

## PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

# Nieefektywne leczenie choroby otyłościowej jest kosztowne

Coraz więcej osób w Polsce ma nadwagę i coraz więcej choruje na otyłość. Tymczasem brakuje zarówno zrozumienia istoty tej choroby, jak i ścieżki leczenia, którą można by pacjenta poprowadzić. W konsekwencji chorzy sami muszą się mierzyć ze swoimi dolegliwościami. O tym, jak im pomóc i sprawić, aby choroba nazywana „przezroczystą” została przez system opieki zdrowotnej dostrzeżona, mówili eksperci podczas konferencji *Priorities and Challenges in Polish and European Drug Policy 2024*.

W Polsce nadmierną masę ciała ma 70 proc. społeczeństwa, a aż 9 mln osób choruje na otyłość. Osoby te trafiają do lekarza, jednak nie z powodu otyłości, ale jej powikłań, których jest ok. 200. Eksperti podkreślają, że wobec kosztów ich leczenia i rosnącej liczby chorych konieczne jest podjęcie zdecydowanych kroków.

– W imieniu członków zespołu, którego jestem wiceprzewodniczącą, mogę powiedzieć, że zrobimy wszystko, co w naszej mocy, aby tę tragiczną liczbę 9 mln Polaków zmniejszyć, aby udało się wychować takie pokolenie, w którym otyłość będzie dotyczyła tylko małego odsetka – mówiła prof. dr hab. n. med. Alicja Chybicka, posłanka, wiceprzewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania nadwadze i otyłości.

– Już dzieci należy uczyć, jak ważny jest zdrowy tryb życia, ruch i właściwe odżywianie, a przede wszystkim, jak unikać pokarmów, które powodują nadwagę. Jeśli chodzi o chore osoby dorosłe, to mamy im do zaproponowania albo znakomite leki, które powodują blokadę apetytu i pomagają wejść na drogę zmniejszenia wagi, albo metodę operacyjną. Należy podkreślić, że otyłość, szczególnie jeśli zaczyna się w wieku dziecięcym, niszczy narządy – od mózgu przez wątrobę po stawy. W późniejszym wieku chorzy mają problemy z chodzeniem, właściwie już jako dzieci zaczynają utykać. Dlatego potrzebna jest kampania społeczna, która uzmysłowi Polakom, że otyłość to choroba i nie wystarczy mówić: „nie jedz, to będziesz szczupły”, bo to nie zadziała. Leczeniem otyłości powinna się zająć opieka zdrowotna, a profilaktyka musi wrócić na właściwe miejsce, ponieważ jej braki widać gołym okiem – dodała.

### BMI a powikłania kardiologiczne

– Na problem otyłości należy patrzeć szerzej, jak na konglomerat czynników ryzyka – tłumaczył prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, rzecznik zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. – To jest nie tylko widoczna na zewnątrz nadwaga czy otyłość, ale często również współistniejąca cukrzyca, insulinooporność, oporne nadciśnienie tętnicze czy miażdżycza – przez długi okres

bezobjawowa, a w stadium zaawansowanym trudna do leczenia. Niestety, jeżeli mamy taki układ różnych chorób, to one wzajemnie się wzmacniają. Już 2–3 współistniejące choroby powodują, że pacjent ma zwiokrotniony efekt powikłań sercowo-naczyniowych. Dlatego niezbędne jest podejście interdyscyplinarne. Dobry, szanujący się oddział kardiologiczny powinien zatrudniać dietetyka i rehabilitanta i zaplanować pacjentowi cykl przejścia pod opiekę ambulatoryjną. Lekarz powinien mieć wskazówki, gdzie skierować pacjenta do konsultacji endokrynologicznej czy bariatrycznej. Tymczasem brakuje nam takiej ścieżki leczenia. Konieczne jest szerokie wprowadzenie rozwiązania systemowego na kształt programu KOS-BAR, jako przykładu dobrze działającej ścieżki pilotażowej – proponował.

Ekspert zauważył, że często problemem jest nazwanie choroby otyłościowej. – Aby nie urazić pacjenta, w gabinecie lekarskim owijamy w bawełnę i mówimy: „może pan powinien trochę schudnąć, trochę się poruszać”. A moglibyśmy, choćby na kartach wypisowych czy w rozpoznaniach, używać klasyfikacji ICD (International Classification of Diseases) i wpisać pacjentowi kod „otyłość”, tak jak wpisujemy kod „zawał”. W przypadku zawału to, co się sprawdziło i dało nam konkretne zyski, jeżeli chodzi o poprawę przeżycia pacjentów, którzy wchodzą do systemu i mają zaplanowane badania, to program KOS-Zawał. Taka ścieżka dla nas jest oczywista, a w otyłości jej brakuje. Z perspektywy pojawienia się nowych opcji terapeutycznych, które są skuteczne i dostępne, jest ona tym bardziej potrzebna – dodał.

### Wiele leków na wiele chorób

Pacjent z wielochorobowością zazwyczaj musi przyjmować dużo różnych leków. Na szczęście efekty nowoczesnych leków się uzupełniają i preparaty, które stosuje się w cukrzycy, mają działanie kardioprotekcyjne i nefroprotekcyjne.

– Dotychczas nie mieliśmy takich leków, które leczyłyby cukrzycę i zarazem tak silnie poprawiały rokowanie sercowo-naczyniowe. Nowoczesne leki, którymi dysponujemy dzisiaj, a które po części są refundowane, mogą być znakomitymi terapiami dla pacjentów z otyłością, a przy okazji chorzy po nich chudną – mówił prof. Marcin Grabowski.

– Problemem jest bardzo często występujące zjawisko politerapii. Mamy z nim do czynienia, kiedy specjaliści reprezentujący różne dziedziny medycyny – diabetologię,



kardiologię, nefrologię – nie koordynują swoich działań. U jednego z chorych doliczyliśmy się aż 26 leków recepturowych! A przecież mamy badanie SELECT, które wyraźnie pokazuje, że podstawą terapii powikłań choroby otyłościowej powinno być leczenie przyczynowe, czyli leczenie otyłości. Niektórzy pacjenci mogą też odstawić część albo nawet wszystkie leki, jeśli zredukują swoją masę ciała choćby o 1–3 kg. Otyłość powoduje u nich powikłania, które są potencjalnie odwracalne – dodał.

### Nie wystarczy powiedzieć: „nie jedz!”

Prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół potwierdził, że w niektórych przypadkach nie wystarczy powiedzieć choremu: „stosuj dietę”, ponieważ to jest nieskuteczne. Dlaczego?

– Dowody naukowe bardzo wyraźnie wskazują, że w obliczu ograniczenia dostarczenia energii do organizmu następuje zjawisko adaptacji metabolicznej. Powoduje to, że regulacja neurohormonalna, która decyduje o tym, czy jesteśmy głodni bądź nasyćni, jest tak przestawiona, że ograniczenie kalorii powoduje wyrzut hormonów głodu i mniejsze wydzielanie

hormonów sytości. I nie jest to zjawisko dotyczące tylko i wyłącznie okresu, kiedy trwa ograniczenie dowozu kalorii. To stan, który nasz organizm pamięta. Powołałam się na badanie australijskich naukowców z 2011 r. opublikowane w „New England Journal of Medicine”. Obserwowali oni to zjawisko przez 12 miesięcy, ponieważ tylko przez ten okres trwały badania. Ale nawet gdybyśmy nie dysponowali tymi wynikami, to wiemy, że dowóz energii do organizmu jest podstawowym warunkiem naszego życia. Ośrodki w mózgu, które decydują m.in. o homeostazie energetycznej, traktują brak dostarczenia energii jako zamach na nasze życie – wyjaśnił.

### Redukcja wagi zmniejsza powikłania pooperacyjne

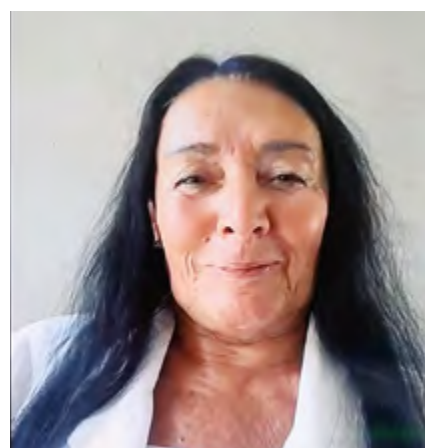
Jednym z elementów przygotowania pacjenta do operacji jest redukcja jego masy ciała. Już zmniejszenie jego wagi o 5 proc. zmniejsza o 50 proc. prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań we wczesnym okresie pooperacyjnym.

– Chciałbym zmienić przekonanie panujące w przestrzeni publicznej, że utrata masy ciała przed operacją stanowi dla pacjentów test, że są zmotywowani do leczenia otyłości. To nie na tym polega. Przedoperacyjna redukcja masy ciała jest jednym z kluczowych elementów bezpieczeństwa okołoperacyjnego, jednak nie u wszystkich pacjentów jest ona możliwa. Wtedy może pomóc jedynie farmakoterapia – mówił dr hab. Mariusz Wyleżół.

– Od 2004 r. wiemy, że chirurgia bariatryczna ratuje życie i niepoddanie chorego na otyłość olbrzymiu leczeniu chirurgicznemu powinno być uznawane za błąd w sztuce lekarskiej. Możemy się powołać na wyniki badania Teda Adamsa z 2022 r. – 40-letnia obserwacja wykazała, że chirurgiczne leczenie otyłości zmniejsza ryzyko zgonu w obserwacjach odległych: w przebiegu cukrzycy typu 2 o 72 proc., chorób sercowo-naczyniowych o 28 proc., nowotworów złośliwych o 47 proc. O połowę mniej ludzi umiera na raka dzięki temu, że leczymy ich z powodu otyłości. To jest niewyobrazalna sytuacja, że mając wyniki takich badań naukowych, przechodzimy wobec tej choroby obojętnie – podkreślił ekspert.

### Nieleczenie choroby otyłościowej kosztuje

Nieleczenie choroby otyłościowej skutkuje koniecznością leczenia jej powikłań. A to kosztuje znacznie więcej, bo jest ich bardzo dużo. Te koszty będą rosły, ponieważ pacjentów z otyłością będzie przybywać. – Jeżeli przyjmiemy, że większość społeczeństwa ma problem, to stoimy przed



Fot. Sajtmon Czerwiński



Fot. Sajtmon Czerwiński



Fot. Sajtmon Czerwiński



Fot. Sajtmon Czerwiński



Fot. Sajtmon Czerwiński



Fot. Sajtmon Czerwiński

prof. Alicja Chybicka: *„Potrzebna jest kampania społeczna, która uzmysłowi Polakom, że otyłość to choroba i nie wystarczy mówić: „nie jedz, to będziesz szczupły”, bo to nie zadziała. Leczeniem otyłości powinna się zająć opieka zdrowotna*

prof. Marcin Grabowski: *„Na problem otyłości należy patrzeć szerzej, jak na konglomerat czynników ryzyka. To jest nie tylko widoczna na zewnątrz nadwaga czy otyłość, ale często również współistniejąca cukrzyca, insulinooporność, oporne nadciśnienie tętnicze czy miażdżycza*

dr hab. Mariusz Wyleżół: *„40-letnia obserwacja wykazała, że chirurgiczne leczenie otyłości zmniejsza ryzyko zgonu w obserwacjach odległych: w przebiegu cukrzycy typu 2 o 72 proc., chorób sercowo-naczyniowych o 28 proc., nowotworów złośliwych o 47 proc.*

dr Magdalena Władysiuk: *„Już teraz na leczenie otyłości wydajemy 10 mld zł. Jeśli jednak uwzględnimy fakt, że w Polsce problem nadwagi dotyczy 70 proc. społeczeństwa, to okaże się, że prawie wszystko, co wydajemy w opiece zdrowotnej, ma związek z otyłością*

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka: *„Na barkach Ministerstwa Zdrowia i NFZ spoczywa ciężar zabezpieczenia skutecznego leczenia, ale w obszarze profilaktyki potrzeba działań angażujących prawie wszystkie resorty, samorządy, świat nauki, organizacje pozarządowe i biznes*

Maciej Miłkowski: *„Farmakoterapia jest potrzebna olbrzymiemu odsetkowi społeczeństwa polskiego, europejskiego i światowego, w związku z czym producenci mają problemy z zapewnieniem leków*



# PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

wyzwaniem – zauważyła dr Magdalena Władysiuk, ekspertka HTA Consulting. – Jeszcze do lat 90. byliśmy jednym z najszczuplejszych społeczeństw. Coś się jednak zmieniło i dotyczy to wszystkich grup wiekowych. Jesteśmy obciążeni cywilizacyjnie. To nie jest tylko kwestia jedzenia czy braku ruchu. Dochodzi do tego również stres, depresja, rosnące obciążenie środowiskowe, nieodpowiednia jakość snu, wykonywanej pracy, czas spędzony przed ekranami. Musimy powiedzieć jasno, że problem otyłości będzie narastać wraz z ubożeniem społeczeństwa. Już teraz wydajemy na jej leczenie 10 mld zł. Kwota ta jest niedoszacowana, bo jeśli uwzględnimy fakt, że w Polsce problem nadwagi dotyczy 70 proc. społeczeństwa, to okaże się, że prawie wszystko, co wydajemy w opiece zdrowotnej, ma związek z otyłością. To są tylko koszty bezpośrednie – hospitalizacji, leczenia najczęstszych powikłań czy rehospitalizacji. Dzisiaj mówimy o 10 mld zł, ale szacuje się, że do 2050 r. będzie to 60 mld zł. Do tego dochodzą koszty pośrednie, szczególnie wysokie u osób z chorobą otyłościową trzeciego stopnia. Obecnie koszty te szacuje się dla całej populacji na poziomie 40 mld zł, a według przewidywań do 2060 r. wzrosną one nawet do 350 mld zł, z czego ok. 250 mld to koszt przedwczesnych zgonów – przestrzegala.

## Potrzebne jest działanie systemowe

Doktor Małgorzata Gałązka-Sobotka z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie zwróciła uwagę, że dziś wszystkie państwa świata zachodniego łączą siły, aby znaleźć jakiś wehikuł, jakiś game changer, który pozwoli nam stawić czoła dynamice tsunami, jakim jest otyłość.

– My nie mówimy, że zlikwidujemy problem otyłości, bo to niemożliwe. Naszym celem jest zmniejszenie tempa zapadalności, bo to co się dzieje w polskiej populacji, głównie wśród dzieci i młodzieży, przeraża. Otyłość jest często nazywana chorobą „przezroczyść”, choć ma najbardziej charakterystyczne objawy. Pewne jest, że takich rozpoznań w naszej statystyce zdrowia powinno być znacznie więcej. Jak się jednak okazuje, w sprawozdaniach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) ta choroba prawie nie istnieje. Wzorem postępowania w przeciwdziałaniu chorobie otyłościowej może być dla nas Hiszpania, gdzie już wiele lat temu opracowano strategię integrującą wiele środowisk i skoncentrowano się na profilaktyce dzieci – mówiła.

Ekspertka podkreśliła, że powinniśmy iść o krok dalej. Konieczne jest podjęcie działań wielosektorowych, wielośrodowiskowych, integrujących świat nauki i wykraczających poza resort ochrony zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej czy Ministerstwo Sportu i Turystyki. Interwencje powinny być podjęte w strukturach całego państwa.



Fot. Szymon Czerwiński

## W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Alicja Chybicka**, postanka, wiceprzewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania nadwadze i otyłości
- **dr Małgorzata Gałązka-Sobotka**, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie
- **prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski**, Warszawski Uniwersytet Medyczny, rzecznik zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- **Maciej Miłkowski**, wiceminister zdrowia w latach 2018–2024
- **dr Magdalena Władysiuk**, HTA Consulting
- **dr hab. n. med. Mariusz Wyleżół**, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

– Bardzo nam potrzeba mądrości rządzących. Wiemy, że to jest działanie bezwzględnie konieczne dla dobra publicznego, stabilności i rozwoju społeczno-gospodarczego. Najnowsze dane pokazują, że co czwarty Polak choruje na otyłość, która jest przyczyną rozwoju wielu powikłań. Z raportu NFZ wynika, że na przykład połowa wszystkich pacjentów, którzy mają zabieg endoprotezoplastyki kolana, to chorzy na otyłość. Ogółem osoby z nadwagą i otyłością stanowią 85 proc. tych pacjentów, u 40 proc. z nich dodatkowo występuje cukrzyca, u 80 proc. nadciśnienie tętnicze, a 60 proc. ma dyslipidemię. Koszty ich leczenia są ogromne i rosną na naszych oczach. Na barkach Ministerstwa Zdrowia i NFZ spoczywa ciężar zabezpieczenia skutecznego leczenia, które zmniejszy skalę tego zjawiska i konsekwencje. Ale w obszarze profilaktyki potrzeba działań angażujących prawie wszystkie resorty, samorzady, świat nauki, organizacje pozarządowe i biznes. W założeniach strategii STOP OTYŁOŚCI zaprojektowano ponad 50 działań, których realizacja wymaga zaangażowania różnych interesariuszy systemowych. Wiele interwencji już jest podejmowanych, rozwijanych. Kluczem do sukcesu będzie ich koordynacja na poziomie centralnym. Już dzisiaj wiemy, że pojedyncze inicjatywy, na przykład wdrożenie KOS-BAR, to ważny krok, ale niewystarczający, aby całościowo stawić czoła problemowi otyłości – stwierdziła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

## Dostępność farmakoterapii

Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia w latach 2018–2024, zwrócił uwagę na konieczność przygotowania i wdrożenia wielosektorowej strategii przeciwdziałania epidemii choroby otyłościowej, której według niego nie powinno przewodniczyć Ministerstwo Zdrowia, ale raczej Ministerstwo Edukacji Narodowej lub Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Jego zdaniem te resorty są zdecydowanie bliżej pacjentów, których jeszcze można wyedukować.

– W Polsce jest około miliona osób otyłych, które mają potencjalnie wskazania do wykonania operacji albo leczenia farmakologicznego. Ta farmakoterapia jest potrzebna olbrzymiemu odsetkowi społeczeństwa polskiego, europejskiego i światowego, w związku z czym producenci mają problemy z zapewnieniem leków. Cały czas pracują nad tym, żeby maksymalnie zwiększyć ich dostępność, a jednocześnie ją limitują. Jedną z firm w pierwszej kolejności chciałaby zabezpieczyć lek dla pacjentów z cukrzycą, żeby mieli w pełnym zakresie dostępność, a dopiero później dla pacjentów z otyłością. Zastanawiam się też, kiedy taką terapię przerwać. Przy tak dużej populacji pacjentów, którzy potencjalnie mogliby być kwalifikowani do terapii, nie wyobrażam sobie, że byłoby to leczenie dożywotnie. Na pewno będziemy musieli próbować ograniczać grupy i być może stosować też czasowe podawanie. Tak jest w różnych terapiach – zmniejszanie dawki, później powtórne włączenie,

ale nie stosowanie do końca życia. Na razie w Ministerstwie Zdrowia nie ma jeszcze żadnego wniosku, żeby sfinansować taką terapię nawet w wąskim wskazaniu. Zresztą żadne państwo nie finansuje jej w szerokich wskazaniach, choć w wąskich już tak. Wobec braku takiego wniosku, nie miałem okazji go przeanalizować i w związku z tym nie wiem, jak by się bronił. Inne kraje, które to zrobiły, wskazują, że refundacja takich leków jest efektywna kosztowo – mówił Maciej Miłkowski.

Zdaniem dr. hab. Mariusza Wyleżoła należy się zastanowić, czy leczenie przyczynowe, a więc leczenie otyłości, nie będzie tańsze od leczenia cukrzycy, powikłań sercowo-naczyniowych, powikłań nerkowych i powikłań ortopedycznych.

– Odnoszę wrażenie, że mówiąc o przyczynach otyłości, mamy na myśli nadmierne jedzenie i brak ruchu. A powinniśmy rozpatrywać chorobę otyłościową tak jak każdą inną chorobę. Wiedzieć, że u jej podłoża leżą czynniki egzogenne, czyli zewnątrzpochodne (sposób życia i sposób żywienia), oraz endogenne, czyli wewnątrzpochodne (niezależne od tego, jak żyjemy i jak się żywimy). Musimy też pamiętać, że z problemem otyłości mierzy się obecnie cały świat. Zgadza się z ministrem Maciejem Miłkowskim, że bardzo trudnym wyzwaniem jest jednak ocena, jaka powinna być grupa docelowa chorych, którym możemy zaoferować leczenie ze środków publicznych. Dlatego powinniśmy już teraz zacząć na ten temat poważnie dyskutować – podsumował.

Agata Misiurewicz-Gabi