



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (16.)
w dniu 17 maja 2016 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat profilaktyki i standardów leczenia otyłości w Polsce.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Serdecznie witam na kolejnym posiedzeniu Komisji Zdrowia.

Dzisiejsze posiedzenie jest jednym z tzw. posiedzeń tematycznych. A jego temat to profilaktyka i standardy leczenia otyłości w Polsce. Powiem teraz, dlaczego akurat ten temat się tu pojawia. Ci z państwa senatorów, którzy są dłużej niż w tej kadencji, wiedzą, że w ubiegłej kadencji jedno posiedzenie Komisji Zdrowia było poświęcone głównie chirurgii bariatrycznej. Ojcem tych naszych spotkań, bo dzisiejszego także, jest pan profesor Wyleżoł. Serdecznie dziękuję, że pan profesor zechciał się zająć tą tematyką i sprowokować nas do tego, żebyśmy takie posiedzenie dzisiaj zorganizowali. Wiemy, że podjęty problem jest bardzo ważny. Każdy z nas coś wie o otyłości, niektórzy wielokrotnie chcieli się odchudzać. Ale aspekt, który dzisiaj poruszymy, będzie zupełnie inny. Nie tylko o piękną sylwetkę przecież chodzi.

Chciałbym powitać wszystkich państwa senatorów obecnych dzisiaj na posiedzeniu naszej komisji.

Witam też pana ministra Tombarkiewicza, który reprezentuje Ministerstwo Zdrowia. Witam pana profesora Mariusza Wyleżoła, ojca dzisiejszego posiedzenia komisji. Witam panią profesor Magdalenę Olszanecką-Glinianowicz, która będzie miała wystąpienie. Witam pana profesora Piątkiewicza, który też będzie miał dzisiaj prelekcję. Witam wszystkich państwa, którzy zechcieli przyjąć zaproszenie i przybyć na posiedzenie naszej komisji.

Proszę państwa, konwencja będzie dość prosta. Wiemy, że państwo przygotowali prezentacje. Myślę, że najpierw oddamy głos panu profesorowi Mariuszowi Wyleżołowi, żeby wprowadził nas w temat dzisiejszej konferencji, tego spotkania. Potem pan minister opowie o spojrzeniu ministerstwa na problemy otyłości w Polsce. Następnie będzie dyskusja i ewentualnie senatorowie będą zadawać pytania państwu czy ministrowi. To będzie taka luźna wymiana zdań.

Oczywiście chciałbym, żebyśmy po konferencji wypracowali jakieś wnioski, które by skutkowały tym, że ministerstwo czy narodowy fundusz może w jakiś inny sposób spojrzeć na sprawę leczenia i profilaktyki otyłości w Polsce. Wiemy, że pacjenci mają dość duże problemy

z otyłością. Tak że myślę, że dojdziemy do jakichś wniosków. Jeżeli państwo będziecie chcieli, żeby sformułować pewne sugestie do ministerstwa czy narodowego funduszu, to prosiłbym, żeby już po posiedzeniu komisji, w ciągu dwóch tygodni przysłać na nasz adres mailowy dezyderaty, nad którymi się pochylimy i może coś konkretnego z tego się urodzi. Samo spotkanie i porozmawianie tylko o problemach ludzi otyłych jest oczywiście bardzo ważne, ale chcemy, żeby wyniknęły z tego jakieś konkretne wnioski.

Tak więc, żeby nie przedłużać, oddaję głos panu profesorowi. Proszę o wprowadzenie. Potem poprosimy o kolejne wystąpienia.

Kierownik Kliniki Chirurgii w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej Mariusz Wyleżoł:

Panie Senatorze, przede wszystkim dziękujemy za możliwość ponownego spotkania w stosunkowo krótkim czasie, bo w perspektywie pracy Senatu i Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej trzyletni odstęp między jednym i drugim spotkaniem to niewiele. To jest dosyć szybkie tempo organizowania spotkań.

Proszę państwa, stwierdziliśmy w Polskim Towarzystwie Badań nad Otyłością, że z perspektywy mieszkańca dużego miasta, w szczególności miasta akademickiego, czyli z perspektywy większości z nas jak tu siedzimy, pacjenci chorujący na otyłość mają zapewnioną właściwą opiekę medyczną. Nawet jeżeli ona nie jest realizowana przez lekarzy specjalizujących się w leczeniu otyłości czy też przez poradnie zajmujące się leczeniem otyłości. Pacjenci chorujący na otyłość mogą bowiem liczyć na pomoc lekarzy specjalistów i poradnie specjalizujące się w leczeniu powikłań otyłości, takich jak cukrzyca, na poradnie diabetologiczne, poradnie kardiologiczne, hipertensjologiczne i zapewne jeszcze wiele, wiele innych. Jednak kiedy dosłownie wyruszymy za Warszawę czy też z jakiegokolwiek wielkiego miasta kilkanaście kilometrów dalej i przyjrzymy się bliżej temu zagadnieniu, to myślę, że się okaże, że pacjenci chorujący na otyłość praktycznie są pozbawieni opieki medycznej nawet w tym zakresie, tzn. w zakresie leczenia powikłań, nie mówiąc już o chorobie pierwotnej. Dlatego też dzisiejsze spotkanie, proszę państwa, roboczo zatytułowaliśmy „Los pacjenta chorującego na otyłość w Polsce powiatowej”.

Co jakiś czas przetaczają się przez media sensacyjne informacje, które wzmagają zainteresowanie i uwagę społeczeństwa, jak chociażby ostatnia, kwietniowa, o nieza kwalifikowaniu pacjenta, z powodu otyłości olbrzymiej, ważącego 160 kg, do operacji żyłaków kończyn dolnych. Niestety taka sensacja szybko przemija i mamy wrażenie w Polskim Towarzystwie Badań nad Otyłością, podobnie jak mają ją współpracujące towarzystwa i organizacje, że taka informacja niewiele zmienia w opiece medycznej nad pacjentami chorującymi na otyłość. Jeżeli...

(Brak nagrania)

**Kierownik Kliniki Chirurgii
w Wojskowym Instytucie
Medycyny Lotniczej
Mariusz Wyleźół:**

Przepraszam.

Przynajmniej w najbliższym czasie nie ma szans na to, żeby takie badanie przeprowadzić. Może to oznaczać, że w Polsce umiera około kilkunastu tysięcy chorych rocznie z powodu nieleczenia tej choroby, będącej, tak jak już wspominałem, przyczyną licznych innych powikłań czy też chorób. Dlatego też dziękuję państwu za zorganizowanie tego spotkania. A Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, reprezentowane przez panią profesor Magdalenę Olszanecką-Glinianowicz, prezesa Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, poprosiło o przedstawienie państwu tego zagadnienia przez panią profesor Ostrowską, wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, kierownika Zakładu Dietetyki i Żywienia Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku; panią Magdalenę Gajdę, prezesa Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA; panią doktor Elżbietę Tomiak, członka zarządu Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce; pana doktora Piotra Szenka, dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego w Sochaczewie; pana doktora Krzysztofa Rzewuskiego, ordynatora Oddziału Ortopedii Szpitala Powiatowego w Sochaczewie; oraz pana profesora Pawła Piątkiewicza, kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Endokrynologii na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Proszę teraz o zabranie głosu panią profesor Olszanecką.

**Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa
Badań nad Otyłością
Magdalena Olszanecka-Glinianowicz:**

Szanowni Panowie Senatorowie...

(Głos z sali: ...i Panie Senator.)

...i Panie Senator! Przepraszam.

Bardzo dziękuję za to, że mogliśmy się tutaj spotkać.

Myszę, że bardzo dużo można mówić o tym, jaki jest los chorego na otyłość w Polsce. I nie tylko w Polsce, bo również na świecie. Przede wszystkim należy jednak zadać pytanie: czy w XXI wieku, gdy liczba zachorowań na otyłość rośnie w bardzo szybkim tempie, możemy sobie pozwolić na lekceważenie profesjonalnego leczenia tej choroby?

Proszę państwa, nawet w gronie medycznym często mówi się, że otyłość to jest problem, czynnik ryzyka, ale na szczęście w ciągu ostatnich 5 lat ten pogląd się trochę zmienia. Coraz częściej różni specjaliści mówią, że jest to choroba. Coraz częściej również w mediach mówi się, że jest to choroba. Ale musimy sobie zdać sprawę z tego, że otyłość nie jest chorobą metaboliczną, tak jak jeszcze do niedawna ją umiejscawiano w podręcznikach medycyny. Nie jest spowodowana nadmiarem tkanki tłuszczowej, bo to z kolei jest efektem innych czynników. I nie jest też wyłącznie winą chorego. Tymczasem wszyscy mówią tak: jedz mniej, więcej się ruszaj, sprawa jest prosta. Gdyby była tak prosta, to zachorowań na otyłość nie byłoby tyle, ile jest.

Proszę państwa, otyłość jest chorobą przewlekłą bez tendencji do samoistnego ustępowania. I to jest bardzo ważny element z definicji WHO. Jest chorobą o złożonej etiologii, w której odgrywają rolę bardzo złożone czynniki, zarówno środowiskowe, jak i psychologiczne, zaburzenia osi hormonalnych regulujących pobór pokarmu. I ta złożoność czynników, która wpływa na rozwój otyłości, powoduje, że jej leczenie wcale nie jest takie proste, jak mogłoby się powszechnie wydawać.

Proszę państwa, jak wygląda sytuacja epidemiologiczna w Polsce? Szacuje się, że do roku 2035 – moim zdaniem to są prognozy bardzo optymistyczne – częstość zachorowań na otyłość w Polsce zwiększy się do 33%. Tak wynika z badania WOBASZ II. Tak jak powiedziałam, to jest bardzo optymistyczna prognoza, ponieważ w ciągu ostatnich 10 lat od czasu przeprowadzenia badania WOBASZ I częstość zachorowań na otyłość w dorosłej populacji Polski wzrosła o 7% – z 20% w roku 2005 do 27% w roku 2015. Mamy różne dane epidemiologiczne, ale moim zdaniem WOBASZ jest najbardziej wiarygodnym badaniem epidemiologicznym, jakie w Polsce w tym zakresie przeprowadzono. Co więcej, odsetek chorych na cukrzycę typu drugiego zwiększył się z 6% do 12%. Czyli będzie stu procentowy wzrost zachorowań na to najczęstsze powikłanie otyłości. Odsetek chorych na nadciśnienie tętnicze zwiększył się z 32% do 50%. To jest kolejne najczęstsze powikłanie otyłości.

Czy zatem Polskę stać na to, żeby nie leczyć otyłości na poziomie co najmniej powiatowym? Proszę państwa, my leczymy powikłania. Tak jak powiedział przed chwilą pan profesor Wyleźół, w miastach akademickich chorzy na otyłość mają dostęp do poradni specjalistycznych, w których leczy się powikłania otyłości. I to jest bardzo dobrze, ale nie do końca tak dobrze, jak powinno być, ponieważ leczymy tylko skutki, nie leczymy przyczyny. A myślę, że naszego systemu nie stać na to, żebyśmy leczyli wyłącznie skutki, nie lecząc przyczyn.

Jakie są koszty związane z leczeniem otyłości? To są koszty bezpośrednie, koszty pośrednie i jest jeszcze wiele innych elementów z tym związanych. Koszty bezpośrednie to są wydatki na opiekę medyczną, badanie lekarskie, hospitalizację, leki, rehabilitację, wydatki związane z prewencją i leczeniem powikłań otyłości. Tak naprawdę mamy w Polsce jedno dane odnośnie do leczenia jednego z powikłań otyłości i to jeszcze pochodzące sprzed paru lat. To są dane o kosztach leczenia cukrzycy typu drugiego, zarówno kosztach bezpośrednich, jak i pośrednich. Na podstawie tych danych można stwierdzić, że naszego

systemu nie stać na to, żeby nie leczyć przyczyn. Koszty pośrednie to są straty w produktywności indywidualnej i społecznej, wydatki związane ze zwolnieniami lekarskimi, wydatki na renty zależne od otyłości i inne, związane z jej wpływem na inwalidztwo, to jest też nadumieralność subpopulacji osób otyłych w młodym wieku. Proszę państwa, nie mamy w Polsce danych, jaki jest odsetek osób, które w młodym wieku przechodzą na rentę z powodu otyłości i jej powikłań. W Szwecji są gromadzone takie dane. Wśród kobiet jest bardzo duży odsetek tych, które ze względu na niepełnosprawność spowodowaną otyłością przechodzą na rentę między czterdziestym a sześćdziesiątym rokiem życia. Kolejne koszty, które ponosimy z tego tytułu, że nie leczymy przyczyny, tylko skutki, są straty wynikające z braku optymalizacji wydatków w stosunku do wyników prewencji. To są koszty nieprawidłowości inwestowania.

Proszę państwa, cały czas mówimy o zapobieganiu otyłości. W narodowym programie zdrowia, który Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością niedawno dostało do konsultacji, było bardzo dużo o prewencji. Niestety, w odpowiedzi na pismo, które skierowałam do ministerstwa, otrzymałam informację, że nasze podejście nie mieści się w ramach działań planowanych w narodowym programie zdrowia.

Proszę państwa, prewencja jest bardzo ważna. Oprócz posiadania specjalności klinicznych jestem też specjalistą zdrowia publicznego. I naprawdę przez te 10 lat, ponad 10 lat, odkąd jestem specjalistą zdrowia publicznego, staram się rozumieć tę dziedzinę w różnych aspektach. Kiedy bywam w innych częściach świata, również staram się zapoznawać z tym, jak tam wygląda podejście do zdrowia publicznego. I zdaję sobie sprawę z tego, że najtańsza jest prewencja, że promocja zdrowia i profilaktyka to są najlepsze działania. W Polsce przez całe lata prowadzimy działania prewencyjne, ale efekty są takie, że częstość zachorowań na otyłość wzrosła z 20% do 27%. Czy więc środki, które kierujemy na prewencję, są właściwie wydawane? Przyznam się, że w ramach Agencji Oceny Technologii Medycznych konsultowałam pewne programy, które są realizowane w Polsce, i nie oceniłam ich pozytywnie. Dlaczego? Dlatego że instytucje, które je prowadzą, w żaden sposób nie rozliczają wcześniej wydanych środków. Zdaję sobie sprawę z tego, że promocja zdrowia i również profilaktyka często dają efekty dopiero po latach. Ale skoro nie ma żadnego sposobu rozliczania środków wydawanych na programy prewencji, skoro tylko myślimy o tym, że coś zrobiliśmy, to uważam, że wydajemy publiczne pieniądze niekoniecznie we właściwy sposób. Może warto część dużych środków przeznaczonych na prewencję skierować również na profilaktykę trzeciego rzędu, czyli leczenie choroby i jej powikłań? Bo profilaktyka to również leczenie choroby i jej powikłań.

Kolejny aspekt związany z rozważaniem, czy stać nas to, żeby nie leczyć otyłości, to są straty wynikające z nieopłacalnej relacji nakładów do korzyści, czyli straty powodowane przez niezyskiwanie korzyści społecznych, kulturowych, psychologicznych i edukacyjnych mimo wysokich nakładów na zapobieganie otyłości w wymiarze populacyjnym.

Proszę państwa, tak jak powiedziałam, zapobieganie otyłości w wymiarze populacyjnym to nie tylko edukacja. Gdyby edukacja była jedynym elementem zapobiegania otyłości, to na konferencjach, np. dla dietetyków, na których bywam, gdzie na sali siedzi 300–400 osób, specjalistów w tej dziedzinie, nie zdiagnozowałabym otyłości u 50, powiedzmy, osób. A otyłość można zdiagnozować w części przypadków wizualnie. Tak więc edukacja jest bardzo ważnym elementem zapobiegania otyłości, ale niejedynym. Musimy w końcu zdać sobie z tego sprawę. Ważne jest wyrabianie pewnych nawyków od dzieciństwa. Programy, które są prowadzone od lat – widzę tutaj pana ministra, który patronuje programom w ramach działalności Sanepidu, skierowanym do dzieci – to jest bardzo cenna inicjatywa, ale to jest jeden z elementów działania i na pewno niejedyny, który może spowodować, że my uzyskamy całokształt efektu. Nie możemy też patrzeć w ten sposób, że tylko profilaktyka się liczy. Wziąwszy pod uwagę liczbę chorych wśród młodzieży, dzieci i dorosłych, nie możemy być nastawieni wyłącznie na działania profilaktyczne w zakresie otyłości.

Jakie są skutki otyłości? Nadwaga i otyłość spowodowały w roku 2010 około 3–4 milionów zgonów. Pozwolę sobie zacytować tutaj pana profesora Wyleżoła, który powiedział, że gdyby w kartach zgonu pisać prawidłowe rozpoznania, to pierwotną przyczyną śmierci powinna być otyłość, a jest np. zawał mięśnia sercowego. Trudno zidentyfikować, co tak naprawdę jest pierwotną przyczyną. Otyłość to 3–9% utraconych lat życia. To też jest bardzo ważne. Chorzy otyli żyją zdecydowanie krócej. Można także powiedzieć, że otyłość oznacza 3–8% lat życia skorygowanych niepełnosprawnością. Czyli generalnie te osoby dużą część życia spędzają w niepełnosprawności. Dziękuję bardzo.

Przekazuję głos pani wiceprezes.

Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Lucyna Ostrowska:

Wszystkich państwa witam bardzo serdecznie.

Reprezentuję ośrodek akademicki w Białymstoku. Z perspektywy pracownika naukowego, ale też praktyka, chciałabym państwu powiedzieć, jak wygląda albo jak powinna wyglądać współpraca z pacjentem otyłym w środowisku akademickim. Oczywiście nie ma to nic wspólnego z pracą nad otyłością, jeśli chodzi o NFZ, ponieważ...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Przerwę na chwilę.

Proszę się przedstawić, bo jest transmisja internetowa, ludzie oglądają i...

(Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Lucyna Ostrowska: Przepraszam.)

...nie wiedzą, kto zabiera głos.

(Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Lucyna Ostrowska: Przepraszam serdecznie.)

Tak więc proszę się przedstawiać. Dobrze?

Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Lucyna Ostrowska:

Lucyna Ostrowska, reprezentuję Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Jestem wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością.

Przepraszam. Myślałam, że skoro jest napisane i byłam przedstawiona...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Głos z sali: ...Kamera nie jest... Nie widać...)

Jasne. Oczywiście. Przepraszam serdecznie.

Chcę powiedzieć, że leczenie otyłości wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Już się przekonaliśmy, że jeden lekarz i jeden dietetyk nie są w stanie wyleczyć tej choroby ani w ogóle się podjąć leczenia. W systemie współpracy z pacjentem otyłym jest potrzebny lekarz dietetyk, jest potrzebny fizyoterapeuta, jest potrzebny również chirurg jako podsumowanie nieskuteczności leczenia zachowawczego. A po operacji bariatrycznej znowu jest potrzebny lekarz i znowu jest potrzebny dietetyk, jest potrzebny fizyoterapeuta.

Na schemacie narysowałam również kluby wsparcia pacjentów otyłych. Jest to niezmiernie istotne. Wydaje mi się, że w dużych ośrodkach akademickich takie kluby istnieją. W Białymstoku działa Klub Kwadransowych Grubasów. To jest potężny klub, pracujący od wielu lat, który daje ogromne wsparcie tym, którzy go potrzebują.

Jak w ośrodku akademickim rozwiązujemy problem leczenia otyłości? Jest to działalność statutowa uczelni, czyli działalność naukowa i dydaktyczna. W zasadzie do współpracy potrzebujemy wielu zakładów i klinik. Pacjent, który jest pacjentem szpitalnym, powiedziałabym, czyli jest objęty leczeniem szpitalnym, ma szansę skorzystania – na zasadzie naszej dobrej woli, współpracy naukowej, współpracy koleżeńskiej – z konsultacji. Tak naprawdę potrzebujemy lekarza rodzinnego przede wszystkim po to, żeby razem z dietetykiem pracował głównie nad profilaktyką. I dlatego jest potrzebna współpraca z moim zakładem, którym kieruję, czyli Zakładem Dietetyki Żywienia Klinicznego naszego uniwersytetu. Potrzebni są również, jeśli pojawiają się powikłania, kardiolog, nefrolog i diabetolog. I z takimi klinikami ściśle współpracujemy. Potrzebny jest też chirurg bariatryczny, chirurg metaboliczny. Dlatego współpracujemy z ośrodkiem chirurgicznym. Niestety i stety otyłość bardzo często jest powikłana również zaburzeniem ośrodka sytości i głodu. Jest to również częste powikłanie u pacjentów psychiatrycznych, u których stwierdza się współistnienie otyłości. W zasadzie to jest najtrudniejsza grupa pacjentów, która ma chyba najmniejsze wsparcie, jeśli chodzi o powszechną służbę zdrowia, bo to są pacjenci trochę niczyi. Lekarz rodzinny się ich obawia, do psychiatry trafiają w momencie zaostrzenia choroby, a tak naprawdę są sami. Leki psychotropowe bardzo rozregulowują łaknienie, zwłaszcza właśnie ośrodek sytości i głodu. U tych pacjentów jest najwięcej cech zespołu metabolicznego, najwięcej otyłości olbrzymiej i najwięcej problemów z leczeniem samej otyłości, nie tylko olbrzymiej.

Potrzebny jest nam także rehabilitant. Pracujemy z kompleksem rehabilitacji, ale też współpracujemy z klubami fitness, które podpisały umowę z uczelnią na rzecz współpracy naukowej w ramach prowadzenia pacjentów otyłych.

Chcę tu powiedzieć, że kiedy dzwoni do mnie, jako kierownika zakładu dietetyki, a to się często zdarza, pacjent z powiatu, z terenu, ze wsi, który nie jest w żadnym programie naukowym ani nie jest objęty żadną działalnością dydaktyczną, i prosi o pomoc, to niestety, nie jestem w stanie mu jej udzielić i nie mam też gdzie go skierować. Dziękuję.

Kierownik Kliniki Chirurgii w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej Mariusz Wyleżół:

Może będę wprowadzał poszczególne osoby.

Proszę państwa, poprosimy o teraz głos panią Magdalенę Gajdę. Pani Magda Gajda jest prekursorem zwalczania weightismu w naszym kraju, czyli dyskryminacji osób chorujących na otyłość. Myślę, że państwo nawet nie zdajecie sobie sprawy ze skali tego problemu.

Bardzo proszę.

Prezes Zarządu Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA Magdalena Gajda:

Dobrze. Włączyłam.

Witam państwa bardzo serdecznie!

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Przepraszam, że siedzę tyłem, ale nie za bardzo wiem, jak się ustawić. Spróbuję mówić do mikrofonu tak głośno, żeby wszyscy mnie słyszeli.

Jak pan profesor już powiedział, nazywam się Magdalena Gajda. Pan profesor często prosi, żebym jeszcze dopowiadała, że jestem chora na otyłość olbrzymią. Waga wyjściowa 136 kg, waga obecna, po zabiegu chirurgicznego leczenia otyłości w 2010 r., 78 kg.

Bardzo dziękuję za zaproszenie państwu, panu profesorowi i Polskiemu Towarzystwu Badań nad Otyłością. Wspólnie z koleżanką mamy okazję występować w tym gronie po raz drugi. Pierwszy raz byliśmy tu w 2013 r.

Poproszę o slajd.

Do słownie w dwóch, trzech zdaniach przedstawię, co się wydarzyło od tamtego roku. W lutym 2013 r., podczas posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia po raz pierwszy zwróciliśmy uwagę na istnienie w Polsce dyskryminacji, wszelkich form dyskryminacji osób chorych na otyłość, zwłaszcza na otyłość olbrzymią i skrajnie olbrzymią, różne formy wykluczenia i stygmatyzacji tej grupy chorych. Kilka miesięcy po naszym wystąpieniu „Gazeta Wyborcza” bardzo się zainteresowała tym tematem i ukazał się artykuł, o którym wspominam nie bez przyczyny, bo on się stał przyczynkiem publicznej dyskusji i debaty na temat pozycji, roli, miejsca osób chorych na otyłość w polskim społeczeństwie. Wspólnie z panem profesorem niecały rok później wystąpiliśmy do rzecznika praw obywatelskich o przeprowadzenie pierwszych w Polsce badań antydyskryminacyjnych, dotyczących dostępu osób chorych na otyłość olbrzymią i skrajnie olbrzymią do opieki medycznej. I nawet nie to, że wniosek został odrzucony, on po prostu nie został przyjęty do realizacji ze względu na brak środków. A ponieważ do mnie, jako społecznego rzecznika praw

osób chorych na otyłość, zaczęło docierać w tym czasie bardzo dużo sygnałów od samych chorych, próśb o pomoc, zaistniała potrzeba, aby powołać jakiś podmiot prawny, który by wspierał nasze działania. W ten sposób powstała Fundacja Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA.

I teraz dygresja. Często to tłumaczę. Większość osób, kiedy słyszy: Fundacja Osób Chorych na Otyłość, pyta: to wy się zajmujecie odchudzaniem? A ja odpowiadam: nie, my się nie zajmujemy odchudzaniem. My chcemy przywrócić naturalny porządek rzeczy, tzn. żeby tzw. odchudzaniem, czyli leczeniem choroby otyłości, zajęli się w Polsce lekarze. W Polsce i w Europie, bo dzięki uprzejmości Polskiego Towarzystwa Badań na Otyłością nasza fundacja reprezentuje Polskę w Europejskiej Radzie Pacjentów Chorych na Otyłość. Chwałę się tym faktem, proszę państwa, ponieważ Polska jest piątym krajem w Unii Europejskiej, który posiada własną organizację pacjencką reprezentującą ruch na rzecz obrony praw obywatelskich, praw człowieka i praw pacjentów chorych na otyłość.

Pan profesor Wyleżół wspominał tu o wielu materiałach prasowych, które ukazują się od tamtego czasu, a dotyczą właśnie dostępu osób chorych na otyłość olbrzymią i skrajnie olbrzymią do opieki medycznej, do leczenia. Pozwolę sobie przypomnieć tylko jeden taki przypadek, dosyć znaczący w historii naszego ruchu. Mianowicie w marcu ubiegłego roku został wyemitowany w „Ekspresie Reporterów” reportaż na temat pacjentki ważącej ponad 250 kg, która była wożona od jednego szpitala do drugiego w województwie zachodniopomorskim i przez żaden szpital nie została. Ona zmarła w trakcie realizacji tegoż reportażu. Zwrócono się po tym zdarzeniu do rzecznika praw pacjenta o przygotowanie monitoringu dostosowania placówek medycznych do naszych potrzeb. Taki monitoring został przeprowadzony, wojewodowie przysłali swoje raporty. Raport zbiorczy oczywiście jest na stronie rzecznika praw pacjenta, ale do tej pory on jest mocno niedoskonały. Państwo są fachowcami, więc tylko zwrócę uwagę np. na jedną kuriozalną sprawę. Chodzi o rezonanse magnetyczne i tomografy komputerowe. Rezonansów mamy w Polsce, chwala Bogu, 32 sztuki o nośności nawet do 250 kg. Wojewodowie się chwalą, że mają takie potężne tomografy. Tylko że średnica otworów w tych tomografach jest w granicach maksimum 70 cm. W związku z tym nie można w nich zbadać chorego otyłego.

Mogę poprosić o następny slajd, Panie Profesorze?

Nasze spotkanie dotyczy leczenia i opieki medycznej. Nie będę więc omawiać wszystkich przejawów dyskryminacji i stygmatyzacji osób chorych na otyłość w Polsce. Niewątpliwie tym, co nam utrudnia jakiegokolwiek działania, jest wciąż istniejący stereotyp, że ten, kto jest gruby – nawiązując do tego, co panie doktor powiedziały – sam jest sobie winien, bo powinien się więcej ruszać, mniej jeść. Ja nie wiem, czy państwo jako eksperci... My często prosimy, aby państwo, pani profesor czy pan profesor, udzielili wywiadów, dawali komentarze do tego, co się dzieje w Polsce à propos leczenia otyłości. Nie wiem, czy państwo czytali komentarze, które znajdują się później pod tymi wywiadami, pod tymi tekstami. Kilka tygodni temu, kiedy udzieliłyśmy wywiadu do „Gazety Prawnej”, pojawiły się komentarze w stylu „a niech zdychają tłuste

knury, ze świniąmi najlepiej, do piachu”. Kiedy się zwróciłam o zdjęcie tychże komentarzy, usunięcie ich z portalu, usłyszałam, że nie ma w nich nic zdroźnego, a każdy ma prawo do wypowiedzenia własnej opinii.

Na świecie, proszę państwa, już coraz częściej się mówi o tym, że weightism, o którym wspominał pan doktor, czyli dyskryminacja ze względu na nadwagę i otyłość, powinien być tak samo ścigany i tak samo karany jak rasizm. W Wielkiej Brytanii wprowadzono już odpowiednie rozwiązania. I jeżeli np. ktoś zostanie obrażony na ulicy, wyzwany od grubasów, może spokojnie zadzwonić na policję i zgłosić przestępstwo z nienawiści, a policja ma obowiązek, żeby się tą sprawą zająć. U nas jest do tego, niestety, jeszcze bardzo daleko.

Inne obszary wykluczenia. Wskażę tylko na obszar prawa, ponieważ nie muszę państwu tłumaczyć, że chorzy na otyłość, jako chorzy i jako osoby niepełnosprawne, nie zostali wymienieni właściwie w żadnym dokumencie – czy to polskim, czy to Unii Europejskiej, czy światowym. Nie wspomniano o nas ani w konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, ani nie wspomina się o nas w żadnym dokumencie Unii Europejskiej, oprócz jednego – dyrektywy dotyczącej równego dostępu do zatrudnienia, w której mowa o tym, że w niektórych przypadkach otyłość może być uznana za niepełnosprawność. Półtora roku temu ta dyrektywa wzbudziła wielką konsternację i szok, oburzano się, że co to będzie, kiedy zaczniemy uznawać chorych na otyłość za niepełnosprawnych i jeszcze ich dofinansowywać. Niestety takie podejście wyklucza nas chorych z systemu wsparcia socjalnego i społecznego. Nie możemy po prostu z niego korzystać.

Skupię się teraz na informacjach, które docierają do naszej fundacji od samych pacjentów, a dotyczą form wykluczenia, jeśli chodzi o dostęp do diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, opieki nad chorymi na otyłość. Bo taki jest nasz cel, chcemy doprowadzić do tego, aby w Polsce powstał system złożony z tych elementów. Wspominałam już 3 lata temu o tym, że w placówkach medycznych – czy to w przychodniach, czy to w szpitalach – brakuje sprzętu do podstawowej diagnostyki, czyli wag i ciśnieniomierzy. Ta sytuacja, niestety, się nie zmieniła. Cały czas apelujemy do menadżerów... Tutaj się kłaniam w stronę pana dyrektora, bo pewnie w jego placówce takie urządzenia już są, ale niestety, bardzo często się zdarza, zwłaszcza w placówkach na poziomie lokalnym, że w karcie pacjenta jest wpisywana waga orientacyjna, na podstawie wywiadu z rodziną. Nie muszę tutaj tłumaczyć państwu, którzy są lekarzami, że to powoduje mnóstwo kłopotów w późniejszym leczeniu. Bo jak, chociażby, dawkować leki? Za chwilę będziemy o tym mówić.

Brak dostępu do specjalistycznych urządzeń diagnostycznych. Wspominałam już o raporcie rzecznika praw pacjenta. Raport wymaga cały czas intensywnego monitoringu i uzupełniania. To jest kolejna nasza bolączka, chociaż przyznaję, że czasami jak rozmawiam z panem profesorem, to mówię, że z punktu widzenia pacjenta dla mnie najważniejsze jest łóżko pacjenckie. Nie za bardzo mnie obchodzi, na czym chirurdzy zoperują pacjenta. Mnie bardziej interesuje to, czy on będzie mógł leżeć swobodnie i się rehabilitować, leczyć w szpitalu na łóżku, a nie na podłodze, tak jak to ma miejsce w wielu przypadkach osób z otyłością skrajnie

olbrzymią. Dwa lata temu mieliśmy w Świdnicy przypadek pana, który sześć tygodni leżał na OIOM-ie na podłodze, ponieważ nie było dla niego odpowiedniego łóżka.

Następna sprawa, która nas boli, to jest brak prawidłowej opieki nad chorymi ze strony personelu. Nie tylko o łóżka nam chodzi, o których przed chwilą wspominałam, lecz także o zasady opieki. I to nie jest tak, proszę państwa, że chcemy teraz wskazywać... Opieka nad osobą, która jest chora na otyłość olbrzymią i skrajnie olbrzymią, jest niebywale odpowiedzialna i zagraża również zdrowiu osoby, która się tym pacjentem opiekuje. Personel, który opiekuje się pacjentami o takiej wadze, powinien mieć nie tylko odpowiedni sprzęt, lecz także odpowiednią wiedzę, w jaki sposób sprawować opiekę, żeby sobie przede wszystkim nie zrobić krzywdy. Pielęgniarki dzwonią do nas i się skarżą, że je krytykujemy w licznych artykułach, w licznych wypowiedziach, a one po prostu nie wiedzą, jak mają postępować z pacjentem otyłym, bo nikt ich tego nie nauczył.

Jest też bardzo przykra dla nas sprawa, czyli nastawienie personelu. Były do nas składane skargi, że odbywają się, przepraszam za to słowo, tu w złym znaczeniu, pielgrzymki niemalże, całe wycieczki na oddziały szpitalne, żeby obejrzeć tę grubą, co waży ponad 200 kg. Robi się zdjęcia z ukrycia, pokazuje na portalach społecznościowych, żeby szykanować takiego pacjenta. Staramy się interweniować w takich przypadkach, ale sama interwencja jednorazowa nie wystarczy. Myślę, że po prostu jest potrzebna edukacja w tym zakresie. Jestem przekonana, że w wielu przypadkach brakuje dobrej woli samych opiekunów.

Kolejna sprawa, kolejnych kilka problemów, które niedawno odkryliśmy. Tak naprawdę ciągle je odkrywamy. Właściwie każdy obszar życia społecznego, którego dotykamy, jest niezapisaną kartą. Tak więc odkryliśmy niedawno, że w całej Polsce nie ma wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, czyli wózków inwalidzkich, wózków toaletowych, podnośników, chodzików, kul, balkoników o nośności powyżej 120 kg. Dzwoni do nas człowiek i mówi: ważę 180 kg, muszę jechać na badania, a nie mam wózka, nie mam jak się dostać na te badania. Czy macie taki wózek? To my dzwoniemy do firm komercyjnych, a tam nam mówią: ściągniemy go dla was zza granicy. Ale to kosztuje ponad 30 tysięcy za jeden wózek. Nie stać nas na to.

Kolejny nasz ból to jest brak refundacji zabiegów plastycznych dla osób po redukcji wagi ciała. Jeżeli ktoś chudnie, tak jak ja czy obecna tutaj obok mnie koleżanka, w ciągu pół roku 50 kg, 70 kg albo więcej, to zostaje zwisająca skóra. Jej usunięcie nie jest jakimś naszym wdzimisię, tylko koniecznością, pozwala nam wrócić do normalnego życia społecznego, zawodowego, osobistego i intymnego. Uważamy, że zabiegi plastyczne po leczeniu otyłości, zwłaszcza po zabiegach chirurgii bariatrycznej, powinny być kontynuacją leczenia i powinny być refundowane przez NFZ.

