

Choroba otyłościowa wymaga kompleksowego leczenia

Jaki powinien być skuteczny program leczenia otyłości? Ekspertki podkreślają wagę kompleksowej opieki nad pacjentem, jaką zapewniał KOS-BAR, który dzięki swojej wyjątkowości miał szansę stać się naszym towarem eksportowym. Obecnie jest on zawieszony. Czy nadzieją dla osób z otyłością będzie jego następca – KOS-BMI 30 PLUS? Nowy program pilotażowy trafił do konsultacji publicznych.

Polskie dane są niepokojące. Około 60 proc. dorosłych Polek i Polaków ma nadmierną masę ciała, przy czym odsetek ten stale się zwiększa. Tempo wzrostu występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w naszym kraju należy do najwyższych w Europie. Jest szansa, że to się zmieni, pod warunkiem że lekarze będą mieli możliwość korzystania z programów kompleksowej opieki nad pacjentami z otyłością. Tymczasem, jak podkreśla dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, z powodu choroby otyłościowej leczonych jest zaledwie ok. 1 proc. chorych wymagających takiego leczenia i dotyczy to zarówno leczenia farmakologicznego, jak i chirurgicznego.

Chorobie otyłościowej towarzyszą powikłania

Chorobie otyłościowej towarzyszy na ogół wiele innych schorzeń. Jak mówił prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz, kierownik Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie, przyczyną prawie połowy zgonów w Polsce są choroby układu krążenia. Byłoby ich znacznie mniej, gdybyśmy skutecznie leczyli otyłość.

– Zanim dojdzie do zgonu, pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, zaburzenia lipidowe, następnie rozwija się niewydolność serca, stłuszczenie wątroby, niewydolność nerek – i to jest przyczyną jego zgonu. Otyłość nigdy nie jest uznawana za bezpośredni powód śmierci pacjenta. Tymczasem przyczyną – otyłość – zaczyna się już w 20., 30. roku życia i narasta niczym kula śniegowa. W końcu przeobraża się w lawinę, której nie da się zatrzymać. Dlatego tej chorobie musimy zapobiegać od najmłodszych lat, oczywiście im wcześniej, tym lepiej – apelował ekspert.



Fot. Szymon Czerwiński

W DEBACIE PT. „KOMPLEKSOWA OPIEKA NAD PACJENTEM Z CHOROBA OTYŁOŚCIOWĄ” UCZESTNICZYLI:

- dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW – konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz – kierownik Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie
- dr Małgorzata Gałązka-Sobotka – Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie
- prof. dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół – wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Konieczna współpraca wielu specjalistów

Profesor Aleksander Prejbisz podkreślił, że chorobę otyłościową powinien leczyć każdy lekarz – rodzinny, kardiolog, diabetolog, hipertensjolog, lekarz medycyny pracy. Każdy też musi umieć rozmawiać z pacjentem o otyłości i o podstawowych czynnikach ryzyka rozwoju choroby otyłościowej. Jak się okazuje, ciągle jest to ogromny problem. – Otyłość skraca życie średnio o 10 lat. I od tego, moim zdaniem, należałoby zacząć rozmowę z pacjentem. Ktoś też musi go póź-

niej monitorować, aby zapobiec nawrotowi choroby. Pieniądże włożone w zabieg bariatryczny będą stracone bez koordynacji i zaplanowania opieki ambulatoryjnej. Nie da się leczyć otyłości i stosować prewencji sercowo-naczyniowej bez konsultacji dietetycznej. Tymczasem nie jest ona uwzględniona w żadnym koszyku świadczeń, poza diabetologią i w ramach opieki koordynowanej w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o leczenie farmakologiczne otyłości, mówi się wręcz o rewolucji. Oczywiście możemy 8 mln Polaków

podać lek, który spowoduje, że zmniejszą oni masę ciała o 10 kg, ale nie może to być izolowana interwencja. W parze z nią musi iść zmiana stylu życia. Dlatego być może warto wprowadzić taki rodzaj refundacji, żeby farmakologia była połączona z opieką dietetyką. Przywołując koncepcję zespołu metabolicznego – powinniśmy patrzeć na cztery główne czynniki ryzyka: otyłość, nadciśnienie, zwiększone stężenie cholesterolu LDL i glukozy. Nie zmniejszymy ryzyka sercowo-naczyniowego, jeżeli osiągniemy jeden cel, a inne parametry pozostaną pod-



PRIORYTETY 2024 W OCHRONIE ZDROWIA

wyższe. Na tym polega sens programów koordynowanych – tłumaczył ekspert.

