



LRZ.430.3.2023

Nr ewid. 99/2023/P/23/080/LRZ

Informacja o wynikach kontroli

PROFILAKTYKA I LECZENIE OTYŁOŚCI U OSÓB DOROSŁYCH

DELEGATURA W RZESZOWIE

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Informacja o wynikach kontroli

Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych

Dyrektor Delegatury NIK w Rzeszowie

Wiesław Motyka

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Małgorzata Motylow

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

Warszawa, dnia 29.11.2023r

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ	4
1. WPROWADZENIE.....	7
2. OCENA OGÓLNA	9
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	10
4. WNIOSKI.....	18
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	20
5.1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.....	20
5.2. Działania na rzecz zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych	39
5.3. Diagnozowanie i leczenie otyłości u osób dorosłych.....	44
6. ZAŁĄCZNIKI.....	53
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	53
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	63
6.3. Nadwaga i otyłość wśród Polaków – Analiza Ankiet.....	73
6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	85
6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	87

Zdjęcie na okładce:
© JPC-PROD – stock.adobe.com

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
Ambulatoryjna opieka zdrowotna	udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych (art. 5 pkt 1 ustawy <i>o świadczeniach zdrowotnych</i>);
Badania diagnostyczne	zlecane przez lekarza badania m.in. laboratoryjne (krwi, moczu, kału) oraz EKG wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego;
Badanie podmiotowe	opis dolegliwości zgłoszonych przez pacjenta i wywiad uzupełniający przeprowadzony przez lekarza;
Badanie przedmiotowe	opis wyniku badania fizykalnego, wykonanego przez lekarza poprzez oglądanie, dotykanie, opukiwanie, osłuchiwanie;
BMI	wskaźnik masy ciała (<i>Body Mass Index</i> – BMI), obliczany według wzoru BMI = masa ciała [kg]/wzrost [m] ² ;
Chirurgia bariatryczna	dział chirurgii ogólnej zajmujący się leczeniem otyłości;
Dokumentacja medyczna (DM)	określone ustawowo dane i informacje medyczne, odnoszące się do stanu zdrowia pacjentów lub udzielonych im świadczeń zdrowotnych;
ICD10	ICD10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych;
Kapitacyjna stawka roczna	kwota określona przez NFZ, stosowana przy finansowaniu świadczeń w zakresie POZ metodą kapitacyjną, udzielanych w ramach gotowości lekarza POZ, pielęgniarki POZ, pielęgniarki szkolnej, położnej POZ, czy jednostki transportu sanitarnego, przeznaczona na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie zakresie lub rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej;
Lista aktywna lekarzy POZ	lista osób zadeklarowanych do lekarzy POZ w danym podmiocie leczniczym;
Lista oczekujących	lista oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, ustalona na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej, tj.: stanu zdrowia świadczeniobiorcy; rokowaniach, co do dalszego przebiegu choroby; chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie; zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności;
MZ-11	sprawozdanie o działalności i pracujących w podstawowej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia;
Obesitolog	lekarz specjalista zajmujący się leczeniem nadwagi i otyłości (brak w Polsce tej specjalizacji lekarskiej);
OW NFZ	Oddział Wojewódzki NFZ;
Otyłość/Choroba otyłościowa	choroba przewlekła, która nie ustępuje samoistnie, cechująca się tendencją do nawrotów, powstająca w wyniku dodatniego bilansu energetycznego, który jest następstwem przewagi energii pobranej z pożywienia nad energią wydatkowaną – BMI ≥ 30;
Nadwaga	nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej – 25 ≤ BMI < 30;
Nadmierna masa ciała	nadwaga i otyłość;

NPZ 2016–2020	Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w <i>sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020</i> (Dz. U. poz. 1492);
NPZ 2021–2025	Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w <i>sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025</i> (Dz. U. poz. 642);
POZ	podstawowa opieka zdrowotna;
Program polityki zdrowotnej	zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych, jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego (art. 5 pkt 29a ustawy <i>o świadczeniach zdrowotnych</i>);
Program zdrowotny	zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych, jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez NFZ (art. 5 pkt 30 ustawy <i>o świadczeniach zdrowotnych</i>);
Promocja zdrowia	działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (art. 2 pkt 7 ustawy <i>o działalności leczniczej</i>);
Rozporządzenie w sprawie DM	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.) – poprzednio obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069) – uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.;
Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w POZ	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.);
Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.);
Rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.);
Rodzaj świadczeń	grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy <i>o świadczeniach zdrowotnych</i> , np. POZ, AOS czy leczenie szpitalne;

SPZOZ/ZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej/Zespół Opieki Zdrowotnej/Zakład Opieki Zdrowotnej;
Stopnie otyłości według WHO	30 ≤ BMI < 35 – otyłość I stopnia, 35 ≤ BMI < 40 – otyłość II stopnia, 40 ≤ BMI – otyłość III stopnia;
System opieki zdrowotnej	uporządkowany zbiór zasobów (osób i instytucji) tworzących zorganizowaną całość, odpowiednio finansowaną i zarządzaną, mającą na celu zapewnienie opieki medycznej oraz poprawę stanu zdrowia społeczeństwa;
Świadczenia gwarantowane	świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie (art. 5 pkt 35 ustawy <i>o świadczeniach zdrowotnych</i>);
Świadczenia zdrowotne	działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy <i>o świadczeniach zdrowotnych</i>);
Świadczeniodawcy AOS	indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie i grupowe praktyki lekarskie (w specjalnościach endokrynologia, diabetologia, kardiologia) oraz zakłady opieki zdrowotnej z poradnią endokrynologii, diabetologii, kardiologii (publiczne i niepubliczne);
Świadczeniodawcy POZ	indywidualne lub grupowe praktyki lekarskie (prowadzone przez lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej) oraz zakłady opieki zdrowotnej (publiczne i niepubliczne) udzielające świadczeń w zakresie POZ;
Ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. <i>o Najwyższej Izbie Kontroli</i> (Dz. U. z 2022 r. poz. 623);
Ustawa o świadczeniach zdrowotnych	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.).

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy prowadzono prawidłowe i skuteczne działania mające na celu profilaktykę i leczenie otyłości u osób dorosłych?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy funkcjonujące rozwiązania organizacyjne zabezpieczyły udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych?
2. Czy podejmowano skuteczne działania zmierzające do diagnozowania i leczenia otyłości u osób dorosłych?
3. Czy prowadzone działania pozwalały skutecznie zapobiegać otyłości oraz eliminować otyłość u osób dorosłych?

Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia, pięć podmiotów leczniczych realizujących umowy z oddziałem wojewódzkim NFZ w rodzaju AOS, 15 podmiotów leczniczych realizujących umowy z oddziałem wojewódzkim NFZ w rodzaju POZ (w zakresach świadczenia lekarza POZ).

Okres objęty kontrolą

Lata: 2020–2022
(z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała otyłość jako przewlekłą chorobę nieustępującą samoistnie, z tendencją do nawrotów, powstającą w wyniku dodatniego bilansu energetycznego, który jest następstwem przewagi energii pobranej z pożywienia nad wydatkowaną¹.

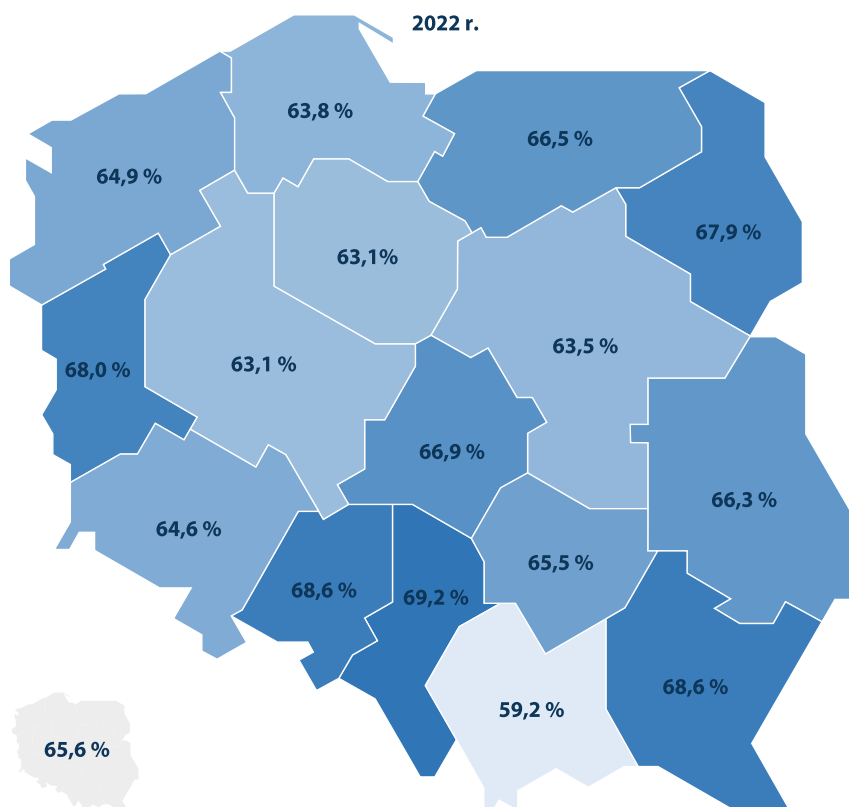
Nieleczona otyłość powoduje rozwój innych chorób i zaburzeń, do których należą m.in.: choroby sercowo-naczyniowe rozwijające się na podłożu miażdżycy tętnic, cukrzyca typ 2, niektóre nowotwory złośliwe, przewlekła choroba nerek, choroby zwyrodnieniowe układu kostno-stawowego, udar, zaburzenia metaboliczne, zaburzenia oddychania, a także problemy natury psychologicznej m.in. depresja i lęki².

Problem otyłości występuje na całym świecie. Polska nie jest tu wyjątkiem³. Według danych NFZ w 2019 r. blisko 2/3 dorosłych Polaków wykazywało nadmierną masę ciała – 74 % mężczyzn (w tym 28 % otyłych) oraz 50 % kobiet (w tym 21 % otyłych)⁴.

Dane uzyskane w trakcie kontroli wskazały, że w 2022 r. nadwagę i otyłość miało, w zależności od województwa, od 59,2 % do 69,2 % mieszkańców.

Infografika nr 1

Udział procentowy pacjentów z nadwagą i otyłością



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia.

¹ Rozpoznanie E66 według ICD10.

² Towarzyszy jej aż 270 powikłań zdrowotnych. Raport wydany w marcu 2021 r. z okazji Światowego Dnia Otyłości przez Światową Federację ds. Otyłości współpracującą z WHO: <https://www.worldobesity.org/news/covid-news-digest-obesity-and-covid-19-march>.

³ Raport Our World in Data opracowano na podstawie danych NCD Risk Factor Collaboration, które dotyczyły 128,9 mln osób ze 195 krajów w latach 1975–2016.

⁴ Raport Narodowego Funduszu Zdrowia *Cukier, otyłość – konsekwencje* przedstawiony 21 lutego 2019 r. podczas konferencji Ministra Zdrowia: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/prezentacja-raportu-cukier-otylosc-konsekwencje,7296.html>.

Otyłość powoduje niekorzystne skutki zdrowotne, ale też ekonomiczne i społeczne. Należy podkreślić, że otyłość i jej powikłania stanowią zagrożenie dla życia, wymagają stałego leczenia, a także są przyczyną dziesiątek tysięcy zgonów rocznie i wpływają na skrócenie życia. Według danych OECD Polacy przez choroby związane z otyłością będą żyć średnio o 3 lata i 10 miesięcy krócej niż mogliby, gdyby nie wykazywali nadmiernej masy ciała. Otyłość co roku jest przyczyną około 1,5 mln hospitalizacji, a leczenie jej i związanych z nią powikłań pochłania 1/5 budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia. Z otyłością związana jest również absencja w pracy i niższa wydajność osób, które ją wykonują. Może prowadzić także do wzrostu wysokości składek oraz liczby świadczeń wypłacanych z systemu ubezpieczeń społecznych. Według szacunków w ciągu 30 lat Polska na chorobach wywołanych otyłością straci 4,1 % PKB (ok. 108 mld zł), tj. średnio ok. 0,14 % rocznie (ok. 3,6 mld zł).

Ryzyko zachorowania na nadwagę i otyłość występuje na każdym etapie życia człowieka, dlatego bardzo ważne jest wdrażanie działań profilaktycznych oraz wczesne zdiagnozowanie choroby i jej właściwe leczenie. Takie działania spowodują zahamowanie rozwoju lub zmniejszenie negatywnych skutków otyłości, zanim rozwiną się w istotnym klinicznie stopniu i wywołają poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne.

W celu skutecznego przeciwdziałania rozwojowi otyłości i postępowi choroby, profilaktyka oraz leczenie otyłości powinny obejmować szereg działań angażujących różne środowiska i instytucje. Istotną rolę odgrywa m.in. edukacja – propagowanie zdrowego stylu życia, w tym aktywności fizycznej oraz prawidłowych nawyków żywieniowych, a także zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych.

Głównym wskaźnikiem odzwierciedlającym skuteczność działań systemu opieki zdrowotnej jest stan zdrowia populacji.

Kontrola została podjęta z własnej inicjatywy NIK, ze względu na wysokie ryzyko niezagwarantowania przez system opieki zdrowotnej bezpieczeństwa zdrowotnego osobom chorym na otyłość i zagrożonym tą chorobą. Celem kontroli była ocena zapewnienia przez system opieki zdrowotnej prawidłowości i skuteczności profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.

Kontrolą objęto 15 podmiotów leczniczych⁵ realizujących świadczenia w zakresie POZ i mających na listach aktywnych lekarzy POZ około 1,7 % wszystkich pacjentów w Polsce, którzy wypełnili deklaracje wyboru lekarza w latach 2020–2022. Objęte kontrolą jednostki udzieliły łącznie prawie 8 mln świadczeń, tj. średniorocznie 2,6 mln. Analizie poddano 944 dokumentacje medyczne pacjentów tych jednostek. Ponadto skontrolowano pięć podmiotów⁶ realizujących świadczenia w rodzaju AOS (w zakresach świadczenia poradni kardiologicznej, endokrynologicznej, diabetologicznej, chirurgicznej oraz metabolicznej).

W trakcie kontroli zasięgnięto informacji w jednostkach niekontrolowanych, w szczególności w NFZ⁷. Szczegółowe informacje w tym zakresie przedstawiono w pkt 6.1. Informacji. Ponadto pacjentom, lekarzom i dietetykom umożliwiono udział w ankiecie internetowej. Zbiorcze wyniki ankiet wraz z komentarzem eksperckim zostały przedstawione w załączniku w pkt. 6.3 Informacji.

⁵ Po trzy podmioty w województwach: lubelskim, łódzkim, mazowieckim, podkarpackim, zachodniopomorskim.

⁶ Po jednym podmiocie w województwach wymienionych w przypisie wcześniejszym.

⁷ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

2. OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą system opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości nie zapewniał kompleksowej opieki osobom zagrożonym lub chorym na otyłość oraz jej powikłania. Funkcjonujące rozwiązania nie pozwalały pacjentom w pełni skorzystać ze świadczeń gwarantowanych, głównie ze względu na rosnącą liczbę pacjentów i wydłużający się czas oczekiwania na poradę. W placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w niewielkim stopniu monitorowano masę ciała badanych osób, zarówno w ramach profilaktyki, jak i leczenia, co ograniczało efektywność podejmowanych działań.

Okoliczności te – obok problemów związanych z wciąż niską społeczną świadomością następstw nieleczonej otyłości – w istotny sposób przyczyniały się do niewystarczającej skuteczności zapobiegania i leczenia otyłości w Polsce.

W Polsce nie ma kompleksowego planu działań, ukierunkowanego na edukację, profilaktykę oraz leczenie osób z nadmierną masą ciała. W latach 2020–2022 Minister Zdrowia podjął wiele inicjatyw w zakresie szeroko rozumianej promocji zdrowego stylu życia. W ramach świadczeń gwarantowanych wprowadził nową formę opieki nad pacjentami z otyłością i powikłaniami zdrowotnymi z niej wynikającymi – pilotażowy program KOS-BAR. Inicjował i finansował kampanie medialne, które przyczyniły się do wzrostu świadomości chorych i lekarzy odnośnie zagrożeń związanych z otyłością. Przełożyło się to na większe zainteresowanie leczeniem tej choroby.

W latach 2020–2022 z powodu choroby otyłościowej, w POZ i AOS wzrosła blisko o połowę zarówno liczba pacjentów, jak i udzielonych świadczeń zdrowotnych. W ciągu tych trzech lat 750 tys. pacjentów udzielono ponad 2 mln porad lekarskich. Ponad pół miliona świadczeń dotyczyło otyłości jako głównego rozpoznania.

Fragmentaryczne dane NFZ, obejmujące 7 % ludności, dotyczące masy ciała, wskazują, że w tym czasie o blisko 100 tys. wzrosła liczba osób otyłych, z tego aż o 40 % chorych na otyłość III stopnia.

System gromadzenia informacji o liczbie osób leczonych na otyłość nie zapewniał wiarygodnych danych dotyczących skali problemu. Nieprecyzyjna treść instrukcji wypełnienia sprawozdań MZ-11 powodowała, że świadczeniodawcy w różny sposób kwalifikowali i przedstawiali liczbę osób leczonych z powodu otyłości. Około 30 % zobowiązanych podmiotów w ogóle nie przekazywało sprawozdań. Brak pełnych i rzetelnych danych utrudniał Ministrowi podejmowanie prawidłowych działań. Uniemożliwiał także zapewnienie zasobów adekwatnych do występujących oraz prognozowanych potrzeb.

Pacjenci z otyłością są objęci opieką przede wszystkim w ramach POZ oraz poradni AOS, leczących powikłania chorób z niej wynikających. Nie obejmuje ich opieka zespołów interdyscyplinarnych gwarantujących współdziałanie w procesie leczenia lekarzy, dietetyków, psychologów i fizjoterapeutów.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

<p>Nieskuteczne rozwiązania organizacyjne</p>	<p>Rozwiązania organizacyjne funkcjonujące w systemie opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia dostępności świadczeń profilaktycznych i leczniczych na rzecz dorosłych pacjentów chorych na otyłość były nieskuteczne. W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba chorych na otyłość i jej powikłania oraz liczba udzielanych im świadczeń. W Ministerstwie Zdrowia nie opracowano planu działań dotyczących walki z otyłością. Rekomendowane przez środowiska eksperckie rozwiązania w tym zakresie nie były respektowane. Pacjentom chorym na otyłość nie zapewniono powszechnego dostępu do poradnictwa żywieniowego oraz leczenia przez interdyscyplinarne zespoły terapeutyczne. [str. 37–39]</p>
<p>Wzrost liczby osób z otyłością i jej powikłaniami</p>	<p>Z danych uzyskanych z NFZ wynika, że w latach 2020–2022 z powodu otyłości w AOS i POZ było leczonych prawie 800 tys. pacjentów, którym udzielono łącznie 2,2 mln świadczeń. W ciągu trzech lat objętych kontrolą liczba pacjentów wzrosła aż o 50 %. O ponad 40 % wzrosła liczba świadczeń udzielonych z powodu choroby otyłościowej (w POZ o połowę, a w AOS o 1/3). Udzielono ponad pół miliona świadczeń, w których otyłość była rozpoznaniem głównym oraz ponad trzykrotnie więcej, w których była rozpoznaniem współistniejącym. Najczęściej otyłości towarzyszyły choroby z następujących grup wymienionych w ICD10: I – Choroby układu krążenia, E – Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej oraz M – Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej.</p> <p>Podczas kontroli NIK, badając zapisy w historii zdrowia i choroby pacjentów AOS⁸ i POZ⁹, potwierdzono wzrost liczby pacjentów i udzielonych świadczeń oraz skalę osób leczących się z powodu otyłości i jej powikłań. Ustalono, że trzech na czterech pacjentów¹⁰ ze zdiagnozowaną otyłością leczyło się również na inne współistniejące z otyłością choroby. [str. 20–22]</p>
<p>Nieprzekazywanie sprawozdań MZ-11 lub nierzetelne dane zawarte w tych sprawozdaniach</p>	<p>W latach 2020–2022, mimo ustawowego obowiązku, tylko około 70 % POZ przekazało do Ministerstwa Zdrowia, za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, sprawozdania statystyczne MZ-11. W sprawozdaniach tych wskazuje się m.in. liczbę osób objętych opieką czynną z powodu otyłości. Z uwagi na nieprecyzyjne zapisy dotyczące wypełniania formularza dla osób objętych opieką czynną, poszczególne POZ w różny sposób interpretowały, które dane należy ująć w sprawozdaniu. Niewłaściwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane stwierdzono we wszystkich podmiotach objętych kontrolą, które przekazały sprawozdania MZ-11.</p> <p>Według sprawozdań MZ-11, będących w dyspozycji Ministra, w 2020 r. i 2021 r. w grupie osób powyżej 19. roku życia pacjenci objęci opieką czynną stanowili niespełna 4 % wszystkich pacjentów objętych taką opieką w POZ oraz niespełna 2 % pacjentów zadeklarowanych do lekarza POZ w całym kraju. W każdym roku sprawozdawczym, u co szóstego pacjenta objętego opieką czynną z powodu otyłości, tę chorobę zdiagnozowano po raz pierwszy. W 2021 r. w porównaniu do roku poprzedniego nastąpił wzrost liczby osób objętych opieką czynną w POZ z powodu otyłości o 10 %.</p>

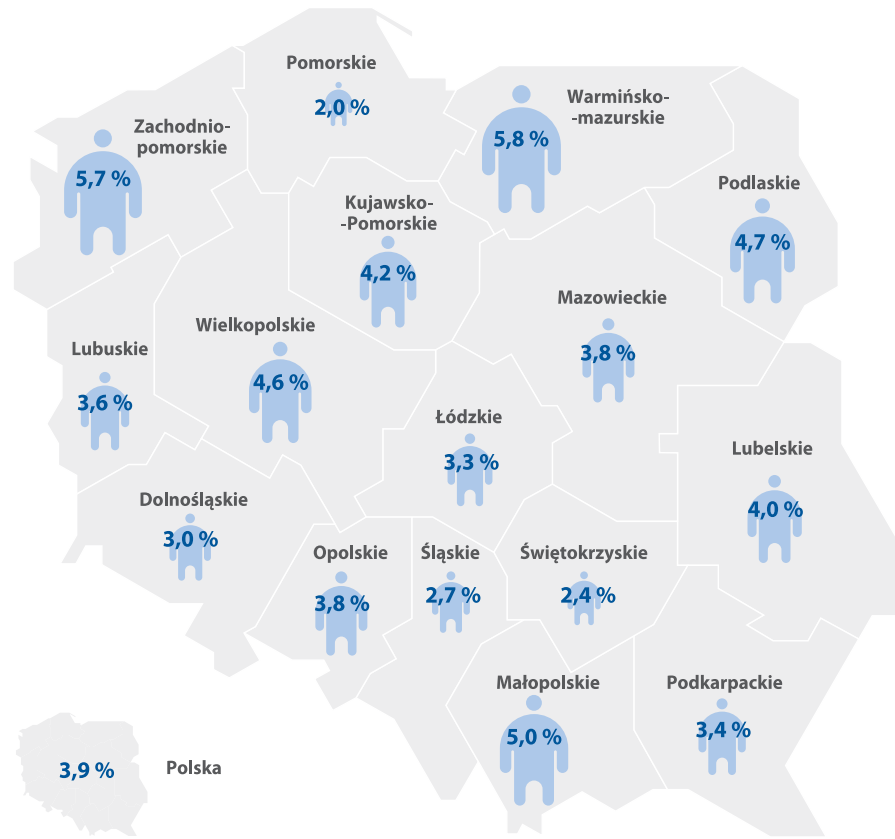
⁸ Analizie poddano 100 DM pacjentów, w przypadku których do NFZ w latach 2020–2022 zaraportowano udzielenie świadczenia z powodu choroby otyłościowej (kod ICD10 E66).

⁹ Analizie poddano 944 DM pacjentów POZ, w tym 240 pacjentów, w przypadku których do NFZ w latach 2020–2022 zaraportowano udzielenie świadczenia z powodu choroby otyłościowej (kod ICD10 E66).

¹⁰ 206 z 277 pacjentów POZ, tj. 74,0 % oraz 72 z 95 pacjentów AOS, tj. 76,0 %.

Infografika nr 2

Udział procentowy pacjentów w wieku powyżej 19 lat, objętych opieką czynną lekarza POZ z powodu otyłości w odniesieniu do pacjentów objętych opieką czynną lekarza POZ (kody ICD-10: E65-E68)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych ze sprawozdań MZ-11 za 2021 r.

W skontrolowanych jednostkach POZ, na podstawie sprawozdań MZ-11 ustalono, że pacjenci powyżej 19 roku życia objęci opieką czynną z powodu otyłości stanowili odpowiednio: w 2020 r. – 1,2 %, a w 2021 r. – 1,4 % pacjentów zadeklarowanych do lekarzy POZ u danego świadczeniodawcy. Nastąpił wzrost osób objętych opieką czynną o 22,2 %, tj. o 1345 pacjentów. Natomiast według dostępnych źródeł¹¹, szacowana skala otyłości wśród dorosłych w Polsce jest prawie dwudziestokrotnie wyższa.

Nieprecyzyjne opracowanie przez Ministra instrukcji do wypełnienia sprawozdania MZ-11 spowodowało, że podmioty lecznicze przekazywały informacje nie w takim zakresie, jak oczekiwał tego Minister. W konsekwencji Minister nie miał pełnych i rzetelnych informacji o liczbie osób objętych opieką czynną z powodu otyłości, co uniemożliwiało mu rzeczywiste rozpoznanie potrzeb i podjęcie prawidłowych działań. Wykazywana w sprawozdaniach MZ-11 bardzo mała liczba osób objętych opieką czynną z powodu otyłości, w porównaniu do skali choroby otyłościowej w społeczeństwie wskazuje, że nie wszyscy chorzy byli objęci tą opieką przez lekarzy POZ. Szacuje się, że dotyczyło to tylko jednego na sześciu pacjentów POZ. [str. 22–24]

Nieraportowanie pomiarów masy ciała i wzrostu

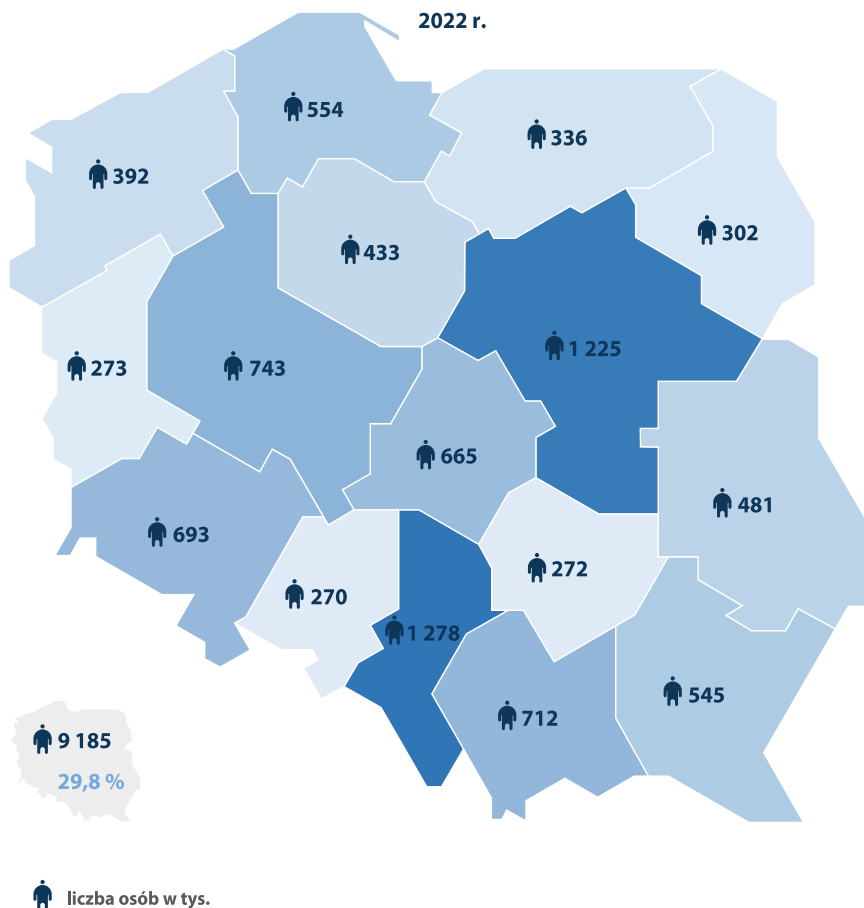
Zgodnie z danymi gromadzonymi przez NFZ, w każdym roku objętym kontrolą około 21 mln pacjentów skorzystało przynajmniej z jednego świadczenia w POZ. Masę ciała i wzrost zareportowano jedynie dla 7 % z nich. W latach 2020–2022, w zależności od regionu, przekazywane dane obejmowały od 1,1 % pacjentów (w 2020 r. w województwie śląskim) do 19,3 % (w 2022 r. w województwie podlaskim).

¹¹ WHO, NFZ.

Według wskaźnika BMI obliczonego dla tych pacjentów, otyłość w kolejnych latach stwierdzono u około 29 % osób. Najmniejszy odsetek chorych na otyłość odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim i wielkopolskim, a najwyższy w lubuskim i opolskim.

Infografika nr 3

Liczba dorosłych Polaków chorych na otyłość w 2022 r. (w tys.); wyliczenia na potrzeby kontroli NIK



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia.

Spośród pacjentów skontrolowanych POZ, którym w danym roku, w okresie objętym kontrolą, udzielono co najmniej jednej porady w trakcie wizyty stacjonarnej u lekarza, wartość masy ciała i wzrostu odnotowano jedynie w 30 % skontrolowanych DM¹². Wśród zaraportowanych do NFZ danych, obejmujących pomiar masy ciała i wzrostu, informacje w tym zakresie dostępne były jedynie w czterech skontrolowanych POZ. W pozostałych 11 jednostkach kierownicy nie potrafili wskazać czy i w jakim zakresie raportowano do NFZ wyniki wykonanych pomiarów.

Niedokonywanie corocznie u pacjentów pomiarów masy ciała i wzrostu ogranicza możliwość monitorowania postępów leczenia otyłości i uniemożliwia wywiązanie się z obowiązku raportowania danych do NFZ. [str. 24–26]

Ograniczone działania profilaktyczne i lecznicze spowodowane COVID-19

W okresie pandemii COVID-19 POZ skupiały się głównie na walce z tą chorobą. Priorytetem było zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2, a następnie prowadzenie szczepień ochronnych. Przestrzeganie reżimu sanitarnego, skrócenie do minimum czasu na udzielanie porad pacjentom oraz praktykowanie świadczeń w trybie teleporad nie sprzyjało prowadzeniu profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości. [str. 27]

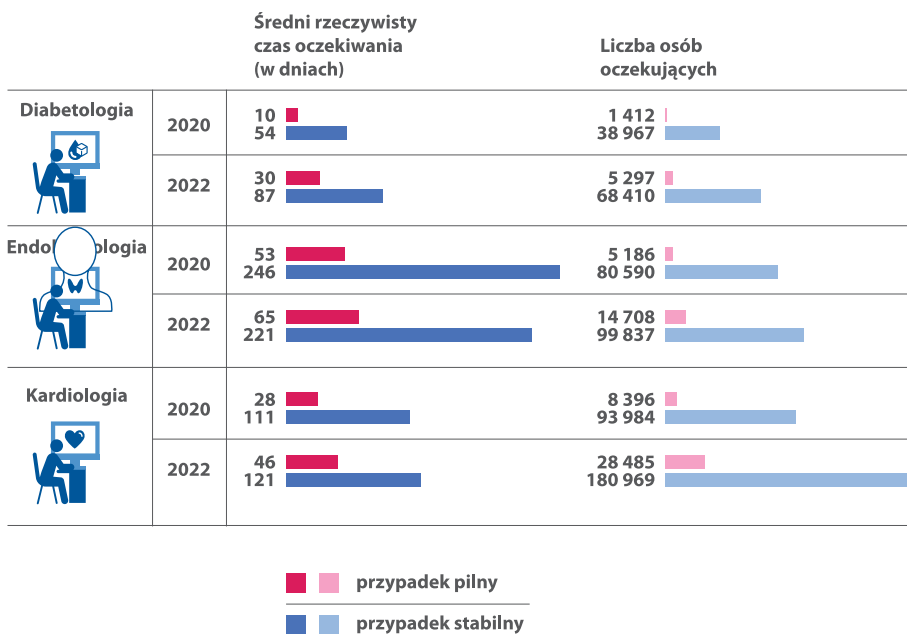
¹² Analizą objęto 944 DM.

Ograniczony dostęp do świadczeń medycznych

W okresie objętym kontrolą, najczęstszymi chorobami występującymi z otyłością¹³ były: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 oraz niedoczynność tarczycy. W skali kraju, w latach 2020–2022, pacjentom chorym na otyłość i jej powikłania udzielono świadczeń głównie w poradniach endokrynologicznych, diabetologicznych i kardiologicznych. Z danych przekazanych przez NFZ wynika, że w roku 2022 w porównaniu do roku 2020, w poradniach tych wydłużył się czas oczekiwania na wizytę w przypadkach pilnych oraz wzrosła liczba osób oczekujących na wizytę. W poradni diabetologicznej, w przypadku pilnym, czas oczekiwania na wizytę wydłużył się (z 10 do 30 dni), zaś liczba oczekujących wzrosła prawie czterokrotnie (z 1,4 do 5,3 tys. pacjentów). W przypadkach stabilnych skrócenie czasu oczekiwania na wizytę odnotowano jedynie w poradniach endokrynologicznych, gdzie średni czas oczekiwania skrócił się z 246 do 221 dni, tj. o 10 %. W okresie objętym kontrolą wpływ na ograniczony dostęp do świadczeń miała również zmniejszająca się liczba podmiotów, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS (poradnie: endokrynologiczna, diabetologiczna), a także występowanie dużych dysproporcji w liczbie AOS pomiędzy województwami.

Infografika nr 4

Liczba pacjentów i rzeczywisty czas oczekiwania w poradniach diabetologicznych, endokrynologicznych i kardiologicznych na koniec 2020 r. i 2022 r.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Spośród 14 poradni, w których najczęściej udzielano świadczeń z powodu choroby otyłościowej, w pięciu nastąpiło wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę, zarówno w przypadku pilnym jak i stabilnym. Tylko w czterech placówkach AOS nieznacznie skrócił się czas oczekiwania na wizytę. Dotyczyło to przypadków pilnych w poradni chirurgii ogólnej i plastycznej oraz przypadków stabilnych w poradni diabetologicznej i endokrynologicznej. Tylko w pięciu z 14 analizowanych poradni w całym okresie objętym kontrolą nie było oczekiwania na wizyty w przypadkach pilnych. Zwiększyła się również liczba osób oczekujących na świadczenia w poradniach specjalistycznych, najwięcej, bo aż ponad czterokrotnie do poradni chirurgii plastycznej (z 95 do 454 osób).

¹³ Choroby współistniejące z otyłością i choroby, z którymi współistnieje otyłość, według danych NFZ.

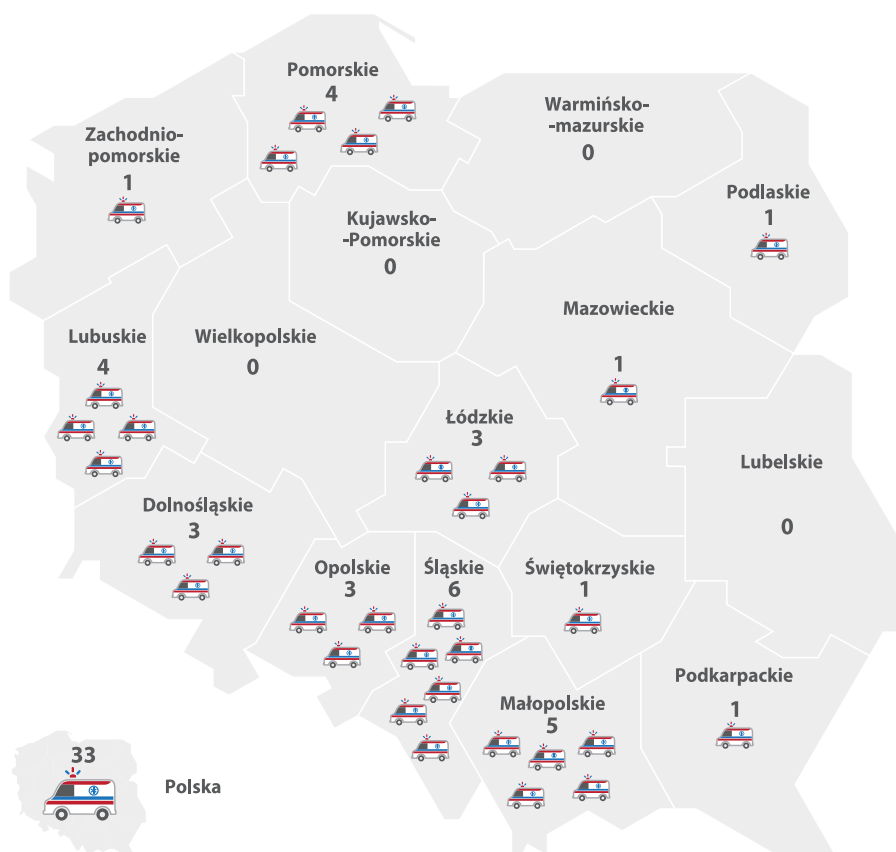
Od 1 lipca 2021 r. wprowadzono bezlimitowe rozliczanie wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS¹⁴, tj. zgodnie z rzeczywistym wykonaniem tych świadczeń. W założeniu Ministra Zdrowia, takie działanie miało ułatwić dostęp do lekarzy specjalistów poprzez skrócenie czasu i zmniejszenie liczby chorych oczekujących na wizyty.

Dane natomiast jednoznacznie wskazują, że podejmowane przez Ministra działania nie przyniosły efektów. Dostęp do świadczeń zdrowotnych był znacznie ograniczony, przede wszystkim z uwagi na długość rzeczywistego czasu oczekiwania na wizyty w poradniach specjalistycznych. [str. 27–32]

Niedoposażenie świadczeniodawców w sprzęt bariatryczny

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie robił rozeznania co do dostępności i zapotrzebowania podmiotów medycznych na sprzęt diagnostyczny dla chorych na otyłość III stopnia, np. rezonansów magnetycznych, tomografów komputerowych. W grudniu 2020 r. Minister Zdrowia uzyskał od wojewodów jedynie dane dotyczące liczby karet bariatrycznych (o zwiększonej nośności), przygotowanych do pomocy pacjentom z otyłością III stopnia, którymi dysponują Zespoły Ratownictwa Medycznego.

Infografika nr 5
Liczba karet bariatrycznych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

Rozmieszczenie 33 karet bariatrycznych na terenie kraju nie było równomierne. W czterech województwach nie było w ogóle takich pojazdów, a w pięciu dysponowano tylko jednym takim ambulansem.

We wszystkich 15 skontrolowanych jednostkach POZ znajdował się wymagany sprzęt, tj. waga ze wzrostomierzem oraz ciśnieniomierz z różnymi rozmiarami mankietów. Wyposażenie to nie zawsze jednak pozwalało na dokonanie rzetelnych pomiarów u pacjentów chorych na otyłość III stopnia. Podczas oględzin gabinetów lekarskich i zabiegowych u świadczeniodawców POZ

¹⁴ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 116/2021/DSOZ z dnia 26 czerwca 2021 r.

stwierdzono, że u dwóch nie było wagi o nośności powyżej 150 kg, a u czterech – mankietów o szerokości ponad 50 cm. Kierownicy skontrolowanych jednostek jako przyczynę braku takiego sprzętu wskazali m.in. na jego ograniczoną dostępność oraz brak środków na zakup.

Brak odpowiedniego sprzętu medycznego utrudnia leczenie pacjentów z najbardziej zaawansowanymi postaciami choroby otyłościowej. Dane uzyskane z NFZ wskazują, że co szósty chory z chorobą otyłościową cierpi na otyłość III stopnia zaawansowania, tzw. otyłość olbrzymią. W trakcie kontroli przeprowadzonej w 20 placówkach ustalono, że 25 pacjentów tych placówek miało masę ciała, która była równa bądź przekraczała 150 kg. Dotyczyło to 14 pacjentów POZ i 11 AOS, tj. 8,7 % i 11,6 % chorych na otyłość, leczonych w tych placówkach. [str. 32–33]

Kierowanie na badania diagnostyczne w celu określania powikłań otyłości

Zarówno lekarze POZ, jak i AOS kierowali pacjentów na badania laboratoryjne dla pogłębienia diagnostyki. Zakres zlecanych badań był zróżnicowany. W żadnej ze skontrolowanych jednostek POZ nie wprowadzono wytycznych ograniczających zakres lub liczbę pacjentów kierowanych na badania laboratoryjne.

Z danych uzyskanych w skontrolowanych jednostkach POZ wynika, że wydatki na diagnostykę laboratoryjną w okresie objętym kontrolą wyniosły 30,3 mln zł, tj. 5,3 % kwoty ze stawek kapitałowych, z czego w 2020 r. 7,2 mln zł (4,0 %), w 2021 r. 11,4 mln zł (6,0 %) oraz w 2022 r. 11,7 mln zł (5,7 %). Dane te są zbieżne z przywołanymi przez NIK w 2017 r. danymi Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, według których z puli przeznaczanej na POZ, w Polsce średnio około 4,5 % środków wydatkowano na diagnostykę laboratoryjną¹⁵.

[str. 33]

Koszty profilaktyki dotyczącej nadwagi i otyłości prowadzonej w poradniach POZ

Wysokość środków finansowych przeznaczanych przez świadczeniodawców POZ na zadania z zakresu promocji zdrowia była zatrażająco niska¹⁶.

Z danych uzyskanych w skontrolowanych jednostkach wynika, że wydatki na działania profilaktyczne wyniosły w okresie objętym kontrolą 894 tys. zł, tj. 0,15 % kwoty ze stawek kapitałowych, z czego w 2020 r. 215 tys. zł (0,1 %), w 2021 r. 235 tys. zł (0,1 %) oraz w 2022 r. 442 tys. zł (0,2 %). W latach 2020–2022, aż ośmiu świadczeniobiorców POZ nie poniosło żadnego wydatku na profilaktykę dotyczącą nadwagi i otyłości. Tylko w jednym POZ corocznie kształtowały się one na poziomie około 1,0 %. [str. 34–36]

Wysokie koszty leczenia otyłości i jej powikłań

Biorąc pod uwagę całkowite wydatki NFZ na ochronę zdrowia w 2022 r., które wyniosły 133,6 mld zł¹⁷, szacuje się, że koszty bezpośrednie związane z otyłością mogły stanowić ponad 9 mld zł, a pośrednie prawie 27 mld zł¹⁸.

Jedyną procedurą leczenia otyłości w Polsce, finansowaną ze środków publicznych, jest chirurgia bariatryczna. W latach objętych kontrolą u 17 422 pacjentów zastosowano takie chirurgiczne leczenie, na które NFZ wydatkował 233 mln zł. Jednostkowy koszt bariatrycznego leczenia pacjenta (poza programem KOS-BAR) wyniósł w 2021 r. 13,1 tys. zł, a w 2022 r. 16,5 tys. zł.

[str. 36–37]

¹⁵ Informacja o wynikach kontroli P/16/056 – Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej, KZD.430.001.2017, Nr ewid. 42/2017/P/16/056/KZD, Warszawa 2017 r.

¹⁶ W porównaniu do danych GUS, z których wynika, że w 2020 r. wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne stanowiły 1,9 %.

¹⁷ Dane z Ministerstwa Zdrowia.

¹⁸ Springer, M., Zaporowska-Stachowiak, I., Hoffmann, K., Markuszewski, L., & Bryl, W. (2019). *Otyłość – choroba kosztowna*. *Hygeia Public Health*, 54(2), 88–91. W publikacji tej koszty związane z otyłością podzielono na trzy grupy: bezpośrednie, pośrednie i indywidualne. Bezpośrednie to te związane z profilaktyką, diagnostyką i leczeniem otyłości oraz chorób będących jej powikłaniami. Pośrednie związane są natomiast z mniejszą produktywnością i wydajnością wynikającą z częstszej absencji w pracy, koniecznością wypłat rent zdrowotnych oraz przedwczesną śmiercią. Według szacunków, koszty bezpośrednie stanowią ok. 7 %, a pośrednie nawet 20 % wydatków na ochronę zdrowia.

**Aktywna działalność
Ministra Zdrowia
na rzecz profilaktyki
nadwagi i otyłości**

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia samodzielnie oraz we współpracy z innymi podmiotami podejmował szereg działań mających na celu profilaktykę nadwagi i otyłości. W ramach prowadzonej polityki zdrowotnej realizowano zadania, które wpisywały się w szeroko rozumianą promocję zdrowego stylu życia oraz motywowanie do zmiany postaw i nawyków żywieniowych. Były one realizowane głównie w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020, a następnie Narodowego Programu Zdrowia 2021–2025. Jednym z celów operacyjnych ostatniego NPZ jest profilaktyka nadwagi i otyłości.

Minister wdrożył także program Profilaktyka 40 PLUS, obejmujący profilaktyczną diagnostyką pacjentów POZ powyżej 40 roku życia. W okresie objętym kontrolą, w ramach tego Programu prowadzone były pomiary ciśnienia tętniczego, masy ciała, wzrostu, obwodu talii oraz wyliczenia wartości BMI. W koszyku świadczeń gwarantowanych w POZ umieszczono opiekę koordynowaną, w ramach której zapewniono konsultacje dietetyczne oraz porady edukacyjne. Opieką koordynowaną objęto pacjentów z cukrzycą, astmą, nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, niewydolnością serca oraz niedoczynnością tarczycy. Do osób chorych na otyłość skierowany był program pilotażowy Ministra Zdrowia dotyczący kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR), wdrożony w 2021 r. Wykonanie ostatnich operacji w ramach tego Programu zostało przewidziane na grudzień 2023 r. W 2017 r. Minister Zdrowia uruchomił Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej¹⁹ oraz dietetyczną poradnię internetową: Centrum Dietetyczne Online²⁰. [str. 39–41]

**Niewystarczające
działania POZ
w zakresie
profilaktyki nadwagi
i otyłości**

W latach 2020–2022, z uwagi na pandemię COVID-19, profilaktyka nadwagi i otyłości prowadzona w POZ była ograniczona. Co do zasady nie rozpoznawano skali problemu ani potrzeb w tym zakresie. Profilaktyka obejmowała promocję zdrowego stylu życia, prawidłowych postaw i nawyków żywieniowych, a także aktywności fizycznej. Realizowali ją lekarze POZ w ramach indywidualnych wizyt. Lekarze w skontrolowanych POZ oświadczyli, że podczas wizyt udzielali pacjentom ustnych pouczeń, wskazywali źródła uzyskania informacji w tym zakresie, a także przekazywali materiały, którymi dysponowali. [str. 41–42]

**Działania jednostek
samorządu
terytorialnego
na rzecz zdrowego
stylu życia**

W okresie objętym kontrolą, działania wybranych 23 jednostek samorządu terytorialnego z objętych kontrolą województw, powiatów i gmin, dotyczące rozpoznawania potrzeb, inicjowania kierunków przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami, były ograniczone. Ponad 35 % samorządów z 23, do których wysłano zapytanie²¹, nie wykazała się żadną aktywnością w tym zakresie. Dotyczyło to 50 % gmin, 60 % miast na prawach powiatu, jednego z sześciu samorządów powiatowych oraz jednego z pięciu samorządów wojewódzkich.

Z uzyskanych informacji wynika, że samorzady wojewódzkie, co do zasady, opracowywały programy polityki zdrowotnej, obejmujące promocję zdrowego stylu życia oraz prawidłowych nawyków żywieniowych. Aktywność samorządów powiatowych i gminnych, w tym zakresie, skupiała się natomiast głównie na edukacji uczniów szkół, dla których były one organem prowadzącym. [str. 43–44]

Diagnostyka otyłości

W okresie objętym kontrolą, u ponad połowy pacjentów POZ, u których rozpoznano chorobę otyłościową, wystąpiły również choroby z niej wynikające, a co szósty pacjent wykazywał III stopień zaawansowania otyłości²². Natomiast wśród pacjentów AOS, u których w latach 2020–2022 rozpoznano otyłość, u prawie co drugiego pacjenta wystąpiły powikłania zdrowotne, a częściej niż co piąty wykazywał III stopień zaawansowania otyłości. [str. 44–47]

¹⁹ Dalej: NCEŻ.

²⁰ Dalej: CDO.

²¹ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 ustawy o NIK.

²² 13 z 81 pacjentów, których dane pozwalały określić stopień otyłości.

**Niemonitorowanie
stanu zdrowia
pacjentów w zakresie
nadwagi i otyłości**

Niemonitorowanie pacjentów zagrożonych otyłością powoduje opóźnione rozpoznanie choroby i częstsze występowanie powikłań. Tylko u co trzeciego pacjenta²³, u którego zdiagnozowano otyłość w okresie objętym kontrolą, przed postawieniem rozpoznania otyłości sprawdzano masę ciała. W większości przypadków lekarze POZ nie monitorowali stanu zdrowia oraz efektów leczenia pacjentów ze zdiagnozowaną otyłością. W DM u co siódmego pacjenta chorego na otyłość odnotowywano postępy w jej leczeniu, natomiast u prawie co 13 wzrost masy ciała.

W DM ponad połowy pacjentów w trakcie wizyt, w czasie których lekarze zdiagnozowali otyłość, odnotowali również pomiar masy ciała i wzrostu oraz obliczyli BMI. U prawie 10 % pacjentów lekarze odnotowali w DM wartość BMI (bez pomiarów masy i wzrostu). W tych przypadkach wartość wskaźnika BMI według skali WHO wskazywała na: nadwagę – 10, otyłość I stopnia – 52, otyłość II stopnia – 17, a otyłość III stopnia – 13. U 50 pacjentów lekarze zdiagnozowali otyłość bez odnotowania w DM masy ciała lub BMI. [str. 47–48]

**Brak danych
lub efektów
w leczeniu otyłości**

W 15 skontrolowanych jednostkach POZ nie odnotowywano w DM efektów leczenia otyłości. Tylko w 10,5 % kart historii zdrowia i choroby odnotowano wartość pomiaru masy ciała. W 2021 r. w stosunku do 2020 r. prawie połowa pacjentów zredukowała masę ciała, a u co trzeciego chorego obserwowano postęp choroby otyłościowej pod postacią dalszego wzrostu masy ciała. Natomiast w 2022 r. w stosunku do 2021 r. 27,6 % pacjentów zredukowało masę ciała, a ponad dwa razy częściej, tj. u 62,1 % obserwowano jej przyrost.

[str. 48–52]

²³ 41 pacjentów z 127, którzy byli pacjentami POZ przed 2020 r.

4. WNIOSKI

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że skala problemów zdrowotnych wynikających z nadwagi i otyłości wymaga kompleksowego planu działania, obejmującego także pełną profilaktykę nadwagi i otyłości, dostęp do leczenia otyłości zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i międzynarodowymi standardami, i wnosi do:

Minister Zdrowia

Ministra Zdrowia o:

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

Narodowy Fundusz Zdrowia

Narodowego Funduszu Zdrowia o :

Egzekwowanie od świadczeniodawców POZ realizacji obowiązku przekazywania danych dotyczących udzielonych świadczeń, w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, obejmujących informację o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym, określonego w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców*.

Świadczeniodawcy AOS

Świadczeniodawców AOS o :

Systematyczne monitorowanie realizacji obowiązku przekazywania przez lekarza AOS kierującemu lekarzowi POZ informacji związanych z leczeniem pacjenta, o których mowa w § 12 ust. 4 rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* oraz dokumentowania tego faktu.

Świadczeniodawcy POZ

Świadczeniodawców POZ o :

- 1) Przekazywanie do NFZ, co najmniej raz w roku, danych dotyczących wzrostu i masy ciała świadczeniobiorców, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców*.
- 2) Zapewnienie rzetelnych, zgodnych ze stanem faktycznym danych w sprawozdaniach statystycznych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej.
- 3) Zapewnienie skutecznego nadzoru nad realizacją zadań dotyczących osób chorych na otyłość, jakością udzielanych świadczeń oraz prowadzeniem dokumentacji medycznej, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu *w sprawie dokumentacji medycznej*.

Uwaga NIK zwraca uwagę, że Minister Zdrowia nie zrealizował wniosków ujętych w Informacji o wynikach kontroli P/20/079 – *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*, które w świetle ustaleń przedmiotowej kontroli nadal pozostają aktualne.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych

Organizacja systemu opieki zdrowotnej i funkcjonujące w niej rozwiązania nie zabezpieczały udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz międzynarodowymi i eksperckimi rekomendacjami jak również wytycznymi w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych²⁴. Nierozpoznanie potrzeb i nieopracowanie strategii, a także niewdrożenie odpowiednich działań świadczyło o niemonitorowaniu skali zjawiska otyłości w Polsce oraz mogło przyczynić się do zwiększenia populacji osób chorych na otyłość w sytuacji, gdy już co trzeci Polak cierpiał na tę chorobę.

Skala leczenia choroby otyłości i jej powikłań zdrowotnych w Polsce

Z danych uzyskanych z NFZ²⁵ wynika, że w Polsce w latach 2020–2022 z powodu otyłości w AOS i POZ było leczonych 768 554 pacjentów, przy czym ze świadczeń w 2020 r. skorzystało 281 791, w 2021 r. 378 108, a w 2022 r. już 425 160. W tych latach pacjentom udzielono łącznie 2 234 410 porad u lekarzy AOS i POZ, w tym z powodu choroby otyłościowej będącej rozpoznaniem głównym 525 657, a współistniejącym 1 708 753.

Z powodu otyłości w POZ leczonych było 574 446 osób dorosłych. Najwięcej takich pacjentów odnotowano w przedziale wiekowym 35–54, tj. w 2020 r. – 68 564, a w 2021 r. – 102 310. Stanowiło to około 3 % pacjentów objętych opieką czynną w POZ w tej grupie wiekowej. Najmniej osób leczono w grupie wiekowej²⁶ 19–34, tj. w 2020 r. – 25 709, a w 2021 r. – 38 492. W 2022 r. w porównaniu do 2020 r., w obu grupach wiekowych, o ponad 70 % wzrosła liczba osób, którym udzielono świadczeń z powodu choroby otyłościowej.

W okresie objętym kontrolą, z powodu otyłości w AOS leczonych było 265 479 osób dorosłych. Najwięcej pacjentów z otyłością odnotowano w przedziale wiekowym powyżej 65 lat, tj. w 2020 r. – 47 844, w 2021 r. – 57 625, a w 2022 r. – 64 609. Największy wzrost pacjentów leczących otyłość w AOS nastąpił w grupach wiekowych 19–34 i 35–54, tj. o ponad 40 %.

Liczba osób, którym z powodu otyłości udzielono świadczeń zarówno w POZ i AOS wyniosła 57 545. Ze świadczeń medycznych u świadczeniodawców AOS i POZ skorzystało odpowiednio: w 2020 r. – 14 840, w 2021 r. – 24 646 i w 2022 r. – 27 529 tych pacjentów.

Według danych uzyskanych z NFZ, w Polsce w latach 2020–2022 pacjentom w POZ udzielono łącznie 1 433 512 świadczeń związanych z otyłością, z czego otyłość była rozpoznaniem głównym w przypadku 318 781 świadczeń, a chorobą współistniejącą w przypadku 1 114 731 świadczeń. W 2022 r., w stosunku do 2020 r., o 177 382 (47,5 %) wzrosła liczba świadczeń udzielonych w POZ w związku z otyłością. Natomiast pacjentom w AOS udzielono łącznie 800 898 porad z powodu otyłości, z czego otyłość była rozpoznaniem głównym w przypadku 206 876 świadczeń, a chorobą współistniejącą w przypadku 594 022 świadczeń. W 2022 r., w stosunku do 2020 r., o 75 325 (34,2 %) wzrosła liczba świadczeń udzielonych w AOS w związku z otyłością.

²⁴ M.in. *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego* opublikowane przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością. *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość* opublikowane przez Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości.

²⁵ W analizie NIK nie brano pod uwagę pacjentów, których nr PESEL wskazywał ponad 100 lat, tj. w 2020 r. – 16, 2021 r. – 33, 2022 r. – 25.

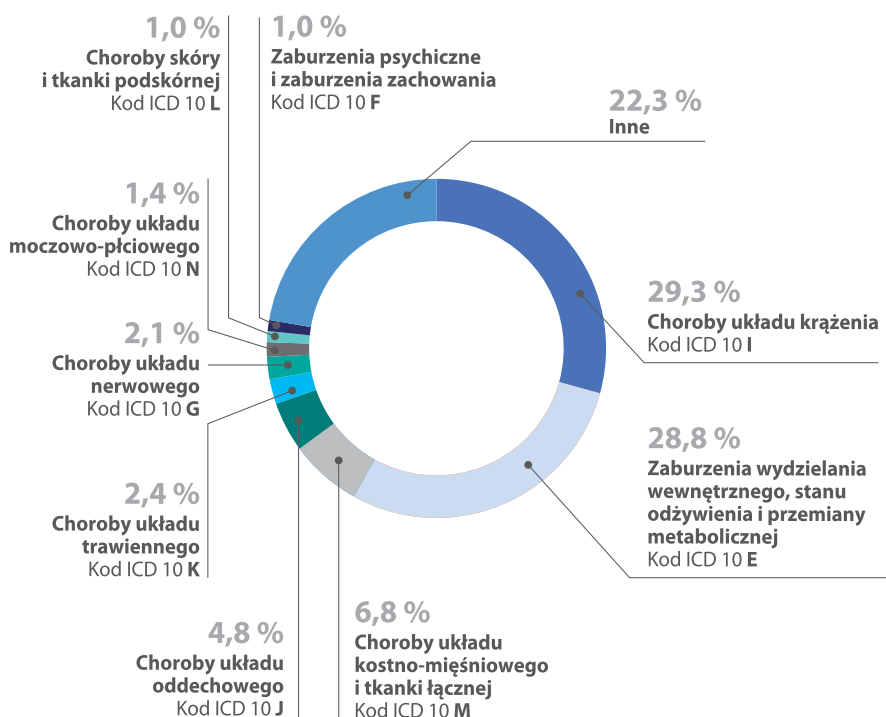
²⁶ Grupy wiekowe zgodnie z podziałem zamieszczonym w MZ-11, tj. 19–34, 35–54, 55–64, powyżej 65.

Na podstawie danych NFZ oszacowano, że w Polsce otyłość jako jedyne i wyłączone rozpoznanie (brak świadczenia z powodu innej choroby) była przyczyną 15,3 % wszystkich udzielonych świadczeń zdrowotnych w latach 2020–2022 związanych z otyłością.

Najczęściej w POZ i AOS udzielano jednocześnie świadczeń z powodu otyłości i chorób z grupy układu krążenia (zgodnie z ICD10 kody z grupy I). Stanowiły one 29,3 % wszystkich wizyt z powodu otyłości występującej wraz z innymi chorobami. Dotyczyły głównie samoistnego pierwotnego nadciśnienia (zgodnie z ICD10 kod z grupy I10), które występowało wraz z otyłością w 15,4 % wizyt. Ponadto osoby chore na otyłość chorowały również na cukrzycę insulinozależną (zgodnie z ICD 10 kody z grupy E11) – 11,7 % wizyt oraz na zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie (zgodnie z ICD 10 kody z grupy E78) – 2,8 % wizyt.

Infografika nr 6

Choroby najczęściej występujące z otyłością



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

Z powyższego wynika, że otyłość jest głównie diagnozowana jako choroba towarzysząca innym schorzeniom. Dane jednoznacznie wskazują, że wzrasta liczba udzielanych świadczeń z powodu otyłości. Zwiększyła się również liczba pacjentów, którzy z powodu otyłości korzystają ze świadczeń zarówno w AOS i POZ.

Inne choroby towarzyszące otyłości

Dane ogólnopolskie potwierdziła również próba zbadana w kontroli NIK. Ustalono, że 206 z 277 pacjentów skontrolowanych POZ ze zdiagnozowaną otyłością leczyło się również z powodu innych chorób. Dotyczyło to w szczególności samoistnego nadciśnienia, na które leczyło się 100 pacjentów, czyli aż 48,5 % wszystkich pacjentów leczących się z powodu otyłości oraz innych chorób. U chorych na otyłość występowały również zaburzenia gospodarki lipidowej (64 pacjentów) oraz cukrzyca insulinozależna (57 pacjentów).

Przykład

Najwięcej, bo aż 13 kodów chorobowych, według ICD 10, odnotowano w DM u pacjenta (mężczyzna, powyżej 65 lat), który był leczony m.in. z powodu samoistnego nadciśnienia, zaburzeń rytmu serca i przemiany lipidów, choroby stawów i wątroby oraz stanów lękowych. W 2016 r. zdiagnozowano u niego

otyłość i w tym czasie BMI wynosiło 43,21. Natomiast ostatni pomiar masy ciała zanotowano w DM w roku 2019, gdy BMI wynosiło 34,57. W okresie objętym kontrolą, w DM nie było informacji o wadze lub BMI tego pacjenta.

W AOS 72 pacjentów (76 %) ze zdiagnozowaną otyłością leczono się również z powodu innych chorób, przede wszystkim z grupy I, E, M, zgodnie z kwalifikacją ICD10.

Przykład

W DM pacjentki z grupy wiekowej 35–54 lat odnotowano dziewięć różnych chorób według klasyfikacji ICD10. Otyłość zdiagnozował lekarz POZ w 2019 r. W DM wpisano, że pacjentka podała, iż choruje na otyłość od 2007 r. W okresie objętym kontrolą była leczona farmakologicznie w poradni metabolicznej. W 2022 r. jej BMI wynosiło 42,6.

Nierzetelne i niepełne dane dotyczące stanu zdrowia pacjentów

Zgodnie z zapisami zawartymi w programie badań statystycznych statystyki publicznej, sprawozdanie MZ-11 sporządzają podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, praktyki fizjoterapeutów, indywidualne oraz grupowe praktyki pielęgniarek i położnych, udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych (umowa z NFZ). Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. *o statystyce publicznej*²⁷, w związku z art. 7 ust. 1 tej ustawy. Przepisy te stanowią, że jeżeli badanie statystyczne jest prowadzone na zasadzie obowiązku, respondenci są obowiązani do udzielenia i przekazania prowadzącemu badanie pełnych, zgodnych ze stanem faktycznym, rzetelnych i wyczerpujących danych, zgodnie ze szczegółowym zakresem, w formie, postaci i terminach określonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej. W kontroli ustalono, że nie wszystkie podmioty wywiązywały się z ww. obowiązku.

Jedna ze skontrolowanych jednostek POZ nie sporządzała i nie przekazała do właściwego urzędu wojewódzkiego sprawozdań MZ-11 za lata 2020 i 2021. „Centrum Medyczne Puławska” spółka z o.o. w Piasecznie nie przekazała sprawozdania MZ-11 za lata 2020 i 2021 z powodu ograniczeń systemowych i braku możliwości obróbki dużej ilości danych. Dopiero w 2023 r. uzyskano techniczną możliwość wygenerowania danych do tego sprawozdania.

Urzędy wojewódzkie z województw, na terenie których prowadzono czynności kontrolne potwierdziły, że około 30 % zobowiązanych podmiotów nie przekazuje sprawozdań MZ-11.

Sprawozdania statystyczne MZ-11 obejmują dane dotyczące m.in. liczby osób w wieku 19 lat i więcej, objętych opieką czynną w POZ z powodu przewlekłej choroby otyłościowej (według kodów ICD10: E65-E68).

Ze sprawozdań MZ-11 wynika, że w Polsce w 2020 r. w grupie osób powyżej 19 roku życia opieką czynną lekarza POZ było objętych 411 386 pacjentów z otyłością (3,7 % wszystkich pacjentów objętych opieką czynną i 1,8 % pacjentów zadeklarowanych do lekarza POZ w Polsce). Pacjentów pierwszorazowych było 62 462, tj. 15,2 % wszystkich pacjentów objętych opieką czynną z powodu choroby otyłościowej. Natomiast w 2021 r. opieką czynną lekarza POZ było objętych 454 073 pacjentów z otyłością powyżej 19 roku życia (3,9% wszystkich pacjentów objętych opieką czynną i 1,9 % pacjentów zadeklarowanych do lekarza POZ w całym kraju), w tym pierwszorazowo 67 041.

Oznacza to, że w 2021r. osoby chore na otyłość po raz pierwszy objęte opieką czynną stanowiły 14,8 % wszystkich pacjentów objętych opieką czynną z powodu choroby otyłościowej. Z danych tych wynika, że w 2021 r., w porównaniu do 2020 r., wzrosła liczba osób chorych na otyłość objętych opieką czynną o 42 687 oraz o 4579 wzrosła liczba osób, u których stwierdzono to schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym.

²⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 773.

Minister Zdrowia wyjaśnił, że Centrum e-Zdrowia nie weryfikowało tych sprawozdań pod względem rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym, ponieważ nie ma takich narzędzi prawnych oraz podał, że weryfikacja sprawozdań MZ-11 przez urzędy wojewódzkie, jak i Centrum e-Zdrowia prowadzona jest jedynie przez porównanie danych rok do roku.

W instrukcji wypełniania formularza i na samym formularzu sprawozdań MZ-11 zapisano, że: *opieką czynną objęte są takie osoby, które z powodu choroby przewlekłej, narażenia na działanie czynników szkodliwych lub stanu fizjologicznego, wymagają systematycznej kontroli lekarskiej, tj. mają wyznaczone terminy i realizowane wizyty w ciągu roku.*

Tak sformułowana definicja opieki czynnej jest nieprecyzyjna i powoduje, że przedkładane przez świadczeniobiorców dane mogą być zróżnicowane na skutek odmiennych interpretacji instrukcji ich wypełniania. Należy zwrócić uwagę, że inaczej niż w przypadku lekarzy AOS, do lekarza POZ, nie są wyznaczane terminy wizyt.

We wszystkich 14 skontrolowanych POZ, które wywiązywały się z obowiązku sprawozdawczego, w sprawozdaniach MZ-11 stwierdzono nieprawidłowe lub innego rodzaju dane niż oczekiwał Minister. W kontroli ustalono, że świadczeniodawcy POZ wykazywali w roku sprawozdawczym wyłącznie pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym otyłości (bez wskazania pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem współistniejącym otyłości) oraz pacjentów, u których otyłość zdiagnozowano we wcześniejszych latach.

Przykład

Dyrektor **SPZOZ Nr 1 w Bełżycach** wyjaśnił, że: *sprawozdanie MZ-11 za dany rok wskazuje ilu pacjentów zadeklarowanych do ośrodków zdrowia SPZOZ ma choroby przewlekłe – wymagające opieki czynnej (chorobowość) i nowe przypadki z zakresów tych chorób (zachorowalność). W większości ośrodków POZ pacjentów z rozpoznaną otyłością wpisuje się w rejestr chorób przewlekłych E 66 (imię, nazwisko, data rozpoznania). Te rejestry są utworzone na podstawie jeszcze wcześniejszych historii zdrowia i choroby, prowadzonych w kartotekach bez użytkowania systemu informatycznego i obecnych wpisów w system. Te dane przedstawiane są w MZ-11.*

Według Ministra Zdrowia, wszystkie informacje, niezbędne do wypełnienia sprawozdania MZ-11 znajdują się: na wzorze formularza i w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia oraz w instrukcji sporządzania. Nie ma zatem potrzeby opracowywania innych szczegółowych informacji dotyczących sposobu jego wypełniania. W związku z tym, że sprawozdanie od lat jest w niezmiennym postaci, sprawozdawcy wiedzą, jak merytorycznie podejść do zagadnienia. W razie niejasności, osoby wykazujące dane nawiązują z Centrum e-Zdrowia kontakt telefoniczny lub mailowy, otrzymując odpowiedź na bieżąco. Skala zgłoszeń wpływająca do Centrum e-Zdrowia nie jest duża, jest to zazwyczaj od kilku do kilkunastu zgłoszeń. Pytania od sprawozdawców nie wykraczają poza zakres wskazany w instrukcji.

Z informacji uzyskanych z pięciu urzędów wojewódzkich wynika, że podmioty zobligowane do wypełniania sprawozdania MZ-11 kierują do nich zapytania dotyczące prawidłowego sposobu uzupełnienia sprawozdania, zakresu przekazywanych danych czy też możliwości dokonania korekty danych przez te podmioty.

Wskazuje to na potrzebę zmian przedmiotowej sprawozdawczości w celu zagwarantowania rzetelnych danych. Niezapewnienie narzędzi umożliwiających skuteczną weryfikację sprawozdań MZ-11 pod względem zgodności ze stanem faktycznym i rzetelności powoduje, że Minister Zdrowia otrzymuje niezwerfikowane informacje. Wywołuje to istotne wątpliwości co do ich rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym.

**Brak pomiarów,
raportowania
oraz analizy danych
w zakresie
parametrów
antropometrycznych
pacjentów**

Minister wyjaśnił, że w celu poprawy rzetelności danych wykazywanych w tych sprawozdaniach planowane jest w uzgodnieniu z urzędami wojewódzkimi umieszczenie dodatkowych, bardziej szczegółowych informacji w instrukcji.

Na podstawie § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców* – świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie POZ, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, przekazują Funduszowi dane dotyczące udzielonych świadczeń np. w zakresie świadczeń lekarza POZ – dane te obejmują informację o masie ciała i wzroście świadczeniobiorcy – co najmniej raz w danym roku kalendarzowym. Z danych uzyskanych z oddziałów wojewódzkich NFZ wynika, że nie wszystkie podmioty zobowiązane realizowały ten obowiązek.

Przykład

Z danych przekazanych przez **Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach** wynika, że aż: 53 % w 2020 r., 40 % w 2021 r. i 39 % w 2022 r., podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju POZ nie raportowało tych danych.

Lekarze POZ zobowiązani są prowadzić dokumentację medyczną, zgodnie z przepisami § 10 ust. 2 pkt 5 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2015 r.* i § 10 pkt 4 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej z 2020 r.* Określono w nich, że dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności: opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży lub opis stanu funkcjonowania, zalecenia, informacje o wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach oraz opiniach.

W dokumentacji pacjentów, przede wszystkim osób z nadwagą lub otyłością, powinny raz w roku być zapisywane wyniki pomiarów masy ciała, na podstawie których można obliczyć wskaźnik BMI umożliwiający rozpoznanie (zdiagnozowanie) otyłości.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. *w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej*²⁸ nie zobowiązano bezpośrednio lekarzy POZ do corocznego ważenia i mierzenia oraz obliczania BMI pacjentów.

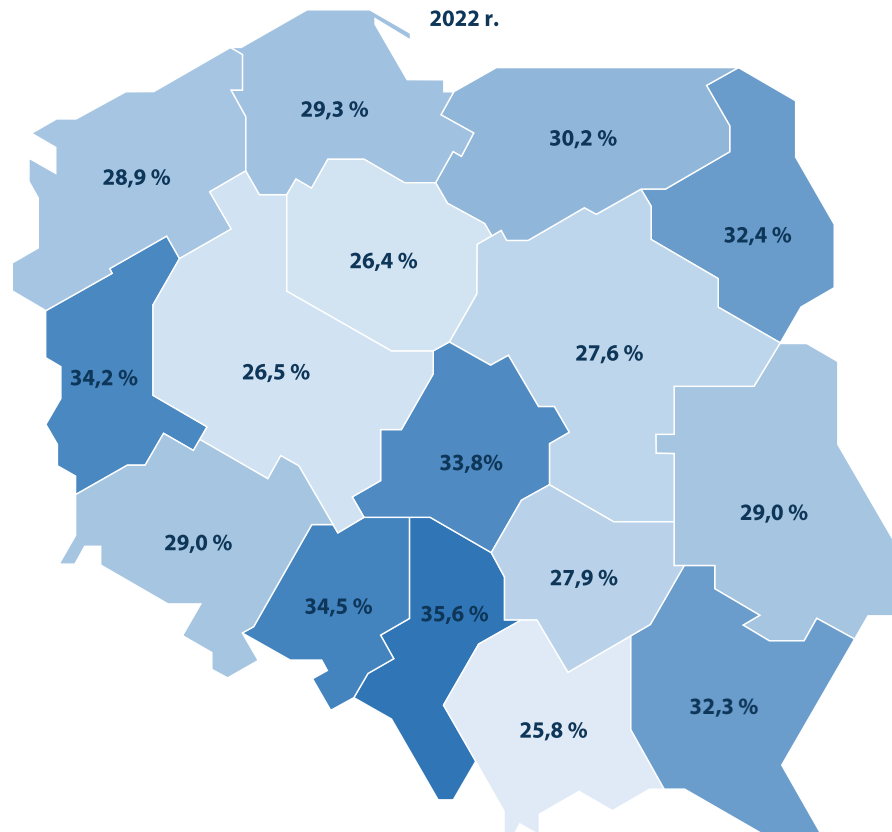
Z danych gromadzonych przez NFZ na podstawie rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców* wynika, że w każdym roku objętym kontrolą około 21 mln pacjentów skorzystało przynajmniej z jednego świadczenia w POZ, a masę i wzrost zaraportowano jedynie dla co piętnastego z nich. Stanowiło to odpowiednio w 2020 r. – 7,0 % (1,5 mln), w 2021 r. – 7,2 % (1,6 mln) i w 2022 r. – 7,3 % (1,8 mln) pacjentów. W zależności od województw dane te mieściły się w przedziale od 1,1 % (w 2020 r. województwo śląskie) do 19,3 % (w 2022 r. województwo podlaskie).

Z raportowanych danych dotyczących masy i wzrostu pacjentów, na podstawie których NFZ obliczył wskaźnik BMI wynika, że w roku 2020 otyłość występowała u 29,06 % osób, których masę i wzrost zaraportowano, a w 2022 r. u 29,08 %, tj. u 523 944 pacjentów. Te wyliczenia pokazały, że w zależności od województwa, osoby z otyłością stanowiły od 25,8 % do 35,6 % mieszkańców.

²⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 2335, dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu zadań lekarza POZ.

Infografika nr 7

Udział procentowy dorosłych pacjentów POZ z otyłością, w odniesieniu do pacjentów, których sprawozdano masę ciała i wzrost w 2022 r.; wyliczenia na potrzeby kontroli NIK



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Z porównania danych z 2020 i 2022 r., zaraportowanych do NFZ, dotyczących masy ciała i wzrostu pacjentów, wynika, że o prawie 100 tys. osób wzrosła liczba pacjentów, których wartość wskaźnika BMI wskazuje na otyłość. Największy niepokój budzi wzrost w tym okresie liczby pacjentów z otyłością III stopnia o ponad 14 tys., tj. aż o 41,7 %. W 2022 r. tych pacjentów było prawie 48 tys. i stanowili oni 2,72 % wszystkich osób, których dane antropometryczne zaraportowano do NFZ. W okresie objętym kontrolą, jak wskazują wyliczenia na potrzeby kontroli NIK, spadł natomiast nieznacznie udział procentowy pacjentów z nadwagą i w 2022 r. wynosił 35,6 %, tj. 640 979 osób. W Polsce, w 2022 r. nadmierną masę ciała miało 1 164 923 pacjentów, spośród 1 801 447, których pomiary antropometryczne zaraportowano do NFZ.

W dokumentacji medycznej lekarze POZ sporadycznie odnotowywali pomiar masy i wzrostu pacjentów. W czasie kontroli ustalono, że w 376 egzemplarzach DM (39,8 %), z 944 skontrolowanych, taki pomiar znalazł się przynajmniej raz w okresie objętym kontrolą. W 2020 r. masę i wzrost odnotowano w dokumentacji 261 pacjentów, co stanowiło 31,4 % pacjentów, którym lekarz POZ udzielił choć jednej porady stacjonarnej. W roku 2021 było 243 takich pacjentów (29,6 %), a w 2022 r. – 256 (30,5 %). Jednocześnie kierownicy tych jednostek, jak również lekarze wyjaśniali, że pomiary te są realizowane, ale nieodnotowywane.

Konsekwencją nieodnotowywania tych pomiarów w dokumentacji medycznej był brak możliwości ich raportowania do NFZ. W kontroli tylko w czterech POZ²⁹, z 15 skontrolowanych, przekazano dane co do liczby pacjentów, których masę i wzrost zaraportowano do NFZ.

²⁹ SPZOZ Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Żoliborz w Warszawie, Biovena sp. z o.o. w Milanówku, Centrum Medyczne Puławska sp. z o.o. w Piasecznie oraz ZOZ w Ropczycach.

Przykład

ZOZ w Ropczycach do raportowania danych do NFZ wykorzystywał program, w którym lekarze mieli możliwość wprowadzenia wyników pomiaru masy i wzrostu oraz wskaźnika BMI dla każdego pacjenta. Za pośrednictwem tego programu przekazano dane dotyczące pomiaru masy u osób dorosłych w 2020 r., w przypadku 20 pacjentów, w 2021 r. – 53 i w 2022 r. – 60 pacjentów. Stanowiło to odpowiednio 0,06 %, 0,17 %, 0,2 % wszystkich pacjentów POZ. Analiza 64 egzemplarzy DM wykazała, że brak danych wystąpił w 2020 r. w przypadku 46 pacjentów, w 2021 r. – 41 i w 2022 r. – 53 pacjentów. Stanowiło to odpowiednio 79,3 %, 77,4 % i 85,5 % pacjentów, którzy uzyskali poradę u lekarza POZ w danym roku.

Jako przyczynę nierealizowania obowiązku wynikającego z § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców wskazywano również brak technicznych możliwości systemów informatycznych, w których była prowadzona DM, nieegzekwowanie tego obowiązku przez OW NFZ, a także brak takiego obowiązku w aktach normatywnych określających zadania lekarza POZ.

Przykład

Prezes Zarządu placówki pn. **Przychodnie Medycyny Rodzinnej sp. z o.o. w Szczecinie** wyjaśniła, że: *zgodnie z umową z NFZ nie określono odrębnej usługi, która dotyczy wykazania pomiaru BMI u pacjenta. Obowiązek leżący po stronie świadczeniodawców nie jest odrębnym elementem sprawozdawczym.*

Dyrektor **Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy – Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie** wyjaśniła, że: *coroczny pomiar masy ciała i wzrostu pacjentów nie jest obowiązkiem ujętym w aktach normatywnych określających obowiązki lekarza POZ. Ustawodawca w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ nie przewidział obowiązku wykonywania pomiarów wskaźnika BMI dla każdego pacjenta.*

Zgodnie z § 5 umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ, świadczeniodawcy są obowiązani do gromadzenia i przekazywania dla rozliczenia realizacji umowy informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy w formie wymiany danych wymaganym przez Fundusz³⁰. W związku z wprowadzeniem obowiązku przesyłania (co najmniej raz w roku kalendarzowym) informacji o masie ciała i wzroście pacjenta, określonego w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, NFZ wprowadził odpowiednie regulacje prawne. W dniu 1 sierpnia 2019 r., Zarządzeniem nr 98/2019/DI Prezesa NFZ w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML, dodano obowiązek przekazywania informacji o wadze i wzroście dla świadczeń lekarza POZ, w przypadku pierwszej porady w danym roku kalendarzowym, jako element składowy opisujący „świadczenie”. Powyższa zmiana weszła w życie z dniem 1 stycznia 2020 r. W uzasadnieniu jej wprowadzenia wskazano, że dane te mogą być wykorzystane „w strumieniu refundacji leków”, tj. refundacji aptecznej. Nie ma natomiast powiązania realizacji obowiązku raportowania wzrostu i masy pacjentów z finansowaniem świadczeniodawców POZ.

Minister Zdrowia nie dokonywał analizy danych uzyskiwanych przez NFZ w celu ustalenia, jak kształtuje się problem nadmiernej masy ciała w społeczeństwie. Również dla kierowników kontrolowanych jednostek POZ informacje o parametrach antropometrycznych pacjentów nie stanowiły przedmiotu zainteresowania. W związku z tym dane te nie były analizowane ani nie wykorzystywane do planowania zadań mających zapewnić świadczenia zdrowotne odpowiednie do potrzeb.

³⁰ Komunikat XML – „Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych”.

Ograniczone działania w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości z uwagi na pandemię COVID-19

W okresie objętym kontrolą, w Polsce, z uwagi na pandemię COVID-19, ograniczony został bezpośredni dostęp do lekarzy w AOS i POZ, co sprawiało, że wizyty realizowano głównie w formie teleporad.

Przykład

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ wskazał, że podczas pandemii COVID-19 udział teleporad stanowił niemal 90 % wszystkich udzielanych przez lekarzy POZ świadczeń.

Kontakt fizyczny z pacjentami, z uwagi na ryzyko zakażenia się wirusem COVID-19, był ograniczony. Działania świadczeniodawców POZ skupiały się na zapobieganiu rozprzestrzenianiu się epidemii. W opinii kierowników skontrolowanych jednostek i lekarzy tam pracujących, dokonywanie we wskazanym okresie dodatkowych pomiarów masy ciała i wzrostu pacjentów doprowadziłoby do sparaliżowania udzielania świadczeń zdrowotnych w niezbędnym zakresie.

Stan pandemii, który ukierunkował i skupił aktywność świadczeniodawców POZ na chorobie COVID-19, nie sprzyjał realizacji prawidłowej profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości. Wizyty w formie teleporad, skrócenie czasu obecności pacjenta w gabinecie do minimum, w znacznym stopniu ograniczały działania na rzecz profilaktyki otyłości.

Przykład

Dyrektor **Miejskiego Centrum Medycznego „Górna” w Łodzi** wyjaśniła, że z uwagi na pandemię COVID-19 i związane z nią ograniczenia epidemiologiczne, realizacja opieki w tej grupie była znacznie utrudniona, a czasami wręcz niemożliwa.

W **ZOZ Nr 2 w Rzeszowie** lekarze poprzez liczne teleporady uczulali pacjentów na konsekwencje nieodpowiedniego odżywiania i braku aktywności fizycznej. Edukacja nie przyniosła jednak oczekiwanych rezultatów, ponieważ pacjenci najczęściej zgłaszali się do lekarza ze stwierdzonymi już problemami zdrowotnymi wywoływanymi przez otyłość (nadciśnienie, cukrzyca).

Okres pandemii COVID-19 był szczególnie niekorzystny dla przeciwdziałania otyłości. Do pogorszenia się zdrowia Polaków przyczyniły się niekorzystna zmiana diety, szczególnie objadanie się pod wpływem stresu, a także spadek aktywności fizycznej wynikający z izolacji, pracy zdalnej, ograniczonego dostępu do aktywności fizycznej (zamknięte siłownie). Z drugiej zaś strony aktywność lekarzy POZ skupionych na leczeniu COVID-19, odsunęła na dalszy plan działania profilaktyczne i lecznicze dotyczące innych chorób, np. otyłości.

Okres pandemii COVID-19 sprzyjał pogłębianiu otyłości u osób dorosłych. Z sondażu Ipsos COVID 365+ wynika, że 42 % osób przybrało na wadze średnio 5,7 kg. Dane te potwierdza również raport Fundacji Aflfarm, który wskazuje, że u 40,8 % Polaków odnotowano wzrost masy w ciągu roku od wybuchu pandemii³¹.

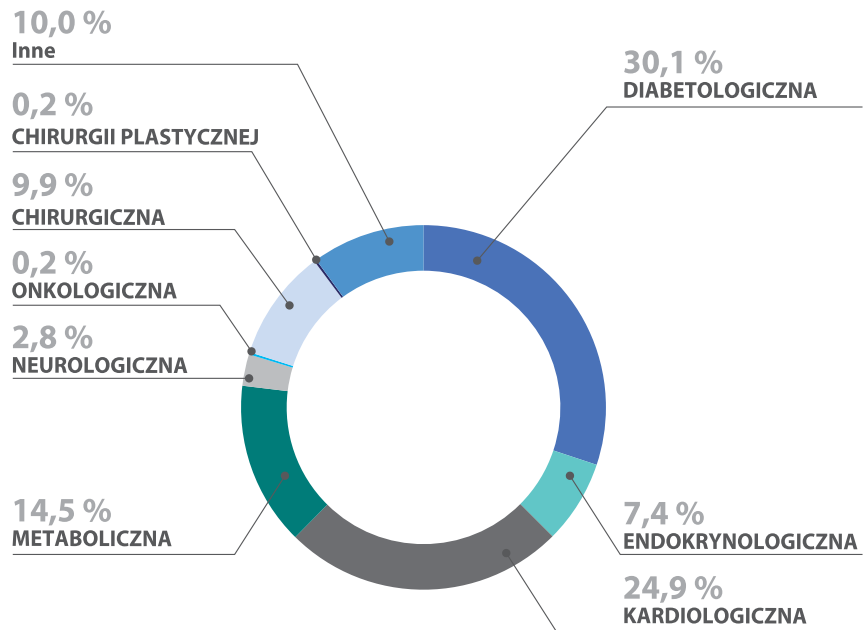
Długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty

Według danych NFZ, w latach objętych kontrolą, pacjentom chorym na otyłość najwięcej świadczeń – ponad 30 % – udzielono w poradniach diabetologicznych. Pacjenci często korzystali ze świadczeń poradni kardiologicznych, a także endokrynologicznych, chirurgicznych i metabolicznych. W tych poradniach udzielono prawie 90 % wszystkich świadczeń AOS z powodu otyłości.

³¹ https://www.aflfarm.com.pl/media/filer_public/62/df/62df6272-14e6-49be-822a-91ea15445bc1/polacy_rok_po_wybuchu_pandemii_sars-cov-2_-_raport_fundacji_aflfarm.pdf

Infografika nr 8

Udział procentowy pacjentów z otyłością, którym udzielono świadczeń w poradniach specjalistycznych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W 2020 r. i w 2022 r. funkcjonowało odpowiednio 698 i 690 poradni diabetologicznych (w 2022 r. ubyło osiem podmiotów), 539 i 534 poradni endokrynologicznych (w 2022 r. ubyło pięć podmiotów) oraz 967 i 977 poradni kardiologicznych (w 2022 r. przybyło 10 podmiotów).

W latach objętych kontrolą najwięcej poradni diabetologicznych i kardiologicznych funkcjonowało w województwie śląskim, tj. odpowiednio w 2020 r. – 121 i 144, a w 2022 r. – 112 i 143. Natomiast w województwie mazowieckim była największa liczba poradni endokrynologicznych – średnio 87 w każdym roku objętym kontrolą. Między 2020 r. a 2022 r. największy wzrost liczby poradni kardiologicznych odnotowano w województwie podkarpackim (o 9 %) ³², endokrynologicznych w podlaskim (o 19 %), a diabetologicznych w łódzkim (9,4 %). Największy spadek liczby poradni diabetologicznych – o 9 – odnotowano w województwie śląskim.

Ograniczona liczba podmiotów leczących otyłość i jej powikłania powodowała, że okres oczekiwania na wizytę w poradniach specjalistycznych był bardzo długi.

W 2022 r. średni czas oczekiwania i liczba osób oczekujących na wizytę wynosiły odpowiednio do poradni:

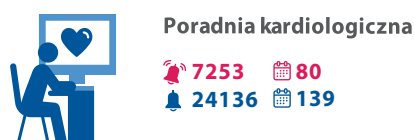
- diabetologicznej – w przypadku pilnym 30 dni i 5297 osób, w przypadku stabilnym 87 dni i 68 410 osób. W porównaniu do 2020 r. czas oczekiwania w przypadku pilnym wydłużył się o 20 dni (liczba oczekujących wzrosła o 3885 osób), w przypadku stabilnym o 34 dni (liczba oczekujących wzrosła o 29 443 osób);
- endokrynologicznej – w przypadku pilnym 65 dni i 14 708 osób, w przypadku stabilnym 221 dni i 99 837 osób. W porównaniu do 2020 r. czas oczekiwania w przypadku pilnym wydłużył się o 12 dni (liczba oczekujących wzrosła o 9522 osób), w przypadku stabilnym skrócił się o 25 dni (liczba oczekujących wzrosła o 19 247 osób);
- kardiologicznej – w przypadku pilnym 46 dni i 28 485 osób, w przypadku stabilnym 121 dni i 180 969 osób. W porównaniu do 2020 r. czas oczekiwania w przypadku pilnym wydłużył się o 18 dni (liczba oczekujących wzrosła o 20 089 osób), w przypadku stabilnym o 10 dni (liczba oczekujących wzrosła o 86 985 osób).





³² W 2020 r. było 66, a w 2022 r. 72.

W 2022 r. najwięcej osób i najdłużej oczekiwało na wizytę w poradni diabetologicznej, zarówno w przypadku pilnym jak i stabilnym w województwie mazowieckim – odpowiednio 1469 osób i 62 dni (przypadek pilny) oraz 9249 osób i 126 dni (przypadek stabilny). Najkrótszy rzeczywisty czas oczekiwania na wizytę w tych poradniach występował w województwie świętokrzyskim i wynosił 11 dni. Tam też była najmniejsza liczba osób oczekujących w przypadku pilnym – 30. Również w przypadku poradni endokrynologicznych i kardiologicznych najwięcej osób i najdłuższy czas oczekiwania w przypadku pilnym był w województwie mazowieckim. Tam też była największa liczba osób oczekujących w przypadku stabilnym. Najdłuższy rzeczywisty czas oczekiwania na wizytę w poradni endokrynologicznej w przypadku stabilnym był w województwie dolnośląskim i wynosił 519 dni. W przypadku stabilnym do poradni kardiologicznej najwięcej osób oczekiwało w województwie śląskim – 31 337, a najdłużej w województwie opolskim – 188 dni.

Infografika nr 9

Liczba pacjentów i rzeczywisty czas oczekiwania w poradniach diabetologicznych, endokrynologicznych i kardiologicznych w województwie mazowieckim w 2022 r.



-  Liczba osób oczekujących przypadek pilny
-  Liczba osób oczekujących przypadek stabilny
-  Średni rzeczywisty czas oczekiwania przypadek pilny (w dniach)
-  Średni rzeczywisty czas oczekiwania przypadek stabilny (w dniach)

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W żadnym województwie – nawet w przypadku pilnym – nie było możliwości, bezpośredniego, niezwłocznego dostępu do lekarza diabetologa, endokrynologa i kardiologa, wykazywany rzeczywisty czas oczekiwania w zależności od poradni wynosił od 11 do 103 dni.

Na podstawie danych uzyskanych z NFZ ustalono, że w skontrolowanych jednostkach świadczeń z powodu otyłości udzielano najczęściej w poradniach metabolicznych, diabetologicznych i chirurgii ogólnej. Ponadto świadczenia te realizowano w poradniach endokrynologicznych, kardiologicznych oraz chirurgii plastycznej. W tych poradniach, w czterech AOS³³, w latach 2020–2022 udzielono łącznie 20 041 świadczeń zdrowotnych 9959 pacjentom.

W całym okresie objętym kontrolą, w Instytucie Medycyny Wsi w Lublinie we wszystkich czterech poradniach³⁴, w których najczęściej udzielano porad osobom chorym na otyłość nie było oczekiwania na wizytę w przypadku pilnym.

³³ SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi, Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, SPZOZ w Leżajsku, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie.

³⁴ Endokrynologiczna, kardiologiczna, metaboliczna, diabetologiczna.

Taka sama sytuacja miała miejsce w poradni chirurgii ogólnej w Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie.

Największy wzrost liczby oczekujących przy jednoczesnym wydłużeniu czasu oczekiwania ustalono w poradni chirurgii plastycznej (przypadek stabilny) w SPZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi. W ciągu trzech lat prawie pięciokrotnie zwiększyła się liczba oczekujących, tj. z 95 do 454 osób oraz trzykrotnie wydłużył się czas oczekiwania, tj. z 65 do 186 dni.

W jednej skontrolowanej jednostce w przypadku pilnym rzeczywisty czas oczekiwania na wizytę był dłuższy niż w przypadku stabilnym. W Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „Cepelek” SPZOZ w Warszawie rzeczywisty średni czas oczekiwania na wizytę według stanu na dzień 31 grudnia 2022 r. wynosił:

- w Poradni Diabetologicznej – Żeromskiego: przypadek pilny 142 dni, przypadek stabilny 109 dni;
- w Poradni Kardiologicznej – Żeromskiego: przypadek pilny 85 dni, przypadek stabilny 66 dni.

Konsekwencją powikłań wynikających z pandemii COVID-19, a także ograniczonego w tym okresie dostępu do lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, był znaczny wzrost liczby pacjentów oczekujących na świadczenia, a w efekcie wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę. Taka sytuacja utrudnia skuteczny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki oraz leczenia otyłości i innych chorób z niej wynikających.

Działania MZ w celu zapewnienia odpowiednich do potrzeb kadr medycznych

Na podstawie danych z NFZ, Naczelnej Izby Lekarskiej oraz informacji zebranych przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach Mapy Potrzeb Zdrowotnych, opracowano aplikację dotyczącą kadr medycznych prezentowaną na platformie BASIW. Z danych tych wynika, że w Polsce w 2021 r. praktykowało: 10 461 lekarzy o specjalności medycyna rodzinna, 1582 lekarzy o specjalności endokrynologia, 1490 lekarzy o specjalności diabetologia, 4845 lekarzy o specjalności kardiologia. W porównaniu do sytuacji z 2020 r. nastąpił nieznaczny spadek (o 0,36 %) liczby praktykujących lekarzy rodzinnych. Natomiast w przypadku pozostałych specjalności zanotowano wzrost kadry lekarskiej: endokrynologów o 40 osób, diabetologów o 12, kardiologów o 72 osoby. Z kolei według danych Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 28 lutego 2023 r. praktykowało 11 813 lekarzy rodzinnych, 1711 endokrynologów oraz 1593 diabetologów.

W okresie objętym kontrolą Minister podejmował szereg działań, w celu zapewnienia specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej, endokrynologii i diabetologii. W okresie tym wzrosła liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny rodzinnej. Ta specjalizacja należy do dziedzin, dla których Minister Zdrowia przyznaje najwięcej miejsc rezydenckich. W ciągu ostatnich sześciu lat medycyna rodzinna nieustannie znajduje się w pierwszej czwórce dziedzin, w których szkolenie rozpoczyna największa liczba lekarzy. Od stycznia 2020 r. wzrosła także liczba lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie endokrynologii i diabetologii w trybie rezydenckim (wzrost o 82 lekarzy): styczeń 2020 r. – 217 (diabetologia 45, endokrynologia 172); 31 marca 2023 r. – 299 (diabetologia 91, endokrynologia 208). Liczba lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach, w trybie pozarezydenckim wyniosła: styczeń 2020 r. – 216 (diabetologia 132, endokrynologia 84); 31 marca 2023 r. – 217 (diabetologia 132, endokrynologia 85).

W oparciu o uzyskiwane informacje Minister Zdrowia prowadził analizy dotyczące obecnych i pożądanych zasobów kadry medycznej. Opracowano szereg analiz mających związek ze studentami i absolwentami kierunków medycznych i „okołomedycznych”, w tym dietetyki. Na podstawie danych z zintegrowanego Systemu Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce, przygotowano również aplikację z danymi dotyczącymi studentów i absolwentów kierunków medycznych, zawierającą podstawowe statystyki, a także przebieg studiów oraz ścieżkę kariery zawodowej.

Od konsultantów krajowych, Ministerstwo uzyskało dane dotyczące zapotrzebowania na kadrę w celu identyfikacji dziedzin, w których brakuje najczęściej lekarzy specjalistów.

Minister Zdrowia nie prowadził dotychczas szczegółowych analiz dotyczących zapotrzebowania na lekarzy w podziale na rodzaje świadczeń. Minister Zdrowia wyjaśnił, że: *w resorcie zdrowia trwają prace nad opracowaniem modelu popytowego oraz podażowego dla lekarzy, który pozwoli dokładniej odpowiedzieć na pytanie dotyczące popytu na kadrę medyczną w Polsce. W pierwszej kolejności analiza ma dotyczyć kadry lekarskiej w kluczowych dziedzinach, m.in. lekarzy endokrynologów, diabetologów oraz chirurgów, którzy zajmują się leczeniem otyłości, a w kolejnych etapach pozostałych grup zawodowych. Celem modelu jest określenie liczby niezbędnych lekarzy, także lekarzy specjalistów, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi Polaków. Minister podkreślił, że obecnie prowadzone są zaawansowane obliczenia, a cały proces konsultowany jest z ekspertami.*

W dniu 23 grudnia 2022 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw modelowania i prognozowania zapotrzebowania na kadrę medyczną, który jest jego organem pomocniczym. Celem Zespołu jest podejmowanie działań umożliwiających optymalne wykorzystanie i rozwój potencjału kadry medycznej. Do zadań Zespołu należy przedstawianie rekomendacji dotyczących metodologii szacowania zapotrzebowania na przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, w tym lekarzy. Według zapewnień Ministra, opracowywany model w pierwszej kolejności będzie skupiał się na kadrze lekarskiej i pozwoli na określenie liczby potrzebnych lekarzy, w tym miejsc na studiach oraz miejsc specjalizacyjnych.

NIK zwraca uwagę, że nadal nie został uregulowany zawód dietetyka. Prace nad ustawą *o niektórych zawodach medycznych*, która miała za zadanie uregulować również pozycję dietetyka w służbie zdrowia podjęto w 2004 r. Projekt tej ustawy w 2010 r., po konsultacjach społecznych, został zamieszczony na stronie Ministerstwa Zdrowia, po czym w 2011 r. nie był procedowany w Sejmie. Następnie w styczniu 2023 r. ponownie podjęto działania w celu uregulowania tej kwestii, jednak w uchwalonej ustawie zawód ten nie został ujęty³⁵.

Nierealizowanie szkoleń

Wszyscy, tj. 45 lekarzy POZ, których akta osobowe poddano analizie posiadało wymagane kwalifikacje określone w art. 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. *o podstawowej opiece zdrowotnej*³⁶ oraz w części V pkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ*.

Zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. *w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków*³⁷, lekarze powinni w cyklu czteroletnim wykazać się osiągnięciami w edukacji podyplomowej i zdobytymi punktami. Nie ma sankcji za niewywiązanie się z tego obowiązku.

W okresie objętym kontrolą lekarze POZ i AOS sporadycznie uczestniczyli w szkoleniach dla nich organizowanych.

W 2020 r. 32 lekarzy POZ, z 45, których akta analizowano, tj. 71,1 %, nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu, sześciu, tj. 13,3 % uczestniczyło w jednym szkoleniu, a w ponad pięciu szkoleniach uczestniczyło tylko dwóch lekarzy, tj. 4,4 %. Natomiast w 2021 r. 27 lekarzy POZ, tj. 60,0 %, nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu, siedmiu, tj. 15,6 % uczestniczyło w jednym szkoleniu, a w ponad pięciu szkoleniach uczestniczyło trzech lekarzy, tj. 6,7 %. W 2022 r. 23 lekarzy POZ, tj. 51,1 %, nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu, siedmiu, tj. 15,6 % uczestniczyło w jednym szkoleniu, a w ponad pięciu szkoleniach uczestniczyło czterech lekarzy, tj. 8,9 %.

³⁵ Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. *o niektórych zawodach medycznych*.

³⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 2527, dalej: ustawa *POZ*.

³⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 1923. Powołane rozporządzenie zostało zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. poz. 464), a obowiązek doskonalenia zawodowego wynika obecnie z § 4 i następnych nowego rozporządzenia.

Przykład

Świadczenia zdrowotne w **Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy – Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie** w ramach POZ udzielało 24 lekarzy w 2020 r. i 2021 r. oraz 23 lekarzy w 2022 r. Trzech lekarzy POZ objętych analizą nie miało certyfikatu dodatkowych umiejętności z leczenia nadwagi i otyłości (np. Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością) i nie uczestniczyło w latach 2020–2022 w szkoleniach dotyczących POZ (w tym medycyny rodzinnej) oraz otyłości.

W 2020 r. 10 lekarzy AOS, z 15, których akta osobowe analizowano, tj. 66,7 %, nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu, dwóch uczestniczyło w dwóch szkoleniach, a w trzech szkoleniach uczestniczyło trzech lekarzy. Natomiast w 2021 r. siedmiu lekarzy AOS, tj. 46,7 %, nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu, dwóch uczestniczyło w jednym szkoleniu, a w ponad pięciu szkoleniach uczestniczył jeden lekarz, który odbył 11 szkoleń. W 2022 r. sześciu lekarzy AOS, tj. 40 %, nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu, jeden lekarz uczestniczył w jednym szkoleniu. Pozostali uczestniczyli w od dwóch do pięciu szkoleniach.

W okresie objętym kontrolą, zarówno w POZ, jak i AOS po pięciu lekarzy miało certyfikat dodatkowych umiejętności z leczenia nadwagi i otyłości. W sześciu przypadkach był on wydany przez Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością.

Przykład

W **NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej W. Fabian Spółka Jawna, w Szczecinie** każdy z trzech lekarzy, którego akta osobowe poddano analizie, był certyfikowanym lekarzem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością i w okresie objętym kontrolą uczestniczył w szkoleniach zarówno z zakresu medycyny rodzinnej, jak i specjalistycznego leczenia nadwagi i otyłości.

Niepodnoszenie i nieaktualizowanie wiedzy w zakresie metod leczenia otyłości mogło powodować niższy standard opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości wśród osób dorosłych.

Brak sprzętu dla osób z otyłością III stopnia

Do Rzecznika Praw Pacjenta, wpływały zgłoszenia, iż osoby chorujące na otyłość miały problemy z uzyskaniem świadczeń zdrowotnych dostosowanych do ich potrzeb. Osoby z otyłością III stopnia potrzebują sprzętu o zwiększonej nośności. Dotyczy to rezonansów magnetycznych, tomografów komputerowych, jak również łóżek na oddziałach leczenia stacjonarnego oraz ambulansów transportu sanitarnego. Rzecznik w 2019 r. wystąpił do wojewodów o przekazanie informacji, które placówki medyczne są przystosowane do udzielania świadczeń pacjentom z otyłością III stopnia. W celu ułatwienia dostępności do świadczeń pacjentom z tym stopniem otyłości Rzecznik, na podstawie otrzymanych informacji, opracował zestawienie zawierające dane placówek mających sprzęt z uwzględnieniem maksymalnego obciążenia³⁸.

Rzecznik Praw Obywatelskich już w 2016 r. wskazał Ministrowi Zdrowia na problemy natury technicznej po stronie świadczeniodawców, udzielających świadczeń osobom z otyłością III stopnia, polegające na tym, że szpitale i poradnie specjalistyczne nie były przygotowane do obsługi takich pacjentów. Brakowało karetek bariatrycznych, wag o większej nośności, łóżek szpitalnych, foteli ginekologicznych, dentystycznych, a nawet dłuższych igieł do zastrzyków czy ciśnieniomierzy z szerokimi mankietami.

Minister Zdrowia w okresie objętym kontrolą nie uzyskał informacji o dostępności sprzętu ze zwiększoną nośnością dla pacjentów z otyłością III stopnia. Dysponował jedynie wiedzą dotyczącą liczby karetek bariatrycznych, które były na stanie Zespołów Ratownictwa Medycznego.

³⁸ <https://archiwum.rpp.gov.pl/dla-pacjenta/dostep-do-swadczen-zdrowotnych-dla-osob-chorujacych-na-otylosc/>

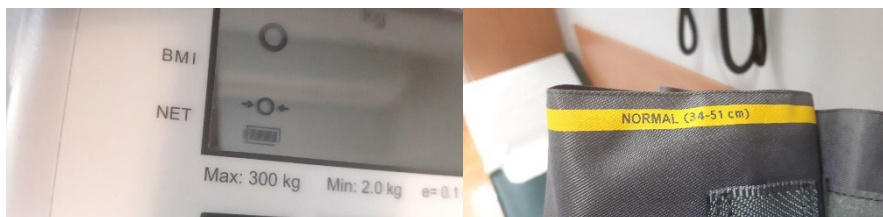
Dysponowanie wyposażeniem niezbędnym do udzielania świadczeń lekarza POZ

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ Część V. pkt 4 ppkt 3 lit. d), i), świadczeniodawca POZ zobowiązany jest do zapewnienia np. wagi ze wzrostomierzem, ciśnieniomierzem z różnymi rozmiarami mankietów.

We wszystkich skontrolowanych POZ gabinety były wyposażone w wagę ze wzrostomierzem oraz ciśnieniomierze z mankietami o różnej szerokości. Podczas oględzin gabinetów lekarskich i zabiegowych w POZ ustalono, że 2/3 dysponowało wagami o nośności powyżej 150 kg i mankietami o szerokości ponad 50 cm.

Zdjęcia nr 1–2

Waga i mankiet do ciśnieniomierza w NZOZ Przychodni Medycyny Rodzinnej W. Fabian Spółka Jawna w Szczecinie



Źródło: materiały własne NIK.

Z uwagi na masę ciał pacjentów z otyłością III stopnia, nie we wszystkich jednostkach POZ możliwe było monitorowanie ich stanu zdrowia.

Przykład

Miejskie Centrum Medyczne Bałuty w Łodzi nie dysponowało odpowiednim sprzętem umożliwiającym rzetelne diagnozowanie i leczenie zaburzeń metabolicznych. W gabinecie zabiegowym POZ przy ul. Bydgoskiej znajdował się aparat do mierzenia ciśnienia z kompletem mankietów o obwodach 32 cm i 48 cm oraz waga o nośności 150 kg ze wzrostomierzem. Nie było wagi o nośności powyżej 150 kg oraz mankietów o obwodzie powyżej 50 cm.

Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ zobowiązuje do zapewnienia m.in. wagi ze wzrostomierzem oraz ciśnieniomierzem z różnymi rozmiarami mankietów, ale bez określenia ich minimalnych parametrów (nośności i szerokości). Jednakże dla zapewnienia świadczeń wszystkim pacjentom, niezbędne jest dysponowanie przez POZ sprzętem o właściwościach gwarantujących opiekę medyczną również osobom z otyłością III stopnia.

Badania diagnostyczne w przypadku rozpoznawania powikłań wynikających z otyłości

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ, w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych, świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne, określone w części IV załącznika nr 1 do tego rozporządzenia.

Kierownicy skontrolowanych jednostek w dokumentach regulujących funkcjonowanie jednostek, nie ograniczali jakościowej ani ilościowej dostępności do badań diagnostycznych.

Z danych uzyskanych z kontrolowanych jednostek POZ wynika, że wydatki na diagnostykę laboratoryjną w latach 2020–2022 przekroczyły 30 mln zł. Wobec tego, na jednego pacjenta przypadało średnio 47,40 zł. Mediana udziału tych wydatków do całości przychodów POZ ze stawek kapitacyjnych, kształtowała się na poziomie 5,47 %. Najwięcej, tj. 10,56 %, stanowił udział wydatków na diagnostykę w Centrum Medycznym OLMED sp. z o.o. w Łodzi.

Skontrolowane jednostki nie wprowadzając limitów na badania diagnostyczne, rzetelnie zapewniały pacjentom dostęp do badań laboratoryjnych, gdzie średnio na jednego pacjenta przeznaczono 111,73 zł. Najmniejszy udział wydatków na diagnostykę, tj. 1,41 % wpływów ze stawek kapitacyjnych był w Miejskim Centrum Medycznym Bałuty w Łodzi.

**Wydatki
na profilaktykę
nadwagi i otyłości**

Według danych GUS, w 2020 r. wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne stanowiły jedynie 1,9 % z 151,9 mld zł wydanych na ochronę zdrowia z nakładów publicznych i prywatnych³⁹.

W okresie objętym kontrolą wydatki Ministerstwa Zdrowia na kampanie społeczne, mające na celu zapobieganie nadwadze i otyłości wyniosły łącznie 5394,7 tys. zł. Realizowano m.in. następujące programy „#NieCukrz”, „Środa z Profilaktyką” oraz „Słodki, słodszy, cukrzyca”. W 2021 r. Minister Zdrowia realizował kampanię społeczną zwiększającą świadomość na temat szkodliwości nadmiernego spożywania cukru i jego negatywnego wpływu na zdrowie. Kampania była realizowana w radiu, telewizji, prasie i internecie.

W latach 2020–2022 wydatki na realizację NPZ w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości wyniosły łącznie 16 525,5 tys. zł. Dotyczyły one w szczególności prowadzenia CDO. W ocenie Ministra Zdrowia kwoty przeznaczone na realizację zadań w latach 2020–2022 były adekwatne do występujących potrzeb.

W trakcie kontroli ustalono, że wpływy z opłaty od środków spożywczych⁴⁰ w latach 2021 i 2022 wyniosły odpowiednio 1625,5 mln i 1595,4 mln zł. Planowano, że łączne wpływy z opłaty cukrowej oraz opłaty za napoje alkoholowe w opakowaniach o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml wyniosą 3 mld zł rocznie, z czego 2,7 mld zł stanowią będą wpływy do NFZ, 237 mln zł do gmin oraz 168 mln zł do budżetu państwa, z uwzględnieniem środków przekazywanych do Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej. W planie finansowym NFZ na 2021 r. przychody z tytułu opłaty od środków spożywczych zostały przewidziane w wysokości 2588,7 mln zł. Następnie, w związku z mniejszą niż planowano realizacją przychodów z powyższego tytułu w okresie styczeń–maj 2021 r., po zmianie planu finansowego NFZ na 2021 r. przychody określono na poziomie 1008 mln zł. Wartość osiągniętych przez NFZ przychodów z tytułu tzw. opłaty cukrowej w 2021 r. wyniosła ostatecznie 1420,9 mln zł.

Na podstawie art. 12c ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym*⁴¹, NFZ przeznacza środki z opłat od środków spożywczych na działania edukacyjne i profilaktyczne oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia świadczeniobiorców z chorobami rozwiniętymi na tle niewłaściwych wyborów i zachowań zdrowotnych, w szczególności z nadwagą i otyłością. W opinii NFZ, regulacje prawne dotyczące opłat od środków spożywczych, poza wskazaniem przeznaczenia środków, nie określają sposobu ich podziału pomiędzy poszczególne zadania (edukacyjne, profilaktyczne i świadczenia opieki zdrowotnej) ani nie ustanawiają dla tych środków szczególnych zasad ewidencji, w tym dla kosztów tych zadań finansowanych ze środków opłaty cukrowej. Z tego też względu przychody z opłaty cukrowej i finansowane z nich koszty realizacji zadań ewidencjonowane są na zasadach ogólnych, mających zastosowanie do przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z tych składek. Zatem, według opinii NFZ, ze środków z opłaty cukrowej można finansować także koszty świadczeń opieki zdrowotnej, które były finansowane również przed wprowadzeniem przedmiotowych regulacji, co w praktyce sprowadza się do zmiany źródła finansowania tych zadań/świadczeń⁴².

³⁹ Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2019–2021 – Narodowy Rachunek Zdrowia.

⁴⁰ Dalej również: opłata cukrowa.

⁴¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1608, ze zm.

⁴² Wyjaśnienia Zastępcy Prezesa ds. Medycznych NFZ zawarte w piśmie do MZ z dnia 25 kwietnia 2022 r.

Koszty prowadzenia działań profilaktycznych przez poradnie POZ w zakresie nadwagi i otyłości

Z danych uzyskanych w skontrolowanych jednostkach POZ wynika, że ośmiu z 15 skontrolowanych świadczeniodawców POZ nie ponosiło wydatków na profilaktykę nadwagi i otyłości.

Infografika nr 10

Udział wydatków skontrolowanych POZ na profilaktykę nadwagi i otyłości do wpływów ze stawek kapitacyjnych w okresie objętym kontrolą



Lubelskie

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1 W BEŁŻYCACH	0,72 %
CENTRUM MEDYCZNE INTERNUS SP. Z O.O. W PUŁAWACH	0 %
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁUKOWIE	0 %

Łódzkie

MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE „GÓRNA” W ŁODZI	0 %
CENTRUM MEDYCZNE OLMED SP. Z O.O. SP. KOMANDYTOWA W ŁODZI	0 %
MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE BAŁUTY W ŁODZI	0 %

Mazowiecie

BIOVENA SPÓŁKA Z O. O. W MILANÓWKU	0,44 %
„CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA” SP. Z O.O. W PIASECZNIKACH	0,23 %
SAMODZIELNY PUBL. ZESP. ZAKŁAD. LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-ŻOLIBÓRZ	0,65 %

Podkarpackie

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ROPCZYCACH	0,02 %
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ R-36 SP. Z O.O. W LUBACZOWIE	0 %
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 2 W RZESZOWIE	0,01 %

Zachodniopomorskie

WOJ. OŚR. MEDYCZYNY PRACY – ZACHODNIOPOM. CENTR. LECZENIA I PROFILAKTYKI	0 %
PRZYCHODNIE MEDYCZYNY RODZINNEJ SPÓŁKA Z O.O.	0 %
NZOZ PRZYCHODNIA MEDYCZYNY RODZINNEJ W. FABIAN SPÓŁKA JAWNA	0,98 %



Wydatki skontrolowanych POZ na profilaktykę w zakresie nadwagi i otyłości w stosunku do przychodów ze stawek kapitacyjnych

Źródło: dane z kontroli NIK.

U siedmiu świadczeniodawców POZ wydatki na profilaktykę w latach 2020–2022 wyniosły łącznie prawie 900 tys. zł. Sześciu z nich, w każdym roku objętym kontrolą, wydatkowało środki na profilaktykę. Najwięcej, tj. 0,98 %, stanowił udział wydatków na profilaktykę w NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej W. Fabian Spółka Jawna w Szczecinie, gdzie średnio na jednego pacjenta przeznaczono 8,28 zł⁴³. Najmniej wśród podmiotów, które realizowały profilaktykę nadwagi i otyłości wydatkowano w ZOZ nr 2 w Rzeszowie. W okresie objętym kontrolą przeznaczono na ten cel ogółem 3656 zł, co odpowiadało zaledwie 0,04 zł na jednego pacjenta.

Jeden świadczeniodawca POZ tylko w jednym roku objętym kontrolą, poniósł jednorazowy wydatek na profilaktykę. ZOZ w Ropczycach nie ponosił stałych wydatków na edukację zdrowotną lokalnej społeczności oraz na działania na rzecz zachowania zdrowia, także prawidłowej masy ciała i zapobiegania powikłaniom wynikającym z nadmiernej masy ciała. Jedynie w 2021 r. wydał 7 tys. zł na ten cel, współorganizując z Samorządem Powiatu Ropczycko-Sędziszowskiego wydarzenie pn. Powiatowy Dzień Zdrowia.

⁴³ Kwota obliczona jako iloraz sumy wydatków na działania profilaktyczne w latach 2020–2022 i średniorocznej liczby pacjentów na listach aktywnych POZ w powyższych latach.

Koszty otyłości i jej powikłań

Najwyższa Izba Kontroli w informacji o wynikach kontroli P/20/079 *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*⁴⁴ wskazała, iż niezbędne jest inwestowanie w zdrowie obywateli poprzez edukację i profilaktykę zdrowotną. Powyższe wskazania są aktualne również w odniesieniu do osób dorosłych.

Koszty na realizację programu pilotażowego KOS-BAR, dotyczącego kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości III stopnia, w okresie od 1 grudnia 2021 r. do 30 listopada 2022 r. wyniosły łącznie 19 147,9 tys. zł. Zakres świadczeń objętych finansowaniem obejmował następujące zadania:

- świadczenia opieki zdrowotnej – 17 834,4 tys. zł;
- ryczałt za koordynację – 1313,5 tys. zł.

Pierwotne założenia programu KOS-BAR wskazywały, iż jego koszt wyniesie 70 811,5 tys. zł. Zakładano, że program będzie trwał dwa lata i obejmie 2907 pacjentów, a koszt objęcia jednego pacjenta leczeniem w ramach programu będzie wynosił około 27 tys. zł. W 2022 r. planowane koszty związane z realizacją programu pilotażowego zostały zwiększone do kwoty 105 037,1 tys. zł. Wydłużono czas trwania projektu do 2 lat i 7 miesięcy, zwiększono populację objętą programem (4936 pacjentów) oraz liczbę ośrodków medycznych biorących w nim udział.

W raporcie OECD z 2019 r. pt. *The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention* stwierdzono, że nadwaga i otyłość generują koszty z perspektywy społecznej, tj. zmniejszają oczekiwaną długość życia, zwiększają koszty opieki zdrowotnej, obniżają wydajność pracowników, a poprzez to obniżają Produkt Krajowy Brutto (PKB). Szacuje się, że Polska, w najbliższych 30 latach poniesie straty na poziomie ok. 4,1 % PKB, czyli 0,14 % PKB rocznie. Otyłość odpowiada za 70 % kosztów leczenia cukrzycy, 23 % kosztów leczenia chorób sercowo-naczyniowych i 9 % kosztów leczenia nowotworów. Nadwaga i otyłość odpowiadały w Polsce za 14,2 % zgonów oraz utratę 12,4 % lat przeżytych w zdrowiu.

W dokumencie *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony systemu zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*⁴⁵ jako najistotniejsze czynniki ryzyka wpływające na DALY⁴⁶ w Polsce uznano palenie i zażywanie tytoniu, wysoki wskaźnik BMI, wysokie ciśnienie krwi, niewłaściwą dietę oraz wysoki poziom cukru⁴⁷. Drugą, najważniejszą przyczyną utraconych lat życia w zdrowiu jest wysoki wskaźnik BMI, który jest wyższy w Polsce niż w UE o 3 punkty procentowe.

Według danych GUS, spada liczba zgonów, których bezpośrednią przyczyną śmierci była otyłość. W 2020 r. odnotowano 468 przypadków, tj. 0,1 % wszystkich zgonów (275 mężczyzn i 193 kobiety), a w 2021 r. 354, tj. 0,07 % wszystkich zgonów (200 mężczyzn i 154 kobiety). W 2020 r. najwięcej osób zmarło z powodu otyłości (kod ICD 10 – E66) w województwie wielkopolskim – 82, natomiast w podlaskim nie odnotowano żadnego zgonu z tego powodu. Z kolei w 2021 r., we wszystkich województwach wystąpiły zgony z powodu otyłości, najwięcej w województwie pomorskim – 50, a najmniej w podlaskim – sześć osób.

Z danych uzyskanych z ZUS wynika, że wydatki poniesione w 2022 r. z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w związku z rozpoznaniem otyłości (jednostki chorobowe wg ICD10: E65, E66, E67, E68) wyniosły 30 941,70 tys. zł. Natomiast w 2012 r. na wyżej wskazany cel wydatkowano 22 368,0 tys. zł⁴⁸. W ciągu 10 lat ponad siedmiokrotnie wzrosła liczba dni absencji z powodu otyłości, tj. z 28 292 do 205 997, zaś wydatki na ten cel wzrosły 12-krotnie, tj. z 1742,33 tys. zł do 20 802,20 tys. zł.

⁴⁴ LRZ.430.001.2021, Nr ewid. 1333/2021/P/20/079/LRZ., Warszawa 2021.

⁴⁵ Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

⁴⁶ Wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa. Wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby.

⁴⁷ Analiza dokonana na podstawie danych dostępnych w grudniu 2019 r.

⁴⁸ Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – z dnia 30 kwietnia 2014 r. na interpelację nr 25508 w sprawie programów profilaktyki przedrentowej skierowanych do osób otyłych lub zagrożonych otyłością.

**Brak rozwiązań
prawno-
organizacyjnych
zapewniających
kompleksową opiekę
chorym na otyłość**

Analiza danych uzyskanych z ZUS odnośnie 233 pacjentów POZ, u których zdiagnozowano otyłość i którzy byli jednocześnie objęci ubezpieczeniem w ZUS wykazała, że 131 z nich, tj. 55 % było w okresie objętym kontrolą przynajmniej raz na zwolnieniu lekarskim. Natomiast w każdym roku objętym kontrolą było ich 60 tj. 25 %. Wśród nich, 18 stanowili pacjenci z otyłością III stopnia (z 52 analizowanych pacjentów z otyłością III stopnia, czyli 35 %). W 2020 r., 20 pacjentów z otyłością III stopnia było łącznie na 399 zwolnieniach przez łącznie 5299 dni. W 2021 r. 21 pacjentów było na 419 zwolnieniach przez łącznie 4809 dni. Natomiast w 2022 r. 22 pacjentów było na 451 zwolnieniach przez łącznie 5005 dni.

NIK w informacji o wynikach kontroli P/20/079 *Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych*⁴⁹, wskazała, że w ramach polskiego systemu opieki zdrowotnej nie funkcjonowały kompleksowe, ustandaryzowane rozwiązania zapewniające opiekę zdrowotną, ukierunkowane na zapobieganie i leczenie nadwagi, otyłości oraz powikłań zdrowotnych z niej wynikających wśród dzieci i młodzieży. Ustalenia te odnoszą się również do organizacji profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.

Nadal Ministerstwo Zdrowia nie opracowało wytycznych dotyczących leczenia osób z otyłością, mimo iż w NPZ 2016–2020 w ramach zadań służących realizacji Celu operacyjnego 1, zakładało prowadzenie prac nad utworzeniem założeń dotyczących leczenia osób z otyłością oraz ich upowszechnienie.

Rekomendacje dotyczące leczenia otyłości zarówno u dzieci i młodzieży jak i osób dorosłych zawierają *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego*⁵⁰. Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości w 2022 r. opublikowało stanowisko *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość*. Materiały te zakładają, że to lekarz rodzinny powinien zaoferować pacjentowi z otyłością wielopłaszczyznową pomoc.

W polskim systemie opieki zdrowotnej to lekarz POZ, w pierwszej kolejności, odpowiedzialny jest za profilaktykę, diagnostykę oraz dobór odpowiedniego leczenia otyłości⁵¹.

W trakcie kontroli ustalono, że lekarze POZ nie czują się kompetentni oraz wskazują na braki czasowe do pracy z pacjentem chorym na otyłość. Poza tym uważają, że brak im odpowiedniego przygotowania do psychologicznego i dietetycznego prowadzenia pacjenta. Nie ma specjalistycznych ośrodków zajmujących się kompleksowym leczeniem otyłości na wczesnym stadium choroby, zespołów terapeutycznych składających się z lekarza, dietetyka, fizjoterapeuty, do których lekarz POZ mógłby kierować pacjentów. W konsekwencji pacjenci chorzy na otyłość trafiają do leczenia specjalistycznego, gdy wystąpią u nich inne powikłania zdrowotne lub w przypadku, gdy otyłość osiągnie III stopień.

W Polsce nie ujęto w koszyku świadczeń gwarantowanych poradnictwa żywieniowego i leczenia dietetycznego. Nie ma również wyspecjalizowanych ośrodków kompleksowego leczenia pacjentów z otyłością. NFZ podpisuje umowy na świadczenia, w ramach poradni specjalistycznych, określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych AOS, a także na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania⁵². W obu tych dokumentach nie przewidziano udzielania świadczeń w poradniach dietetycznych ani poradniach leczenia otyłości. Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych AOS określa również wymogi, jakie musi spełniać podmiot leczniczy do udzielania świadczeń opieki

⁴⁹ LRZ.430.001.2021, Nr ewid. 1333/2021/P/20/079/LRZ., Warszawa 2021.

⁵⁰ Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością. Dokument został wydany w 2014 r., a następnie był aktualizowany.

⁵¹ Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2014 r. na interpelację nr 25506.

⁵² Dz. U. 2019 r. poz. 173.

zdrowotnej, także co do personelu. Zatrudnienie dietetyka wymagane jest jedynie w poradni rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci. Wymogi, za które podmiot leczniczy dostaje dodatkowe punkty rankingowe w postępowaniu konkursowym, przeprowadzanym w celu wyłonienia świadczeniodawców, z którymi zostanie podpisana umowa o udzielanie świadczeń w ramach NFZ, określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵³. W załączniku nr 2 do tego rozporządzenia pn. „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna”, wskazano jako wymóg zatrudnienie dietetyka na co najmniej 50 % (choroby metaboliczne) lub 25 % (diabetologia dorosłych i dzieci) czasu pracy poradni: chorób metabolicznych, diabetologicznej, diabetologicznej dla dzieci, rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci (wymóg tylko w zakresie czasu pracy dietetyka w poradni) oraz kompleksowej AOS nad pacjentem z cukrzycą (KAOS). Od 1 października 2022 r., w związku z wprowadzeniem nowego zakresu świadczeń: opieki koordynowanej w POZ, świadczenia te są realizowane, w co najmniej jednym z następujących zakresów:

- diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków;
- diagnostyka i leczenie cukrzycy;
- diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc;
- diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy.

W ramach tych zakresów, świadczeniobiorca ma zagwarantowany dostęp do konsultacji dietetycznych (trzy razy w ciągu roku), realizowanych przez dietetyka, który spełnia określone kryteria zawodowe. NFZ zgodnie z zarządzeniem Prezesa finansuje dietetyczną konsultację płacąc za usługę 50,52 zł⁵⁴.

Kierownicy skontrolowanych jednostek oraz lekarze POZ wyrazili opinię, że nieujęcie w koszyku świadczeń gwarantowanych porad dietetycznych czy wspomagającego leczenia otyłości przez zespoły interdyscyplinarne, składające się z lekarzy, dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów, zdecydowanie ogranicza skuteczność leczenia otyłości.

Przykład

Prezes Spółki – **ZOZ R-36 sp. z o.o. w Lubaczowie**, oświadczył, że pacjenci nie są zainteresowani możliwościami leczenia otyłości w wyspecjalizowanych ośrodkach prywatnych.

Ponadto wskazywali oni, że farmakoterapia to ważny element leczenia otyłości. Obecnie w Polsce dostępne są leki wspomagające leczenie, ale nie są refundowane.

Przykład

Dyrektor ds. medycznych „**Centrum Medyczne Puławska**” spółka z o.o. w **Piasecznie**, wyjaśnił: że *cena leków wspomagających leczenie otyłości (miesięcznie około 300 zł) jest wysoka, a tylko zastosowanie odpowiedniej diety, aktywności fizycznej oraz dodatkowo farmakoterapii, zwiększa szanse na skuteczne leczenie otyłości. Zatem uważam, że leki na otyłość zdecydowanie powinny podlegać refundacji.*

Lekarz specjalista z **Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie** wyraził opinię, że trudno jednoznacznie stwierdzić, czy leki stosowane w leczeniu otyłości powinny być refundowane. Wskazał, że z pewnością wysoka cena jest barierą dla wielu chorych, a trzeba brać jednak pod uwagę, że leczenie farmakologiczne jest jedynie wtedy skuteczne, jeżeli pacjent zmieni styl życia,

⁵³ Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, ze zm.

⁵⁴ Nr 124/2022/DSOZ z dnia 29 września 2022 r.

nawyki żywieniowe. W przeciwnym razie leki zmniejszające apetyt musi przyjmować do końca życia, często z niewielkim efektem, co będzie stanowiło duże obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej.

Naukowcy wskazują, że leczenie otyłości jest procesem długotrwałym. Celem nie jest szybka i znaczna utrata masy ciała, ale powolna i skuteczna redukcja masy ciała wpływająca na poprawę stanu zdrowia i jakość życia. Takie postępowanie powinno być prowadzone pod nadzorem lekarza we współpracy z zespołem terapeutycznym, składającym się z dietetyka, fizjoterapeuty i psychologa. Zastosowane w leczeniu otyłości metody muszą być skuteczne i bezpieczne oraz potwierdzone w badaniach. Leczenie otyłości powinno być zindywidualizowane, uzależnione od przyczyn choroby, stopnia jej zaawansowania oraz ewentualnych powikłań⁵⁵.

Informacje te wskazują, że obszar profilaktyki, wczesne wykrywanie i leczenie otyłości nadal wymaga wielu uregulowań. Otyłość jest chorobą wymagającą wielodyscyplinarnego leczenia, które powinno być dostępne powszechnie. Jednak system opieki zdrowotnej nadal nie zapewnia leczenia behawioralnego w zintegrowanych zespołach terapeutycznych. Nie ma finansowania ze środków publicznych poradnictwa dietetycznego i psychologicznego oraz zajęć ruchowych w połączeniu z leczeniem farmakologicznym.

5.2. Działania na rzecz zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych

Prowadzona profilaktyka nie pozwalała skutecznie zapobiegać otyłości u osób dorosłych. W okresie objętym kontrolą, według danych uzyskanych z NFZ, wzrosła liczba osób chorych na otyłość. Zwiększyła się zwłaszcza liczba osób chorych na otyłość II i III stopnia.

**Nierozpoznanie
potrzeb
i nierealizowanie
działań
profilaktycznych
w zakresie nadmiernej
masy ciała**

W Polsce nie ma danych dotyczących skali problemu nadmiernej masy ciała w całej populacji. Od wielu lat publikowane są raporty na ten temat, natomiast nie ma systematycznych i porównywalnych metodologicznie badań, które pozwoliłyby uzyskać informacje co do skali czy trendu w tym zakresie. Taka sytuacja w znacznym stopniu utrudnia rzetelne rozpoznanie potrzeb profilaktycznych dotyczących nadmiernej masy ciała, a tym samym zastosowania odpowiednich działań w celu eliminowania czynników ryzyka i przyczyn choroby otyłościowej.

Zgodnie z art. 3 ustawy POZ, do zadań POZ należy zapewnienie pacjentom i ich rodzinom opieki zdrowotnej oraz jej koordynacja w systemie ochrony zdrowia. Oznacza to, że świadczeniodawca POZ zobowiązany jest prowadzić w lokalnej społeczności edukację zdrowotną i działania na rzecz zachowania zdrowia. W załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza POZ określono obowiązki lekarza POZ, mające na celu: rozpoznanie chorób⁵⁶, zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy⁵⁷ oraz profilaktykę chorób⁵⁸.

Czterech świadczeniodawców POZ⁵⁹, w okresie objętym kontrolą dokonało przynajmniej raz analizy liczby pacjentów z otyłością, w oparciu o własne dane statystyczne i na tej podstawie stworzyli dokument zawierający wyniki przeprowadzonej analizy.

⁵⁵ Okręglicka K., Wiśniewska K., *Zasady Dietetycznego leczenia otyłości*, [w:] *Obesitologia kliniczna* pod red M. Olszaneckiej-Glinianowicz, Bielsko-Biała 2021.

⁵⁶ Lekarz POZ: planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy, informuje świadczeniobiorcę o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazuje podmioty właściwe do jego przeprowadzenia.

⁵⁷ Lekarz POZ: prowadzi edukację zdrowotną; działając na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej, rozpoznaje środowisko świadczeniobiorcy.

⁵⁸ Lekarz POZ: identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie.

⁵⁹ Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Żoliborz w Warszawie, Biovena sp. z o.o. w Milanówku, Centrum Medyczne Puławska sp. z o.o. w Piasecznie oraz Miejskie Centrum Medyczne "Górna" w Łodzi.

Przykład

W Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Żoliborz w Warszawie sporządzano corocznie *Analizę danych epidemiologicznych, demograficznych, problemów zdrowotnych, czynników ryzyka oraz przyczyn zgonów wśród populacji objętej opieką POZ SPZZLO Warszawa-Żoliborz*, która jest wymaganiem standardu akredytacji OJ5. W tych dokumentach zawarto analizę m.in. liczby osób z otyłością w porównaniu do ogólnej liczby pacjentów (w 2021 r. – 1,45 % dorosłych pacjentów). Z analiz wyciągnięto wnioski i wskazano czynniki ryzyka. W przedmiotowym dokumencie zawarto zalecenie, aby w POZ jeszcze większą uwagę poświęcić problemowi otyłości: *regularne pomiary masy ciała, wzrostu i wskaźnika BMI podczas wizyt lekarskich pozwolą na częstsze rozpoznanie choroby otyłościowej i wdrożenie leczenia dietetycznego, farmakologicznego, a także leczenia chirurgicznego.*

W latach 2020 i 2021, w **Miejskim Centrum Medycznym „Górna” w Łodzi** utworzono grupy dyspanseryjne w celu określenia pacjentom ze schorzeniami przewlekłymi programu opieki, który zawierał monitorowanie częstotliwości wizyt pacjenta, rodzajów badań oraz sposobu postępowania z pacjentem. Wśród grup dyspanseryjnych była wymieniona otyłość III stopnia (E 66).

W pozostałych jednostkach POZ analizy dotyczące występowania nadwagi i otyłości przeprowadzono przy okazji sporządzania sprawozdań statystycznych MZ-11, a także w toku wyboru pacjentów do realizowanych programów profilaktycznych.

Żaden ze skontrolowanych POZ nie przekazywał z własnej inicjatywy jednostkom samorządu terytorialnego⁶⁰ informacji o skali nadwagi i otyłości wśród pacjentów danej jednostki. Również właściwe miejscowo jst nie zwracały się do skontrolowanych podmiotów o tego typu informacje w celu dostosowania profilaktyki do potrzeb społeczności lokalnej.

Dane te wskazują, że zarówno na szczeblu lokalnym, jak i ogólnokrajowym nie podejmowano należytych działań w celu rzetelnego rozpoznania potrzeb profilaktycznych, związanych z nadmierną masą ciała. Nieoszacowanie liczby osób zagrożonych i chorych na otyłość, skutkowało brakiem wiedzy na temat skali i w konsekwencji niepodjęciem profilaktyki czy leczenia takich pacjentów.

Zgodnie z art. 11 ustawy *o świadczeniach zdrowotnych*, do zadań Ministra Zdrowia należy prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem czynników środowiskowych i społecznych. Zadania dotyczące zapobiegania i eliminacji otyłości u osób dorosłych prowadzono głównie w ramach NPZ 2016–2020, a następnie NPZ 2021–2025.

Celem strategicznym NPZ 2021–2025 było zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Cel ten realizowano przy pomocy pięciu celów operacyjnych, wśród których na pierwszym miejscu wskazano profilaktykę nadwagi i otyłości. W ramach tego celu wskazano szereg zadań służących jego realizacji np.: prowadzenie edukacji żywieniowej, kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym aktywności fizycznej, a także prowadzenie prozdrowotnej polityki fiskalnej sprzyjającej walce z nadwagą i otyłością. W okresie objętym kontrolą zrealizowano i przeanalizowano zaplanowane badania, prowadzono szkolenia, działania edukacyjne oraz przygotowano materiały merytoryczne do publikacji na portalach społecznościowych.

W ramach NCEŻ, uruchomionego w 2017 r., prowadzono dietetyczną poradnię internetową – CDO, która w 2021 r. przeprowadziła 4787 konsultacji *on-line*, natomiast w 2022 r. było ich już 9019. W latach 2021–2022 odnotowano zwiększenie liczby odsłon publikacji zamieszczonych na stronach internetowych NCEŻ, a także oczekiwane zwiększenie liczby użytkowników korzystających z porad dietetycznych na portalu CDO oraz wskaźnika konsultacji dietetycznych *on-line*.

**Działania Ministra
Zdrowia na rzecz
profilaktyki nadwagi
i otyłości**

⁶⁰ Dalej: jst.

Od 1 lipca 2021 r. cel strategiczny NPZ 2021–2022 realizowano również w ramach programu profilaktycznego Profilaktyka 40 PLUS. Jego celem była profilaktyczna diagnostyka najczęściej występujących problemów zdrowotnych pacjentów od 40 roku życia. Program zakładał realizację badań diagnostycznych w formie pakietów przeznaczonych oddzielnie dla kobiet i mężczyzn oraz pakietu wspólnego, w ramach którego wykonywano pomiary ciśnienia tętniczego oraz masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie i obliczenia wskaźnika masy ciała (BMI). Do 12 stycznia 2023 r. z programu Profilaktyka 40 PLUS skorzystało prawie 2 mln uprawnionych pacjentów POZ.

**Współpraca
Ministra Zdrowia
z podmiotami
promującymi
zdrowy styl życia**

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy *o zdrowiu publicznym*, organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz inne państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przekazują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 30 kwietnia każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Minister Zdrowia dysponował tymi informacjami. Na ich podstawie ustalono, że w 2020 r. zrealizowano łącznie 69 programów dotyczących profilaktyki otyłości, z tego 17 programów poświęconych było wyłącznie osobom w wieku od 19 do 64 lat. W ramach tych programów prowadzono następujące działania: szkolenia, edukację i poradnictwo medyczne promujące zdrowe odżywianie oraz aktywność fizyczną, a także dystrybuowano materiały informacyjne. Źródła finansowania programów profilaktycznych to: jst – 25 programów, NFZ – dwa programy, środki pochodzące z UE – jeden program oraz budżet państwa – 41 programów. Z budżetów jst przeznaczono na ten cel łączną kwotę 571 505,96 zł, z czego na działania skierowane do osób dorosłych 20 905,81 zł. W 2021 r. do Ministra przekazano informację o zrealizowaniu 90 zadań mających na celu profilaktykę nadwagi i otyłości, w tym 46 przez jst.