Następna nasza bolączka to jest brak regulacji prawnych dotyczących promocji środków odchudzających. Ostatnia rekordzistka... Państwo z pewnej firmy zarzekali się, że jeżeli kupię ich środek, to schudnę w ciągu miesiąca 36 kg. Nie wiem, co państwo na to, ale ja uważam, jako pacjentka, że takie komunikaty zagrażają zdrowiu i życiu, i powinny być natychmiast usuwane z przestrzeni medialnej. Niestety

jest tak, że kiedy ktoś chce zareklamować środek i płaci za to pieniądze, to media się nie zastanawiają, po prostu publikują, bo za tym stoi reklamodawca, za tym stoją pieniądze. Nie oszukujmy się, często te środki to zwykle placebo, sok z buraka. Jak powiedziała wczoraj Joanna – przepraszam, że cię zacytuję, ale bardzo mi się to spodobało – jedyne co skutecznie odchudzają, to są nasze portfele, proszę państwa, ale na pewno nie wpływają na poziom tkanki tłuszczowej. Nie mówię już o środkach niebezpiecznych. Rynek kwitnie i cały czas dostajemy nowe doniesienia od policji, która likwiduje kolejne fabryczki, zatrzymuje dystrybutorów nielegalnych środków odchudzających. Mieliśmy już kilka przypadków zgonów z powodu ich zażycia.

Kolejna sprawa, całkiem niedawno odkryta. Brakuje procedur ratowniczych na potrzeby osób chorujących na otyłość skrajnie olbrzymią, czyli, powiedzmy, ważących powyżej 150 kg. Kiedy taki chory utknie nawet we własnym domu, we własnej wannie, wzywa się do niego wszystkie trzy służby ratownicze: straż pożarną, policję i pogotowie. I wszystkie trzy rozkładają ręce, ponieważ nie wiedzą, co z takim chorym zrobić.

I ostatnia sprawa w mojej wypowiedzi. Brakuje procedur przewozu zwłok i pochówku osób z otyłością skrajnie olbrzymią. Powiem tutaj coś może bardzo brutalnego, ale prawda jest taka, że firmy zajmujące się pogrzebami w Polsce najszybciej się dostosowują do tej sytuacji, ponieważ one stają przed koniecznością pochowania zmarłego i muszą wiedzieć, jak to robić. Tak że często jest tak, że rodziny zmarłych pacjentów chorych na otyłość skrajnie olbrzymią dzwonią do nas i mówią: przyjechała firma pogrzebowa i powiedziała, żeby się nie martwić, bo oni mają doświadczenie w pochówku takich osób, że wszystko załatwią tak jak trzeba. Niestety zdarzają się też takie przypadki, jak ostatnio w jednym z miast Wielkopolski, gdzie do przewożenia zwłok został użyty taki samochód, jakim transportuje się konie do rzeźni. Chcieliśmy zgłosić sprawę do prokuratora w związku z bezczeszczeniem zwłok, ale rodzina wycofała się ze składania skargi z obawy przed ostracyzmem społecznym.

Czy mogę prosić, Panie Profesorze, o slajd?

Chciałabym przedstawić państwu moją koleżankę, panią Joannę Drozd, która jest liderem grup wsparcia w fundacji OD-WAGA. Mamy takie grupy już w sześciu województwach. Pani Joanna jest liderem grupy wsparcia na Podkarpaciu. To jest jedyne województwo w całej Polsce, które nie ma jeszcze żadnego ośrodka chirurgicznego leczenia otyłości. Chciałabym, żeby Joanna podzieliła się z nami swoimi doświadczeniami. Tutaj ukłon w stronę pani doktor, ale będziemy mówić przede wszystkim o lekarzach pierwszego kontaktu, dlatego że to, co najbardziej hamuje nas, samych chorych, to jest brak, niestety, wiedzy o chorobie otyłości i metodach jej leczenia u lekarzy, do których trafiamy w pierwszej kolejności, czyli lekarzy rodzinnych, lekarzy internistów i lekarzy pierwszego kontaktu. Dziękuję państwu bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Prosiłbym tylko o bardziej zwarte wypowiedzi, bo czas, niestety, mamy ograniczony, a jeszcze chcemy troszkę podyskutować o bardzo ważnych sprawach. Dziękuję.

Lider Grupy Wsparcia w Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA

Joanna Drozd:

Dzień dobry.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Spróbuję, może będzie słycać.

Tak jak pani prezes mnie przedstawiła, nazywam się Joanna Drozd. Reprezentuję powiat sanocki w województwie podkarpackim.

Serdecznie dziękuję paniom i panom senatorom za zaproszenie, dziękuję również panu profesorowi.

Moja historia z otyłością zaczęła się w wieku 11 lat, kiedy po badaniach trafiłam do szpitala z nadciśnieniem tętniczym. Wówczas, po dwóch tygodniach konkretnych kompleksowych badań, moi rodzice usłyszeli diagnozę, że jestem za gruba i muszę schudnąć. Rodzice, laicy w tej dziedzinie, próbowali się zorientować w sprawie, ale niestety żadnych konkretnych informacji nie dostali, oprócz tego, że oczywiście trzeba mi ograniczyć spożycie wysokokalorycznych pokarmów i wprowadzić aktywność fizyczną. Udawało się to z mniejszym albo większym skutkiem, ale otyłość towarzyszyła mi przez cały czas, aż do wieku dorosłego. Już jako osoba świadoma swojego problemu, bo jeszcze nie wiedziałam, że jest to choroba, próbowałam we wszelki możliwy sposób znaleźć lekarza, dietetyka, poradnię, która pomogłaby mi konstruktywnie poradzić sobie z moim problemem. Poszłam do swojego lekarza rodzinnego, który powiedział, że jeżeli jem słodczy i żółty ser, to nie schudnę. Gwarantem sukcesu, według niego, jest odstawienie obu tych produktów, wyeliminowanie ich z diety. Próbowałam też znaleźć pomoc w różnego rodzaju placówkach dietetycznych. W Centrum Walki z Otyłością w Rzeszowie odchudzałam się około pół roku, pod kontrolą pani doktor i pani dietetyk, robiłam różne badania. Moja ówczesna waga wynosiła już 108 kg. Pani doktor zaproponowała mi dietę 1200 kalorii, stwierdziwszy, że w tej chwili moja waga i parametry, które wynikały z badań, zagrażają życiu. Otrzymałam dietę 1200 kalorii i w zasadzie na tym polegało uzdrawianie mnie.

Po wielu spotkaniach się z różnymi lekarzami dietetykami, lekarzami podstawowej opieki medycznej, które okazały się nieskuteczne, po prostu się poddałam. Doszłam do wniosku, że problem – bo podkreślałam, że wówczas jeszcze nie wiedziałam, że jestem chora – otyłości musi być bardzo skomplikowany w dzisiejszych czasach, skoro łatwiej jest zrobić przeszczep wątroby, wszczepić rozrusznik w serce, zrobić protezę nogi, przystosować osoby po takich operacjach do życia na nowo. Można im pomóc, a osobie, która ma, powiedzmy, 50 kg tłuszczu za dużo, już nie.

Gdy miałam 35 lat, moja waga osiągnęła już 128 kg. Było mi bardzo źle i ciężko. Byłam świadoma tego, że idę w stronę autodestrukcji. Mojemu lekarzowi rodzinnemu i powiedziałam dosłownie: panie doktorze, proszę mnie ratować, bo już nie wiem, jak mam sobie pomóc. Pan doktor powiedział, że przede wszystkim się zaniegadałam, sama się doprowadziłam do tego stanu i muszę ograniczyć spożycie słodczy. A kiedy sobie poradzę ze słodczymi, to na pewno schudnę. Tak powiedział dosłownie. To jest cytat, powiedział „to schudniesz”.

Tak więc nic z tego nie wynikało, aż do czasu, kiedy cztery lata później, przez przypadek trafiłam do chirurga naczyniowego w jednym z rzeszowskich szpitali, ponieważ miałam problemy z żyłakami. Pan doktor podczas badania trochę się zirytował i zapytał mnie wprost: dlaczego pani się nie ratuje? Na co ja odpowiedziałam: panie doktorze, bardzo chętnie, ale jak? Wówczas, w wieku 39 lat, jako osoba już z otyłością trzeciego stopnia, usłyszałam magiczne dla mnie słowa: chirurgia bariatryczna. Bardzo szybko poszukałam odpowiadającej mi wówczas kliniki, w której mogłabym zrobić potrzebne badania. Pan doktor, z którym się spotkałam w Katowicach w szpitalu na ul. Kolejowej, dał mi listę niezbędnych badań do wykonania.

Tu dygresja. Poszłam do mojego lekarza rodzinnego z prośbą o wypisanie skierowania na te badania. Pan doktor wypisał, ale powiedział: jak chcesz, próbuj, ale to ci też nie pomoże. Taką uzyskałam odpowiedź.

Proszę państwa, to są moje doświadczenia, moje własne. Ale od czasu operacji spotykam się z różnymi osobami, które bardzo często opowiadają mi o swoich doświadczeniach, podobnych. Opowiadają mi o tym, że spotykają się z brakiem możliwości porozmawiania z osobą, która potraktuje ich jak chorych, powie: jesteś chora, trzeba ci pomóc. I mnie, i osób, z którymi rozmawiam, nie traktuje się poważnie. Nas nie traktuje się jak osoby chore, tylko jak osoby leniwe, którym się nie chce, które się same zaniegadały, doprowadziły do kalectwa. I wiele jeszcze innych tego typu porównań się robi. Bardzo często spotykam się z osobami, które się izolują ze społeczeństwa, rezygnują z walki o siebie. Spotykałam się z osobami, które nawet chciały popełnić samobójstwo, bo nie widziały dla siebie możliwości wyjścia z tego, nazwijmy, problemu, a tak naprawdę bardzo poważnej choroby.

Kierownik Kliniki Chirurgii w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej

Mariusz Wyleżół:

Bardzo dziękujemy pani.

(Lider Grupy Wsparcia w Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA Joanna Drozd: Dziękuję ślicznie.)

Poprosimy teraz panią doktor Elżbietę Tomiak, członka zarządu Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Myślę, proszę państwa, że musimy uszanować tutaj prośbę i wyraźną sugestią pana senatora Kraski o to, żebyśmy jednak dali szansę na dyskusję.

Pani Doktor, może byłaby pani uprzejma przedstawić nam, jak to wygląda z punktu widzenia lekarzy rodzinnych.

Członek Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych

Elżbieta Tomiak:

Witam państwa bardzo serdecznie.

Panie Przewodniczący! Panie Senator! Panowie Senatorowie!

Bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie na posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Dziękuję również pani profesor Olszaneckiej oraz profesorowi Wyleżółowi za umożliwienie mi zabrania dzisiaj głosu przed państwem.

Tak jak pan profesor powiedział, nazywam się Elżbieta Tomiak. Jestem członkiem Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych, a jednocześnie praktykującym lekarzem rodzinnym. Pracuję w terenie, w małej miejscowości i tam na co dzień stykam się z pacjentami z problemem nadmiernej masy ciała, nadwagi czy otyłości. Moje zainteresowania dotyczące otyłości wzięły się właśnie z tego, że zauważyłam w swojej codziennej praktyce wielu pacjentów z powikłaniami otyłości, z nadciśnieniem i cukrzycą. Epidemia chorób metabolicznych, chorób układu krążenia jest tak widoczna na poziomie lekarza rodzinnego, że lekarze, którzy się tym przejmują, zauważają, że sprawą wyjściową jest właśnie problem otyłości.

Efektom moich zainteresowań było opracowanie, współtworzenie wytycznych na temat postępowania z pacjentem z nadwagą i otyłością. Miałam przyjemność współpracować z panią profesor Olszańską-Glinianowicz, z panem profesorem Wyleżołem, z panią profesor docent Ostrowską. Tak jak powiedziałam, powstały wytyczne, które wychodzą naprzeciw pewnym oczekiwaniom i lekarzy, i pacjentów.

Poproszę o następny slajd.

Nie jest przesadą powiedzenie, że lekarz rodzinny jest podstawą systemu opieki zdrowotnej, ponieważ konsultuje bardzo szeroki zakres problemów swoich pacjentów, różnych sytuacji zdrowotnych. Wśród nich również i otyłość i nadwagę. Wykonywanie tej specjalizacji ma pewne zalety, mianowicie lekarz rodzinny pracuje z pacjentem w sposób ciągły i kompleksowy, co powoduje, że między nim i pacjentem może się nawiązać długotrwała relacja, a ona z kolei może skutkować właściwym diagnozowaniem zaburzeń masy ciała oraz właściwym postępowaniem z pacjentem z nadwagą i otyłością. Oczywiście pod warunkiem, że lekarz będzie miał odpowiednią wiedzę i nawiąże odpowiednią relację z pacjentem, co w poprzednich wypowiedziach już zabrzmiało.

Proszę następny slajd.

Lekarz rodzinny działa również w pewnych ramach prawnych, które warunkują postępowanie w odniesieniu do profilaktyki promocji zdrowia w różnych aspektach. Zaprezentowałam tutaj państwu rozporządzenie ministra zdrowia z 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane. Dotyczy to w dużej mierze również dzieci, ponieważ profilaktyka u dzieci opiera się na szczepieniach i badaniach bilansowych. Dotarcie do tej populacji jest o tyle proste, że dzieci są przyprowadzane do lekarza rodzinnego bardzo systematycznie. I właśnie przy okazji szczepień i badań przesiewowych można wyłapywać problemy związane z nadwagą, otyłością. W wypadku dorosłych natomiast lekarz rodzinny, działający w pewnych ramach prawnych, może dokonywać pomiarów masy ciała i wzrostu, obliczać BMI, co powinno się wykonywać co trzy lata u osób z nadwagą lub w wieku powyżej 40 lat. Lekarz powinien dać swojemu pacjentowi pewne rady, które uchronią go przed dalszym przyrostem masy ciała. Jednak te działania są w pewien sposób utrudnione, co postaram się państwu wykazać.

Bardzo proszę o następny slajd.

Jeśli chodzi o inne możliwości w ramach praktyki lekarza rodzinnego, czyli to, co oferuje Narodowy Fundusz Zdrowia, to jest program profilaktyczny chorób układu krążenia, w ramach którego wśród różnych badań i innych oznaczeń można też dokonać oznaczenia BMI i w razie nieprawidłowości udzielić krótkiej porady profilaktycznej. Wielu lekarzy rodzinnych korzysta z programów profilaktycznych, które są proponowane na danym terenie, w danej społeczności. Są programy miejskie, powiatowe i gminne. Jest to, oczywiście, uzależnione od możliwości na danym terenie.

Kolejny slajd.

Najistotniejszą sprawą, na którą chciałabym tutaj zwrócić uwagę, jest to, że lekarz rodzinny ma możliwość rutynowego dokonywania pomiarów masy ciała i wzrostu, wyznaczenia BMI przy okazji wizyt pacjenta z różnych powodów. I wtedy może szybko wychwycić i zdiagnozować zaburzenia masy ciała. Może je monitorować, a także motywować pacjenta do zmiany stylu życia. Chcę podkreślić, że krótka porada dietetyczna i promująca aktywność ruchową jest bardzo ważnym elementem w pracy lekarza rodzinnego. Jeżeli lekarz rodzinny sięga po to narzędzie, to w przypadku pacjentów, którzy są zmotywowani do działania, może się spodziewać pozytywnych efektów. Obserwuję to w swojej pracy. Jak powiedziałam, jestem osobą zainteresowaną tą tematyką już od pewnego czasu i korzystam z tych narzędzi w stosunku do swoich pacjentów. Tak że muszę powiedzieć, że są efekty. Oczywiście jest grupa pacjentów, która wymaga, niestety, już bardziej zaawansowanego leczenia i której ja nie jestem w stanie pomóc. Niemniej, stosując proste metody diagnozowania i postępowania z pacjentem, jesteśmy w stanie uzyskać u pewnej grupy osób pozytywne efekty.

Proszę następny slajd.

Tak więc reasumuję, jakie są zadania lekarza rodzinnego w stosunku do pacjenta z problemem nadwagi i otyłości. To jest propagowanie zdrowego stylu życia, sposobu odżywiania, a także aktywności fizycznej. Wydaje mi się, że w przypadku otyłości bardzo istotna jest właśnie aktywność fizyczna. I powinniśmy to podkreślać. Nie tylko leczenie dietetyczne. Bez odpowiedniej aktywności fizycznej nigdy nie uzyskamy prawidłowego efektu w naszym postępowaniu.

To, co tutaj zostało przeze mnie podkreślone, to jest właśnie diagnozowanie nadwagi i otyłości. Lekarz rodzinny jest na pierwszej linii, to on jest w stanie wychwycić te zaburzenia i jego rola jest tutaj nie do przecenienia. Oczywiście może on objąć swoich pacjentów edukacją zdrowotną również z zakresu powikłań wynikających z otyłości oraz na temat korzyści z redukcji masy ciała.

Diagnozowanie powikłań otyłości. To jest jak gdyby pierwsza linia diagnozowania otyłości. Mając do dyspozycji proste badania, jesteśmy w stanie określić, czy pacjent z otyłością ma już powikłania, czy ich nie ma. Oczywiście bardziej skomplikowane badania, czyli kardiologiczne, pulmonologiczne itd., można wykonywać dopiero po wizycie u specjalisty. I bardzo ważne jest właściwe kierowanie pacjentów do specjalistów oraz współpraca z nimi. Może za chwilę jeszcze się do tego odniosę.

Poproszę o następny slajd.