Nieoceniona rola lekarzy POZ

Wytyczne opracowane przez Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości we współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej podkreślają rolę lekarzy rodzinnych w opiece nad pacjentami z chorobą otyłościową.

Zdaniem dr hab. n. med. Agnieszki Mastalerz-Migas, prof. UMW, konsultant krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, zasadniczym problemem lekarzy POZ jest zaplanowanie postępowania leczniczego u pacjenta z chorobą otyłościową.

– Powinniśmy postępować zgodnie z zasadą pięciu A: assess (ocenić), ask (zapytać

– o gotowość leczenia), advice (doradzić – ustalić leczenie), assist (pomagać – uczestniczyć w tym procesie), arrange (kontroluj – nadzoruj). Ale na to po prostu brakuje czasu, opieka nad chorym na otyłość to problem wielowątkowy. Mam wrażenie, że my w tej dyskusji właśnie schodzimy po szczeblach z najwyższego miejsca, jakim jest specjalistyczna terapia otyłości, czyli chirurgia bariatryczna, na poziom POZ, gdzie przychodzi pacjent, który jeszcze otyłości nie ma i z którym możemy wiele zrobić w ramach zapobiegania. Wprawdzie nie mamy ścieżki terapii otyłości w opiece koordynowanej, ale pacjenci ze stanem przedcukrzycowym, który bardzo często towarzyszy otyłości albo ją poprzedza na etapie nadwagi, mają dostęp do opieki koordynowanej. Wiedząc, że otyłość nie zaczyna się w medycynie, ale już w żywieniu, w reklamie telewizyjnej, w ustalaniu jadłospisu w przedszkolu czy szkole, możemy zaproponować poradę die-

tetyczną czy edukacyjną. W mojej opinii trochę szkody wyrządził nurt body positive. Z jednej strony wiem, że chodzi o akceptację własnego ciała, ale z drugiej dla wielu pacjentów jest to wytłumaczenie. Bardzo trudno jest zacząć rozmowę o tym, że otyłość jest chorobą, jeśli ktoś twierdzi, że mu ona nie przeszkadza, że akceptuje siebie. Przenosi to dyskusję z obszaru medycznego na estetyczny – mówiła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Ekspertka dodała, że lekarze POZ od ponad 3 lat mają obowiązek, aby podczas pierwszej wizyty pacjenta w danym roku kalendarzowym zważyć go, zmierzyć i wyliczyć BMI. Takie sprawozdanie powinno być wysłane do NFZ. Niestety robi to bardzo niewiele świadczeniodawców.

– Jeśli pacjent tyje pół kilograma rocznie to po 10 latach ma plus 5 kg. A jeśli przybiera na wadze zaledwie ok. 100 g miesięcznie, to w ciągu 5–10 lat może to dać kilkanaście kilogramów. Jeżeli nie będziemy pacjenta regularnie ważyć, mierzyć i wyliczać wskaźnik masy ciała (body mass index – BMI), to nie będziemy wiedzieć przybierania na wadze na osi czasu, a to już jest podstawa do rozmowy z pacjentem – podkreśliła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Wyjątkowość programu KOS-BAR

Problem leczenia otyłości w Polsce miał rozwiązać program KOS-BAR, skierowany do pacjentów z otyłością olbrzymią, u których stosowane dotychczas leczenie było nieskuteczne. Od stycznia 2022 r. prowadziło go kilkanaście ośrodków koordynujących, których zadaniem było zapewnienie pacjentom opieki przed i po wykonanej operacji bariatrycznej. Programem tym miały zostać objęte osoby powyżej 18. roku życia z BMI > 40 i osoby z BMI > 35, u których otyłość była bezpośrednio powiązana z innymi chorobami. Program okazał się sukcesem, ale od września ubiegłego roku zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia nie mogą być do niego włączani kolejni chorzy.

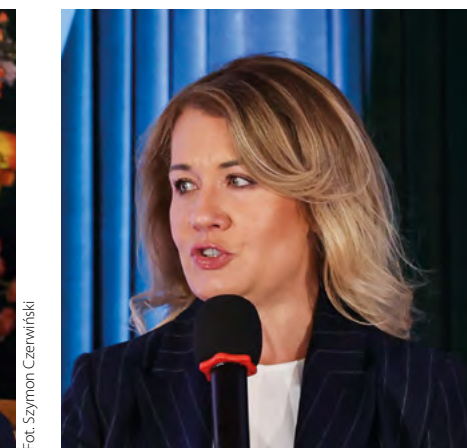
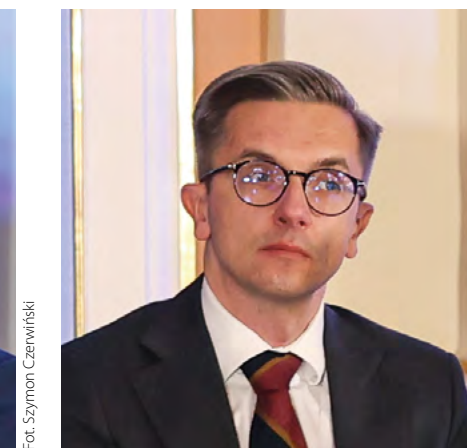
– Program KOS-BAR dawał szansę na przeorganizowanie systemu opieki zdrowotnej w takim kierunku, aby chorzy byli leczeni skuteczniej, a przy okazji bardziej efektywnie pod względem ekonomicznym. Dla płatnika nie miało znaczenia, ile przeprowadzi się konsultacji i jakie zleci badania. Liczył się efekt końcowy. Dotychczas pacjent był petentem, który musiał sam zorganizować sobie opiekę zdrowotną, wyszukać specjalistów, realizować niekończącą się liczbę badań i konsultacji. W programie KOS-BAR to koordynator zabiegał o to, żeby pacjent trafił do specjalistycznego ośrodka. Obecnie program KOS-BAR jest realizowany, ale tylko w obszarze monitorowania cho-

rych już poddanych operacji. Nie można włączać kolejnych chorych i poddawać ich leczeniu chirurgicznemu. Dla pacjentów jest to sytuacja dramatyczna, a dla nas absolutnie niezrozumiała. Nie można zrobić czegoś takiego, jak wdrożenie programu, po czym zabranie go i pozostawienie chorych bez możliwości dalszego leczenia. Mamy 20 ośrodków, które są liderami w leczeniu chirurgicznym otyłości, i kilka tysięcy zoperowanych chorych. Każdy z tych ośrodków przemodelował organizację opieki zdrowotnej, zainwestował w sprzęt. Ta decyzja cofa nas o kilkadziesiąt lat – alarmował prof. Mariusz Wyleżół.

KOS-BAR naszym towarem eksportowym

– Dzięki KOS-BAR pojawiła się isierka nadziei, że takie ważne zjawiska i problemy zdrowotne, jak otyłość, nie dotyczą tylko systemu ochrony zdrowia. Konieczne jest bowiem podejmowanie wielu interdyscyplinarnych interwencji już na poziomie systemu edukacji, szkolnictwa, infrastruktury, sektora rolniczego czy spożywczo – mówiła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie. – Istotne jest też uzmysłowienie pacjentom, jak styl życia wpływa na ich zdrowie i długość życia. Innowacyjność programu KOS-BAR polega nie tylko na kompleksowości i koordynacji opieki, lecz przede wszystkim na tym, że jest to pierwszy model z tak szerokim wykorzystaniem mechanizmu płacenia za rezultat kliniczny. Ośrodki, które realizują KOS-BAR, są zobowiązane do raportowania do NFZ wielu parametrów klinicznych, które będą podstawą premiowania za wynik. To są wskaźniki bariatryczne, chirurgiczne, metaboliczne, związane z ustąpieniem objawów powikłań, np. astmy czy cukrzycy – wyjaśniła.

Ekspertka wyraziła niepokój w związku z faktem, że z końcem trzeciego kwartału 2023 r. wygasa możliwość kwalifikacji do programu KOS-BAR, który mógłby być naszym towarem eksportowym. Pilotaż trwa do 31 grudnia 2024 r., ale ostatni włączeni pacjenci musieli mieć operację przynajmniej 12 miesięcy przed tą datą. Ci chorzy, którzy zostali do niego zakwalifikowani, pozostają w opiece, ale kolejni nie mogą już na to liczyć. Dla nowych pacjentów KOS-BAR przestał istnieć. A jest to cenny program, nie tylko dla pacjentów i reparatorów, lecz także dla systemu. To pierwszy zaawansowany model opieki, którego finansowanie oparte jest na efektach. Jeśli okaże się skutecznym rozwiązaniem, to otworzy zupełnie nowy rozdział w organizacji opieki w bardzo wielu obszarach terapeutycznych, który może być skalowany na bardzo wiele chorób.



”

prof. Mariusz Wyleżół: Program KOS-BAR jest realizowany, ale tylko w obszarze monitorowania chorych już poddanych operacji. Nie można włączać kolejnych chorych. Dla pacjentów jest to sytuacja dramatyczna, a dla nas absolutnie niezrozumiała

”

prof. Aleksander Prejbisz: Otyłość zaczyna się już w 20., 30. roku życia i narasta niczym kula śniegowa. W końcu przeobraża się w lawinę, której nie da się zatrzymać. Dlatego tej chorobie musimy zapobiegać od najmłodszych lat

”

prof. Agnieszka Mastalerz-Migas: Wiedza lekarzy POZ jest bardzo różna. Mamy lekarzy, którzy wyspecjalizowali się w leczeniu otyłości, zdobyli certyfikaty, a także takich, którzy nie wiedzą nic. To jednak nie powinni być argument, żeby nie działać

”

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka: Innowacyjność programu KOS-BAR polega nie tylko na kompleksowości i koordynacji opieki, lecz przede wszystkim na tym, że jest to pierwszy model z tak szerokim wykorzystaniem mechanizmu płacenia za rezultat kliniczny

– Wszyscy powinniśmy kibicować projektowi KOS-BAR i dalszym odslonem kompleksowego leczenia otyłości nie tylko z powodu rozumienia wagi tego problemu zdrowotnego, lecz także znaczenia tych projektów dla szeroko rozumianej dojrzałości polskiego systemu ochrony zdrowia i transformacji ku jakości, bezpieczeństwu i efektywności – przekonywała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Nowy program – KOS-BMI 30 PLUS

Ministerstwo Zdrowia skierowało do opiniowania projekt rozporządzenia określającego warunki realizacji programu pilotażowego KOS-BMI 30 PLUS, który ma zapewnić kompleksową opiekę specjalistyczną nad pacjentami z chorobą otyłościową I. stopnia i sprawną koordynację na każdym etapie leczenia. Do programu będą mogli zostać zakwalifikowani pacjenci od 18. roku życia z otyłością spowodowaną nadmierną podażą energii, u których BMI wynosi 30. Będzie im zaoferowana opieka specjalistyczna bez możliwości przeprowadzenia operacji bariatrycznej. Współpracująca przy tworzeniu programu KOS-BMI 30 PLUS dr Małgorzata Gałązka-Sobotka uważa, że system ochrony zdrowia powinien być zainteresowany zarówno tym, aby docelowo z chirurgii bariatrycznej korzystało coraz mniej pacjentów, jak i tym, aby nie doprowadzić do rozwoju najbardziej zaawansowanej postaci choroby.

– To jest filozofia systemu zorientowanego na zdrowie, a nie na chorobę. Ta koncepcja została pozytywnie zaopiniowana przez Ministerstwo Zdrowia. Program ma być komplementarnym świadczeniem dla bariatrii, odpowiedzią na potrzeby pacjentów niekwalifikowanych do programu KOS-BAR – wyjaśniła. Zdaniem prof. Mariusza Wyleżoła KOS-BMI 30 PLUS ma mieć także charakter programu edukacyjnego, w którym mocno będzie podkreślona rola lekarza rodzinnego zarówno na etapie kwalifikacji, włączania pacjentów, jak i przejścia dalszej opieki nad nimi.

O tym, że to właśnie lekarz rodzinny powinien mieć największe kompetencje interdyscyplinarne do sprawowania opieki nad pacjentem z chorobą otyłościową, mówiła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas: – Wiedza lekarzy POZ jest bardzo różna. Mamy lekarzy, którzy wyspecjalizowali się w leczeniu otyłości, zdobyli certyfikaty, a także takich, którzy nie wiedzą nic. To jednak nie powinien być argument, żeby nie działać, ponieważ medycyna rodzinna jest odłama. Co roku specjalistami w tej dziedzinie zostaje 500–600 młodych lekarzy, którzy mają potrzebę standaryzacji postępowania. Odkąd jestem konsultantem krajowym, na każdym egzaminie specjalizacyjnym jest kilka pytań dotyczących otyłości. Dajmy sobie trochę czasu. Musimy się tylko zastanowić, jak systemowo wprowadzać

standard opieki nad pacjentem z otyłością od diagnozy przez leczenie do opieki po leczeniu.

Pomoc miał podatek cukrowy

Środki na program KOS-BAR miały pochodzić m.in. z tzw. opłaty cukrowej, która została wprowadzona na początku 2021 r. Zgodnie z przepisami ma być ona przeznaczona na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia pacjentów z nadwagą i otyłością. Czy tak się dzieje? Doktor Małgorzata Gałązka-Sobotka przypominała, że idea podatku cukrowego było ograniczenie spożycia cukru jako głównej przyczyny otyłości, uznawanej za epidemię XXI wieku.

– Prezesem NFZ był wówczas Adam Niedzielski, który przyznał, że podatek cukrowy może być idealnym źródłem finansowania programu KOS-BAR i innych interwencji zorientowanych na przeciwdziałanie nadwadze i otyłości oraz ich powikłaniom. Problem w tym, że NFZ odnotowuje przychody z podatku cukrowego na poziomie ponad miliarda złotych, a wydatki na KOS-BAR i pozostałe działania profilaktyczne, które są raportowane przez NFZ, to tylko kilka procent tego budżetu. Stało się zatem to, co przewidywało wielu przeciwników opłaty cukrowej – pieniądze

trafiły do tzw. dużego worka opieki zdrowotnej i obietnica działania skoncentrowanego na bardzo konkretnych i ważnych problemach nie jest do końca realizowana. Niestety nie zwiększyliśmy istotnie z tego budżetu działań edukacyjnych w obszarze nadwagi i otyłości, nie sfinansowaliśmy zakrojonej na szeroką skalę profilaktyki. Wydaje się, że obietnice nie zostały do końca spełnione. Uważam, że jeżeli przyjmuje się jakąś ustawę, która stanowi obciążenie finansowe dla określonej grupy, wysła sygnał do przemysłu – jest to dla was obciążenie kosztowe, ale uzasadnia to wyższą racją zdrowia publicznego, to rzeczywiście należałoby działać zgodnie z zapisami tej ustawy. Myślę, że gdyby Polacy widzieli, że rzetelnie podchodzimy do wykorzystania tych pieniędzy i przeznaczamy je nie na sfinansowanie tego, co już było w koszyku świadczeń gwarantowanych, tylko na nowe interwencje, o co apelowało wiele środowisk, wówczas otwartość na to, aby zwiększać obciążenie podatkowe na cele zdrowotne, systematycznie by rosła. Jako wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia nieustannie apeluję o to, aby NFZ był aktywnym ambasadorem opłaty cukrowej i sukcesywnie zwiększał aktywność we wdrażaniu działań zorientowanych na profilaktykę chorób cywilizacyjnych i walkę z otyłością finansowanych z tego źródła – podsumowała ekspertka.

Agata Misiurewicz-Gabi

