early Intervention Foundatin, EIF*), program HENRY uzyskał maksymalną możliwą ocenę skuteczności dla interwencji bez opublikowanego randomizowanego badania kontrolnego, został także uzna-

³⁰³ Advertising Standards Authority (ASA) <https://www.asa.org.uk/codes-and-rulings/advertising-codes/broadcast-code.html> (dostęp 29.03.2023).

³⁰⁴ Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

³⁰⁵ NHS Healthy Start <https://www.healthystart.nhs.uk> (dostęp 30.03.2023).

³⁰⁶ NHS School Fruit and Vegetable Scheme <https://www.nhs.uk/Livewell/5ADAY/Documents/SFVS%20Factfile%20Newsletter%20May%202015.pdf> (dostęp 30.03.2023).

³⁰⁷ Rudolf M., Tackling obesity through the healthy child programme: a framework for action, "University of Leeds" 2010; <https://www.henry.org.uk/sites/default/files/2017-11/Framework-for-Action-tackling-child-obesity-through-the-Healthy-Child-Programme.pdf> (dostęp 30.03.2023).

³⁰⁸ <https://www.henry.org.uk/evidence-base> (dostęp 30.03.2023).

ny za program o niskim koszcie realizacji w porównaniu z analogicznymi interwencjami³⁰⁹. Recenzowane i publikowane dowody pokazują skuteczność programu: rodziny uczestniczące w programie osiągnęły statystycznie istotną i utrzymującą się w czasie poprawę w zakresie zdrowego stylu życia (wzrost spożycia warzyw i owoców, zmniejszone spożycie żywności wysokoenergetycznej, zmniejszona częstotliwość posiłków przed telewizorem, lepsze samopoczucie emocjonalne i wzrost poczucia skuteczności rodzicielskiej)³¹⁰. Szkolenia HENRY prowadzą do poprawy polityki i praktyki żywieniowej w placówkach dla dzieci³¹¹.

Od 2008 roku program jest prowadzony w ośrodkach dla dzieci na terenie całego kraju, wzięło w nim już udział ok. 25 tysięcy rodzin³¹². Miastem, które konsekwentnie i skutecznie wdrożyło program HENRY, osadzając program w długoterminowej strategii walki z otyłością i wsparcia rodziny, było Leeds, gdzie odsetek dzieci otyłych spadł z 9,4% w latach 2009/2010 do 8,8% w latach 2016/2017 (spadek dotyczył głównie dzieci z rodzin o niższym statusie społeczno-ekonomicznym)³¹³.

6.7.2 Program Zdrowa waga - zdrowe życie



W roku 2008 rząd Anglii opublikował dokument poświęcony długofalowemu wsparciu społeczeństwa w utrzymaniu zdrowej masy ciała – *Healthy Weight, healthy lives: a cross-government strategy for England*. Ambicją strategii było w pierwszym etapie zmniejszenie do 2020 roku odsetka dzieci z nadwagą i otyłością do poziomu z 2002 roku.

Plan koncentrował się na promocii karmienia piersią i propagowaniu zdrowia dzieci, współpracy ze szkołami i przemysłem spożywczym, administracją lokalną, pracodawcami i służbą zdrowia³¹⁴.



Nie osiągnięto założonego spadku ilościowego nadmiernej masy ciała w populacji dzieci, lecz wykształcono wielosektorowe „podwaliny” pod projekty redukcji otyłości w podejściu całościowym (WSA)^{315,316}. Program jest nadal realizowany w licznych gminach Anglii, a za przykład referencyjny podawane jest wdrożenie okręgu w North

³⁰⁹ Early Intervention Foundation <https://guidebook.eif.org.uk/programmes/henry> (dostęp 30.03.2023).

³¹⁰ Willis T.A., George J., Hunt C., et al., Combating child obesity: impact of HENRY on parenting and family lifestyle, "Pediatric Obesity" 2013; [https://www.henry.org.uk/sites/default/files/2017-12/5.Combating_child_obesity-impact_of_HENRY_on_parenting_and_family_lifestyle_\(2014\).pdf](https://www.henry.org.uk/sites/default/files/2017-12/5.Combating_child_obesity-impact_of_HENRY_on_parenting_and_family_lifestyle_(2014).pdf) (dostęp 30.03.2023).

³¹¹ Ibidem.

³¹² National Institute for Health and Care Research "Evaluation of the sustainable obesity prevention programme at scale HENRY: effectiveness, cost-effectiveness and its role in obesity prevention within the wider complex system", 2023; <https://fundingawards.nihr.ac.uk/award/NIHR135081> (dostęp 30.03.2023)

³¹³ Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review...op.cit.

³¹⁴ WHO "Policy – Healthy Weight, Healthy Lives: a cross-government strategy for England" 2008; <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8322> (dostęp 30.03.2023).

³¹⁵ The Health Foundation <https://navigator.health.org.uk/theme/healthy-weight-healthy-lives-cross-government-strategy-england-document> (dostęp 29.03.2023).

³¹⁶ UK Parliament <http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2008-2168/DEP2008-2168.pdf> (dostęp 30.03.2023).

Yorkshire³¹⁷. Z programu „*Healthy weight, healthy lives*” wywodzi się ruch społeczny Change4Life, początkowo planowany jako 3-letnia kampania marketingu społecznego.

W latach 2015-2019 Organizacja Zdrowia Publicznego (*Public Health England*, PHE) w Anglii wspólnie ze Stowarzyszeniem Samorządów Lokalnych (*Local Government Association*, LGA) zrealizowała program mający na celu stworzenie praktycznego przewodnika dla rad miejskich na temat wdrożenia całościowego podejścia do problemu otyłości (WSA) w społecznościach lokalnych Anglii, w oparciu o wiedzę i praktyki krajowe oraz międzynarodowe. Przewodnik ten, stworzony i testowany w wybranych gminach Anglii, ma formę „mapy drogowej”, wraz z zestawami narzędzi i materiałów wdrożeniowych dla wszystkich grup docelowych (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży). Program został opublikowany i zarekomendowany do wdrożenia w Anglii w lipcu 2019 roku³¹⁸, na kilka miesięcy przed rozwinieniem się pandemii COVID-19.

Opracowany do implementacji program WSA został pozytywnie przyjęty przez lokalne społeczności i wysoko oceniony merytorycznie, co potwierdza badanie

i raport PHE z roku 2020: WSA okazał się pomocny w łączeniu zarówno profesjonalnych interesariuszy, jak i społeczności w celu mapowania ich lokalnych systemów oraz opracowywania i ustalania priorytetów działań mających na celu zwalczanie otyłości na różnych poziomach. Badanie to miało miejsce na wczesnych etapach pandemii COVID-19. Wraz z postępem pandemii jeszcze bardziej uwypukliły się i wzmocniły wyraźne nierówności zdrowotne istniejące w społeczeństwie. Dowody sugerują, że COVID-19 ma nieproporcjonalny wpływ na wiele grup, w tym na osoby z otyłością, dlatego istnieje ryzyko, że długoterminowe skutki pandemii jeszcze zwiększą istniejące nierówności.

Według autorów badania, pandemia potwierdziła ponad wszelką wątpliwość **potrzebę tworzenia lokalnych planów wielosystemowych walki z otyłością i związanymi z nią nierównościami zdrowotnymi, dostosowanie strategii lokalnych do parasolowego podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach”³¹⁹.**



³¹⁷ <https://www.nypartnerships.org.uk/healthyweight> (dostęp 30.03.2023).

³¹⁸ Public Health England „Whole systems approach to obesity. A guide to support local approaches to promoting a healthy weight”, 2019; https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/820783/Whole_systems_approach_to_obesity_guide.pdf (dostęp 30.03.2023).

³¹⁹ Ibidem.

6.8 Podsumowanie

Przedstawione programy redukcji otyłości dziecięcej o udowodnionej skuteczności (część z nich jest skierowana do różnych grup wiekowych, lecz ze szczególnym uwzględnieniem populacji 0-19 lat) w zdecydowanej większości są **kompleksowymi rozwiązaniami funkcjonującymi w oparciu o społeczności lokalne oraz angażującymi interesariuszy na poziomie oddolnym** (lokalna adaptacja modelu i lokalna mobilizacja wsparcia) i odgórnym (przywództwo, zasoby i wsparcie w wymiarze centralnym).

To przykłady interdyscyplinarnych programów profilaktyki nadmiernej masy ciała, które zmieniły perspektywę otyłości jako problemu stricte zdrowia publicznego, wpisując zagadnienie redukcji otyłości w szersze strategie zdrowia i rozwoju gospodarczo-społecznego, tak na poziomie lokalnym, jak krajowym. To wdrożone interwencje obrazujące model redukcji otyłości dziecięcej w oparciu o społeczności lokalne (CBCOI).



Najbardziej rozwinięta jest formuła tzw. **całościowego podejścia do problemu otyłości WSA**, z sukcesem realizowana w ujęciu EPODE czy JOGG.

Wzorują się na niej coraz liczniejsze kraje. Zaprojektowany i rozwijany model WSA okazał się skuteczny w programach redukcji otyłości dziecięcej, m.in. dzięki łączeniu profesjonalnych interesariuszy, jak społeczności lokalnych, w celu mapowania ich systemów oraz ustalania priorytetów działań mających na celu skuteczne zwalczanie otyłości i budowanie ekosystemów służących zdrowiu.

Sukces zaprezentowanych programów rysuje się jako jeden wspólny mianownik, w skład którego wchodzi – z różną intensywnością – następujące elementy: wielosektorowe podejście i długookresowa perspektywa, stworzenie sieci wysokozmotywowanych specjalistów wielu zawodów, silne przywództwo i odpowiedzialne zaangażowanie polityczne, rozwinięte partnerstwo publiczno-prywatne, dostosowanie strategii do potrzeb i specyfiki lokalnej, społeczne zaangażowanie mieszkańców w lokalną infrastrukturę, inwestowanie w miejskie programy innowacyjne, mocna baza dowodowa, kreatywne podejście do pokonywania barier, zintegrowana nowoczesna komunikacja społeczna, kultura monitorowania i refleksji oraz system permanentnego kształcenia i wymiany doświadczeń.



07

Ścieżka pacjenta w polskim systemie

dr hab. n. med. Michał Brzeziński
Dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół

7.1. Ścieżka pacjenta pediatrycznego chorującego na otyłość w polskim systemie publicznym

Ścieżka postępowania pacjenta pediatrycznego w istotny sposób różni się od ścieżki postępowania osób dorosłych. Samo rozpoznanie choroby otyłościowej jest w tej populacji trudniejsze. Nie wystarczy użyć prostego wskaźnika BMI, który w populacji dorosłych jest podstawowym wskaźnikiem do oceny przesiewowej. W populacji pediatrycznej wartości wskaźnika należy odnieść do właściwych siatek centylowych masy ciała, wysokości ciała, a także siatek centylowych BMI. To powoduje różnicę już w samym rozpoznaniu choroby, w zależności od zastosowanych siatek centylowych. Zgodnie z rekomendacjami WHO, należy używać lokalnych i aktualnych siatek centylowych opisujących badaną populację. W związku z trendem sekularnym (wyższy wzrost i masa ciała dzieci z pokolenia na pokolenie) powoduje to jednak, że dziecko, które 20–30 lat temu mogłoby być uznane za dziecko chorujące na otyłość w chwili obecnej może spaść w próg dzieci z nadwagą. Co więcej, wartości odcięcia nie odnoszą się w sposób bezpośredni do ryzyka rozwoju powikłań choroby otyłościowej czy ryzyka zgonu z tego powodu – jak to ma miejsce w przypadku osób dorosłych. Wartości centylowe 95 czy 97 są wartościami statystycz-

nymi, wynikającymi z przeniesienia progów BMI 30 u dorosłych. Co do zasady oznacza to, że w populacji wzorcowej zawsze 3 lub 5% dzieci będzie miało otyłość. W związku z powyższymi trudnościami diagnostycznymi i interpretacyjnymi, a także uwarunkowaniami kulturowymi czy społecznymi, wiele osób, w tym przedstawiciele zawodów medycznych, przez długi czas nie uważało otyłości za istotny temat w populacji pediatrycznej.

Dodatkowo w populacji pediatrycznej wachlarz interwencji możliwych do podjęcia do niedawna był znacząco ograniczony, a efektywność stosowanych metod niewielka.

Co więcej, w stosowanych metodach interwencyjnych dominującą rolę mają interwencje behawioralne wymagające współdziałania **wielu specjalistów** (m.in. dietetyka, psychologa, lekarza, rehabilitanta, pracownika społecznego), a także koordynacji procesu leczenia.



Trudność w rozpoznawaniu, złożoność procesu terapeutycznego, a także dotychczasowy kształt organizacyjny polskiego systemu ochrony zdrowia powodował, że nie powstał dotychczas efektywny system leczenia pacjentów pediatrycznych chorujących na otyłość. Nie zmienia to jednak faktu, że istnieją rozproszone elementy, które mogą być dobrym początkiem kształtowania systemu leczenia dzieci chorujących na otyłość.

Podstawowa Opieka Zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna jest głównym filarem i miejscem oceny stanu odżywienia dzieci. Podczas ściśle określonych przepisami prawa wizyt w poradni POZ (wizyty bilansowe) każdy pacjent pediatryczny powinien być ważony i mierzony, a uzyskane wartości powinny być zaznaczone na właściwych siatkach centylowych. Pozwala to na rozpoznanie nadmiaru masy ciała u dzieci. Niestety, bardzo często na tym kończy się zakres działań podejmowanych przez lekarzy i pielęgniarki POZ. Pomimo teoretycznie posiadanych kompetencji oraz zakresu obowiązków niewielu lekarzy rozpoznaje i podejmuje temat leczenia choroby otyłościowej w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej.

W przypadku wykrycia powikłań choroby otyłościowej pacjenci pediatryczni kierowani są do właściwych poradni: nefrologicznej, endokrynologicznej, gastroenterologicznej, zdrowia psychicznego czy innych.

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Poradnie specjalistyczne skupiają się przede wszystkim na diagnostyce i ewentualnym leczeniu powikłań choroby otyłościowej. Brak jest w obecnie obowiązującym systemie możliwości realizacji kompleksowych systemów wsparcia w ramach poradnictwa specjalistycznego. W przypadku wybranych poradni specjalistycznych (głównie endo-

krynologicznych) prowadzone jest przez wybranych lekarzy poradnictwo w zakresie redukcji masy ciała czy zmiany stylu życia. Niemniej jednak działania takie nie są rozwiązaniem systemowym; co więcej częstotliwość i czas trwania potencjalnych kontaktów lekarza z pacjentem w trakcie wizyty nie pozwala na uzyskanie nawet minimalnych efektów.

Leki stosowane w leczeniu powikłań choroby otyłościowej, które mogą występować u dzieci – jak np. zaburzenia metabolizmu glukozy, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, choroba tłuszczeniowa wątroby – mogą dawać złudne przekonanie rodzicom i pacjentom, że leczona jest choroba otyłościowa.



Dopiero od niedawna na rynku farmaceutycznym pojawiły się leki, które mogą w sposób skuteczny wspierać proces redukcji masy ciała. **Ograniczeniem ich stosowania może być jednak wiek (powyżej 12. r.ż.), cena oraz konieczność wykonywania zastrzyków podskórnych** – codziennych lub cotygodniowych, w zależności od preparatu. Leki te nie są jednak powszechnie stosowane (wrzesień 2023) ze względu na brak dostępności, brak doświadczenia lekarzy w ich stosowaniu, obawy rodziców czy generalnie niechęć do stosowania farmakoterapii we wskazaniu leczenia otyłości.

Niestety, w poradniach specjalistycznych nie ma dostępu do poradnictwa dietetycznego czy psychologicznego nastawionego na prowadzenie procesu zmiany stylu życia i leczenie otyłości. Tego typu porady nie są finansowane ze środków płatnika publicznego w ramach koszyka świadczeń. W przypadkach występowania nasilonych lub złożonych powikłań lub skrajnych postaci choroby otyłościowej pacjenci mogą być hospitalizowani w oddziałach szpitalnych.

Lecznictwo szpitalne

Hospitalizacja pacjenta chorującego na otyłość ma co do zasady miejsce w sytuacjach skrajnie nasilonej postaci choroby lub nasilenia powikłań i konieczności dalszej diagnostyki lub wdrożenia leczenia. Na tym etapie możliwe jest prowadzenie diagnostyki, terapii farmakologicznej, jak również konsultacji dietetycznych i psychologicznych. Niemniej jednak forma leczenia szpitalnego w większości przypadków jest bardzo nieefektywna kosztowo oraz czasowo.



Dostępność do oddziałów specjalistycznych (diabetologiczne, endokrynologiczne, gastroenterologiczne, nefrologiczne), które mają możliwość prowadzenia konsultacji czy monitorowania postępów leczenia jest znacznie ograniczona. Jest to również najdroższa forma prowadzenia terapii choroby otyłościowej.

Odrębnym elementem lecznictwa szpitalnego jest **leczenie zabiegowe**. W tym przypadku w Polsce nie ma istotnych ograniczeń regulacyjnych – prowadzenie zabiegów chirurgii bariatrycznej jest możliwe w obecnym koszyku świadczeń. W przeciwieństwie jednak do wielu krajów europejskich **w Polsce jest wykonywanych bardzo mało zabiegów bariatrycznych u dzieci**. Wynika to przede wszystkim z braku doświadczenia zespołów chirurgicznych, braku efektywnego systemu przygotowania, kwalifikacji i prowadzenia pacjentów po zabiegach operacyjnych, a także częściowo z przekonania środowiska medycznego o radykalności, a nawet szkodliwości takich zabiegów w populacji nastolatków z otyłością.

Lecznictwo rehabilitacyjne i uzdrowiskowe

Prowadzenie działań w zakresie rehabilitacji czy leczenia uzdrowiskowego pacjentów chorujących na chorobę otyłościową (poza skrajnymi przypadkami otyłości trzeciego stopnia) nie znajduje klinicznego czy społecznego uzasadnienia. Efektywność prowadzenia „obozów – turnusów” dla pacjentów chorujących na otyłość nie znalazła potwierdzenia w danych naukowych. Wyjęcie na okres kilkunastu dni lub kilku tygodni dziecka ze środowiska domowego/ szkolnego/ społecznego jest zbyt krótkim okresem, by mogły dokonać się istotne zmiany zachowań, a prowadzenie w tym okresie intensywnych działań

żywieniowych czy dotyczących aktywności fizycznej nie przekłada się na ich utrwalenie w warunkach i środowisku domowym czy szkolnym.

Jak wykazano powyżej, w systemie publicznej ochrony zdrowia istnieją liczne elementy cząstkowe, które mogłyby służyć budowaniu efektywnego procesu leczenia pacjentów chorujących na otyłość od etapu rozpoznania w POZ lub medycynie szkolnej do etapu leczenia chirurgicznego czy leczenia farmakologicznego choroby i jej powikłań.

Głównymi ograniczeniami w prowadzeniu efektywnego leczenia pacjentów pediatrycznych z chorobą otyłościową jest obecnie brak koordynacji działań, brak przygotowanej kadry lekarskiej oraz brak dostępności do dużej liczby konsultacji dietetycznych i psychologicznych nakierowanych na chorobę otyłościową.

Działania po stronie jednostek samorządu terytorialnego



Istniejąca luka z systemie wykrywania, poradnictwa i leczenia choroby otyłościowej od wielu lat jest efektywnie minimalizowana przez jednostki samorządu terytorialnego.

Samorzędy prowadzą wiele działań nastawionych na edukację zdrowotną skierowaną do dzieci i młodzieży. Stosowane metody mogą budzić wątpliwości o efek-

tywność procesu kształcenia, retencję wiedzy i wdrożenie zmian w życie. Istnieją jednak dowody, że długofalowe prowadzenie edukacji zdrowotnej nastawionej m.in. na prawidłowy schemat odżywiania oraz zwiększanie aktywności fizycznej może pozytywnie wpływać na zmniejszenie ryzyka rozwoju otyłości w populacji.

Dodatkowo **od około 15 lat w Polsce coraz więcej jednostek samorządu terytorialnego prowadzi programy zdrowotne**, których celem jest wykrywanie choroby otyłościowej w populacji dzieci i młodzieży oraz prowadzenie interwencji behawioralnych skierowanych do dzieci i/ lub rodziców. Programy te skupiają się głównie na prowadzeniu przez dietetyków poradnictwa żywieniowego, wraz z zapewnieniem wsparcia psychologicznego w podejmowaniu zmian w stylu życia. Część z tych programów dodatkowo zapewnia element ćwiczeń czy edukacji w zakresie aktywności fizycznej. W ramach części z tych programów odbywają się warsztaty i seminaria skierowane do rodziców czy dzieci. **Programy realizowane przez samorzędy są opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – co potwierdza stosowanie metod o udowodnionej skuteczności.**

Oddzielnym zagadnieniem jest realna ocena ich efektywności – co jest związane często z brakiem zbierania długofalowych danych oraz czasem trwania interwencji czy wielkością populacji objętych progra-

mem. Nieliczne z programów realizowanych w Polsce doczekały się podsumowania w formie publikacji (w formie prac magisterskich, doktorskich czy publikacji w czasopismach naukowych). Te pojedyncze potwierdzają efektywność prowadzonych interwencji. Niemniej jednak prowadzenie tego typu działań uzależnione jest od woli, świadomości oraz zasobów finansowych jednostek samorządu terytorialnego. W praktyce oznacza to, że są one realizowane głównie przez samorządy relatywnie bogate i duże, a także posiadające odpowiednie zaplecze eksperckie (duże miasta akademickie).



Z punktu widzenia systemowego, ale także indywidualnego pacjenta chorującego na otyłość, oznacza to dalszą formę pogłębiania nierówności w zdrowiu, gdyż zgodnie z aktualnymi danymi **największy odsetek dzieci i młodzieży z chorobą otyłościową jest w małych miasteczkach i na wsiach.**

Rekomendacje

W oparciu o przedstawiony opis systemu diagnostyki i leczenia choroby otyłościowej w populacji dzieci **można zaproponować następujące rekomendacje:**

- **wprowadzenie obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji badań przesiewowych i konieczność podjęcia interwencji przez lekarza POZ** w przypadku zdiagnozowania pacjenta z chorobą otyłościową;
- **wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych poradnictwa żywieniowego/ dietetycznego oraz poradnictwa psychologicznego** – ze szczególnym nastawieniem na choroby cywilizacyjne/ dietozależne, na poziomie POZ i AOS;
- **przygotowanie w opiece koordynowanej specjalnej ścieżki dla pacjentów pediatrycznych z chorobą otyłościową;**
- **opracowanie i wdrożenie ścieżki dla pacjentów pediatrycznych z otyłością trzeciego stopnia, włączając chirurgię bariatryczną;**
- **integracja działań samorządów terytorialnych z systemem płatnika publicznego – nastawienie działań samorządów na działania edukacyjne skierowane do konkretnych grup odbiorców (dzieci z nadmiarem masy ciała i ich rodzice);**
- **opracowanie kompleksowego systemu monitorowania stanu odżywienia dzieci uwzględniającego czynniki środowiskowe – w tym wprowadzenie regulacji prawnych zmniejszające narażenie dzieci na środowisko obesitogenne.**

7.2. Ścieżka dorosłego pacjenta z otyłością w polskim systemie publicznym – dostępne metody leczenia, kluczowe wyzwania

Leczenie chorych na otyłość zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną powinno mieć charakter kompleksowy. Oznacza to przede wszystkim postawienie rozpoznania uwzględniającego samą otyłość, ale także określenie jej charakteru (pierwotny czy wtórny), jak również ocenę wpływu choroby otyłościowej na ogólny stan zdrowia poprzez ocenę rozwoju powikłań otyłości, stopnia ich zaawansowania oraz obecności chorób towarzyszących.



W polskim systemie publicznej opieki zdrowotnej, ale także w niepublicznym systemie, rozpoznanie otyłości ma zazwyczaj wtórny charakter do diagnozowania i leczenia powikłań otyłości.

Nie były wprawdzie prowadzone tego typu badania w naszym kraju, ale praktyka kliniczna wyraźnie wskazuje, że u chorych na otyłość wyróżniane są w procesie diagnostyczno-terapeutycznym właśnie powikłania otyłości. Dotyczy to cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, chorób układu

sercowo-naczyniowego i układu oddechowego, a także zmian zwyrodnieniowych układu ruchu. Typowe rozpoznania stawiane w przypadku większości chorych na otyłość to zatem w pierwszej kolejności powikłania otyłości, zaś rozpoznanie samej choroby otyłościowej jest marginalne. Podobna sytuacja dotyczy statystyk przyczyn zgonów, gdzie w przypadku licznych powikłań otyłości prowadzących w konsekwencji do zgonu, nigdy jako wyjściowej przyczyny zgonu nie podaje się samej otyłości.

Powyższa praktyka prowadzi do całkowitego zaprzeczenia podstawowej zasadzie w medycynie dotyczącej leczenia chorób, gdzie **kluczową rolę powinno odgrywać leczenie przyczynowe, a nie paliatywne**, jak ma to miejsce w przypadku praktycznie wszystkich chorych na otyłość. Liczne dowody naukowe dotyczące leczenia otyłości mamy z chirurgii bariatrycznej; wskazują one na ustępowanie lub złagodzenie przebiegu powikłań otyłości wraz z redukcją masy ciała zainicjowaną zabiegiem operacyjnym. Wyniki powyższych badań wskazują także, że chirurgiczne leczenie otyłości przyczynia się do zmniejszenia ryzyka zgonu w tej grupie chorych. Podobnie korzystnego efektu należy się także spodziewać po leczeniu farmakologicznym otyłości, o czym dowiadujemy się z ostatnich doniesień naukowych i prasowych.

Powyższa praktyka, tzn. wyróżniania powikłań otyłości w procesie diagnostyczno-

-terapeutycznym, prowadzi także do zafałszowania statystyk dotyczących nakładów na opiekę zdrowotną dla poszczególnych jednostek chorobowych, gdzie na powikłania otyłości wydawane są miliardy złotych, a na leczenie otyłości przeznaczają się jedynie niewielkie środki.

Tymczasem badania epidemiologiczne wyraźnie wskazują, że otyłość jest jedną z najczęstszych chorób dotykających nasze społeczeństwo, a liczba jej przypadków jest oceniana na 6 do 8 milionów, w zależności od metodologii prowadzonych badań i okresu ich przeprowadzenia.

Powyższa skomplikowana sytuacja prowadzi do tego, że kompleksowe leczenie chorych na otyłość nie jest aktualnie uwzględnione w modelu opieki zdrowotnej w naszym kraju, a także w innych krajach, w których opieka zdrowotna jest finansowana ze środków publicznych. Sytuacja ta skutkuje wykluczeniem wielu chorych z możliwości uzyskania skutecznej opieki, której miarą jest poprawa stanu zdrowia oraz ograniczenie ryzyka powikłań, czyli w rzeczywistości dyskryminuje tę grupę chorych, przerzucając na nich zarówno odpowiedzialność za rozwój choroby, jak oczekując od nich samowyleczenia.

Należy jednak zauważyć, że w ostatnich latach zostały wprowadzone zmiany, które są przejawem dostrzeżenia przez organizatorów opieki zdrowotnej w naszym kraju kluczowej roli leczenia otyłości dla

bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Wśród nich należy wymienić wydzielenie w 2017 roku grupy JGP F13, dedykowanej chirurgicznemu leczeniu otyłości, czy też wprowadzenie w 2021 roku programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. Trwają także intensywne prace nad wprowadzeniem programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości KOS-BMI 30 PLUS, który będzie nakierowany na leczenie zachowawcze otyłości. Należy żywić nadzieję, że powyższe programy pilotażowe zostaną z czasem przekształcone w świadczenia zdrowotne dostępne dla chorych także w przyszłości, gdyż przykładowo ostatnie operacje w ramach programu KOS-BAR, zgodnie z aktualnymi regulacjami prawnymi, zostały wykonane w grudniu 2023 roku.

Jeżeli powyższe programy pilotażowe wejdą w życie (KOS-BMI 30 PLUS) a z czasem staną się także świadczeniami zdrowotnymi (KOS-BAR), będą stanowiły niewątpliwie załączek do objęcia chorych na otyłość w naszym kraju kompleksowym modelem leczenia otyłości. Jak dotychczas, brak takiego podejścia do diagnostyki i leczenia otyłości w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce zmuszał – i w większości przypadków nadal zmusza – pacjentów do poszukiwania pomocy medycznej w systemie prywatnym, co z kolei pogłębia nierówności w zdrowiu,

skazując pacjentów o niskich dochodach na wykluczenie zdrowotne, a w wielu przypadkach na stosowanie metod postępowania o niedokumentowanej naukowo skuteczności czy bezpieczeństwie.



Funkcjonujące aktualnie rozwiązania organizacyjne i finansowe w systemie publicznym zmuszają pacjenta do wędrowki po wielu placówkach i korzystania z konsultacji wielu specjalistów zajmujących się leczeniem powikłań otyłości, których praca jest dodatkowo zdeintegrowana i nie jest koordynowana przez konkretną osobę. Konkludując, model ten jest dalece nieefektywny klinicznie i ekonomicznie.

Pierwszym krokiem we wdrażaniu zmiany podejścia do zarządzania leczeniem otyłości w polskim systemie jest założenie, że biorąc pod uwagę wielokierunkowy wpływ choroby otyłościowej na:

- rozwój innych chorób – powikłań otyłości,
- przebieg innych chorób, tzw. towarzyszących,
- możliwości i zasady leczenia wszystkich chorób,
- częstość występowania choroby otyłościowej w naszym społeczeństwie,

każdy lekarz, a także inny profesjonalista medyczny uczestniczący w opiece

nad chorym, niezależnie od przyczyny tej opieki, jest zobowiązany do oceny prawidłowości masy ciała chorego w oparciu o wskaźnik masy ciała (BMI). Organizacja publicznej opieki zdrowotnej w naszym kraju powinna uwzględniać narzędzia, które wymuszają na lekarzach i innych profesjonalistach medycznych wyższe zachowania, w obliczu całkowitego marginalizowania tej choroby i dyskryminowania chorych na otyłość. Jednym z takich narzędzi może być konieczność postawienia diagnozy otyłości w celu możliwości wystawienia skierowań do dalszego leczenia lub recept.

W przypadku stwierdzenia wartości BMI >30, lekarz i inny profesjonalista medyczny, w szczególności pielęgniarka, fizjoterapeuta, ratownik medyczny, logopeda i inni, byłby zobowiązany do formalnego rozpoznania otyłości (E66) i odnotowania tego w dokumentacji medycznej. W kolejnym kroku należy ocenić stopień zaawansowania otyłości, gdzie u chorych z BMI w zakresie od 30 do 35 zostanie rozpoznana otyłość pierwszego stopnia, u chorych z BMI od 35 do 40 zostanie rozpoznana otyłość drugiego stopnia, a z BMI powyżej 40 – otyłość trzeciego stopnia, tzw. olbrzymia.

W przypadku stwierdzenia licznych chorób wzajemnie ze sobą powiązanych łańcuchem przyczynowo-skutkowym w rozpoznaniu należy uwzględnić te zależności. Przykładowo, u chorego, u którego stwierdzamy otyłość, cukrzycę typu 2, nadci-

śnienie tętnicze, chorobę stłuszczeniową wątroby czy też zmiany zwyrodnieniowe w układzie ruchu, za jedyne właściwy sposób przedstawienia tego związku należy uznać następujące rozpoznanie: „Choroba otyłościowa powikłana cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym, chorobą stłuszczeniową wątroby, zmianami zwyrodnieniowymi w układzie ruchu”.

Wraz z postawieniem rozpoznania otyłości lekarz publicznego systemu opieki zdrowotnej powinien mieć możliwość skierowania chorego do odpowiedniego ośrodka zajmującego się zachowawczym bądź chirurgicznym leczeniem otyłości, w zależności od stopnia zaawansowania choroby.

Powyższy związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy otyłością i jej powikłaniami powinien być także uwzględniany w przypadku zgonu chorego w wyniku powikłań otyłości, gdzie w punkcie 18.3 „Karty zgonu” jako przyczyna wyjściowa powinna być odnotowana „otyłość”, wraz z informacją uzupełniającą, którą uwzględnia ten punkt, a mianowicie czasem trwania choroby od momentu jej rozpoznania do zgonu. Wszelkie powikłania otyłości powinny być uwzględnione w punkcie 18.2 „Karty zgonu” jako wtórne przyczyny zgonu. W celu zapewnienia takiego działania karta zgonu powinna być rozszerzona o informację dotyczącą najwyższej masy ciała osiągniętej przez chorego i okresu, kiedy to nastąpiło. Ta informacja jest na tyle istotna, że nieleczona otyłość w krańcowych posta-

ciach niejednokrotnie prowadzi do chorób wyniszczających i nie będzie stwierdzana w momencie zgonu chorego.

Powyższe działania, tzn. **rozpoznanie choroby, określenie stopnia jej zaawansowania, właściwa ocena wyjściowej przyczyny zgonu, byłyby załączkiem wprowadzenia kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorymi na otyłość.**

Kompleksowa opieka powinna być zainicjowana przez wyspecjalizowane ośrodki, które – po przeprowadzeniu pogłębionej diagnostyki przyczyn rozwoju otyłości, w szczególności jej wtórnego charakteru, rodzaju powikłań otyłości i stopnia jej zaawansowania oraz obecności chorób towarzyszących – wdrożą indywidualny plan leczenia oparty na postępowaniu interdyscyplinarnym, aby z czasem przekazać dalszą opiekę nad chorym lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, gdyż to on odgrywa istotną rolę w tym modelu i powinien być docelowo pierwszym specjalistą, który diagnozuje otyłość i kieruje pacjenta na specjalistyczne leczenie oraz kontynuuje opiekę po jej wdrożeniu w ośrodku specjalistycznym.

O trwałości wyników leczenia decyduje wsparcie udzielane pacjentowi w dłuższym czasie, co powinno być obowiązkiem zespołu podstawowej opieki zdrowotnej.



Dlatego w przypadku choroby otyłościowej tak ważne jest zdefiniowanie roli poszczególnych dostawców świadczeń zdrowotnych, w tym lekarza rodzinnego, innych członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej i profesjonalistów zaangażowanych w kompleksową opiekę specjalistyczną.

Wyniki prowadzonego leczenia choroby otyłościowej powinny być na bieżąco oceniane i modyfikowane, w zależności od potrzeby. W szczególności dotyczy to chorych, u których obserwujemy postęp choroby otyłościowej, pomimo zastosowanego leczenia.

Istotną kwestią jest finansowanie leków przeciwotyłościowych, których rola w leczeniu tej grupy chorych, w oparciu o wyniki badań naukowych, jest coraz bardziej znacząca. Z perspektywy publicznego systemu opieki zdrowotnej musimy zdać sobie sprawę z liczby chorych ze wskazaniami do leczenia: to kilka, a nawet kilkanaście milionów. Z drugiej strony musimy być także świadomi, że postępowanie nefarmakologiczne i niechirurgiczne w leczeniu chorych na otyłość jest w wielu przypadkach nieskuteczne, nietrwale, bądź wręcz przeciwnie skuteczne. Sytuacja powyższa, tzn. z jednej strony liczba chorych na otyłość, a z drugiej postęp choroby, często bez wdrożenia postępowania farmakologicznego, wymusza pilną potrzebę opracowania kryteriów kwalifikacji do leczenia farmakologicznego chorych na otyłość finansowanego ze środków publicznych. Powyższe kryteria powinny uwzględniać

grupy chorych zagrożonych postępem choroby i rozwojem powikłań otyłości, a także chorych z względnymi wskazaniami do leczenia chirurgicznego.

Podsumowanie

Aktualnie w Polsce nie istnieje model kompleksowej opieki nad chorymi na otyłość.

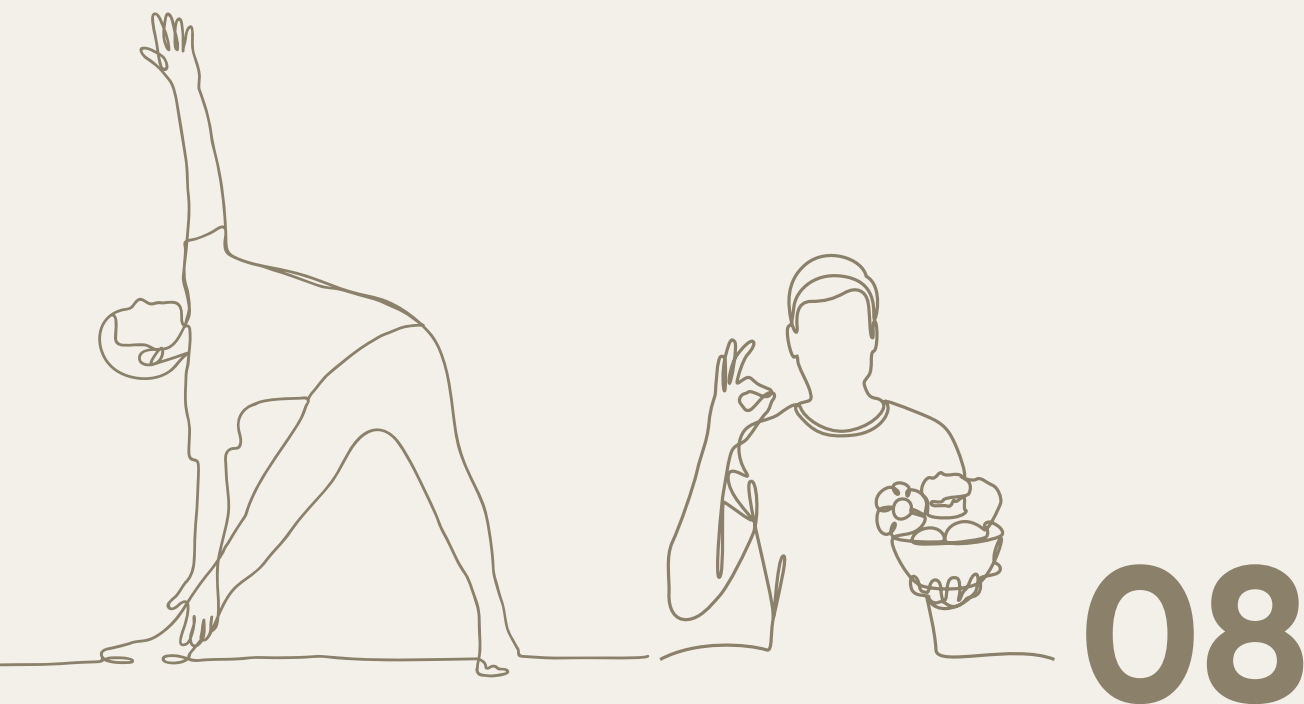
Pierwszymi zwiastunami tworzenia takiego modelu jest wprowadzenie grupy JGP F13, programu pilotażowego KOS-BAR nakierowanego na chirurgiczne leczenie otyłości oraz zaawansowane prace nad wprowadzeniem programu pilotażowego KOS-BMI 30 PLUS dotyczącego leczenia zachowawczego chorych na otyłość.

Konieczne jest wprowadzenie obligatoryjności rozpoznawania otyłości,

szczególnie w sytuacji, kiedy rozpoznawane są powikłania otyłości, a także umożliwienie diagnostyki i leczenia otyłości we współpracy pomiędzy ośrodkami specjalistycznymi i lekarzem rodzinnym.

Pilną potrzebą jest opracowanie kryteriów finansowania ze środków publicznych leków przeciwotyłościowych,

w celu zapewnienia dostępności do tej metody leczenia grupie chorych, którzy mogą odnieść z niej największą korzyść, przy zapewnieniu efektywności kosztowej takiego postępowania.



Skuteczne interwencje w zakresie leczenia choroby otyłościowej

dr hab. n. med. Michał Brzeziński

Występowanie choroby otyłościowej związane jest z licznymi, istotnymi konsekwencjami zdrowotnymi, zarówno wczesnymi (obniżenie wydolności fizycznej, bóle kostno-stawowe), jak późnymi (choroby metaboliczne, sercowo-naczyniowe, psychiczne, nowotwory).



Otyłość jest głównym czynnikiem ryzyka występowania m.in. cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego. Istotnie zwiększa ryzyko udaru, zawału serca, depresji, wielu nowotworów. Wszystkie te choroby, będące po części powikłaniem otyłości, dodatkowo zwiększają ryzyko zgonu, obniżają jakość i długość życia osoby chorującej na otyłość.

Podjęcie działań terapeutycznych, których skutkiem jest leczenie choroby otyłościowej, będzie zmniejszało ryzyko występowania wymienionych powyżej ryzyk i chorób.

W podejmowaniu leczenia choroby otyłościowej warto również wziąć pod uwagę obecność dodatkowych czynników i powikłań, które mogą wpływać na gotowość i możliwość podjęcia przez pacjenta efektywnego leczenia. Leczenie choroby otyłościowej jest procesem długotrwałym, nastawionym na zmniejszenie ryzyka zgonu oraz podwyższenie jakości życia. Ze względu na złożoność czynników wpływających

na wystąpienie choroby otyłościowej, również podejmowane leczenie powinno być wieloaspektowe. Ze względu na nawrotowy charakter samej choroby należy również mieć na uwadze, że leczenie może być długotrwałe, z etapami intensyfikacji, w zależności od tempa narastania masy ciała lub powikłań wynikających z choroby.

Głównym celem leczenia otyłości jest więc zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań choroby otyłościowej lub łagodzenie ich przebiegu poprzez stabilizację i/ lub obniżenie masy ciała, a także zmianę składu masy ciała – zmniejszenie ilości tkanki tłuszczowej oraz zwiększenie beztłuszczowej masy ciała, w tym tkanki mięśniowej.

Wszystkie te elementy należy wziąć pod uwagę, przygotowując program/ schemat/ elementy leczenia dla danego pacjenta, w jego sytuacji klinicznej oraz społecznej.

Ostatnie 30-lecie jest okresem zarówno drastycznego zwiększenia częstości występowania otyłości w populacji całego świata, jak i wzrostu świadomości oraz wiedzy na temat mechanizmów, przyczyn występowania otyłości, a co za tym idzie udowodnienia efektywnych metod prewencji i leczenia otyłości.

Poza prewencją, mającą fundamentalne znaczenie w zmniejszaniu częstości występowania otyłości, efektywne leczenie powinno być łatwo dostępne dla pacjentów. Z związku z wieloczynnikową etiologią

otyłości (głównie związanej z czynnikami psychospołecznymi, ale również uwarunkowaniami genetycznymi czy metabolicznymi) leczenie należy dopasować do każdego pacjenta, jednak każdorazowo powinno obejmować kilka komponentów i etapów. Jako twardy punkt końcowy, przy ocenie efektywności leczenia otyłości, należy uznać zmniejszenie śmiertelności z powodu otyłości i chorób zależnych. Obecnie jednak istnieją głównie badania populacyjne, kohortowe, retrospektywnie oceniające wpływ wybranych czynników na ryzyko zgonu wśród osób z otyłością, w tym także wpływ wybranych metod leczniczych. Prospektywne badania porównawcze skupiają się zazwyczaj na ocenie punktów zastępczych, ze względu na dostępny czas obserwacji pacjentów oraz możliwość zebrania odpowiednio dużej populacji osób obserwowanych. Wśród głównych punktów zastępczych należy wskazać: redukcję masy ciała, zmniejszenie odsetka tkanki tłuszczowej/ zwiększenie odsetka beztłuszczowej masy ciała, zmniejszenie liczby incydentów sercowo-naczyniowych, poprawę parametrów laboratoryjnych, poprawę wydolności sercowo-naczyniowej.

Warto zaznaczyć, że nie wszystkie z wymienionych powyżej parametrów mają taką samą siłę w ocenie wpływu na długość i jakość życia pacjentów chorujących na otyłość. Często brane są one pod uwagę, ze względu na dostępność metod badawczych czy prostotę i powtarzalność wyko-

nania pomiarów. Bardziej dogłębne analizy np. dotyczące zmian zachowań zdrowotnych, zamiany nawyków żywieniowych czy wiedzy wymagają bardziej złożonych narzędzi badawczych, a także często nie są równie obiektywne co pomiary antropometryczne i laboratoryjne. Nie znaczy to jednak, że nie należy dążyć do wprowadzenia pełnych, wieloaspektowych metod oceny efektywności leczenia otyłości.

Wśród aktualnie dostępnych metod leczenia otyłości należy wymienić kilka grup terapeutycznych o udowodnionej skuteczności:

- interwencje w zakresie żywienia,
- interwencje w zakresie aktywności fizycznej,
- interwencje w zakresie wsparcia psychologicznego,
- interwencje w zakresie wsparcia społecznego,
- chirurgię bariatryczną,
- farmakoterapię.

Interwencje w zakresie żywienia

Interwencje żywieniowe skierowane do osób chorujących na otyłość skupiają się na składzie posiłków, zawartości makro- i mikroelementów, schematach dotyczących częstotliwości posiłków, zasad ich spożywania. Nie ma jednej metody żywieniowej (interwencji, schematu), skutecznej dla wszystkich osób chorujących na otyłość. Wybór zaakceptowany przez pacjenta pozwala na uzyskanie wyższego stopnia

zaangażowania oraz wdrożenie zmian. Są jednak metody rekomendowane o udowodnionej skuteczności.

🕒 **Rekomendowane jest przeprowadzenie konsultacji dietetycznej, jako samodzielnej interwencji**, w trakcie której pacjent otrzymuje zarówno podstawową wiedzę w zakresie żywienia, jak i wsparcie profesjonalisty we wdrażaniu zmian w zakresie przygotowywania i spożycia posiłków. Nie udowodniono, że któryś ze schematów żywieniowych czy interwencji ma przewagę nad innymi. Istnieje jednak obszerne piśmiennictwo wskazujące, że regularne wizyty u dietetyka pozwalają uzyskać lepsze efekty terapeutyczne – w zakresie zarówno zmiany zachowań żywieniowych („zdrowe odżywianie”) jak redukcji masy ciała.



Udowodniono również, że **terapia żywieniowa** prowadzona przez dietetyka przyczynia się w sposób istotny do zmiany nawyków i zachowań żywieniowych osób chorujących na otyłość. Schemat kształcenia dietetyków zależy od danego kraju, jednak co do zasady są to osoby z wykształceniem wyższym kierunkowym.

🕒 **Nie ma jednego rekomendowanego schematu żywieniowego dla pacjentów chorujących na otyłość.** Kluczowymi elementami jest wprowadzenie podstawowych zasad zdrowego żywie-

nia, posiłków opartych na niskoprzetworzonych produktach, produktach o przewadze węglowodanów złożonych, z ograniczeniem węglowodanów prostych, regularnego spożywania warzyw i owoców, ograniczenie produktów typu fast-food. Wśród rekomendowanych schematów żywienia o najlepiej udowodnionych korzyściach, wymieniana jest dieta śródziemnomorska, dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) oraz dieta nordycka. Wszystkie te schematy żywieniowe bazują na dużej ilości niskoprzetworzonych warzyw, produktów zbożowych pełnoziarnistych lub strączkowych a także ograniczeniu tłuszczów zwierzęcych na rzecz olejów roślinnych. Dodatkowo rekomendowane są ryby jako źródło pełnowartościowego białka i tłuszczu.

🕒 **Krótkoterminowe, znaczne ograniczenie kaloryczności posiłków (diety 800-1200 kcal) długofalowo (6-12 miesięcy) odnosi podobny efekt terapeutyczny co zmiana zachowań żywieniowych i trwałe wprowadzenie nieznacznej redukcji kalorycznej.** Są znacznie trudniejsze w utrzymaniu (ze względu na istotny deficyt kaloryczny), a źle prowadzone mogą doprowadzić do występowania niedoborów mikroelementów. Mogą jednak znaleźć swoje miejsce w terapii pacjentów z otyłością – jako wprowadzenie do długotrwałego leczenia żywieniowego – pozwalając na uzyskanie w krótkim okresie początkowego efektu terapeutycznego, a co

za tym idzie – zwiększając mobilizację pacjenta, a także możliwości podejmowania przez niego aktywności fizycznej.

- Najefektywniejszym wśród działań związanych z prowadzeniem terapii dotyczących zmiany zachowań żywieniowych jest prowadzenie długotrwałej współpracy z wykwalifikowanym dietetykiem. Celem takiej współpracy nie powinno być nastawienie wyłącznie na uzyskanie redukcji masy ciała, ale przede wszystkim zrozumienie popełnianych błędów oraz wypracowanie nowych wzorców zachowań żywieniowych.
- Mając świadomość występowania wśród osób chorujących na otyłość błędnego wzorca postrzegania jedzenia – nie jako źródła makro- i mikroelementów, ale jako formy nagrody, satysfakcji czy zadośćuczynienia – prowadzenie terapii żywieniowej może wymagać współpracy z psychologiem/psychoterapeutą w celu przywrócenia prawidłowego stosunku do jedzenia.

8.1 Interwencje w zakresie aktywności fizycznej

Aktywność fizyczna jest bardzo istotnym uzupełnieniem zmiany zachowań żywieniowych. Poprzez zastosowanie regularnego, długotrwałego wysiłku fizycznego osoby chorujące na otyłość zwiększają wydatkowanie energii, ale przede wszyst-

kim zmieniają skład ciała – powoduje to zwiększenie zawartości tkanki beztłuszczowej (w tym mięśniowej), poprawia wydolność układu krążenia, układu oddechowego, a także istotnie zmniejsza ryzyko zgonu wśród pacjentów chorujących na otyłość.

Interwencje w zakresie aktywności fizycznej powinny skupiać się na częstotliwości oraz rodzaju aktywności fizycznej.

Dla wszystkich osób dorosłych, w tym osób chorujących na otyłość, zalecana jest aktywność fizyczna (o średniej do wysokiej intensywności) i przez 30 minut dziennie przez minimum 4-5 dni w tygodniu.



Taka aktywność w powinna obejmować zarówno wysiłki aerobowe, nastawione na wysiłek tlenowy (spacer, bieganie, pływanie, jazda na rowerze) jak wysiłki siłowe i oporowe (ćwiczenia w obciążeniu, z taśmami, z ciężarami). Zastosowanie różnorodnych ćwiczeń pozwala zmniejszyć ryzyko zaprzestania aktywności fizycznej (znudzenie), a także poprawić funkcjonowanie pacjenta zarówno w wymiarze osobistym (sprawność) jak społecznym. Wiele badań wskazuje, że w pierwszym okresie rozpoczynania interwencji w zakresie aktywności fizycznej należy zacząć właśnie od ćwiczeń siłowych, które mogą wymagać mniejszego zakresu ruchu i wysiłku tlenowego, a poprawią siłę mięśniową i przygotowują do podejmowania kolej-

nych wysiłków. Ułatwia to również pacjentom podjęcie takiego wysiłku – często nie wymaga wychodzenia z domu (co może być dyskomfortowe dla części pacjentów), specjalistycznego czy dopasowanego sprzętu.

W kolejnych etapach należy dążyć do zwiększania aktywności fizycznej – zarówno czasu trwania, jak obciążeń (aerobowych/ siłowych/ oporowych).

Z dostępnych publikacji i prowadzonych badań wykazano, że czynnikami zwiększającymi efektywność i zaangażowanie osób z otyłością w codzienną aktywność fizyczną są:

- wsparcie grupy rówieśniczej, udział w zorganizowanych zajęciach,
- wsparcie trenera, instruktora z zajęciami dostosowanymi do pacjentów chorujących na otyłość,
- przygotowanie indywidualnych planów treningowych opartych na długofalowej współpracy z trenerem.

Udowodniono również, że efektywność podejmowania aktywności fizycznej może poprawić się, jeśli połączy ją się ze zmianami w zakresie żywienia.

8.2 Wsparcie psychologiczne

Wśród metod wsparcia pacjentów chorujących na otyłość istotne znaczenie ma utrzymanie lub poprawa dobrostanu psychicz-

nego, co pozwala na poprawę efektów terapii. Wśród stosowanych metod/ szkół psychologii i interwencji psychologicznych tylko nieliczne mają dowody na pozytywny wpływ w zakresie poprawy stanu zdrowia czy redukcji masy ciała. Najlepsze jakościowo dowody naukowe dostępne są dla różnych form terapii behawioralno-poznawczej lub interwencji behawioralnych. Istotne znaczenie ma również czas podejmowania interwencji oraz jej długość. W dostępnych badaniach wykazano, że interwencję behawioralną należy rozpocząć przed lub łącznie z interwencjami w zakresie żywienia i/ lub aktywności fizycznej.

Wsparcie psychologiczne nie powinno być krótsze niż 12 tygodni. Dodatkowo, w związku z nawrotowym charakterem choroby, wsparcie psychologiczne powinno być dostępne na każdym etapie terapii, szczególnie w sytuacji ponownego przyrostu masy ciała czy zdarzeń utrudniających utrzymanie dotychczasowego planu leczenia.



Wśród metod wsparcia psychologicznego w procesie leczenia otyłości popularność zdobywa również dialog motywujący jako relatywnie proste narzędzie wsparcia psychologicznego, które może zastosować również lekarz/ pielęgniarka czy dietetyk. Niemniej jednak nie ma obecnie dostępn-

nych badań na dużej populacji pacjentów, które jednoznacznie potwierdzałyby pozytywny wpływ tej metody psychologicznej na proces redukcji masy ciała czy zmiany nawyków ani też jako elementu kompleksowych interwencji behawioralnych.

Poza wsparciem psychologicznym nastawionym na proces redukcji masy ciała/leczenia otyłości należy również mieć na uwadze, że pacjenci chorujący na tę chorobę istotnie częściej od populacji ogólnej chorują na depresję czy zaburzenia odżywiania, które wymagają oddzielnego wsparcia terapeutycznego. Mogą one w sposób istotny wpływać na efektywność procesu leczniczego.

8.3 Chirurgia bariatryczna

Chirurgia bariatryczna jest obecnie uznawana za najefektywniejszą metodę długofalowej redukcji masy ciała u pacjentów chorujących na otyłość. Efekty terapeutyczne związane z tą metodą nie ograniczają się do uzyskania spadku masy ciała, ale również powodują istotną zmianę w sekrecji i działaniu enterohormonów. Jak udowodniono, zastosowanie tej metody leczniczej zmienia wiele szlaków metabolicznych już w ciągu pierwszych dni po jej zastosowaniu. Co istotne, zgodnie z aktualną wiedzą, zastosowanie chirurgii bariatrycznej nie powinno być samodzielną metodą interwencji, a pacjenci poddawani zabiegom

operacyjnym powinni być zarówno przed jak i po zabiegu pod stałą opieką wielospecjalistycznego zespołu. W znaczący sposób zmniejsza to zarówno ryzyko błędnej kwalifikacji do zabiegu oraz odległych powikłań po zabiegu jak ryzyko ponownego przyrostu masy ciała. Obecnie dominują dwie główne metody leczenia chirurgicznego o podobnym stopniu efektywności (rękawowa resekcja żołądka oraz ominięcie żołądkowo-jelitowe). Długofalowe obserwacje wskazują na utrzymanie redukcji masy ciała na poziomie około 20% pierwotnej masy ciała. Wykazano również, że pacjenci po zabiegach operacyjnych mają istotną poprawę kliniczną w zakresie metabolizmu glukozy (włącznie z ustąpieniem klinicznych objawów cukrzycy typu 2) oraz m.in. zmniejszenie ryzyka zgonu z powodów sercowo-naczyniowych. W długotrwałej obserwacji również w sposób znaczący poprawia się jakość życia pacjentów poddawanych terapii bariatrycznej.

Należy zaznaczyć, że choć terapia bariatryczna ma bardzo dobre efekty terapeutyczne, to jednak wiąże się również z pewnymi ograniczeniami. Nie każdy pacjent może być do niej zakwalifikowany. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami, wymaga się około 10% redukcji masy ciała przed zabiegiem, by pokazać determinację pacjenta i gotowość do podjęcia zmian. Dodatkowo, ze względu na ograniczenie liczby ośrodków i chirurgów wykonujących te zabiegi, ich przeprowadzenie jest możliwe tylko u niewielkiego procenta pacjentów.



Jak wspomniano wcześniej, **efektywność zabiegów operacyjnych** znacząco wzrasta, jeśli są one elementem kompleksowego programu, w którym pacjent pozostaje pod opieką m.in. lekarza bariatry, psychologa i dietetyka przez okres około 3-6 miesięcy przed i kilku lat po zabiegu.

8.4 Farmakoterapia w leczeniu choroby otyłościowej

W ostatnich 30–40 latach farmakoterapia w leczeniu choroby otyłościowej przeżyła bardzo znaczące modyfikacje. Leki stosowane powszechnie w latach 80. XX wieku oparte były na pochodnych amfetaminy, co poza relatywnie dobrym efektem klinicznym powodowało istotne krótko- i długoterminowe działania uboczne. Przewlekłe stosowanie psychostymulantów znacząco zwiększało ryzyko zaburzeń psychicznych czy uzależnień. Kolejną grupą leków były preparaty powodujące zmniejszenie wchłaniania tłuszczu z przewodu pokarmowego. Również i w tym przypadku efekty terapeutyczne pozwalały na uzyskanie redukcji masy ciała (poprzez wywołane zaburzenia wchłaniania pokarmów), ale znacząco zwiększały ryzyko wystąpienia niedoborów żywieniowych, a także klinicznie negatywnych doświadczeń zwią-

zanych z nasilonymi bólami brzucha czy tłuszczowymi biegunkami.

Ostatnie 15 lat to okres wprowadzania na rynek leków inkretynowych, które przypominają naturalnie występujące w naszym organizmie hormony inkretynowe, zwiększające wydzielanie insuliny przez komórki β trzustki, blokujące wydzielanie glukagonu, hamują opróżnianie żołądka i ograniczające łaknienie. Leki te początkowo stosowane w terapii pacjentów z cukrzycą typu 2 wykazały pozytywny efekt na redukcję masy ciała zarówno u pacjentów z cukrzycą jak i bez cukrzycy.

W ostatnich latach pojawiają się kolejne analogi hormonów inkretynowych (GLP-1, GIP), które działają znacznie dłużej, co pozwala na ich dawkowanie raz dziennie lub raz w tygodniu. Stosowanie tych leków pozwala na uzyskanie **redukcji masy ciała na poziomie około 10-15%**, a najnowsze z leków (podwójny agonista GLP-1 i GIP) może osiągać efekt terapeutyczny podobny do chirurgii bariatrycznej.



Jednocześnie leki te powodują relatywnie niewielką liczbę działań niepożądanych, do których przede wszystkim należy zaliczyć nudności, bóle brzucha i ew. biegunki. Dodatkowo wartym jest zaznaczenie, że

stosowanie tych leków w sposób przewlekły **wpływa pozytywnie na redukcję czynników ryzyka sercowo-naczyniowego** niezależnie od stopnia redukcji masy ciała.

Obecnie nie jest znany okres, przez jaki trzeba stosować te leki, by zminimalizować ryzyko ponownego przyrostu masy ciała. Część pacjentów po uzyskaniu redukcji masy ciała redukuje dawkę leku do poziomu, który pozwala podtrzymać uzyskany efekt terapeutyczny.

8.5 Łączenie metod leczniczych

Istnieją liczne dowody wskazujące na efektywność stosowania łącznych interwencji. Wielodyscyplinarne zespoły i jednoczesowe prowadzenie interwencji psychologicznej, dietetycznej oraz lekarskiej przynosi najlepsze efekty w zakresie metod behawioralnych. Również dotychczasowe publikacje dotyczące nowoczesnych metod

farmakoterapii wskazują na konieczność prowadzenia edukacji pacjentów w zakresie zmiany zachowań żywieniowych oraz zmiany stylu aktywności fizycznej. Chirurgia bariatryczna powinna być również realizowana wyłącznie jako etap procesu leczenia pacjenta. Dostępne są też publikacje pokazujące zastosowanie farmakoterapii w połączeniu ze zmianą stylu życia przed zabiegami chirurgicznymi (co pozwala na zmniejszenie ryzyka i liczby powikłań), a także po zabiegach chirurgicznych (co pozwala na długofalowe utrzymanie efektu terapeutycznego u większego odsetka pacjentów).

Kompleksowe formy leczenia pacjenta chorującego na otyłość wymagają współpracy pomiędzy nim a wieloma specjalistami, w szczególności jeśli występują już powikłania choroby otyłościowej. Nadal jednak leczenie choroby jest najlepszą metodą zapobiegania oraz leczenia większości powikłań.



09

Krajowy plan strategiczny redukcji otyłości – założenia dla Polski

Marta Pawłowska, MBA
dr Małgorzata Gałązka-Sobotka

9.1 Założenia wyjściowe i warunki sukcesu

Nadrzędnym zamierzeniem założeń do planu strategicznego profilaktyki i leczenia otyłości w Polsce jest wyznaczenie mapy drogowej działań na najbliższe dekady oraz zaangażowanie kluczowych interesariuszy sprawczych w tym zakresie. Za **cel główny** rekomendowanej krajowej strategii autorzy dokumentu uznają **zbudowanie krajowego partnerstwa międzysektorowego, działającego na rzecz wytworzenia ścieżek i mechanizmów wielopoziomowego współdziałania pomiędzy różnymi sektorami administracji publicznej, sektorem nauki, przedsiębiorstwami oraz sektorem społecznym**. Tak zdefiniowany cel główny ma prowadzić do zmniejszenia częstości występowania otyłości jako problemu zdrowotnego, społecznego i ekonomicznego.

Celem szczegółowym strategii jest redefinicja ról i zadań organów administracji centralnej w obszarze redukcji otyłości, proponowana na podstawie doświadczeń innych krajów, realizujących analogiczne plany na poziomie administracji ogólnokrajowej, wraz z regionalną implementacją.

Krajowy plan strategiczny profilaktyki i leczenia otyłości powinien objąć swoim zasięgiem wszystkie grupy społeczne i wiekowe. Jednak ze względu na wagę zjawiska nadmiernej masy ciała w populacji dzieci i młodzieży, autorzy opracowania rekomendują, aby w **pierwszej dekadzie skoncentrować działania wdrożeniowe**

w zakresie profilaktyki pierwotnej na grupie wiekowej do lat 18. Taka perspektywa ma umożliwić dzieciom i młodzieży dorastanie w zdrowiu, przy zapewnieniu pożądanego stanu zdrowia i środków zapobiegania oraz leczenia otyłości, niezależnie od pochodzenia społecznego i terytorialnego. **Interwencje projektowane celem poprawy skuteczności diagnostyki, leczenia otyłości i profilaktyki wtórnej powinny natomiast obejmować wszystkie grupy wiekowe.**

Autorzy niniejszego opracowania za fundamentalne przyjęli **systemowe podejście do otyłości - Whole System Approach to Obesity (WSA)**, integrujące działania na poziomie krajowym z dostosowanym wdrożeniem na poziomie lokalnym. Tym samym, wskazują dwa kluczowe warunki przyjęcia i kaskadowego wdrożenia strategii redukcji otyłości w skali ogólnokrajowej:

- ➊ **odgórne przywództwo**, czyli nadanie strategii priorytetu w polityce społeczno-gospodarczej państwa (ranga planu krajowego, koordynowanego międzysektorowo przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów);
- ➋ **oddolna mobilizacja wsparcia**, czyli szerokie zaangażowanie i decyzyjność lokalnych interesariuszy oraz wzmocnienie odpowiedzialności władz samorządowych.



9.2 Ekosystem społeczny STOP OTYŁOŚCI

Krajowa strategia profilaktyki i leczenia otyłości to propozycja wytyczająca kierunki długoterminowych działań wielu sektorów, zmierzających ewolucyjnie do **budowy kompleksowego ekosystemu społecznego, służącego rozwojowi zdrowego stylu życia i redukcji otyłości** (w skrócie ekosystem STOP OTYŁOŚCI), w którym codzienne zdrowe wybory będą łatwiejszymi wyborami.

Wprowadzone pojęcie „ekosystemu społecznego redukcji otyłości” oznacza strukturę współzależnych ogniw, mających wpływ na:

- **ograniczenie środowiska** sprzyjającego otyłości,
- **rozwój kompetencji** profilaktyki otyłości (żywienie, ruch i aktywność fizyczna,

dobrostan emocjonalny z odpoczynkiem i snem),

- **zapewnienie dostępu** do powszechnej diagnostyki i kompleksowego leczenia choroby otyłościowej.

Ekosystem STOP OTYŁOŚCI jest zorientowany na ochronę zdrowia człowieka przez dostęp do określonych zasobów i usług publicznych stymulujących prozdrowotne zmiany kulturowe. W ujęciu całościowym, ekosystem społeczny redukcji otyłości stanowi „mapę” stylu życia człowieka, z uwzględnieniem wszystkich środowisk jego rozwoju.

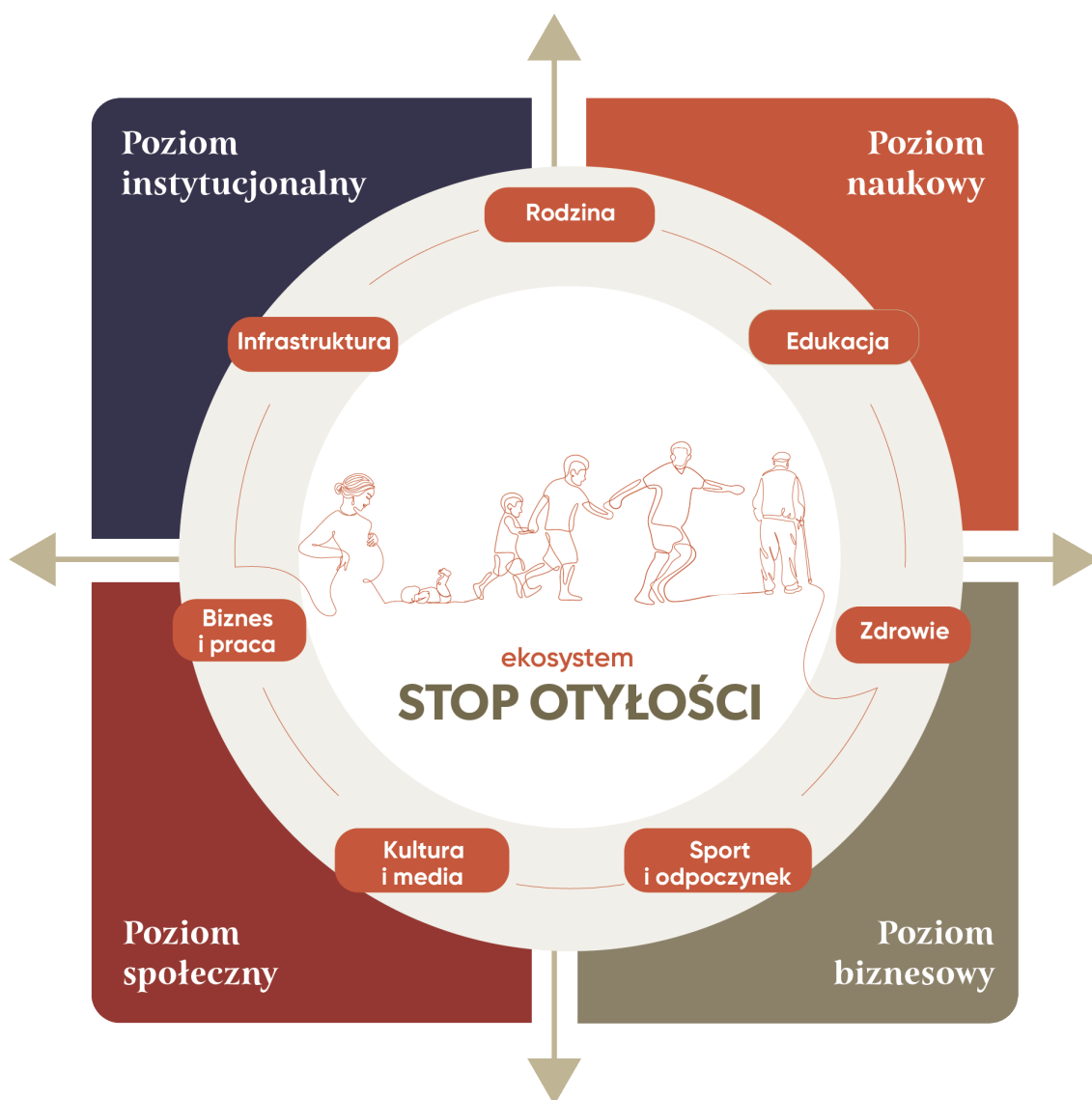
Model ekosystemu STOP OTYŁOŚCI obejmuje ogniwa: rodzina, edukacja, zdrowie, sport i odpoczynek, kultura i media, biznes i praca, infrastruktura.



9.3 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - model partycypacji międzysektorowej

Uwzględniając złożoność czynników ryzyka i rozwoju nadmiernej masy ciała, autorzy założeń do planu strategicznego redukcji otyłości rekomendują przyjęcie **schematu partycypacji międzysektorowej na czterech poziomach: instytucjonalnym, naukowym, społecznym i ekonomicznym**

– optymalnie przy dodatkowym wsparciu najważniejszych organizacji międzynarodowych (jak WHO, UNICEF). W ramach każdego z poziomów zalecane jest utworzenie międzysektorowych zespołów programowych, złożonych z instytucji zaangażowanych w realizację strategii na poziomie ogólnokrajowym. Rekomendowane jest także przyjęcie nadrzędnych i kierunkowych wartości dla interwencji planowanych na wszystkich poziomach współpracy międzysektorowej.





Poziom instytucjonalny

- Ministerstwo Finansów
- Ministerstwo Edukacji Narodowej
- Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego
- Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej
- Ministerstwo Klimatu i Środowiska
- Ministerstwo Sportu i Turystyki
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- Ministerstwo Cyfryzacji
- Najwyższa Izba Kontroli
- Ministerstwo Zdrowia
- Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi
- Ministerstwo Infrastruktury
- Ministerstwo Polityki Społecznej
- Ministerstwo Zdrowia

Poziom naukowy

- Agencja Badań Medycznych
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
- AOTMiT
- Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości
- Instytut Matki i Dziecka
- Polskie Towarzystwo Stomatologiczne
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
- Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
- Polskie Towarzystwo Onkologiczne
- Polskie Towarzystwo Pediatriczne
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
- Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne

Poziom społeczny

- Fundacja na rzecz Leczenia Otyłości
- Rzecznik Praw Pacjenta
- Rzecznik Praw Obywatelskich
- Rzecznik Praw Dziecka
- Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych
- Związek Powiatów Polskich
- Związek Miast Polskich
- Centrum Edukacji Obywatelskiej
- Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Poziom biznesowy

- Główny Urząd Statystyczny
- Konferencja Rektorów Uniwersytetów Polskich
- Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych
- Główny Inspektorat Sanitarny
- Ogólnopolska Federacja Przedsiębiorców i Pracodawców
- Polski Związek Producentów Leków Bez Recepty PASM
- Polska Organizacja Handlu i Dystrybucji
- Pracodawcy RP
- Związek Pracodawców Mediów Elektronicznych i Komunikacji
- Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych
- Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji
- Związek Pracodawców
- Związek Stowarzyszeń Rady Reklamy
- Business Centre Club
- IAA Międzynarodowe Stowarzyszenie Reklamy
- Konfederacja Lewiatan

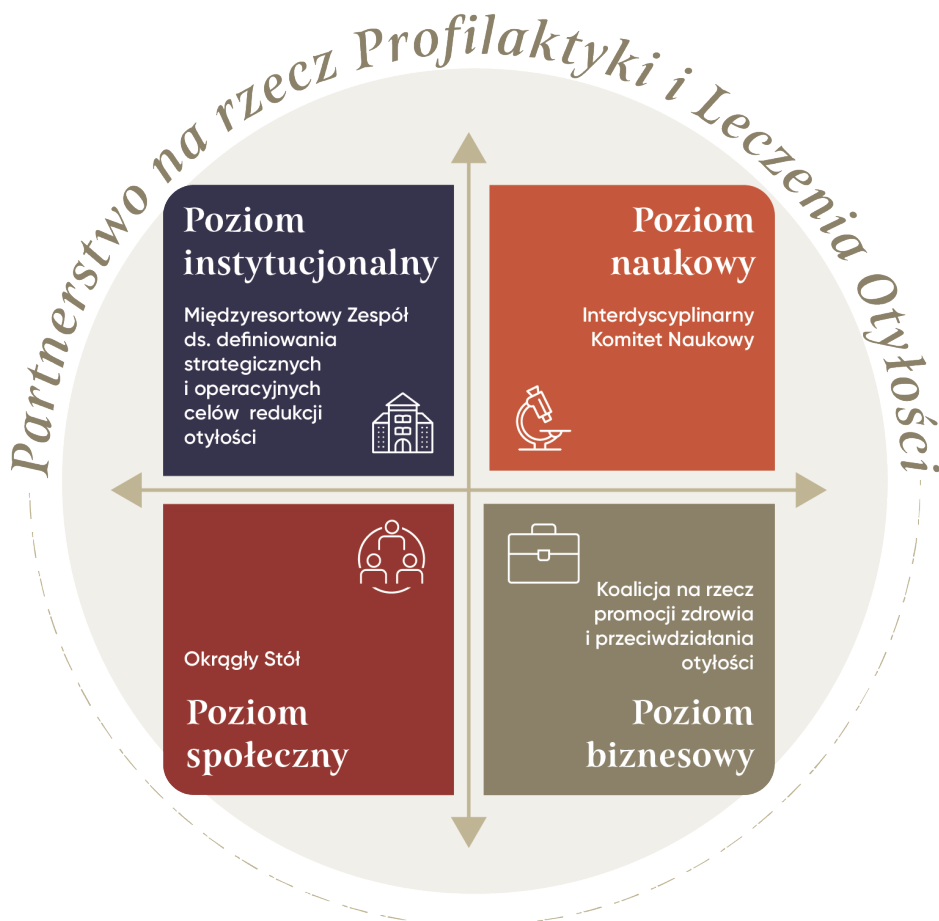
Schemat partycypacji międzysektorowej w modelu STOP OTYŁOŚCI stanowią:

- **Poziom INSTYTUCJONALNY** – Międzyresortowy Zespół ds. definiowania strategicznych i operacyjnych celów redukcji otyłości (zaangażowanie wybranych ministerstw);
- **Poziom NAUKOWY** – Interdyscyplinarny Komitet Naukowy, którego celem jest tworzenie rekomendacji i wytycznych dla procesu kształcenia, badań naukowych oraz monitorowania, by działania podejmowane w strategii krajowej były oparte na dowodach naukowych i najlepszych praktykach (zaangażowanie towarzystw naukowych oraz instytucji z dziedzin kluczowych dla redukcji otyłości);
- **Poziom SPOŁECZNY** – Okrągły Stół złożony z przedstawicieli organizacji

społecznych, organizacji pacjentów i ds. społeczeństwa obywatelskiego, które mają najbardziej znaczące doświadczenie w obszarze zdrowia, praw dziecka, praw pacjenta i rodziny;

- **Poziom BIZNESOWY** – Koalicja na rzecz promocji zdrowia i przeciwdziałania otyłości, złożona z reprezentantów stowarzyszeń i federacji sektorów gospodarczych, zaangażowanych w realizację planu, w tym w szczególności sektor spożywczy, aktywności fizycznej i sportu, sektor cyfrowy i audiowizualny, sektor farmaceutyczny i sektor pracodawców.

Interesariusze wszystkich poziomów działają w Partnerstwie na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości.



9.4 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - 12 kluczowych zasad i wartości

- 1. Zdrowie jako odnośnik wszystkich działań** (integrowanie aktywności wewnątrz sektorów, które mają wpływ na zdrowy styl życia, w szczególności w populacji dzieci i młodzieży);
- 2. Profilaktyka otyłości od poczęcia i powszechnie** (promowanie zdrowie w całym cyklu życia człowieka, długofalowo i wielopłaszczyznowo, wśród wszystkich grup docelowych);
- 3. Edukacja i aktywizacja rodzin oraz społeczności** (aktywizowanie i wspieranie rodziny oraz społeczności lokalnych w obszarze zdrowego stylu życia przez udostępnianie publicznych zasobów oraz wspomaganie oddolnych form aktywności);
- 4. Eliminowanie nierówności w dostępie do profilaktyki i leczenia** (redukcja różnic społeczne i różnice wynikające z płci w dostępie do zdrowego stylu życia, do prewencji, diagnostyki i leczenia otyłości);
- 5. Odróżnianie profilaktyki od leczenia** (odpowiedzialna edukacja w obszarze profilaktyki otyłości oraz jej diagnostyki i leczenia, zarówno opinię publiczną, jak i profesjonalistów różnych sektorów)
- 6. Brak stygmatyzacji** (propagować nie-stygmatyzującą perspektywę zjawiska nadmiernej masy ciała, pozytywnego obrazu ciała i prozdrowotnego podejścia do akceptacji siebie);
- 7. Ochrona praw dziecka do rozwoju w zdrowiu** (bronienie praw dzieci i młodzieży do rozwoju i wzrostu w zdrowiu, w warunkach sprzyjających prozdrowotnemu stylowi życia i prewencji nadmiernej masy ciała oraz do zapewnienia diagnostyki i leczenia choroby otyłościowej);
- 8. Bazowanie na dowodach naukowych** (propagowanie rozwoju w oparciu o najlepszą dostępną wiedzę oraz zalecenia międzynarodowych i krajowych organizacji referencyjnych);
- 9. Odpowiedzialny i skuteczny dialog** (tworzenie i promowanie współodpowiedzialności sektorów i podmiotów zaangażowanych w zdrowie, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia dzieci i młodzieży);
- 10. Ciągły monitoring** (permanentne doskonalenie instrumentów monitorowania otyłości i jej specyficznych uwarunkowań);
- 11. Kształcenie kadr profesjonalistów międzysektorowych** (szkolenie kadr poszczególnych sektorów oraz wymiana na najlepszych praktyk)
- 12. Ewaluacja i dostosowanie form wdrożeniowych** (określenie kluczowych wskaźników wraz z celami na lata 2030 i 2035, coroczne monitorowanie ich realizacji, elastyczność dostosowania strategii do zmieniających się uwarunkowań).

9.5 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - kierunki strategiczne rozwoju

W oparciu o model STOP OTYŁOŚCI, autorzy raportu wskazują na następujące główne kierunki strategiczne, determinujące rozwój poszczególnych ogniw ekosystemu:

- **Kształtowanie zmian kulturowych i postaw społecznych**, zorientowanych na prozdrowotny styl życia przez doskonalenie systemów publicznych w tym zakresie
- **Wzmacnianie systemu publicznej ochrony zdrowia** w obszarze diagnostyki i leczenia choroby otyłościowej.

Wskazane kierunki strategiczne mają funkcję scalającą ekosystem społeczny na poziomie indywidualnym (wiedza i narzędzia do zarządzania prozdrowotnym stylem życia, służącym profilaktyce otyłości) oraz publicznym (interwencje i działania sektorowe i międzysektorowe, rozwijające

profilaktykę, diagnostykę i leczenie choroby otyłościowej).

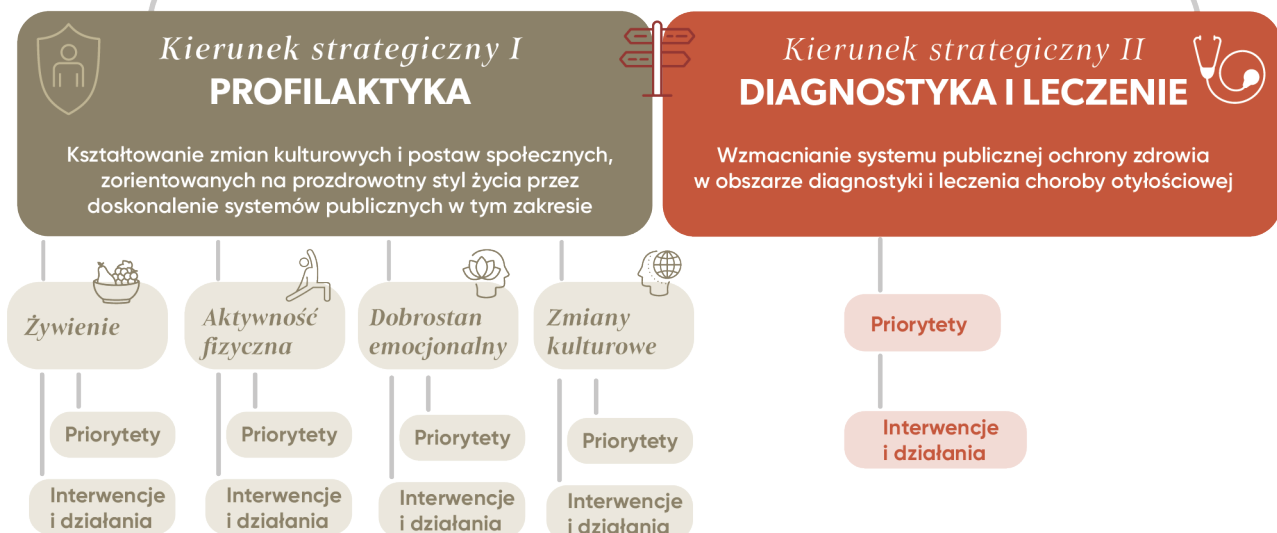
Tak sformułowane kierunki strategiczne w modelu STOP OTYŁOŚCI są zgodne z propagowanym przez Światową Organizację Zdrowia podejściem do promocji zdrowia w oparciu o społeczne uwarunkowania zdrowia.

Zaproponowane kierunki strategiczne kształtowania ekosystemu redukcji otyłości zostały rozwinięte w formie priorytetów oraz propozycji interwencji i działań w każdym z kluczowych obszarów (rysunek XX).

Kryteriami doboru rekomendowanych interwencji i działań były:

- **badania naukowe i zalecenia** towarzystw naukowych, organizacji międzynarodowych oraz paneli eksperckich
- **pozytywny impakt na jak największą liczbę ogniw ekosystemu**, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży.

Kierunki strategiczne modelu STOP OTYŁOŚCI



Kierunek strategiczny 1

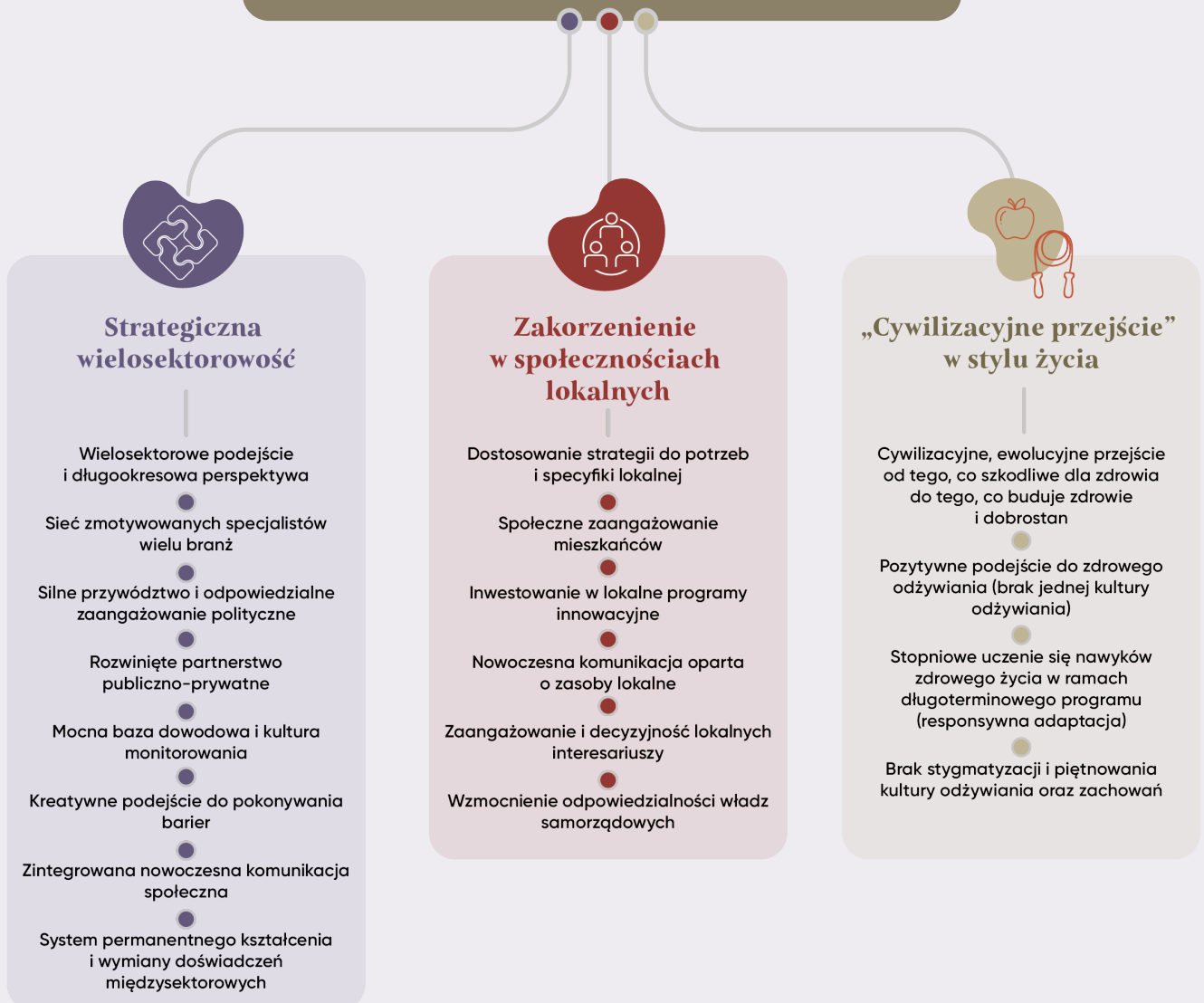
Kształtowanie zmian kulturowych i postaw społecznych, zorientowanych na prozdrowotny styl życia przez doskonalenie systemów publicznych w tym zakresie

Model referencyjny: Whole System Approach (WSA) to Obesity



Whole System Approach to Obesity (WSA) – model systemowego całościowego podejścia do redukcji nadwagi i otyłości jako zagadnienia o złożonym systemie adaptacyjnym, obejmującym przywództwo na poziomie krajowym oraz wdrożenie regionalne, z uwzględnieniem lokalnych czynników politycznych, społecznych, edukacyjnych i zdrowotnych. Pierwowzorem systemowego podejścia WSA do redukcji nadwagi i otyłości jest model redukcji otyłości dziecięcej w oparciu o społeczności lokalne (**Community-Based-Childhood Obesity Interventions - CBCOI**).

Model WSA profilaktyki otyłości





Propozycje interwencji i działań w zakresie zbilansowanego żywienia:

- Włączenie edukacji z zakresu zdrowego żywienia oraz gastronomii do programów przedszkolnych i szkolnych (w tym inicjatywy szkolne i międzyszkolne dostosowane do grup wiekowych, popularyzacja współpracy z lokalnymi producentami i dostawcami) oraz propagowanie domowego przygotowania zbilansowanych posiłków
- Redefinicja kryteriów jakości oraz zasad organizacji żywienia w placówkach edukacyjnych, w tym: zmiana organizacji przerw międzylekcyjnych, zagwarantowanie dostępności do stołówek szkolnych na wszystkich etapach edukacji, poprawa standardów żywieniowych i kontrola udostępnianego asortymentu, zapobieganie niedożywieniu ilościowemu i jakościowemu
- Stworzenie kompleksowej platformy internetowej edukacji w zakresie zbilansowanego żywienia, w szczególności dla dzieci i młodzieży (w tym programy szkoleniowe dla rodziców i opiekunów, pracowników placówek oświatowych – nauczycieli, trenerów, managerów żywienia, pielęgniarek, pracowników ad-

- ministracji) wraz z długofalowymi strategiami komunikacyjnymi
- Zagwarantowanie dostępności do darmowej wody pitnej w placówkach edukacyjno–opiekuńczych, w instytucjach publicznych, zakładach pracy oraz przestrzeni publicznej (parki, stadiony, place i aleje spacerowe itp.);
 - Wprowadzenie dopłat do zdrowej żywności dla rodzin o niskim statusie materialnym z dziećmi do 18 r.ż. (polityka fiskalna wspierająca zakup świeżych produktów);
 - Intensyfikacja działań wzmacniających pozycję konsumentów wobec produktów sprzyjających otyłości, w tym: udoskonalenie systemu etykietowania żywności, intensyfikacja procesów reformulacji w celu poprawy składu odżywczego produktów, narzędzia fiskalne służące ograniczeniu reklam żywności przyczyniającej się do otyłości, kampanie edukacyjne itp.;
 - Rozwój programów edukacyjnych w obszarze odżywiania kobiet w ciąży i kobiet karmiących, niemowląt i dzieci do lat 5;
 - Popularyzacja karmienia piersią w szpitalach, ośrodkach zdrowia, miejscach pracy i przestrzeniach publicznych.



Cywilizacyjne „przejście” w żywieniu i stylu życia

Na pojęcie cywilizacyjnego „przejścia żywieniowego” (*nutritional transition*) składa się kombinacja zmian w zachowaniach żywieniowych i stylu życia, związanych z poprawą warunków społeczno–ekonomicznych i zdrowotnych (transformacja demograficzna i epidemiologiczna), co ma wpływ na wzrost nadwagi i otyłości, a także niektórych chorób przewlekłych, takich jak choroby układu krążenia i cukrzyca typu II.

Historycznie to pojęcie odnoszące się do zjawiska charakterystycznego dla społeczeństw wysoko rozwiniętych, w których – pod wpływem globalizacji rynków, reklamy oraz czynników społeczno–kulturowych – ugruntowana została w latach 50–60 XX wieku tendencja do podążenia za uniwersalnym modelem żywienia a także określonym stylem życia.

Cechami tego zjawiska były: spadek zainteresowania tradycyjną żywnością na korzyść żywności przetworzonej, spadek konsumpcji produktów bogatych w węglowodany złożone i błonnik, wzrost spożycia produktów bogatych w rafinowane cukry, nabiał i produktów pochodzenia zwierzęcego oraz siedzący tryb życia.



Intensyfikacja ruchu spontanicznego, aktywności fizycznej i sportu w placówkach przedszkolnych i szkolnych oraz w przestrzeniach życia publicznego, nakierowana na niwelowanie nierówności społecznych w tym obszarze

Poprawa kompetencji nauczycieli i kadr medycznych w zakresie promowania aktywności fizycznej

Propagowanie przez jednostki samorządu terytorialnego aktywnego wyczynu rodzin

Promowanie aktywności fizycznej i sportu w środowiskach pracodawców i pracowników

Modernizacja polityki przestrzennej w kierunku zwiększania dostępu do terenów sprzyjających aktywności fizycznej i sportowej

Propozycje interwencji i działań w obszarze aktywności fizycznej i sportu:

- Opracowanie krajowego planu strategicznego promocji aktywności fizycznej i sportu w całym cyklu życia, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży;
- Zwiększenie udziału aktywności fizycznej w podstawie programowej zajęć przedszkolnych i szkolnych oraz propagowanie ruchu spontanicznego i sportu (nie zawężając do liczby godzin wychowania fizycznego);
- Intensyfikacja pozalekcyjnej aktywności fizycznej oraz sportu dzieci i młodzieży, w tym np. narzędzia motywacji i psychologii pozytywnej, aktywizacja

wieloodrodowiskowa: aktywna rodzina/aktywna szkoła/aktywna społeczność;

- Wspieranie zmian w polityce przestrzennej, nakierowanej na rozwój aktywności fizycznej i sportu, w tym np. budowa chodników i ścieżek rowerowych, tworzenie przestrzeni spacerowej i biegowej, rozbudowa przestrzeni zielonych w ciasno zabudowanych przedmieściach i osiedlach, rewitalizacja parków i placów zabaw, zwiększenie bezpieczeństwa tras do szkoły, zmiany w ruchu rowerowym w centrach miejskich - ze szczególnym uwzględnieniem terenów o najniższym stopniu rozwoju infrastrukturalnego;
- Zwiększanie dostępu na poziomie lokalnym do integrujących różne grupy wie-

- kowe przestrzeni umożliwiających aktywność fizyczną i sport (szkoły, obiekty sportowe i rekreacyjne, miejsca pracy);
- Wdrożenie i upowszechnienie aktywności fizycznej na receptę;
 - Zapewnienie darmowego dostępu do publicznych obiektów sportowych dla osób do 18. roku życia
 - Popularyzacja odpowiedzialnego ruchu spontanicznego, aktywności fizycznej i sportu dla osób z nadwagą i otyłością oraz szkolenie kadr profesjonalnych w tym zakresie (sektor opieki zdrowotnej, edukacji, sportu i turystyki, opieki społecznej oraz jednostki samorządu terytorialnego);
 - Popularyzacja aktywności fizycznej wśród osób z niepełnosprawnościami, w szczególności dzieci i młodzieży (placówki edukacyjne, placówki zdrowia, obiekty kultury, sportu i turystyki)
 - Propagowanie w mediach ruchu spontanicznego, aktywności fizycznej i sportu (w tym poprzez pasma skierowane do seniorów i osób o ograniczonej mobilności);
 - Rozwój i powszechne propagowanie różnorodności oferty aktywności fizycznej i sportu, w tym ruchu spontanicznego dla osób w każdym wieku, w obiektach publicznych i miejscach pracy oraz mediach (np. pasma włączające seniorów do wspólnej aktywności ruchowej);
 - Wspieranie rozwoju narzędzi cyfrowych intensyfikujących aktywność fizyczną, w szczególności kierowanych do dzieci, młodzieży i rodzin.

Priorytety w obszarze dobrostanu emocjonalnego i zdrowego odpoczynku



Propagowanie dobrostanu emocjonalnego jako wartości w każdym wieku, edukacja i aktywizacja w tym zakresie



Promowanie pozytywnych relacji w rodzinie, środowisku szkolnym, środowisku pracy i środowiskach lokalnych

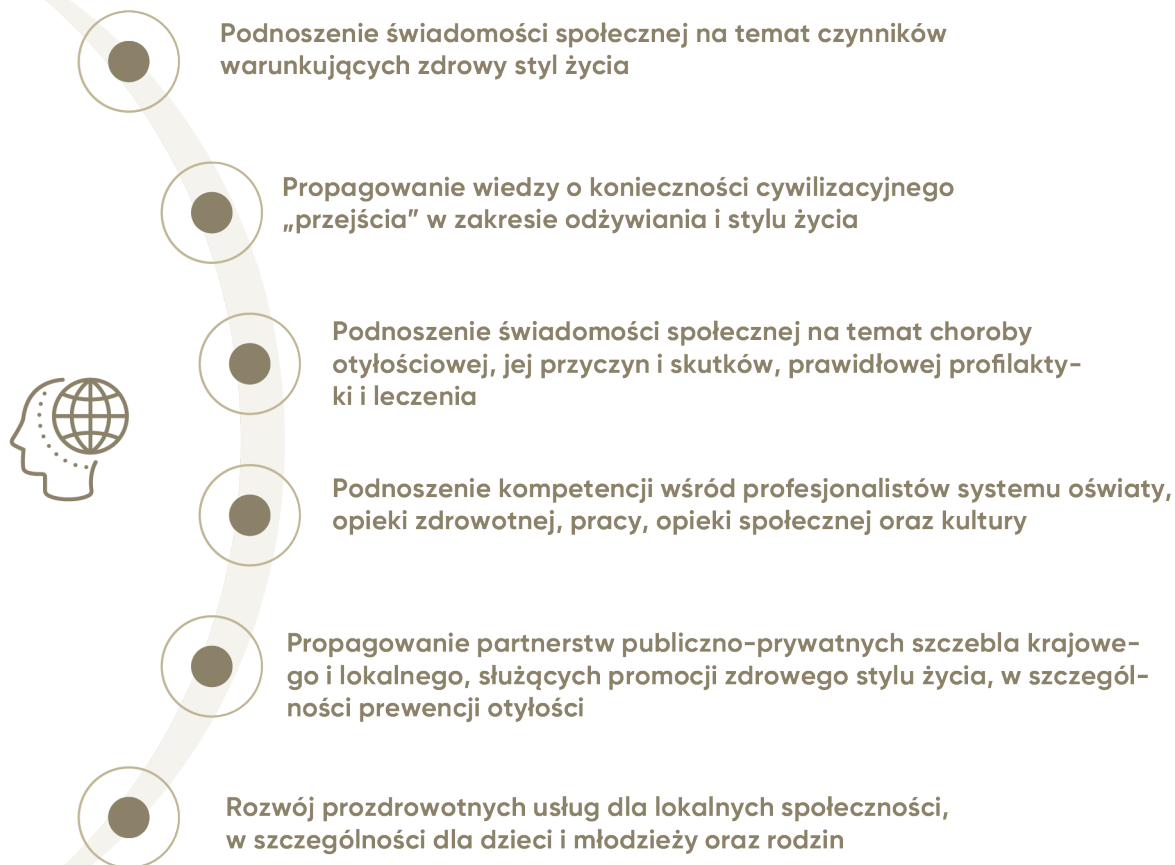


Rozwój profilaktyki zdrowia psychicznego, w szczególności wśród dzieci i młodzieży

Propozycje interwencji i działań w obszarze dobrostanu emocjonalnego i zdrowego odpoczynku:

- Rozwój inicjatyw społecznych na rzecz wzmocnienia relacji rodzinnych oraz wsparcia rodziny w kryzysie;
- Zwiększenie świadomości na temat bezpiecznego stosowania technologii informacyjnych i komunikacyjnych,
- w szczególności w populacji dzieci i młodzieży oraz ich opiekunów;
- Propagowanie równowagi między życiem prywatnym i życiem zawodowym
- Promocja zdrowego snu oraz aktywności w środowisku naturalnym jako fundamentów dobrostanu emocjonalnego;
- Intensyfikacja działań o charakterze profilaktyki zaburzeń psychicznych w programach placówek oświatowo-wychowawczych.

Priorytety w obszarze tworzenia kultury życia, sprzyjającej redukcji choroby otyłościowej



Propozycje interwencji i działań w obszarze tworzenia kultury życia, sprzyjającej redukcji choroby otyłościowej:

- Wielopoziomowe propagowanie cywilizacyjnego „przejścia” w stylu życia od tego, co szkodliwe dla zdrowia do tego, co służy zdrowiu człowieka;
- Propagowanie w edukacji szkolnej, w kulturze i środkach masowego przekazu realnych wzorców zdrowia i czynników go kształtujących;
- Zdefiniowanie i wdrożenie standardów zdrowej placówki oświatowej;
- Rozpowszechnianie zaleceń na temat zdrowego stylu życia, dostosowanych do wieku, środowiska życia i pracy;
- Ochrona dzieci i młodzieży przed reklamą produktów i usług zagrażających postawom prozdrowotnym, a w konsekwencji zdrowiu (ograniczenie reklam żywności o wysokiej zawartości cukru, soli i tłuszczu w mediach kierowanych do dzieci poniżej 16 r.ż. i rodzin);
- Realizacja strategii komunikacyjnych na temat otyłości i jej prewencji, dostosowanych do grup docelowych, z wykorzystaniem nowoczesnych technik

- marketingu społecznego, na poziomie krajowym, jak i lokalnym;
- Popularyzowanie kultury bez stygmatyzacji i dyskryminacji osób z nadwagą i otyłościami;
 - Budowanie i rozwój partnerstwa krajowego na rzecz profilaktyki i leczenia otyłości z interesariuszami i ekspertami różnych sektorów, z liderami opinii, mediami i środowiskiem pracodawców;
 - Zachęty i wymiana najlepszych praktyk w zakresie lokalnych usług prozdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem populacji dzieci i nastolatków (promocje skierowane do dzieci/nastolatków, interwencje cyfrowe, grywalizacje, odpowiedzialne imprezowanie itp. – stworzenie przewodnika dla jednostek samorządu terytorialnego)
 - Uwzględnienie celu redukcji otyłości w horyzontalnej polityce rozwoju samorządu terytorialnego wszystkich szczebli;
 - Wzmacnianie działań na rzecz ochrony środowiska (przeciwdziałanie zanieczyszczeniu powietrza jako czynnikowi zwiększającemu tendencję do otyłości wśród dzieci);
 - Wzmocnienie aspektu prewencji choroby otyłościowej, diagnostyki i leczenia w programach kształcenia zawodowego kadr opieki zdrowotnej, oświaty, sportu i turystyki, organizacji pracy, opieki społecznej, urbanistyki, kultury i masowego przekazu;
 - Propagowanie bezpiecznego użytkowania technologii informacyjnych oraz wspieranie środowiska cyfrowego bez przemocy.

Kierunek strategiczny 2

Wzmacnianie systemu publicznej ochrony zdrowia w obszarze diagnostyki i leczenia choroby otyłościowej

Priorytety w obszarze diagnostyki i leczenia choroby otyłościowej



Poprawa skuteczności diagnostyki i monitorowania choroby otyłościowej



Zwiększenie dostępności i skuteczności w zakresie diagnostyki i kompleksowego leczenia choroby otyłościowej



Rozwój kompetencji kadr profesjonalistów medycznych w zakresie choroby otyłościowej, w szczególności zespołów POZ



Poprawa infrastruktury usług medycznych dla pacjentów z chorobą otyłościową

Propozycje interwencji i działań w zakresie diagnostyki i leczenia choroby otyłościowej:

- Poprawa skuteczności monitorowania i ewaluacji choroby otyłościowej w systemie statystyki publicznej (np. raportowanie BMI, ucyfrowienie bilansów zdrowia dzieci)
- Zwiększenie dostępności do porady dietetycznej w POZ;
- Rozwój opieki kompleksowej nad pacjentem z otyłością w POZ;
- Stworzenie mechanizmów finansowania kompleksowej opieki nad pacjentem z otyłością zorientowanych na wzrost wartości zdrowotnej;
- Objęcie refundacją technologii medycznych o udowodnionej skuteczności i efektywności kosztowej oraz rzeczywiste zwiększanie dostępności do nich
- Wzrost inwestycji w rozwój ośrodków kompleksowej opieki dla pacjentów z chorobą otyłościową;
- Rozszerzenie dostępu do nowoczesnych technologii medycznych, tak lekowych, jak i nielekowych;
- Wprowadzenie umiejętności obesitologia i uwzględnienie formalne kompetencji tych specjalistów jako fundamentu publicznego systemu diagnostyki i leczenia otyłości;
- Rozwój i upowszechnienie dostępu do programów kompleksowego leczenia otyłości KOS-BMI 30+ oraz KOS-BMI dzieci;
- Intensyfikacja szkoleń dla profesjonalistów medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia otyłości.

9.6 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - kluczowe mechanizmy realizacji strategii

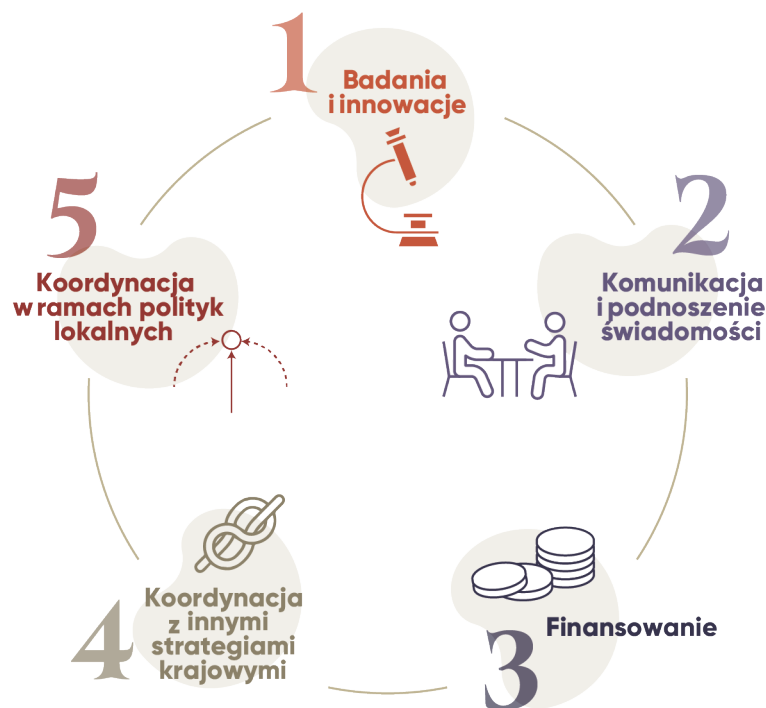
Na podstawie doświadczeń międzynarodowych, autorzy założeń do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości wyłonili następujące kluczowe mechanizmy umożliwiające realizację tak długofalowej i wielodyscyplinarnej strategii:

- badania i innowacje,
- komunikacja i podnoszenie świadomości,
- finansowanie,
- koordynacja z innymi strategiami krajowymi,
- koordynacja w ramach polityk lokalnych.

Mechanizm badań i innowacji ma za cel zapewnienie realnego postępu w rozu-

mieniu choroby otyłościowej i jej uwarunkowań, jak również w planowaniu skutecznych interwencji profilaktyki, diagnostyki i leczenia, w odniesieniu do jednostki oraz populacji. Mechanizm ten zakłada tworzenie wielodyscyplinarnej sieci ekspertów w dziedzinie badań i studiów nad chorobą otyłościową oraz jej determinantami, która obejmie regionalne i krajowe organizacje naukowe i społeczne oraz będzie współpracować z organizacjami międzynarodowymi.

Mechanizm komunikacji i podnoszenia świadomości ma zagwarantować postęp w rozwoju świadomości społecznej na temat przyczyn i konsekwencji choroby otyłościowej oraz profilaktyki otyłości od poczęcia dziecka. W ramach tego mechanizmu powinna



zostać wdrożona strategia komunikacji, skoncentrowana na promowaniu zdrowego stylu życia bezpośrednio do każdej populacji wiekowej oraz pośrednio – w środowiskach codziennego życia i rozwoju człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem populacji nieletnich. Długoletnia strategia powinna integrować administrację państwową i samorządową na rzecz realizacji wielokanałowych spójnych kampanii.

W celu wzmocnienia zasięgu i skuteczności, strategia komunikacji powinna promować współpracę z sektorem biznesowym w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego.

Mechanizm finansowania ma na celu zapewnienie optymalnych mechanizmów i poziomów finansowania w całym okresie wdrożenia planu strategicznego. Zakłada się wykorzystanie funduszy europejskich oraz rozwój – na nieobecny dotąd w Polsce

skalę – modelu partnerstwa publiczno-prywatnego. Konkretnie decyzje budżetowe powinny być wyszczególnione w planach operacyjnych, określonych przez Międzyresortowy Komitet ds. Strategii Redukcji Otyłości, nadzorujący jej realizację.

Koordinacja z innymi strategiami krajowymi to mechanizm mający zapewnić synergię działań na rzecz redukcji otyłości, podejmowanych przez poszczególne resorty, a ujęte w planach, strategiach i aktach prawnych.

Koordinacja w ramach polityk lokalnych to mechanizm nakierowany na osiągnięcie synergii działań redukcji otyłości na poziomie jednostek samorządu terytorialnego poprzez ujęcie profilaktyki choroby otyłościowej jako jednego z priorytetów kompleksowego rozwoju regionu.



9.7 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - schemat zarządzania strategią

Uwzględniając wielosektorowy zasięg oraz długoletnią perspektywę krajowej strategii redukcji otyłości, autorzy dokumentu proponują przyjęcie następującego schematu zarządczego, działającego w oparciu o trzy kluczowe podmioty, odpowiedzialne za koordynację, monitorowanie i ocenę wdrożenia:

🕒 **Zespół Międzyresortowy ds. Strategii Redukcji Otyłości** – kierujący realizacją strategii:

- » przewodniczy mu instytucjonalnie Kancelaria Prezesa Rady Ministrów,
- » w skład Komitetu wchodzi zaangażowane w strategię ministerstwa oraz zespół administrujący działania w imieniu Komitetu;

🕒 **Forum Konferencji Sektorowych** – stanowiące główny „pomost” współpracy między administracją krajową a jednostkami samorządu terytorialnego:

- » Konferencje Sektorowe odbywają się cyklicznie i umożliwiają wdrożenie strategii krajowej na poziomie regionalnym, wzmacniają także głos jednostek samorządu terytorialnego (JST) w zarządzaniu zdrowiem publicznym,
- » każda z Konferencji Sektorowych jest ma temat jednego z kluczowych zagadnień strategii krajowej „na styku” administracji krajowej i JST,
- » Prace Agencji Konferencji Sektorowych administruje zespół koordynujący;

🕒 **Kolegium Doradcze** tworzą Parlamentarny Zespół ds. Przeciwdziałania Otyłości, Parlamentarny Zespół ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia oraz Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości.



9.8 Ekosystem STOP OTYŁOŚCI - wskaźniki monitorowania efektywności planu strategicznego

Wskaźniki monitorowania efektywności w modelu STOP OTYŁOŚCI zostały opracowane w oparciu o koncepcję Donabediana jakości w ochronie zdrowia. **W obu kierun-**

kach strategicznych rozwoju ekosystemu redukcji otyłości autorzy zaproponowali wskaźniki struktury i wskaźniki procesu oraz zbieżne dla obu kierunków wskaźniki wyniku, determinowane wskaźnikami rozwoju struktury i procesu. Zgodnie z koncepcją VBHC, finalna lista wskaźników oraz ich współczynniki zmiany w czasie powinny być przedmiotem uzgodnień organów decyzyjnych krajowego planu strategicznego redukcji otyłości.

| KIERUNEK STRATEGICZNY 1 | KIERUNEK STRATEGICZNY 2 |
|--|--|
| Kształtowanie zmian kulturowych i postaw społecznych, zorientowanych na prozdrowotny styl życia przez doskonalenie systemów publicznych w tym zakresie | Wzmacnianie systemu publicznej ochrony zdrowia w obszarze diagnostyki i leczenia choroby otyłościowej |
| Wskaźniki struktury | Wskaźniki struktury |
| Liczba instytucji udostępniających darmową wodę pitną w poszczególnych rodzajach obiektów | Liczba lekarzy z umiejętnością obesitologia |
| Liczba placówek oświatowych objętych standardami zdrowej szkoły | Liczba ośrodków kompleksowej opieki dla pacjentów z chorobą otyłościową KOS-BMI 30 Plus w przeliczeniu na 100 tysięcy dzieci |
| Liczba publicznych obiektów sportowych z darmowym dostępem dla osób do lat 18 | Liczba ośrodków kompleksowej opieki dla pacjentów z chorobą otyłościową KOS-BMI Dzieci w przeliczeniu na 100 tysięcy dzieci |
| Liczba narzędzi cyfrowych intensyfikujących aktywność fizyczną wdrożonych na poziomie krajowym | Liczba ośrodków kompleksowej opieki dla pacjentów z chorobą otyłościową KOS-BAR w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców |
| Liczba psychologów szkolnych w przeliczeniu na 10 tysięcy uczniów | Liczba refundowanych technologii lekowych przeciw otyłości o udowodnionej skuteczności i efektywności kosztowej |
| Liczba pielęgniarek szkolnych w przeliczeniu na 10 tysięcy uczniów | Liczba poradni POZ udostępniających poradę dietetyka |
| Odsetek placówek szkolnych i przedszkolnych posiadających własne zaplecze gastronomiczne | |
| Dostępność do obiektów sportowych i rekreacyjnych w promieniu 2 km od miejsca zamieszkania dzieci i młodzieży w wieku szkolnym | |
| Dostępność hal sportowych i sal gimnastycznych na 10 tysięcy mieszkańców | |
| Dostępność pływalni krytych na 10 tysięcy mieszkańców | |
| Długość ścieżek rowerowych | |

| KIERUNEK STRATEGICZNY 1 | KIERUNEK STRATEGICZNY 2 |
|--|--|
| Wskaźniki procesu | Wskaźniki procesu |
| Liczba zrealizowanych godzin z zakresu edukacji żywieniowej i kulinarnej w poszczególnych grupach wiekowych uczniów | Liczba poradni POZ raportujących BMI |
| Liczba rodzin o niskim statusie materialnym objętych dopłatami do zdrowej żywności | Liczba pacjentów objętych programem KOS BMI 30 Plus w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców |
| Liczba osób, którym zostało udzielone świadczenie „Aktywność fizyczna na receptę” | Liczba pacjentów objętych programem KOS BMI Dzieci w przeliczeniu na 100 tysięcy dzieci |
| Liczba ocenionych i wdrożonych programów profilaktycznych z zakresu otyłości | Liczba pacjentów objętych programem KOS BMI w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców |
| Liczba zrealizowanych na poziomie krajowym kampanii edukacyjnych dotyczących zdrowego stylu życia oraz ich realny zasięg (pomiar ilościowy i jakościowy) | Liczba pacjentów objętych poradą dietetyczną w POZ |
| Liczba godzin aktywności fizycznej w podstawie programowej i poza podstawą programową w szkołach | Liczba pacjentów objętych farmakoterapią otyłości |
| Liczba osób do 18 r. ż. korzystających z darmowego dostępu do obiektów sportowych | Mediana BMI osób dorosłych poddanych zabiegowi endoprotezoplastyki stawu kolanowego z rozpoznaniem głównym M17 |
| Liczba godzin poświęconych programom na temat aktywizacji ruchowej w odniesieniu do poszczególnych grup wiekowych w mediach | Liczba pacjentów, którzy wykupili leki stosowane w leczeniu otyłości oraz liczba wykupionych opakowań leków stosowanych w leczeniu otyłości w podziale na lata |
| Liczba krajowych programów promocji zdrowego snu dla poszczególnych kategorii wiekowych | Liczba dorosłych pacjentów, którzy mieli udzielone świadczenia z rozpoznaniem głównym cukrzycy |
| Zasięg i dotarcie poszczególnych faz strategii komunikacji na temat zdrowego stylu życia | Odsetek dorosłych pacjentów, którzy przeszli zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego spowodowany chorobą zwyrodnieniową kolan, u których występowała nadwaga lub otyłość |
| Zmniejszenie częstotliwości i zasięgu reklam produktów spożywczych szkodzących zdrowiu w mediach | Liczba świadczeń udzielonych osobom dorosłym z powodu stłuszczenia wątroby |
| | Liczba dorosłych pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym nadciśnienia tętniczego |
| | Liczba dorosłych pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym dyslipidemii |
| Wskaźniki wyniku | |
| Odsetek osób z nadmierną masą ciała (nadwaga i otyłość) w grupach wiekowych: do 5. r.ż., 6-9 lat, 11-15 lat oraz wśród dorosłych | |
| Różnice społeczne (wg dochodu na osobę w rodzinie i wg poziomu wykształcenia) wśród osób z nadmierną masą ciała w grupach wiekowych: 6-9 lat, 11-15 lat oraz wśród dorosłych | |
| Różnice między płciami wśród osób z nadmierną masą ciała w grupach wiekowych: 6-9 lat, 11-15 lat oraz wśród dorosłych | |
| Sedentaryzm w grupach wiekowych: 6-9 lat, 11-15 lat oraz wśród dorosłych | |
| Spożycie wybranych grup produktów spożywczych w poszczególnych grupach wiekowych | |
| Liczba godzin przeznaczonych na aktywność fizyczną, zgodnie z zaleceniami WHO, dla grup wiekowych: 6-9 lat, 11-15 lat oraz wśród dorosłych | |

| KIERUNEK STRATEGICZNY 1 | KIERUNEK STRATEGICZNY 2 |
|---|-------------------------|
| Liczba godzin snu w grupach wiekowych: 6-9 lat, 11-15 lat oraz wśród dorosłych | |
| Okres karmienia piersią przez młode matki | |
| Redukcja wyjściowej masy ciała i wskaźnik kryteriów końcowych programu KOS-BMI Dzieci | |
| Redukcja masy ciała i wskaźnik kryteriów końcowych programu KOS-BMI 30 Plus | |
| Redukcja masy ciała i wskaźnik kryteriów końcowych programu KOS-BAR | |
| Liczba dni absencji chorobowej z powodu otyłości | |
| Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej z powodu zwyrodnienia kolan | |

Spis tabel

| | | |
|------------|---|----|
| TABELA 1. | ESTYMOWANA CHOROBYWOŚĆ, JAKO ODSETEK I LICZBA DOROSŁYCH Z OTYŁOŚCIĄ, W POPULACJI ŚWIATA W LATACH 2020, 2025, 2030 | 22 |
| TABELA 2. | ESTYMOWANA CHOROBYWOŚĆ, JAKO ODSETEK I LICZBA DOROSŁYCH KOBIET Z OTYŁOŚCIĄ W POPULACJI ŚWIATA W LATACH 2020, 2025, 2030 | 22 |
| TABELA 3. | ESTYMOWANA CHOROBYWOŚĆ, JAKO ODSETEK I LICZBA DOROSŁYCH MĘŻCZYŹN Z OTYŁOŚCIĄ W POPULACJI ŚWIATA W LATACH 2020, 2025, 2030 | 23 |
| TABELA 4. | KRAJE REGIONU EUROPY Z NAJWYŻSZĄ I NAJNIŻSZĄ CHOROBYWOŚCIĄ OTYŁOŚCI WŚRÓD KOBIET, DO 2030 R. | 23 |
| TABELA 5. | KRAJE REGIONU EUROPY Z NAJWYŻSZĄ I NAJNIŻSZĄ CHOROBYWOŚCIĄ OTYŁOŚCI WŚRÓD MĘŻCZYŹN, DO 2030 R. | 24 |
| TABELA 6. | KRAJE REGIONU EUROPY Z NAJWYŻSZĄ I NAJNIŻSZĄ CHOROBYWOŚCIĄ OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 5. DO 19. R.Ż., DO 2030 R. | 25 |
| TABELA 7. | PROCENT POPULACJI Z NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ WEDŁUG PŁCI I WIEKU W 2019 R., WG EUROSTAT | 27 |
| TABELA 8. | WSKAŹNIK MASY CIAŁA (BMI) WEDŁUG PŁCI, WIEKU I POZIOMU WYKSZTAŁCENIA W 2019 R., WG EUROSTAT | 28 |
| TABELA 9. | WARTOŚĆ REFUNDACJI LECZENIA WYBRANYCH KONSEKWENCJI OTYŁOŚCI U DOROSŁYCH OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ, 2023 ROK | 34 |
| TABELA 10. | ZESTAWIENIE KRAJÓW WG DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z OTYŁOŚCIĄ | 94 |

Spis wykresów

| | |
|---|----|
| WYKRES 1. WSKAŹNIK BMI (OTYŁOŚĆ) W UNII EUROPEJSKIEJ W 2019 R., WG EUROSTAT..... | 29 |
| WYKRES 2. WYDATKI Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH NA ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z NIEZDOLNOŚCIĄ DO PRACY SPOWODOWANĄ WYBRANYMI CHOROBYMI, WEDŁUG RODZAJÓW ŚWIADCZEŃ W LATACH 2020-2022..... | 36 |
| WYKRES 3. LICZBA DNI ABSENCJI CHOROBY OSÓB Z ROZPOZANIEM E66 Z TYTUŁU CHOROBY WŁASNEJ OSÓB UBEZPIECZONYCH W ZUS LATACH 2020-2022..... | 36 |
| WYKRES 4. LICZBA OSÓB Z ROZPOZANIEM E66 I PIERWSZORAZOWYM ORZECZENIEM RENTOWYM OD LEKARZY ORZECZNIKÓW USTALAJĄCYCH NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W LATACH 2020-2022..... | 36 |
| WYKRES 5. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W POLSCE..... | 39 |
| WYKRES 6. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W CZECHACH..... | 44 |
| WYKRES 7. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH NA WĘGRZECH..... | 48 |
| WYKRES 8. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W WIELKIEJ BRYTANII..... | 50 |
| WYKRES 9. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W IRLANDII..... | 55 |
| WYKRES 10. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W NIEMCZECH..... | 58 |
| WYKRES 11. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W KANADZIE..... | 60 |
| WYKRES 12. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W RUMUNII..... | 63 |
| WYKRES 13. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH WE FRANCJI..... | 66 |
| WYKRES 14. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W HISZPANII..... | 73 |
| WYKRES 15. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W DANII..... | 79 |
| WYKRES 16. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH W PORTUGALII..... | 84 |
| WYKRES 17. ODSETEK OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ WG GRUP WIEKOWYCH WE WŁOSZECH..... | 89 |

Bibliografia

Pozycje książkowe, artykuły, raporty:

- 2021 National Reform Programme of Hungary. Government of Hungary 2021. Źródło: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/nrp_2021_hungary_en.pdf.
- A Healthy Weight For Ireland – Obesity Policy and Action Plan. 2016-2025. Link: Źródło: <https://assets.gov.ie/10073/ccbd6325268b48da80b8a9e5421a9eae.pdf>.
- Abuznada S., Measuring the impact of participation in the Strong4Life CampProgram on the quality of life (QL) of overweight and obese CampersUsing the Peds QL-test, "Emory University" 2016; <https://etd.library.emory.edu/concern/etds/jd472w66k?locale=it>.
- Action on obesity: Comprehensive care for all. Royal College of Physicians 2013. Źródło: <https://www.rcplondon.ac.uk/file/1283/download>.
- Advertising Standards Authority (ASA) <https://www.asa.org.uk/codes-and-rulings/advertising-codes/broadcast-code.html>.
- Aktionsplan „Weiterentwicklung IN FORM – Schwerpunkte des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten ab 2021. Źródło: https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/GesundeErnaehrung/weiterentwicklung-inform.pdf?__blob=publicationFile&v=3.
- Allan N., The Mayor of Oklahoma City Talks Obesity, "The Atlantic" 2010; <https://www.theatlantic.com/politics/archive/2010/06/the-mayor-of-oklahoma-city-talks-obesity/58624/>.
- Atlas on childhood obesity. 2019 https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996_Childhood_Obesity_Atlas_Report_ART_V2.pdf.
- Australian Institute of Health and Welfare "Australia's children – overweight and obesity" 2018; <https://www.aihw.gov.au/reports/children-youth/australias-children/contents/health/overweight-obesity>.
- Bell L., Ullah S., Leslie E., Magarey A., Olds T., Changes in weight status, quality of life and behaviours of South Australian primary school children: results from the Obesity Prevention and Lifestyle (OPAL) community intervention program, "BMC Public Health" 2019 (19:1338); <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7710-4>.
- Bertakis K., Azari R., Obesity and the Use of Health Care Services, "Obesity Research" 2005, Vol. 13/2, pp. 372-379, <https://doi.org/10.1038/oby.2005.49>.
- Biro A., Did the junk food tax make the Hungarians eat healthier? Food Policy, Volume 54, 2015.
- Borys J. M., Le Bodo Y., Jebb S.A., Seidell J.C., Summerbell C. et al., EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development, "Obesity Review" 2012. 13 (4) 299-315; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3492853/>.
- Bray G.SA. (2004), Medical consequences of obesity. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 89, 2583-2589.
- Canada Health System Review. The North American Observatory on Health Systems and Policies (NAO), 2020. Źródło: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336311/HIT-22-3-2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- CBCOI – Community-Based Childhood Obesity Intervention (społecznościowa interwencja w zakresie otyłości dzieci).
- Cecchini M., Use of healthcare services and expenditure in the US in 2025: The effect of obesity and morbid obesity, "PLOS ONE" 2018, Vol. 13/11, p. e0206703, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206703>.
- Centers for Disease Control and Prevention "Obesity among young children enrolled in WIC" 2022; <https://www.cdc.gov/obesity/data/obesity-among-WIC-enrolled-young-children.html>.
- Chauliac M., Hercberg S., Changing the food environment: the French experience, "Am. Society for Nutrition" 2012 (3) 605-610; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3649733/pdf/605S.pdf>.
- Childhood obesity: a plan for action, UK 2016. Źródło: <https://www.gov.uk/government/publications/childhood-obesity-a-plan-for-action>.
- CHRODIS "Young people at a healthy weight. JOGG, Netherlands"; <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/03/young-people-at-a-healthy-weight-jogg.pdf>.
- Csige, I., Ujvárosy, D., Szabó, Z., Lőrincz, I., Paragh, G., Harangi, M., Somodi, S., et al., 2018. The impact of obesity on the cardiovascular system. Journal of diabetes research 2018.
- Cukier, otyłość – konsekwencje. NFZ 2019 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu>.
- d'Arcy J., Strong4Life campaign: shocking us into caring about childhood obesity, "Washington Post" 2012; https://www.washingtonpost.com/blogs/on-parenting/post/strong4life-campaign-shocks-us-into-caring-about-childhood-obesity/2012/01/02/gIQAACdYYP_blog.html.
- Daepf M.I., Gortmaker S.L., Wang Y.C., Long M.W., Kenney L.E., WIC food package changes: trends in childhood obesity prevalence, "Pediatrics" 143(5) 2019; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30936251/>.
- Dekret nr 152 z 2009 r. (XI. 12.) FVM Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi w sprawie obowiązujących przepisów Codex Alimentarius Hungaricus. Źródło: <https://leap.unep.org/countries/hu/national-legislation/decre-no-152-2009-xi-12-fvm-ministry-agriculture-and-rural>.
- Dekret w sprawie działalności pracowników służby zdrowia i innych specjalistów z 2011 roku (Dekret nr

- 55/2011 Dz.). Źródło: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
28. Dozsa, Csaba & Illes, Lilla & Lazar, Gy & Mohos, E & Higgins, A & Heltér, Tímea. Cost-utility analysis of different bariatric surgeries in Hungary. 17/2018, p. 63-68.
 29. Drake C., Strong4Life childhood obesity campaign stirs up controversy, "HCP Live" 2012; <https://www.hcplive.com/view/strong4life-childhood-obesity-campaign-stirs-up-controversy>.
 30. Early Intervention Foundation <https://guidebook.eif.org.uk/programmes/henry>.
 31. Effertz T. et al., The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective, "The European Journal of Health Economics" 2016, Vol. 17/9, pp. 1141-1158, <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0751-4>.
 32. Enhanced service specification. Weight management 2021/22, NHS. Źródło: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/06/B0699-ess-weight-management-21-22.pdf>.
 33. European Commission, Directorate-General for Health & Consumers "EPODE European Network (EEN). Context, objectives and operational description", 2008; https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007327/EEN_memo.pdf.
 34. Förderschwerpunkt Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Bundesministerium für Gesundheit 2021. Źródło: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheitspraevention-von-kinder-uebergewicht.html>.
 35. Fryer C.D., Carroll M.D., Afful J., Prevalence of overweight, obesity and severe obesity among children and adolescents aged 2-19 years: United States, 1963-65 through 2017-2018, National Centre for Health Statistics 2020; <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity-child-17-18/overweight-obesity-child-H.pdf>.
 36. Galvin B., „Oklahoma City's Renaissance", US News 2017; <https://www.usnews.com/news/healthiest-communities/articles/2017-11-01/oklahoma-citys-road-from-fat-to-fit>.
 37. Gomez Santos S.F., Estevez Santiago R., Palacios N. et al., THAO-child health programme: community-based intervention for healthy lifestyles promotion to children and families: results of a cohort study, "Nutricion Hospitalaria" 2015, 32(6): 2584-2587; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26667707/>.
 38. Hales C.M., Fryer C.D., Carroll M.D., Trends in obesity and severe obesity prevalence in US youth and adults by sex and age, 2007-2008 to 2015-2016, "American Medical Association by JAMA Network" 2018 (319)16; <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2676543>.
 39. Harmonogram do Narodowej Strategii Zdrowia 2020. Źródło: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/web-upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002b%20prevence%20obezity_harmonogram.pdf.
 40. Hawes A., An examination on demographic associations predicting success in the children's healthcare od Atlanta's Strong4Life Program, Georgia State University, School of Public Health 2015, https://scholarworks.gsu.edu/iph_theses/395/.
 41. Hawkes C., Russell S., Isaacs A., Rutter H., Viner R., What can be learned from Amsterdam Healthy Weight programme to inform the policy response to obesity in England?, "Obesity Policy Research Unit (OPRU)", University College London 2017; <https://www.ucl.ac.uk/obesity-policy-research-unit/sites/obesity-policy-research-unit/files/what-learned-from-amsterdam-healthy-weight-programme-inform-policy-response-obesity-england.pdf>.
 42. Huiberts I., Singh A., Collard D., Hendriks M., Implementation of the JOGG approach: unpacking the complex implementation process of community-based healthy promotion using the Critical Event Card, "European Journal of Public Health" 2023 (vol.33) ckad 133.141; https://academic.oup.com/eurpub/article/33/Supplement_1/ckad133.141/7265796.
 43. IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2021. Źródło: https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/aktionsprogramm-in-form/aktionsprogramm-in-form_node.html.
 44. Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej. Najwyższa Izba Kontroli 2011. Źródło: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3276,vp,4137.pdf>.
 45. Informacja o wynikach kontroli w zakresie dostępności profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych. Najwyższa Izba Kontroli 2021. Źródło: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,25237,vp,27987.pdf>.
 46. Interwencja stylu życia w przypadku ciężkiej otyłości. Rekomendacje ofert dla dzieci i dorosłych. Dania 2021. Źródło: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelsesr/2021/Overvaegt/Livsstilsintervention-ved-svaer-overvaegt.ashx>.
 47. Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro – L'epidemiologia per la sanità pubblica 2021. Źródło: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>.
 48. James M., Parkhurst A., Paxman J., Tackling Obesity – what the UK can learn from other countries, 2020health – making health personal; London 2018; <https://2020health.org/?s=tackling+obesity>.
 49. Koivusilta L., Alanne S., Kamila M., Stahl T., A qualitative study on multisector activities to prevent childhood obesity in the municipality of Seinäjoki, Finland, "BMC Public Health" 2022 (22:1298); <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35794541/>.
 50. Kremers H., et al., Obesity Increases Length of Stay and Direct Medical Costs in Total Hip Arthroplasty, "Clinical Orthopaedics and Related Research®" 2014, Vol. 472/4, pp. 1232-1239, <https://doi.org/10.1007/s11999-013-3316-9>.
 51. Kremers H., et al., The Effect of Obesity on Direct Medical Costs in Total Knee Arthroplasty, "The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume" 2014, Vol. 96/9, pp. 718-724, <https://doi.org/10.2106/JBJS.M.00819>.
 52. La Moncloa "Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil (2022-2030) – EN PLAN BIEN"; https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2022/100622-plan-estrategico-nacional-reduccion-obesidad-infantil_en-plan-bien.pdf.
 53. Lobstein et al., 2023, <https://www.worldobesityday.org>.
 54. Mahase E., Global cost of overweight and obesity will hit \$4.32tn a year by 2035, report warns BMJ 2023;

- 380 :p523 doi:10.1136/bmj.p523 <https://www.bmj.com/content/380/bmj.p523>
55. Ministerstwo Zdrowia i Prewencji Francji <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>.
 56. Model of Care for the Management of Overweight and Obesity. Źródło: <https://www.hse.ie/eng/about/who/cspd/ncps/obesity/model-of-care/obesity-model-of-care.pdf>.
 57. Morgan K., et al., Obesity in pregnancy: a retrospective prevalence-based study on health service utilisation and costs on the NHS, "BMJ open" 2014, Vol. 4/2, p. e003983, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003983>.
 58. Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review, 2019; <https://www.healthactionresearch.org.uk/assets/documents/international-childhood-obesit>.
 59. Musuwo N., International policies to reduce childhood obesity – a health action campaign review, 2019; <https://www.healthactionresearch.org.uk/assets/documents/international-childhood-obesit>.
 60. Nagi M. A., Ahmed H., Rezaq M. A. A., Sangroongruangri S., Chaikledkaew U., Almalki Z., Thavorncharoensap M., Economic costs of obesity: a systematic review, "Int J Obes (Lond)" 2023 Oct 26. doi: 10.1038/s41366-023-01398-y. Epub ahead of print. PMID: 37884664.
 61. Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym, poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej – „POL-HEALTH” 2007-2011. Źródło: <http://www.archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/promocja-zdrowia/dzialania-w-ramach-programow-zdrowotnych/narodowy-program-przeciwdzialania-chorobom-cywilizacyjnym/modul-i-program-zapobiegania-nadwadze-i-otylosci-oraz-przewleklym-chorobom-niezakaznym-poprzez-poprawe-zywienia-i-aktywnosci-fizycznej-pol-health/>.
 62. National Child Measurement Programme UK. Źródło: <https://digital.nhs.uk/services/national-child-measurement-programme/>.
 63. National Institute for Health and Care Research "Evaluation of the sustainable obesity prevention programme at scale HENRY: effectiveness, cost-effectiveness and its role in obesity prevention within the wider complex system", 2023; <https://fundingawards.nihr.ac.uk/award/NIHR135081>.
 64. NCD Risk Factor Collaboration (2017) and World Obesity Federation projections.
 65. New calorie labelling rules come into force to improve nation's health. Department of Health and Social Care 2022. Źródło: <https://www.gov.uk/government/news/new-calorie-labelling-rules-come-into-force-to-improve-nations-health>.
 66. New services launched to help people achieve a healthier weight and improve wellbeing, UK Government 2021. Źródło: <https://www.gov.uk/government/news/new-services-launched-to-help-people-achieve-a-healthier-weight-and-improve-wellbeing>.
 67. NFZ o zdrowiu. Otyłość i jej konsekwencje, Warszawa 2024, www.nfz.gov.pl
 68. NHS Digital 2004, <https://digital.nhs.uk/>
 69. data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/health-survey-for-england-2004-updating-of-trend-tables-to-include-childhood-obesity-data.
 70. NHS School Fruit and Vegetable Scheme <https://www.nhs.uk/Livewell/5ADAY/Documents/SFVS%20Factfile%20Newsletter%20May%202015.pdf>.
 71. Obesity and Work Challenging stigma and discrimination, Institute for Employment Studies 2019. Źródło: <https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/526.pdf>.
 72. Obesity Canada. Źródło: <https://obesitycanada.ca/oc-news/a-national-obesity-strategy-are-we-there-yet/>.
 73. Obesity: identification, assessment and management, NICE 2014. Źródło: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/chapter/1-Recommendations#pharmacological-interventions>.
 74. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 kwietnia 2024 r. (DZ. URZ. Min. Zdr. 2024.19 Ogłoszony: 18.03.2024).
 75. Odpowiedź Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją produktów leczniczych wspierających leczenie otyłości. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021. Źródło: <https://www.gov.pl/attachment/e2f9d84d-24cb-4223-9529-caa363ddbfbf>.
 76. OECD „Young people at a Healthy Weight (JOGG): case study overview”; <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/de158cb6-en/index.html?itemId=/content/component/de158cb6-en>.
 77. Opieka zdrowotna świadczona w ramach publicznej ochrony zdrowia w obszarze otyłości. Narodowa Służba Zdrowia w Portugalii 2019 (dostęp dn. 27.11.2022r.). Źródło: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2448/ERS_-_Cuidados_obesidade_SNS.pdf.
 78. Otyłość epidemią XXI wieku. Fundacja Republikańska 2021 <https://fundacjarepublikanska.org/otylosc-epidemia-xxi-wieku/>.
 79. Otyłość: ocena kliniczna i postępowanie. NICE 2016. Źródło: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs127/chapter/Introduction#coordinated-services>.
 80. Otyłość: optymalizacja podejścia terapeutycznego w państwowej służbie zdrowia. Ogólnopolski Program Promocji Zdrowego Odżywiania. Departament Jakości Zdrowia 2017 (dostęp dn. 27.11.2022r.). Źródło: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf.
 81. Padula W., Allen R., Nair K., Determining the cost of obesity and its common comorbidities from a commercial claims database, "Clinical Obesity" 2014, Vol. 4/1, pp. 53-58, <https://doi.org/10.1111/cob.12041>.
 82. Pe cine îngrășă taxa pe zahăr. Ce alte țări o mai folosesc. Europa Libera Romania. Źródło: <https://romania.europalibera.org/a/pe-cine-ingrasa-taxa-pe-zaharce-alte-tari-o-mai-folosesc-/30095557.html>.
 83. Pettigrew S., Borys J.M., Ruault du Plessis H. et al., Process evaluation outcomes from a global child obesity prevention intervention, "BMC Public Health" 14, Article number 757 (2014); <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-757>.

83. Pharmacotherapy in Obesity Management. Guidelines. Obesity Canada. Źródło: <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/Pharmacotherapy-v6-with-links.pdf>.
84. Polityka - 71/2013. (Xl. 20.) Dekret EMMI: w sprawie maksymalnej ilości kwasów tłuszczowych trans dopuszczonych do żywności. Źródło: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/25332> [dostęp dn. 10.06.2022r.].
85. Polityka JOGG zgodna z inicjatywą WHO „Szkoły przyjazne żywieniu” (Nutrition-Friendly School Initiative, NFSI), zakładającą ciągłe szkolenie personelu szkolnego w zakresie żywienia i kwestii związanych ze zdrowiem. Dowody stojące za NFSI wykazały, że inwestowanie w permanentne szkolenia, wsparcie i komunikację nauczycieli ma pozytywny wpływ na wyniki zdrowotne takie jak BMI i poziom aktywności fizycznej (WHO: <https://www.who.int/news/item/28-01-2021-issuing-of-nutrition-action-in-schools-a-review-of-evidence-related-to-the-nutrition-friendly-schools-initiative>).
86. Poziomy kompleksowej opieki w otyłości we Francji. Źródło: <https://www.sante.fr/la-gradation-des-soins-dans-le-plan-obesite>.
87. Pre-budget Submission to the House of Commons Standing Committee on Finance, August 2020. Obesity Canada. Źródło: <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/09/Obesity-Canada-Pre-Budget-Submission-2021-FINAL.pdf>.
88. Program DIATROFI. EuroHealthNet 2019. Źródło: <https://eurohealthnet-magazine.eu/ga/food-aid-and-healthy-nutrition-programmes-in-schools-what-works/>.
89. Program kompleksowej opieki medycznej dla chorych na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021. Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-kompleksowej-opieki-medycznej-dla-chorych-na-otylosc-olbrzymia-leczona-chirurgicznie>.
90. Programul educațional „Traista cu sănătate” a ajuns la peste 50.000 de copii din județul Iași. Źródło: <https://www.bursa.ro/programul-educational-traista-cu-sanatate-a-ajuns-la-peste-50000-de-copii-din-judetul-iasi-42208642>.
91. Public Health England „Whole systems approach to obesity. A guide to support local approaches to promoting a healthy weight”, 2019; https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/820783/Whole-systems_approach_to_obesity_guide.pdf.
92. Public health profiles: obesity. Office for Health Improvement & Disparities. Źródło: <https://fingertips.phe.org.uk/search/obesity>.
93. Rajbhandari-Thapa J., Bennett A., Keong F., Palmer W., Hardy T., Welsh J., Effect of the Strong4Life school nutrition program on cafeterias and on manager and staff member knowledge and practice, JSTORE Collection – Public Health Reports 2015; <https://www.jstor.org/stable/26374223>.
94. Recomandări Pentru Îngrijirea Persoanelor Cu Obezitate în România. Federația Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice Societatea Română de Endocrinologie, 2022. Źródło: <https://www.sre.ro/wp-content/uploads/Recomandari-POB-full-text-2022.pdf>.
95. Romania's Sustainable Development Strategy 2030. Źródło: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/rom195029.pdf>.
96. Romon M., Lommez A., Tafflet M., Basdevant A., Oppert J. M., Bresson J. L. et al., Downwards trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes, “Public Health Nutr.” 2009, Oct. 12(10), 1735-42; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19102807/>.
97. Rozporządzenie (WE) nr 1924/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności. Źródło: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A32006R1924>.
98. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 10 lipca 2007 r. w sprawie znakowania środków spożywczych (Dz.U. 2007 nr 137 poz. 966).
99. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych (Dz.U. 2015 poz. 29).
100. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz.U. 2021 poz. 1622).
101. Rozporządzenie nr 245/2018 rozporządzenie określające warunki dostępu pacjentów i podmiotów oraz ceny i świadczenia zdrowotne do realizacji w ramach Programu Chirurgicznego Leczenia Otyłości (PTCO). Źródło: <https://files.dre.pt/1s/2018/09/16900/0441804422.pdf>.
102. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).
103. Rudolf M., Tackling obesity through the healthy child programme: a framework for action, “University of Leeds” 2010; <https://www.henry.org.uk/sites/default/files/2017-11/Framework-for-Action-tackling-child-obesity-through-the-Healthy-Child-Programme.pdf>.
104. Sawyer A., den Hertog K., Verhoeff A. P., Busch W., Stronks K., Developing the logic framework underpinning a whole systems approach to childhood overweight and obesity prevention: Amsterdam Healthy Weight Approach, “Obesity Science and Practice” 2021, 7:591-605; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/osp4.505>.
105. School nutrition: Support for providing healthy food and beverage choices in schools. Canadian Paediatric Society, 2020. Źródło: <https://cps.ca/en/documents/position/school-nutrition-support>.
106. SEEN – kompleksowe podejście kliniczne do otyłości w wieku dorosłym, 2022. Źródło: <https://www.seen.es/portal/areas-conocimiento/obesidad/documentos/consensos-guias/abordaje-clinico-integral-seen-obesidad-edad-adulta>.
107. SELECT: Semaglutide Reduces Risk of MACE in Adults With Overweight or Obesity – American College of Cardiology (acc.org).
108. Sistemul clasificării alimentelor pe culori se va aplica și în România. Culoarea de pe ambalaj, în funcție de cât de sănătoase sunt. Źródło: <https://www.digi24.ro/stiri/actualitate/sistemul-clasificarii-alimentelor-pe-culorise-va-aplica-si-in-romania-culoarea-de-pe-ambalaj-in-functie-de-cat-de-sanatoase-sunt-1923567>.

109. Skinner A.C., Steiner M.J., Henderson F.W., Perrin E.M., Multiple markers of inflammation and weight status: cross-sectional analyses throughout childhood, "Pediatrics" 2010 Apr, 125(4), s. 801-809; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909480/>.
110. Slot-Heijs J. J., Collard D.C.M., et al., The training and support needs of 22 directors of community-based childhood obesity interventions based on the EPODE approach: an online survey across programmes in 18 countries, "BMC Health Services Research" 2020.
111. Social care and obesity at UK. Local Government Association 2020. Źródło: https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/1.112%20Social%20care%20and%20obesity_06.pdf.
112. Sugar Sweetened Drinks Tax (SSDT). Urząd Komisarzy Skarbowych w Irlandii. Źródło: <https://www.revenue.ie/en/companies-and-charities/excise-and-licences/sugar-sweetened-drinks-tax/rate-of-tax.aspx>.
113. Summerbell C.D., Waters E., Edmunds L.D., Kelly S., Brown T., Campbell K.J., Interventions for preventing obesity in children, "Cochrane Database Syst Rev" 2005, 3:CD001871; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16034868/> (dostęp 11.02.2023).
114. Światowa Organizacja Zdrowia „Finland curbs childhood obesity by integrating health in all policies” 2015; <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/finland-curbs-childhood-obesity-by-integrating-health-in-all-policies>.
115. Światowa Organizacja Zdrowia <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8427>.
116. Tackling obesity: empowering adults and children to live healthier lives 2020. Department of Health and Social Care. Źródło: <https://www.gov.uk/government/publications/tackling-obesity-government-strategy/tackling-obesity-empowering-adults-and-children-to-live-healthier-lives>.
117. The Health Foundation <https://navigator.health.org.uk/theme/healthy-weight-healthy-lives-cross-government-strategy-england-document>.
118. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris 2019, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en> <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>.
119. Theis D.R.Z., White M., Is obesity policy in England fit for purpose? Analysis of government strategies and policies, 1992-2020, "The Milbank Quarterly" 2021 Mar.99(1): 126-170; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33464689/>.
120. UK Parliament <http://data.parliament.uk/Deposited-Papers/Files/DEP2008-2168/DEP2008-2168.pdf>.
121. UNICEF "Amsterdam healthy weight approach. Investing in healthy urban childhoods: a case study on healthy diets for children", 2020; <https://www.unicef.org/documents/amsterdam-healthy-weight-approach-investing-healthy-urban-childhoods-case-study-healthy>.
122. Ustawa o warunkach nabywania i uznawania kompetencji w wykonywaniu niemedycznych zawodów medycznych oraz o wykonywaniu czynności związanych ze świadczeniem opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw pokrewnych (ustawa o pozamedycznych zawodach zdrowotnych) (Ustawa nr 96/2004 Dz.). Źródło: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
123. Ustawa w zakresie podatków pośrednich i państwowych monopoli finansowych (Ustawa nr. 30/1946 Dz.). Źródło: <https://www.epi.sk/zz/1946-30>.
124. Vinck J., Brohet C., Roillet M., Dramaix M. at al., Downwards trends in the prevalence of childhood overweight in two pilot towns taking part in the VIASANO community-based programme in Belgium: data from a national school health monitoring system, "Pediatric Obesity" 2016 Feb, 11(1): 61-67; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6680259/>.
125. Węgry – Narodowy Instytut Rozwoju Zdrowia (OEFI) – Biura Promocji Zdrowia. EuroHealthNet Magazine. Źródło: <https://eurohealthnet-magazine.eu/health-promoting-offices/>.
126. What can the pharmacist do for his adult patients with eating disorders or obesity? MEDICHUB MEDIA 2019. Źródło: <https://www.medichub.ro/reviste/farmaciste-ro/ce-poate-face-farmacistul-pentru-pacientii-sai-adulti-cu-tulburari-de-alimentatie-sau-obezitate-id-2333-cmsid-62>.
127. WHO "Policy – Healthy Weight, Healthy Lives: a cross-government strategy for England" 2008; <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/8322> (dostęp 30.03.2023).
128. WHO European Regional Obesity Report 2022 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1>.
129. Whole systems approach to obesity. A guide to support local approaches to promoting a healthy weight. Public England Health 2021. Źródło: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/820783/Whole_systems_approach_to_obesity_guide.pdf.
130. Willis T.A., George J., Hunt C., at al., Combating child obesity: impact of HENRY on parenting and family lifestyle, "Pediatric Obesity" 2013; [https://www.henry.org.uk/sites/default/files/2017-12/5.Combating_child_obesity_impact_of_HENRY_on_parenting_and_family_lifestyle_\(2014\).pdf](https://www.henry.org.uk/sites/default/files/2017-12/5.Combating_child_obesity_impact_of_HENRY_on_parenting_and_family_lifestyle_(2014).pdf).
131. Wojcicki J.M., Heyman M.B., Let's move – childhood obesity prevention from pregnancy and infancy onward, "N Engl J Med." 2010 April 22, 362(16), s. 1457-1459; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3250598/pdf/nihms339301.pdf>.
132. World Obesity Atlas 2022 <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2022>.
133. World Obesity Atlas 2022. World Obesity Federation 2022. Źródło: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf.
134. Wytoczne dotyczące profilaktyki i walki z nadwagą i otyłością. Włochy 2022. Źródło: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3256_allegato.pdf.
135. Zdravi 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemoci. Ministerstvo zdravotnictví 2015.
136. Zintegrowany proces pomocy dla osób dorosłych z ryzykiem rozwoju otyłości. Departament Jakości Zdrowia 2017. Źródło: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Processo-assistencial-integrado-da-pre%CC%81-obesidade-no-adulto.pdf>.

Strony internetowe:

1. Become A Certified Bariatric Educator. Obesity Canada. Źródło: <https://obesitycanada.ca/resources/cbe/>
2. Certyfikacja i akredytacja w zakresie standardów postępowania z otyłością. Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością. Źródło: <https://ptbo.org.pl/certyfikacja-i-akredytacja/>
3. European Commission – CHAFEA Health Programmes Database; https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/20111209/summary
4. Government of South Australia <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/healthy+living/healthy+communities/local+community/opal/opal>
5. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saude-publica/AreasSaude/Alimentacao/ProjetosRegionais/Paginas/5-ao-dia,-faz-crescer-com-energia.aspx>
6. <http://www.eyto.org.uk/about/the-campaigns/luta-por-ti/>
7. <http://www.fruittanellescuole.gov.it/il-programma/chie-rivolto>
8. <https://abreudadvogados.com/en/knowledge/publications/articles-en/restrictions-on-advertising-aimed-at-minors-of-determined-foodstuffs-and-beverages/>
9. https://agriculture.ec.europa.eu/common-agricultural-policy/market-measures/school-fruit-vegetables-and-milk-scheme/school-scheme-explained_en
10. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2015/04/Compromissos-da-industria-alimentar-sobre-Alimentacao-Atividade-Fisica-e-Saude.pdf>
11. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/projects-and-partnerships/national-projects-nutri-ventures/>
12. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
13. <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-6994>
14. https://data.worldobesity.org/country/denmark-55/#data_policies
15. https://data.worldobesity.org/country/france-71/#data_policies
16. https://data.worldobesity.org/country/portugal-174/#data_policies
17. https://data.worldobesity.org/country/portugal-174/#data_policies; https://agriculture.ec.europa.eu/common-agricultural-policy/market-measures/school-fruit-vegetables-and-milk-scheme/school-scheme-explained_en
18. https://data.worldobesity.org/country/spain-199/#data_policies
19. <https://eipas.pt>
20. <https://elpais.com/sociedad/2022-06-10/el-gobierno-quiere-garantizar-comedores-escolares-en-escuelas-e-institutos-en-2030-para-luchar-contrala-obesidad-infantil.html>
21. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=CELEX:32006R1924>
22. https://extranet.who.int/ncdccc/Data/DNK_B13_Fysisk%20aktivitet%20c3%a2%e2%82%ac%e2%80%9c%20h%c3%83%c2%a5ndbog%20om%20forebyggelse%20og%20behandling.pdf
23. https://extranet.who.int/ncdccc/Data/ITA_B13_LINEE_INDIRIZZO_AF.pdf
24. https://extranet.who.int/ncdccc/Data/PRT_B10_Healthy_Eating_Portugal.pdf
25. <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/27123>
26. https://food.ec.europa.eu/system/files/2018-06/comm_ahac_20180622_pres06a.pdf
27. <https://fuldkorn.dk/english/>
28. <https://fvm.dk/publikationer/publikation/pub/hent-fil/publication/strategy-for-food-meals-and-health/>
29. <https://healthystadia.eu>
30. <https://ind.millenniumbcp.pt/pt/geral/fiscalidade/Pages/2017/Novo-imposto-sobre-bebidas-com-acucar.aspx>
31. <https://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Recommandations-relatives-a-l-alimentation-a-l-activite-physique-et-a-la-sedentarite-pour-les-adultes>
32. <https://jogg.nl/about-jogg>
33. <https://letsmove.obamawhitehouse.archives.gov/healthier-school-challenge>
34. <https://min.medicin.dk/sygdomme/sygdom/39>
35. <https://onlinedegrees.unr.edu/blog/childhood-obesity-as-an-epidemic/>
36. <https://passe.com.pt/home>
37. https://policydatabase.wcrf.org/level_one?page=nonurishing-level-one#step2=2#step3=315
38. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23114947/>
39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29320810/>
40. <https://skoleidraet.dk/aktivefrikvarterer/forside/>
41. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>
42. https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022?TSPD_101_R0=087dc22938ab200007676506284881d7e591d3b7cbd54feff1614eb0cec624d4a0aa0d2ebd4ee007087946f88c143000fce7effafe0b6fa89153a93f8a6b211cf92aa39fdc71b7ca0a39e875cfbe693da076aba83c4688f0901019c0a6c6ec8a
43. https://sport.ec.europa.eu/sites/default/files/physical-activity-factsheets-2018/physical-activity-factsheets-2018/denmark-physical-activity-factsheet-2018_en.pdf
44. <https://sundhedsstyrelsen.dk/en/publications/2003/national-action-plan-against-obesity>
45. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
46. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm

47. <https://www.alleboerncykler.dk/>
48. <https://www.amsterdam.nl/social-domein/aanpak-gezond-gewicht/amsterdam-healthy-weight-programme/>
49. <https://www.asae.gov.pt/?cn=739975347538A-AAAAAAAAAA&ur=1&newsletter=5131>
50. <https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/LINEE-GUIDA+DEFINITIVO.pdf/28670db4-154c-0ecc-d187-1ee9db3b1c65?t=1576850671654>
51. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/cirugia-bariatrica>
52. https://www.danskindustri.dk/globalassets/kodeks-redesign_2022.pdf?v=220822
53. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pn-paf-ipdj-plano-nacional-desporto-todos-2016-pdf.aspx>
54. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica.aspx>
55. <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx>
56. <https://www.dst.dk/da/informationsservice/oss/vaegt>
57. <https://www.education.gouv.fr/education-l-alimentation-et-au-gout-7616>
58. <https://www.education.gouv.fr/plus-de-sport-l-ecole-une-grande-priorite-pour-le-sport-306483>
59. https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/mounjaro-epar-product-information_pl.pdf
60. https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/mysimba-epar-product-information_pl.pdf
61. https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/ozempic-epar-product-information_pl.pdf
62. https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/saxenda-epar-product-information_pl.pdf
63. https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/xenical-epar-product-information_pl.pdf
64. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/155436/e96047.pdf
65. <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/countries/Denmark/en>
66. <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/countries/spain/en/>
67. <https://www.fiscal-requirements.com/news/1574>
68. <https://www.foodnavigator.com/Article/2017/10/31/Nutri-Score-labelling-comes-into-force-in-France>
69. <https://www.gasolfoundation.org/es/coach/>
70. <https://www.gasolfoundation.org/wp-content/uploads/2022/06/Plan-Estrate%CC%81gico-Nacional-para-la-Reduccion%CC%81n-de-la-Obesidad-Infantil-Gasol-Foundation.pdf>
71. <https://www.giocampus.it/it/giocampus-project/>
72. <https://www.givepulse.com/group/650997-Camp-Strong4Life>
73. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/03/dossier_de_presse_-_comite_interministeriel_pour_la_sante_-_25.03.2019.pdf
74. <https://www.healthykidsofseinjoki.fi/en/>
75. <https://www.helsenorge.no/en/kosthold-og-ernaring/keyhole-healthy-food/>
76. <https://www.henry.org.uk/evidence-base>
77. <https://www.lamoncloa.gob.es/lang/en/gobierno/news/Paginas/2020/20200626food-labelling.aspx>
78. <https://www.myplate.gov>
79. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub-upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002b%20preven%C5%BE%20obezity.pdf>
80. <https://www.ncfo.dk>
81. <https://www.nyc.gov/site/doh/health/health-topics/health-bucks.page>
82. <https://www.nypartnerships.org.uk/healthyweight>
83. <https://www.obesite.com/que-faire/medicaments/>
84. <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/obesity-andtheeconomicsofpreventionfitnotfat-spainkeyfacts.htm>
85. <https://www.progettosportdiclasse.it/>
86. https://www.researchgate.net/publication/267741946_The_Danish_Tax_on_Saturated_Fat_Why_It_Did_Not_Survive
87. https://www.researchgate.net/publication/317470204_Efeito_do_projecto_obesidade_zero_na_pratica_deportiva_e_actividades_sedentarias_em_crianças_de_idade_escolar
88. https://www.researchgate.net/publication/332085972_Nutri-Score_A_Public_Health_Tool_to_Improve_Eating_Habits_in_Portugal
89. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2013/801>
90. https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5521&area=stiliVita&menu=alimentazione
91. <https://www.secondocircolopomigliano.eu/scuola/wp-content/uploads/2013/03/Crescer-Felix.pdf>
92. <https://www.senat.fr/rap/r19-476/r19-476.html>
93. <https://www.uvm.dk/folkeskolen/laering-og-laeringsmiljoe/bevaegelse>
94. <https://www.vcta.dk>
95. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/denmark-trans-fat-ban-pioneer-lessons-for-other-countries>
96. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516969>
97. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/14b2cfe0-9169-11de-8d13-3319494d7e1b/ProyectoDelta.pdf>
98. Instituto Nacional de Estadística – obesidad. Źródło: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
99. NHS Healthy Start <https://www.healthystart.nhs.uk>

100. Ośrodki kompleksowego leczenia otyłości we Francji. Źródło <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/les-centres-specialises-d-obesite>.
101. Overweight and obesity - BMI statistics. Eurostat https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics.
102. Prescription Medications. Obesity Canada. Źródło: <https://obesitycanada.ca/managing-obesity/prescription-medications/>.
103. Projekt „Szczęśliwy tydzień” w węgierskich szkołach. Źródło: <https://ogyei.gov.hu/happy>.
104. Serwis dot. refundacji produktów leczniczych na Węgrzech -www.egeszsegkalauz.hu . Źródło: [kereses/elhizas-elleni-szerek-a-dietas-keszitmenyek-kivetelevel?atc=A08](https://www.egeszsegkalauz.hu/gyogyszerkereso/kereses/elhizas-elleni-szerek-a-dietas-keszitmenyek-kivetelevel?atc=A08).
105. Soft Drinks Industry Levy comes into effect. UK Government 2018. Źródło: <https://www.gov.uk/government/news/soft-drinks-industry-levy-comes-into-effect>
106. Węgierski serwis informacyjny, artykuł z dn. 07.08.2019r. Źródło: <http://szabadsag.ro/-/nem-mondanak-le-a-cukorado-bevezeteserol>.
107. www.inpes.sante.fr
108. www.letsmove.gov
109. www.piedibus.it
110. www.salute.gov.it
111. www.strong4life.com

Wydawnictwo Uczelni Łazarzkiego
ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa, Polska

ISBN 978-83-60694-54-1