Mając te wszystkie możliwości, lekarz rodzinny, który jest zaangażowany w pracę ze swoimi pacjentami, oczywiście może z nich skorzystać, ale, niestety, napotyka ograniczenia. Jak wiemy, lekarz zajmuje się wielochorobowością, mnóstwem różnych zagadnień dotyczących pacjenta, ale w swoich działaniach jest ograniczony czasem. To jest najważniejsze ograniczenie w praktyce lekarza rodzinnego, czyli ograniczenie czasowe. Zbyt duża liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza, która przekracza często 2750 osób w miesiącu, przekłada się na dużą średnią liczbę wizyt codziennie. Zwykle musi on udzielić 45–50 porad dziennie, a w sezonie zimowym, kiedy są zachorowania infekcyjne, ta liczba wzrasta. To z kolei przekłada się na krótki czas wizyty pacjenta. Jak wiemy, lekarze rodzinni średnio przyjmują co 10 minut. Jesteście państwo w stanie sobie wyobrazić, co lekarz rodzinny może zrobić w ciągu 10 minut. Mimo to wielu moich kolegów i ja również staramy się wszystkie zadania wykonać jak najlepiej, również w stosunku do pacjentów z nadwagą i otyłością.

Są też ograniczenia finansowe. Trzeba zwrócić uwagę na to, że wykonywanie nałożonych rozporządzeniem ministra zdrowia zadań profilaktycznych wiąże się z pewnymi ograniczeniami finansowymi. Ograniczenie, które nie znalazło się na slajdzie, a jest bardzo istotne, polega na tym, że lekarz rodzinny często nie ma do kogo skierować pacjenta z zaawansowanym problemem otyłości. W terenie, tak jak zauważył pan profesor Wyleżoł, to jest bardzo wyraźnie widoczne. Mianowicie zwykle kierujemy pacjentów do odpowiednich poradni, wzięwszy pod uwagę powikłania otyłości, czyli do kardiologa, do pulmonologa, do endokrynologa. Ale tak naprawdę, kiedy mamy pacjenta z otyłością już drugiego albo trzeciego stopnia, i wiemy, że musimy się wesprzeć działaniami specjalistów, to nie mamy jednego miejsca, do którego moglibyśmy go skierować. Pacjent nie od razu ma przecież powikłania, jest etap, kiedy on ma otyłość jeszcze bez powikłań. I wtedy lekarz rodzinny, który nie ma, powiedzmy, czasu – bo to jest, niestety, fakt niepodważalny – na dłuższe rozmowy z pacjentem, nie ma gdzie go skierować.

Można więc powiedzieć, że lekarz rodzinny jest bardzo istotnym elementem w postępowaniu z pacjentem z nadwagą i otyłością. A w związku z tym wymagałby wsparcia, pewnego wsparcia organizacyjnego. Bo gdyby miał czas na profilaktykę, promocję i edukację pacjenta... Oczywiście trzeba wziąć pod uwagę cały zespół pracujący z lekarzem rodzinnym, bo sam lekarz rodzinny nie dokonuje np. pomiarów, tylko ma do pomocy pielęgniarkę rodzinną. Niemniej czasu na rozmowę z pacjentem, na edukowanie go, na przeprowadzanie krótkich porad ma niewiele. Gdyby był czas na tego typu zadania w praktyce lekarza rodzinnego, to myślę, że bardzo by to pomogło w szybkim wychwytywaniu pacjentów z otyłością i można by im skuteczniej pomóc. Poza tym istotne jest danie możliwości właściwego skierowania pacjentów dalej, tak żeby można było ich prowadzić wspólnie ze specjalistą. Tak że myślę, że faktycznie jest duża potrzeba wprowadzenia pewnych rozwiązań, nowych rozwiązań, które poprawią opiekę nad pacjentem z nadwagą i otyłością. Dziękuję.

Kierownik Kliniki Chirurgii w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej Mariusz Wyleżoł:

Bardzo dziękujemy pani doktor.

Panie Senatorze, kilka słów tytułem wytłumaczenia. Nie wiem, czy magia tej sali spowodowała... Zakładaliśmy, że każdy z nas będzie się wypowiadał przez 3–4 minuty. Wszystkie wystąpienia miały się zamknąć w 30 minutach maksymalnie. Może jednak państwo wykażecie jeszcze odrobinę wyrozumiałości. Do uzyskania całokształtu obrazu brakuje jeszcze dosłownie dwóch, trzech krótkich wypowiedzi.

Teraz chciałbym przedstawić pana doktora Szenka, dyrektora Szpitala Powiatowego w Sochaczewie. To jest, proszę państwa, jeden z niewielu szpitali w Polsce, który podjął się zadania uruchomienia programu kompleksowego leczenia otyłości.

Czy możemy, Panie Senatorze, jeszcze chwileczkę? Bardzo byśmy prosili.

(*Głos z sali:* Tak, proszę.)

Pan doktor Piotr Szenk, jak wspomniałem, dyrektor Szpitala Powiatowego w Sochaczewie. Bardzo proszę.

Dyrektor Szpitala Powiatowego w Sochaczewie Piotr Szenk:

Dzień dobry państwu.

Piotr Szenk, przedstawię się jeszcze raz, jestem dyrektorem Szpitala Powiatowego w Sochaczewie, jednocześnie, co jest ważne w tym wypadku, ordynatorem oddziału chirurgii w tymże szpitalu.

Tytułem wstępu wyjaśnię, dlaczego uruchomiliśmy program. Z piśmiennictwa wynika dość jednoznacznie, że skuteczność leczenia otyłości maleje wraz z dystansem od ośrodka, do którego chory ma jechać. Jakiś czas temu właśnie to skłoniło nas z panem profesorem do tego, żeby podjąć się tego działania na terenie klasycznego, średniej wielkości szpitala powiatowego.

Mogę prosić następną slajd?

Proszę państwa, na początku powiedzieliśmy tak: spróbujmy, zobaczymy, co z tego wyniknie. Trzeba było poczynić konieczne inwestycje, żeby ruszyć z chirurgią metaboliczną, chirurgią bariatryczną. Proszę zwrócić uwagę, że udało nam się kupić stół operacyjny za 82 tysiące zł. To nie jest wartość, która by w jakikolwiek sposób odbiegała od ceny standardowego stołu operacyjnego. Rok wcześniej kupiliśmy w szpitalu stół standardowy do zabiegów ortopedycznych. Ten stół, sama baza kosztowała podobne pieniądze. Tak że jest tylko kwestia dobrej woli i wynegocjowania właściwej stawki, a jest to do zrobienia. Kolejna rzecz, która była konieczna, to było to, o czym mówiła pani Magda, czyli dwa łóżka szpitalne. Ci dość specyficzni chorzy muszą mieć dużą swobodę w poruszaniu się po zabiegach operacyjnych. Łóżko kosztuje 12 tysięcy zł, tak że to też nie jest fortuna dla szpitala powiatowego, da się to zrobić. No i był potrzebny analizator składu masy ciała, czyli po prostu waga z oprogramowaniem. To jest wydatek poniżej 10 tysięcy zł.

Myślę, że w tym wszystkim jest jeszcze jedna sprawa, mianowicie konieczność przełamania pewnej psychologicznej bariery, strachu lekarzy przed grubasem, tak trzeba sobie powiedzieć. Strachu zarówno chirurgów – no bo po co ja będę operował, skoro zaraz będą powikłania, a tu trzeba się grzebać w tłuszczu itd.? – jak i anestezjologów – no jak ja go znieczulę, kiedy on ma krótką szyję i łyżką się tam nie dostanę? Ale powiem państwu, że wszystkie te bariery zostały dość łatwo przełamane i potem poszło zupełnie gładko.

Następny slajd mogę prosić?

Proszę państwa, od 2013 r., kiedy chirurgia bariatryczna w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie wystartowała, do tej pory udzieliliśmy tyle porad, ile widać na tym slajdzie. Zobaczcie państwo, jak rosnąca jest to liczba, zarówno porad w poradni chirurgicznej, poradni chorób metabolicznych, nazwijmy: chirurgii otyłości bariatrycznej, jak i hospitalizacji pacjentów. Przez 3 lata zoperowaliśmy około 150 pacjentów. Podzieliliśmy hospitalizowanych na dwie grupy, ponieważ uznaliśmy, że chory z otyłością olbrzymią jest chorym mimo wszystko dyskryminowanym, który wymaga uwagi przed kwalifikacją do zabiegu operacyjnego. W związku z tym, że ci chorzy są spychani w sposób oczywisty na margines, że mają problemy w przychodniach lekarza rodzinnego i u specjalistów, już o tym mówiliśmy, to trzeba ich dobrze i właściwie przebadać, zanim się zakwalifikuje do leczenia operacyjnego.

Na ostatnim slajdzie pokażę państwu, jakie różnice stwierdziliśmy między wiedzą chorego a stanem rzeczywistym.

To jest procent pacjentów z terenu powiatu sochaczewskiego w całej grupie leczonych. Kiedy startowaliśmy z chirurgią w 2013 r., to połowa pacjentów operowanych, leczonych była z powiatu sochaczewskiego. Wiadomo, trzeba było wystartować. I trzeba było pokonać lęk pacjentów, ich wycofanie się ze społeczeństwa, myślenie: a, gruby jestem, może bym poszedł się zoperować, ale poczekam i zobaczę, co sąsiad na to powie, może sąsiad pójdzie pierwszy. Tak więc najpierw jest właściwa kwalifikacja pacjentów. I powiem państwu, że to pan profesor był magnesem, który ściągnął pewną grupę chorych spoza terenu powiatu sochaczewskiego. To skutkowało tym, że o ile w pierwszym roku działalności chirurgii połowa pacjentów była z naszego terenu, o tyle w drugim roku 64%, a w tej chwili prawie 90% pacjentów operowanych u nas czy hospitalizowanych w kierowanym przeze mnie oddziale i szpitalu, to są pacjenci spoza powiatu sochaczewskiego. I o to tak naprawdę nam chodziło, tego właśnie chcieliśmy.

Podjęliśmy określone działania... Może teraz powiem o tym, co jest na tym ostatnim slajdzie, bo to się wiąże z tym, o czym mówiłem wcześniej.

Zobaczcie państwo, w pierwszej tabeli opisano przyjęcie pacjenta do szpitala. To jest wiedza pacjenta na temat jego stanu zdrowia w chwili przyjęcia do placówki. Pytaliśmy o określone sprawy: czy choruje pani, pan na cukrzycę, czy choruje pani, pan na nadciśnienie tętnicze, czy ma pani, pan problemy z cholesterolem. Tu są odpowiedzi, których pacjenci nam udzielili. Proszę zobaczyć, jak znacząco są różne od tego, co stwierdziliśmy po wykonaniu badań. Okazało się, że w zasadzie żaden z pacjentów hospitalizowanych w pobycie diagnostycznym nie nadawał się do operacji z marszu. Trzeba przyjąć, że operujemy pacjenta przygotowanego,

pacjenta, który jest zdrowy, z uregulowanymi wszystkimi chorobami przewlekłymi, żeby zminimalizować ryzyko powikłań i żeby tak naprawdę wydatnie mu pomóc.

Mogę prosić o poprzednie dwa slajdy?

Jakie działania zostały podjęte? Co daje leczenie otyłości w szpitalu powiatowym? Podjęte działania bez wątpienia zwiększą dostęp do tej placówki. W ogóle pacjent dostaje możliwość leczenia. Poza tym odciążamy duże ośrodki, które w zasadzie miały monopol na operowanie pacjentów otyłych.

Dzięki wyposażeniu szpitala w niezbędny sprzęt przełamujemy dystans, z którym personel podchodzi do pacjenta z otyłością olbrzymią. Pokazujemy chirurgom i anestezjologom, że można im pomóc. Widzę to po moim zespole, który na początku był bardzo sceptycznie nastawiony do leczenia otyłości. W tej chwili nie dyskutuje się na ten temat, nikt nie komentuje: o, przyjęli jakiegoś „wieprza” z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Nikt tego już tak nie postrzega i nikt tak nie mówi. To jest normalny pacjent. Już się oswoiliśmy z taką sytuacją. Gruby to gruby, a skoro trzeba go operować, to się operuje. Tak że zmienił się absolutnie horyzont spojrzenia, zarówno anestezjologów, jak i chirurgów. Mamy też możliwość operowania innych schorzeń. Jeżeli się kupi narzędzia laparoskopowe ciut dłuższe, to łatwiej jest też zoperować metodą cholecystektomii laparoskopowej, w tej chwili wszędzie dostępną, bo te narzędzia fizycznie są i nie trzeba się męczyć z krótkimi trokerami. A różnica w cenie między dłuższym trokerem a krótszym nie jest proporcjonalna do różnicy w długości tychże narzędzi. Tak że to nie są wcale większe nakłady.

Mogę prosić slajd?

Proszę państwa, ważne jest, żeby odpowiednio zorganizować ośrodek. W zasadzie każdy ośrodek ma personel, tylko należy go właściwie sprofilować, żeby dać pacjentowi kompleksową obsługę. Poza tym on wymaga też leczenia cukrzycy, leczenia nadciśnienia i dobrze jest, jeśli ośrodek daje mu to wszystko naraz, jeśli daje ponadto możliwość konsultacji ortopedycznej. Ci chorzy bardzo często mają schorzenia narządu ruchu. Obserwujemy tu postępującą progresję w powiecie. Sąsiedzi patrzą i mówią: ale schudłaś, co ty zrobiłaś, że tak schudłaś? Bo otyłość jest powszechna w Polsce. Pacjentka odpowiada: a, byłam u nas w szpitalu, u profesora Wyleżoła. I teraz sąsiadka się zapisze, prawda? To zdecydowanie zwiększa świadomość. Pacjenci po leczeniu chirurgicznym otyłości to są naprawdę szczęśliwi ludzie, którym nowa sytuacja zmieniła absolutnie horyzont. Usłyszeliśmy to w wypowiedziach dwóch pań pacjentek po operacjach.

Czy jeszcze coś... Już wszystko omówiłem. Tak że starałem się jak najwięcej i konkretnie powiedzieć, jak wygląda leczenie otyłości z perspektywy dyrektora i ordynatora oddziału chirurgicznego szpitala powiatowego, co ważne. Dziękuję bardzo.

**Kierownik Kliniki Chirurgii
w Wojskowym Instytucie
Medycyny Lotniczej
Mariusz Wyleżół:**

Pan doktor Rzewuski, ordynator oddziału ortopedii, powie, jak to wygląda z punktu widzenia ortopedycznego.

Panie Doktorze, bardzo prosimy.

Ordynator Oddziału Ortopedii w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie Krzysztof Rzewuski:

Witam państwa. Nazywam się Krzysztof Rzewuski.

Chciałbym powiedzieć tutaj kilka słów na temat pacjentów ortopedycznych z otyłością.

Pierwsza sprawa, problem, który dostrzegamy w poradniach ortopedycznych, to jest znacząca liczba pacjentów z otyłością. Stanowią oni większość pacjentów, którzy mają problemy zarówno z kręgosłupem, jak i ze stawami obwodowymi. Zaczyna się od zespołów bólowych, a potem dochodzi do zmian zwyrodnieniowych. Początkowo ci chorzy są usprawniani, później mają przeprowadzane różnego rodzaju zabiegi rekonstrukcji, również endoprotezoplastykę.

Czy mógłbym prosić następny slajd?

Panie wspominały też o dzieciach. Prowadzę poradnię wad postawy i widzę, że jest zastraszająca liczba dzieci, które są otyłe. Naprawdę z roku na rok ten problem narasta. Prowadzę tę poradnię w zasadzie od kilkunastu lat i mogę powiedzieć, że w tej chwili dotyczy on co najmniej połowy dzieci.

Jeśli chodzi o pacjentów planowanych do zabiegów operacyjnych, to mamy ogromny problem z pacjentami otyłymi, dlatego że to oznacza dłuższe usprawnianie, problemy w usprawnianiu, trudno gojące się rany, już nie wspomnę o technikach operacyjnych, które trzeba stosować, o pewnych trudnościach śródoperacyjnych.

Mogę poprosić kolejny slajd?

Mam to szczęście, że współpracuję z kolegami z chirurgii ogólnej i z panem profesorem Wyleżołem. Tylko w zeszłym roku mieliśmy 12 pacjentów, którzy byli wstępnie kwalifikowani do endoprotezoplastyk, a nie mogli być operowani z powodu otyłości olbrzymiej. Specyfika endoprotezoplastyki polega na tym, że chory musi w pewien sposób się usprawniać. Tymczasem oni tego nie rokowali, bo prawie się nie poruszali z powodu swojej otyłości. Dodatkowy problem, który się pojawia, to są schorzenia naczyniowe, cukrzyca rozregulowana, do tego dochodzą inne problemy internistyczne. Generalnie jest to bardzo duży problem w ortopedii. Dziękuję bardzo.

Kierownik Kliniki Chirurgii w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej Mariusz Wyleżół:

Dziękujemy.

Proszę państwa, kiedy przygotowaliśmy to sprawozdanie dla państwa, dla członków senackiej Komisji Zdrowia, to wymieniliśmy z panem profesorem Piątkiewiczem, który jest diabetologiem, kierownikiem jednej z klinik diabetologicznych w Warszawie, kilka refleksji. Kiedy opowiadałem mu o tym, że z perspektywy lekarza zajmującego się leczeniem otyłości, czyli mojej, w Polsce powiatowej ono praktycznie nie istnieje, ku mojemu zaskoczeniu pan profesor Piątkiewicz powiedział, że dotyczy to również cukrzycy, choroby powszechnie znanej, nad którą się często koncentrujemy.

Czy pan profesor zechciałby powiedzieć nam w kilku zdaniach, jak to wygląda obecnie na terenie województwa mazowieckiego?

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Endokrynologii na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Paweł Piątkiewicz:

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Bardzo dziękuję, że mogę tutaj powiedzieć dwa słowa. Postaram się w telegraficznym skrócie opowiedzieć o tym problemie.

Przede wszystkim dziękuję panu profesorowi Wyleżołowi, który zaprosił mnie do państwa.

My diabetolodzy też kładziemy nacisk na to, że otyłość i cukrzyca to są dwie niezależne jednostki chorobowe, które tak naprawdę bardzo często występują razem. I bardzo popieramy pomysł, żeby jakoś wyjść naprzeciw pacjentom otyłym.