Szereg działań w zakresie przeciwdziałania otyłości realizował również NFZ. Polegały one np. na prowadzeniu portali: Diety NFZ, Akademia NFZ oraz Pacjent.gov.pl, na których zamieszczano materiały dotyczące profilaktyki i zapobiegania otyłości.

Na stronach internetowych Ministerstwa opublikowano materiały dotyczące trybów realizacji zadań dotyczących zdrowia publicznego, m.in. omawiające wydawanie opinii dla programu polityki zdrowotnej przez wojewodę, czy innych pytań, przeznaczonych przede wszystkim dla jst.

**Ograniczona
promocja zdrowego
stylu życia
w ramach POZ**

Skontrolowane POZ w ograniczony sposób prowadziły w środowisku lokalnym działania na rzecz zapobiegania otyłości. Jednostki te wyłącznie doraźnie podejmowały współpracę z jst w zakresie szeroko rozumianej promocji zdrowia. Pięciu świadczeniodawców POZ⁶¹, spośród 15 skontrolowanych, wykazało podejmowanie wspólnych działań z samorządem lokalnym. Polegały one głównie na prowadzeniu profilaktyki podczas imprez organizowanych przez samorządy.

Przykład

W 2022 r. na festynie *Święto Miodu Ziemi Łukowskiej* pracownicy **SPZOZ w Łukowie** prowadzili edukację zdrowotną oraz wykonywali pomiar ciśnienia krwi.

ZOZ nr 2 w Rzeszowie w 2022 r. uczestniczył w dwóch akcjach profilaktycznych, w ramach których prowadzono pomiar poziomu glukozy i ciśnienia tętniczego krwi oraz masy ciała i wzrostu. Jedną akcją zorganizowała Fundacja Veritas z Wrocławia i wzięło w niej udział 80 osób. Natomiast w ramach akcji *Dzień Zdrowia dla mieszkańców Rzeszowa i powiatu rzeszowskiego*, zorganizowanej przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Rzeszowie przeprowadzono badania u 109 osób.

⁶¹ SPZOZ w Łukowie, SPZOZ Nr 1 w Bełżycach, ZOZ w Ropczycach, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Żoliborz w Warszawie, Centrum Medyczne OLMED sp. z o.o. w Łodzi.

W żadnym ze skontrolowanych POZ nie opracowano ani nie wdrożono programów mających bezpośrednio na celu zapobieganie i eliminowanie nadmiernej masy ciała wśród pacjentów.

Dwie jednostki POZ⁶², z 15 objętych kontrolą, z własnej inicjatywy prowadziły skoordynowane, długofalowe działania, które pośrednio miały na celu zapobieganie otyłości. Ponadto jedna z nich uczestniczyła również w dwóch samorządowych programach polityki zdrowotnej.

Przykład

W **Przychodniach Medycyny Rodzinnej sp. z o.o. w Szczecinie** wdrożono program wzorując się na pilotażu POZ Plus, przewidujący wprowadzenie edukacji pielęgniarskiej.

Program edukacyjny „Otyłość” realizowany przez **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Żoliborz w Warszawie** kierowany był do dorosłych pacjentów ze wskaźnikiem BMI powyżej 30. Spotkania z pacjentami odbywały się nie rzadziej niż raz w miesiącu. Zajęcia prowadzone przez pielęgniarki obejmowały następujące zagadnienia: metody diagnozowania otyłości i sposoby określania należytej masy ciała, powikłania otyłości, przyczyny otyłości, zasady zdrowego żywienia, produkty spożywcze przeciwwskazane i wskazane w diecie niskokalorycznej, najczęstsze problemy w stosowaniu diet odchudzających i sposoby ich rozwiązywania oraz rola aktywności fizycznej w celu leczenia. Ponadto jednostka uczestniczyła w realizacji programów polityki zdrowotnej, z których jeden dofinansowany był przez miasto st. Warszawy, a drugi w całości finansowany przez Samorząd Województwa Mazowieckiego. W ich ramach przewidziano m.in. konsultacje z dietetykiem.

Działania skontrolowanych jednostek POZ na rzecz zapobiegania chorobie otyłościowej wśród osób dorosłych ograniczały się głównie do udzielania bieżących porad lekarskich oraz prowadzenia edukacji pielęgniarskiej, podczas których dystrybuowano również własne materiały promujące zdrowy styl życia. Ponadto w rejestracjach, na tablicach ogłoszeń i w gabinetach medycznych, pacjentom udostępniano – w formie ulotek i plakatów – materiały informacyjne dotyczące np. pomiarów masy ciała, sposobu ustalania wskaźnika BMI, wiedzy na temat chorób związanych z nieprawidłową masą ciała oraz zdrowego stylu życia.

Profilaktykę dotyczącą otyłości wykonywano również pośrednio, w ramach programów Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Profilaktyka 40 PLUS, a także POZ PLUS.

W okresie pandemii COVID-19 przychodnie POZ realizowały głównie działania promocyjne i wykonywały szczepienia ochronne przeciw SARS-CoV-2 i grypie.

Przykład

W 2021 r. **Centrum Medyczne OLMED sp. z o.o. w Łodzi** w ramach promocji szczepień COVID-19 zorganizowało dwudniowy „Piknik rodzinno-szczepienny”, a w 2022 r. było uczestnikiem „Pikniku rodzinno-prozdrowotnego”. Ponadto realizowało program profilaktyczny „COVID-owy bilans zdrowia” oraz program szczepień ochronnych przeciw grypie.

W okresie pandemii COVID-19 promocja zdrowia prowadzona w skontrolowanych POZ była ograniczona i koncentrowała się głównie na przeciwdziałaniu pandemii. Pomimo, że czas izolacji sprzyjał niezdrowemu odżywianiu oraz w znaczny sposób utrudniał aktywność fizyczną, to nie podejmowano należytych działań, aby zapobiegać nadmiernej masie ciała wśród pacjentów.

⁶² Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Żoliborz w Warszawie, Przychodnie Medycyny Rodzinnej sp. z o.o. w Szczecinie.

Ograniczona oferta programów profilaktycznych jst dotyczących rozpoznania i zapobiegania nadwadze i otyłości

Szeroko rozumiana problematyka otyłości leży przede wszystkim w kompetencjach organów administracji rządowej i świadczeniodawców POZ i AOS. Przepisy prawa nie nakładają na jst obowiązków (kompetencji) w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych. Jednakże wśród zadań samorządów wojewódzkich, powiatowych i gminnych znajdują się zadania związane z ochroną zdrowia. Również ustawa o *świadczeniach zdrowotnych* wskazuje kierunki prozdrowotnych działań samorządów na rzecz mieszkańców. Zgodnie z tym jst mogą, jako zadanie fakultatywne, realizować określone programy polityki bądź programy promocji zdrowia. W celu rzetelnego opracowania takich programów niezbędne jest rozpoznanie potrzeb w tym zakresie, analiza zgromadzonych danych, a dopiero na podstawie ich wyników podjęcie odpowiednich działań.

NIK na podstawie odpowiedzi otrzymanych z jst w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK ustaliła, że 13 jst, z 23 zapytanych, rozpoznawało potrzeby dotyczące profilaktyki otyłości, z czego u 11 z nich dotyczyło to głównie dzieci i młodzieży. Nadmierną masą ciała lokalnych mieszkańców zainteresowały się trzy samorządy wojewódzkie⁶³, z pięciu zapytanych. Wszyscy starostowie oświadczyli, że dokonywali rozpoznania tego problemu samodzielnie bądź przez placówki im podległe, tj. oświatowe lub medyczne. Puławy, Szczecin i Łódź nie rozpoznawały potrzeb w tym zakresie. Natomiast w Rzeszowie i Warszawie skupiono się głównie na grupie dzieci i młodzieży.

W jednej gminie⁶⁴, z sześciu zapytanych, zdobywano i analizowano dane związane z występowaniem otyłości w populacji dorosłych mieszkańców. Efektem tego było opracowanie własnego programu związanego z tą tematyką. W okresie od 1 lipca 2021 r. do 31 grudnia 2022 r. skorzystały z niego 52 osoby.

W województwie mazowieckim, w ramach budżetu obywatelskiego mieszkańcy zgłaszali tematy związane z profilaktyką otyłości. W 2021 r. realizowano projekt *Wpływ mamy więc o siebie i o innych dbamy*, w ramach którego przeprowadzono warsztaty kulinarne promujące zdrowe odżywianie.

Samorządy w ramach opracowania strategii działań dotyczących polityki zdrowotnej prowadziły analizy, a następnie formułowały płynące z nich wnioski. Efektem tych działań były podejmowane zadania np. dotyczące zapobiegania nadmiernej masie ciała.

Przykład

Samorząd Województwa Łódzkiego realizował zadania z zakresu profilaktyki i leczenia otyłości poprzez „Regionalny program zdrowotny dotyczący przeciwdziałania nadwadze i otyłości w województwie łódzkim wśród osób w wieku aktywności zawodowej na lata 2019–2023 – pilotaż *odWAŻMY ŁÓDZKIE*”.

Współpraca jst z podległymi jednostkami oraz z organizacjami pozarządowymi obejmująca problematykę profilaktyki i leczenia otyłości polegała na wsparciu organizacyjnym spotkań, pogadanek i innych przedsięwzięć obejmujących edukację, profilaktykę oraz aktywność sportową. Ponadto współpracę podejmowano z innymi jst oraz ekspertami, konsultowano tematy i zakres wdrażanych programów zdrowotnych.

Samorządy realizowały również zadania określone w NPZ, Cel operacyjny 1.

Przykład

Urząd Miejski w Lubaczowie realizował zadania ujęte w NPZ poprzez poprawę bezpieczeństwa ruchu pieszego i rowerowego – budowę i przebudowę dróg sprzyjających ruchowi pieszemu, rowerowemu i aktywności fizycznej, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych.

⁶³ Łódzkie, lubelskie, mazowieckie.

⁶⁴ Bełżyce.

W okresie objętym kontrolą osiem samorządów nie podejmowało działań mających na celu przeciwdziałanie otyłości u osób dorosłych. Pozostałe realizowały zadania w ramach szeroko rozumianej profilaktyki tej choroby. Polegały one na np. zapewnieniu infrastruktury sprzyjającej aktywności fizycznej – plenerowe siłownie, ścieżki rowerowe. Działania profilaktyczno-edukacyjne prowadzone były głównie przez placówki oświatowe dla dzieci i młodzieży, a wśród osób dorosłych w domach opieki społecznej.

5.3. Diagnozowanie i leczenie otyłości u osób dorosłych

Diagnozowanie i leczenie otyłości u osób dorosłych (w POZ i AOS) nie przynosi efektów. Zbyt późne diagnozowanie otyłości powoduje rozwój innych towarzyszących jej chorób. W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba udzielanych świadczeń osobom chorym na otyłość, a także chorych z powikłaniami wynikającymi z otyłości.

Prowadzenie DM

Badaniu poddano karty historii zdrowia i choroby 277 pacjentów POZ i 95 AOS. Prowadzenie dokumentacji medycznej analizowano pod kątem zgodności z przepisami prawa. Badana DM, poza pojedynczymi przypadkami, była wypełniana prawidłowo. Tylko w jednej jednostce stwierdzono⁶⁵, że we wszystkich zbadanych kartach zawarto obowiązkowe informacje o obciążeniach dziedzicznych danego pacjenta. W każdym ze skontrolowanych AOS, łącznie w 64 z 95 badanych DM, tj. 67,4 % oraz w 14 z 15 POZ, łącznie w 144 z 277 DM, tj. 52 % ustalono brak informacji o obciążeniach dziedzicznych. Drobne uchybienia stwierdzono w dwóch jednostkach AOS i POZ. W AOS w jednej karcie nie było daty założenia historii choroby, a w dwóch numeracji stron⁶⁶. Natomiast w drugiej jednostce, tj. SPZOZ Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi w jednej karcie nie było numeracji stron, a w sześciu kartach korekt zapisów dokonywano niezgodnie z wymogami. Natomiast w ZOZ nr 2 w Rzeszowie, w dwóch kartach DM wpisy były nieczytelne oraz nie było numerów stron, a w jednej nie było autoryzacji wpisów. W Zakładzie Opieki Zdrowotnej R-36 sp. z o.o. w Lubaczowie w jednej karcie stwierdzono, że korekty błędnych wpisów dokonano niezgodnie z wymogami.

W trzech skontrolowanych jednostkach stwierdzono nieprawidłowości przy prowadzeniu dokumentacji⁶⁷. W dwóch przypadkach wiązało się to z prowadzeniem DM w wersji papierowej, a następnie lub równolegle elektronicznej. Zgodnie z § 1 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, dokument prowadzony w jednej z postaci (papierowej bądź elektronicznej) nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Przykład

W latach 2021–2022, w poradni POZ w Miejskim Ośrodku Zdrowia w Bełżycach, działającym w ramach **SPZOZ Nr 1 w Bełżycach**, dokumentację medyczną prowadzono równocześnie w dwóch formach, tj. papierowej i elektronicznej. W efekcie żadna z analizowanych 16 DM nie zawierała pełnych informacji o pacjencie i nie stanowiła spójnej całości.

Dyrektor Miejskiego Centrum Medycznego „Górna” w Łodzi oświadczył, że pomimo dyscyplinowania lekarzy POZ co do prowadzenia DM, obowiązki te nie były przez nich realizowane.

Kompletne informacje zawarte w DM ułatwiają właściwe diagnozowanie i leczenie pacjentów.

Analiza 944 DM pacjentów wykazała, że w 2020 r., w 278 egzemplarzach DM, w 2021 r. – w 267, a w 2022 r. w – 288 DM, zawarto informacje o masie ciała i wzroście pacjenta czy BMI. W 2020 r., w 175 kartach DM (67,0 %), zawarto dane, z których

⁶⁵ Biovena sp. z o.o. w Milanówku.

⁶⁶ Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „Cepelek” SPZOZ w Warszawie.

⁶⁷ Miejskie Centrum Medyczne „Bałuty” w Łodzi, Miejskiego Centrum Medycznego „Górna” w Łodzi, SPZOZ Nr 1 w Bełżycach.

wynikało, że pacjenci mieli nadmierną masę ciała, w 2021 r. – w 189 (77,8 %), a w 2022 r. – w 207, tj. w 80,9 %. W przypadku 48 pacjentów z nadmierną masą ciała nie postawiono rozpoznania choroby. Dotyczyło to 41 osób z nadwagą, czterech z otyłością I stopnia i trzech z otyłością II stopnia. Natomiast w 2021 r. nie postawiono rozpoznania choroby u 59 pacjentów, w tym u 49 z nadwagą, dziewięciu z otyłością I stopnia i jednego z otyłością III stopnia. W 2022 r. nie rozpoznano choroby u 63 pacjentów z nadmierną masą ciała w tym u 50 z nadwagą, u 12 z otyłością I stopnia u jednego z otyłością III stopnia. W poszczególnych latach objętych kontrolą nie zdiagnozowano choroby u pacjentów z nadwagą/otyłością (podwyższonym BMI), odpowiednio u – 18,4 %, 24,3 % i 24,6 % pacjentów.

Z adnotacji w 277 egzemplarzach DM pacjentów wynika, że w okresie objętym kontrolą mieli oni zdiagnozowaną otyłość. W przypadku 24 pacjentów odnotowany współczynnik wskazywał na otyłość: w jednym przypadku – III stopnia, w czterech II stopnia i w 19 – I stopnia. W tych przypadkach w DM nie postawiono diagnozy otyłości.

Przykład

Pacjent – mężczyzna urodzony w 1988 r., w 2020 r. odbył 14 wizyt u lekarza POZ w miejscu udzielania świadczeń i nie wykonano u niego pomiaru masy i wzrostu. Otyłość III stopnia (BMI ponad 40) zdiagnozowano w 2021 r. dopiero na trzeciej stacjonarnej wizycie w roku. Przy skierowaniu do Poradni Chirurgii Ogólnej wykonano pomiary masy oraz wzrostu i wyliczono BMI celem kwalifikacji do chirurgicznego leczenia otyłości. W 2022 r. w DM pacjenta odnotowano „waga około 130 kg”.

Analiza 100 DM pacjentów AOS, którym według danych NFZ udzielano świadczeń z powodu otyłości wykazała, że u jednego pacjenta nie odnotowano takiej diagnozy. Dotyczyło to pacjenta, mężczyzny urodzonego w 1953 r. – w 2020 r. i 2021 r. BMI około 28 (nadwaga), natomiast w 2022 r. BMI 30,3 (otyłość I stopnia).

Okoliczności diagnozowania otyłości

Z analizy 142 dokumentacji medycznych pacjentów poradni POZ, u których w okresie objętym kontrolą zdiagnozowano otyłość wynika, że schorzenie to co do zasady diagnozowali lekarze POZ (140 z 142 przypadków). Dwa pozostałe przypadki zostały zdiagnozowane przez lekarzy specjalistów – podczas leczenia w AOS i w szpitalu. W POZ diagnozę otyłości stawiano najczęściej podczas wizyt, na których lekarz dokonywał interpretacji badań diagnostycznych. Także w przypadku wizyt z powodu leczenia nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu II, a także przy okazji wizyt z powodu bólu kolan bądź kręgosłupa. Także inni lekarze specjaliści sugerowali pacjentom zgłoszenie się do poradni POZ w celu podjęcia leczenia otyłości.

Przykład

Pacjent – kobieta urodzona w 1979 r., brak wskaźnika BMI, masa ciała 89 kg, diagnoza otyłości. Pacjentka zgłosiła się do poradni POZ, gdyż *ginekolog zalecił zainteresowanie się otyłością przez lekarza POZ.*

Pacjenci zgłaszali się również do lekarza POZ w celu uzyskania skierowania na leczenie bariatryczne i dopiero w takich okolicznościach diagnozowano otyłość, która osiągała już III stopień, tj. BMI powyżej 40.

U 41 pacjentów przed zdiagnozowaniem otyłości dokonywano pomiarów masy i wzrostu ciała oraz obliczano wskaźnik BMI⁶⁸. Masa ciała tych pacjentów była monitorowana przy okazji wizyt stacjonarnych – 19 przypadków oraz corocznie – 12 przypadków. Co do 88 pacjentów lekarze deklarowali, że dla zapobieżenia rozwinięciu choroby otyłościowej udzielali pacjentom porad dotyczących zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej oraz zalecali konsultacje dietetyczne. W 23 przypadkach lekarze oświadczyli, że nie prowadzili takich rozmów z pacjentami, bo np. pacjent sobie tego nie życzył. Pacjentom tym nie mierzono też masy ciała.

⁶⁸ 15 z 142 osób nie było pacjentami skontrolowanych POZ przed okresem objętym kontrolą.

Przykład

Pacjent – kobieta urodzona w 1956 r., BMI 47,6. Lekarz oświadczył, że rozmowa na temat otyłości budzi niezadowolenie pacjentki, dlatego nie nawiązuje w czasie wizyt do tego problemu.

W czasie wizyt, podczas których zdiagnozowano otyłość u 120 pacjentów przeprowadzono badania podmiotowe. W 13 przypadkach odbyło się to za pomocą kwestionariuszy. Natomiast badania przedmiotowe wykonano u 91 pacjentów. Główną przyczyną braku badań podmiotowych był fakt, że wizyty miały formę teleporad. Aż u 13, tj. u 9,2 % pacjentów w okresie objętym kontrolą otyłość zdiagnozowano podczas teleporady. W ramach zrealizowanych badań przedmiotowych, masę ciała lub BMI odnotowano w 79 DM, tj. u 55,6 % pacjentów, którym, w okresie objętym kontrolą, postawiono diagnozę otyłości. U 71 pacjentów (50 %), spośród wspomnianych 120, dokonano pomiaru ciśnienia krwi, a u 10 pacjentów z otyłością I stopnia zmierzono obwód tali, bioder i obliczono WHR⁶⁹.

Z analizy 31 kart medycznych pacjentów poradni AOS, u których otyłość zdiagnozowano w okresie objętym kontrolą wynika, że 15 pacjentów skierowali do AOS lekarze POZ, a u pozostałych 16 została ona zdiagnozowana przez lekarzy specjalistów. W czasie wizyt, podczas których u pacjentów zdiagnozowano otyłość, lekarz przeprowadził badanie podmiotowe i przedmiotowe. W ramach zrealizowanych badań przedmiotowych, masę ciała lub BMI odnotowano w 26 DM, tj. u 83,9 % pacjentów, którym postawiono diagnozę otyłości w okresie objętym kontrolą. W chwili zdiagnozowania otyłości wartość BMI wskazywała, że trzech pacjentów miało nadwagę, a 25 miało otyłość, w tym 12 pacjentów – I stopnia, 6 – II stopnia, a 7 – III stopnia. U 20 (64,5 %) pacjentów dokonano pomiaru ciśnienia krwi, a u 4 pacjentów z otyłością I stopnia pomierzono obwód tali, bioder i obliczono WHR.

Brak przynajmniej corocznego monitorowania masy ciała powoduje, że otyłość jest diagnozowana zbyt późno, tj. na wysokim poziomie jej zaawansowania lub dopiero przy okazji leczenia chorób będących konsekwencją otyłości.

Opóźnienie w diagnozowaniu otyłości, skutkuje późnym rozpoznaniem tej choroby i jej ewentualnych następstw. Uniemożliwia też leczenie tej choroby i zapobieganie innym chorobom z niej wynikającym.

**Diagnostyka
pacjentów
z symptomami
zaburzeń
metabolicznych**

W skontrolowanych jednostkach POZ lekarze po rozpoznaniu nadmiernej masy ciała u pacjentów kierowali pacjentów na badania diagnostyczne – 69 pacjentów (tj. 48,6 %), do poradni specjalistycznej – 22 pacjentów (tj. 15,5 %) oraz udzielali porad dotyczących zmiany stylu życia – 23 przypadki (tj. 16,2 %) i podejmowali leczenie otyłości – 16 (11,3 %).

W 12 przypadkach, przy okazji pierwszorazowego ustalenia nadmiernej masy ciała, lekarze nie podjęli jeszcze żadnych działań. Dotyczyło to czterech pacjentów z otyłością I stopnia i po jednym pacjencie z otyłością II i III stopnia⁷⁰. Przy następnej wizycie siedmiu pacjentów zostało skierowanych na badania diagnostyczne. W stosunku do pozostałych pięciu, w okresie objętym kontrolą, nie podjęto diagnozowania i leczenia otyłości.

Na badania diagnostyczne skierowano 124 z 277 pacjentów POZ z otyłością, a trzech pacjentów miało bądź we własnym zakresie wykonało badania laboratoryjne. Zakres badań uzależniony był od indywidualnej decyzji lekarza POZ wynikającej ze skali otyłości oraz wystąpienia innych chorób. W szczególności zlecano pacjentom badania: morfologii krwi i glukozy (107 zleceń).

Do poradni specjalistycznych skierowano łącznie 62 pacjentów w związku ze zdiagnozowaną nadmierną masą ciała oraz 11, których choroby mogły mieć związek z otyłością, np. z powodu problemów kardiologicznych lub bólu kręgosłupa i kolan.

⁶⁹ Wskaźnik relacji obwodu talii do obwodu bioder.

⁷⁰ W pozostałych sześciu przypadkach nie określono stopnia otyłości.

Najwięcej pacjentów, tj. 20 skierowano do poradni endokrynologicznej, następnie do metabolicznej – 18, diabetologicznej – 14 i kardiologicznej – 13. Do poradni chirurgicznej skierowano 10 pacjentów, w tym 5 w związku z bariatrycznym leczeniem otyłości.

W okresie objętym kontrolą, z 277 pacjentów POZ chorujących na otyłość, do poradni specjalistycznych skierowano łącznie 83 pacjentów: 38 – z powodu otyłości, 41 – z powodu chorób mogących być konsekwencją otyłości oraz czterech z powodu chorób nie związanych z otyłością.

Z powyższego wynika, że lekarze POZ diagnozując otyłość, niezwłocznie kierowali pacjentów do leczenia specjalistycznego. Oznaczało to, że co do zasady otyłość nie była leczona w poradniach POZ.

Staranność działań lekarza POZ w zakresie diagnostyki, daje pacjentom możliwość szybkiego wdrożenia leczenia. Tym samym zwiększa prawdopodobieństwo uniknięcia powikłań zdrowotnych wynikających z otyłości, a także jej leczenia na niższym stopniu jej zaawansowania.

W trakcie kontroli ustalono, że w chwili zdiagnozowania otyłości wartość BMI u 81 z 91⁷¹ pacjentów wskazywała na otyłość, w tym I stopnia – 52, II stopnia – 16, a III stopnia – 13 pacjentów. U 75 pacjentów z otyłością, zdiagnozowaną w okresie objętym kontrolą, występowały również inne choroby.

Zbyt późne diagnozowanie otyłości i jej powikłań

Przykład

W DM pacjenta, mężczyzny urodzonego w 1969 r., w 2019 r. odnotowano „nadwaga”. W 2020 r. podczas wizyty stacjonarnej nie został zważony i zmierzony. W 2021 r. zdiagnozowano otyłość – BMI 46,3, masa ciała 160 kg, w 2022 r. – BMI 52,0, masa ciała 180 kg. Pacjent leczony przed 2020 r. na nadciśnienie tętnicze i cukrzycę typu II, którą zdiagnozowano w 2019 r. W 2021 r. pacjent został skierowany do poradni chirurgicznej oraz zalecono mu skorzystanie z porady dietetycznej. Pacjent był na konsultacjach w poradni chirurgii ogólnej i został skierowany do badania kwalifikacyjnego do operacji bariatrycznej. W kwietniu 2022 r. wystawiono mu kolejne skierowanie do poradni chirurgii ogólnej w celu zakwalifikowania do operacji bariatrycznej.

Opóźnienie w diagnozowaniu otyłości wynikało albo z tego, że pacjent nie korzystał z wizyty lekarskiej, albo w POZ nie monitorowano jego stanu zdrowia (z różnych powodów).

Farmakologiczne leczenie otyłości

W pięciu skontrolowanych jednostkach POZ pierwszym leczeniem pacjentów z otyłością było leczenie farmakologiczne⁷². Nie zawsze były to leki *stricte* przeznaczone do wspomagania leczenia otyłości. Dotyczyło to 13 z 142 pacjentów, u których otyłość zdiagnozowano w latach 2020–2022. Natomiast w AOS farmakologicznie leczono tylko jednego pacjenta.

W okresie objętym kontrolą 12 pacjentów POZ leczonych było lekami zarejestrowanymi w Polsce do wspomagania leczenia choroby otyłościowej. Ponadto w przypadku 12 innych pacjentów, lekarze oświadczyli, że zastosowana farmakoterapia miała również służyć utracie masy ciała.

Leki wspomagające leczenie choroby otyłościowej nie są refundowane ze środków publicznych, co może ograniczać stosowanie tej terapii.

Bariatryczne leczenie otyłości

Z danych NFZ wynika, że w latach objętych kontrolą 3,6 % (41 970 wizyt) wszystkich świadczeń związanych z otyłością w AOS udzielono w poradniach chirurgicznych, a dodatkowo 0,1 % (833 wizyty) w poradniach chirurgii plastycznej.

W trakcie kontroli ustalono, że w 10 POZ, z 15 skontrolowanych, łącznie 23 pacjentów (od jednego do czterech pacjentów w poszczególnych POZ) korzystało również ze świadczeń poradni chirurgicznej lub zostało do niej

⁷¹ W 51 przypadkach nie obliczono BMI w chwili zdiagnozowania otyłości.

⁷² Centrum Medyczne Internus sp. z o.o. w Puławach, SPZOZ Nr 1 w Beżycach, ZOZ nr 2 w Rzeszowie, Centrum Medyczne OLMED sp. z o.o. w Łodzi, NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej W. Fabian Spółka Jawna w Szczecinie.

skierowanych w związku z koniecznością przeprowadzenia operacji bariatrycznej. Dwóch pacjentów przeszło taką operację przed 2020 r., przy czym jeden z nich już dwukrotnie.

Przykład

Pacjent, mężczyzna urodzony w 1975 r., w 2015 r. poddał się resekcji żołądka. Pomimo stacjonarnych wizyt w POZ w 2020 r. i 2021 r. w DM nie odnotowano jego masy i BMI. W 2022 r. odnotowana masa ciała to 150 kg, BMI 44,8. Ponownie operowany w 2022 r.

W okresie objętym kontrolą operacje bariatryczne wykonano u siedmiu pacjentów. Pomimo iż w 2022 r. pacjenci ci byli kierowani do kwalifikacji na operację lub byli po operacji, to nie wykonywano u nich pomiarów masy ciała. Tylko u jednego z nich przed skierowaniem do poradni chirurgicznej obliczono BMI, które wyniosło 53,5. Nieodnotowywanie w DM w POZ masy ciała i wzrostu pacjentów, których skierowano lub wykonano operację bariatryczną było częste. Z danych uzyskanych z NFZ wynika, że tylko u około 16 % takich pacjentów dane te były raportowane, zgodnie z § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców.

W związku z brakiem odnotowywania masy i wzrostu ciała pacjentów POZ nie można było w trakcie kontroli ustalić wpływu operacji bariatrycznej na masę ciała pacjenta. Można to było ustalić tylko w dwóch przypadkach, w których dane zapisano w DM pacjenta.

Przykład

Pacjent, kobieta urodzona w 1986 r., w 2019 r. poddała się operacji bariatrycznej. Pomimo stacjonarnych wizyt w POZ w 2020 r. i 2021 r. w DM nie odnotowano jej masy i BMI. W 2022 r. masa ciała wynosiła 79 kg, BMI 29 (nadwaga).

Masa ciała pacjenta, mężczyzny urodzonego w 1967 r., w 2020 r. wynosiła 157 kg, BMI 49,5. Operację bariatryczną przeprowadzono w styczniu 2021 r., w tym samym roku w DM odnotowano masę ciała tego pacjenta – 101 kg, BMI 31,9 (otyłość I stopnia).

Również u pacjentów AOS, u których wykonano operacje bariatryczne nie odnotowywano pomiarów antropometrycznych, co uniemożliwiało ocenę efektywności tych świadczeń. Tylko u pięciu z 19 pacjentów zakwalifikowanych bądź leczonych bariatrycznie, przynajmniej w dwóch latach objętych kontrolą odnotowano masę ciała i wzrost, co pozwoliło na określenie wskaźnika BMI. W dwóch przypadkach nastąpiła taka redukcja masy ciała, która spowodowała spadek otyłości o jeden stopień (z II na I) i trzy stopnie otyłości (z III na nadwagę). Nie w każdym przypadku operacja bariatryczna spowodowała utratę masy ciała.

Przykład

Pacjent – mężczyzna urodzony w 1958 r. Przed operacją w 2022 r. odnotowano masę ciała 111 kg, a we wrześniu 2022 r., pomimo operacji bariatrycznej masa ciała wynosiła 125 kg.

Operacja bariatryczna to jedyna refundowana procedura leczenia otyłości w Polsce. Jak pokazują dane uzyskane w kontroli, nie w każdym przypadku jest skuteczna i nie gwarantuje utrzymania prawidłowej masy ciała.

W kontroli NIK ustalono, że u 206 z 277 pacjentów POZ, tj. 74,0 % oraz u 72 z 95 pacjentów AOS, tj. 76,0 %, ze zdiagnozowaną otyłością w DM odnotowano choć raz kod innej choroby przewlekłej. Natomiast 185 pacjentów POZ, oprócz otyłości miało inne choroby, które mogły mieć związek z otyłością. Dotyczyło to zarówno pacjentów zdiagnozowanych przed okresem objętym kontrolą – 110 pacjentów, jak i w okresie objętym kontrolą – 75 pacjentów.

**Brak efektów
w leczeniu otyłości**

Tylko 25 pacjentów, tj. 18,7 % zdiagnozowanych przed 2020 r. chorowało nadal wyłącznie na otyłość.

U 92 pacjentów, którzy pierwotnie nie chorowali na choroby będące powikłaniem otyłości, wyniki badań laboratoryjnych w 15 przypadkach wskazały na wystąpienie powikłań zdrowotnych wynikających z nadmiernej masy ciała.

W każdej skontrolowanej jednostce lekarze podejmowali leczenie otyłości i jej powikłań oraz prowadzili profilaktykę otyłości.

Infografika nr 11

Deklarowane przez lekarzy POZ działania podjęte w stosunku do pacjentów ze zdiagnozowaną otyłością

Podjęte działania lekarzy POZ w stosunku do analizowanych pacjentów ze zdiagnozowaną otyłością	Liczba przypadków
monitoring stanu zdrowia poprzez zlecenie badań diagnostycznych	219
udzielanie porad dotyczących zdrowego stylu życia	175
monitoring BMI	100
koordynacja leczenia specjalistycznego	83
kierowanie do leczenia szpitalnego	40
kierowanie do leczenia uzdrowiskowego	14
brak działań	10

Źródło: dane z kontroli NIK.

Z 176 pacjentów POZ, którzy podjęli leczenie u 51, tj. 29,0 % nastąpiła ogólna poprawa stanu zdrowia, brak poprawy lub pogorszenie wystąpiło u 24, tj. 13,6 %. W pozostałych przypadkach nie można było tego określić lub nie było w DM informacji w tym zakresie. U 10 pacjentów, u których nastąpiła ogólna poprawa stanu zdrowia zmniejszono dawki leków. Natomiast zwiększono je lub pozostały na tym samym poziomie u 26, tj. 51,0 %.

W skontrolowanych POZ nie można było ocenić efektów leczenia, ponieważ u pacjentów z otyłością nie monitorowano wskaźnika BMI.








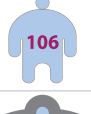





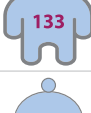

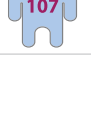

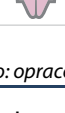
U 29 pacjentów, u których wystąpiła otyłość w 2020 r. i 2021 r. lekarze odnotowali masę ciała. U 14 z nich nastąpiła redukcja masy ciała od 1 do 28 kg.

Przykład

Pacjent – kobieta urodzona w 1989 r. W 2020 r. masa ciała wynosiła 120 kg, BMI 46,9, a w 2021 r. po operacji bariatrycznej masa ciała zmniejszyła się do 92 kg, a BMI do 35,3.

Infografika nr 12

Zmiana masy ciała u pacjentów, których masa ciała wzrosła w 2022 r. w stosunku do 2021 r.

waga w 2022	wiek	stopień otyłości	wzrost wagi	waga w 2022	wiek	stopień otyłości	wzrost wagi
 90	24	otyłość II stopnia	+22	 156	30	otyłość III stopnia	+13
 100	41	otyłość I stopnia	+4	 121	42	otyłość II stopnia	+24
 116	47	otyłość III stopnia	+18	 117	51	otyłość II stopnia	+5
 83	48	otyłość I stopnia	+1	 106	52	otyłość I stopnia	+1
 98	58	otyłość I stopnia	+6	 180	54	otyłość III stopnia	+20
 125	58	otyłość III stopnia	+15	 98	62	otyłość I stopnia	+1
 81	60	otyłość I stopnia	+5	 133	69	otyłość III stopnia	+6
 88	65	otyłość I stopnia	+6,1	 107	71	otyłość I stopnia	+2
 90	67	otyłość II stopnia	+3				
 80	74	Nadwaga	+5				

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

**Brak współpracy
lekarzy POZ i AOS
w leczeniu pacjentów
z chorobami
metabolicznymi**

Powyższe dane potwierdzają statystyki krajowe⁷³, z których wynika, że zwiększa się udział procentowy pacjentów z otyłością II i III stopnia.

Zgodnie z § 12 pkt 4 i 5 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest zobowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy POZ, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym o okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Taką informację lekarz jest obowiązany przekazywać nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

⁷³ Dane uzyskane w kontroli z NFZ.

**Niedostateczna
wiedza lekarzy POZ
na temat stanu
pacjentów, zwłaszcza
z nadwagą i otyłością**

**Brak
zainteresowania
pacjentów
leczeniem otyłości**

U trzech świadczeniodawców AOS⁷⁴, z pięciu skontrolowanych, w DM nie było potwierdzenia wykonania obowiązku przekazywania lekarzowi kierującemu na leczenie specjalistyczne (lekarzowi POZ) informacji o leczeniu wdrożonym przez lekarzy AOS. Dotyczyło to łącznie 56 ze 60 analizowanych DM (od 16 do 20 przypadków).

W 52 DM pacjentów POZ, z 142 zbadanych zawarto informacje od lekarzy specjalistów, pomimo iż w tym okresie, w jednostkach AOS leczyło się łącznie 122 pacjentów. Oznacza to, że w przypadku 70 pacjentów, tj. 57,3 % lekarze AOS nie przekazywali lekarzom POZ informacji o wdrożonym leczeniu.

Przekazywanie przez lekarzy AOS informacji m.in. o rozpoznaniu, sposobie leczenia i rokowaniu w celu zapewnienia przepływu informacji o stanie zdrowia pacjentów pomiędzy placówkami medycznymi jest niezbędne.

Mimo że w przypadku 229 pacjentów POZ (82,3 %) lekarze POZ deklarowali, iż znają na bieżąco stan zdrowia tych pacjentów, zwłaszcza kwestię nadwagi lub otyłości, to w przypadku 41 (17,9 %) okazało się, że takiej wiedzy nie mieli.

Niemonitorowanie masy ciała u pacjentów z nadwagą lub otyłością ogranicza ocenę efektów leczenia.

Spośród 135 pacjentów, u których otyłość zdiagnozowano przed okresem objętym kontrolą, w 2020 r. na wizytę nie zgłosiło się czterech pacjentów, w tym z otyłością I stopnia dwóch i jeden z otyłością III stopnia. W 2021 r. z opieki lekarza POZ nie skorzystało 10, w tym czterech z otyłością III stopnia, trzech z otyłością I stopnia i jeden z nadwagą. Natomiast w 2022 r. na wizycie nie pojawiło się 14 pacjentów z otyłością, w tym czterech z otyłością III stopnia, dwóch z otyłością II stopnia i nadwagą oraz jeden z otyłością I stopnia. Wśród pacjentów zdiagnozowanych w 2020 r., na wizycie w 2021 r. nie pojawiło się siedmiu z 66 pacjentów, a wśród zdiagnozowanych w 2021 r. do lekarza POZ w 2022 r. nie zgłosiło się dwóch pacjentów z 44 pacjentów. Nie było wśród nich pacjentów z otyłością III stopnia.

Według zapisów w dokumentacji medycznej POZ, 176 na 277 pacjentów z otyłością i jej powikłaniami (63,5 %) podjęto leczenie, a 30, tj. 10,8 % nie stosuje się do zaleceń lekarza. Wśród pacjentów, którzy nie podjęli leczenia było ośmiu z otyłością I stopnia oraz po dwóch z nadwagą, otyłością II i II stopnia. 14 z nich było chorych wyłącznie na otyłość, a 16 dodatkowo na inne choroby z niej wynikające. W przeważającej części, tj. 36,7 % dotyczyło to osób między 35–54 rokiem życia.

W DM trzech pacjentów POZ odnotowano, że nie stosują się do zaleceń. Dotyczyło to dwóch pacjentów z otyłością III stopnia i jednego z otyłością I stopnia.

Przykład

Pacjent – mężczyzna urodzony w 1956 r. W 2019 r. diagnoza otyłości i konsultacje w poradni chirurgicznej celem operacji bariatrycznej. W 2020 r. BMI 40,4, masa ciała 118 kg, a w 2022 r. BMI 42,8, masa ciała 125 kg. Dotychczas nie przeprowadzono operacji, a pacjent nie przyjmuje wszystkich przepisanych leków. Występują u niego duże wahania masy ciała, w ciągu dwóch miesięcy schudł 12 kg, a następnie przytył 9 kg.

W DM sześciu pacjentów AOS z otyłością III stopnia odnotowano, że nie wyrażają zgody bądź boją się chirurgicznego leczenia otyłości. Stanowili oni 24 % wszystkich pacjentów, którym zaproponowano taką formę leczenia otyłości w AOS.

Przykład

Pacjent – mężczyzna urodzony w 1958 r. W 2020 r. BMI 41,6, masa ciała 158 kg, a w 2022 r. BMI 40,8, masa ciała 155 kg. Odmawia leczenia operacyjnego, zastosowano farmakoterapię.

⁷⁴ Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, SPZOZ w Leżajsku, SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi.

Zgodnie ze stanowiskiem doktryny lekarz nie może zagwarantować pacjentowi osiągnięcia konkretnego celu terapeutycznego, pacjent ma jednak prawo oczekiwać starannego działania ze strony lekarza, czyli, że zostaną zastosowane metody, które odpowiadają aktualnie dostępnej wiedzy medycznej. Jednakże to po stronie pacjenta leży decyzja co do zastosowania się do tych zaleceń i korzystania z dostępnych form leczenia otyłości⁷⁵.

⁷⁵ Piotr Najbuk (Kancelaria Domański Zakrzewski Palinka sp. k.) *Znaczenie standardów postępowania dla odpowiedzialności prawnej lekarza*, <https://www.standardy.pl/newsy/id/94>, dostęp na dzień 6 października 2023 r.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli było dokonanie oceny czy prowadzono prawidłowe i skuteczne działania mające na celu profilaktykę i leczenie otyłości u osób dorosłych?
Cele szczegółowe	<p>Założono, że badania kontrolne umożliwią ocenę następujących obszarów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy funkcjonujące rozwiązania organizacyjne zabezpieczyły udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych. 2. Czy podejmowano skuteczne działania zmierzające do diagnozowania i leczenia otyłości u osób dorosłych. 3. Czy prowadzone działania pozwalały skutecznie zapobiegać otyłości oraz eliminować otyłość u osób dorosłych.
Zakres podmiotowy	Kontrolą objęto 21 jednostek, tj.: Ministerstwo Zdrowia, pięć podmiotów leczniczych realizujących umowy z oddziałem wojewódzkim NFZ w rodzaju AOS (w zakresach świadczenia poradni endokrynologicznej, diabetologicznej, kardiologicznej), 15 podmiotów leczniczych realizujących umowy z oddziałem wojewódzkim NFZ w rodzaju POZ (w zakresach świadczenia lekarza POZ).
Okres przeprowadzenia czynności kontrolnych	Kontrola została przeprowadzona od 13 stycznia do 6 lipca 2023 r.
Kryteria kontroli	<p>Kontrolę w:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ministerstwie Zdrowia oraz w podmiocie leczniczym, którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, a także działającym na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. <i>o instytutach badawczych</i>⁷⁶ przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy <i>o NIK</i>, według kryteriów określonych w art. 5 ust. 1. ustawy <i>o NIK</i>, tj.: legalności, gospodarności, celowości i rzetelności, – podmiotach leczniczych, których podmiotem właścicielskim (100 % udziałów) jest jednostka samorządu terytorialnego oraz w SPZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd, na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy <i>o NIK</i>, według kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy <i>o NIK</i>, tj.: legalności, gospodarności i rzetelności, – podmiotach leczniczych, których podmiotem tworzącym są osoby prywatne (przedsiębiorcy), na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy <i>o NIK</i>, według kryteriów określonych w art. 5 ust. 3 ustawy <i>o NIK</i>, tj.: legalności i gospodarności.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020–2022, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie.
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	<p>W ramach przygotowania przedkontrolnego, korzystając z uprawnień określonych w ustawie <i>o NIK</i>, uzyskano informacje od :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prezesa NFZ dotyczące: <ol style="list-style-type: none"> a) wykazu siedmiu świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju POZ, którzy w 2021 r. mieli największą liczbę pacjentów na listach aktywnych lekarzy POZ z pięciu województw (z terenu których wybrano do kontroli jednostki organizacyjne udzielające świadczeń);

⁷⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 498, ze zm.

- b) wykazu siedmiu świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju POZ, którzy w 2021 r. udzielili największej liczby świadczeń pacjentom chorym na otyłość (E66.00-E.66.9) – dotyczy osób od 18. roku życia na podstawie danych z 2021 r. z pięciu województw (z terenu których wybrano do kontroli jednostki organizacyjne udzielające świadczeń);
 - c) wykazu trzech kodów chorób według klasyfikacji ICD 10, które najczęściej towarzyszyły chorobie otyłościowej (E66.00-E.66.9) – dotyczy osób powyżej 18. roku życia, na podstawie danych z 2021 r.;
 - d) wykazu trzech kodów chorób według klasyfikacji ICD 10, którym najczęściej towarzyszyła choroba otyłościowa (E66.00-E.66.9) – dotyczy osób powyżej 18. roku życia, na podstawie danych z 2021 r.;
 - e) wykazu pięciu świadczeniodawców realizujących umowę w rodzaju AOS, którzy w 2021 r. udzielili największej liczby świadczeń pacjentom, chorym na otyłość (E66.00-E.66.9) – dotyczy osób powyżej 18. roku życia, na podstawie danych z 2021 r. z pięciu województw (z terenu których wybrano do kontroli jednostki organizacyjne udzielające świadczeń);
 - f) nazw trzech poradni specjalistycznych działających w ramach AOS, które w 2021 r. udzieliły największej liczby świadczeń pacjentom, chorym na otyłość (E66.00-E.66.9) – dotyczy osób powyżej 18. roku życia, na podstawie danych z 2021 r. z pięciu województw (z terenu których wybrano do kontroli jednostki organizacyjne udzielające świadczeń);
 - g) danych o świadczeniach udzielonych osobom chorym na otyłość kod ICD10 E66 (E66.0-E.66.9) za okres 2020–2022 w przedstawionym zakresie: PESEL pacjenta, data świadczenia, REGON świadczeniodawcy POZ i AOS udzielających świadczeń, kod komórki udzielającej świadczeń, TERYT świadczeniodawcy udzielającego świadczenia, numer prawa wykonywania zawodu (PWZ) lekarza udzielającego świadczenia, rozpoznanie główne, rozpoznania współistniejące;
- 23 jednostek samorządu terytorialnego, w tym: pięciu jednostek wojewódzkich, sześciu jednostek powiatowych, pięciu miast na prawach powiatu i siedmiu gmin, z terenów których wytypowano do kontroli jednostki organizacyjne służby zdrowia świadczące usługi w zakresie POZ, dotyczące zadań realizowanych przez jednostki samorządowe, wynikających z ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, mających związek z promocją i ochroną zdrowia, w szczególności profilaktyką i leczeniem otyłości u osób dorosłych.

W postępowaniu kontrolnym, na podstawie przepisów art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy *o NIK*, zasięgnięto informacji od :

– Prezesa NFZ w zakresie:

- a) liczby skarg i wniosków skierowanych do NFZ dotyczących profilaktyki (również poradnictwa dietetycznego), diagnozowania i leczenia otyłości (w szczególności operacji bariatrycznych);
- b) liczby kontroli przeprowadzonych przez NFZ dotyczących udzielania świadczeń w zakresie profilaktyki, diagnozowania i leczenia otyłości (w szczególności operacji bariatrycznych);
- c) liczby poradni POZ, kardiologicznych, diabetologicznych, endokrynologicznych, a także ośrodków zajmujących się leczeniem otyłości;
- d) liczby pacjentów na listach aktywnych lekarzy POZ z wyszczególnieniem pacjentów powyżej 18 roku życia;
- e) liczby pacjentów oraz liczby udzielonych świadczeń dotyczących otyłości kod ICD10-E.66 (E66.0-E.66.9), obejmujących rozpoznanie główne i współistniejące, w podziale na POZ i AOS;
- f) liczby pacjentów oraz udzielonych świadczeń dotyczących otyłości kody ICD-10: E.65-E.68, obejmujących rozpoznanie główne i współistniejące, w podziale na POZ i AOS;
- g) liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń obejmujących operacje bariatryczne oraz wydatków na tę opiekę (poza programem KOS-BAR);

- h) realizacji programu KOS-BAR (liczba ośrodków w programie, liczba osób, które skorzystały z programu, wydatki na realizację programu), czy wystąpiły przypadki, że pacjent zrezygnował w trakcie realizacji programu;
 - i) średniego czasu oczekiwania na wizytę oraz liczby oczekujących (w podziale na przypadki pilne i stabilne) w poradni kardiologicznej, diabetologicznej i endokrynologicznej;
 - j) liczby praktykujących lekarzy ze specjalizacją medycyny rodzinnej, diabetologii, endokrynologii, kardiologii;
 - k) liczby poradni dietetycznych działających samodzielnie w ramach AOS finansowanych z NFZ (ze wskazaniem ich adresów);
 - l) udzielania porad dietetycznych finansowanych z NFZ;
- 16 Dyrektorów OW NFZ dotyczące:
- a) liczby podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju POZ,
 - b) liczby podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju POZ, które przekazały informację określoną w 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców*,
 - c) liczby osób powyżej 18 roku życia, które odbyły przynajmniej jedną stacjonarną wizytę u lekarza POZ,
 - d) liczby osób powyżej 18 roku życia, w przypadku których zaraportowano dane określone w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców*,
 - e) nazw programów, w ramach których sprawozdawano ww. informacje przez świadczeniodawców POZ do OW NFZ,
 - f) nazw programów, z których w ogóle nie sprawozdawano ww. informacji przez świadczeniodawców POZ do OW NFZ,
 - g) dopuszczalnych formatów zapisu danych określonych w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców*, sprawozdawanych przez świadczeniodawców POZ do OW NFZ,
 - h) podmiotu decydującego o sposobie (systemie informatycznym) i formacie danych określonych w § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców*,
 - i) działań podejmowanych przez OW NFZ w przypadku braku realizacji obowiązku określonego w z § 6 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia *w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców*,
 - j) liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia:
 - rozpoznanie główne lub współistniejące kody ICD-10: E.65-E.68,
 - rozpoznanie główne E.66 (E.66.0-E.66.9),
 - rozpoznanie współistniejące E.66 (E.66.0-E.66.9),
 - rozpoznanie główne lub współistniejące E.66 (E.66.0-E.66.9),
 - liczby świadczeń rozpoznanie główne lub współistniejące E.66 (E.66.0-E.66.9);
- Prezesa ZUS dotyczące:
- a) liczby zwolnień lekarskich, dni objętych zwolnieniem lekarskim oraz wysokości wypłaconych zasiłków chorobowych oraz średniej liczby zwolnień lekarskich, dni objętych zwolnieniem lekarskim oraz wysokości wypłaconych zasiłków chorobowych wszystkich ubezpieczonych;
 - b) wydatków poniesionych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w związku z rozpoznaniem otyłości (jednostki chorobowe ICD-10: E65, E66, E67, E68), na renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z rozpoznaniem otyłości, na świadczenia w związku z absencją chorobową i rehabilitacją;

- Prezesa GUS dotyczące liczby zgonów, których przyczyną była otyłość (kody ICD10-E.65-E.68) oraz danych z badań/analiz dotyczących otyłości wśród osób powyżej 18 roku życia i ich wykorzystania;
- Dyrektora Centrum e-Zdrowia dotyczące zadań związanych z wypełnianiem, kontrolą, analizą oraz udostępnieniem danych zawartych w sprawozdaniach statystycznych MZ-11;
- pięciu Wojewodów, z województw, w których prowadzono kontrole w jednostkach organizacyjnych służby zdrowia świadczących usługi w zakresie POZ, dotyczące zadań związanych z wypełnianiem, kontrolą, analizą oraz udostępnieniem danych zawartych w sprawozdaniach statystycznych MZ-11.

Udział innych organów kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

W kontroli nie uczestniczyły inne organy kontroli.

Kontrola P/23/080 – Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych, podjęta została z własnej inicjatywy NIK.

Wyniki kontroli przedstawiono w 21 wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do wszystkich skontrolowanych podmiotów. W 19 wystąpieniach sformułowano łącznie 42 wnioski pokontrolne. Z informacji nadesłanych do NIK o sposobie wykorzystania wniosków pokontrolnych, według stanu na dzień 23 listopada 2023 r. wynika, że zrealizowano 28 wniosków, osiem było w trakcie realizacji, zaś sześć nie zostało jeszcze zrealizowanych.

Minister Zdrowia złożył osiem zastrzeżeń. Kolegium NIK uwzględniło cztery doprecyzowując opisany w wystąpieniu stan faktyczny, zaś cztery oddaliło.

Kontrolę przeprowadziły Delegatury NIK w: Rzeszowie (koordynator kontroli), Lublinie, Łodzi, Szczecinie i Warszawie.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Ministerstwo Zdrowia	Adam Niedzielski ⁷⁷
2.		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku	Marian Furmanek
3.		Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 2 w Rzeszowie	Aleksander Panek
4.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach	Tomasz Baran ⁷⁸
5.		Zakład Opieki Zdrowotnej R-36 sp. z o.o. w Lubaczowie	Andrzej Saj
6.	Delegatura NIK w Lublinie	Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie	Lech Panasiuk
7.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie	Mariusz Furlepa
8.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach	Dariusz Kamiński
9.		Centrum Medyczne Internus sp. z o.o. w Puławach	Jolanta Flasińska i Barbara

⁷⁷ W okresie objętym kontrolą Ministrem Zdrowia był także Łukasz Szumowski – od 9 stycznia 2018 r. do 26 sierpnia 2020 r.

⁷⁸ W okresie objętym kontrolą dyrektorem ZOZ w Ropczycach był także Adam Pachlita – od 6 listopada 2019 r. do 25 stycznia 2022 r.

			Zarychta - członkowie Zarządu
10.	Delegatura NIK w Łodzi	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi	Monika Domarecka ⁷⁹
11.		Centrum Medyczne Górna w Łodzi	Żaneta Iwańczyk
12.		Miejskie Centrum Medyczne „Bałuty” w Łodzi	Marcin Sałagacki ⁸⁰
13.		Centrum Medyczne OLMED sp. z o.o. w Łodzi	Andrzej Lisiński
14.	Delegatura NIK w Szczecinie	Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	Andrzej Kondaszewski
15.		Przychodnia Medycyny Rodzinnej sp. z o.o. w Szczecinie	Małgorzata Kowalczyk- -Kram
16.		Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy – Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie	Małgorzata Sysło- -Przedpełska
17.		NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej W. Fabian s.j. w Szczecinie	Wiesława Fabian
18.	Delegatura NIK w Warszawie	Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska CePeLek SPZOZ w Warszawie	Władysław Wójcik ⁸¹
19.		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Żoliborz w Warszawie	Małgorzata Zaława- -Dąbrowska
20.		Biovena sp. z o.o. w Milanówku	Grzegorz Maciej Kozłowski
21.		Centrum Medyczne Puławska sp. z o.o. w Piasecznie	Edward Walicki

⁷⁹ W okresie objętym kontrolą funkcję dyrektora pełniła także Anna Murlewska.

⁸⁰ W okresie objętym kontrolą dyrektorem Miejskiego Centrum Medycznego „Bałuty” w Łodzi był także Maciej Adamiec – od 1 grudnia 2015 r. do 31 grudnia 2021 r.

⁸¹ W okresie objętym kontrolą dyrektorem Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej CePeLek SPZOZ w Warszawie był także Włodzimierz Kuźma – od 11 marca 2005 r. do 23 lutego 2020 r.

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Ministerstwo Zdrowia	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podejmowanie działań mających na celu profilaktykę i zapobieganie występowaniu nadwagi i otyłości, w tym w ramach NPZ 2016–2020 i 2021–2025. 2. Uruchomienie programu kompleksowej opieki medycznej dla pacjentów chorych na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (KOS-BAR) oraz programu Profilaktyka 40 PLUS, obejmującego profilaktyczną diagnostyką świadczeniobiorców od 40. roku życia. 3. Umieszczenie w koszyku świadczeń gwarantowanych opieki koordynowanej, zapewniającej konsultacje: lekarza specjalisty, dietetyczne oraz porady edukacyjne w ramach POZ. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niezapewnienie przez Ministra rzetelnego źródła informacji o skali otyłości wśród osób dorosłych – dane ze sprawozdań MZ-11 były niepełne, nierzetelne i niezgodne ze stanem faktycznym. 2. Brak bieżącej wiedzy w zakresie zasobów sprzętowych oraz brak analiz zapotrzebowania na lekarzy w podziale na rodzaje wykonywanych świadczeń. 3. Brak skutecznych działań na celu zapewnienia rzeczywistego dostępu do świadczeń gwarantowanych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości, a także chorób będących powikłaniami lub towarzyszącymi otyłości. 4. Brak skutecznych działań na celu wprowadzenia do koszyka świadczeń gwarantowanych świadczenia opieki zdrowotnej w postaci powszechnie dostępnej porady dietetycznej świadczonej w ramach AOS.
2.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizacja AOS zabezpieczała podejmowanie działań mających na celu prawidłowe diagnozowanie i skuteczne leczenie otyłości dorosłych. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Udzielanie niektórych świadczeń zdrowotnych w ramach AOS niezgodnie z harmonogramem określonym w umowie z NFZ. 2. Nieprzekazywanie przez lekarzy AOS informacji dla lekarza POZ w formie pisemnej.
3.	Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 2 w Rzeszowie	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizacja, kwalifikacje lekarzy i wyposażenie gabinetów lekarskich stwarzały podstawę do odpowiedniego udzielania świadczeń w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości dorosłych. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wniosek o zmianę danych w KRS w celu wykreślenia ze struktury organizacyjnej zlikwidowanego punktu lekarskiego złożony z 8-miesięcznym opóźnieniem. 2. Nierzetelne dane w sprawozdaniu MZ-11 odnośnie liczby pacjentów objętych opieką czynną w zakresie otyłości. 3. Nieprzeprowadzanie obowiązkowych pomiarów wzrostu i masy ciała pacjentów.
4.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizacja, kwalifikacje lekarzy i wyposażenie gabinetów lekarskich stwarzały podstawę do odpowiedniego udzielania świadczeń w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości dorosłych. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brak w dokumentacji medycznej zapisów dotyczących pomiarów wzrostu, masy ciała i BMI. 2. Brak regularnego monitorowania masy i BMI pacjentów.

5.	Zakład Opieki Zdrowotnej R-36 sp. z o.o. w Lubaczowie	W formie opisowej	1. Organizacja, kwalifikacje lekarzy i wyposażenie gabinetów lekarskich stwarzały podstawę do odpowiedniego udzielania świadczeń w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości dorosłych.	1. Nieprzekazywanie do NFZ informacji w zakresie masy ciała i wzrostu świadczeniobiorców. 2. Sporadyczne przeprowadzanie pomiarów masy ciała i wzrostu leczonych pacjentów.
6.	Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie	Pozytywna	1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczały udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych. 2. Podejmowanie skutecznych działań mających na celu zdiagnozowanie i leczenie otyłości oraz powikłań z niej wynikających.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.
7.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie	W formie opisowej	1. Organizacja POZ zabezpieczała udzielanie świadczeń w zakresie leczenia otyłości osób dorosłych.	1. Niewykonywanie pomiarów wzrostu i masy ciała oraz brak obliczania BMI u ponad 90 % pacjentów objętych próbą. 2. Nierzetelnie sprawozdania statystyczne MZ-11 za rok 2020 i 2022 w zakresie liczby osób dorosłych chorych na otyłość.
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach	W formie opisowej	1. Rozwiązania organizacyjne zapewniały prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.	1. Nierzetelne prowadzenie miesięcznej dokumentacji dotyczącej planowania i rozliczania czasu pracy lekarzy w Miejskim Ośrodku Zdrowia w Bełżycach. 2. Niewykonywanie pomiarów masy ciała i wzrostu oraz brak obliczania BMI pacjentów objętych próbą. 3. Dokumentacja medyczna prowadzona częściowo w formie elektronicznej i papierowej wbrew obowiązującym przepisom. 4. Brak w dokumentacji medycznej zapisów dotyczących badań podmiotowych i przedmiotowych oraz danych dotyczących wzrostu, masy ciała i BMI.
9.	Centrum Medyczne Internus w Puławach	W formie opisowej	1. Rozwiązania organizacyjne zapewniały prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.	1. Dane w sprawozdaniach MZ-11 w zakresie liczby osób chorych na otyłość różniły się od danych raportowanych do NFZ w zakresie liczby udzielonych świadczeń. 2. Niedokonywanie przynajmniej raz w roku obowiązkowych pomiarów masy ciała i wzrostu pacjenta.
10.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi	Pozytywna	1. Rozwiązania organizacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, zabezpieczały podejmowanie działań mających na celu prawidłowe diagnozowanie i skuteczne leczenie otyłości u osób dorosłych.	1. Brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia przekazania lekarzom kierującym pacjenta do leczenia specjalistycznego, pisemnej informacji o wdrożonym leczeniu.

11.	Centrum Medyczne „Górna” w Łodzi	W formie opisowej	1. Rozwiązania organizacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, zabezpieczyły podejmowanie działań mających na celu prawidłowe diagnozowanie i skuteczne leczenie otyłości u osób dorosłych.	1. Nieprzekazywanie do NFZ informacji w zakresie masy ciała i wzrostu świadczeniobiorców. 2. Nieskuteczny nadzór nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych i dokumentacją medyczną. 3. Niedokonywanie przynajmniej raz w roku obowiązkowych pomiarów masy ciała i wzrostu pacjenta. 4. Brak diagnozy otyłości i brak działań celem jej leczenia u części pacjentów pomimo, iż BMI wskazywało na otyłość. 5. Dokumentacja medyczna niektórych otyłych pacjentów nie zawierała informacji o obciążeniach dziedzicznych i pobycie w szpitalu. 6. Nierzetelne działania związane z leczeniem otyłości niektórych pacjentów.
12.	Miejskie Centrum Medyczne „Bałuty” w Łodzi	W formie opisowej	1. Rozwiązania organizacyjne zabezpieczyły udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.	1. Niezgodność zapisów regulaminu organizacyjnego w zakresie maksymalnej liczby pacjentów przypadających na jeden etat lekarski z treścią zarządzenia Prezesa NFZ. 2. Nierzetelne sprawozdania statystyczne MZ-11 w zakresie liczby otyłych pacjentów. 3. Brak odpowiedniego sprzętu umożliwiającego rzetelne diagnozowanie i leczenie otyłości. 4. Niedokonywanie przynajmniej raz w roku obowiązkowych pomiarów masy ciała, BMI i wzrostu pacjenta. 5. Nieprzekazywanie do NFZ informacji w zakresie masy ciała i wzrostu świadczeniobiorców.
13.	Centrum Medyczne OLMED sp. z o.o. w Łodzi	W formie opisowej	1. Rozwiązania organizacyjne stwarzały podstawę do prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych.	1. Nierzetelne sprawozdania statystyczne MZ-11 w zakresie liczby zadeklarowanych pacjentów. 2. Niedokonywanie przynajmniej raz w roku obowiązkowych pomiarów masy ciała, BMI i wzrostu części pacjentów.
14.	Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	W formie opisowej	1. Rozwiązania organizacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, zabezpieczyły podejmowanie działań mających na celu prawidłowe diagnozowanie i skuteczne leczenie otyłości u osób dorosłych.	1. Niezgodna z przepisami treść regulaminu organizacyjnego w zakresie zadań poradni specjalistycznych oraz niezaktualizowanie regulaminu odnośnie zmian miejsca udzielania świadczeń AOS w zakresie diabetologii. 2. Udzielanie świadczeń w poradni diabetologicznej niezgodnie z warunkami obsady kadrowej określonymi w umowach z NFZ. 3. Brak potwierdzenia obowiązku przekazywania lekarzowi kierującemu na leczenie specjalistyczne informacji o wdrożonym leczeniu przez lekarzy AOS.

15.	Przychodnia Medycyny Rodzinnej sp. z o.o. w Szczecinie	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczyły udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. 2. Dysponowanie sprzętem umożliwiającym diagnozowanie i monitorowanie choroby otyłościowej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nieprzekazywanie do NFZ informacji w zakresie masy ciała i wzrostu świadczeniobiorców. 2. Brak monitorowania stanu zdrowia niektórych pacjentów z chorobą otyłościową poprzez dokonywanie przynajmniej raz w roku obowiązkowych pomiarów masy ciała i wzrostu. 3. Nierozpoznanie otyłości, pomimo wyników pomiaru masy ciała, wzrostu i BMI wskazujących na otyłość u niektórych pacjentów.
16.	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczyły udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. 2. Dysponowanie sprzętem umożliwiającym diagnozowanie i monitorowanie choroby otyłościowej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nieprzekazywanie do NFZ informacji w zakresie masy ciała i wzrostu świadczeniobiorców. 2. Nierzetelne sprawozdania statystyczne MZ-11 w zakresie liczby otyłych pacjentów. 3. Brak monitorowania stanu zdrowia niektórych pacjentów z chorobą otyłościową poprzez dokonywanie przynajmniej raz w roku obowiązkowych pomiarów masy ciała i wzrostu.
17.	NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej W. Fabian s.j. w Szczecinie	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwiązania organizacyjne i kadrowe pozwalały na zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. 2. Dysponowanie sprzętem umożliwiającym diagnozowanie i monitorowanie choroby otyłościowej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nieprzekazywanie do NFZ informacji w zakresie masy ciała i wzrostu świadczeniobiorców. 2. Niedokonywanie przynajmniej raz w roku obowiązkowych pomiarów masy ciała, BMI i wzrostu części pacjentów.
18.	Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska CePeLek SPZOZ w Warszawie	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczyły udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnozowania i leczenia otyłości. 2. Wdrożenie systemu zarządzania jakością ISO 9001:2015-10 w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń. 	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.
18.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Żoliborz w Warszawie	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwiązania organizacyjne oraz wdrożone standardy postępowania i systemy zapewnienia jakości umożliwiały sprawowanie właściwego nadzoru nad realizacją zadań w zakresie profilaktyki, diagnozy i leczenia otyłości u osób dorosłych. 2. Realizacja własnych programów oraz udział w przedsięwzięciach obejmujących profilaktykę i edukację osób dorosłych w zakresie otyłości i cukrzycy, dofinansowywanych przez samorząd. 	1. Nierzetelne dane sprawozdawcze przekazywane do NFZ w zakresie masy ciała i wzrostu niektórych pacjentów.

20.	Biovena sp. z o.o. w Milanówku	W formie opisowej	1. Prawidłowa realizacja zadań w zakresie diagnozowania i leczenia otyłości osób dorosłych oraz zabezpieczenie warunków lokalowych, sprzętu i aparatury umożliwiającej realizację świadczeń.	1. Nieprzekazywanie do NFZ informacji w zakresie masy ciała i wzrostu niektórych świadczeniobiorców. 2. Niedokonywanie przynajmniej raz w roku obowiązkowych pomiarów masy ciała, BMI i wzrostu części pacjentów.
21.	Centrum Medyczne Puławska sp. z o.o. w Piasecznie	W formie opisowej	1. Rozwiązania organizacyjne i kadrowe zabezpieczyły udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.	1. Nieprzekazywanie do NFZ informacji w zakresie masy ciała i wzrostu niektórych świadczeniobiorców. 2. Niedokonywanie przynajmniej raz w roku obowiązkowych pomiarów masy ciała, BMI i wzrostu części pacjentów. 3. Nierealizowanie obowiązku sporządzania i przekazywania sprawozdań MZ-11 za lata 2020–2021.

*) pozytywna/negatywna/w formie opisowej

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Zdrowie publiczne

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym*⁸² określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego (art. 1 ust. 1). Do zadań z zakresu zdrowia publicznego, o których mowa w art. 2 tej ustawy należą m.in.:

- monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- promocja zdrowia;
- profilaktyka chorób;
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- działania w obszarze aktywności fizycznej.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 i 3 zadania wynikające z ustawy koordynuje Minister Zdrowia, który może powoływać zespoły robocze składające się z osób posiadających wiedzę i doświadczenie związane z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy Minister Zdrowia koordynuje zadania określone w ustawie poprzez :

- przygotowanie NPZ;
- monitorowanie realizacji zadań;
- zapewnienie spójności zadań realizowanych przez organy i zespoły robocze;
- sygnalizowanie właściwym organom i zespołom roboczym potrzeby podjęcia określonych działań z zakresu zdrowia publicznego;
- gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechniania czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą;
- analizowanie informacji o podjętych lub zrealizowanych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego;
- sporządzanie informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w danym roku, wraz z ich ewaluacją.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy Minister Zdrowia współdziała z organami władzy publicznej, jednostkami podległymi lub nadzorowanymi, w tym m.in. z: NFZ; Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny; Głównym Inspektorem Sanitarnym.

Według art. 9 ust. 1 ustawy *o zdrowiu publicznym* NPZ jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2, w tym organizacji pozarządowych i podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. *o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*⁸³.

⁸² Dz. U. z 2022 r. poz. 1608, ze zm.

⁸³ Dz. U. z 2023 r. poz. 571.

Zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy *o zdrowiu publicznym* Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, NPZ obejmujący:

- 1) cel strategiczny NPZ ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu,
- 2) cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia,
- 3) zadania służące realizacji celów operacyjnych,
- 4) podmioty odpowiedzialne za realizację zadań,
- 5) realizatorów zadań,
- 6) tryb i wysokość finansowania zadań,
- 7) wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ

– mając na uwadze stan zdrowia społeczeństwa, skalę występowania czynników ryzyka zdrowotnego i czynników o działaniu ochronnym dla zdrowia oraz efektywność i skuteczność zadań podejmowanych na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia.

NPZ sporządza się na okres nie krótszy niż 5 lat (art. 9 ust. 3 ww. ustawy).

Finansowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego

W myśl art. 13 ustawy *o zdrowiu publicznym* zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym ze środków państwowych funduszy celowych;
- 2) realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego:
 - a) innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej, w tym ze środków państwowych funduszy celowych,
 - b) agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym NFZ;
- 3) jednostek samorządu terytorialnego.

Powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta (art. 14 ust. 1 ustawy *o zdrowiu publicznym*).

Zgodnie z art. 18 ustawy *o zdrowiu publicznym* nie mniej niż 10 % środków przeznaczonych na realizację zadań NPZ przeznaczają się na zadania z zakresu:

- 1) monitorowania i oceny stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa;
- 2) identyfikacji i analizy rozpowszechnienia czynników stanowiących zagrożenie stanu zdrowia społeczeństwa;
- 3) identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- 4) inicjowania i prowadzenia badań naukowych:
 - a) zmierzających do oceny związku między potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności,
 - b) dotyczących oceny skuteczności i efektywności działań z zakresu zdrowia publicznego, obejmujących testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na promocji zdrowia lub profilaktyce chorób innych niż określone w NPZ.

Narodowy Program Zdrowia 2016–2020 i 2021–2025

W okresie objętym kontrolą obowiązywały dwa NPZ – do końca 2020 r. obowiązywał NPZ określony przez rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. *w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020*⁸⁴, a następnie NPZ określony przez rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. *w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025*⁸⁵.

Celem strategicznym NPZ 2016–2020 było wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, zaś w przypadku NPZ 2021–2025 – zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych

⁸⁴ Dz. U. poz. 1492.

⁸⁵ Dz. U. poz. 642.

nierówności w zdrowiu. W NPZ 2016–2020 zostało zdefiniowanych sześć celów operacyjnych, przy czym ze względu na przedmiot kontroli, najistotniejszy był Cel operacyjny nr 1 *Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa*. Podmiotem odpowiedzialnym za realizację tego celu był minister właściwy ds. zdrowia we współpracy z ministrem właściwym ds.: kultury fizycznej, pracy, rodziny, turystyki, finansów publicznych, rolnictwa, obrony narodowej oraz oświaty i wychowania.

Jednym z zadań służących realizacji Celu operacyjnego nr 1 było prowadzenie działań na rzecz zachowania właściwej masy ciała, w tym:

- zapewnianie od 2017 r. dostępności do porad żywieniowo-dietetycznych dla kobiet w ciąży i rodziców dzieci w wieku 0–5 lat finansowanych ze środków publicznych oraz wzmocnienie roli położnych, pielęgniarek i higienistek szkolnych w działaniach profilaktycznych (Cel 1, Zadanie 2, pkt 1);
- zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych wynikających z nieprawidłowego sposobu odżywiania oraz na zapobieganie powikłaniom zdrowotnym związanym z otyłością dzieci i młodzieży (Cel 1, Zadanie 2, pkt 2);
- wsparcie rodzin z problemem otyłości: tworzenie zespołów terapeutycznych dla rodzin z dwiema lub więcej osobami z otyłością, zapewniających profesjonalną pomoc dietetyczną, psychologiczną i medyczną (Cel 1, Zadanie 2, pkt 3);
- tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością (Cel 1, Zadanie 2, pkt 6);
- upowszechnianie wytycznych leczenia osób z otyłością (Cel 1, Zad. 2, pkt 7).

W NPZ 2021–2025 ujęto pięć celów operacyjnych, w tym Cel operacyjny 1 *Profilaktyka nadwagi i otyłości*. Podmiotem odpowiedzialnym za jego realizację był minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z ministrem właściwym ds.: oświaty i wychowania, kultury fizycznej, wewnętrznych, finansów publicznych, obrony narodowej oraz sprawiedliwości.

Osiągnięciu Celu operacyjnego 1 *Profilaktyka nadwagi i otyłości* służyć miała realizacja 15 zadań, w tym m.in. zadanie:

- 4 *Działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych;*
- 8 *Szkolenia w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla grup zawodowych zaangażowanych w działania na rzecz walki z nadwagą i otyłością (pracodawcy, przemysł spożywczy, menedżerowie zdrowia, zawody medyczne, nauczyciele, pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy PIS);*
- 10 *Realizacja prozdrowotnej polityki fiskalnej sprzyjającej walce z nadwagą i otyłością;*
- 12 *Aktualizacja norm żywienia populacji;*
- 14 *Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi w populacji dzieci;*
- 15 *Badanie sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiego społeczeństwa.*

Zgodnie z art. 5 ustawy o zdrowiu publicznym minister właściwy ds. zdrowia lub pełnomocnik rządu ds. zdrowia publicznego, w przypadku jego powołania, współdziała z organami administracji rządowej, samorządowej, instytucjami badawczymi, inspekcjami i organizacjami pozarządowymi. Do zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych, określonych w NPZ 2016–2020, należały m.in.:

- koordynacja przygotowywania i aktualizacji rocznych harmonogramów pracy, określających szczegółowe terminy ogłaszania konkursów, zawierania umów w trybie wnioskowym, wysokość alokacji środków na poszczególne zadania zlecane w trybie konkursowym lub na wniosek oraz grona podmiotów, spośród których wyłaniani będą realizatorzy zadań, jeżeli nie zostali wskazani w NPZ – realizator: Minister Zdrowia (MZ);

- prowadzenie monitorowania i ewaluacji NPZ (we współpracy z Radą do spraw Zdrowia Publicznego oraz Komitetem Sterującym NPZ), a w przypadku uzyskiwania niezadowolających wyników funkcjonowania proponowanych rozwiązań, otrzymania danych wskazujących na nieskuteczność działań w trakcie realizacji zadania lub stwierdzenia braku komplementarności z innymi zadaniami realizowanymi przez podmioty uczestniczące w ochronie zdrowia publicznego, opracowywanie propozycji zmian NPZ lub ustawy *o zdrowiu publicznym* – realizator: MZ oraz podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ;
- zarządzanie NPZ – zapewnienie obsługi merytorycznej i technicznej, zatrudnienie i poprawa kompetencji kadr, zlecenie ekspertyz oraz organizacja konferencji – realizator: MZ;
- przygotowanie w 2016 r., 2018 r. i 2020 r. kompleksowej publikacji opisującej sytuację zdrowotną ludności Polski i jej uwarunkowania, z uwzględnieniem społecznych nierówności w zdrowiu – realizator: NIZP-PZH w ramach umowy z MZ;
- prowadzenie badań zmierzających do oceny związku pomiędzy potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności – realizator: podmioty wybrane w drodze konkursów ogłaszanych przez MZ;
- upowszechnianie koncepcji Szkół Promujących Zdrowie – realizator: Minister Edukacji Narodowej, Ośrodek Rozwoju Edukacji;
- przygotowanie do profesjonalizacji zawodu specjalisty edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia – realizator: MZ we współpracy z Komitetem Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk;
- prowadzenie badań w obszarach celów operacyjnych 1–6, ukierunkowanych na wspólną analizę czynników ryzyka i czynników wspierających prawidłowy rozwój, w szczególności dzieci i młodzieży – realizator: podmioty wybrane w drodze konkursów ogłaszanych przez MZ.

Podmiotem odpowiedzialnym za monitorowanie i ewaluację NPZ 2021–2025 jest minister właściwy ds. zdrowia. Ewaluacja jest prowadzona w trakcie całego czasu realizacji NPZ. Wartości wskaźników monitorowania będą publikowane na stronie urzędu obsługującego ministra właściwego ds. zdrowia. Monitorowanie zadań i ich efektów NPZ 2021–2025 będzie prowadzone w oparciu o wskaźniki gromadzone w ramach systemu statystyki publicznej, systemu monitorowania rozwoju, dane dotyczące chorobowości szpitalnej, dane dotyczące przyczyn zgonu, a także informacje gromadzone przez realizatorów poszczególnych zadań przewidzianych w NPZ. Zaproponowane wskaźniki powinny być gromadzone i prezentowane w rozbiciu na wiek i płeć, w przypadku dostępności danych.

W przypadku Celu operacyjnego 1 przyjęto dwa wskaźniki monitorowania:
 1. *Liczba uczestników zadań realizowanych w ramach programu sportu dla wszystkich* – źródłem danych ma być minister właściwy ds. kultury fizycznej,
 2. *Spożycie warzyw* – źródłem danych ma być Główny Urząd Statystyczny.

Opłata od środków spożywczych

Z dniem 1 stycznia 2021 r. weszła w życie opłata od środków spożywczych (potocznie nazywana „podatkiem cukrowym”) obejmująca wprowadzane na rynek krajowy napoje z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących oraz kofeiny lub tauryny. Obowiązek jej pobierania wprowadziły przepisy ustawy z dnia 14 lutego 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów*⁸⁶, która wniosła zmiany m.in. do treści ustawy z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 oraz z 2020 r. poz. 322). Szczegółowe regulacje dotyczące tej opłaty, tj. m.in., jej wysokości i przeznaczenia, podmiotów zobowiązanych do zapłaty opłaty, powstania obowiązku zapłaty opłaty, organu właściwego w sprawach opłaty, obowiązków informacyjnych podmiotów zobowiązanych do zapłaty

⁸⁶ Dz. U. poz. 1492, ze zm.

**Świadczenia opieki
zdrowotnej
finansowane ze
środków publicznych**

opłaty, opłaty dodatkowej oraz rocznych informacji NFZ o sposobie wykorzystania środków z opłat zawarto w rozdziale 3a ustawy *o zdrowiu publicznym*. Z przepisów tego rozdziału wynika m.in., że organem właściwym do pobierania opłaty jest naczelnik urzędu skarbowego właściwy ze względu na miejsce zamieszkania albo siedzibę podmiotu obowiązującego do zapłaty opłaty. Podział i przeznaczenie środków z tej opłaty reguluje art. 12c ustawy *o zdrowiu publicznym*, zgodnie z którym środki w wysokości 96,5 % pozostają w dyspozycji NFZ, a pozostała część, tj. 3,5 % środków stanowi dochód budżetu państwa i jest w dyspozycji Ministra Finansów. Zgodnie z art. 12k ww. ustawy Prezes NFZ przedstawia Ministrowi w terminie do dnia 15 kwietnia informację o sposobie wykorzystania tych środków w poprzednim roku budżetowym.

Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁸⁷ do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo osoby wymienione, w tym osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni) i inne wyszczególnione – określane zbiorczo jako świadczeniobiorcy.

Jak stanowi art. 15 ust. 1 ustawy świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcy przysługują – zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy – świadczenia gwarantowane z zakresu m.in.:

- podstawowej opieki zdrowotnej;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Zgodnie z art. 19a. ust. 1 ustawy *o świadczeniach zdrowotnych* świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób – według art. 27 ust. 1 ustawy *o świadczeniach zdrowotnych* – obejmują m.in.:

- propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia;
- profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

Art. 29 ustawy *o świadczeniach zdrowotnych* stanowi, że świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zaś art. 30 ustawy określa, że świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁸⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

Działalność lecznicza

Według art. 3 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*⁸⁸ działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Podmiotami leczniczymi są według art. 4 ust. 1 ww. ustawy m.in.:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - *Prawo przedsiębiorców*⁸⁹ we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
- posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Rodzajami działalności leczniczej są - zgodnie z art. 8 ustawy:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - a) szpitalne,
 - b) inne niż szpitalne;
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują (art. 10 ustawy) świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Ich udzielanie może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta.

W art. 17 ustawy *o działalności leczniczej* określono m.in., że:

- ust. 1 - podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22;
- 2) używać i utrzymywać wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki *in vitro*, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, aktywne wyroby medyczne do implantacji oraz systemy lub zestawy zabiegowe złożone z wyrobów medycznych zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. *o wyrobach medycznych*⁹⁰;
- 3) zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.

W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności, m.in. (art. 24 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*):

- firmę albo nazwę podmiotu;
- cele i zadania podmiotu;
- strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych - w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń;
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;

Regulaminy organizacyjne podmiotów wykonujących działalność leczniczą

⁸⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

⁸⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 162, ze zm.

⁹⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 221, ze zm.

- organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

W przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą jego ustrój, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut (art. 42 ust. 1), w którym (ust. 2) określa się:

- 1) nazwę podmiotu, o którym mowa w ust. 1, odpowiadającą rodzajowi i zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 2) siedzibę podmiotu, o którym mowa w ust. 1;
- 3) cele i zadania podmiotu, o którym mowa w ust. 1;
- 4) organy i strukturę organizacyjną podmiotu, o którym mowa w ust. 1, w tym zadania, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej, o której mowa w art. 48, przed upływem kadencji;
- 5) formę gospodarki finansowej.
- 6) Statut nadaje podmiot tworzący (art. 42 ust. 4).

Według art. 50a ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej* utworzenie SPZOZ następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tworząc SPZOZ, uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej. Z chwilą obowiązkowego wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego SPZOZ uzyskuje osobowość prawną (art. 50a ust. 2). Zgodnie z art. 50a ust. 3 ustawy rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała, na podstawie których utworzony zostaje SPZOZ, zawierają:

- 1) nazwę i siedzibę SPZOZ;
- 2) określenie rodzaju działalności leczniczej;
- 3) określenie mienia, w które wyposaża się SPZOZ.

Zgodnie z art. 51, 52 i 53 ustawy, SPZOZ prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie i pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania, a podstawą jego gospodarki jest plan finansowy ustalany przez kierownika.

Zadania lekarza i lekarza dentystry

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*⁹¹, wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Art. 4 ustawy *o zawodach lekarza i dentystry* stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Świadczenia z zakresu POZ

Ustawa z dnia 27 października 2017 r. *o podstawowej opiece zdrowotnej*⁹² w art. 1 określa cele i organizację POZ oraz zasady zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu POZ.

Zgodnie z treścią art. 3 ustawy POZ ma na celu:

- 1) zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- 2) koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia;
- 3) ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;

⁹¹ Dz. U z 2022 r. poz. 1731, ze zm.

⁹² Dz. U. z 2022 r. poz. 2527.

- 4) rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- 5) zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- 6) zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Lekarz POZ we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ zapewnia koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia polegającą na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń (art. 5 ust 1 w związku z art. 4 ustawy).

Lekarz POZ w ramach koordynacji opieki zdrowotnej inicjuje lub kontynuuje postępowanie diagnostyczno-lecznicze podejmowane w odniesieniu do świadczeniobiorcy przez innego świadczeniodawcę, w rozumieniu ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zwanego dalej „świadczeniodawcą”, w ramach swoich kompetencji zawodowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (art. 5 ust. 2).

Art. 11 ww. ustawy stanowi, że zadania z zakresu POZ realizuje zespół POZ (ust. 1), w którego skład wchodzi: lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ (ust. 2), zaś pracę zespołu POZ koordynuje lekarz POZ, który rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad świadczeniobiorcą (ust. 3).

Zgodnie z art. 12 ustawy zadania członków zespołu POZ obejmują:

- ust. 1 – lekarz POZ planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą, w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę chorób, rozpoznawanie i leczenie chorób oraz rehabilitację świadczeniobiorcy;
- ust. 2 – pielęgniarka POZ planuje i realizuje opiekę pielęgniarską nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
- ust. 3 – położna POZ planuje i realizuje pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
- ust. 4 – lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ, wybrani przez świadczeniobiorcę, wydają skierowania na realizację zabiegów i procedur medycznych, w zakresie posiadanych kompetencji.

Zadania lekarza POZ i pielęgniarki POZ

Szczegółowe zadania lekarza POZ zostały określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej⁹³. Zgodnie z treścią tego załącznika lekarz POZ w zakresie działań mających na celu:

– zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy m.in.:

- 1) prowadzi edukację zdrowotną;
- 2) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych;
- 3) uczestniczy w realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, działając na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej;
- 4) rozpoznaje środowisko świadczeniobiorcy.

⁹³ Dz. U. z 2019 r. poz. 2335.

- profilaktykę chorób m.in.:
 - 1) identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne świadczeniobiorcy, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie;
 - 2) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych.
- rozpoznawanie chorób m.in.:
 - 1) przeprowadza badanie podmiotowe świadczeniobiorcy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
 - 2) przeprowadza badanie przedmiotowe z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach POZ;
 - 3) wykonuje testy lub zleca wykonanie badań dodatkowych, w szczególności laboratoryjnych lub obrazowych.
- leczenie chorób m. in.:
 - 1) planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
 - 2) planuje i uzgadnia ze świadczeniobiorcą działania edukacyjne mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie stanu będącego przyczyną choroby świadczeniobiorcy;
 - 3) zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne;
 - 4) kieruje świadczeniobiorcą do innych świadczeniodawców, w tym udzielających ambulatoryjnych lub stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w celu dalszego leczenia;
 - 5) kieruje do leczenia uzdrowiskowego.

Dokumentacja medyczna

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹⁴. Zgodnie z § 1 rozporządzenia dokumentacja medyczna jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w postaci elektronicznej, przy czym może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Dokument prowadzony w jednej z ww. postaci nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Według § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia dokumentację stanowi m.in. dokumentacja indywidualna – dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, która zgodnie z § 2 ust. 2 obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby podmiotu;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta.

Zgodnie z § 2 ust. 3 dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią m.in.: historia zdrowia i choroby; historia choroby; karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego; wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem;

§ 4 rozporządzenia stanowi m.in., że:

- ust. 1 – wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym;
- ust. 2 – wpisy i zmiany wpisów opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej;
- ust. 5 – dokumentację papierową opatruje się własnoręcznym podpisem;
- ust. 6 – wpis w dokumentacji papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Według § 6 ust. 1 rozporządzenia – strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. Zgodnie z § 7 ust. 1 – w dokumentacji wpisuje się nazwę

⁹⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.

i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

Z treści § 36, § 37 i § 38 rozporządzenia wynika m.in., że:

- podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby, zakładaną przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi;
- historia zdrowia i choroby zawiera także informacje dotyczące: ogólnego stanu zdrowia, chorób, w tym chorób przewlekłych, problemów zdrowotnych lub urazów, porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, świadczeń pielęgniarstwa lub położnej realizowanych w warunkach domowych, w tym wizyt patronażowych, pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej;
- historia zdrowia i choroby zawiera m.in.: datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej, dane z wywiadu i na zwolnieniu lekarskim, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach, wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, wyniki konsultacji, opis innych udzielonych świadczeń zdrowotnych.

6.3. Nadwaga i otyłość wśród Polaków – Analiza Ankiety

Analiza danych z ankiet przeprowadzonych w ramach kontroli nr P/23/080 Profilaktyka i leczenie otyłości u osób dorosłych wraz z komentarzem eksperckim⁹⁵.

1. Cel przeprowadzenia badania:

Głównym celem badania było poznanie opinii lekarzy, dietetyków i pacjentów na temat profilaktyki i leczenia otyłości u osób dorosłych w warunkach codziennej praktyki ambulatoryjnej.

Dodatkowym celem badania jest opracowanie na bazie uzyskanych wyników zaleceń mających na celu poprawę sytuacji chorych na otyłość w polskim systemie opieki zdrowotnej.

2. Materiał i metodyka

Autorskie ankiety zostały skierowane do trzech grup respondentów lekarzy, dietetyków i pacjentów. Prośbę o wypełnienie ankiet skierowano do tych grup respondentów poprzez media społecznościowe, informacje internetowe oraz mailing rozsyłany m.in. do Towarzystw Naukowych.

Ankieta skierowana do lekarzy zawierała następujące pytania: charakterystyka socjo-demograficzna lekarza (miejsce pracy lekarza, specjalizacja, staż pracy, płeć, województwo, miejscowość), codzienna praktyka kliniczna w odniesieniu do chorych na otyłość (wykonywanie pomiarów antropometrycznych [masa ciała, wzrost] na pierwszej wizycie i przynajmniej raz w roku, wpisywanie do dokumentacji medycznej danych samoreportowanych przez pacjenta, wykonywanie pomiaru obwodu talii, wpisywanie do historii choroby rozpoznania otyłości, podejmowanie działań mających na celu zdiagnozowanie przyczyn otyłości, podejmowania z pacjentem rozmowy na temat leczenia otyłości, najczęściej proponowane metody leczenia otyłości, przeprowadzanie z pacjentem rozmowy na temat konsekwencji niepodjęcia leczenia otyłości, proponowania leczenia otyłości na kolejnych wizytach, podejmowanie działań mających na celu zdiagnozowanie powikłań otyłości, współpraca ze specjalistami z innych dziedzin [dietetyk, fizjoterapeuta, psycholog, chirurg bariatry] w leczeniu otyłości), opinia lekarza na temat najczęstszych przyczyn otyłości.

Ankieta skierowana do dietetyków zawierała następujące pytania: charakterystyka socjo-demograficzna dietetyka (miejsce pracy dietetyka, specjalizacja, poziom wykształcenia, staż pracy, płeć, województwo, miejscowość), codzienna praktyka kliniczna w odniesieniu do chorych na otyłość (wykonywanie pomiarów antropometrycznych [masa ciała, wzrost] na pierwszej wizycie, wpisywanie do dokumentacji medycznej danych samoreportowanych przez pacjenta, wykonywanie pomiaru obwodu talii, podejmowanie działań mających na celu zdiagnozowanie przyczyn otyłości, podejmowania z pacjentem rozmowy na temat leczenia dietetycznego otyłości, najczęściej proponowane metody dietetycznego leczenia otyłości, współpraca ze specjalistami z innych dziedzin [lekarz POZ, fizjoterapeuta, psycholog, inna specjalność] w leczeniu otyłości), opinia dietetyka na temat najczęstszych przyczyn otyłości.

Ankieta skierowana do pacjentów zawierała następujące dane: stan odżywienia, płeć, wiek, województwo zamieszkania, miejscowość, opinia na temat własnej masy ciała, ostatni pomiar masy ciała, opinia na temat otyłości jako choroby, wiedza na temat konsekwencji zdrowotnych otyłości, wykonanie pomiarów masy ciała przez lekarza POZ raz w roku, udzielanie przez lekarza POZ porad profilaktycznych na temat diety i aktywności fizycznej, korzystania z porad dietetyka, korzystania z cateringu dietetycznego i czasu jego trwania, stosowania suplementów na odchudzanie, leczenia w poradni specjalistycznej. Dodatkowo wyłącznie do chorych na otyłość były skierowane następujące pytania: czy lekarz poinformował ich, że chorują na otyłość, czy zostało wdrożone leczenie tej choroby, zastosowane metody terapeutyczne, wdrożenia zaleceń lekarza, uzyskane efekty, ocena zadowolenia z zastosowanej metody.

⁹⁵ Opracowanie eksperta zewnętrznego prof. dr. hab. n. med. Magdaleny Olszaneckiej-Glinianowicz, kierownika Katedry Patofizjologii oraz Zakładu Promocji Zdrowia i Leczenia Otyłości, Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Prezesa Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością.

3. Wyniki

3.1. Lekarze

3.1.1. Charakterystyka socjodemograficzna lekarzy uczestniczących w badaniu

W badaniu wzięło udział 97 lekarzy pracujących w warunkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, 60,8 % z nich pracowało w POZ. Największy odsetek respondentów stanowili lekarze rodzinni i interniści (odpowiednio 32,0 % i 22,7 %). Ponad połowę respondentów stanowili lekarze ze stażem pracy powyżej 20 lat. Ponad dwie trzecie respondentów stanowiły kobiety. Największy odsetek respondentów zamieszkiwał odpowiednio województwa podkarpackie (25,8 %), mazowieckie (20,6 %), zachodniopomorskie (17,5 %) i lubelskie (16,5 %). W badaniu nie uczestniczył żaden lekarz z województw: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, lubuskiego i opolskiego. Blisko połowę respondentów stanowili lekarze pracujący w dużych miastach (48,5 %), żaden z respondentów nie pracował na wsi – Tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna lekarzy uczestniczących w badaniu

	N = 97
Rodzaj poradni [N/%]:	
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna AOS	38/39,2
Podstawowa Opieka Zdrowotna POZ	59/60,8
Specjalizacja [N/%]	
pediatra	14/14,4
lekarz rodzinny	31/32,0
internista	22/22,7
diabetolog	9/9,3
endokrynolog	6/6,2
kardiolog	10/10,3
inna	22/22,7
Staż pracy [N/%]	
Do 5 lat	7/7,2
5–10 lat	8/8,2
11–20 lat	22/22,7
21–30 lat	22/22,7
> 30 lat	38/39,2
Płeć [N/%]	
kobieta	66/68,0
mężczyzna	31/32,0
Województwo [N/%]	
dolnośląskie	0/0
kujawsko-pomorskie	0/0
lubelskie	16/16,5
lubuskie	0/0
łódzkie	3/3,1
małopolskie	1/1,0
mazowieckie	20/20,6
opolskie	0/0
podkarpackie	25/25,8
podlaskie	2/2,1
pomorskie	1/1,0
śląskie	6/6,2
świętokrzyskie	1/1,0
warmińsko-mazurskie	4/4,1
wielkopolskie	1/1,0
zachodniopomorskie	17/17,5
Miejscowość, w której pracuje lekarz [N/%]	
poniżej 50 tys. mieszkańców	42/43,3
od 50 tys. do 100 tys.	8/8,2
powyżej 100 tys.	47/48,5

3.1.2. Codzienna praktyka kliniczna respondentów wobec chorych na otyłość

Zaledwie 58,8 % respondentów na pierwszej wizycie pacjenta i przynajmniej raz w roku dokonywało pomiarów masy ciała i wzrostu. 74,2 % respondentów wpisywało do historii choroby masę ciała i wzrost na podstawie wywiadu z pacjentem. Pomiaru obwodu talii dokonywało zaledwie 23,7 % respondentów. Aż 13,4 % lekarzy nie wpisywało do historii choroby rozpoznania otyłość w przypadku występowania nadmiernej masy ciała. 87,6 % respondentów podejmowało działania w celu zdiagnozowania przyczyny otyłości. 94,8 % respondentów po zdiagnozowaniu otyłości podejmowało rozmowę z pacjentem na temat leczenia tej choroby. Najczęściej proponowanymi choremu metodami leczenia były zmiana nawyków żywieniowych (94,6 %) i zwiększenie aktywności fizycznej (85,9 %). Bardzo rzadko proponowano choremu terapię behawioralną (2,2 %) i farmakoterapię (8,7 %). 98,9 % respondentów, jeżeli pacjent nie wyrażał chęci podjęcia leczenia otyłości informowało go o konsekwencjach tej decyzji, ale tylko 89,1 % respondentów, jeżeli chory nie chciał podjąć leczenia otyłości wracało do tego tematu na kolejnych wizytach. Zaledwie 85,6 % respondentów podejmowało działania w celu diagnozowania powikłań otyłości. 77,3 % respondentów w leczeniu otyłości współpracowało ze specjalistami z innych dziedzin. Najczęściej był to dietetyk (93,3 %) a zaledwie 28,0 % współpracowało z psychologiem, znacznie częściej podejmowano współpracę z chirurgiem bariatrą (36,0 %). Jako najważniejszą przyczynę rozwoju otyłości 90,7 % respondentów wskazywało zbyt niską aktywność fizyczną w wyniku zmian środowiskowych, 71,1 % za dużo jedzenia, a zaledwie odpowiednio 12,4 % i 11,3 % wskazało na jedzenie pod wpływem emocji i zaburzenia odżywiania – Tabela 2.

Tabela 2. Codzienna praktyka kliniczna respondentów wobec chorych na otyłość

	N=95
Pomiary masy ciała i wzrostu na pierwszej wizycie i przynajmniej raz w roku [N/%]	
Tak	57/58,8
Nie	40/41,2
Wpisywanie do dokumentacji medycznej masy ciała i wzrostu na podstawie wywiadu z pacjentem [N/%]	
Tak	72/74,2
Nie	25/25,8
Wykonywanie pomiaru obwodu talii [N/%]	
Tak	23/23,7
Nie	74/76,3
Wpisywanie do dokumentacji medycznej rozpoznania otyłość u pacjentów z nadmierną masą ciała [N/%]	
Tak	84/86,6
Nie	13/13,4
Podejmowanie działań w celu zdiagnozowania przyczyn otyłości [N/%]	
Tak	85/87,6
Nie	12/12,4
Podejmowanie rozmowy z pacjentem na temat leczenia otyłości po jej zdiagnozowaniu [N/%]	
Tak	92/94,8
Nie	5/5,2
Najczęściej proponowane choremu metody leczenia otyłości [N/%]	
Zmiana nawyków żywieniowych	87/94,6
Zwiększenie aktywności fizycznej	79/85,9
Terapia behawioralna	2/2,2
Farmakoterapia	8/8,7
Leczenie operacyjne	4/4,3
Informowanie pacjenta o konsekwencjach niepodjęcia leczenia otyłości [N/%]	
Tak	91/98,9
Nie	1/1,1
Powrót do rozmowy o leczeniu otyłości na kolejnych wizytach, jeżeli pacjent nie wyraził chęci podjęcia leczenia [N/%]	
Tak	82/89,1
Nie	10/10,9

Podejmowanie działań w celu zdiagnozowania powikłań otyłości [N/%]	
Tak	83/85,6
Nie	14/14,4
Współpraca ze specjalistami z innych dziedzin w leczeniu otyłości [N/%]	
Tak	75/77,3
Nie	22/22,7
Specjalista, z którym współpracuje lekarz [N/%]	
Dietetyk	70/93,3
Fizjoterapeuta	18/24,0
Psycholog	21/28,0
Chirurg bariatry	27/36,0
Inny specjalista	25/33,3
Opinia respondentów na temat najczęstszych przyczyn otyłości [N/%]	
Za dużo jedzenia	69/71,1
Za mało ruchu w wyniku zmian środowiskowych	88/90,7
Jedzenie pod wpływem emocji	12/12,4
Zaburzenia odżywiania, takie jak zespół kompulsywnego jedzenia, nałogowe jedzenie, zespół nocnego jedzenia	11/11,3
Genetyczne	5/5,2
Hormonalne	5/5,2
Wtórne do stosowania leków	0/0

3.2. Dietetycy

3.2.1. Charakterystyka socjodemograficzna dietetyków uczestniczących w badaniu

W badaniu wzięło udział 150 dietetyków, z których 64,7 % pracuje w gabinetach prywatnych. 89,3 % respondentów stanowiły kobiety. Największy odsetek respondentów stanowili dietetycy kliniczni (79,3 %), 85,0 % respondentów było absolwentami studiów wyższych. 44,0 % respondentów pracowało w zawodzie krócej niż 5 lat. Największy odsetek respondentów zamieszkiwał województwa mazowieckiego (18,7 %). 59,3 % respondentów stanowili dietetycy pracujący w dużych miastach, żaden z respondentów nie pracował na wsi – Tabela 3.

Tabela 3. Charakterystyka socjodemograficzna dietetyków uczestniczących w badaniu

	N = 150
Rodzaj miejsca pracy [N/%]	
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna AOS	5/3,3
Podstawowa Opieka Zdrowotna POZ	12/8,0
Prywatna praktyka	97/64,7
Szpital	36/24,0
Specjalizacja [N/%]	
Dietetyka kliniczna	119/79,3
Technolog żywności	16/10,7
inna	29/19,3
Ukończenie studiów wyższych [n/%]	
Tak	17/85,0
Nie	3/15,0
Staż pracy [N/%]	
Do 5 lat	66/44,0
5–10 lat	59/39,3
11–20 lat	20/13,3
21–30 lat	1/0,7
> 30 lat	4/2,7
Płeć [N/%]	
kobieta	134/89,3
mężczyzna	16/10,7
Województwo [N/%]	
dolnośląskie	7/4,7
kujawsko-pomorskie	4/2,7
lubelskie	10/6,7

lubuskie	2/1,3
łódzkie	14/9,3
małopolskie	12/8,0
mazowieckie	28/18,7
opolskie	4/2,7
podkarpackie	14/9,3
podlaskie	5/3,3
pomorskie	12/8,0
śląskie	11/7,3
świętokrzyskie	2/1,3
warmińsko-mazurskie	3/2,0
wielkopolskie	13/8,7
zachodniopomorskie	9/6,0
Miejscowość, w której pracuje lekarz [N/%]	
poniżej 50 tys. mieszkańców	41/27,3
od 50 tys. do 100 tys.	20/13,3
powyżej 100 tys.	89/59,3

3.2.2. Codzienna praktyka kliniczna respondentów wobec chorych na otyłość

Zaledwie 79,3 % respondentów dokonywało pomiarów masy ciała i wzrostu. 70,7 % respondentów wpisywało do historii choroby masę ciała i wzrost na podstawie wywiadu z pacjentem. Pomiaru obwodu talii dokonywało zaledwie 54,0 % respondentów. 92,7 % respondentów podejmowało działania w celu zdiagnozowania przyczyny otyłości. 96,7 % respondentów po zdiagnozowaniu otyłości podejmowało rozmowę z pacjentem na temat dietetycznego leczenia tej choroby. Najczęściej proponowanymi choremu metodami leczenia były zmiana nawyków żywieniowych (99,3 %) i zwiększenie aktywności fizycznej (87,6 %). Rzadko proponowano chorym terapię behawioralną (43,7 %) i suplementy diety (5,5 %). 70,0 % respondentów w leczeniu otyłości współpracowało ze specjalistami z innych dziedzin. Najczęściej był to psycholog (72,4 %) i lekarz POZ (52,4 %). Jako najważniejszą przyczynę rozwoju otyłości 69,3 % respondentów wskazywało zbyt niską aktywność fizyczną w wyniku zmian środowiskowych, 52,7 % za dużo jedzenia, a odpowiednio 42,7 % i 21,3 % wskazało na jedzenie pod wpływem emocji i zaburzenia odżywiania – Tabela 4.

Tabela 4. Codzienna praktyka kliniczna respondentów wobec chorych na otyłość

	N=150
Pomiary masy ciała i wzrostu na pierwszej wizycie [N/%]	
Tak	119/79,3
Nie	31/20,7
Wpisywanie do dokumentacji medycznej masy ciała i wzrostu na podstawie wywiadu z pacjentem [N/%]	
Tak	106/70,7
Nie	44/29,3
Wykonywanie pomiaru obwodu talii [N/%]	
Tak	81/54,0
Nie	69/46,0
Podejmowanie działań w celu zdiagnozowania przyczyn otyłości [N/%]	
Tak	139/92,7
Nie	11/7,3
Podejmowanie rozmowy z pacjentem na temat leczenia otyłości po jej zdiagnozowaniu [N/%]	
Tak	145/96,7
Nie	5/3,3
Najczęściej proponowane choremu metody leczenia otyłości [N/%]	
Zmiana nawyków żywieniowych	144/99,3
Zwiększenie aktywności fizycznej	127/87,6
Terapia behawioralna	63/43,4
Suplementy diety	8/5,5
Współpraca ze specjalistami z innych dziedzin w leczeniu otyłości [N/%]	
Tak	105/70,0
Nie	45/30,0

Specjalista, z którym współpracuje dietetyk [N/%]	
Lekarz POZ	55/52,4
Fizjoterapeuta	43/41,0
Psycholog	76/72,4
Inny specjalista	54/51,4
Opinia respondentów na temat najczęstszych przyczyn otyłości [N/%]	
Za dużo jedzenia	79/52,7
Za mało ruchu w wyniku zmian środowiskowych	104/69,3
Jedzenie pod wpływem emocji	64/42,7
Zaburzenia odżywiania, takie jak zespół kompulsywnego jedzenia, nałogowe jedzenie, zespół nocnego jedzenia	32/21,3
Genetyczne	1/0,7
Hormonalne	15/10,0
Wtórne do stosowania leków	2/1,3

3.3. Pacjenci

3.3.1. Charakterystyka socjodemograficzna pacjentów uczestniczących w badaniu

W badaniu wzięło udział 1027 osób, z których 29,4 % chorowało na nadwagę, a 42,3 % na otyłość. 63,2 % respondentów stanowiły kobiety. Wśród kobiet na nadwagę chorowało 26,1 %, a na otyłość 40,4 %, a wśród mężczyzn odpowiednio 35,2 % i 45,3 %. 68,5 % respondentów stanowiły osoby w wieku 36–65 lat. Częstość występowania otyłości zwiększała się z wiekiem respondentów, z 18,2 % w grupie poniżej 18 lat do 50,0 % w grupie powyżej 65 lat. Największy odsetek respondentów zamieszkiwał województwa mazowieckie (22,4 %), podkarpackie (13,0 %) i lubelskie (11,6 %). Największy odsetek chorych na otyłość odnotowano wśród respondentów z województw dolnośląskiego i kujawsko-pomorskiego (odpowiednio 62,2 % i 61,3 %). 46,0 % respondentów stanowili mieszkańcy dużych miastach, żaden z respondentów nie mieszkał na wsi. Odsetek chorych na otyłość wśród respondentów był najwyższy w dużych miastach – Tabela 5.

Tabela 5. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów

	Cała grupa badana N=1027	Prawidłowa masa ciała N=291 (28,3 %)	Nadwaga N=302 (29,4 %)	Otyłość N=434 (42,3 %)
Płeć [N/%]				
kobiety	649/63,2	218/33,5	169/26,1	262/40,4
mężczyźni	378/36,8	73/19,3	133/35,2	172/45,3
Wiek [N/%]				
< 18 lat	11/1,1	6/54,5	3/27,3	2/18,2
18–35 lat	229/22,3	92/40,2	56/24,5	81/35,3
36–65 lat	703/68,5	181/25,7	213/30,3	309/44,0
> 65 lat	84/8,2	12/14,3	30/35,7	42/50,0
Województwo zamieszkania [N/%]				
dolnośląskie	37/3,6	8/21,6	6/16,2	23/62,2
kujawsko-pomorskie	31/3,0	5/16,1	7/22,6	19/61,3
lubelskie	119/11,6	50/42,0	37/31,1	32/26,9
lubuskie	13/1,3	2/15,4	6/46,1	5/38,5
łódzkie	102/9,9	22/21,6	32/31,4	48/47,0
małopolskie	55/5,4	15/27,3	21/38,2	19/34,5
mazowieckie	230/22,4	58/25,2	63/27,4	109/47,4
opolskie	14/1,4	2/14,2	6/42,9	6/42,9
podkarpackie	133/13,0	49/36,8	40/30,1	44/33,1
podlaskie	17/1,7	3/17,6	7/41,2	7/41,2
pomorskie	38/3,7	10/26,3	15/39,5	13/34,2
śląskie	62/6,0	18/29,0	12/19,4	32/51,6
świętokrzyskie	11/1,1	4/36,4	2/18,2	5/45,4
warmińsko-mazurskie	17/1,7	5/29,4	4/23,5	8/47,1
wielkopolskie	89/8,7	22/24,7	27/30,3	40/45,0
zachodniopomorskie	59/5,7	18/30,5	17/28,8	24/40,7

Miejscowość zamieszkania [N/%]				
poniżej 50 tys. mieszkańców	405/39,4	103/25,4	120/29,6	182/45,0
od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	150/14,6	45/30,0	42/28,0	63/42,0
powyżej 100 tys. mieszkańców	472/46,0	143/30,3	140/29,7	189/40,0

3.3.2. Wiedza respondentów na temat otyłości oraz opinie na temat profilaktyki i diagnozowania otyłości a także opinie chorych na otyłość na temat dostępności leczenia otyłości

68,7 % respondentów uważało, że ma prawidłową masę ciała, najczęściej były to osoby chore na otyłość (53,0 %). 57,6 % ważyło się w czasie ostatniego tygodnia, ale 5,4 % nie pamiętało, kiedy ważyło się ostatnio, a 2,4 % w ogóle się nie ważyło. Najczęściej nie pamiętali, kiedy się ważyli i w ogóle się nie ważyli chorzy na otyłość. 92,7 % respondentów uważało, że otyłość to choroba. Jednak najczęściej otyłości jako choroby nie postrzegali respondenci z nadwagą (41,3 %). 98,1 % respondentów wiedziało, że otyłość jest przyczyną rozwoju innych chorób, np. cukrzycy typu 2 i nadciśnienia tętniczego. Jednak najczęściej nie wiedzieli tego chorzy na otyłość (47,4 %).

Zaledwie 17,9 % respondentów potwierdziło, że lekarz POZ waży ich raz w roku, najrzadziej chorzy na otyłość (15,4 %). Najrzadziej byli ważeni chorzy na otyłość (43,5 %). Zaledwie 28,3 % potwierdziło, że lekarz POZ udziela im porad profilaktycznych na temat diety i aktywności fizycznej. Najczęściej takich porad nie udzielano chorym na otyłość (42,9 %). Tylko 35,4 % respondentów korzystało z porad dietetyka, najczęściej chorzy na otyłość (56,3 %). 13,7% respondentów korzystało z cateringu dietetycznego, najczęściej chorzy na otyłość (48,9 %), w tym 25,5 % dłużej niż 3 miesiące, najczęściej chorzy na otyłość (63,9 %). 27,6 % respondentów korzystało z suplementów diety na odchudzanie, najczęściej chorzy na otyłość (54,7 %). 34,9 % respondentów było pacjentami poradni specjalistycznej, najczęściej chorzy na otyłość (46,3 %). Najczęściej respondenci byli pacjentami poradni endokrynologicznych (38,3%) i kardiologicznych (27,9 %). Natomiast chorzy na otyłość najczęściej byli pacjentami poradni diabetologicznej (67,6 %) i chirurgii ogólnej (62,9 %) – Tabela 6.

Tabela 6. Wiedza respondentów na temat otyłości oraz opinie na temat profilaktyki i diagnozowania otyłości

	Cała grupa badana N=1027	Prawidłowa masa ciała N=291 (28,3 %)	Nadwaga N=302 (29,4 %)	Otyłość N=434 (42,3 %)
Postrzeganie siebie jako osoby z nieprawidłową masą ciała [N/%]				
Tak	706/68,7	110/15,6	222/31,4	374/53,0
Nie	321/31,3	181/56,4	80/24,9	60/18,7
Czas ostatniego dokonania swojego pomiaru masy ciała [N/%]				
W czasie ostatniego tygodnia	592/57,6	155/26,2	181/30,6	256/43,2
Powyżej tygodnia, ale poniżej miesiąca	209/20,4	66/31,6	59/28,2	84/40,2
Powyżej miesiąca, ale poniżej trzech miesięcy	146/14,2	50/34,2	40/27,4	56/38,4
W ogóle się nie waży	25/2,4	5/20,0	9/36,0	11/44,0
Nie pamiętam	55/5,4	15/27,3	13/23,6	27/49,1
Otyłość jest chorobą i wymaga leczenia [N/%]				
Tak	952/92,7	273/28,7	271/28,5	408/42,8
Nie	75/7,3	18/24,0	31/41,3	26/34,7

Otyłość powoduje powikłania zdrowotne (np. jest przyczyną nadciśnienia i cukrzycy typu 2) [N/%]				
Tak	1008/98,1	284/28,2	299/29,7	425/42,1
Nie	19/1,9	7/36,8	3/15,8	9/47,4
Ważeni przez lekarza POZ raz w roku [N/%]				
Tak	184/17,9	67/36,4	50/27,2	67/36,4
Nie	843/82,1	224/26,6	252/29,9	367/43,5
Osoby którym lekarz POZ udzielił porad profilaktycznych odnośnie diety i aktywności fizycznej [N/%]				
Tak	291/28,3	85/29,3	88/30,2	118/40,5
Nie	736/71,7	206/28,0	214/29,1	316/42,9
Korzystanie z porad dietetyka [N/%]				
Tak	364/35,4	60/16,5	99/27,2	205/56,3
Nie	663/64,6	231/34,8	203/30,6	229/34,6
Korzystanie z cateringu dietetycznego [N/%]				
Tak	141/13,7	30/21,3	42/29,8	69/48,9
Nie	886/86,3	261/29,5	260/29,3	356/40,2
Czas korzystania z cateringu dietetycznego [N/%]				
tydzień	22/15,6	5/22,7	7/31,8	10/45,5
miesiąc	38/27,0	10/26,3	9/23,7	19/50,0
do 3 miesięcy	45/31,9	10/22,2	18/40,0	17/37,8
powyżej 3 miesięcy	36/25,5	5/13,9	8/22,2	23/63,9
Stosowanie suplementów diety na odchudzanie [N/%]				
Tak	283/27,6	46/16,3	82/29,0	155/54,7
Nie	744/72,4	245/32,9	220/29,6	279/37,5
Korzystanie z opieki zdrowotnej w ramach AOS [N/%]				
Tak	358/34,9	89/24,9	103/28,8	166/46,3
Nie	669/65,1	202/30,2	199/29,7	268/40,1
Rodzaj poradni specjalistycznej [N/%]				
kardiologiczna	100/27,9	21/21,0	30/30,0	49/49,0
endokrynologiczna	137/38,3	29/21,2	36/26,3	72/52,5

diabetologiczna	71/19,8	6/8,5	17/23,9	48/67,6
gastroenterologiczna	26/7,3	8/30,8	8/30,8	10/38,4
neurologiczna	62/17,3	21/33,9	14/22,6	27/43,5
chirurgii ogólnej	35/9,8	6/17,1	7/20,0	22/62,9
Inna	120/33,5	30/25,0	32/26,7	58/48,3

Analiza danych podgrupy chorych na otyłość wykazała, że 49,5% z nich żaden lekarz nie poinformował, że są chorzy na otyłość. Zaledwie u 46% zostało wdrożone leczenie. Najczęściej były to zalecenia zmiany sposobu jedzenia (74,7%), zwiększenie aktywności fizycznej (71,7%) i skierowanie na konsultację chirurgiczną (51,5%). Zaledwie 16,2% z nich miało zalecone prowadzenie dzienniczka żywieniowego i stosowanie farmakoterapii. 85,9% respondentów wdrożyło zalecenia lekarza, u 76,5% wystąpiła redukcja masy ciała, ale zaledwie 47,5% deklarowało, że zalecone metody leczenia spełniły ich oczekiwania – Tabela 7.

Tabela 7. Analiza diagnozowania i leczenia otyłości wśród osób, które zadeklarowały, że ich BMI jest ≥ 30 kg/m²

	N=434
Poinformowanie chorego przez jakiegokolwiek lekarza o zdiagnozowaniu otyłości [N/%]	
Tak	215/49,5
Nie	219/50,5
Wdrożenie leczenia otyłości przez lekarza [N/%]	
Tak	99/46,0
Nie	116/54,0
Rodzaj zastosowanej metody terapeutycznej [N/%]	
Zmiana sposobu jedzenia	74/74,7
Zwiększenie aktywności fizycznej	71/71,7
Prowadzenie dzienniczka żywieniowego	16/16,2
Przepisanie leku	16/16,2
Skierowanie na konsultację chirurgiczną	51/51,5
Wdrożenie terapii zalecanej przez lekarza [N/%]	
Tak	85/85,9
Nie	14/14,1
Wystąpienie redukcji masy ciała po zastosowaniu leczenia [N/%]	
Tak	65/76,5
Nie	20/23,5
Zadowolenie pacjenta z zastosowanych metod leczenia otyłości [N/%]	
Tak	47/47,5
Nie	52/52,5

4. Omówienie uzyskanych wyników

Biorąc pod uwagę, że otyłość jest jedną z najczęściej występujących chorób w Polsce, a w leczenie jej powikłań zaangażowanych jest wielu specjalistów z różnych dziedzin i w środowisku medycznym od lat mówi się o konieczności wdrożenia systemu leczenia tej choroby w ramach świadczeń medycznych refundowanych przez NFZ, zaskakujące było bardzo małe zainteresowanie lekarzy i dietetyków wypełnieniem kierowanych do nich ankiet. W okresie od 17 lutego do 31 maja 2023 r. ankietę wypełniło zaledwie 97 lekarzy i 150 dietetyków.

Znacznie większe zainteresowanie wypełnieniem ankiety wykazali pacjenci, ponieważ w tym samym okresie uzyskano odpowiedzi od 1027 osób. Chociaż w odniesieniu do całej populacji dorosłych zainteresowanie to było również niewielkie.

W obliczu tego, że Światowa Organizacja Zdrowia uznała otyłość za chorobę pod koniec zeszłego wieku i jest ona wpisana w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób pod numerem E66 to niewielkie zainteresowanie środowiska medycznego wypełnieniem ankiet mających na celu pokazanie codziennej praktyki w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości świadczy o tym, że mimo dużej częstości występowania jest to temat niewygodny i lepiej go unikać. Co ciekawe mniej niż 2/3 respondentów

stanowili lekarze POZ, którzy mają wpisane w obowiązki rozpoznawanie i leczenie tej choroby. W obliczu ponad 10 000 samych tylko lekarzy rodzinnych zarejestrowanych w rejestrze Naczelnej Izby Lekarskiej można powiedzieć, że tylko pojedynczy lekarze są zainteresowani tematem profilaktyki i leczenia otyłości. Niepokojący jest fakt, znikomego zainteresowania wypełnieniem ankiety młodych lekarzy. Może to wynikać z dwóch czynników mniejszej ilości czasu w związku chociażby z obowiązkami rodzinnymi oraz brakiem wiedzy na temat profilaktyki i leczenia otyłości. Należy podkreślić, że ta choroba w procesie kształcenia przed i po dyplomowego nie uwzględniona jako istotny element edukacji. Tylko na nielicznych uczelniach w ramach zajęć fakultatywnych prowadzi się zajęcia dotyczące diagnozowania i leczenia otyłości. Po zmianach standardów kształcenia zniknęły również zajęcia dydaktyczne dotyczące promocji zdrowia.

Prawie połowę respondentów stanowili lekarze pracujący w dużych miastach, zabrakło respondentów z terenów wiejskich, co sugeruje występowanie nierówności w dostępie do lekarzy, którzy w jakimkolwiek stopniu zainteresowani są tematem profilaktyki i leczenia otyłości.

Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością od kilkunastu lat prowadzi działania mające na celu ustanowienie specjalizacji z obesitologii, za częściowy sukces można by uznać wpisanie obesitologii na listę niedawno opublikowanych umiejętności lekarskich. Jednak fakt, że o posiadanie tej umiejętności może się starać każdy kto posiada dyplom lekarza świadczy o braku zrozumienia złożoności tej choroby. W mojej opinii posiadanie umiejętności przez lekarzy nie zmieni sytuacji chorych na otyłość, ponieważ większość osób będzie działać tak jak obecnie w ramach prywatnych praktyk. Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością stworzyło propozycję organizacji systemu opieki zdrowotnej nad chorymi na otyłość, jednak Ministerstwo Zdrowia nie podjęło żadnych rozmów w tym zakresie. Podatek cukrowy, który miał być przeznaczony na ten cel służy obecnie tworzeniu sieci ośrodków pilotażowych bez specjalistów i bez umocowania ich w systemie.

Od lat Towarzystwa Naukowe tworzą również wytyczne dotyczące tego tematu skierowane do lekarzy POZ, odbywają się również liczne konferencje i szkolenia. Ponadto od stycznia 2020 roku przynajmniej raz w roku lekarz rodzinny powinien dokonać pomiarów antropometrycznych i ocenić status nikotynowy każdego pacjenta zgłaszającego się do praktyki POZ (nowy wymóg NFZ). W 2020 roku NFZ finansuje dodatkowo opiekę nad pacjentami chorymi przewlekłe na cukrzycę, choroby układu krążenia lub tarczycy. Większość z tych pacjentów choruje jednocześnie na otyłość. Rozwiązaniem może być to, żeby otyłość znalazła się jako przewlekła choroba w wykazie przyczyn porad lekarskich kwalifikujących się do dodatkowego finansowania przez NFZ. Do czasu nowych uregulowań w gabinecie lekarza rodzinnego porada dotycząca otyłości może być elementem porad kontrolnych odnoszących się do chorób przewlekłych. Mimo to zaledwie 58,8 % respondentów deklarowało, że na pierwszej wizycie pacjenta i przynajmniej raz w roku dokonuje pomiarów masy ciała i wzrostu. Natomiast 74,2 % respondentów wpisywało do historii choroby masę ciała i wzrost na podstawie wywiadu z pacjentem. Pomiaru obwodu talii dokonywało zaledwie 23,7 % respondentów. Na podstawie przeprowadzonych ankiet nie można określić przyczyny tej sytuacji jednak można przypuszczać, że w większości przypadków podano by brak czasu. Pomiarów antropometrycznych może dokonać pielęgniarka przed wejściem pacjenta do gabinetu lekarza. Badania te nie wiążą się z ponoszeniem kosztów, nie licząc początkowego kosztu zakupu wagi. Brak wykonywania tych pomiarów uniemożliwia zarówno skuteczną profilaktykę rozwijającej się choroby, jak i diagnozowanie stopnia zaawansowania już istniejącej. Wpisywanie danych raportowanych przez pacjenta obarczone jest znacznym błędem, ponieważ pomiar mógł być wykonany dawno temu i pacjent podaje masę ciała sprzed kilku lat, albo zgodnie z wynikami przeprowadzonych wcześniej badań około 1/3 pacjentów zaniża swoją masę ciała i zawyża wzrost. Należy podkreślić, że w porównaniu z wynikami uzyskanymi w analizie danych z ankiet wypełnionych przez pacjentów deklaracje lekarzy wypadają bardzo optymistycznie.

Jak już wspomniano otyłość jest chorobą i posiada kod E66, jednak aż 13,4 % lekarzy nie wpisywało do historii choroby tego rozpoznania w przypadku występowania nadmiernej masy ciała. Narusza to prawa pacjenta i najczęściej wiąże się z brakiem podjęcia działań leczniczych, co jest nieetyczne. Na nierówności w zdrowiu chorych na otyłość zwrócono uwagę w opublikowanych w 2020 roku wytycznych 7 polskich Towarzystw Naukowych „*Leczenie nadwagi i otyłości w czasie i po pandemii. Nie czekajmy na rozwój powikłań – wytyczne dla lekarzy*”. Potwierdza to fakt, że tylko 87,6 % respondentów podejmowało działania w celu zdiagnozowania przyczyny otyłości. Dane uzyskane z ankiet nie pozwalają na ocenę tego jak diagnozowano te przyczyny. Wydaje się jednak, że nie uwzględniano w tej diagnostyce jedzenia pod wpływem emocji i zaburzeń odżywiania. Potwierdzają to zarówno najczęściej proponowane chorym metody leczenia, jak i wskazywane najczęściej przyczyny otyłości – 90,7 % respondentów wskazywało zbyt niską aktywność fizyczną w wyniku zmian środowiskowych, 71,1 % za dużo jedzenia, a zaledwie odpowiednio 12,4 % i 11,3 % jedzenie pod wpływem emocji i zaburzenia odżywiania.

Jednak tylko 94,8 % respondentów po zdiagnozowaniu otyłości podejmowało rozmowę z pacjentem na temat leczenia tej choroby. Mimo szkoleń i podkreślenia w wytycznych znaczenia terapii behawioralnej i farmakoterapii były one bardzo rzadko proponowane choremu. Tak rzadkie proponowanie terapii behawioralnej może być przede wszystkim spowodowany brakiem umiejętności lekarzy w tym zakresie. Z kolei farmakoterapii jej koszt i brak refundacji. Często lekarze nie rozmawiają z pacjentem o jego możliwościach finansowych zastosowania farmakoterapii co pozbawia go prawa o samodecydowaniu. Refundacja leków wspomagających leczenie otyłości miałyby uzasadnienie koszt–efekt, jeżeli istniałby system specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia tej choroby. Lekarze najczęściej proponowali choremu zmianę nawyków żywieniowych i zwiększenie aktywności fizycznej, od lat w wytycznych podkreśla się, że u chorych jedzących pod wpływem emocji, czy zaburzeniami odżywiania, te działania bez terapii behawioralnej, psychoterapii i farmakoterapii są skazane na niepowodzenie. Większość chorych wie, że ma zmienić to co je i więcej się ruszać, zgłaszając się do lekarza oczekuje znacznie więcej. Ponieważ respondenci najczęściej uważali, że najważniejszą przyczyną rozwoju otyłości jest nadmiar jedzenia najczęściej podejmowali współpracę z dietetykiem a rzadko współpracowała z psychologiem. Należy jednak podkreślić, że blisko ¼ nie nawiązywała współpracy ze specjalistami z innych dziedzin mimo tego, że od ponad 25 lat podkreśla się jej znaczenie. Ponad 1/3 respondentów deklarowała współpracę z chirurgiem bariatrą, co wskazuje, że jakiegokolwiek działania terapeutyczne zostają podejmowane w znacznym stopniu zaawansowania choroby. Jedną z przyczyn tej sytuacji może być niewielki dostęp do porad dietetycznych i psychologicznych w ramach NFZ.

98,9% respondentów, jeżeli pacjent nie wyrażał chęci podjęcia leczenia otyłości informowało go o konsekwencjach tej decyzji, ale tylko 89,1% respondentów, jeżeli chory nie chciał podjąć leczenia otyłości wracało do tego tematu na kolejnych wizytach. Brak informowania pacjenta o konsekwencjach podejmowanych decyzji pozbawia go możliwości zrozumienia problemu i podjęcia świadomej decyzji. Z kolei pacjenci, którzy nie wyrazili chęci podjęcia otyłości mogą czuć wstyd, jeżeli chcieliby tą decyzję zmienić i jeżeli lekarz nie wróci do tego tematu to sami go nie podejmą.

Podejmowanie diagnostyki powikłań otyłości jest również przedmiotem wszystkich opublikowanych wytycznych i rekomendacji. Jednak zaledwie 85,6% respondentów podejmowało działania w celu diagnozowania powikłań otyłości.

Jak już wspomniano dietetycy również wykazali niewielkie zainteresowanie wypełnieniem ankiety. 2/3 respondentów pracowało w gabinetach prywatnych, żaden nie pracował na wsi. Co potwierdza wspomniane wyżej nierówności w dostępie do kompleksowej porady lekarza i dietetyka w zakresie leczenia otyłości.

Podobnie jak lekarze, nie wszyscy dietetycy dokonywali pomiarów masy ciała i wzrostu, mimo że powinna być częścią porady dietetycznej. Podobnie jak lekarze 70,7 % dietetyków wpisywało do historii choroby masę ciała i wzrost na podstawie wywiadu z pacjentem. Pomiaru obwodu talii dokonywało zaledwie 54,0 % respondentów. Biorąc pod uwagę fakt, że dietetyk ma więcej czasu niż lekarz trudno wytłumaczyć, dlaczego te pomiary nie były wykonywane. Trudno również wytłumaczyć, dlaczego 3,3 % po zdiagnozowaniu otyłości nie podejmowało rozmowę z pacjentem na temat dietetycznego leczenia tej choroby. Zgodnie ze swoimi kompetencjami dietetycy najczęściej proponowali choremu zmiany nawyków żywieniowych (99,3 %) i zwiększenie aktywności fizycznej (87,6 %). Znacznie częściej niż lekarze dietetycy proponowali chorym terapię behawioralną, ale było to i tak mniej niż 50% respondentów. W wykształceniu dietetyka terapia behawioralna stanowi jeden z elementów edukacji, dlatego trudno doszukiwać się tu przyczyny w braku wiedzy. Pozytywny jest fakt bardzo rzadkiego stosowania suplementów diety. Blisko 1/3 dietetyków nie współpracowała ze specjalistami z innych dziedzin. 2,5 razy częściej niż lekarze dietetycy podejmowali współpracę z psychologami, co tłumaczy fakt, że ponad trzykrotnie częściej niż lekarze dietetycy za najważniejszą przyczynę otyłości uważało jedzenie pod wpływem emocji, a prawie dwukrotnie częściej zaburzenia odżywiania. Wskazuje to na lepsze zrozumienie istoty choroby przez dietetyków niż lekarzy. Dlatego jak już wspomniano konieczne są działania opracowania edukacji przed dyplomowej w tym zakresie i kształcenie specjalistów w zakresie obesitologii.

Powyższe postulaty popierają wynik analizy ankiet wypełnianych przez pacjentów, spośród których 29,4 % chorowało na nadwagę, a 42,3 % na otyłość. Należy zwrócić uwagę na to, że odsetek chorych na otyłość zwiększał się z wiekiem, co wskazuje na brak właściwego diagnozowania i leczenia choroby na wczesnym etapie rozwoju, czyli nadwagi. Blisko połowę respondentów stanowili mieszkańcy dużych miastach, żaden z respondentów nie mieszkał na wsi. Ten fakt potwierdza wcześniej sugerowane nierówności w zdrowiu.

O braku diagnozowania i rozmawiania z chorym na otyłość na poziomie POZ świadczy fakt, że 53,0 % chorych na otyłość uważało, że ma prawidłową masę ciała. Jednym z mechanizmów obronnych jest wypieranie istnienia choroby i ten mechanizm często uwidaczniał się u chorych na otyłość respondentów, bo to oni najczęściej nie pamiętali, kiedy się ważyli i w ogóle się nie ważyli. Zatem odnotowywanie raportowanych przez nich danych w historii choroby może być zaliczone do błędów medycznych.

92,7 % respondentów uważało, że otyłość to choroba, świadomość społeczną tego faktu powinna uświadamiać lekarzom, że brak jej diagnozowania i leczenia może być źródłem roszczeń pacjentów. Co potwierdza fakt, że 98,1 % respondentów wiedziało, że otyłość jest przyczyną rozwoju innych chorób, np. cukrzycy typu 2 i nadciśnienia tętniczego.

Należy jeszcze raz zwrócić uwagę na fakt, że zaledwie 17,9 % respondentów potwierdziło, że lekarz POZ waży ich raz w roku, co ciekawe najrzadziej byli ważeni chorzy na otyłość (43,5 %). Zaledwie 28,3 % potwierdziło, że lekarz POZ udziela im porad profilaktycznych na temat diety i aktywności fizycznej. Najczęściej takich porad nie udzielano chorym na otyłość (42,9 %). Te wyniki po raz kolejny wskazują na konieczność zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej nad chorymi na otyłość oraz egzekwowania przez NFZ podejmowania przez lekarzy POZ takich działań.

Niewielka dostępność do porad dietetycznych w ramach NFZ powoduje, że tylko 35,4 % respondentów korzystało z porad dietetyka, najczęściej chorzy na otyłość (56,3 %). Respondenci rzadko korzystali z cateringu dietetycznego, co może być efektem znacznego kosztu. Należy jednak podkreślić, że catering dietetyczny nie jest metodą leczenia otyłości, może stanowić wsparcie na jednym z etapów procesu terapeutycznego, ale nie może zastąpić terapii behawioralnej podającej poprawę samokontroli i ułatwiającej dokonywanie właściwych wyborów. 27,6 % respondentów korzystało z suplementów diety na odchudzanie, najczęściej chorzy na otyłość (54,7 %). Rynek suplementów diety na odchudzanie stale się zwiększa, wiara w nie tylko opóźnia chęć leczenia, ale czasem powoduje, że w ogóle nie jest ono podejmowane.

Fakt obciążenia systemu opieki zdrowotnej przez powikłania otyłości potwierdza fakt, że aż 46,3 % chorych na otyłość było pacjentami poradni specjalistycznych, w tym 67,6 % z nich poradni diabetologicznych, w których powinni być leczeni również z powodu otyłości.

Postawioną wcześniej hipotezę o braku diagnozowania i rozmawiania z chorym na otyłość na poziomie POZ, ale również poradni specjalistycznych świadczy fakt, że aż 49,5 % z nich żaden lekarz nie poinformował, że są chorzy na tą chorobę. Ponadto zaledwie u 46 % zostało wdrożone leczenie, które głównie ograniczało się do zalecenia zmiany sposobu jedzenia (74,7 %) i zwiększenie aktywności fizycznej (71,7 %). Zaledwie 16,2 % z nich miało zalecone prowadzenie dzienniczka żywieniowego i stosowanie farmakoterapii. Zatem nie można mówić o nieskuteczności leczenia, która miała miejsce u blisko ¼ respondentów z tej podgrupy, ponieważ nie zastosowano wszystkich rekomendowanych metod. Ponadto niespełna połowa chorych była zadowolona z zastosowanych metod. Głębszej analizy wymagałyby przyczyny niezadowolenia. Niestety w ramach prowadzonego badania nie uzyskano takich danych. Zwraca uwagę fakt, że ponad połowa chorych była kierowana na konsultację chirurgiczną. W ostatnim czasie zwiększyła się znacznie dostępność do leczenia chirurgicznego po wdrożeniu programu KOS-BAR, gdzie pacjenci są objęci przed i pooperacyjną opieką zespołu terapeutycznego a koszty są pokrywane przez NFZ. Nie stanowi to jednak rozwiązania dla wszystkich chorych na otyłość.

Podsumowując uzyskane dane wskazują, że obecne rozwiązania dotyczące profilaktyki i leczenia otyłości nie działają w codziennej praktyce klinicznej. Konieczne są zmiany prowadzące do szkolenia specjalistycznego lekarzy w zakresie obesitologii oraz zorganizowanie skoordynowanej opieki zdrowotnej nad chorymi na otyłość. Obecny system stanowi naruszenie praw pacjentów i skutkuje narastaniem częstości zachorowań na otyłość oraz jej powikłania, co obciąża system opieki zdrowotnej i skróceniem czasu życia. Programy pilotażowe bez trwałych struktur i finansowania nie są rozwiązaniem zapewniającym chorym dostęp do trwałego leczenia.

6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.).
4. Ustawa z dnia z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 773).
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492).
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. poz. 642).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 2335).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069) – uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.), które weszło w życie w dniu 15 kwietnia 2020 r., przy czym zgodnie z jego § 72 ust. 1 podmioty mogły prowadzić dokumentację zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia z dnia 9 listopada 2015 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739) – uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
18. 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. z 2023 r. poz. 1858).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.).

20. Zarządzenie Nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Prezesa NFZ poz. 177, ze zm.) – uchylone z dniem 1 października 2021 r.
21. Zarządzenie Nr 160/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Prezesa NFZ poz. 160, ze zm.) – uchylone z dniem 1 lipca 2022 r.
22. Zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. Prezesa NFZ poz. 79, ze zm.).
23. Zarządzenie Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Dz. Urz. Prezesa NFZ poz. 182, ze zm.) – uchylone z dniem 7 maja 2022 r.
24. Zarządzenie Nr 61/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Dz. Urz. Prezesa NFZ poz. 61, ze zm.) – uchylone z dniem 31 marca 2023 r.
25. Zarządzenie Nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Dz. Urz. Prezesa NFZ poz. 57).

6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
8. Rzecznik Praw Pacjenta
9. Minister Zdrowia
10. Minister Sportu i Turystyki
11. Minister Edukacji i Nauki
12. Minister Rodziny i Polityki Społecznej
13. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
14. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
15. Przewodniczący Sejmowej Komisji Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki
16. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
17. Przewodniczący Senackiej Komisji Nauki, Edukacji i Sportu
18. Wojewodowie (wszyscy)
19. Marszałkowie Województw (wszyscy)
20. Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej
21. Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH
22. Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
23. Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
24. Prezes Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego
25. Prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością
26. Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości
27. Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej
28. Prezes Polskiego Towarzystwa Metabolicznego
29. Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego
30. Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich
31. Prezes Polskiego Towarzystwa Dietetyki
32. Prezes Polskiego Stowarzyszenia Dietetyków
33. Prezes Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
34. Prezes Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii
35. Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków
36. Prezes Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej