



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**

Ekonomia zdrowia publicznego

Jak zatrzymać spiralę
otyłości i cukrzycy
w Polsce?

Warszawa, maj 2026



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**

Ekonomia zdrowia publicznego

Jak zatrzymać spiralę otyłości i cukrzycy w Polsce?

Patronat honorowy
dyrektora Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”



INSTYTUT

„POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

Ekonomia zdrowia publicznego

Jak zatrzymać spiralę otyłości i cukrzycy w Polsce?

Raport pt. „Ekonomia zdrowia publicznego. Jak zatrzymać spiralę otyłości i cukrzycy w Polsce?”.
Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. 2026

Raport powstał na podstawie wykładów i wypowiedzi z konferencji, która odbyła się 23 marca 2026 r. w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie pod patronatem honorowym dyrektora Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”.

ISBN: 978-83-976234-6-0

Organizacja konferencji: Rita Schultz i Zespół Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych

Cytacja: Raport pt. „Ekonomia zdrowia publicznego. Jak zatrzymać spiralę otyłości i cukrzycy w Polsce?”.
Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. 2026



Autorzy w kolejności alfabetycznej

prof. dr hab. n. med. Maciej Banach

prezes Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego

dr Maria Brzegowy

członkini Rady Naukowej Fundacji

na rzecz Leczenia Otyłości

Elżbieta Brzozowska

wiceprezeska Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum

dr Jakub Gierczyński

MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia

Ewa Godlewska

prezes zarządu i założycielka Fundacji

na rzecz Leczenia Otyłości

Anna Gołębicka

DBA, ekonomistka, strateżka komunikacji i zarządzania

prof. Robert Gwiazdowski

Wydział Prawa i Administracji, Katedra Teorii Prawa
i Materialnych Źródeł Prawa Uczelni Łazarzkiego

prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska

prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski

kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych
i Gerontokardiologii w Samodzielnym Publicznym
Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego CMKP

dr n. med. Beata Jasińska

MBA, prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych

Jan Karsznicki

adwokat, specjalista ds. legislacyjnych,

Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

dr n. med. Mariola Kosowicz

Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie,
Państwowy Instytut Badawczy

dr n. med. Renata Krupa

zastępca ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych I
z Pododdziałem Endokrynologicznym, Pododdziałem
Diabetologicznym, Pododdziałem Chorób Metabolicznych,
Szpital Czerniakowski w Warszawie

Dominik Kuc

członek zarządu Fundacji GrowSPACE

dr n. med. Zbigniew Kułaga

dyrektor ds. klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum
Zdrowia Dziecka”

dr n. med. Aleksandra Lewandowska

konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii
dzieci i młodzieży

dr n. med. Marek Migdał

dyrektor Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

prof. dr hab. med. Małgorzata Myśliwiec

kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii
i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. n. med. Lucyna Ostrowska

past prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Irena Rej

prezes Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”

Natalia Rokita

prezes zarządu Fundacji Polskiedzieci.org

prof. dr hab. Agnieszka Róźdżyńska-Świątkowska

Pracownia Antropologii Instytutu „Pomnik-Centrum
Zdrowia Dziecka”

prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

przewodniczący Rady Naukowej Instytutu
Rozwoju Spraw Społecznych, kierownik Katedry
Zdrowia Publicznego i Środowiskowego, Zakładu
Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii
i Immunologii WUM oraz przewodniczący zespołu
ekspertów Rzecznika Praw Pacjenta

Katarzyna Skrętowska

dyrektor Zespołu Zdrowia przy Rzeczniku Praw Dziecka

Witold Strobel

członek zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych

prof. dr hab. n. med. Monika Szulińska

prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak

konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii
i diabetologii dziecięcej

red. Karolina Wasielewska

Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

dr n. o zdr. Monika Zamarlik

prezes zarządu Federacji Diabetyków

Spis treści

O Instytucie Rozwoju Spraw Społecznych	8	prof. Robert Gwiazdowski Wydział Prawa i Administracji, Katedra Teorii Prawa i Materialnych Źródeł Prawa Uczelni Łazarskiego	17
dr n. med. Beata Jasińska MBA, prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych.....	9	prof. dr hab. n. med. Lucyna Ostrowska past prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości.....	19
dr n. med. Marek Migdał dyrektor Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”	11	prof. dr hab. Agnieszka Rózdżyńska-Świątkowska Pracownia Antropologii Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”	21
prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego, Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii WUM oraz przewodniczący zespołu ekspertów Rzecznika Praw Pacjenta	12	prof. dr hab. med. Małgorzata Myśliwiec kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego	22
prof. dr hab. n. med. Monika Szulińska prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości.....	14	prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego	24
dr n. med. Zbigniew Kułaga dyrektor ds. klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”	15	Elżbieta Brzozowska wiceprezeska Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum	25
prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej.....	16	prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym CMKP	27



Maria Brzegowy

członkini Rady Naukowej Fundacji
na rzecz Leczenia Otyłości..... 28

prof. dr hab. n. med. Maciej Banach

prezes Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego..... 29

Dominik Kuc

członek zarządu Fundacji GrowSPACE..... 31

dr n. med. Aleksandra Lewandowska

konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii
dzieci i młodzieży32

dr n. med. Mariola Kosowicz

Narodowy Instytut Onkologii
im. M. Skłodowskiej-Curie, Państwowy
Instytut Badawczy w Warszawie33

Irena Rej

prezes Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”35

Katarzyna Skrętowska

dyrektor Zespołu Zdrowia przy Rzeczniku
Praw Dziecka..... 36

Natalia Rokita

prezes zarządu Fundacji Polskiedzieci.org 37

dr n. med. Renata Krupa

zastępca ordynatora Oddziału Chorób
Wewnętrznych I z Pododdziałem
Endokrynologicznym, Pododdziałem
Diabetologicznym, Pododdziałem Chorób
Metabolicznych, Szpital Czerniakowski
w Warszawie..... 38

dr n. o zdr. Monika Zamarlik

prezes zarządu Federacji Diabetyków 39

Ewa Godlewska

prezes zarządu Fundacji
na rzecz Leczenia Otyłości..... 41

Jan Karsznicki

adwokat, specjalista ds. legislacyjnych,
Instytut Rozwoju Spraw Społecznych 42

Anna Gołębicka

DBA, ekonomistka, strateżka komunikacji
i zarządzania..... 44

Wnioski..... 46

Rekomendacje..... 47

Program leczenia otyłości (PLO)..... 48

Bibliografia..... 49

O Instytucie Rozwoju Spraw Społecznych

Instytut Rozwoju Spraw Społecznych to **obywatelski think tank** będący przestrzenią pogłębionej debaty, opracowywania analiz, formułowania rekomendacji oraz wymiany poglądów pomiędzy przedstawicielami różnych środowisk.

U podstaw działalności Instytutu leży przekonanie, że zjawiska ekonomiczne i społeczne należy analizować przez pryzmat zdrowia i systemu ochrony zdrowia, które wpływają na każdą sferę życia społecznego i aktywności gospodarczej. Instytut został powołany w czasie pandemii COVID-19 jako odpowiedź na bezprecedensowe wyzwania i dynamicznie zmieniającą się rzeczywistość. Nowe uwarunkowania społeczne i gospodarcze wymagają bowiem nowego podejścia do ochrony zdrowia oraz związanych z nią rozwiązań systemowych.

Celem Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych jest tworzenie holistycznej i inkluzywnej platformy merytorycznej debaty publicznej. Jej efektem mają być raporty, analizy, rekomendacje sektorowe oraz opracowania prezentujące najlepsze praktyki międzynarodowe, stanowiące realne wsparcie dla administracji publicznej i sektora pozarządowego w procesie wzmacniania strategicznych interesów Polski na arenie międzynarodowej.

Działalność Instytutu koncentruje się na towarzyszeniu polskiem i europejskim procesom politycznym oraz gospodarczym, przyczyniając się do wzmacniania potencjału polskiej soft power w relacjach bilateralnych i multilateralnych.

Misją Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych jest dostarczanie decydom przekrojowych materiałów analitycznych poprzez angażowanie w debatę publiczną szerokiego grona liderów opinii, ekspertów sektorowych, przedstawicieli strony społecznej – pracowników i pracodawców, a także mediów oraz administracji publicznej, zarówno na szczeblu centralnym, jak i samorządowym.



dr n. med. Beata Jasińska

MBA, prezes Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych

Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez skoordynowane działania społeczeństwa, instytucji publicznych i systemu ochrony zdrowia. Do podstawowych filarów warunkujących zdrowie populacji należą przede wszystkim czyste powietrze, bezpieczna woda, zdrowa żywność oraz regularna aktywność fizyczna.

W kontekście profilaktyki nadwagi i otyłości szczególne znaczenie mają dostęp do zdrowej żywności, odpowiednie nawodnienie organizmu oraz codzienna aktywność ruchowa. Natomiast w przypadku rozpoznania choroby otyłościowej kluczowe znaczenie mają edukacja zdrowotna, trwała zmiana stylu życia oraz dostęp do kompleksowego i skutecznego leczenia, obejmującego zarówno terapię behawioralną i farmakologiczną, jak i leczenie bariatryczne w przypadkach zaawansowanych.

Jednym z najważniejszych wyzwań współczesnego zdrowia publicznego pozostaje profilaktyka otyłości wśród dzieci i młodzieży. Nadmierna masa ciała u najmłodszych od wielu lat budzi poważny niepokój ekspertów, ponieważ wiąże się z wysokim ryzykiem

utrzymywania otyłości w wieku dorosłym oraz rozwoju licznych powikłań metabolicznych, sercowo-naczyniowych i psychospołecznych.

Najnowsze dane epidemiologiczne wskazują, że nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży w Polsce stanowią narastający problem zdrowotny i społeczny. Do głównych przyczyn należą nieprawidłowe nawyki żywieniowe, nadmierne spożycie cukru i żywności wysokoprzetworzonej, siedzący tryb życia oraz niewystarczający poziom codziennej aktywności fizycznej.

Zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia problem nadmiernej masy ciała dotyczy w Polsce blisko co trzeciego dziecka w wieku wczesnoszkolnym, czyli ok. 33 proc. populacji. Wśród 8-latków z nadmierną masą ciała niemal połowę stanowią dzieci chorujące już na otyłość, co odpowiada ok. 15 proc. całej populacji w tej grupie wiekowej. Problem częściej dotyczy chłopców niż dziewcząt.

Dlatego dzisiejsza dyskusja będzie poświęcona znaczeniu eliminowania czynników ryzyka związanych z niezdrową dietą i stylem życia, które przyczyniają się do rozwoju nadwagi i otyłości od wieku dziecięcego aż po późną starość.

Naszym celem jest wypracowanie wspólnego stanowiska oraz konsensusu ekspertów w zakresie promocji zdrowej żywności, dostępu do czystej wody oraz regularnej aktywności fizycznej jako kluczowych elementów przeciwdziałania nadwadze i otyłości.

Istotne znaczenie ma przy tym współpraca wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia i życia społecznego: administracji publicznej, środowisk medycznych, ekspertów zdrowia publicznego, edukatorów, organizacji społecznych, mediów oraz dziennikarzy. Tylko działania prowadzone w sposób skoordynowany i długofalowy mogą przynieść realne efekty zdrowotne na poziomie populacyjnym.

Struktura naszej debaty obejmuje trzy kluczowe obszary:

- Skala problemu, czyli otyłość i cukrzyca jako wyzwanie zdrowia publicznego, w tym epidemiologia chorób metabolicznych w Polsce, wpływ diety i nawyków żywieniowych na zdrowie populacji oraz społeczne i ekonomiczne koszty chorób cywilizacyjnych.
- Zdrowie dzieci i młodzieży, czyli profilaktyka od najmłodszych lat, obejmująca rosnącą skalę otyłości wśród dzieci, rolę szkoły i rodziny w kształtowaniu nawyków żywieniowych oraz znaczenie dostępu do wody jako podstawowego napoju w codziennej diecie.
- Ekonomia zdrowia i polityka publiczna, czyli działania służące zmianie środowiska żywieniowego, w tym wpływ regulacji rynkowych na wybory konsumenckie oraz znaczenie powszechnej edukacji zdrowotnej.



dr n. med. Marek Migdał

dyrektor Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

Spotykamy się dzisiaj w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” (IPCZD). To jeden z największych szpitali pediatrycznych w Polsce, w którym leczone są dzieci z całego kraju. Placówka podlega bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia pełni podwójną rolę: instytutu naukowego oraz wysokospecjalistycznego szpitala. Od początku swojego istnienia IPCZD regularnie otrzymuje liczne nagrody i wyróżnienia za działalność naukową oraz kliniczną. W ostatniej ocenie parametrycznej jednostek naukowych Instytut uzyskał kategorię naukową „A” w dyscyplinie nauki medyczne.

W 2023 r. w IPCZD hospitalizowano ok. 25 tys. pacjentów, liczba hospitalizacji jednodniowych wyniosła przeszło 70 tys., a w poradniach specjalistycznych udzielono ponad 204 tys. konsultacji. Centrum Zdrowia Dziecka jest również jednym z największych na świecie ośrodków transplantacji narządów u dzieci oraz jedyną tego typu placówką w Polsce. Dotychczas wykonano tu ponad 1300 transplantacji nerek oraz 1050 transplantacji wątroby, a także przeszczepienia jelita i serca. Rocznie przeprowadza się od 70 do 90 transplantacji narządowych u dzieci.

Obecne spotkanie zorganizowane w IPCZD jest poświęcone narastającemu problemowi „epidemii” nadwagi i otyłości u dzieci oraz młodzieży. Przystawione zostaną wyniki prowadzonych przez Instytut badań i wdrożeń, np. aplikacji Antek, stworzonej z myślą o rodzicach i służącej do wczesnego wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego u dzieci i młodzieży. Umożliwia ona identyfikację takich problemów, jak niedobór wzrostu różnego pochodzenia, przedwczesne dojrzewanie, niedożywienie oraz nadmierna masa ciała i otyłość.

Jako pediatrzy jesteśmy zobowiązani do działań prospołecznych. Pojawia się jednak fundamentalne pytanie: do kogo dziś kierować edukację zdrowotną? Jeżeli wiemy, że ok. 80 proc. Polaków nie czyta żadnej książki w ciągu roku, to klasyczny model wspierania dziecka poprzez oddziaływanie na rodzinę stopniowo zanika. W praktyce jedyną realną przestrzenią systemowego oddziaływania pozostaje szkoła. Dziecko spędza w niej codziennie wiele godzin. Szkoła jest częścią systemu finansowanego przez państwo, a więc mamy możliwość realnego wpływu na jej funkcjonowanie. Jako eksperci i lekarze różnych specjalności powinniśmy wspierać szkołę, ponieważ coraz częściej musi ona przejmować funkcje, które wcześniej pełniła rodzina.

Jednocześnie system ochrony zdrowia jest dziś, mówiąc wprost, systemem głęboko przeciążonym, w którym aspekty ekonomiczne nie są właściwie powiązane z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. Narodowy Fundusz Zdrowia działa wg algorytmów, które nie odpowiadają realiom klinicznym.

Co więcej, szpitale są dziś prawdopodobnie jedyną gałęzią działalności, w której można wystawić fakturę za wykonane świadczenie dopiero wtedy, gdy płatnik wyrazi na to zgodę, nawet wiele miesięcy po wykonaniu usługi.

Na zakończenie chciałbym podkreślić jedno: niezwykle ważne jest to, że spotykamy się i mówimy jednym, silnym głosem. Te głosy, oddolne i wynikające z codziennej praktyki klinicznej, muszą docierać do decydentów odpowiedzialnych za tworzenie strategii zdrowotnych. My nie podejmujemy decyzji systemowych. Możemy jednak alarmować, pokazywać skalę problemu i wskazywać, że kolejne granice wydolności systemu są już przekraczane.

prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego, Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii WUM oraz przewodniczący zespołu ekspertów Rzecznika Praw Pacjenta

W historii zdrowia publicznego obserwujemy obecnie zjawisko bezprecedensowe. W ciągu ostatnich kilkadziesiąt lat doszło do fundamentalnej zmiany parametrów zdrowotnych i demograficznych populacji. Przede wszystkim istotnie wydłużyła się oczekiwana długość życia. Dla porównania – na przełomie XIX i XX w. średnia długość życia w Stanach Zjednoczonych wynosiła ok. 25 lat, co wynikało przede wszystkim z wysokiej śmiertelności związanej z chorobami zakaźnymi, niskim poziomem higieny oraz dużą urazowością.

Współcześnie kraje wysoko rozwinięte weszły jednak w nową fazę epidemiologiczną. Według danych europejskich ok. 86 proc. przedwczesnych zgonów wynika obecnie z chorób cywilizacyjnych. Oznacza to, że skutecznie ograniczyliśmy zagrożenia związane z chorobami zakaźnymi dzięki poprawie warunków sanitarnych, profilaktyce pierwotnej oraz programom szczepień ochronnych, ale jednocześnie stworzyliśmy środowisko sprzyjające rozwojowi chorób przewlekłych.

Konsekwencją tych przemian jest również nowa struktura demograficzna społeczeństw. Coraz częściej funkcjonują rodziny czteropokoleniowe, obejmujące prawnuków, wnuków, rodziców, dziadków i pradziadków. Jest to sytuacja bez precedensu w historii ludzkości. Jednocześnie

obserwujemy wyraźną różnicę w długości życia kobiet i mężczyzn. W populacji senioralnej występuje znaczna nadreprezentacja kobiet. W Polsce różnica oczekiwanej długości życia pomiędzy kobietami i mężczyznami wynosi obecnie blisko 8 lat na niekorzyść mężczyzn.

Na tym tle jednym z najważniejszych wyzwań zdrowia publicznego stała się epidemia nadwagi i otyłości. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu otyłość u dzieci była zjawiskiem relatywnie rzadkim. Obecnie ponad połowa populacji dorosłych ma nadwagę lub otyłość, a problem coraz częściej dotyczy również dzieci i młodzieży.

Jedną z najpoważniejszych konsekwencji epidemiologicznych tego zjawiska jest gwałtowny wzrost liczby osób chorujących na cukrzycę typu 2. W 2024 r. w Polsce liczba pacjentów z cukrzycą przekroczyła 3,4 mln osób, co oznacza, że choroba dotyczy już ok. 10 proc. populacji.

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje jednoznacznie podstawowe czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych. Należą do nich przede wszystkim niewystarczająca aktywność fizyczna, nieprawidłowy sposób żywienia, nadwaga i otyłość, palenie tytoniu oraz nadmierne spożycie alkoholu. Coraz większe znaczenie przypisuje się również czynnikom społecznym, takim jak nierówności



zdrowotne, poziom wykształcenia, sytuacja ekonomiczna oraz starzenie się społeczeństwa. To właśnie wie-
lochorobowość wieku senioralnego będzie w kolejnych
dekadach jednym z największych obciążeń dla syste-
mów ochrony zdrowia.

Należy podkreślić, że otyłość nie jest wyłącznie proble-
mem estetycznym ani pojedynczym czynnikiem ryzyka.
Jest przewlekłą chorobą o złożonej patogenezie, mającą
fundamentalny wpływ na rozwój chorób sercowo-na-
czyniowych, cukrzycy typu 2., nowotworów, zaburzeń
hormonalnych, chorób układu ruchu oraz zaburzeń psy-
chicznych. Im wcześniej rozwijają się nadwaga i otyłość,
tym większe jest ryzyko przedwczesnej śmiertelności oraz
skrócenia długości życia.

W ramach Narodowego Programu Zdrowia realizowa-
ne są działania ukierunkowane na poprawę sposobu ży-
wienia, stanu odżywienia i poziomu aktywności fizycznej
społeczeństwa. Badania prowadzone w Warszawskim
Uniwersytecie Medycznym pokazują wyraźny wzrost
mediany BMI wraz z wiekiem w niemal wszystkich
grupach populacyjnych. Jednocześnie potwierdzono,
że utrzymywanie prawidłowej masy ciała istotnie koreluje
z dłuższym przeżyciem.

Analizy sposobu żywienia Polaków wskazują na utrwalony,
niekorzystny model żywieniowy. Zbyt rzadko spożywane są
produkty o wysokiej wartości zdrowotnej, takie jak peł-
noziarniste produkty zbożowe, ryby czy warzywa i owoce.
Jednocześnie utrzymuje się wysokie spożycie produktów
wysokoprzetworzonych, tłuszczów pochodzenia zwierzę-
cego oraz żywności o wysokiej gęstości energetycznej.
Dodatkowymi czynnikami pogarszającymi stan zdrowia
populacji są przewlekły stres, zaburzenia snu oraz sie-
dzący tryb życia.

W obszarze profilaktyki wtórnej konieczne jest wzmac-
nianie kompetencji podstawowej opieki zdrowotnej.
Lekarze POZ powinni mieć odpowiednie przygotowanie
w zakresie rozpoznawania nadwagi i otyłości, prowa-
dzenia edukacji zdrowotnej oraz wdrażania wczesnych

interwencji terapeutycznych. Należy jednak podkreślić,
że skuteczna strategia przeciwdziałania otyłości nie
może rozpoczynać się dopiero na etapie pojawienia
się choroby.

Kluczowe znaczenie ma profilaktyka pierwotna reali-
zowana już od okresu prenatalnego. Obejmuje ona
edukację zdrowotną kobiet planujących ciążę, kobiet
ciążarnych oraz całych rodzin. Niezbędne jest również
tworzenie środowiska wspierającego zdrowe wybory
żywieniowe i codzienną aktywność fizyczną – zarówno
w rodzinie, jak i w systemie edukacji.

W perspektywie systemowej konieczne
są działania obejmujące wczesną identy-
fikację pacjentów z nadwagą i otyłością,
wdrażanie kompleksowych strategii
terapeutycznych oraz budowę zintegro-
wanego modelu opieki nad pacjentem.
Leczenie otyłości nie może być ogranicza-
ne wyłącznie do farmakoterapii czy leczenia
bariatrycznego. Fundamentem skutecz-
nego postępowania pozostaje trwała
zmiana stylu życia, realizowana w sposób
długoterminowy i wielospecjalistyczny.

prof. dr hab. n. med. Monika Szulińska

prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Od początku mojej pracy zawodowej, a teraz jako prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, zajmuję się problematyką otyłości. Leczenie choroby otyłościowej to nie tylko farmakoterapia i wypisywanie recept. Kluczowe znaczenie ma kompleksowe podejście do leczenia tej przewlekłej choroby.

Chcielibyśmy, aby profilaktyka pierwotna była na tyle skuteczna, żebyśmy nie musieli dziś rozmawiać o profilaktyce wtórnej i leczeniu 9 mln Polaków chorujących na otyłość. To właśnie złożona patogenezą tej choroby sprawia, że tak trudno opanować epidemię otyłości.

Bardzo ważnym elementem działań profilaktycznych jest ograniczenie dostępu do wysokoprzetworzonej żywności, szczególnie wśród dzieci. Wiemy, że nasze działania nie dotyczą wyłącznie edukacji i medycyny, ale także konfrontacji z ogromnym wpływem biznesu produkującego tego typu żywność. Skoro na papierosach i alkoholu znajdują się ostrzeżenia o szkodliwości dla zdrowia, to podobne informacje powinny pojawiać się również na wysokoprzetworzonej żywności.

Dziś dysponujemy już dowodami, że spożywanie wysokoprzetworzonej żywności może prowadzić do uzależnienia, zwłaszcza jeśli kontakt z nią rozpoczyna się bardzo wcześnie. Sposób odżywiania matki wpływa na zdrowie dziecka, a regularne spożywanie wysoko przetworzonej żywności od najmłodszych lat staje się

z czasem problemem zdrowotnym dorosłego człowieka. Jednocześnie musimy pamiętać, że kiedy mamy już pacjentów chorujących na otyłość, kluczowe staje się pytanie, w jaki sposób będziemy ich skutecznie leczyć. W ramach Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości prowadzimy szeroko zakrojone działania edukacyjne i robimy wszystko, aby zwiększać rozpoznawalność choroby otyłościowej. Okazuje się bowiem, że spośród wszystkich osób chorujących na otyłość w Polsce mniej niż połowa ma formalnie rozpoznaną tę chorobę pod kodem ICD 10: E66. A jeśli choroba nie zostanie rozpoznana, pacjent nie otrzyma odpowiedniego, zgodnego z aktualnymi zaleceniami leczenia.

Niezwykle ważne jest rozpoznanie, prawidłowe diagnozowanie i, co za tym idzie, skuteczne leczenie.



dr n. med. Zbigniew Kułaga

dyrektor ds. klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

Na styku biznesu, szczególnie sektora spożywczego, oraz problemu nadwagi i otyłości u dzieci kluczowe znaczenie ma presja marketingowa kierowana zarówno do dzieci, jak i do dorosłych. Najczęściej promowane są produkty należące do kategorii niekorzystnych z punktu widzenia zdrowia publicznego, przede wszystkim o wysokiej gęstości energetycznej i dużej zawartości cukru.

Dobrym przykładem są organizowane w przedszkolach „warsztaty czekoladowe”. Pokazuje to, że promocja niezdrowej żywności obecna jest praktycznie na każdym poziomie otoczenia społecznego dziecka. Funkcjonujemy dziś w środowisku, które nieustannie ekspozuje dzieci na bodźce wzmacniające preferencję smaku słodkiego. Jeżeli takie modele żywieniowe zostaną utrwalone już we wczesnym dzieciństwie, ich późniejsza zmiana staje się niezwykle trudna.

W kontekście polityki fiskalnej postuluję, aby zdrowa żywność i zdrowe napoje były objęte możliwie najniższym poziomem opodatkowania. Celem takich rozwiązań powinno być wzmacnianie prozdrowotnych wyborów konsumenckich. Dotyczy to również tzw. wód smakowych, które marketingowo są przedstawiane jako odpowiednik czystej wody, mimo że często zawierają dodatki cukrowe lub substancje słodzące. System podatkowy powinien ułatwiać konsumentom dokonywanie rzeczywiście zdrowych wyborów żywieniowych.

Z jednej strony powinniśmy ograniczać presję marketingową oddziałującą na dzieci i młodzież, a z drugiej tworzyć rozwiązania fiskalne wspierające zachowania prozdrowotne.

prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak

konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii
i diabetologii dziecięcej

Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 19 lat w 2025 r. wynosiło ok. 29 proc. Prognozy epidemiologiczne wskazują jednak, że w perspektywie najbliższych 10 lat, czyli do 2035 r., odsetek ten może wzrosnąć nawet do 45 proc.

W Szczecinie prowadziliśmy badania epidemiologiczne obejmujące ok. 7 tys. dzieci w wieku 8 lat. Wyniki były alarmujące. Nadmierną masę ciała stwierdzono u ok. 25 proc. badanych dzieci, natomiast otyłość rozpoznano u 15 proc. Dane te są szczególnie niepokojące, ponieważ szacuje się, że od 60 do 80 proc. dzieci z otyłością będzie chorowało na otyłość również w wieku dorosłym.

W odpowiedzi na skalę problemu wdrożyliśmy roczny program koordynowanej opieki, realizowany przez zespół wielospecjalistyczny, obejmujący lekarzy, dietetyków, psychologów oraz fizjoterapeutów. Wizyty kontrolne początkowo odbywały się co trzy miesiące, a następnie co sześć miesięcy. Uzyskane efekty terapeutyczne są obiecujące.

Jednocześnie ogromny niepokój budzą dane dotyczące sprawności fizycznej dzieci. Według informacji przedstawianych przez środowisko akademickie wychowania fizycznego nawet 90 proc. dzieci nie spełnia obecnie podstawowych norm sprawności ruchowej. Oznacza to, że problem nadwagi i otyłości należy analizować nie tylko w kontekście żywienia, ale także dramatycznie niskiego poziomu aktywności fizycznej.

Jakie działania należy zatem podjąć? Przede wszystkim zdrowa żywność i zdrowe napoje powinny stać się rzeczywistym priorytetem polityki zdrowotnej państwa. Równoległe konieczne jest zdecydowane zwiększenie poziomu codziennej aktywności fizycznej dzieci i młodzieży. Sama modyfikacja sposobu żywienia bez zwiększenia aktywności ruchowej nie przyniesie trwałych efektów zdrowotnych.

Trzeba również pamiętać, że bardzo często są to dzieci pochodzące z rodzin, w których problem nadwagi i otyłości występuje także u osób dorosłych. Dlatego skuteczne działania terapeutyczne muszą obejmować całe środowisko rodzinne.

W przypadku mniej nasilonej otyłości (pierwszego stopnia) opiekę nad dzieckiem powinien prowadzić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast dzieci z bardziej nasiloną otyłością (drugiego, trzeciego i czwartego stopnia) powinny być kierowane do wysokospecjalistycznych ośrodków zajmujących się kompleksowym leczeniem choroby otyłościowej.

Miesiąc temu w Szczecinie rozpoczęło działalność Uniwersyteckie Centrum Leczenia Otyłości Dziecięcej, którego celem jest zapewnienie wielospecjalistycznej, kompleksowej opieki dzieciom z najbardziej zaawansowanymi postaciami choroby otyłościowej.



prof. Robert Gwiazdowski

Wydział Prawa i Administracji, Katedra Teorii Prawa
i Materialnych Źródeł Prawa Uczelni Łazarskiego

W Polsce mamy wiele paradoksów fiskalnych w zakresie potencjalnej promocji zachowań prozdrowotnych. Woda butelkowana ma stawkę VAT wynoszącą 23 proc., natomiast stawkę 5 proc., czyli najniższą z możliwych, ma woda, w której 20-proc. dodatek stanowi sok warzywny lub owocowy. Piwo bezalkoholowe, z taką zawartością tegoż soku, też ma 5 proc. Wśród napojów bezalkoholowych coraz więcej jest wody z sokiem, która jest określana mianem wody. Czyli niby tego czegoś, co lepiej nawadnia i lepiej smakuje. To zwróciło moją uwagę nie tyle z powodu badań nad otyłością, ile badań nad zjawiskiem określanym jako „przechwytywanie regulatora”. Jest to zjawisko opisane w teorii ekonomii, polegające na tym, że regulowany rynek zaczyna wykorzystywać regulatora. W nauce najczęściej wskazuje się, że przedstawiciele konkretnych branż dysponują większą wiedzą niż regulatorzy, ponieważ regulatorzy muszą znać się na wielu obszarach jednocześnie, a przedstawiciele branży koncentrują się wyłącznie na swojej dziedzinie.

Często pojawia się argument, że żywność nie może być objęta stawką 23 proc., ponieważ biedni ludzie będą umierali z głodu na ulicy. Przypomina mi się sytuacja z 2007 r., gdy minister Zyta Gilowska chciała podwyższyć akcyzę na olej opałowy. Wtedy również mówiono, że biedni ludzie będą umierali zimą z chłodu. Gdy pytano jednak, jaki biedny człowiek posiada instalację olejową, wartą wówczas kilkadziesiąt tysięcy złotych, odpowiedzi już nie było.

Podobnie trudno dziś odpowiedzieć na pytanie, kto rzeczywiście umarłby z głodu, gdyby żywność była objęta jednolitą stawką VAT, zwłaszcza gdyby wynosiła ona 20, a nie 23 proc. Najniższe wynagrodzenia w Polsce wynoszą obecnie ok. 4 663 zł brutto miesięcznie, czyli ok. 3 550 zł netto. Nawet gdyby połowa tych środków była przeznaczana na żywność, różnice podatkowe nie uzasadniają katastroficznych scenariuszy przedstawianych w debacie publicznej.

Dlatego argument, że ludzie będą umierali z głodu na ulicy, jest po prostu nieprawdziwy. W praktyce służy przede wszystkim ochronie interesów określonych grup biznesowych. Już Adam Smith pisał, że regulatorzy powinni bardzo ostrożnie podchodzić do argumentów przedstawianych przez kupców i przemysłowców. Wbrew obiegowym opiniom liberalizm ekonomiczny, którego Adam Smith był jednym z twórców, miał służyć przede wszystkim interesowi konsumentów, a nie przedsiębiorców próbujących wpływać na ustawodawcę w celu uzyskania korzystnych dla siebie regulacji.

Dodatkowo regulatorzy, szczególnie w Polsce, są oporni na wiedzę. Ministerstwo Finansów nie chce być edukowane zdrowotnie. Resort twierdzi, że czysta woda butelkowa i woda słodzona w 20 proc. sokiem to są inne produkty i one nie są zamienne. Są kraje w Unii Europejskiej, które prowadzą racjonalną politykę w aspekcie ograniczenia rozwoju nadwagi i otyłości, w tym politykę prozdrowotną, również fiskalną.

Polski system nie jest zły dlatego, że jest niepreferencyjny, tylko dlatego, że jest antypreferencyjny. Dlatego, że rozwiązania preferencyjne nie idą w tych kierunkach, w których iść powinny¹. Skuteczność podatku cukrowego w zakresie działań prozdrowotnych również pozostaje dyskusyjna. Gdy spojrzymy na listę produktów wyłączonych z opłaty cukrowej, widać wyraźnie, jak łatwo można obchodzić regulacje fiskalne. Dlatego opłata cukrowa wymaga daleko idących zmian.

Znacznie bardziej niebezpieczny jest cukier tam, gdzie go nie widać i gdzie nie odczuwamy bezpośrednio jego smaku. Nasze komórki jednak go rozpoznają. Gdy jemy ciastko czy pijemy słodzony napój, odczuwamy słodycz bezpośrednio. Wiemy, że spożywamy cukier, uruchamia się układ nagrody, wydziela się dopamina i chwilowo odczuwamy przyjemność. Natomiast kiedy jemy chleb lub wiele produktów wysokoprzetworzonych, które również zawierają znaczne ilości cukru, bardzo często nie jesteśmy tego świadomi. Cukier poprawia smak tych produktów, ale o jego rzeczywistej zawartości praktycznie się nie mówi.

Dodatkowo cukier bywa zastępowany różnego rodzaju składnikami, które formalnie nie są tak definiowane. Przykładem może być zagęszczony sok owocowy lub warzywny. Jeśli sok jest zagęszczony, to z punktu widzenia metabolicznego staje się przede wszystkim źródłem cukru, a nie klasycznym sokiem. Dochodzi wręcz do sytuacji, w których woda o smaku cytrynowym zawiera wymagane ustawowo 20 proc. „soku”, ale w praktyce jest to głównie sok jabłkowy, mimo że produkt reklamowany jest jako cytrynowy.

Mam nadzieję, że połączenie środowiska medycznego z ekspertami zajmującymi się deregulacją i polityką podatkową może stworzyć realną siłę oddziaływania na ministerstwa.

Ministerstwo Finansów utrzymuje, że obecny system funkcjonuje prawidłowo. Tymczasem społeczeństwo powinno mieć świadomość, że trudno mówić o racjonalnej polityce prozdrowotnej w sytuacji, gdy zwykła woda butelkowana objęta jest stawką VAT 23 proc., a woda z dodatkiem soku jedynie 5 proc.

¹ Podatek progresywny i proporcjonalny. Doktrynalne przesłanki, praktyczne konsekwencje. Robert Gwiazdowski. 2007
<https://www.bankowa.pl/wiecej.php?id=po-356>



prof. dr hab. n. med. Lucyna Ostrowska

past prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

Jako Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości (PTLO) głównie zajmujemy się tworzeniem strategii leczenia otyłości w Polsce. Jesteśmy towarzystwem, które edukuje i pracuje przy leczeniu otyłości głównie u osób dorosłych. Blisko współpracujemy z Polskim Towarzystwem Otyłości Dziecięcej (PTOD) oraz Partnerstwem na rzecz Profilaktyki i Leczenia otyłości. Powstała już kompleksowa strategia określająca działania, jakie powinny zostać wdrożone w poszczególnych sektorach. Pracujemy także w strukturach Prezydium Partnerstwa STOP OTYŁOŚCI.

W ramach pracy Zespołu roboczego ds. przeciwdziałania otyłości przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia powołaliśmy dwie komisje ekspertów: jedną do spraw leczenia otyłości, a drugą do spraw rozwiązań systemowych². Współpracujemy również z grupą roboczą ds. profilaktyki choroby otyłościowej.

Obecnie cała odpowiedzialność za leczenie choroby otyłościowej została w praktyce przerzucona na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Przypomnijmy, że są to pediatrzy, interniści oraz lekarze medycyny rodzinnej. Tymczasem lekarze POZ nie są w stanie objąć opieką 9 mln dorosłych Polaków i ponad 3 mln dzieci chorujących na otyłość.

Nadal rutynowo nie mierzy się wskaźnika BMI ani nie wpisuje go do dokumentacji medycznej pacjenta. Według aktualnych danych jedynie 14 proc. pacjentów z otyłością otrzymało poradę dotyczącą leczenia tej choroby. Pod tym względem Polska zajmuje 14., ostatnie miejsce spośród 14 analizowanych krajów europejskich, gdzie średnia globalna wynosiła 35 proc.

Wciąż nie mamy w Polsce spójnej ścieżki pacjenta z chorobą otyłościową. Postulujemy stworzenie kompetencji obesitologa oraz sieci wyspecjalizowanych centrów leczenia otyłości. Proponujemy również, aby lekarze POZ w ramach opieki koordynowanej mogli kierować pacjentów z otyłością do specjalistycznej opieki, szczególnie tych, których leczenie przekracza możliwości podstawowej opieki zdrowotnej.

Niestety, obecnie ta ścieżka zatrzymała się na poziomie opieki koordynowanej, ponieważ otyłość nie została uwzględniona w tym modelu opieki. Pacjent z otyłością trafiający do diabetologa otrzymuje pomoc głównie w zakresie stanu przedcukrzycowego i cukrzycy, ale nadal brakuje tam kompleksowej opieki dietetycznej, psychologicznej i fizjoterapeutycznej. Podobnie wygląda sytuacja w ścieżkach kardiologicznej, neurologicznej, pulmonologicznej czy endokrynologicznej.

² Otyłość. Skala zjawiska i konsekwencje. Założenia do planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce.
<https://stop-otylosci.pl/#o-parnterstwie>

W praktyce oznacza to, że nadal nie mamy kompleksowej ścieżki leczenia pacjenta z chorobą otyłościową.

Bardzo ważna jest edukacja decydentów z Ministerstwa Zdrowia i NFZ. W ramach statutu Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości mamy trzy strategie naszych działań edukowania pacjentów. Uczestniczymy w kampaniach pacjenckich. Współpracujemy ściśle z Fundacją Ad Meritum i Fundacją Leczenia Otyłości. Uważamy, że świadomy pacjent z otyłością może skłonić lekarza do podjęcia leczenia. Pacjent nieświadomy natomiast nadal często uważa, że choroba jest wyłącznie jego winą i że lekarz nie będzie w stanie mu pomóc. Dlatego tak ważne jest, aby uczyć pacjentów, że mają prawo domagać się odpowiednich świadczeń zdrowotnych i właściwej opieki. Jeśli będą tego świadomi, będą z tych praw korzystać. Dlatego edukujemy lekarzy i prowadzimy ich certyfikację³.

W trakcie czterech poprzednich edycji szkoleń certyfikaty uzyskało ponad 4 tys. lekarzy, a obecnie certyfikujemy kolejny tysiąc. To bardzo ważne, że już wkrótce będziemy mieć ponad 5 tys. certyfikowanych lekarzy, którzy deklarują gotowość do leczenia choroby otyłościowej.

W regulaminie certyfikacji uwzględniliśmy lekarzy POZ, diabetologów, endokrynologów, kardiologów oraz psychiatrów. Mamy nadzieję, że certyfikowani lekarze będą organizować kompleksową opiekę nad pacjentami z otyłością.

W ramach programu prowadzimy zarówno certyfikację lekarzy, jak i certyfikację ośrodków. Obecnie tworzymy mapę Polski, na której znajdą się wszystkie ośrodki certyfikowane przez Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości.

³ Program Certyfikacji Lekarzy i Ośrodków w ramach PTLO <https://ptlo.org.pl/>



prof. dr hab. Agnieszka Różdżyńska-Świątkowska

Pracownia Antropologii Instytutu
„Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”

W Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” stworzyliśmy dwa narzędzia wspierające diagnostykę i monitorowanie rozwoju, w tym nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży.

Pierwsze z nich jest dedykowane rodzicom. To bezpłatna aplikacja mobilna o nazwie Antek. Po wpisaniu wysokości i masy ciała dziecka aplikacja oblicza wskaźnik BMI oraz wykorzystuje siatki centylowe do rozpoznawania nadwagi i otyłości u dzieci. System wskazuje występowanie nadwagi lub otyłości z uwzględnieniem jej stopnia. To bardzo ważne dla rodziców, ponieważ wielu z nich uważa, że nadmierna masa ciała jest przejściowa i nie dostrzega skali problemu. Aplikacja w czytelny sposób sygnalizuje przekroczenie norm. To sygnał dla rodzica, że konieczne jest podjęcie działania. Rodzice muszą zrozumieć, że z otyłości się nie wyrasta i że dziecko nie zgubi kilogramów wyłącznie dlatego, że wejdzie w okres dojrzewania. Dlatego oddajemy to narzędzie rodzicom, aby mogli samodzielnie monitorować rozwój dziecka i wychwycić niepokojące zmiany.

Drugie narzędzie zostało opracowane z myślą o lekarzach POZ i pielęgniarkach szkolnych. Program automatycznie analizuje podstawowe parametry antropometryczne dziecka i wskazuje na nadmierną masę ciała, niskorosłość, nieprawidłowe tempo wzrastania czy wypadanie siatek centylowych.

W trakcie konsultacji z pielęgniarkami szkolnymi okazało się jednak, że funkcjonujące rozwiązania informatyczne nie zawsze odpowiadają realnym potrzebom użytkowników. Wskazywano m.in. że system e-Gabinet wyszukuje

uczniów po numerze PESEL, co przy opiece nad kilkuset uczniami jest dla pielęgniarki szkolnej znacznym utrudnieniem. Nasz program jest znacznie prostszy, intuicyjny i bardziej funkcjonalny w codziennym użytkowaniu. Umożliwia również generowanie pełnego raportu dotyczącego wzrastania i rozwoju dziecka.

Zwracano nam także uwagę, że część pielęgniarek szkolnych nie ma stałego dostępu do komputera lub odpowiedniego zaplecza technicznego. Tymczasem to właśnie medycyna szkolna mogłaby być kluczowym ogniwem we wczesnym wykrywaniu nadwagi i otyłości. W Polsce nadal brakuje centralnego systemu identyfikacji dzieci z nadwagą i otyłością oraz skutecznej ścieżki dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Informacja przekazana rodzicom często kończy się jedynie na odnotowaniu problemu, bez wdrożenia dalszych działań. Mamy nadzieję, że planowana od 2027 r. elektroniczna medycyna szkolnej poprawi skuteczność monitorowania zdrowia dzieci oraz usprawni przepływ informacji pomiędzy szkołą, rodzicem i podstawową opieką zdrowotną.

W dyskusji o nadwadze i otyłości bardzo często koncentrujemy się na aktywności fizycznej. Warto jednak podkreślać, że kluczowe znaczenie mają przede wszystkim codzienny ruch i trwała zmiana nawyków. Zarówno dzieci, jak i dorośli powinni podejmować aktywność fizyczną przez co najmniej 60 min dziennie. Partnerstwo STOP OTYŁOŚCI prowadzi kampanię „Wybierz schody”, przypominającą, że aktywność ruchowa powinna stać się naturalnym elementem codziennego życia, tak jak mycie zębów czy czesanie włosów.

prof. dr hab. med. Małgorzata Myśliwiec

kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Choroba otyłościowa u dzieci to przewlekła i postępująca choroba metaboliczna, która stanowi poważne wyzwanie kliniczne, społeczne i ekonomiczne. Na podstawie dostępnych badań można określić, że w Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczy ok. 10 proc. małych dzieci (1–3 lata), 30 proc. dzieci w wieku wczesnoszkolnym i niemal 25 proc. młodzieży do 18. roku życia. Najwyższa Izba Kontroli w raporcie za lata 2021–2022 opublikowanym w marcu 2024 r. oszacowała, że bezpośrednio koszty leczenia związane z chorobą otyłościową przekraczają 9 mld zł, a koszty pośrednie sięgają prawie 27 mld zł, przy czym łączne wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę zdrowotną w 2022 r. wyniosły 133,6 mld zł. Dane Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) ujawniają, że co roku ok. 1,5 mln przyjęć do szpitali jest związanych z chorobą otyłościową, a leczenie tej choroby i jej powikłań pochłania aż 20 proc. budżetu ochrony zdrowia.

Dlatego choroba otyłościowa u dzieci, a zwłaszcza jej najcięższe postaci, stanowi realne i narastające zagrożenie zdrowotne, które wymaga natychmiastowych działań terapeutycznych oraz profilaktycznych. Skuteczne leczenie i wczesna interwencja są kluczowe, aby zmniejszyć ryzyko jej powikłań, w tym niepełnosprawności, oraz ograniczyć obciążenie społeczne i ekonomiczne wynikające z tej choroby.

Obecnie dziecko z chorobą otyłościową w Polsce jest pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), rzadziej w wysokospecjalistycznych ośrodkach – takich jak oddziały diabetologii, endokrynologii czy gastroenterologii dziecięcej – wraz z odpowiednimi poradniami specjalistycznymi. Ze względu na dużą liczbę dzieci z chorobą otyłościową oraz brakiem jasno opisanej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej dla tej grupy pacjentów, brakiem świadczeń w tym zakresie, opieka nad dzieckiem z chorobą otyłościową w Polsce jest istotnie ograniczona. Zazwyczaj dzieci z chorobą otyłościową objęte są jedną, dwoma wizytami lekarskimi w ciągu roku, a częstość konsultacji dietetycznych i psychologicznych pozostaje ograniczona do możliwości organizacyjnych danego ośrodka. Część ośrodków diabetologicznych, endokrynologicznych prowadzi własne, oddolne programy leczenia choroby otyłościowej, natomiast charakter tej opieki nie jest ujednoczony dla całego kraju. W ramach POZ dostęp do porad dietetyka lub psychologa jest praktycznie niemożliwy, a w wymienionych ośrodkach specjalistycznych mocno ograniczony brakiem możliwości rozliczenia tych porad.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń klinicznych wiadomo, że dzieci z chorobą otyłościową powinny być przekierowane z POZ do ośrodków specjalistycznych mających doświadczenie w zakresie diagnostyki



i leczenia tej grupy dzieci. Standardowe postępowanie nefarmakologiczne rzadko pozwala osiągnąć satysfakcjonujące rezultaty, dlatego w wielu przypadkach wskazane jest wdrożenie bardziej intensywnych terapii – farmakoterapii dostępnej u dzieci już od 12. roku życia.

W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku przy Klinice Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii w ramach poradni diabetologicznych i endokrynologicznych dla dzieci funkcjonuje poradnia leczenia otyłości dla dzieci z dostępem do dietetyka, psychologa, fizjoterapeuty z możliwością włączenia leczenia farmakologicznego i jego monitorowania. W ramach AOS brakuje jednak dedykowanych świadczeń dla dzieci z chorobą otyłościową i często w celu przeprowadzenia diagnostyki różnicowej, wykrycia chorób współistniejących i identyfikacji powikłań choroby pacjent jest kierowany na oddział specjalistyczny, co jest rozwiązaniem bardzo kosztownym. Obecnie w ramach prac Odwróconej Piramidy Świadczeń w Ministerstwie Zdrowia, w których bezpośrednio mam przyjemność uczestniczyć, opracowany został pakiet świadczeń dedykowany do diagnostyki i leczenia choroby otyłościowej u dzieci w ramach AOS, w tym również porada dietetyczna, psychologiczna i fizjoterapeutyczna, która jest poddana ocenie w AOTMiT. Tylko opieka interdyscyplinarna, spersonalizowana nad dziećmi z chorobą otyłościową w specjalistycznych ośrodkach posiadających doświadczenie i kompetencje pozwoli na uzyskanie efektów terapeutycznych i powrót do pełnego ich zdrowia. Dlatego obecnie są potrzebne rozwiązania dedykowane dla tej grupy chorych:

- Stworzenie sieci poradni leczenia choroby otyłościowej u dzieci na bazie już istniejących ośrodków w Polsce z dostępem do świadczeń niezbędnych do przeprowadzenia pełnej diagnostyki i terapii tej choroby i jej monitorowania w ramach AOS, w tym porad dietetycznych, psychologicznych, fizjoterapeutycznych.
- Dostęp do refundowanych leków skutecznych w leczeniu choroby otyłościowej u dzieci.

W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku przy Klinice Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii w ramach poradni diabetologicznych i endokrynologicznych dla dzieci funkcjonuje poradnia leczenia otyłości dla dzieci z dostępem do dietetyka, psychologa, fizjoterapeuty z możliwością włączenia leczenia farmakologicznego i jego monitorowania.

prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska

prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

W Polsce prowadzone są bilanse zdrowia dziecka, które stanowią pierwszy punkt oceny rozwoju fizycznego dziecka przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Drugim elementem jest ocena rozwoju psychoruchowego i psychicznego dziecka. Takich bilansów jest kilka, zarówno w okresie przedszkolnym, jak i szkolnym.

Pod koniec 2025 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadził kontrolę tych działań i okazało się, że duży odsetek dzieci nie był ani ważony, ani mierzony. Tymczasem jest to podstawowy obowiązek lekarza POZ. Dlatego obecnie wypracowujemy ścieżkę leczenia dzieci z otyłością. W tym procesie konieczne jest również wykorzystanie Książeczki Zdrowia Dziecka, tak aby każdy lekarz leczący dziecko z różnych przyczyn, zarówno w szpitalu pediatrycznym, jak i specjalistycznym, miał wgląd w rozwój fizyczny pacjenta przez cały okres życia.

Chciałabym zobaczyć rzetelną analizę pokazującą, ile dzieci w Polsce jest regularnie mierzonych i ważonych. Pomijam przy tym kwestię organizacyjną – czy robi to pielęgniarka szkolna, czy lekarz w poradni, ponieważ w różnych miejscach w Polsce wygląda to inaczej. Nie możemy jednak mówić, że brakuje na to czasu, ponieważ jest to obowiązek każdego lekarza POZ, w tym pediatry.

Pod koniec kwietnia 2026 r. zostanie opublikowany raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący bilansów zdrowia dzieci i dowiemy się, jak w praktyce są one prowadzone, jaki odsetek dzieci ma przeprowadzane bilanse zdrowia dziecka. Z niecierpliwością czekamy na raport.

Uważam, że powinniśmy wprowadzić obowiązkowy, coroczny bilans obejmujący nie tylko mierzenie i ważenie każdego dziecka. Jesteśmy to winni dzieciom.



Elżbieta Brzowska

wiceprezeska Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum

W kampanii społecznej „Na wagę zdrowia” skupiamy się na wspieraniu rodziców dzieci chorujących na otyłość oraz pomocy dorosłym z chorobą otyłościową. To, jak wygląda dziś świadomość społeczna dotycząca leczenia, najlepiej pokazują medialne burze wokół wypowiedzi celebrytek, które osoby stosujące leki do leczenia otyłości nazywają leniami i tłuściochami, twierdząc, że „wybierają drogę na skróty”. Z dezinformacją walczą organizacje, takie jak nasza, oraz medycy. Niestety, zasięgi celebrytów są wielokrotnie wyższe i takie przekazy bardzo szybko rozchodzą się w internecie, umacniając stereotypy.

Pojawia się więc pytanie, co zrobić, aby równie szeroko docierały informacje dotyczące profilaktyki i leczenia 3 mln dzieci już chorujących na otyłość. Jak skutecznie dotrzeć do Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji, Ministerstwa Sportu oraz do całego społeczeństwa? Jestem mamą dzieci chorujących na otyłość. Dwoje z nich jest już dorosłych, a pozostałe to córki w wieku 11 i 8 lat. Moje dzieci rodziły się z wysoką masą urodzeniową, powyżej 97 centyla. Zawsze słyszałam, że trzeba coś z tym zrobić, ale działania ograniczały się wyłącznie do ważenia podczas wizyt i bilansów zdrowia.

W pewnym momencie zostałam skierowana do poradni endokrynologicznej szpitala przy ulicy Żwirki i Wigury, gdzie wizyty również sprowadzały się głównie do kontrolowania masy ciała dziecka, bez zapewnienia kompleksowej opieki, choć było to pierwsze miejsce, gdzie zaoferowano nam wsparcie psychologiczne, a pani

doktor endokrynolog miała świetne kompetencje komunikacyjne, co jest niezwykle ważne w kontakcie z pacjentem z otyłością i jego rodziną. Pierwszą osobą, która rzeczywiście zajęła się leczeniem mojej córki, była prof. Małgorzata Myśliwiec z UCK Gdańsk. Pani profesor bardzo dokładnie przebadła córkę i wdrożyła leczenie farmakologiczne.

Dzisiaj wysłałam pani profesor zdjęcie córki, która po raz pierwszy patrzy na siebie z akceptacją, ponieważ dzięki leczeniu zredukowała równo 10 kg od maja 2025 r. do maja 2026 r., wszystkie jej parametry zdrowotne się unormowały, a wpływ na samoocenę i zdrowie psychiczne jest nie do przecenienia. Leczenie farmakologiczne, które finansujemy samodzielnie, co jest ogromnym wyzwaniem, nie jest jednak jedynym elementem terapii. Ogromne znaczenie ma również opieka wielospecjalistyczna. Szczęśliwie udało nam się dostać do programu leczenia otyłości w Centrum Zdrowia Dziecka.

Ten program jest modelowym przykładem tego, jak powinno wyglądać wsparcie dla całej rodziny dziecka z otyłością. Dietetyk powiedział nam kiedyś: „Proszę przyprowadzić babcię, która stawia wnuczce słodycze, my ją również wyedukujemy”. Dziecko objęte programem przechodzi kompleksowe leczenie i pozostaje pod stałą opieką lekarzy różnych specjalizacji, psychologa, fizjoterapeuty oraz dietetyka.

Wydawało mi się, że jestem świadomą mamą, ale bardzo poruszyły mnie słowa dietetyka z CZD podczas jednej z pierwszych wizyt dotyczących żywienia córki. Powiedziałam wtedy, że córka nie chce stosować zaleceń żywieniowych. Dietetyk odpowiedział: „Czy kiedy lekarz przepisuje lek, pyta pani córkę, czy chce go przyjmować? Nie, wdraża pani leczenie. Tak samo należy potraktować leczenie żywieniowe, cierpliwie tłumacząc dziecku, dlaczego jest ono potrzebne”.

Kompleksowość leczenia otyłości ma ogromne znaczenie. Moja córka co trzy tygodnie przychodzi na wizyty zmotywowana, ponieważ jest chwalona za swoje postępy. Widzi efekty i rozumie, że cała rodzina wspólnie pracuje nad tym, aby wiedziała, co jest dla niej zdrowe, a czego powinna unikać.

Zdarza się, że dzwoni do mnie dyrektor szkoły z pytaniem, czy podczas wycieczki do pijalni czekolady córka może zamiast czekolady dostać herbatę. Cieszę się, że szkoła wspiera moje wysiłki w leczeniu otyłości córki. Moja córka czuje się wyobcowana, kiedy cała klasa pije czekoladę, a ona herbatę. Dlatego profilaktyka wtórna i edukacja na każdym poziomie mają tak ogromne znaczenie. Ważne, by szkoła uczyła zachowań prozdrowotnych, eliminowała niezdrowe przekąski czy słodczyce podczas szkolnych wydarzeń. Świetnym przykładem jest u nas zakaz zabierania słodczy na szkolne wyjazdy.

Regularne wizyty i stały nadzór nad rodziną kształtują świadomość wszystkich jej członków. W programie Centrum Zdrowia Dziecka obowiązują jednak konkretne kryteria kwalifikacji. Dziecko musi mieć BMI powyżej 30 i ukończone 10 lat. Tymczasem do naszej fundacji zgłasza się wielu rodziców pytających, co zrobić, gdy 5-letnie dziecko ma znaczną nadwagę. I właśnie tutaj pojawia się największy problem – mamy zbyt mało wyspecjalizowanych ośrodków.

Musimy zwiększyć liczbę miejsc, do których można skierować rodziców z dzieckiem chorującym na otyłość. To wymaga bardzo szybkich działań. Jeśli tym dzieciom nie zapewnimy fachowej pomocy, część z nich będzie próbowała schudnąć w niebezpieczny sposób w wieku nastoletnim. W pewnym momencie pojawi się potrzeba bycia szczupłym za wszelką cenę, co może prowadzić do zaburzeń odżywiania, anoreksji, bulimii czy epizodów depresyjnych wymagających leczenia psychiatrycznego.

Bardzo chciałabym, aby dzieci chorujące dziś na otyłość mogły uniknąć trudnych doświadczeń.



prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski

kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii
w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym CMKP

W czasie swojej wypowiedzi chciałbym przedstawić cztery apele oraz jedną propozycję.

Pierwszy apel dotyczy tego, aby nie antagonizować medycyny zapobiegawczej, zdrowia publicznego i medycyny naprawczej. Takie podejście w ostatecznym rozrachunku nie przynosi korzyści żadnej ze stron. Zarówno zdrowie publiczne, jak i medycyna kliniczna mogą i powinny wzajemnie się wspierać. Faktem jest jednak, że oba te obszary wciąż nie znajdują wystarczającej wrażliwości i zrozumienia wśród decydentów. Dlatego apeluję, abyśmy wzajemnie wzmacniali swoje działania, zamiast je sobie przeciwstawiać.

Drugi apel dotyczy konieczności wzmocnienia roli Ministerstwa Zdrowia w strukturze rządu. Kluczowe determinanty zdrowia, takie jak aktywność fizyczna, sposób żywienia czy jakość powietrza, którym oddychamy, pozostają dziś w kompetencjach wielu różnych resortów. Dlatego postuluję powołanie wicepremiera ds. zdrowia publicznego, który koordynowałby działania ministerstw zdrowia, finansów, edukacji, sportu, infrastruktury, spraw wewnętrznych i innych resortów wpływających na zdrowie społeczeństwa. Byłaby to funkcja o fundamentalnym znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego państwa.

Trzeci apel dotyczy nadwagi. Nie powinniśmy traktować jej jako łagodnego stanu, który nie wymaga interwencji. Być może problem wynika częściowo z samego nazewnictwa. Gdybyśmy określali nadwagę mianem stanu przedotyłościowego, podobnie jak mówimy

o stanie przedcukrzycowym czy stanie przednadciśnieniowym, część osób inaczej postrzeżałaby skalę zagrożenia i ryzyko powikłań zdrowotnych. Nadwaga wiąże się już ze znacznie zwiększonym ryzykiem wystąpienia ok. 200 problemów zdrowotnych związanych z otyłością. Dlatego powinna być uwzględniana zarówno w działaniach z zakresu zdrowia publicznego i profilaktyki, jak i we wczesnym leczeniu. W pełni zgadzam się również z opinią, że podatki i ulgi podatkowe są jednymi z najskuteczniejszych narzędzi wpływania na codzienne wybory obywateli.

Czwarty apel dotyczy leczenia pacjentów z otyłością. Nie ma żadnych wątpliwości, że 9 mln dorosłych i 3 mln dzieci chorujących na otyłość nie można pozostawić bez skutecznej opieki. Konieczne jest rozwijanie systemu kompleksowego leczenia, opartego na modelu opieki koordynowanej.

Na zakończenie chciałbym przedstawić konkretną propozycję. Uważam, że wielu z nas może we własnym środowisku stworzyć model dobrze funkcjonującej opieki koordynowanej nad pacjentami z otyłością. W Szpitalu im. W. Orłowskiego realizujemy właśnie taki model opieki. Osiągamy bardzo dobre efekty terapeutyczne dzięki pracy wielodyscyplinarnego zespołu, obejmującego lekarzy, dietetyków, fizjoterapeutów oraz psychologów. Otyłość w wieku podeszłym staje się w Polsce coraz większym wyzwaniem zdrowotnym. Dlatego chętnie podzielimy się naszym doświadczeniem dotyczącym organizacji skoordynowanej opieki nad pacjentami z otyłością i jej powikłaniami.

Maria Brzegowy

członkini Rady Naukowej Fundacji na rzecz Leczenia Otyłości

Mówiąc o problemie otyłości u dzieci, często zapominamy, że wcześniej trzeba zadbać o edukację i świadomość rodziców. Aby poprawić obecną sytuację, musimy działać wspólnie. Niewystarczająca profilaktyka pierwotna otyłości powinna zostać zastąpiona profesjonalną edukacją zdrowotną w szkołach.

Ogromnym wyzwaniem w tym procesie są media społecznościowe. Są już kraje, które wypowiedziały walkę influencerom promującym niezdrową żywność. Nawet najlepiej wyedukowane w domu i w szkole dzieci będą sięgały po produkty polecane przez swoich internetowych idoli.

W zakresie profilaktyki wtórnej musimy zapewnić specjalistyczne leczenie dzieci z otyłością, ponieważ one z tej choroby po prostu nie wyrosną. Coraz częściej obserwujemy sytuacje, w których 15-letnie dziecko ma większą świadomość zdrowotną niż dorośli, a jednocześnie zmagają się już z licznymi zaburzeniami i problemami zdrowotnymi.

Na zdrowie jednostki wpływa całe otoczenie, w którym funkcjonuje. Można to porównać do szczepień ochronnych. Zależy nam na wysokim poziomie wyszczepialności, aby chronić całe społeczeństwo. Podobnie jest z profilaktyką otyłości. Jeśli skutecznie zadamy o jedną osobę, będzie ona przekazywać swoją wiedzę i dobre nawyki dalej.

Fundacja na rzecz Leczenia Otyłości działa również w mediach społecznościowych. Mówimy jasno: stop dezinformacji w internecie. Niestety obecnie często wygląda to tak, że osoby niemające nic wspólnego z medycyną ani zdrowiem mają większe zasięgi i większy wpływ na odbiorców niż eksperci.

prof. dr hab. n. med. Maciej Banach

prezes Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego

Większość działań, które moglibyśmy dziś wdrożyć w Polsce, nie wymaga ogromnych nakładów finansowych. Wymaga przede wszystkim decyzji i konsekwencji we wdrażaniu polityki zdrowotnej.

Obecnie funkcjonuje przedmiot edukacja zdrowotna, jednak uczestniczy w nim jedynie ok. 30 proc. dzieci. Koncentrujemy się na tym, aby stał się on przedmiotem obowiązkowym, ponieważ mogłoby to rozwiązać wiele problemów zdrowotnych już na etapie profilaktyki. Edukacja zdrowotna powinna zostać rozszerzona również na dzieci w wieku przedszkolnym. Dzięki temu moglibyśmy objąć spójnym procesem edukacyjnym dzieci i młodzież na wszystkich etapach rozwoju: od przedszkola przez szkołę podstawową aż po szkołę ponadpodstawową.

Młodzi ludzie mieliby wówczas realną wiedzę dotyczącą badań przesiewowych, aktywności fizycznej, zasad prawidłowego żywienia, unikania używek oraz wszystkich elementów wpływających na zdrowie. Wiemy, że edukacja zdrowotna jest potrzebna na każdym etapie życia, ale właśnie w przedszkolach i szkołach powinna mieć charakter obligatoryjny.

Apeluję również, abyśmy przestali używać hasła „odwrócona piramida świadczeń” jako pustego sloganu. Mówimy o tym od ponad 20 lat, jednak bez rzeczywistego

wzmocnienia kompetencji podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej prawdziwa odwrócona piramida świadczeń nigdy nie będzie funkcjonowała skutecznie.

W przypadku nadwagi i otyłości mamy do czynienia z wieloma współistniejącymi czynnikami ryzyka. Jeżeli zaniedbamy choć jeden z nich, dzieci nadal będą chorowały, a w przyszłości będą rozwijały choroby sercowo-naczyniowe, podobnie jak obecnie dorośli pacjenci.

Dlatego warto wzorować się na rozwiązaniach wdrożonych w Słowenii, która już w latach 90. stworzyła skoordynowany system prewencji pierwotnej nadwagi i otyłości. Efekty były spektakularne. Do 2020 r. odnotowano tam ok. 60 proc. mniej przypadków choroby niedokrwiennej serca i jej powikłań oraz 42 proc. mniej udarów mózgu. Kluczowe znaczenie miały pełna edukacja zdrowotna oraz jasno zdefiniowana ścieżka pacjenta zależna od rozpoznanych czynników ryzyka.

Apeluję również do Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, aby wzorem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego czy Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego konsekwentnie kontynuowało swoje działania. Wiemy, że na efekty systemowych zmian w Polsce trzeba często czekać wiele lat. Tak było choćby z edukacją zdrowotną

czy bilansem sześciolatka. Należy realizować potrzebne działania niezależnie od aktualnej sprawczości polityków i decydentów.

Jednocześnie nie możemy certyfikować lekarzy wyłącznie po to, aby pracowali w prywatnych gabinetach i nie mieli możliwości przyjmowania pacjentów w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pacjent musi mieć możliwość uzyskania świadczenia w systemie publicznym, a nie wyłącznie w ramach prywatnej opieki zdrowotnej.

Nie możemy dopuścić do sytuacji, w której znaczna część systemu leczenia otyłości zostanie przesunięta do sektora prywatnego, ponieważ doprowadzi to do pogłębiania nierówności w dostępie do profilaktyki, diagnostyki i terapii. Dlatego podkreślam, że nie chodzi wyłącznie o samą liczbę certyfikowanych lekarzy. Polska ma już jedną z największych w Europie liczbę certyfikowanych lipidologów. Potrzebujemy jednak lekarzy i ośrodków, które będą mogły realizować świadczenia w ramach systemu publicznego.

Być może warto rozważyć również przez PTLO – na wzór rozwiązania wprowadzonego w PTL – system certyfikacji dietetyków, ponieważ zawód dietetyka nadal nie jest w Polsce odpowiednio uregulowany. Od wielu lat zwracamy uwagę na problem osób bez odpowiednich kompetencji, które kreują się w internecie na ekspertów i utrudniają prawidłowe leczenie pacjentów.

Podsumowując, wszystkie działania związane z profilaktyką i leczeniem otyłości powinny być przedstawiane również w perspektywie ekonomicznej. Jeżeli pokażemy, jakie koszty generują konkretne problemy zdrowotne oraz jakie oszczędności mogą przynieść skuteczne działania profilaktyczne, łatwiej będzie przekonać decydentów do wdrażania zmian systemowych.

Szacuje się, że koordynowana opieka w zakresie prewencji pierwotnej już po trzech, czterech latach może przynieść oszczędności rzędu 4 mld zł. Z kolei wprowadzenie nocnej prohibicji alkoholowej w całej Polsce mogłoby generować oszczędności od 7 do 11 mld zł rocznie.

Wszystkie nasze działania powinniśmy przekładać nie tylko na argumenty zdrowotne, ale także na bilans kosztów i korzyści ekonomicznych. Taki język jest znacznie bardziej zrozumiały dla administracji publicznej i decydentów odpowiedzialnych za politykę państwa.



Dominik Kuc

członek zarządu Fundacji GrowSPACE

Profilaktyka i leczenie otyłości u dzieci i młodzieży nie odbywają się w próżni. Jeżeli mówimy o dzieciach, młodzieży oraz postulatach dotyczących skoordynowanej opieki szkolnej, to musimy zwrócić uwagę na kilka kluczowych obszarów.

Na początku chciałbym odwołać się do wyników badań fokusowych dotyczących żywienia w szkołach, ponieważ mamy tutaj bardzo dobrze zebrany i przeanalizowany głos młodych ludzi. W trakcie badań zdecydowana większość uczniów potrafiła bardzo sprawnie wymienić zasady piramidy żywienia oraz czynniki, które teoretycznie chronią przed otyłością. Problem nie dotyczy więc wyłącznie wiedzy, ale przede wszystkim jej praktycznego wdrażania.

Z naszych obserwacji wynika, że szkoła odgrywa ogromną rolę w kształtowaniu nawyków żywieniowych. To właśnie tam młodzi ludzie powinni nie tylko poznawać teorię i zasady zdrowego żywienia, ale także nabierać praktycznych, codziennych nawyków. Tymczasem polska szkoła nadal nie tworzy środowiska realnie wspierającego zdrowe wybory.

Przykładowo długa przerwa trwa często ok. 20 min, w czasie których wszyscy uczniowie mają jednocześnie zjeść posiłek w stołówce. Dodatkowo jakość oferowanego jedzenia bywa przez młodzież kwestionowana. W efekcie wielu uczniów opuszcza teren szkoły i korzysta z oferty pobliskich sklepów czy punktów gastronomicznych. W ostatnich latach pojawił się również problem łatwo dostępnych dostaw jedzenia zamawianego przez aplikacje internetowe.

Postulaty dotyczące organizacji żywienia szkolnego oraz funkcjonowania stołówek przekazaliśmy do Ministerstwa Edukacji Narodowej. Choć programy dotyczące budowy i wyposażania stołówek są już częściowo realizowane, nadal pozostaje bardzo wiele do zrobienia w zakresie środowiskowych determinant zdrowia.

Widzimy również, że dzieci i młodzież będące w trakcie leczenia otyłości mierzą się z licznymi wyzwaniami właśnie w środowisku szkolnym. Jeżeli szkoła nie będzie aktywnie wspierała procesu leczenia, efekty terapeutyczne nie będą tak skuteczne, jak oczekujemy.

Drugim niezwykle ważnym obszarem są lekcje wychowania fizycznego. Nadal mamy bardzo dużo do zrobienia zarówno w zakresie przygotowania nauczycieli, jak i sposobu promowania aktywności fizycznej. Potrzebujemy modelu, który będzie aktywnie zachęcał młodych ludzi do ruchu, a nie wykluczał części uczniów poprzez sztywne skupienie wyłącznie na zajęciach grupowych czy rywalizacji sportowej.

W mojej ocenie szkoła powinna być miejscem prowadzenia aktywnej profilaktyki zdrowotnej, która nie tylko identyfikuje problemy, ale przede wszystkim wspiera budowanie trwałych, zdrowych nawyków.

Kolejną kwestią pozostaje edukacja zdrowotna. Nie będę powtarzał wcześniejszych argumentów, ale podkreślę jednoznacznie: edukacja zdrowotna powinna być obowiązkowym elementem systemu edukacji na wszystkich etapach nauczania.

dr n. med. Aleksandra Lewandowska

konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Otyłość jest jednym z istotnych wyzwań, z jakimi mierzymy się dziś w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. W zakresie edukacji zdrowotnej istnieje wiele działań wspierających zdrowy styl życia i dobrostan psychiczny. Myślę, że sama wiedza na ten temat jest już dość powszechna. Mimo to liczba dzieci i nastolatków wymagających specjalistycznej opieki psychiatrycznej i psychologicznej systematycznie rośnie. W okresie od 2019 r. do końca 2025 r. liczba pacjentów korzystających z opieki psychiatrii dzieci i młodzieży wzrosła niemal czterokrotnie. Wśród nich są również dzieci i nastolatki z nadwagą i otyłością, na których sytuacji koncentrujemy się dzisiaj szczególnie.

Chciałabym wyraźnie podkreślić, że jako specjaliści obserwujemy dwukierunkową zależność pomiędzy otyłością a zaburzeniami psychicznymi. Badania pokazują, że dzieci i młodzież z nadwagą oraz otyłością częściej doświadczają takich czynników ryzyka, jak przemoc, w tym przemoc rówieśnicza. W ostatnich latach skala tego zjawiska stale rośnie, a wg dostępnych danych nawet dwie trzecie nastolatków doświadcza przemocy ze strony rówieśników. Jednocześnie zaburzenia psychiczne wiążą się z większym ryzykiem rozwoju nadwagi i otyłości.

Dlatego działania profilaktyczne powinny obejmować nie tylko dzieci i młodzież, ale także osoby dorosłe: rodziców, opiekunów oraz specjalistów pracujących z rodzinami w różnych obszarach systemu wsparcia. Jest to niezwykle ważne, ponieważ brak odpowiedniej opieki i wsparcia zwiększa ryzyko wtórnego rozwoju zaburzeń psychicznych u dzieci z nadwagą i otyłością. Najczęściej

są to zaburzenia depresyjne i lękowe. Dzieci te często wycofują się z relacji społecznych i aktywności fizycznej, mają obniżoną samoocenę i poczucie własnej wartości, a dodatkowo nierzadko doświadczają przemocy rówieśniczej, która nie zawsze spotyka się z właściwą reakcją ze strony szkoły i otoczenia.

W tym obszarze wciąż bardzo brakuje nam skutecznej, międzyresortowej współpracy. Zwracam na to uwagę od lat, ponieważ mimo wdrażania nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży nadal brakuje koordynacji działań pomiędzy poszczególnymi resortami. Coraz częściej mówimy o potrzebie stworzenia funkcji koordynatora, który integrowałby działania realizowane w ramach zdrowia publicznego. Dopóki nie opracujemy jasnej ścieżki opieki nad dzieckiem i nastolatkiem, z wyraźnym podziałem kompetencji i odpowiedzialności poszczególnych specjalistów oraz instytucji, nadal będziemy mierzyć się z sytuacją, w której dzieci nie otrzymują pomocy we właściwym momencie.

Bardzo często rodzice i opiekunowie pozostają zagubieni w systemie, a konsekwencje opóźnienia odpowiedniej i skutecznej pomocy mogą być bardzo poważne. Niestety, w tej grupie pacjentów znajdują się również dzieci i młodzież prezentujące zachowania autodestrukcyjne oraz samobójcze, których trudności psychiczne mogą pozostawać w związku z doświadczeniem nadwagi i otyłości, w tym z przewlekłym stresem, stygmatyzacją społeczną, obniżoną samooceną, odrzuceniem rówieśniczym oraz współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi.



dr n. med. Mariola Kosowicz

Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie,
Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Choroba otyłościowa i cukrzyca u dzieci pozostają dziś jednymi z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego, wpływając nie tylko na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, ale także na kondycję psychiczną, społeczną i ekonomiczną społeczeństwa. Coraz wyraźniej widać jednak, że skuteczna profilaktyka choroby otyłościowej i cukrzycy nie może się opierać wyłącznie na przekazywaniu wiedzy medycznej. Kluczowe znaczenie ma również komunikacja, czyli to, w jaki sposób rozmawiamy z dziećmi i rodzicami o zdrowiu, jedzeniu oraz stylu życia, a także to, czy przekaz ten pozostaje spójny z codziennym doświadczeniem dziecka i rzeczywistością, w której funkcjonuje. Dlatego nawet najlepiej przygotowane programy żywieniowe realizowane w przedszkolach i szkołach mogą okazać się niewystarczające, jeżeli dziecko żyje w świecie podwójnych standardów i sprzecznych komunikatów. Z jednej strony dzieci słyszą od rodziców, nauczycieli i specjalistów, że należy dbać o zdrowie, zdrowo się odżywiać i ograniczać cukier, z drugiej funkcjonują w rzeczywistości, w której produkty uznawane za szkodliwe są łatwo dostępne, intensywnie reklamowane i społecznie akceptowane. Dzieci bardzo trafnie dostrzegają tę niespójność, pytając: „Skoro to jest takie złe, to dlaczego można to kupić w sklepie?”. Pytanie to pokazuje skalę trudności, z jaką mierzy się współczesna edukacja zdrowotna. Przykładem mogą być próby ograniczenia sprzedaży niezdrowej żywności i słodzonych napojów w sklepikach szkolnych, gdzie opór wobec takich rozwiązań pojawiał się nie tylko po stronie rynku, ale także części rodziców. Dowodzi to, że bez szerokiej edukacji społecznej nawet dobrze przygotowane rozwiązania systemowe mogą

spotykać się z niezrozumieniem, oporem lub społecznym podważaniem ich zasadności. Dlatego tak ważne jest podkreślenie, że wszystkie podwójne komunikaty wywołują u dzieci napięcie psychiczne, poczucie dezorientacji i chaosu poznawczego. Psychologia od dawna wskazuje, że większe znaczenie dla kształtowania postaw dzieci wobec różnych sytuacji życiowych oraz wypracowywania nawyków mają codzienne zachowania dorosłych niż same deklaracje i komunikaty. To właśnie środowisko rodzinne, w którym dziecko dorasta, kształtuje codzienne nawyki związane ze stylem życia, sposobem odżywiania oraz regulacją emocji. Jeżeli dziecko wyrasta w domu, w którym zdrowe nawyki są podważane, wyśmiewane albo po prostu nieobecne, znajduje się w swoistym rozdarciu i nie wie, komu powinno ufać – rodzicom, nauczycielom czy grupie rówieśniczej – ani wg jakich zasad funkcjonować. Dlatego trudno oczekiwać trwałej zmiany zachowań zdrowotnych, kiedy środowisko rodzinne funkcjonuje wg zupełnie innych zasad niż szkoła czy gabinet specjalisty.

Leczenie choroby otyłościowej u dzieci wymaga pracy z całym systemem rodzinnym, a nie wyłącznie koncentrowania się na samym dziecku.

Dodatkowym problemem jest współczesna kultura obrazu, która bardzo silnie wiąże poczucie wartości i atrakcyjności człowieka z wyglądem ciała. Dzieci i młodzież dorastają dziś w świecie mediów społecznościowych, filtrów, porównań oraz nieustannej oceny wyglądu, co narzuca myślenie o ciele i wyglądzie w kontekście wartości oraz społecznej akceptacji. W efekcie rozmowa o otyłości bardzo często przestaje dotyczyć zdrowia, a zaczyna być odbierana jako ocena człowieka i jego wyglądu. To zwiększa poczucie wstydu, obniża samoocenę i może prowadzić do wycofania społecznego, zaburzeń lękowych, depresji czy zaburzeń odżywiania. Pokazuje to również, że skuteczna edukacja zdrowotna nie może ograniczać się wyłącznie do przekazywania wiedzy. Musi uwzględniać społeczne, kulturowe i psychologiczne mechanizmy wpływające na codzienne wybory rodzin oraz sposób, w jaki młodzi ludzie budują obraz samych siebie i własnej wartości. Być może potrzebujemy dzisiaj interdyscyplinarnego zespołu ekspertów, który zastanowi się nie tylko nad tym, co mówić dzieciom i rodzicom, ale przede wszystkim jak mówić o zdrowiu, jakich narzędzi używać i w jaki sposób budować motywację do trwałej zmiany stylu życia oraz zrozumieć, że choroba otyłościowa nie jest wyłącznie problemem indywidualnych wyborów ani braku silnej woli.

Otyłość to złożona choroba uwarunkowana biologicznie, psychologicznie i społecznie, która wymaga długofalowych, wielopoziomowych oraz systemowych działań opartych na współpracy wielu środowisk.



Irena Rej |

prezes Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”

Dzisiaj otyłość dziecięca nie jest już wyłącznie problemem zdrowia publicznego, ale także problemem politycznym. W Polsce wciąż brakuje skutecznej edukacji i profilaktyki zdrowotnej, a nasze otoczenie jest zaprojektowane w taki sposób, że sprzyja maksymalizacji konsumpcji cukru, zwiększaniu sprzedaży słodczy i napojów słodzonych, podczas gdy koszty zdrowotne są przerzucane na system ochrony zdrowia oraz budżety domowe.

Diagnoza została już postawiona i wiemy, co należy zrobić. Największym problemem pozostaje jednak decyzyjność. Uczestniczę w wielu komisjach sejmowych i senackich, ale efekty ich prac są niestety znikome. Do dziś nie potrafimy przekonać ministra finansów do wprowadzenia niższego opodatkowania zdrowej żywności i wody butelkowanej. Paradoxem jest to, że VAT na wodę butelkowaną wynosi 23 proc., podczas gdy na napoje słodzone soki jedynie 5 proc.

Mam konkretną propozycję, aby zebrać nasze uwagi na piśmie i skierować wspólne postulaty do parlamentu oraz ministerstw. Musimy mówić jednym głosem o tym, jak bardzo potrzebna jest profilaktyka i mądra polityka zdrowotna państwa, również w wymiarze fiskalnym.

Niezwykle ważne są także ograniczenia dotyczące reklamy niezdrowych produktów spożywczych. Powinniśmy ograniczyć reklamy słodczy, chipsów i napojów słodzonych. Państwo powinno brać odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa, a to oznacza konieczność regulowania pewnych obszarów. Rozumiem, że każdy biznes chce osiągać zysk, ale można to robić w sposób etyczny.

Bardzo istotny jest również język komunikacji. Powinniśmy akcentować korzyści zdrowotne i budować pozytywny przekaz, a nie straszyć skutkami późniejszych chorób.

Katarzyna Skrętowska

dyrektor Zespołu Zdrowia przy Rzeczniku Praw Dziecka

W Biurze Rzecznika Praw Dziecka działania dotyczące nadwagi, otyłości oraz chorób wynikających z tych problemów prowadzimy w ujęciu międzysektorowym. Kierujemy je do resortów zdrowia, edukacji, rodziny, sportu oraz rolnictwa.

Zdrowie dziecka zaczyna się w domu, a w Polsce działania prozdrowotne skierowane do rodziców są wciąż bardzo słabo zaprojektowane. W kontekście nadwagi i otyłości postulujemy również objęcie opieką prewencyjną kobiet planujących ciążę, kobiet w ciąży oraz kobiet karmiących piersią. Chodzi przede wszystkim o wsparcie i opiekę dietetyczną. Byliśmy także zaangażowani we wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku hipercholesterolemii u dzieci w wieku przedszkolnym w ramach bilansu zdrowia

Temat reklamy i promocji niezdrowej żywności i napojów jest niezwykle złożony i niewystarczająco nadzorowany oraz uregulowany w obszarze ochrony dzieci przed niezdrową żywnością w mediach. Wciąż niewielkie jest także zainteresowanie społeczne zdrowymi nawykami żywieniowymi i promocją zdrowego stylu życia, edukacją zdrowotną.

Rodzice często nie korzystają z dostępnych metod wykrywania problemów zdrowotnych u dzieci, takich jak m.in. nadwaga, otyłość czy cukrzyca, na wczesnym etapie. Nie korzystają z bilansów zdrowia dziecka ani z badań profilaktycznych u dzieci. Z jednej strony brakuje im wiedzy na temat oferty publicznego systemu ochrony zdrowia oraz ryzyk zdrowotnych, z drugiej

– skutecznych narzędzi pomagających radzić sobie z problemami zdrowotnymi dzieci i problemem nadmiernej masy ciała u małego. Wiedza na ten temat jest rozproszona i bywa przekazywana jedynie podczas wizyt w gabinetach lekarzy POZ. Dodatkowo informacje, w szczególności pozyskiwane w internecie, bywają sprzeczne.

Jako Biuro Rzecznika Praw Dziecka widzimy, że głosy ekspertów często pozostają w zamkniętym środowisku osób zajmujących się ochroną zdrowia. Bardzo często rozmawiamy głównie między sobą, a nasz przekaz nie dociera szerzej do społeczeństwa. To problem komunikacyjny.

Problemem jest także brak odpowiednio silnej presji społecznej na decydentów, aby podejmowali skuteczne działania dotyczące niwelowania zagrożeń wynikających z podstawowych ryzyk zdrowotnych, takich jak niezdrowy styl życia, nadmierne spożycie żywności i napojów zawierających cukier oraz niski poziom aktywności fizycznej.



Natalia Rokita

prezes zarządu Fundacji Polskiedzieci.org

Fundacja Polskiedzieci.org działa na rzecz tego, aby zdrowe nawyki stały się codziennością, a obietnica długiego i szczęśliwego życia – rzeczywistością. Jako organizacja pozarządowa mówimy o profilaktyce, edukujemy i działamy w mikroskali, jednocześnie budując gotowość do działań systemowych. Każdego dnia decydujemy o przyszłości naszych dzieci – my, dorośli. Nie ochronimy ich przed każdą łzą, ale możemy ustrzec je przed chorobami cywilizacyjnymi, które mogłyby stanąć na drodze do realizacji ich marzeń.

Obecnie wspólnie z Wydziałem Zdrowia i Spraw Społecznych miasta Wrocław realizujemy program edukacyjny „Zdrowa Misja”. Jest on prowadzony dla Wrocławskiej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie ze środków Gminy Wrocław. Celem jest budowanie świadomości i kompetencji wśród dzieci, rodziców oraz kadry nauczycielskiej w zakresie zdrowego żywienia, umiejętności psychospołecznych, radzenia sobie ze stresem oraz reagowania w sytuacjach ratowania życia. Program przeciwdziała zagrożeniom wynikającym z nieodpowiedniego stylu życia.

Działania dla przedszkoli obejmują warsztaty kulinarno-edukacyjne, cykl opowieści, konkursy i webinary. W szkołach podstawowych stawiamy na spotkania z psychologiem, wydarzenia sportowe oraz warsztaty pierwszej pomocy. Z kolei program dla szkół ponadpodstawowych uzupełniają angażujące gry miejskie. Jestem wdzięczna, że mogę tu dziś być, ponieważ dzięki Państwa wiedzy eksperckiej zyskuję perspektywę i konkretne pole do działania. Profilaktyka to obszar, o który musimy zadbać już dziś, by zatrzymać spiralę otyłości.

Moja perspektywa wynika z praktyki – jestem przewodniczącą Rady Rodziców w szkole liczącej 1,6 tys. uczniów. Na co dzień widzę, że nie mamy żadnych procedur ani wytycznych dotyczących promocji zdrowia i komunikacji z rodzicami w tym obszarze. To doświadczenie pokazuje mi, jak bardzo potrzebne są wypracowane przez Państwa rozwiązania w codziennym życiu szkoły.

dr n. med. Renata Krupa

zastępca ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych I z Pododdziałem Endokrynologicznym, Pododdziałem Diabetologicznym, Pododdziałem Chorób Metabolicznych, Szpital Czerniakowski w Warszawie

Reprezentuję środowisko lekarskie zajmujące się dorosłymi pacjentami z chorobą otyłościową i cukrzycą. Pracuję w ośrodku klinicznym zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Mówimy o niezwykle ważnej i bardzo licznej grupie pacjentów. Dobrym trendem jest podnoszenie kwalifikacji w zakresie leczenia choroby otyłościowej wśród lekarzy różnych specjalności (certyfikacja Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości).

Należy jednak zwrócić uwagę, iż wielu certyfikowanych lekarzy zajmuje się pacjentami głównie w gabinetach prywatnych. Tymczasem ogromnym problemem, o którym dziś wielokrotnie mówiono, pozostaje dostęp do leczenia choroby otyłościowej w ramach NFZ. Pacjenci trafiają do ośrodków specjalistycznych najczęściej dopiero wtedy, gdy mają już bardzo zaawansowaną chorobę i liczne jej powikłania.

Dlatego tak ważne są działania systemowe i rozwiązania koszykowe, które zapewnią realny dostęp do leczenia osobom, których nie stać na opiekę prywatną. Pacjenci powinni mieć możliwość korzystania z leczenia w ramach NFZ, w ośrodkach dysponujących odpowiednim doświadczeniem klinicznym. Jest to przecież element prawa obywateli do ochrony zdrowia gwarantowanego przez Konstytucję RP.

Przy skali otyłości w Polsce, obejmującej ok. 9 mln dorosłych pacjentów, znaczna część działań powinna odbywać się na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Są jednak pacjenci, którzy wymagają wysokospecjalistycznych procedur diagnostycznych i opieki w wyspe-

cializowanych ośrodkach terapeutycznych. I to jest niezwykle ważne również z perspektywy ekonomii zdrowia publicznego. Każdego dnia widzę pacjentów trafiających do mnie w bardzo zaawansowanych stadiach choroby już z ogromnym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia w zakresie psychiatrii, ortopedii, ginekologii, kardiologii czy diabetologii.

Część pacjentów trafia do nas zbyt późno, m.in. z powodu trudności skorzystania z opieki gwarantowanej przez NFZ. To wymaga pilnej zmiany i konieczności stworzenia sieci ośrodków specjalistycznych. Warto przy tym koncentrować się nie tylko na samej chorobie otyłościowej, ale także na stanach poprzedzających jej rozwój. Skala problemu choroby otyłościowej jest ogromna, ale jeszcze większą grupę stanowią pacjenci ze stanem przedcukrzycowym, nadwagą i wczesnymi zaburzeniami metabolicznymi. To właśnie na tej grupie warto skupić więcej działań profilaktycznych i terapeutycznych. Efekty takich działań będą miały bezpośrednie przełożenie zarówno na zdrowie publiczne, jak i koszty systemowe.

W ośrodku, w którym pracuję, zajmujemy się pacjentami dorosłymi, ale doskonale wiemy, jak ogromne znaczenie mają profilaktyka i edukacja dzieci. Trzeba jednak pamiętać, że dorosły pacjent funkcjonuje w rodzinie, a rodzina jest podstawową komórką społeczną. Dlatego edukacja nie może ograniczać się wyłącznie do tego, co dziecko wynosi ze szkoły. Równie ważne jest to, co wie rodzic. Dlatego właśnie połączenie działań profilaktycznych i terapeutycznych skierowanych do pacjentów pediatrycznych i dorosłych przyniesie najlepsze efekty w zakresie poprawy stanu ich zdrowia, w tym redukcji spirali nadwagi, otyłości i ich powikłań.



dr n. o zdr. Monika Zamarlik

prezes zarządu Federacji Diabetyków

Niestety, nie mamy realnego wpływu na to, jakie reklamy dzieci oglądają w internecie. Nie jesteśmy też w stanie w pełni uregulować rynku i przemysłu zarabiającego na sprzedaży słodzonych napojów oraz wysokoprzetworzonych produktów. Mamy jednak wpływ na szkołę, instytucję finansowaną z budżetu państwa i właśnie na niej powinniśmy się skoncentrować.

Od kilkunastu lat współpracuję ze szkołami i nauczycielami. Każdego roku prowadzimy szkolenia dla kilku tysięcy nauczycieli, przede wszystkim dotyczące cukrzycy typu 1., ale także cukrzycy typu 2., nadwagi i otyłości. W praktyce są to szkolenia poświęcone szeroko rozumianemu zdrowiu oraz profilaktyce chorób cywilizacyjnych.

Na podstawie tych doświadczeń stawiam tezę, która dla niektórych może brzmieć kontrowersyjnie, ale dla mnie jest oczywista: polska szkoła bywa dziś środowiskiem sprzyjającym otyłości. Zbyt często nie buduje kultury zdrowia, lecz utrwala kulturę otyłości.

Dlaczego?

Po pierwsze, sklepiki szkolne. W wielu szkołach nadal funkcjonują miejsca, w których sprzedawane są niezdrowe produkty. Mimo wprowadzenia w 2016 r. tzw. rozporządzenia sklepikowego regulującego asortyment, pozostawiono furtkę w postaci kategorii „inne produkty”. W praktyce oznacza to chipsy, słodycze, fast foody i inne produkty, których dzieci powinny unikać. Mamy więc do czynienia z pewnym paradoksem, a nawet hipokryzją: na lekcjach uczymy dzieci zdrowego stylu życia, a jednocześnie pozwalamy im kupować niezdrową żywność na terenie szkoły. Dyrektorzy szkół mówią wprost, że gdyby zakazano sprzedaży takich produktów, sklepiki przestałyby istnieć, ponieważ byłyby nierentowne. To pokazuje, że systemowo godzimy się na kompromis kosztem zdrowia dzieci.

Po drugie, aktywność fizyczna. Obecnie nawet 90 proc. dzieci ma bardzo niską sprawność fizyczną. Raporty pokazują, że aż 94 proc. uczniów szkół podstawowych nie posiada podstawowych kompetencji ruchowych, czyli tzw. alfabetyzmu ruchowego. Zadajmy sobie pytanie: czy dziecko, które nie potrafi wykonać prostego działania matematycznego, przechodzi do następnej klasy? Oczywiście nie. Natomiast dziecko, które nie potrafi wykonać prostego ćwiczenia fizycznego, np. przeskoczyć przez skakankę czy złapać piłki, bez problemu przechodzi dalej. To pokazuje, jak nisko w naszej hierarchii znajduje się dziś sprawność fizyczna.

Po trzecie, codzienne praktyki szkolne. Wycieczki szkolne bardzo często kończą się wizytami w restauracjach typu fast food. Często tłumaczy się to tym, że dla dzieci z mniejszych miejscowości jest to pewnego rodzaju atrakcja i element wyjazdu. W rzeczywistości jednak problem ten dotyczy wszystkich szkół, niezależnie od miejsca. W ten sposób nieświadomie utrwalamy niezdrowe wzorce żywieniowe i normalizujemy sięganie po wysokoprzetworzoną żywność jako formę nagrody czy sposobu spędzania czasu.

Po czwarte, system opieki zdrowotnej w szkołach. Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z 2019 r. przypisała ważną rolę pielęgniarkom szkolnym w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Problem polega jednak na tym, że pielęgniarek szkolnych po prostu brakuje. W małych szkołach są obecne zaledwie kilka godzin tygodniowo, a są też placówki, w których nie ma ich wcale. W takiej sytuacji trudno mówić o realnej opiece czy skutecznej profilaktyce. Tymczasem szkoła powinna realizować trzy podstawowe funkcje: dydaktyczną, wychowawczą i opiekuńczą. W obszarze zdrowia ta funkcja opiekuńcza jest dziś zdecydowanie niewystarczająca.

Dlatego uważam, że szkoła jest kluczową instytucją w budowaniu kultury zdrowia i to właśnie na nią możemy realnie oddziaływać. Sama edukacja zdrowotna, choć bardzo potrzebna, nie wystarczy. Dzieci wiedzą, co jest zdrowe. Problem polega na tym, że nie dokonują właściwych wyborów, ponieważ nie mają odpowiednich kompetencji i nie funkcjonują w środowisku wspierającym zdrowe decyzje. Wiemy również, że nasze zdrowie w ogromnym stopniu zależy od nawyków, a te powinny być kształtowane zarówno przez rodzinę, jak i szkołę.

Powiem to z pełną odpowiedzialnością: nie wierzę w skuteczność działań opartych wyłącznie na oddziaływaniu rodziców. Wielu z nich po prostu nie posiada kompetencji, które mogliby przekazać swoim dzieciom. Wciąż jednak wierzę w szkołę.

Apeluję do Państwa, jako ekspertów i decydentów, o podjęcie realnych działań systemowych, które zobowiążą szkołę do budowania kultury zdrowia, a nie utrwalania kultury otyłości.



Ewa Godlewska

prezes zarządu Fundacji na rzecz Leczenia Otyłości

Nie możemy zakładać, że rodzice samodzielnie rozwiążą problem nadwagi i otyłości u dzieci. Dane są jednoznaczne: ok. 40 proc. rodziców dzieci z nadwagą lub otyłością nie dostrzega tego problemu u swoich dzieci. Jedynie połowa rodziców zna podstawowe zalecenia dotyczące zdrowego żywienia, a blisko 38 proc. błędnie uważa, że dziecko „wyrośnie” z otyłości.

Tymczasem żyjemy w rzeczywistości, w której ogromny wpływ na dzieci mają reklamy i działania marketingowe kształtujące ich codzienne wybory żywieniowe. Niestety, jako państwo nadal nie podejmujemy w tym obszarze wystarczających działań. Warto przypomnieć choćby jeden przykład: już 5-minutowa ekspozycja na reklamy żywności wśród dzieci w wieku 7–15 lat powoduje średni wzrost spożycia o ok. 30 kcal dziennie. To dane prezentowane podczas międzynarodowych kongresów poświęconych problemowi otyłości.

Dlatego edukacja jest oczywiście absolutnie konieczna i w pełni się z tym zgadzam. Jednak sama edukacja nie wystarczy. Bez działań systemowych i odpowiednich regulacji nie zmienimy rzeczywistości, w której dzieci są codziennie otoczone reklamami i promocjami niezdrowej żywności. Inne państwa już to zrozumiały. Włochy, Norwegia czy Australia wprowadzają konkretne rozwiązania ograniczające wpływ niezdrowej żywności na dzieci. My wciąż czekamy i trudno powiedzieć, na co. W Fundacji na rzecz Leczenia Otyłości uruchomiliśmy infolinię dla pacjentów oraz rodziców dzieci chorujących na otyłość. Najczęściej słyszymy dwa pytania: „Co mamy zrobić?” oraz „Gdzie możemy uzyskać pomoc?”. Dzwonią do nas osoby świadome choroby, zarówno swojej, jak i swoich dzieci. Mówią: „Mieszkam w takim i takim miejscu, gdzie mogę się leczyć?”. I bardzo często nie mamy im co odpowiedzieć.

To są dramatyczne historie. Jedna z nich dotyczy 11-letniej dziewczynki po udarze, która przez lata pozostawała

pod opieką różnych specjalistów, ale nikt nie leczył jej otyłości jako choroby przewlekłej. Musimy się obudzić. Regulacje i profilaktyka są niezbędne, ale równocześnie w Polsce żyją miliony osób wymagających pomocy tu i teraz. Tymczasem nadal nie istnieje spójna ścieżka pacjenta. Nie ma systemu, do którego można skutecznie skierować chorego na otyłość. Pacjenci odbijają się od kolejnych drzwi i często słyszą jedynie: „Proszę mniej jeść”. To jest leczenie.

W praktyce wielu pacjentów jest dziś odsyłanych do prywatnych ośrodków. Oczywiście pojawiają się pierwsze pozytywne przykłady, jak placówki w Szczecinie czy Gdańsku, ale nadal są to wyjątki dostępne dla niewielkiej grupy chorych. Dlatego musimy działać równolegle: z jednej strony systemowo, poprzez regulacje i korzystanie z doświadczeń innych krajów, a z drugiej strony pilnie stworzyć realne narzędzia leczenia – spójną ścieżkę pacjenta oraz dostęp do refundowanej opieki dla osób chorujących na otyłość. Dziś system działa w taki sposób, że pacjent często musi najpierw ciężko zachorować, aby otrzymać pomoc. Jeśli nie rozwinie się cukrzyca, jeśli nie dojdzie do zawału czy innych poważnych powikłań, system pozostaje bierny. A przecież rozmawiamy o ekonomii zdrowia i znaczeniu wczesnej interwencji. Tymczasem wydajemy ok. 40 mld zł rocznie na leczenie powikłań otyłości i nadal nie rozwiązujemy problemu u jego źródła.

Woda jest fundamentem zdrowia i odporności społeczeństwa. To strategiczny zasób wspierający profilaktykę chorób cywilizacyjnych, w tym otyłości, i powinien być napojem pierwszego wyboru. Dlatego warto zadać proste pytanie: kiedy w Polsce VAT na wodę zostanie obniżony z 23 do 5 proc.? Jak długo jeszcze zdrowszy wybór będzie obciążony wyższym podatkiem niż niektóre napoje niekorzystne dla zdrowia? Żyjemy w rzeczywistości pełnej takich paradoksów, które mają realny wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo społeczne. Czas to zmienić.

Jan Karsznicki

adwokat, specjalista ds. legislacyjnych,
Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Odnosząc się do kwestii tzw. rozporządzenia sklepikowego, należy stwierdzić, że szkoła w obecnym kształcie częściej sprzyja nieprawidłowym wzorcom żywieniowym, niż ich pozytywnemu kształtowaniu. Samo wprowadzenie tego rozporządzenia w 2016 r. należy oczywiście ocenić pozytywnie, bo był to krok we właściwym kierunku⁴. To, że państwo zaczęło podejmować działania w tym obszarze, jest godne uznania. Natomiast problem polega na szczegółach, a konkretnie na konstrukcji przepisów. Dotychczas, oprócz jasno określonych kategorii produktów dopuszczonych do sprzedaży w szkołach, funkcjonowała również kategoria tzw. produktów innych. W praktyce oznaczało to, że można było sprzedawać produkty niespełniające podstawowych kryteriów zdrowotnych, o ile mieściły się w określonych limitach zawartości wybranych składników. Rynek bardzo szybko się do tego dostosował. Przemysł spożywczy wykorzystał te regulacje, modyfikując składy produktów w taki sposób, aby formalnie spełniały wymogi, a jednocześnie nadal były atrakcyjne smakowo, a poprzez to uzależniające młodych konsumentów. Od września 2026 r. kategoria „inne” ma zostać wykreślona – i to jest krok w dobrym kierunku⁵. Nie oznacza to, że problem znika. Wciąż obowiązuje

przepis dopuszczający sprzedaż tzw. innych napojów bez dodatku cukru i substancji słodzących, zgodnie z definicją wynikającą z prawa unijnego. Tutaj pojawia się zasadniczy problem interpretacyjny. Zgodnie z tymi przepisami „brak dodatku cukru” oznacza brak dodanych mono- i disacharydów lub składników użytych ze względu na ich właściwości słodzące. W praktyce jednak producenci dodają do napojów np. koncentraty soków owocowych, często najtańszych, które pełnią funkcję słodzącą, ale formalnie są deklarowane jako składnik odpowiadający za smak czy aromat. W efekcie powstaje produkt, który zawiera znaczące ilości cukru (np. 5 g na 100 ml), może być oznaczony jako „bez dodatku cukru” i jest postrzegany przez dziecko i jego rodziców jako produkt zdrowszy. Dziecko, widząc taki komunikat, naturalnie uznaje, że wybiera lepiej, tym bardziej że produkt jest dostępny w szkole, a więc w przestrzeni, która powinna gwarantować bezpieczeństwo zdrowotne. To prowadzi do utrwalania nieprawidłowych nawyków. Dziecko przyzwyczaja się do słodkiego smaku, wybiera takie napoje zamiast wody, a ten schemat przenosi się również poza szkołę. Co istotne – dzieje się to nawet przy zaangażowanych i świadomych rodzicach. Dlatego uważam, że mamy

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160001154>

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2026 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20260000197>



do czynienia z pewną systemową niespójnością. Z jednej strony eliminujemy oczywiście niezdrowe produkty, z drugiej – pozostawiamy furtki prawne, które pozwalają wprowadzać na rynek ich funkcjonalne odpowiedniki.

W nowelizacji rozporządzenia podpisanej niedawno przez ministra zdrowia nadal pozostawiono tę kategorię napojów. A przecież mamy dostępne alternatywy: wodę, soki 100%, przeciera, musy czy koktajle. W mojej ocenie nie ma uzasadnienia z punktu widzenia zdrowia publicznego, aby utrzymywać przepisy, które de facto wspierają sprzedaż produktów o wątpliwej wartości odżywczej. Trudno nie odnieść wrażenia, że chodzi tu raczej o interes gospodarczy niż prozdrowotny. Warto też zauważyć, że funkcjonują dziś całe łańcuchy dystrybucji, które oferują produkty specjalnie „dostosowane” do sprzedaży w szkołach – często o składzie bardzo zbliżonym do tych, które są formalnie zakazane. Dlatego obok zmian legislacyjnych potrzebna jest również presja społeczna, bo to właśnie ona doprowadziła do usunięcia kategorii „inne”. Być może powinniśmy ją dziś skierować na kolejne obszary regulacyjne, które wymagają doprecyzowania – tak, aby system rzeczywiście wspierał zdrowie dzieci, a nie tworzył jedynie jego pozory.

Bardzo ważną jest polityka fiskalna państwa w aspekcie promowania zdrowia i zdrowej żywności, szczególnie wśród dzieci i młodzieży. VAT na żywność to podatek od wartości dodanej, który nakładany jest na sprzedaż produktów spożywczych w Polsce. Zgodnie z przepisami Unii Europejskiej kraje członkowskie mają możliwość ustalania własnych stawek VAT na różne kategorie produktów. W Polsce produkty spożywcze są objęte niższymi stawkami VAT w celu wspierania konsumentów, zwłaszcza w przypadku podstawowych artykułów spożywczych. Temat podatku VAT na żywność w Polsce nabiera szczególnego znaczenia szczególnie w kontekście zmian wprowadzonych w poprzednich latach. Zdecydowana większość produktów spożywczych w Polsce była objęta stawką 0 proc. VAT przez pewien czas, jednak zmiany w stawkach VAT na żywność w latach 2024 i 2025 oznaczają powroty i dostosowanie przepisów

w zależności od kategorii produktów. 5-proc. VAT obowiązuje na podstawowe produkty spożywcze, takie jak warzywa, owoce i nabiał (mleko, sery, jogurty) oraz napoje słodzone zagęszczonym sokiem owocowym stanowiącym co najmniej 20 proc. jego składu surowcowego. 8-proc. VAT dotyczy przetworzonego mięsa i wędlin, pieczywa i wyrobów cukierniczych oraz gotowych dań i przekąsek. 23-proc. VAT jest naliczany na piwo i wino, napoje słodzone (z wyłączeniem napojów zawierających min. 20 proc. soku naturalnego), produkty luksusowe (czekoladki, kawior) oraz wodę butelkowaną.

Opodatkowanie wody butelkowanej na poziomie 23 proc. VAT zdecydowanie nie jest działaniem prozdrowotnym i wymaga natychmiastowych zmian w kierunku obniżenia stawki do 5 proc. VAT.

Anna Gołębicka

DBA, ekonomistka, strategka komunikacji i zarządzania

Kiedy patrzę na tytuł naszej debaty – „Ekonomia zdrowia publicznego. Jak zatrzymać spiralę otyłości i cukrzycy?” – mam poczucie, że jestem prawdopodobnie pierwszą osobą zabierającą głos przede wszystkim z perspektywy ekonomicznej i strategicznej. Mówię „prawdopodobnie”, ponieważ nie znam wykształcenia wszystkich Państwa, ale zdecydowanie dominują dziś głosy kliniczne.

Zajmuję się strategią, zarządzaniem i komunikacją. Moją rolą jest dochodzenie do źródeł problemów i szukanie rozwiązań przyczynowych, a nie wyłącznie reagowanie na skutki. Słuchając tej dyskusji, mam jednak wrażenie, że połączyliśmy bardzo wiele różnych wątków: profilaktykę z leczeniem, działania systemowe z indywidualnymi, edukację z terapią. Dla osoby patrzącej z zewnątrz może to tworzyć pewien chaos, podczas gdy są to różne poziomy tego samego problemu.

Nie mam np. pewności, czy proponowanie aktywności fizycznej, choć oczywiście słuszne, jest jedynym i właściwym komunikatem wobec osoby już chorej, zmagającej się z poważnymi ograniczeniami zdrowotnymi i potrzebującymi szerszego medycznego wsparcia. Z drugiej strony obserwujemy osoby zdrowe, które sięgają po leki przeciw otyłości wyłącznie z powodów estetycznych. To pokazuje, że nasze działania i komunikaty nie są dziś wystarczająco uporządkowane.

Jak na debatę dotyczącą ekonomii zdrowia publicznego zabrakło mi także twardych danych: analiz kosztów, skutków ekonomicznych i długofalowych konsekwencji społecznych. To właśnie na takich danych powinny opierać się decyzje systemowe. Pozwolę sobie na prostą analogię. Dziś rano rozmawiałam o cenach paliw i pytaniu, czy obniżenie podatków rozwiąże globalny problem drogich paliw. Jest to rozwiązanie doraźne, skuteczne „tu i teraz”, ale rozwiązujący problemu dostępności i wynikającej z niego wysokiej ceny. Po kryzysie paliwowym lat 70. świat nie wyszedł z problemu dzięki tańszemu paliwu, lecz dzięki zmianie technologii i struktury energetycznej.

Mam wrażenie, że dziś jesteśmy w podobnym miejscu. Koncentrujemy się na działaniach bieżących: leczeniu, profilaktyce i edukacji, ale wciąż nie budujemy jednego, trwałego rozwiązania systemowego linkującego te wszystkie elementy. Tymczasem mierzymy się z dwoma ogromnymi wyzwaniem współczesnych społeczeństw rozwiniętych: epidemią otyłości oraz rosnącą biernością społeczną. I tutaj dochodzę do sedna. Przez lata budowaliśmy model społeczny oparty na przekonaniu, że ktoś rozwiąże problemy za obywatela: państwo, system lub instytucja. Tymczasem bez współodpowiedzialności jednostki nie uda się zatrzymać tego kryzysu.



Edukacja zdrowotna jest niezwykle ważna, ale sama wiedza nie wystarczy. Między świadomością a realną zmianą zachowań istnieje ogromna luka. Możemy mówić o zdrowym stylu życia, ale jeśli nie stworzymy mechanizmów i warunków, które będą wspierały ludzi w podejmowaniu właściwych decyzji, niewiele się zmieni.

Dlatego tak istotna jest koordynacja działań. Potrzebujemy jednej, spójnej strategii, w której każdy – ekspert, lekarz, edukator czy decydent i pacjent – realizuje konkretną część większego planu. Bez wspólnego kierunku nawet najlepsze inicjatywy mogą się wzajemnie osłabiać.

Znajdujemy się dziś w szczególnym momencie, również ekonomicznym i społecznym. To czas, w którym musimy odbudowywać poczucie odpowiedzialności i solidarności społecznej. Powinniśmy jasno komunikować, że zdrowie nie jest wyłącznie zadaniem systemu ochrony zdrowia, ale także odpowiedzialnością każdego z nas. Konsekwencje zaniedbań, zarówno indywidualnych, jak i systemowych, będą bowiem coraz bardziej odczuwalne społecznie i ekonomicznie.

Wracając do ekonomii zdrowia publicznego: wszystkie te działania muszą być policzone, uporządkowane i wpisane w jeden spójny model. Dopiero wtedy będziemy mogli mówić o skutecznej strategii państwa. Dziś widzę wiele bardzo wartościowych inicjatyw i dobrych intencji, ale bez wspólnego kierunku trudno będzie przełożyć je na trwałą zmianę. To właśnie jest moje spojrzenie: ekonomiczne i strategiczne.

Nawet najlepsze działania operacyjne nie zawsze prowadzą do trwałych rozwiązań, jeśli nie są częścią długofalowego planu.

Wnioski

- 1 Otyłość i cukrzyca są jednym z kluczowych wyzwań dla zdrowia publicznego w Polsce.
- 2 Dieta i nawyki żywieniowe mają fundamentalny wpływ na zdrowie populacji.
- 3 Zdrowie dzieci i młodzieży wymaga edukacji zdrowotnej i profilaktyki od najmłodszych lat, szczególnie w zakresie rosnącej skali nadwagi i otyłości.
- 4 Rola szkoły i rodziny w kształtowaniu nawyków żywieniowych jest fundamentalna.
- 5 Dostęp do wody jako podstawowego napoju powinien być prawem obywatela – zarówno w zakresie wody pitnej, jak i wody butelkowanej.
- 6 Regulacje rynkowe, w tym obciążenia podatkowe żywności, wpływają w znaczący sposób na wybory konsumenckie.
- 7 W zakresie promocji i dostępu do zdrowej żywności i napojów kluczowa jest współpraca międzyresortowa.



Rekomendacje

- 1 Rekomendowane jest nadanie priorytetu działań w zakresie edukacji, profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości oraz cukrzycy w Polsce.
- 2 Rekomendowane są kompleksowe działania w zakresie informacji i promocji zdrowej żywności, napojów i nawyków żywieniowych w Polsce.
- 3 Rekomendowana jest obowiązkowa edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży od przedszkola po szkołę średnie wraz z regulacjami w zakresie dostępu do zdrowej żywności w placówkach oświatowych.
- 4 Rekomendowane jest zabezpieczenie dostępu do wody jako podstawowego napoju, zarówno w zakresie wody pitnej, jak i wody butelkowanej poprzez regulacje podatkowe i logistyczne.
- 5 Rekomendowana jest współpraca międzyresortowa w zakresie promocji zdrowej żywności i napojów, z cyklicznym pomiarem kluczowych wskaźników.
- 6 Rekomendowana jest aktywna rola państwa jako regulatora w zakresie zapobiegania reklamie i nieuczciwym praktykom marketingowym w zakresie promocji niezdrowej żywności na wzór rozwiązań dotyczących reklamy alkoholu.

Program leczenia otyłości (PLO)

W Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” od kwietnia 2021 r. realizowany jest **program IPCZD-PLO**, stanowiący wielospecjalistyczny program leczenia otyłości.

Program przeznaczony jest dla dzieci i młodzieży od 10. roku życia z nadwagą lub otyłością. Szczególną opieką obejmowani są pacjenci z najbardziej zaawansowanymi postaciami choroby otyłościowej, którzy stanowią większość leczonych pacjentów.

W ciągu 5 lat funkcjonowania programu IPCZD-PLO w Instytucie skonsultowano ponad 2 tys. pacjentów, a ponad tysiąc dzieci ukończyło pełny, zaplanowany cykl terapeutyczny.

IPCZD-PLO jest kompleksowym programem umożliwiającym szeroką diagnostykę powikłań choroby otyłościowej oraz zapewniającym pełne spektrum leczenia – od postępowania zachowawczego po leczenie zabiegowe. Pacjenci mają również dostęp do stałej opieki psychologicznej, a w przypadku indywidualnych potrzeb także do konsultacji psychiatrycznych.

Stać opieką w ramach programu obejmuje lekarza diabetologa, dietetyka, psychologa, fizjoterapeutę, specjalistę antropometrii oraz pielęgniarkę. Pacjenci pozostają także pod opieką lekarzy różnych specjalności zaangażowanych w diagnostykę i leczenie powikłań otyłości.

Dotychczasowe analizy skuteczności programu wskazują, że ponad 50 proc. pacjentów odnosi realne korzyści zdrowotne, rozumiane jako redukcja masy ciała i/lub poprawa istotnych parametrów klinicznych, metabolicznych oraz narządowych ocenianych w programie. Aktualne analizy pokazują, że 36 proc. pacjentów uzyskuje redukcję wyjściowej masy ciała o co najmniej 5 proc., natomiast ok. 10 proc. osiąga redukcję przekraczającą 10 proc. masy początkowej.

Efekty leczenia mają charakter indywidualny i zależą m.in. od współpracy pacjenta, zaangażowania rodziny oraz wsparcia środowiska domowego.



Bibliografia

- Instytut Rozwoju Spraw Społecznych.
Dostępne: <https://irss.org.pl/>
- Program Leczenia Otyłości „IPCZD-PLO”. Centrum Zdrowia Dziecka
<https://www.czd.pl/strony/dzialalnosc-kliniczna/program-leczenia-otylosci>
- Aplikacja ANTEK do monitorowania rozwoju dziecka. Centrum Zdrowia Dziecka
<https://www.czd.pl/aktualnosci/aplikacja-antek-do-monitorowania-rozwoju-dziecka>
- Podatek progresywny i proporcjonalny. Doktrynalne przesłanki, praktyczne konsekwencje. Robert Gwiazdowski. 2007
<https://www.bankowa.pl/wiecej.php?id=po-356>
- Otyłość. Skala zjawiska i konsekwencje. Założenia do planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce. 2024
<https://stop-otylosci.pl/#o-parnterstwie>
- Program Certyfikacji Lekarzy i Ośrodków w ramach PTLO
<https://ptlo.org.pl/>
- Kompleksowy program edukacyjny realizowany dla Wrocławskiej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie.
<https://polskiedzieci.org/projekty/zdrowa-misja/>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160001154>
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2026 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20260000197>



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**

Fundacja Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Adres siedziby:

ul. Woronicza 31/254, 02-640 Warszawa

www.irss.org.pl