Proszę państwa, stworzyliśmy program wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy na Mazowszu. I powiem państwu dlaczego.

Poproszę o slajd.

Cukrzyca, proszę państwa, jest epidemią XXI w. Na świecie choruje 415 milionów ludzi. To są dane z grudnia. Proszę państwa, w Polsce obserwujemy przez ostatnie lata coś, co budzi nasz niepokój. Już 3 miliony ludzi choruje na cukrzycę. Bardzo niepokojące jest to, że około miliona osób nie wie, że ma cukrzycę. Martwimy się o naszych pacjentów, ponieważ osoby, które mają cukrzycę, a o tym nie wiedzą, to są m.in. też osoby otyłe, rozwijają już powikłania cukrzycy. To są powikłania, które kończą się często zawałem serca, udarem mózgu. I tacy pacjenci trafiają do nas, do naszych klinik. Ja akurat reprezentuję Warszawski Uniwersytet Medyczny, gdzie jest największy oddział diabetologiczny w Polsce. Ale powiem państwu szczerze, że to, co się dzieje w tej chwili, naprawdę nas przeraża.

Teraz następny slajd, jeśli pan profesor będzie łaskaw.

Przeprowadziliśmy proste badanie, żeby zobaczyć, jak wygląda sytuacja pod tym względem na Mazowszu. Zbadaliśmy, proszę państwa, 1500 osób, które mają powyżej 45 lat. To były osoby „z ulicy”. Nie ukrywam, że bardzo nam pomógł Kościół. Na mszach niedzielnych księża zapraszali też parafian, żeby się zgłosili do szpitala na bezpłatne badania. I okazało się, proszę państwa, że 8% naszej populacji – to dotyczy głównie prawobrzeżnej Warszawy – ma cukrzycę, ale o tym nie wie, a 22% ma stan przedcukrzycowy. Zobaczcie państwo, w tej grupie, która jest olbrzymia, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę, że nasze społeczeństwo się starzeje, 30% populacji ma już zaburzenia węglowodanowe, czyli jest obciążona co najmniej trzykrotnie większym niż osoby zdrowe ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych.

Poproszę o następny slajd.

Proszę państwa, stworzyliśmy program, który chcemy rozpocząć we wrześniu. Nie ukrywam, że ściśle współpracujemy z urzędem marszałkowskim. Wystąpiliśmy również o dotacje ze środków unijnych. Chcemy zobaczyć, jaki odsetek chorych na cukrzycę jest na Mazowszu i zająć się również promocją zdrowia i profilaktyką cukrzycy.

Bardzo proszę o następny slajd.

Proszę państwa, opieramy się na 40 szpitalach powiatowych i dlatego cieszę się z inicjatywy leczenia otyłości. Jest 40 szpitali, z wyłączeniem Warszawy, w których tworzymy

zespoły terapeutyczne: dwóch lekarzy i jedna pielęgniarka na szpital. Oczywiście musimy, proszę państwa, wyjść w teren. Kluczem do sukcesu jest edukacja już młodych ludzi, dzieci, żeby unikać nagannych wzorów żywieniowych, które są często lansowane przez media. W niektórych krajach – nie wiem, czy państwo zdajecie sobie z tego sprawę – zaczyna się już odchodzić od propagowania takich wzorców. Tak jak już tu powiedziano, i jak najbardziej jest to prawda, tego typu przekaz medialny jest szkodliwy dla naszych pacjentów.

I na koniec chciałbym jeszcze pokazać mapkę. Podzieliliśmy Mazowsze na 7 regionów, głównie według dawnych szpitali wojewódzkich. Są to takie regiony, jak płocki, ciechanowski, Ostrołęka, Siedlce, Radom i dwa blisko Warszawy. To są regiony, gdzie jest najwięcej mieszkańców. Proszę państwa, startujemy z tym programem i bardzo liczymy na to, że podobne programy uda się stworzyć dla osób otyłych.

Niestety, to co robimy dla dobra naszych pacjentów, dla naszego wspólnego dobra, to jest, proszę państwa, kropla w morzu potrzeb. Powiem państwu, że istnieją powiaty na terenie województwa mazowieckiego, w których mieszka 75 tysięcy ludzi, a nie ma tam nawet jednego diabetologa. Nie ma diabetologa, który mógłby przyjąć pacjentów w poradni. Tak że jest rzeczywiście morze potrzeb. Dobrze więc, że mogliśmy się tutaj spotkać i o nich porozmawiać. Jeszcze raz serdecznie dziękuję panu przewodniczącemu, że możemy kilka słów na ten temat powiedzieć. Bardzo dziękuję.

**Kierownik Kliniki Chirurgii
w Wojskowym Instytucie
Medycyny Lotniczej
Mariusz Wyleżół:**

Bardzo dziękujemy, Panie Profesorze.

Teraz krótkie podsumowanie pani profesor Olszaneckiej.

**Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa
Badań nad Otyłością
Magdalena Olszanecka-Glinianowicz:**

Szanowni Państwo!

Pan senator Kraska był łaskaw powiedzieć, że chodzi o to, żebyśmy mogli coś wynieść z tego spotkania. Bo porozmawiać zawsze można, jest tu miło i sympatycznie. Ja mam nadzieję, że tak się stanie i że po tym spotkaniu będą następne spotkania robocze, już z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia. Myślę, że wówczas zaczniemy rozmawiać o tym problemie troszeczkę inaczej, nie na zasadzie: po co w Polsce kolejna specjalizacja? Bo na tej zasadzie można się zastanawiać, po co jest wiele innych specjalizacji. Tą drogą do niczego byśmy nie doszli.

Podsumowując dzisiejsze spotkanie, chcę powiedzieć, co oferujemy chorym na otyłość na poziomie powiatowym. Lekarz rodzinny ma tyle obowiązków, że tak jak wśród nauczycieli mówi się o przekleństwie, które brzmi: obyś cudze dzieci uczył, tak tu mogłabym studentom medycyny rzucić taką kłątwę: obyś został lekarzem rodzinnym. Bo

takie są realia, w których działa lekarz rodzinny w Polsce. Naprawdę szczerze współczuję lekarzom rodzinnym realiów, w jakich funkcjonują. To jest dla nich jeszcze jeden obowiązek, tak jak pani doktor powiedziała. A im brakuje czasu, często także przygotowania do podjęcia rozmowy z pacjentem. Myślę, że wytyczne, które wspólnie opracowaliśmy, to jest jakiś krok do przodu, ale to jest krok w morzu potrzeb. Lekarz rodzinny często myśli: to jest wstydlivy problem, pacjent może poczuć się urażony. Albo podchodzi do pacjenta właśnie w taki sposób, jak to przedstawiła pani Joanna.

Można powiedzieć tak: dietetyk leczy otyłość. Bo dietetycy chcą leczyć otyłość. Ale w tym kraju tylko lekarz może leczyć, przynajmniej w prawie tak jest. Dietetyk nie może leczyć niczego, zwłaszcza otyłości, bo często jego działanie przynosi więcej szkody niż pożytku. Poza tym do dietetyka można się dostać tylko prywatnie. A pacjentów otyłych często na to nie stać. Dietetycy często proponują diety, które dają szybkie efekty, bo tego oczekuje pacjent, który płaci, ale w efekcie pacjent z nadwagi przechodzi w otyłość. Kolejna porada dietetyczna oznacza otyłość drugiego stopnia, potem otyłość trzeciego stopnia.

Myśmy się skupili dzisiaj przede wszystkim na otyłości drugiego i trzeciego stopnia. Ja powiem tak: chciałabym, żebyśmy diagnozowali i leczyli pacjentów z nadwagą. Wtedy nie będziemy mieli kolejnych problemów. Chirurgia bariatryczna jest bardzo potrzebna i bardzo lubię chirurgów bariatrycznych, ale chciałabym, ze względu na dobro pacjenta, żeby oni mieli troszeczkę mniej pracy.

Osoby nieposiadające wykształcenia medycznego prowadzą działalność z zakresu udzielania porad, jak schudnąć przez stosowanie diety cud, czasem ze szkodą dla osób chorych na otyłość, proponują też szkodliwy rodzaj aktywności fizycznej. Jest wiele takich programów komercyjnych. Nie będę wymieniać nazwisk, bo myślę, że wszyscy je znamy z mediów i innych miejsc. Niewłaściwie dobrana aktywność fizyczna może bardzo zaszkodzić choremu na otyłość. Myślę, że pan doktor ortopeda mógłby dużo na ten temat powiedzieć.

Pani Magda mówiła o środkach dietetycznych i braku regulacji prawnych w tej dziedzinie. Ja mam odczucie, że ilekroć wchodzę do jakiegokolwiek księgarni, bo bardzo lubię wchodzić do księgarni, to widzę przede wszystkim książki o dietach cud, zawierające tysiące porad, jak schudnąć skutecznie. Tu dygresja. Kiedy w okresie przedświątecznym kupowałam prezenty w księgarni, to byłam jedyną osobą w kolejce, która nie trzymała w ręce książki z dietą Dukana. Proszę państwa, to jest rynek, który również dostarcza nam pacjentów z otyłością trzeciego stopnia, którzy kiedyś byli pacjentami z nadwagą. Mnie czasem przeraża, że nawet lekarze czerpią wiedzę z kolorowych czasopism. A takie odnoszę czasem wrażenie, kiedy bywam na różnych konferencjach i spotkaniach.

Co powinniśmy oferować? Proszę państwa, lekarz rodzinny to jest niewątpliwie ważny element w diagnostyce stanu odżywienia, udzielaniu wstępnej porady oraz motywowaniu pacjenta do podjęcia leczenia. Potem jest obesitolog zachowawczy. Obesitologia to jest coś, co wielokrotnie już się przewijało w naszych rozmowach, w różnych miejscach. Proszę państwa, musimy sobie zdać sprawę z tego, że w tym kierunku idzie Europa. Może oficjalnie

tych specjalizacji jeszcze nie ma w Europie. I kiedy 5 lat temu na zebraniu PTBO zaczęłam rozmawiać z prezesami towarzystw o tym, że konieczne jest stworzenie takiej specjalizacji, patrzono na mnie trochę jak na człowieka, któremu coś się uroiło. Teraz już wszystkie kraje europejskie podjęły starania o to, żeby taką specjalizację stworzyć. I myślę, że chirurgia bariatryczna jest takim elementem, który skłonił wiele krajów do tego, żeby stworzyć system. Tyle że obesitolog zachowawczy ma diagnozować podłoże otyłości, kierować leczeniem zachowawczym, kwalifikować do chirurgicznego leczenia otyłości i prowadzić pacjenta po tym leczeniu. Chirurg wszystkiego sam nie zrobi. Obesitolog zachowawczy ma także nie dopuścić do tego, żeby chirurg miał co robić.

Dietetyk powinien być częścią zespołu, a nie jedynym ogniwem. Psycholog – o tym jeszcze nie mówiliśmy, pani profesor Ostrowska wspomniała o tym, ale szerzej nie mówiliśmy – to jest ważny element tego systemu. U wielu chorych na otyłość, którzy sobie nie radzą z wprowadzeniem zaleceń dietetycznych, zaburzenia odżywiania mają podłoże psychologiczne, a to wymaga długotrwałej psychoterapii i to niekoniecznie po zabiegu, ale często przed zabiegiem albo jeszcze wcześniej. Ważnym elementem systemu jest też fizjoterapeuta. No i oczywiście chirurg obesitolog, który ostatecznie zakwalifikuje pacjenta do leczenia operacyjnego, przygotowuje go do zabiegu i prowadzi opiekę pooperacyjną.

Korzyści dla zdrowia publicznego. Proszę państwa, nie będę się nad tym rozwodzić, bo o korzyściach mówiliśmy tu dużo. Generalnie myślę, że jeżeli usiedlibyśmy nie z komputerem, tylko z kartką, zrobili zestaw argumentów za i przeciw, i sporządzili zarys oszczędności, do jakich możemy doprowadzić, to stwierdzilibyśmy, że opłaca się wprowadzić specjalizację z obesitologii, opłaca się stworzyć kompleksowe ośrodki, stopniowo również na poziomie powiatowym. I generalnie opłaca się być liderem Europy, a nie ogonem Europy. Bo tak naprawdę to z Polski wyszła inicjatywa, a organizacja, którą kieruje pani Magda Gajda, jest przodująca również w Europie i możemy być z tego dumni. Przede wszystkim jednak bądźmy dumni z siebie u siebie, a nie na terenie Europy. Bądźmy dumni z tego, że mamy pomysły, że mamy koncepcje, że stworzyliśmy już praktycznie program specjalizacji, że pani Magda podejmuje najlepsze działania na forum europejskim i może się tym chwalić. Korzystajmy z tego i zróbmy coś konstruktywnego, co naprawdę przyniesie korzyści. Nie mówmy tylko o kosztach i nie mówmy, że ktoś komuś zabierze jakiś kawałek tortu i np. pan profesor Piątkiewicz nie będzie miał kogo leczyć. Wszyscy będziemy mieli kogo leczyć, tylko róbmy to kompleksowo. Dziękuję bardzo. Jeszcze raz dziękuję za to spotkanie.

**Kierownik Kliniki Chirurgii
w Wojskowym Instytucie
Medycyny Lotniczej
Mariusz Wyleżoł:**

Panie Senatorze, proszę państwa, przepraszamy i prosimy o zrozumienie sytuacji. Na nasze usprawiedliwienie powiem, że ta choroba dotyczy 20% Polaków...

(Głos z sali: 27%.)

...27% Polaków, czyli co czwartego rodaka. Może dlatego trudno jest, Panie Senatorze, mówić o tej chorobie krócej.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Ja wszystko rozumiem.

(Kierownik Kliniki Chirurgii w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej Mariusz Wyleżoł: Dziękuję.)

Być może to miejsce wyzwała takie emocje. Rzeczywiście każde posiedzenie komisji jest troszkę dłuższe, niż planujemy.

Ale dziękuję państwu za wystąpienia. Były pouczające i myślę, że aspekty otyłości zostały ujęte dość szeroko. Każdy z nas, senatorów, ma w rodzinie podobne przypadki i wszyscy wiemy, że nie jest łatwo walczyć otyłością, a jeśli nawet chirurg zrobi to, co chciał zrobić, to trzeba, niestety, tego pacjenta nadal prowadzić w różnych aspektach. Sama operacja to nie wszystko.

Teraz chcielibyśmy wysłuchać pana ministra, który, jak myślę, nie jest po drugiej stronie barykady, lecz po tej samej. Myślę, że ministerstwo jest żywotnie zainteresowane tym, aby chorym z otyłością jak najbardziej pomagać. Tak więc posłuchajmy pana ministra.

Proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Marek Tombarkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Oczywiście nie jesteśmy po drugiej stronie barykady. Nie jest jednak łatwo znaleźć, jak można się było zorientować przez ponad godzinę wystąpień, złoty środek, zresztą jak w każdej dziedzinie.

Myślę, że nie ma sensu wracać do pewnych założeń narodowego programu zdrowia, aczkolwiek nie znam treści odpowiedzi na uwagi pani profesor pod adresem tego programu. Położono w nim dość mocne akcenty, tak się nam przynajmniej wydawało, na zapobieganie czy walkę z nadwagą i otyłością. Nie jest to zresztą jedyny program tak ukierunkowany, mamy także inne programy zapobiegające nadwadze, prowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia. One są skierowane na te najniższe poziomy, bo do edukacji szkolnej. Jest inicjatywa ministra Radziwiłła, który wydał słynne rozporządzenie, dotyczące szkolnych sklepików. Po pół roku obowiązywania wejdzie w życie nowa jego wersja, jak się nam wydaje, bardziej korzystna dla szkół, dla sklepików, ale przede wszystkim dla dzieci i młodzieży. Tak że elementów, które są w kręgu zainteresowania resortu zdrowia, jest dużo więcej. Są też działania związane z promocją karmienia piersią jako jednym ze sposobów zapobiegania późniejszej otyłości.

Wracam jednak do spraw ważniejszych niż programy i dobra wola. Mamy rozeznanie odnośnie do chirurgii bariatrycznej i sposobów rozliczania. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest w trakcie dokonywania analiz w związku z prawnymi problemami co do sposobu rozliczeń chirurgii bariatrycznej. O tym nie

było tutaj mowy, ale podejrzewam, że pan profesor też zna problem rozliczania zabiegów z grupy F-12, jako dużych zabiegów na żołądku. W ten sposób jest rozliczanych tylko 12% zabiegów u pacjentów z otyłością, a 40% jest rozliczanych, według funduszu, w sposób być może niewłaściwy, z grupy F-11. One są lepiej wycenione, bo na 12 tysięcy zł. Jest propozycja wprowadzenia innego rozliczenia zabiegów typowo chirurgicznych, a więc wycięcia żołądka, i wyłączenia dwóch zabiegów, tzn. balonowania i opaskowania. Propozycja wstępna jest chyba zbliżona do oczekiwań, bo opiewa na prawie 12 tysięcy zł. Tak że są prowadzone prace, które zmierzają do tego, żebyśmy znaleźli skuteczne, efektywne środki sprzyjające leczeniu otyłości.

Tutaj wszystko skupia się tak naprawdę wokół działań koordynowanych, i na to też zwracamy uwagę, zarówno NFZ, jak i Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bowiem chcielibyśmy, aby opieka nad pacjentem nie polegała na samym leczeniu chirurgicznym, ale żeby to była skoordynowana opieka na poziomie ambulatorium i żeby włączyć do niej dietetyka oraz psychologa. Czyli dodać te trzy elementy. Oprócz sześciu wymienionych elementów, a więc oprócz lekarza POZ, obesitologa, dietetyka, psychologa, fizjoterapeuty i chirurga, myśmy wstępnie zawarli cztery... Zostaje do wyjaśnienia, w zasadzie do usystematyzowania kwestia specjalizacji. Pan profesor mówił o obesitologii. To jest pewien punkt sporny, bo minister Radziwiłł jest przeciwnikiem wprowadzania nowych, kolejnych drobnych specjalizacji. Jesteśmy jak najbardziej za realizacją zapisów ustawy o zawodzie lekarza czy wprowadzaniu umiejętności lekarskich. Zresztą to jest też efekt raportu Najwyższej Izby Kontroli, która zarzuciła Ministerstwu Zdrowia z poprzednich lat, że nie została wprowadzona, pomimo długotrwałych dyskusji, żadna z umiejętności lekarskich. Myślę, że teraz jest pora na to, żeby rozpocząć prace nad umiejętnością zwaną obesitologią.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pozwoli pan profesor, że skończę. Dobrze?

Jesteśmy więc zwolennikami ograniczania szczegółowych specjalizacji lekarskich na rzecz wprowadzania umiejętności lekarskich. Jestem przewodniczącym Zespołu do spraw Zmian w Kształceniu Podyplomowym Lekarzy i Lekarzy Dentystów i mogę powiedzieć, że prace już się rozpoczęły i będą trwały jeszcze 3 miesiące. Jest bardzo zacne gremium osób, które się tym zajmują. I mamy nadzieję, że konkretne propozycje zmian przyczynią się do poprawy kształcenia, a tym samym poprawy dostępności do lekarzy. Ta sprawa się tutaj przejawiała, mówiono o utrudnieniach w dostępie do lekarzy diabetologów na poziomie powiatów. Wszystkim są znane coraz większe trudności w zapewnieniu właściwej opieki chirurgicznej generalnie, już nie mówię o chirurgii bariatrycznej. Powszechnie znane są problemy związane z czasem pracy lekarzy POZ. To są sprawy, które mamy zdiagnozowane, ale państwo wiecie, że nie jest łatwo znaleźć rozwiązanie. Jesteśmy bardzo otwarci na szeroką dyskusję na ten temat, bo problem, który dotyczy 27% społeczeństwa, a w ciągu kilkunastu lat dotknie 33% ludzi, jest rzeczywiście poważny. Tak że bardzo chętnie rozpoczniemy dyskusję. Ale wszyscy tutaj chyba zdają sobie sprawę z tego, że nie jest to łatwe i że nie da się wprowadzić chirurgii bariatrycznej na poziomie

każdego szpitala powiatowego, nie da się umożliwić dostępu do wszystkich tych elementów składowych, a więc lekarza o umiejętności obesitologia, czy do pozostałych składowych. Aczkolwiek uważam, że w programie akredytacji szpitali też zwraca się uwagę na funkcjonowanie dietetyków w szpitalu, prowadzenie działań edukacyjnych i profilaktycznych dla pacjentów, zarówno zewnętrznych, jak i w szpitalu. Tak że wiele z tych elementów zależy tak naprawdę od dobrej woli zarządzających szpitalami, którzy, rozumiejąc te problemy, mogą naprawdę dużo zrobić.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Za chwilę, dobrze? Bo to jest jakby...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pani Profesor, niestety, naszą piętą achillesową jest to, że na posiedzeniu komisji zaczyna się polemika między ministerstwem a państwem. Ale do tego dojdziemy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę. W drodze wyjątku. Ale nie chciałbym, żeby ta...

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Magdalena Olszanecka-Glinianowicz:

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, kiedy słyszę słowo „umiejętność”, to sobie myślę, że umiem wiele rzeczy. Ale czy jestem specjalistą w tej dziedzinie, to nie wiem. Na pewno nie jestem specjalistą np. od gotowania, a umiem gotować. Umiejętność w przypadku choroby, na którą cierpi 27% społeczeństwa... Mimo że mamy, przepraszam pana profesora, diabetologię, na cukrzycę choruje 6% społeczeństwa. I mamy cztery podspecjalizacje z...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Wesołość na sali)

Rozumiem, ale może nie wchodzimy w polemikę.

(Przewodniczący Waldemar Kraska: Tak, tak.)

Są cztery specjalizacje z endokrynologii: endokrynologia pediatriczna, ginekologiczna, endokrynologia dorosłych i jeszcze jakaś czwarta, której nie pamiętam. A pan minister mówi o umiejętności. To jest troszeczkę mało poważne. Kto traktuje poważnie umiejętność? Tak jak powiedziałam, my też jesteśmy przeciwnikami mnożenia specjalizacji. To może zrobimy jedną endokrynologię, a nie cztery. Ale wprowadźmy specjalizację, która jest rzeczywiście potrzebna w tym kraju, co staraliśmy się tu przez półtorej godziny udowodnić.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Tombarkiewicz:

Pani Profesor, jeżeli będziemy się zastanawiać, kto poważnie podchodzi do umiejętności, to nigdy nie dojdziemy do porozumienia. Pani nie wie, jakie są założenia w tworzeniu umiejętności.

(Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Magdalena Olszanecka-Glinianowicz: Wiem.)

Nie, nie wie pani, bo ten zespół dopiero zaczął prace. I wydawało mi się, że jasno powiedziałem, że jesteście zwolennikami ograniczania liczby specjalizacji na rzecz umiejętności, czyli za likwidacją bardzo wąskich specjalizacji na rzecz tworzenia umiejętności. To tak ad vocem...

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za ten głos.

Proszę państwa, myślę, że nasze posiedzenie ma trochę inny cel. Szczegóły techniczne państwo powinni uzgadniać na Miodowej i tam trzeba przenieść rozmowy w tej sprawie, bo tam jest miejsce, gdzie będziecie już roboczo pracować. Tutaj natomiast chcemy się skoncentrować nie tylko na chirurgii bariatrycznej, lecz także nad całością problemów związanych z leczeniem otyłości.

Teraz przejdziemy do pytań i dyskusji ze strony państwa senatorów, bo głównie dla nich jest to posiedzenie komisji, a problem jest dość ważny.

Pozwólcie państwo, że ja zadam pierwsze pytanie, które skieruję właśnie do pani profesor Olszaneckiej.

W swoim pierwszym wystąpieniu mówiła pani o kosztach bezpośrednich, pośrednich i nieprawidłowym inwestowaniu środków. Wiemy, że środków zawsze jest mało. Czy mogłaby pani powiedzieć nam, jak jest w innych krajach i na co przede wszystkim należałoby przeznaczyć pieniądze u nas w kraju, żeby osiągnąć najlepszy efekt w leczeniu otyłości? Mówimy, że pieniądze powinny zostać skierowane tam, gdzie to da największy efekt dla pacjentów i dla płatnika, czyli dla NFZ. Czy mogłaby pani w paru zdaniach o tym powiedzieć?

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Magdalena Olszanecka-Glinianowicz:

Panie Senatorze, pozwolę sobie nawiązać do wypowiedzi pana ministra o tym, że jest wiele różnego rodzaju programów. Przede wszystkim, tak jak powiedziałam, oceniałam część programów dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. One nie mogą być pisane pod instytucje. Programy muszą być krajowe. Nie będę wymieniać nazw instytucji i innych tego typu rzeczy, bo nie czas i miejsce na to. Ale nie można być zadowolonym z siebie, skoro przez lata programy nie przynoszą żadnych efektów, bo nie ma rozliczeń. Rozliczmy pewne instytucje z tego, jakie nakłady poniosły na tzw. profilaktykę i co osiągnęły. Od lat się temu przyglądam i uważam, że w Polsce robi się wiele różnych programów, ale najskuteczniejsze są te, które nie są finansowane z budżetu państwa, tylko są przede wszystkim inicjatywami oddolnymi. I tak np. Polska Federacja Producentów Żywności od lat prowadzi skuteczny program. Programy przynoszą efekty wtedy, kiedy cały czas są kompleksowo prowadzone w jednym miejscu. Robienie pojedynczych akcji... Tak jak powiedziałam, edukacja nie jest najważniejszym elementem. Ja

naprawdę staram się rozumieć zdrowie publiczne i staram się mieć szerokie spojrzenie na tę dziedzinę jako klinicysta, jako patofizjolog i jako specjalista zdrowia publicznego. Nie zawężam się do jednego aspektu i nie chodzi o walkę o czyjś interes.

Jak wygląda sytuacja w Europie? Różnie, w różnych krajach bardzo różnie, podejmowane są różnego rodzaju działania. Są kraje w Europie, gdzie są ośrodki, o których mówiłam, i tworzy się kolejne. Formalnie specjalizacji z obesitologii jeszcze nie ma, ale wiem, że w Europie już przynajmniej 6 krajów jest bardzo zaawansowanych w tej dziedzinie. W Stanach Zjednoczonych istnieje specjalizacja z obesitologii i są tam kompleksowe ośrodki z taką obsadą, o jakiej mówiłam. Jesteśmy w kontakcie z ośrodkiem z Cleveland, pracuje tam nasz rodak, chirurg zresztą. Tak jak powiedziałam, chirurdzy są prekursorami w tworzeniu takiego, a nie innego modelu leczenia. Pan minister wspominał tutaj o finansowaniu chirurgii bariatrycznej. To jest tak, jak byśmy zaczęli od szczytu góry, a nie od wchodzenia na nią od dołu. Finansujemy jedną procedurę, daje to pewne efekty, ale nie takie, jakich powinno się oczekiwać. Wspomniano tutaj o szpitalu w Sochaczewie, ale nie powiedziano, że oprócz pana profesora Wyleżoła, który niewątpliwie jest bardzo ważną postacią, pracuje tam cały zespół ludzi, podobnie jak w modelu, który przedstawiłam.

Pan minister powiedział, że jak szpital chce, to może. Oczywiście, wszystko możemy zrobić w czynie społecznym, tylko czyn społeczny, niestety, nie przyniesie oczekiwanych efektów. Jeżeli nie zinstytucjonalizujemy naszych działań i nie będziemy kontrolować wydawania środków, to nie będzie efektów. To, że jest taki pasjonat jak pan dyrektor, że jest paru innych pasjonatów, nie rozwiąże problemu 30% społeczeństwa.

Nie wiem, czy udzieliłam odpowiedzi w pełni, ale mam nadzieję, że tak.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa chciałby zadać jakieś pytanie?

Ja mam pytanie do pani doktor Elżbiety Tomiak.

Gdyby zgłosił się do pani w tej chwili pacjent z nadwagą, to jak by go pani pokierowała i dokąd?

Członek Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych Elżbieta Tomiak:

Przede wszystkim przy pomocy mojego zespołu diagnozuję pacjenta, czyli ważę, mierzę, oznaczam BMI. Jeżeli jego waga jest nieprawidłowa, udzielam krótkiej porady na wzór porady antynikotynowej, której skuteczność została jak gdyby potwierdzona naukowo. I obserwuję pacjenta przez pewien czas, czyli umawiam wizytę np. za miesiąc, żeby skontrolować, czy moja porada przyniosła jakiś efekt. W wielu przypadkach oczywiście polecam również zwiększenie aktywności fizycznej. I u pacjentów, którzy mają motywację albo których uda mi się osobiście zmotywować, po jakimś czasie obserwuję pozytywne efekty.

Jest też grupa pacjentów, u których już na wejściu stwierdzam zaawansowany problem, czyli otyłość np. drugiego czy trzeciego stopnia. W takim wypadku najpierw trzeba wykonać pewne badania, na których podstawie diagnozuje się podłoże otyłości. W ramach POZ mamy pewne proste narzędzia laboratoryjne, diagnozujemy podłoże otyłości, ale nie wszystko, czasem musimy skierować pacjenta dalej. Wtedy zaczynam się zastanawiać, do kogo go skierować, czy do endokrynologa, czy do kardiologa, ponieważ pojawiło się nadciśnienie. W sumie jest to problem. W wypadku otyłości olbrzymiej często chętnie bym skierowała do chirurga bariatry, ale na moim terenie w ogóle nie ma takiego specjalisty, chociaż szpital powiatowy w pewnym okresie wykonywał zabiegi bariatryczne. Z powodów finansowych jednak się z tego wycofał. Ja pracuję na obrzeżach Nowej Soli, gdzie jest bardzo dobry, wielospecjalistyczny szpital, z bardzo dobrą chirurgią. Zajmowano się tam chirurgią bariatryczną, ale w tej chwili takich zabiegów już się nie wykonuje. Tak że będę miała kłopot. Miałam też w pobliżu dietetyka, który, niestety, zrezygnował z udzielania porad prywatnych. Pacjenci, którym polecałam dłuższą rozmowę z dietetykiem, zrezygnowali z powodów finansowych, bo jest to porada prywatna.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę.

Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Lucyna Ostrowska:

Miałam 3 minuty, więc wszystkiego nie zdążyłam powiedzieć. Pracujemy z pacjentem otyłym, ja pracuję tylko z otyłymi pacjentami od 18 lat i wiem, że sama porada lekarsko-żywnieniowa zawsze trwa około godziny. Jestem ciekawa, co lekarz rodzinny jest w stanie zrobić w ciągu 10 minut. Przecież on musi ustalić preferencje, przyzwyczajenia pacjenta, ustalić powiązania psychologiczne. Uważam, że jest to porażka.

Członek Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych Elżbieta Tomiak:

Na pewno nie dzieje się to w ciągu 10 minut. Lekarze rodzinni mają średnio 10 minut dla pacjenta, ale w przypadkach koniecznych często przedłużamy wizytę. Ja staram się korzystać z wytycznych, w których opracowaniu brałam udział, ale zdaję sobie sprawę, że one nie są jeszcze upowszechnione. Tak że jest postulat, żebyśmy wspólnie spowodowali, żeby wytyczne odnośnie do leczenia nadwagi i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego trafiły do wszystkich lekarzy rodzinnych. Na razie tak nie jest. Tymczasem na podstawie tych wytycznych można przecież zrobić w skali ogólnokrajowej szeroki cykl szkoleń, co na pewno poprawiłoby w jakiś sposób postępowanie z pacjentem otyłym.

(Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Lucyna Ostrowska: Czy mogę?)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę bardzo.

Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Lucyna Ostrowska:

Dosłownie jeszcze jedno zdanie. Ja bardzo cenię lekarzy rodzinnych, bez nich w ogóle nic by się nie działo. I chcę powiedzieć, że kontrola pacjenta otyłego powinna się odbywać przynajmniej raz na dwa tygodnie. Tylko wówczas będzie można osiągnąć rezultaty, jakie mamy w badaniach naukowych klinicznych.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Mnie chodziło o to, że pacjenta, który jest otyły i ma cukrzycę, kierujemy do pana profesora. Prawda? Jeśli ma nadciśnienie, to do tensjologa. Ale mnie się wydaje, że nie tędy droga. Schorzenia, które ma taki pacjent, to są jakby skutki uboczne otyłości. Czy jest w tej chwili w Polsce jakiś kanał leczenia polegający na tym, że możemy skierować takiego pacjenta do ośrodka, który się nim zajmie kompleksowo? Zajmie się nie tylko cukrzycą, nie tylko nadciśnieniem czy schorzeniami kardiologicznymi, tylko po prostu pomoże mu kompleksowo. Pani doktor mówiła, że kieruje pacjentów do poszczególnych specjalistów. Ale czy jest jakiś ośrodek, do którego lekarz rodzinny może skierować pacjenta?

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Magdalena Olszanecka-Glinianowicz:

Panie Senatorze, w Polsce jest parę takich ośrodków, ale one nie działają w ramach NFZ. My obydwie reprezentujemy tego typu ośrodki, dlatego o tym nie mówiłyśmy. Po prostu nie ma możliwości zawarcia kontraktu z NFZ, żeby zapewnić pacjentowi kompleksowość porady. To jest jedna sprawa.

Teraz druga. Taki ośrodek, w ramach działalności akademickiej, jest w Poznaniu. W jednej z poznańskich klinik jest zakład, w którym są jakieś możliwości bezpłatnego leczenia. Ale to są jakieś możliwości. Powiedzmy może się tam leczyć, nie wiem, 100–200 pacjentów. Tak rzucam te liczby. Oprócz tego w Polsce jest kilka prywatnych ośrodków profesjonalnych, w których pracują osoby z certyfikatami. My mamy certyfikaty European Fellow Obesity Education. Jest w Polsce jeszcze kilka takich osób, m.in. pan profesor Wyleżół. To są certyfikaty nadawane przez europejskie i światowe towarzystwa badań nad otyłością. I one uprawniają nas do tego typu działań. Certyfikat świadczy o tym, że posiadamy odpowiednią wiedzę i odpowiednie doświadczenie medyczne. W Polsce jest 10 takich ośrodków. Mamy poradnie metaboliczne, oczywiście finansowane przez NFZ, tylko że, tak jak zaznaczyłam na początku, otyłość nie jest chorobą metaboliczną, a do poradni metabolicznych często

dzwonią pacjenci z różnymi schorzeniami: fenylketonurią, osteoporozą, innymi chorobami, które są uznane za choroby metaboliczne. Bynajmniej nie są to miejsca, w których kompleksowo leczy się otyłość.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Czy pan profesor chce uzupełnić, bo są też państwa głosy?

(Kierownik Kliniki Chirurgii w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej Mariusz Wyleżół. Tak.)

Proszę.

Kierownik Kliniki Chirurgii w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej Mariusz Wyleżół:

Chcę powiedzieć, że pewną szansę na kompleksowe leczenie otyłości stwarzają ośrodki oparte na chirurgii bariatrycznej, ale jak państwo tutaj zaznaczyli, de facto mówimy o leczeniu, które jest podejmowane nawet troszeczkę za późno. Powinniśmy znacznie wcześniej interweniować i ja się z tym zgadzam. Bardzo chętnie, proszę państwa, stracę swoje zajęcie, żeby nie było pacjentów z otyłością olbrzymią, bo to jest nieszczęście dla tych chorych.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Muszę teraz oddać głos senatorom. Przepraszam. Pani senator Orzechowska. Proszę bardzo.

Senator Bogusława Orzechowska:

Państwo nic nie mówili na temat leczenia sanatoryjnego. Ja jestem z województwa warmińsko-mazurskiego. Na mapie nie zaznaczono, że jest tam jakiegokolwiek stowarzyszenie osób chorych na otyłość. Tymczasem jest u nas sanatorium, w Ameryce koło Olsztynka. To jest sanatorium pediatryczne. I tam lekarze zajmują się właśnie otyłością. Skutecznie leczą dzieci z otyłością. To jest rzeczywiście choroba cywilizacyjna, w tej chwili jest bardzo dużo osób z otyłością i ich liczba sukcesywnie się zwiększa. Przyjmuję i dorosłych, i dzieci, tak więc mam porównanie. Jeśli chodzi o leczenie dzieci, to wydaje mi się, że jest troszeczkę lepiej. Może to jest tylko moje zdanie i może zauważam to dlatego, że jestem z takiego terenu.

Panie nic nie mówiły też o tym, że bardzo często otyłość pojawia się u osób, które karmiły piersią. Mówiliśmy o karmieniu piersią i muszę powiedzieć, że rzeczywiście dzieci karmione piersią w dużo mniejszym procencie mają problemy z otyłością. Jest jednak kwestia mam, które po karmieniu piersią pozostają na diecie wysokoenergetycznej i bardzo często u nich jest później problem z otyłością. Jak panie czy państwo się do tego ustosunkują?

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Senator.

Czy ktoś by chciał odpowiedzieć?

Proszę, Pani Doktor.

Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Lucyna Ostrowska:

Lucyna Ostrowska. Spróbuję odpowiedzieć na to pytanie.

Nie wiem, czy wszyscy, którzy tutaj siedzimy, podzielą moje zdanie na temat sanatoriów. Tak jak powiedziałam, od 18 lat pracuję tylko z pacjentami otyłymi i według mnie sanatorium daje chwilową nadzieję, która ginie w momencie, kiedy pacjent wraca do codzienności. Może nie będę się wypowiadać na temat sanatoriów pediatrycznych, bo pacjentów pediatrycznych mam dużo mniej niż dorosłych. Mam specjalizację z chorób wewnętrznych. Większość moich pacjentów jedzie do sanatorium na 2 albo 3 tygodnie, bo tyle trwa turnus, i chudnie tam zwykle 2–3 kg albo więcej, zwłaszcza gdy jest na diecie oczyszczającej. Nie wymienię sanatorium, które proponuje taką dietę. Badam pacjenta przed wyjazdem do sanatorium, oznaczam skład ciała, oznaczam zawartość tkanki tłuszczowej, tkanki mięśniowej, zawartość wody i spoczynkową przemianę materii. I kiedy badam go ponownie po powrocie z sanatorium, to on jest bardzo zadowolony, a ja jestem bardzo zasmucona. Pacjent zwykle traci masę mięśniową i tylko w niewielkim odsetku masę tłuszczową i wodę. W związku z tym pojawia się efekt jojo, ponieważ organizm bardzo szybko nabiera masy tłuszczowej na rzecz straconej masy mięśniowej. Po powrocie z sanatorium pacjent wraca do swoich obowiązków, rezygnuje z aktywności ruchowej, której tam trochę było, a w związku z tym punkt metaboliczny sprawia, że pacjent zaczyna gwałtownie przybierać na wadze.

Dyrektor Szpitala Powiatowego w Sochaczewie Piotr Szenk:

Jeszcze tylko słowo dodam.

Pani Senator, według piśmiennictwa, znowu się na nie powołam, tylko u 2% pacjentów leczonych zachowawczo utrzymuje się efekt długotrwały. Tylko u 2% leczonych zachowawczo pacjentów. To są światowe dane, tak że tutaj jest *evidence based medicine*.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Magdalena Olszanecka-Glinianowicz:

Odnoszę się tu do obydwu wypowiedzi, i pana dyrektora, i mojej przedmówczyni, pani wiceprezes.

Jeżeli chodzi o skuteczność leczenia zachowawczego – mówimy tutaj o drugim i trzecim stopniu otyłości – która wynosi 2%, to tak jak powiedziałam, przede wszystkim powinniśmy zacząć leczyć chorych z nadwagą, to znaczy właściwie diagnozować podłoże otyłości. Wtedy efekty są zdecydowanie inne, nawet wieloletnie, dziesięcio-, piętnastoletnie. To zależy od różnych sytuacji i różnych aspektów. Chorzy na otyłość olbrzymią to często chorzy z zespołem nocnego jedzenia, *binge eating disorders*, i innymi zaburzeniami poboru pokarmu.

Jeżeli chodzi o leczenie sanatoryjne, to owszem, pobyt w sanatorium jest oderwaniem od rzeczywistości. Pacjent ma mniej stresu, nie zajada stresu, ma więcej ruchu, stosuje dietę taką czy inną, lepszą bądź gorszą. Zdarza się, niestety, że pacjenci sanatoriów diabetologicznych wracają o 5 kg ciężsi. Kiedy ostatnio miałam okazję na własne oczy oglądać dietę cukrzycową w sanatorium, to po prostu ręce mi opadły. Jak się kogoś zamknie w miejscu izolowanym, w warunkach oderwanych od życia, to on będzie żył inaczej, ale potem musi wrócić do domu. Dlaczego nie prowadzi się już oddziałów szpitalnych leczenia otyłości, które były jeszcze 20 lat temu? Bo nie było efektywności, bo trzeba patrzeć na relację koszt – efekt. Nie leczy się już szpitalnie otyłości, oprócz stosowania chirurgii bariatrycznej. Wiadomo, że jeśli się kogoś odizoluje i zamknie, to na pewno uzyska się efekty. Sanatorium może być dla pacjenta po leczeniu bariatrycznym albo dla pacjenta, który uzyskuje efekty długotrwałe, np. jako rehabilitacja ruchowa czy ewentualnie psychoterapia grupowa, ale nie jako forma leczenia otyłości.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Proszę, Pani Senator.

Senator Bogusława Orzechowska:

Ja nie traktuję sanatorium tylko jako formy leczenia. Tam jest również edukacja pacjentów, tam jest edukacja całej rodziny. Ja nie wiem, może państwo źle ustawiacie się do sanatoriów. Moje doświadczenia są inne. Uważam, że pobyt w sanatorium naprawdę przynosi korzyść dzieciom. One wracają wyedukowane, troszeczkę inaczej odbierają to, co mówi im ktoś inny niż rodzic i ktoś inny niż lekarz, którego znają na co dzień. Inaczej nastawiają się również rodzice, bo wiedzę ogólną, podobnie jak dzieci, dostają z innego źródła.

Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Lucyna Ostrowska:

Tak, Pani Senator, pod warunkiem że rzeczywiście dzieci wracają do domu wyedukowane i że rodzice byli tam edukowani. Ale mnie się wydaje, że w większości sanatoriów nie ma pobyków rodzinnych, są pobyty albo dla dzieci, albo dla dorosłych. Jeżeli dziecko nauczy się w sanatorium, że trzeba jeść marchewkę i po przyjeździe do domu powie: mamo, zrób mi marchewkę, bo tam była marchewka, to dobrze, ale zobaczymy, jak długo to potrwa. Proszę mi wierzyć, Pani Senator, naprawdę siedzę w tym zawodzie 18 lat i widzę same złe skutki powrotu – niezależnie od tego, czy chodzi o dzieci, czy dorosłych – z sanatorium, czyli efekt jojo. Tak że poprawa jest chwilowa. Nie wiem, czy pani doktor, jako lekarz rodzinny obserwujący pacjentów, się z tym zgodzi. Ja uważam, że sanatoria powinny być w ogóle zamknięte albo należałoby ograniczyć ich liczbę i oddać to

zadanie oddziałom szpitalnym, które leczyłyby w sposób fachowy, byłiby tam i psycholog, i dietetyk, i rehabilitant, i chirurg, i uczenie też by było.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ośrodki, które ja znam, nie mają psychologa.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie. Ośrodki dla dorosłych, które są w ofercie NFZ, jeśli chodzi o wysyłanie pacjenta otyłego, nie mają psychologa.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.
Pani senator Budner. Proszę.

Senator Margareta Budner:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo się cieszę, że poruszono tyle aspektów leczenia otyłości. Myślę, że tak jak powiedziała pani profesor, u podstaw walki z otyłością powinny leżeć profilaktyka i edukacja, propagowanie zdrowego stylu życia. Ja na co dzień spotykam się z małymi pacjentami. Przychodzą do mnie z innych powodów, ale często są to dzieci otyłe. W różny sposób, czasami ogródkami, delikatnie, czasami bezpośrednio, staram się zasugerować rodzicom, że mogliby coś z tym zrobić. Niestety w naszym społeczeństwie pokutuje myślenie, nie wiem, mit, że to nie jest problem. W ponad 50% przypadków mamy tych dzieci wręcz się na mnie obrażają, mówią: pani mnie obraża. Niektóre nawet do mnie nie wracają, a np. syn ma ginekomastię nie z przyczyn hormonalnych, lecz z powodu otyłości. Mówię, żeby najpierw spróbować dziecko odchudzić, może gdzieś go wysłać itd. Ale rodzice nie widzą problemu otyłości. Według nich, trzeba coś wyciąć i w ten sposób zrobić z tym porządek.

Poruszyliśmy tu problem opieki psychologicznej. Mnie się nie zdarzyło, żeby chory otyły był otoczony taką opieką. Zajmuję się również plastyką powłok brzusznych, nie tylko po operacjach bariatrycznych, lecz także u pacjentów, którzy samodzielnie zredukowali masę ciała. Tak że chodzi o problem po znacznej redukcji masy ciała. Pacjenci mają trudności z samoakceptacją, mają inne problemy, które obserwuję. To nie jest moja dziedzina, więc nie potrafię im pomóc, ale nie ma osób, które mogłyby im pomóc.

Bardzo się cieszę, że pan minister powiedział, że będą próby zmiany procedur dotyczących zabiegów bariatrycznych. Rozumiem, że procedury F-11 i F-21, bo z tych m.in. korzystają chirurdzy, będą zastąpione inną procedurą.

Mam też takie pytanie. My operujemy, robimy zabiegi, o których mówiła pani Magda, tak? – mam nadzieję, że nie pomyliłam imienia – i faktycznie jest problem z rozliczeniem tych procedur. Rozliczamy je najczęściej jako plastykę miejscową. Tak więc wartość zabiegu wycięcia zmiany, która ma 5 cm, jest taka sama jak np. redukcji, abdominoplastyka czy mammoplastyka u osób z tego typu problemami. Myślę, że to jest około 75 punktów. Czy zmiany idą ewentualnie też w kierunku uporządkowania wyceny procedur? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Senator.

Było pytanie do pana ministra, tak więc proszę o odpowiedź.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Marek Tombarkiewicz:**

Tak, Pani Senator, na razie trwają prace nad utworzeniem nowej grupy właśnie dla zabiegów chirurgii czysto bariatrycznej, czyli właśnie rękawowego wycięcia żołądka, i nad lepszą wyceną, żeby nie było już konfliktu z NFZ, związanego z ustaleniem, czy to faktycznie jest duża operacja, czy to jest ściśle zabieg bariatryczny, bo jest pewna różnica, oczywiście medyczna. Co do tej drugiej sprawy to nie mam informacji na ten temat, ale zwrócimy na to uwagę, bo to jest jakby efekt skutecznego leczenia chirurgią bariatryczną.

Senator Margareta Budner:

Dziękuję bardzo.

Akurat w ośrodku, w którym pracuję, są wykonywane zabiegi bariatryczne i pacjenci automatycznie do nas trafiają, tak że jest ten problem.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Ja mam pytanie do pana profesora Piątkiewicza.

Panie Profesorze, jakie ma pan doświadczenie z chorymi już po operacjach bariatrycznych, jeśli chodzi o konieczność podawania insuliny? Czy można, nie wiem, całkowicie ją odstawić albo ograniczyć, czy pacjenci nadal będą jednak przyjmowali taką samą jej ilość? Czy ma pan takie doświadczenie, że po operacji bariatrycznej... nie powiem, że cukrzyca jest wyleczona, ale praktycznie wystarczy już tylko dieta, czyli można się obyć już bez leczenia farmakologicznego?

**Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych,
Diabetologii i Endokrynologii
na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym
Paweł Piątkiewicz:**

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący, za to pytanie. To jest bardzo dobre pytanie.

Muszę państwu powiedzieć, że zdecydowanie tak jest, redukcja masy ciała jest jednym z podstawowych kryteriów leczenia cukrzycy typu drugiego u osób z nadwagą i otyłością. Wiadomo, że nie wszyscy pacjenci z cukrzycą typu drugiego mają nadwagę i otyłość. Jest też grupa, mniejsza, która ma zaburzenia wydzielania insuliny. Oczywiście nie mówię tu o typie pierwszym cukrzycy, prawda?, to też jest istotna grupa. Ale gros naszych pacjentów to pacjenci z nadwagą lub otyłością. Rzeczywiście często dochodzi do sytuacji, w której kolejny lek jest nieskuteczny i musimy sięgać już po leczenie insuliną. Na pewno obserwujemy,

że po redukcji masy ciała pacjent przyjmuje też znacznie mniejszą ilość insuliny. Mogę powiedzieć również, że u pacjentów, którzy byli poddani operacjom bariatrycznym, dochodziło do, można powiedzieć, wyleczenia cukrzycy. To jest niesamowite, ale tak się zdarza, znam takich pacjentów. Chcielibyśmy, żeby było ich coraz więcej, żeby mogli całkowicie odstawić leczenie farmakologiczne. Oczywiście utrzymujemy u nich leczenie niefarmakologiczne, czyli odpowiednią dietę i zalecamy wysiłek fizyczny. Tak że, tak jak pan przewodniczący zauważył, jest to jedna z metod leczenia i to metoda znakomita dla pacjentów, u których wszystkie inne metody już, niestety, zawodzą.

Jeszcze tylko na zakończenie chciałbym powiedzieć, że według ostatnich danych epidemiologicznych, zarówno światowych, jak i krajowych, 8% ludzi w Polsce jest chorych na cukrzycę. Ta liczba, niestety, dramatycznie rośnie. A przecież to jest choroba, o czym powiedziałem już wcześniej, którą w bardzo prosty sposób można diagnozować. Narzędzia diagnostyczne to jest pomiar glikemii na czczo, ewentualnie wykonanie krzywej cukrowej. Mimo to 30% osób nie wie, że ma cukrzycę.

**Kierownik Kliniki Chirurgii
w Wojskowym Instytucie
Medycyny Lotniczej
Mariusz Wyleżół:**

Panie Profesorze, jeszcze prostszym narzędziem badawczym jest zważenie chorego.

(Wesołość na sali)

Zapewniam pana, że 90% chorych nie jest ważonych.

**Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych,
Diabetologii i Endokrynologii
na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym
Paweł Piątkiewicz:**

Tak, ale niestety nie jest to kryterium rozpoznania cukrzycy.

**Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa
Badań nad Otyłością
Magdalena Olszanecka-Glinianowicz:**

Pozwolę sobie dodać jeszcze jedną rzecz do tego, co pan profesor powiedział. Redukcja masy ciała jest również podstawą leczenia wielu przypadków nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych. Generalnie po zabiegach chirurgii bariatrycznej u pacjentów z drugim, trzecim stopniem otyłości wiele tych zaburzeń ustępuje. Dodam również, że jeżeli u pacjentów z pierwszym stopniem otyłości uzyskamy odpowiednią redukcję masy ciała w sposób zachowawczy, to osiągniemy takie same efekty, bo kiedy leczymy przyczynę, to likwidujemy też skutki.

Jeszcze jedna rzecz odnośnie do tego, czy zdarzają się chorzy na cukrzycę typu drugiego, którzy nie są otyli. Nie ma takich osób, bo to są tak zwani chorzy metabolicznie, czyli otyli z prawidłową masą ciała, tzn. mający nadmier-

ne nagromadzenie tkanki tłuszczowej trzewnej, o czym dzisiaj, niestety, nie mamy czasu szerzej rozmawiać, a to jest kolejny problem.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Pan przewodniczący jeszcze ma pytanie.

Senator Leszek Czarnobaj:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Jeśli można... Zbliżamy się do końca tego spotkania, nasi goście przedstawili problem otyłości w wielu płaszczyznach, począwszy od profilaktyki, przez zabiegi, aż do rehabilitacji itd. Moim zdaniem, nie da się podejść do tego problemu bez określenia pewnego programu strategicznego, który nazywałby się programem walki z otyłością czy leczenia otyłości. Przepraszam, nie jestem lekarzem. Jeżeli użyję sformułowań, które są niegodne lekarza, to proszę o wybaczenie, ale jako jedyny w tej komisji reprezentuję pacjentów i chciałbym...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

To znaczy dosłownie. Ponoć każdy będzie kiedyś pacjentem, ale na razie...

(Głos z sali: ...jeszcze o tym nie wie.)

Chodzi mi o taką sprawę, Panie Ministrze. Czy w ministerstwie jest taki program, a jeśli nie ma, a podejrzewam, że nie ma, to czy myśli się o jego stworzeniu? Tak jak powiedziałem, chodzi o ujęcie w nim spraw związanych z edukacją, profilaktyką, brakiem kadry lekarskiej itd., w ogóle o stworzenie całego systemu. Bez tego z tym programem w życiu się nie ruszy. Dane statystyczne są takie, jak tu powiedziano, problem dotyczy 15 czy 20% osób, a to jest przerażająca liczba. Myślę, że warto byłoby się zastanowić, Panie Ministrze, nad strategią na następne lata, bo trzeba sobie również zdać sprawę z tego, że również w sensie zarządczym tego problemu nie rozwiąże się w ciągu roku czy nawet kadencji. Potrzebne będą przecież ogromne nakłady. Ale trzeba mieć jakąś perspektywę. Czy myśli pan minister o tym, czy w ministerstwie się o tym myśli, czy jest może jakiś zespół, który nad tym pracuje? Bardzo mnie ciekawi, jak państwo do tego podchodzi. Czy tradycyjne, jak zwykle w Polsce, tylko łatamy dziurę, czy myślimy w sposób strategiczny?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Tombarkiewicz:

Dziękuję bardzo za pytanie.

Nie ma aktualnie takiego zespołu. Ale problem jest zdiagnozowany przez Departament Zdrowia Publicznego, jeśli chodzi o te olbrzymie liczby, odsetek osób już chorych i o tendencję wzrostową. To jest, oczywiście, problem. Resort jest nastawiony na programy kompleksowe. Pierwszy program opieki kompleksowej czy koordynowanej, różnie można to nazywać, rozpoczął, oczywiście w całkiem innym zakresie, Narodowy Fundusz Zdrowia. To jest program pilotażowy. Myślę, że będziemy szli w tym

kierunku, w ten sposób będziemy do tego podchodzić. Oczywiście olbrzymią rolę odgrywa zarówno podstawowa opieki zdrowotna, jak i szpitale powiatowe. Tak że trzeba jakoś zebrać i te problemy cząstkowe, które tutaj zostały nazwane, i te, których nie wymieniłem. Myślę, że będziemy się starali to zebrać w jeden program. Trzeba by zacząć od jakiegoś pilotażu. Pewne rzeczy są już określone, ale trzeba by ustalić skład zespołu, który miałby się zajmować kompleksowym leczeniem pacjentów z otyłością patologiczną, a także wprowadzeniem skutecznych programów profilaktycznych.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani profesor jest bardzo aktywna. Dzisiaj robię dużo wyjątków.

Proszę bardzo.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością Magdalena Olszanecka-Glinianowicz:

Bardzo dziękuję.

Panie Senatorze, bardzo dziękuję za ten głos, bardzo cenny głos w tej dyskusji. Mam nadzieję, że pan minister będzie łaskaw zaprosić Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością do współpracy i troszeczkę zechce wysłuchać naszego zdania. My wszyscy mamy doświadczenie kilkunastu lat pracy z pacjentami chorymi na otyłość. Mamy osiągnięcia naukowe w tej dziedzinie, mamy też osiągnięcia zagraniczne. A w kraju jakoś niekoniecznie jesteśmy przez ministerstwo zauważani. Wiem, że każdy ma swoje spojrzenie na różne sprawy, ale może warto rozmawiać i warto dyskutować, żeby stworzyć coś na lata, tak jak pan senator powiedział, co nie będzie trwało tylko kadencję, rok czy dwa lata. Stwórzmy solidny system i raz bądźmy liderem Europy, a nie ogonem.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Profesor.

Powtórzę, że komisja jest pewnym czynnikiem spustowym do tego, żeby się państwo spotykali w ramach zespołów pod patronatem pana ministra, tak by wypracować pewien schemat działania na kilka lat, a nie w programach doraźnych.

Jeszcze pan senator Łyczak. Proszę bardzo.

Senator Józef Łyczak:

Panie Ministrze! Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Mnie przez chwilę nie było, ale chcę powiedzieć, że jestem członkiem Komisji Zdrowia, zresztą już kolejną kadencję, chociaż nie jestem lekarzem. Mam pytanie do pana ministra, może do zaproszonych gości.

Czy zostały opracowane... Odnośnie do leczenia to dość dużo tutaj mówiono. Nie jestem do końca zadowolony z tego, co usłyszałem, i pocieszony. Całe szczęście, że

otyłość mi dzisiaj jeszcze nie grozi. Może dlatego, że mimo podeszłego wieku jestem czynnym sportowcem. Mnie interesuje głównie – to jest pytanie do pana ministra – czy są opracowane konkretne programy profilaktyczne. Mniej więcej 50 lat temu, kiedy byłem dzieckiem, mieszkalem na wsi. Wtedy w każdej gminie był lekarz, taki doktor Judym. I on znalazł czas na wszystko, odbierał też porody, ale przede wszystkim przynajmniej raz w roku przeglądał każdą wiejską szkołę. A wtedy na wsi było przynajmniej trzy razy tyle dzieci, co w tej chwili. Tak że on widział, jak one wyglądają. Tylko że wtedy były innego rodzaju problemy, niedowagi, prawda? Jak ktoś był grubaskiem, to znaczyło, że nie brakowało mu chleba i ziemniaków. Lekarz wtedy mówił: ty jesteś prawidłowo odżywiany. Ale większość dzieci miała niedowagę.

Mnie interesuje, czy dziś praktycznie... Bardzo dużo mówiliśmy tu, proszę państwa, o świetnych programach, tylko że one zawsze są gdzieś w okolicach sufitu, nie schodzą na dół, prawda? A mnie interesuje, czy dziś jest w ministerstwie program, który nakazuje lekarzowi, fachowcowi w swojej branży, iść do szkoły i zrobić prelekcję dla dzieci, ale też dla rodziców. W kinie można zaobserwować, jak rodzice, którzy dzisiaj mają trzydzieści, czterdzieści lat, kupują swoim dzieciom po koszu trucizn i zamiast patrzeć na film, to faszerują nimi swoje pociechy. I potem mamy taki widok jak na ulicy w Ameryce, w obojętnie którym mieście. Jak widzimy amerykańskie dzieci, to im współczujemy. Jeżeli nic z tym nie zrobimy w naszym kraju, to za chwilę będziemy mieli to samo, co jest właśnie w tych superrozwinętych krajach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Senatorze.
Proszę, Panie Ministrze.

Główny Inspektor Sanitarny Marek Posobkiewicz:

Dzień dobry.

Proszę państwa, temat jest bardzo, bardzo poważny. Jak się okazuje, w tak krótkim czasie niemożliwe jest nawet jego liźnięcie. Można powiedzieć, że otyłość to jest gruby problem.

Skoro mówimy o byciu po różnych stronach barykady, to powiem, że ja jestem po obydwóch stronach barykady, a nawet też na niej siedzę. Oprócz tego, że jestem lekarzem i zajmowałem się też pacjentami z problemem otyłości, to jak sobie przed chwilą wyliczyłem, na początku roku wskoczyłem – jeśli spojrzeć matematycznie, na BMI – na trzeci stopień, czyli miałem skrajną otyłość. Udało mi się spektakularnie powrócić do drugiego stopnia, mam nadzieję, że się na tym nie zatrzymam. Nie wiem, ile już kilogramów w sumie straciłem w swoim życiu, czy 200, czy 300, a może nawet więcej. Tak że rozumiem, i od strony lekarza, i od strony pacjenta, jak trudny jest to problem.

Oczywiście mówimy o różnych aspektach, także o zaopiekowaniu się chorym otyłym, o przywróceniu go do normalnego funkcjonowania, czyli zdrowia, o jego

godności. Jak pokazała ta dyskusja, ważne są też chęci. W szpitalu, w którym dyrektor dobrze się dogaduje z ordynatorem chirurgii, tak jak jest w Sochaczewie, nie ma problemu.

Pan jako dyrektor chyba nie ma żadnych uwag do ordynatora?

(Dyrektor Szpitala Powiatowego w Sochaczewie Piotr Szenk: Rzadko mamy konflikt, tak muszę powiedzieć.)

(Wesołość na sali)

Pani profesor wspomniała o programie – chciałbym o nim powiedzieć też panu senatorowi – robionym przez Polską Federację Producentów Żywności. To jest nasz wspólny program, prowadzony z głównym inspektorem sanitarnym, czyli kadrami całej naszej inspekcji. Mamy urząd, który zajmuje się zdrowiem publicznym od kilkadziesiąt lat. Mamy swoje kadry w każdym powiecie i w ten sposób przez ostatnie lata trafiliśmy do, nie wiem, 7–8 milionów dzieci w szkołach. To jest tak samo jak z samochodem. Może być piękny samochód, który będzie miał wspaniałe ogumienie, karoserię, silnik itd., ale jeżeli komputer w tym nowoczesnym samochodzie zaszwankuje, to samochód nie ruszy i nikt nie będzie wiedział, dlaczego. Podobnie jest z dzieckiem. Jeżeli w najwcześniejszych latach ono nabierze dobrych nawyków, będzie uczone zdrowego stylu życia, co jest dobre do jedzenia i jak ważny jest regularny, umiarkowany wysiłek fizyczny, w ogóle zdrowe życie, unikanie używek, to jest szansa, że potem, jako dorosły człowiek będzie dłużej żył w dobrym zdrowiu.

Program, który się nazywa „Trzymaj formę”, po angielsku *keep fit*, był bardzo dobrze oceniany i przez Unię Europejską, i na konferencjach zdrowia publicznego na świecie. Był dobrym przykładem, na to też pani profesor zwracała uwagę, działania oddolnego. To jest w ogóle też współpraca publiczno-prywatna. My jako organ rządowy, a z drugiej strony przedsiębiorcy, chcemy osiągnąć wspólny, dobry cel, chcemy dążyć do tego, żeby następne pokolenia były zdrowe. Nie dajemy też sztywnych schematów. Od 26 lat wszyscy uczymy się korzystać z wolności. Jeżeli jednak korzystanie z wolności będzie polegało na sięganiu po żywność typu fast food i na wygodnym siedzeniu ciągle przy komputerze czy przed telewizorem, to ta wolność nas zabija. Ale jeżeli to będzie dobry wybór, w dobrą stronę, to można zyskać zdrowie. Dlatego nie dajemy sztywnych ram. Jeżeli chodzi o zdrowe żywienie, dajemy odpowiednie materiały. Jeżeli chodzi o aktywność fizyczną, to staramy się wykorzystywać to, co jest lokalnie dostępne, dobre, czym dzieci się zainteresują. Jeśli np. w danym rejonie jest jakiś znany lokalny sportowiec, to wiadomo, że sport, który on uprawia, jest bardziej popularny. I niech dzieci też go uprawiają. Najważniejsze jest to, żeby się ruszały, a nie siedziały w zamkniętych pomieszczeniach, jedząc coś słodkiego.

Problemów oczywiście jest wiele. Nie można jednak wszystkiego ludziom narzucić. Uważam, że trzeba dać dobre ramy i pracować nad zmianą świadomości, bo to jest ważne.

I mam nadzieję, że kiedy się spotkamy następnym razem, to już poprawię swoje BMI. Nie tylko przez to, że podrosnę. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Niestety musimy się zbliżyć do końca naszego posiedzenia komisji.

Jeszcze pani doktor chciałaby zabrać głos jako lekarz rodzinny.

Członek Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych Elżbieta Tomiak:

Tak, chciałabym jeszcze powiedzieć panu senatorowi, w uzupełnieniu do wypowiedzi pana ministra, że jeżeli chodzi o środowisko szkolne, to jest pielęgniarka środowiska nauczania i ona przeprowadza badania bilansowe – mierzy i waży dzieci. Tak więc jakby już na pierwszym etapie wychwytuje dzieci z zaburzeniami i problemami związanymi z masą ciała. Później takie dziecko trafia do lekarza rodzinnego. Tak więc tutaj nawet nie są potrzebne specjalne programy profilaktyczne, bo to działa. Wydaje mi się, że doraźne programy profilaktyczne, owszem, są potrzebne, na pewno przynoszą dużo korzyści, ale tak naprawdę potrzebujemy działania systemowego, takiego, którym będzie objęta cała populacja. Takim działaniem są właśnie badania przesiewowe. Program profilaktyki chorób układu krążenia, z którego korzysta lekarz rodzinny w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, ma pewne ograniczenia, np. przedziały wiekowe. Temu badaniu podlegają tylko pacjenci w określonym wieku: 35, 40, 45, 50 i 55 lat. W związku z tym lekarz rodzinny ma kłopot z wychwyceniem pacjentów z taką chorobą. Prościej by było, gdyby mógł zastosować program profilaktyczny w przypadku pacjentów zgłaszających się z jakiegokolwiek powodu. Wtedy większa część populacji byłaby nim objęta. Dziękuję.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Tak, pan nie zabierał głosu, proszę. Ostatni głos.

Specjalista Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Klinice Chirurgii w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej Paweł Piątkiewicz:

Bardzo dziękuję.

Pani Senator! Panowie Senatorowie!

Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Nazywam się Paweł Piątkiewicz, jestem lekarzem. Z wykształcenia jestem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii. Na co dzień znieczulałam w klinice chirurgii, m.in. pacjentów do zabiegów bariatrycznych. Od wielu, wielu lat jestem również lekarzem medycyny rodzinnej. Pracuję w POZ w Sochaczewie. To jest POZ, który ma 9 tysięcy pacjentów – 3 tysiące dzieci, 6 tysięcy osób dorosłych. 60% moich pacjentów to jest populacja wiejska.

Do mnie przemawia logika i matematyka cyfr prostych. Nie miałem nic, nagle pojawił się w moim powiecie ośrodek, w którym mam możliwość leczenia pacjenta baria-

trycznie, a po leczeniu bariatrycznym, mówię tu o chirurgii bariatrycznej, pacjenci do mnie wracają. I muszę redukować im leki obniżające ciśnienie i hipoglikemizujące, czyli doustne leki przeciwcukrzycowe. To do mnie przemawia.

Proszę państwa, pacjent nie pojedzie do szpitala do dużego ośrodka. Wynika to z barier technologicznych, psychologicznych, czasami z jego statusu społecznego, z barier ekonomicznych. Trzeba tylko wprowadzić rozwiązania systemowe na szczeblu powiatu. Przyznam szczerze, że zdarzyło mi się, że pan profesor zadzwonił do mnie, bo się znamy z kliniki, i powiedział: panie kolego, proszę troszeczkę się wstrzymać z kierowaniem do naszego szpitala pacjentów bariatrycznych, bo nie jesteśmy w stanie tyłu przyjąć. Dlaczego nie mogę skierować tych pacjentów do szpitala w Sochaczewie? Bo tam już mają pełne ręce roboty. A gdyby było rozwiązanie systemowe na szczeblu powiatu, gdyby była możliwość leczenia bariatrycznego, to przekierowałbym ich do powiatu grodziskiego, żyrardowskiego. Uważam, że rozwiązanie systemowe na szczeblu powiatu to jest bardzo dobre rozwiązanie.

Proszę państwa, mówiliście państwo tutaj dużo o podspecjalizacjach. Wkrótce w anestezjologii powstanie podspecjalizacja anestezjologia bariatryczna. Pacjenta trzeba przecież znieczulić, zapewnić mu wentylację w czasie zabiegu operacyjnego, czyli wydolność oddechową, po operacji również, zapewnić stabilność układu krążenia. To są inni pacjenci, to nie jest tzw. zwykły, statystyczny chory przygotowywany do planowego zabiegu operacyjnego. To też jest chory oczekujący na planowy zabieg operacyjny, ale zupełnie inny chory. Tak że to jest wierzchołek góry lodowej, jeśli chodzi o anestezjologię. Chodzi przecież o utrzymanie pacjenta przy życiu, zapewnienie mu odpowiedniego systemu wentylacji. To jest pacjent z inną wagą klatki piersiowej. To jest pacjent, który musi oddychać i żyć po operacji. Widzę wymierne efekty chirurgii bariatrycznej na szczeblu powiatu. Nie miałem nic, była nicość, a nagle jest coś. W końcu jest coś i ja to widzę u siebie w gabinecie od wielu, wielu lat. Pacjenci przychodzą po operacji szczęśliwi. A pacjenta z aglomeracji wiejskiej trudno jest przekonać do leczenia bariatrycznego w dużym ośrodku. Osoby mieszkające w dużych miastach mają możliwość leczenia w szpitalach o wysokiej referencyjności. Osoby mieszkające w powiecie takiej możliwości nie mają. To jest pacjent, który wymaga również długiego okresu leczenia po zabiegach bariatrycznych. Tak że pokładam nadzieję np. w sanatoriach, bo do sanatorium on chętniej pojedzie, sam przyjdzie do gabinetu lekarskiego i poprosi o skierowanie do sanatorium.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Po zabiegu. Bardzo dziękuję za udzielenie głosu.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Zbliżamy się już, niestety, do końca, mimo że dyskusja jest bardzo ciekawa. Cieszę się, że tyle osób wzięło w niej udział. Dziękuję panu ministrowi za to, że zechciał wziąć udział w posiedzeniu naszej komisji. Dziękuję państwu profesorom, że tak pięknie przedstawiliście poruszone tu aspekty. Rzeczywiście w 2013 r. mówiliśmy tylko

o chirurgii bariatrycznej, ale problem nie dotyczy jedynie wierzchołka góry lodowej, którym jest chirurgia bariatryczna, on jest zdecydowanie większy. Cieszy mnie, że tak szeroko poruszyliśmy te tematy. Oczywiście myślę, że kluczem do zmieniania sytuacji w Polsce będzie stworzenie jednolitego programu, programu wieloletniego, który rzeczywiście będzie miał ręce i nogi, i będzie racjonalny. Najpiękniejszy nawet program nie będzie jednak działał, niestety, jeżeli nie będzie na niego środków. Ale jak powiedział pan profesor, jeżeli wydatki NFZ na refundację leków cukrzycowych będą mniejsze, bo pacjenci będą wyleczeni, to zaoszczędzone środki będzie można przeznaczyć na

walkę z otyłością. A to nie są małe środki. Wiemy, że NFZ dość dużo wydaje na leki cukrzycowe. Troszkę to uderzy w firmy farmaceutyczne, które by chciały sprzedawać te leki w jak największych ilościach, ale myślę, że w tej chwili ministerstwo troszkę inaczej patrzy na politykę lekową niż nasi poprzednicy, tak że to się na pewno zmieni. Widzę więc światełko w tunelu, nie tylko jeśli chodzi o leczenie otyłości w Polsce, lecz także w kwestii zdecydowanych zmian następnym latach.

Jeszcze raz dziękuję państwu za obecność.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.
Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 31)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii