

Dietetyk na rynku usług medycznych w Polsce i wybranych krajach

Marcelina Walczak¹, Grażyna Krasowska-Walczak²

¹ Zakład Biologii Chorób Cywilizacyjnych, Wydział Lekarski II, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

² Instytut Finansów i Bankowości, Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań

Adres do korespondencji: Marcelina Walczak, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu im. Karola Marcinkowskiego, Zakład Biologii Chorób Cywilizacyjnych, Wydział Lekarski II, ul. Świącickiego 6, 60-781 Poznań, Collegium Anatomicum, marcelina.walczak@poczta.onet.pl

Abstract

Dietitian on the medical services market in Poland and other selected countries

The aim of the article is to analyse and evaluate the importance of the profession of dietetics in the Polish health care system. Reason for taking research is the global obesity epidemic and the dysfunctionality of the existing system regulation of the profession dietitian in Poland compared with other countries. The existing system of legal and organizational solutions are a major barrier to access by persons with diet-related diseases to necessary medical services or completely prevent you from using them. They cause a lot of other negative health, social and economic effect. Analysis were activities of individual entities that create market for dietary services taking into account the most important public health problems and directions of contemporary health policy. The summary contains the postulate of organizational and functional restructuring of the health care system, involving the inclusion of nutritionists to the system in a wider range. The postulate is part of a recommended modern model of comprehensive health care. Its goal is not only to extend the scope of health services, the reorganization and rationalization of human resources available to the sector, but also to improve the quality, effectiveness and efficiency of the system and increase satisfaction recipients and providers.

Key words: dietitian, public health, diet related diseases, epidemic of obesity, health policy

Słowa kluczowe: dietetyk, zdrowie publiczne, choroby dietozależne, epidemia otyłości, polityka zdrowotna

Wprowadzenie

Problematyka artykułu dotyczy systemowych uwarunkowań wykonywania zawodu dietetyka w Polsce i wybranych krajach. Celem opracowania jest analiza i ocena znaczenia zawodu dietetyka, z uwzględnieniem obserwowanych w ostatnich latach zmian na rynku usług medycznych. Przesłanką podjęcia problematyki badawczej jest – z jednej strony – światowa epidemia otyłości, z drugiej zaś – istotne mankamenty istniejącego systemu regulacji wykonywania zawodu dietetyka w Polsce w porównaniu z innymi krajami. Z punktu widzenia osób dotkniętych otyłością i innymi chorobami dietozależnymi zmiany rozpoczęte w ochronie zdrowia po 1989 roku nie przynoszą w pełni zadowalających rezultatów. Systemowe rozwiązania przyjęte dla zawodu dietetyka są w Polsce poważną barierą ograniczającą dostęp osób z choro-

bami dietozależnymi do niezbędnych usług medycznych lub całkowicie uniemożliwiająca korzystanie z nich.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization – WHO) nadwaga i otyłość stanowią ważny problem zdrowotny, ekonomiczny i społeczny. Corocznie około 3,4 mln osób dorosłych umiera na choroby dietozależne powodowane nadwagą lub otyłością. Ponad 1,4 mld osób dorosłych ma nadwagę, a co najmniej 10% światowej populacji należy do osób otyłych. Badania populacyjne pokazują, że otyłość dotyczy 20% Polaków. W przypadku dzieci mówi się o światowej epidemii otyłości, która dotyka wszystkie kraje, zarówno gospodarczo rozwinięte, jak i rozwijające się, a szczególnie duże miasta. Otyłość i nadwaga bez pomocy specjalisty dietetyka są trudne do samodzielnego zwalczania. Nie ma też skutecznego leku powodującego trwałą redukcję masy ciała. Specjalistyczna pomoc diete-

tyczna uważana jest też za nieodzowną w leczeniu wielu chorób dietozależnych: cukrzyca, osteoporozy, nowotworów, alergii, chorób układu sercowo-naczyniowego.

Właściwe umiejscowienie zawodu dietetyka w systemie ochrony zdrowia jest jednym z elementów potrzebnej funkcjonalnej i organizacyjnej restrukturyzacji ochrony zdrowia. Proces zmian powinien uwzględniać znaczenie prawidłowego odżywiania w systemie kompleksowej opieki zdrowotnej i obejmować rozszerzenie zakresu powszechnie dostępnych usług zdrowotnych o usługi świadczone przez dietetyków. Wiąże się to m.in. z koniecznością reorganizacji i racjonalizacji wykorzystania zasobów ludzkich dostępnych w systemie ochrony zdrowia, co będzie sprzyjało poprawie jakości świadczonych usług zdrowotnych oraz skuteczności i efektywności systemu. Zwiększy także satysfakcję odbiorców i dostawców usług.

W celu weryfikacji hipotezy badawczej, mówiącej o tym, że prawne regulacje wykonywania zawodu dietetyka oraz inne uwarunkowania systemowe w Polsce wymagają zmian lub działań dostosowawczych w dążeniu do poprawy funkcjonowania rynku usług medycznych, wykorzystano metody analizy:

- literatury przedmiotu – krajowej i zagranicznej;
- raportów organizacji międzynarodowych;
- aktów prawnych;
- orzecznictwa sądowego;
- regulacji wewnętrznych organizacji zawodowych zrzeszających dietetyków;
- danych pochodzących ze statystyki publicznej.

Celem zastosowanych metod badawczych było wskazanie najważniejszych problemów związanych z funkcjonowaniem rynku usług dietetyków, jak również kierunków pożądanych zmian w tym zakresie. Wykorzystane metody pozwoliły zidentyfikować liczne problemy terapeutyczne, ekonomiczne, prawne i społeczne w opiece dietetyka nad pacjentem, służącej podnoszeniu jakości jego życia. Poza analizą funkcji i zadań dietetyków jako pracowników systemu ochrony zdrowia w terapii wielu chorób dietozależnych zaprezentowane dane statystyczne umożliwiły identyfikację istoty zagrożeń zawodowych analizowanej grupy pracowników medycznych oraz jej rolę w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Wykorzystanie w artykule analizy funkcjonalnej i systemowej pozwoliło na wszechstronne i dynamiczne ujęcie problemu badawczego. Analizie poddano działalność poszczególnych podmiotów kreujących rynek usług dietetycznych, z uwzględnieniem najistotniejszych problemów zdrowia publicznego i kierunków współczesnej polityki zdrowotnej.

1. Zdrowie a zawód dietetyka

W świetle międzynarodowych ustaleń i bogatej literatury przedmiotu zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka i bogactwem (zasobem) społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój [1]. WHO definiuje zdrowie jako „stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności” [2]. Według Narodowego Programu

Zdrowia przyjętego dla Polski na lata 2007–2015 zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników, wśród których cztery podstawowe obejmują: styl życia (około 50% udział w kształtowaniu zdrowia), środowisko fizyczne i społeczne życia, pracy, nauki (około 20%), czynniki genetyczne (około 20%), działania ochrony zdrowia (około 10%) [3]. W dokumencie wskazującym główne kierunki polityki zdrowotnej podkreślono rosnące zagrożenie przewlekłymi chorobami niezakaźnymi, a ich prewencję uznano za wyzwanie dla zdrowia publicznego, wymagające zaangażowania różnych podmiotów w promocję zdrowej diety i aktywności fizycznej. Funkcje i zadania dietetyków w realizacji polityki zdrowotnej nie zostały w dokumencie uwzględnione [3]. Tymczasem w społeczeństwie postindustrialnym ochrona zdrowia wiąże się przede wszystkim z problemem zdrowia publicznego i jest przedmiotem wyborów w ramach prowadzonej polityki zdrowotnej oraz ujęcia tych decyzji w systemie obowiązujących regulacji prawnych. Przepisami prawa uregulowane są m.in. warunki świadczenia usług medycznych i wykonywania zawodów medycznych, do których zaliczany jest zawód dietetyka. Usługi świadczone przez dietetyków, co potwierdzają doświadczenia innych krajów, stają się jednym z podstawowych elementów współczesnych systemów ochrony zdrowia, a w konsekwencji wyznacznikiem wzrostu gospodarczego i konkurencyjności na rynku światowym. Pominięcie w polityce zdrowotnej i właściwych regulacjach prawnych zawodu dietetyka prowadzi do braku optymalizacji w systemie ochrony zdrowia. Zawód dietetyka wykazuje ścisłą koincydencję zarówno z szeroko traktowanym terminem „zdrowie”, który pozostaje w zgodności z istotą zdrowia publicznego, jak i z wąskim rozumieniem tego terminu. W szerokim ujęciu zdrowie publiczne jest działalnością mającą na celu rozwiązywanie problemów zdrowotnych oraz społecznych. Praca dietetyków sprowadza się przede wszystkim do wyznaczania kierunków zmian niezbędnych do poprawy sytuacji zdrowotnej, a także określania i wyboru ogólnych oraz szczegółowych sposobów postępowania zarówno ludzi chorych, jak i zdrowych. W konsekwencji są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz liczne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania, określane jako usługi medyczne [4]. Usługi te powinny być świadczone wyłącznie przez przedstawicieli zawodów medycznych, legitymujących się odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem zawodowym. Właściwie zorganizowany zawód dietetyka może w istotny sposób przyczynić się do poprawy zdrowia publicznego oraz stanu zdrowia poszczególnych osób.

Polityka zdrowotna jest współcześnie realizowana zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Największe znaczenie na poziomie międzynarodowym mają działania podejmowane przez Organizację Narodów Zjednoczonych i funkcjonującą w jej strukturach WHO. Są to przede wszystkim liczne publikacje i dane statystyczne na temat stanu zdrowia, ułatwiające diagnozowanie sytuacji zdrowotnej oraz podejmowanie racjonal-

nych wyborów przy konstruowaniu krajowych systemów ochrony zdrowia. W Europie istotną rolę w tym zakresie, zwłaszcza w obszarze prawa wspólnotowego, odgrywa Unia Europejska oraz, w mniejszym stopniu, Rada Europy. W dokumentach międzynarodowych zdrowie definiowane jest dwojako – jako konstrukcja obejmująca pewien stan i zbiór cech (struktura i funkcja) oraz jako proces, który prowadzi do osiągnięcia tego stanu (organizacja zdrowia). W koncepcji zdrowia publicznego zdrowie poddawane jest analizom na poziomie społeczności lub populacji. Wykładnikami zdrowia jako konstrukcji są: dobrostan, prawo człowieka, zasób życiowy, potencjał, sprawiedliwość. Analizowane są także inne wymiary zdrowia, m.in. zdrowie jako dobro publiczne (brak rywalizacji w konsumpcji, brak możliwości wykluczenia poszczególnych osób z konsumpcji), zdrowie jako instrument gwarantujący pokój i bezpieczeństwo, zdrowie jako bogactwo kształtujące dobrobyt jednostek i grup, zdrowie jako narzędzie tworzenia wspólnotowości, także o charakterze ponadnarodowym (*global health*), obejmujące liczne uwarunkowania zdrowia o społecznym i międzynarodowym charakterze, wymagające współpracy wielu zainteresowanych stron, w tym odpowiedniej liczby wykwalifikowanych dietetyków. Główne procesy sprzyjające osiągnięciu zdrowia obejmują przede wszystkim: politykę prozdrowotną prowadzoną w trosce o zdrowie wszystkich, promocję zdrowia, międzysektorowe i wielosektorowe działania na rzecz zdrowia, ujęcie zdrowia we wszystkich politykach, rozwój zdrowia, inwestowanie w zdrowie, dyplomację zdrowotną, a także *mainstreaming* zdrowia. Coraz częściej podnoszona jest także problematyka globalizacji zdrowia [5].

W polskich przepisach prawnych – konstytucji, ustawach zwykłych i aktach wykonawczych do ustaw – prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia nie zostało jasno sprecyzowane. Niejasne są też zasady wykonywania niektórych zawodów medycznych, także zawodu dietetyka. W interpretacjach prawnych dominuje pogląd, że prawo do ochrony zdrowia powinno być rozumiane jako tzw. publiczne prawo podmiotowe, wyrażone w konstytucyjnych zapisach o zadaniach i obowiązkach władz publicznych, przede wszystkim organach państwa i organach samorządu terytorialnego, polegających na właściwym uregulowaniu spraw ochrony zdrowia w ustawach zwykłych [6]. Zgodnie z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej sformułowaną w art. 68 ust. 2–5 Konstytucji RP władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Treścią prawa do ochrony zdrowia jest możliwość korzystania przez obywateli z systemu ochrony zdrowia ukierunkowanego na zwalczanie chorób, urazów i niepełnosprawności oraz zapobieganie im [7]. Art. 68 nie wskazuje na sposób konstrukcji systemu ochrony zdrowia jako całości czy jego poszczególnych elementów. Ograniczenia swobody ustawodawcy w tym zakresie mogą wynikać z innych zasad i wartości określonych w konstytucji. Na przykład z obowiązku zapewnienia przez organy władzy rzeczywistych warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie

może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika wymaganie, aby system jako całość był efektywny. Efektywność powinno się zapewnić przez:

- stworzenie skutecznych i efektywnych mechanizmów gromadzenia i wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne;
- umożliwienie obywatelom (nie wszystkim) realnego, a nie tylko potencjalnego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych;
- udostępnienie świadczeń finansowanych ze środków publicznych na zasadzie równości, będącej rozwinięciem wyrażonej w art. 32 konstytucji koncepcji solidaryzmu społecznego [8]¹;
- zapewnienie opisanego wyżej standardu dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych przez władze publiczne; konstytucja nie określa przy tym szczegółowo sposobu realizacji tego wymogu, pozostawiając to ustawodawcy zwykłemu [9].

Analiza regulacji prawnych zawodu dietetyka w systemie ochrony zdrowia w Polsce, w tym dostępu do usług medycznych świadczonych przez dietetyków i sposobu ich finansowania, w obecnie obowiązującym kształcie budzi wątpliwości, czy system spełnia warunek efektywności.

Z prawnego punktu widzenia trzy zasady ochrony zdrowia uważa się obecnie za najważniejsze: zasadę zdrowia publicznego, ubezpieczenia zdrowotnego i zaopatrzenia zdrowotnego [10]. Zasada zdrowia publicznego postuluje zorganizowany, zbiorowy wysiłek społeczeństwa, realizowany przede wszystkim za pośrednictwem instytucji publicznych, mający na celu poprawę, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. W świetle stanowiska WHO pojęcie zdrowia publicznego odnosi się do wszystkich zorganizowanych działań publicznych lub prywatnych, mających na celu zapobieganie chorobom, promowanie zdrowia oraz przedłużanie życia społeczeństwa jako całości. Działania w zakresie zdrowia publicznego powinny zatem dotyczyć całej populacji, a nie jednostek lub poszczególnych chorób, i mieć na celu stworzenie warunków, w których ludzie mogą być zdrowi [11]. Rola dietetyków w realizacji omawianej zasady wydaje się szczególnie istotna.

Zasada zdrowia publicznego może być realizowana w ramach różnych modeli opieki zdrowotnej – ubezpieczenia lub zaopatrzenia zdrowotnego, a także w systemie mieszanym, wykorzystującym obie techniki. Od 1999 roku w Polsce nastąpiło przejście z budżetowego finansowania świadczeń zdrowotnych na model ubezpieczeniowy, z coraz większym udziałem elementów gospodarki rynkowej i komercjalizacji. Przyszłość modelu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – niespójnego pod względem zasad ochrony zdrowia i niewydolnego finansowo – nie jest pewna, szczególnie wobec realizowanej doktryny prywatyzacji i komercjalizacji ochrony zdrowia [10]. Funkcjonowanie systemu spotyka się z powszechną krytyką, a jedną z luk systemowych jest niewłaściwe usytuowanie w systemie wielu zawodów medycznych, w tym zawodu dietetyka. Przeprowadzona analiza regulacji prawnych wskazuje, że w Polsce istnieje potrzeba przygotowania Ustawy o zdrowiu publicznym,

która kompleksowo ureguluje zagadnienia zdrowia publicznego i zastąpi obecne regulacje, rozproszone w wielu aktach prawnych [12]. Ustawa o zdrowiu publicznym mogłaby stanowić dobry punkt wyjścia do niezbędnych zmian systemowych, w tym również prawidłowego umiejscowienia w systemie ochrony zdrowia zawodu dietetyka. Obecny system uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie rynku usług medycznych i realizowanie konstytucyjnie określonych zasad i zadań państwa w sferze ochrony zdrowia. Wyraźnie dyskryminuje dietetyków oraz pacjentów oczekujących z ich strony pomocy – nie tylko osoby otyłe i z nadwagą, ale także cierpiące na wiele innych chorób dietozależnych: choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzycę, osteoporozę, nowotwory, alergie, co w konsekwencji wpływa na rozwój demograficzny i cywilizacyjny.

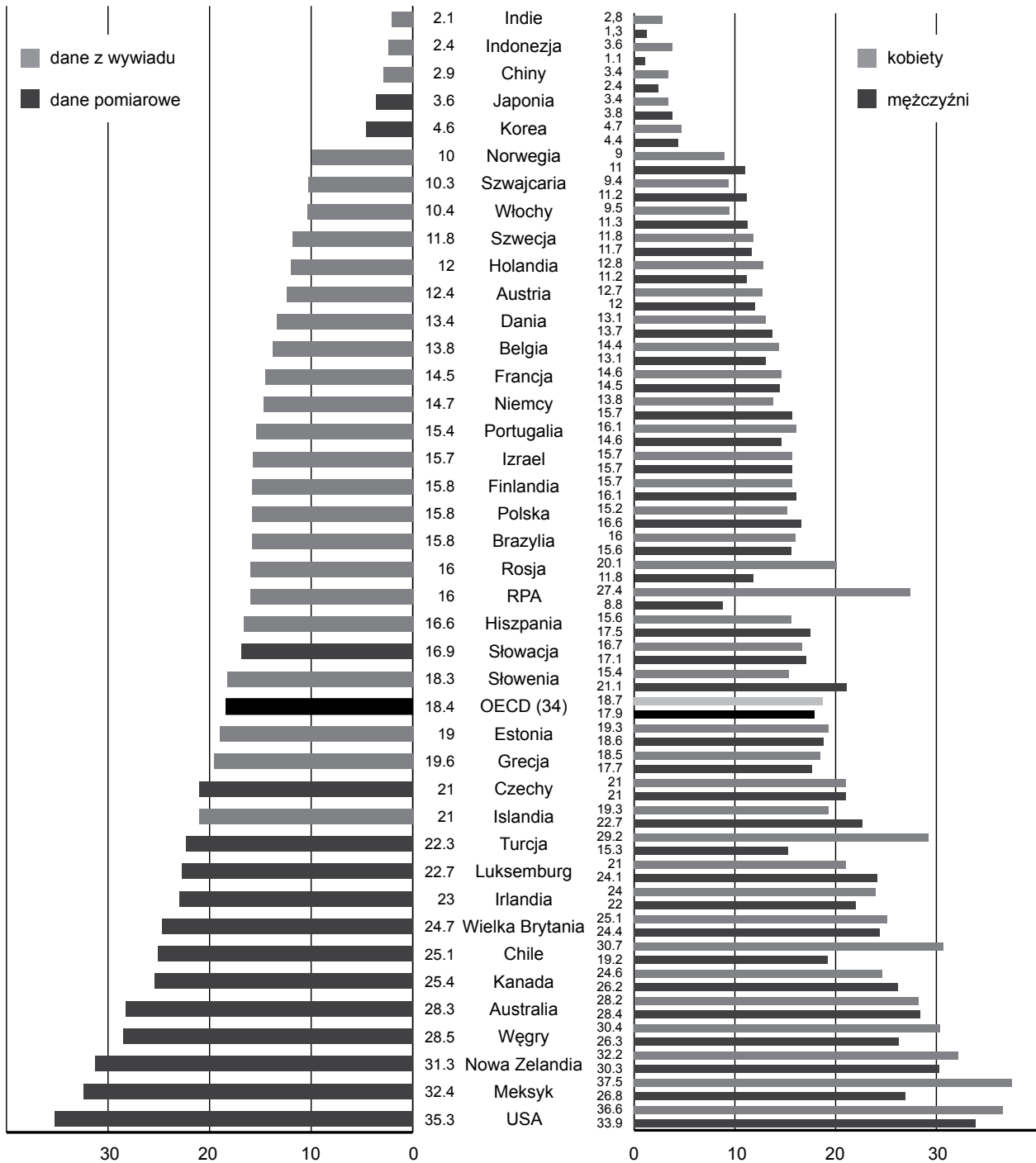
2. Światowa epidemia otyłości i inne choroby dietozależne

W opublikowanym przez WHO najnowszym raporcie *Global status report on noncommunicable diseases 2010* [13] wskazuje się na konieczność podjęcia bardziej zdecydowanych działań w odpowiedzi na rosnące zagrożenia powodowane chorobami niezakaźnymi. Objawy wielu chorób niezakaźnych rozwijają się powoli, choroby wykrywane są późno, wywołują wiele powikłań, a ich leczenie wymaga zazwyczaj kosztownej hospitalizacji. Ludzie otyli umierają o 8–10 lat wcześniej niż osoby z prawidłową masą ciała. Szacuje się, że w większości krajów z otyłością wiąże się od 1 do 3% całkowitych wydatków na zdrowie. Dlatego choroby niezakaźne uznawane są za zagrażające rozwojowi społeczno-gospodarczemu większości krajów. Z jednej strony wyłączają osoby chore z aktywności zawodowej i powodują utratę części dochodu narodowego, z drugiej zaś – spychają chorych i ich rodziny na margines ubóstwa. Konsekwencje zdrowotne, społeczne i ekonomiczne chorób niezakaźnych dotyczą przeważnie kraje o średnim i niskim PKB. Badania naukowe jednoznacznie wskazują, że większość chorób niezakaźnych można wykrywać i skutecznie leczyć, ale łatwiej jest im zapobiegać [14]. Leczenie chorób niezakaźnych wykracza obecnie poza możliwości finansowe krajów o niższych dochodach, a w razie niepodjęcia pilnych działań zapobiegawczych w krajach najbogatszych przekroczy także ich możliwości [15]. Choroby niezakaźne są główną przyczyną zgonów na całym świecie. W 2008 roku były przyczyną 36 mln zgonów spośród 57 mln zgonów ogółem². Liczbę przedwczesnych zgonów, odsetek osób chorych i wysokie koszty leczenia można zmniejszać przez ograniczanie podstawowych czynników ryzyka tych chorób, do których zalicza się: niezdrową dietę, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i brak aktywności fizycznej [16]. W dokumencie *Globalna strategia na rzecz prewencji i kontroli chorób niezakaźnych*, przygotowanym przez WHO, analizie poddaje się cztery przewlekłe choroby niezakaźne, stanowiące przyczynę około 60% zgonów na całym świecie: choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzycę i niewydolność dróg oddechowych. Wszystkim tym chorobom można skutecz-

nie zapobiegać m.in. przy aktywnym współuczestnictwie dietetyków w systemie ochrony zdrowia [17].

Otyłość jest jedną z najtrudniejszych do leczenia chorób niezakaźnych. Jest to ogólnoustrojowa przewlekła choroba metaboliczna, wynikająca z zaburzenia równowagi między poborem a wydatkowaniem energii, objawiająca się zwiększeniem tkanki tłuszczowej w organizmie. Charakteryzuje się zwiększeniem masy ciała przez wzrost ilości tkanki tłuszczowej – u mężczyzn powyżej 25%, a u kobiet powyżej 30% masy ciała [18]. WHO sytuuje otyłość wśród głównych problemów zdrowia publicznego i z powodu wzrastającego jej rozpowszechniania określa mianem globalnej epidemii. Liczba osób otyłych na całym świecie niepokojąco rośnie. W latach 1980–2008 prawie się podwoiła, a w niektórych krajach europejskich nawet potroiła. W 2008 roku ponad 1,4 mld osób powyżej 20. roku życia miało nadwagę, w tym ponad 200 mln mężczyzn i blisko 300 mln kobiet było otyłych. Oznacza to, że około 35% dorosłej populacji miało nadwagę, a 11% to osoby otyłe [19]. Według szacunków krajowych w regionie europejskim WHO w 2008 roku ponad 50% kobiet i mężczyzn miało nadwagę, a około 23% kobiet i 20% mężczyzn było otyłych. W świetle najnowszych danych w krajach Unii Europejskiej nadwaga dotyka 30–70% osób dorosłych, a otyłość występuje wśród 10–30% – w zależności od kraju. Niepokojąco rośnie także liczba niemowląt oraz dzieci otyłych i z nadwagą. Jest to obecnie poważny problem zdrowia publicznego nie tylko w krajach rozwiniętych, ale także w wielu krajach rozwijających się, zwłaszcza w środowisku miejskim. Dziecięca otyłość jest, tak jak otyłość u osób dorosłych, silnie skorelowana z czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, cukrzycy typu 2, problemami ortopedycznymi i zaburzeniami psychicznymi. Wiąże się także z niepowodzeniami w szkole i niską samooceną [20]. Choroba zwiększa ryzyko pojawienia się otyłości u osoby dorosłej, znacząco obniża jakość życia i podnosi ryzyko zaburzeń metabolicznych [21]. Ponad 30 mln dzieci z nadwagą żyje obecnie w krajach rozwijających się, a 10 mln w krajach rozwiniętych [22]. Paradoksalnie, otyłość i niedożywienie istnieją w wielu rozwijających się krajach równocześnie [23].

Epidemia otyłości stała się jednym z największych wyzwań zdrowia publicznego w XXI wieku. Skalę zjawiska oraz przekonujące argumenty na rzecz działań politycznych mających zapobiec zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym skutkom otyłości od lat prezentuje w swoich raportach Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organization for Economic Cooperation and Development – OECD). Zgodnie z danymi najnowszego raportu wskaźniki otyłości w niektórych krajach się stabilizują. Na obszarze OECD większość ludności, w tym jedno na pięć dzieci, ma nadwagę lub otyłość. W raportach zastrzega się, że istniejące dane statystyczne mogą nie w pełni odzwierciedlać zakres epidemii. Istotne jest jednak, że w ciągu minionych pięciu lat epidemia otyłości się rozprzestrzeniła. Wskaźniki otyłości dla wybranych krajów OECD prezentuje **Rysunek 1**.



Rysunek 1. Wskaźniki otyłości osób dorosłych w roku 2012 lub roku najbliższym – ludność w wieku 15 lat i powyżej. Źródło: www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf; dostęp: 15.08.2014.

Z danych wynika, że wskaźniki otyłości i nadwagi utrzymywały się na stabilnym poziomie w Anglii, Włoszech, Korei i Stanach Zjednoczonych. Wzrosły natomiast w Australii, Kanadzie, Francji, Meksyku, Hiszpanii i Szwajcarii. Obserwowaną pozytywną tendencją jest wolniejsze tempo wzrostu wskaźnika w ostatnich pięciu latach w stosunku do okresu poprzedniego [24]. W Polsce odsetek osób otyłych w 2012 roku wynosił 15,8%, przy czym wśród kobiet kształtował się na poziomie

15,2%, a wśród mężczyzn – 16,6%. Średnia dla krajów należących do OECD-34 wynosiła w tym czasie 18,4%, w tym dla kobiet – 18,7%, a dla mężczyzn – 17,19%. Badanie Pol-MONICA przeprowadzone w Polsce wykazało występowanie nadwagi i otyłości u ponad 65% kobiet i mężczyzn w średnim wieku, w tym otyłości u 30% kobiet i 20% mężczyzn. Z badań NATPOL III wynika, że na nadwagę lub otyłość cierpi 53% osób dorosłych (wśród osób powyżej 45 lat – 77%) [18]. Na rosnące znacze-

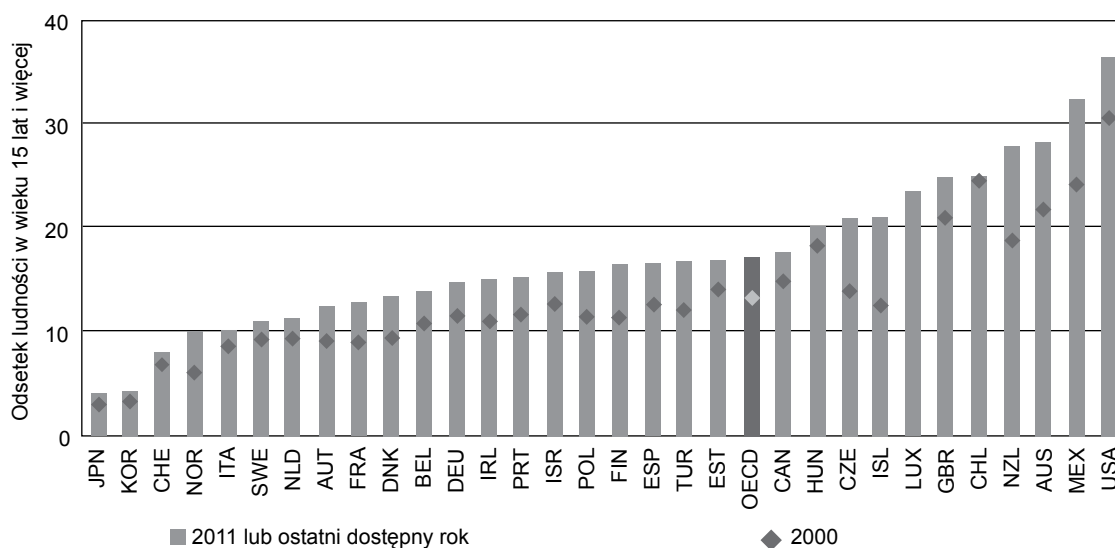
nie otyłości jako czynnika ryzyka zdrowia publicznego wskazują dane zamieszczone na **Rysunku 2**.

Otyłość zwiększa się w ostatnich latach we wszystkich grupach społecznych. Ryzyko otyłości dotyczy przede wszystkim osób o niższym statusie społecznym i niższym wykształceniu, szczególnie kobiet. Epidemii otyłości sprzyjają również utrzymujące się, a nawet pogłębiające w wielu krajach nierówności społeczne. Ze względu na dotkliwe skutki powodowane otyłością i innymi chorobami dietozależnymi WHO i Rada Europy opracowują i wdrażają programy poprawy sposobu żywienia oraz zwiększenia poziomu aktywności fizycznej³. W ślad za tymi inicjatywami coraz więcej krajów, z wykorzystaniem narodowych programów, przyjmuje i realizuje politykę mającą zapobiegać szerzeniu się otyłości.

Choć aktywny udział dietetyków w tych inicjatywach wydaje się oczywisty, to problemy związane z wykonywaniem zawodu dietetyka w Polsce w treści „Narodowego programu zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007–2011” [25] nie były poruszane. Obecnie program nie jest kontynuowany. Wydaje się, że dla skuteczności realizowanej polityki istotne jest, by była kompleksowa, spójna i konsekwentna. Zapobieganie otyłości i nadwadze wymaga zmiany postaw społecznych w wyniku kształtowania zdrowych nawyków żywieniowych w społeczeństwie. Jest to proces długotrwały, związany z systemowymi działaniami na wielu poziomach. Podstawą zapobiegania skutkom nieprawidłowej diety jest zmiana sposobu żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej, co bez pomocy wykwalifikowanych dietetyków nie udaje się większości osób z nadwagą i otyłością. W Polsce po-

tencjał tkwiący w dobrze wykształconych na kierunku dietetyka absolwentach uczelni medycznych nie jest, jak dotąd, wykorzystywany w stopniu zadowalającym. Ich rola sprowadza się głównie do pracy z pacjentami w celu złagodzenia skutków choroby lub niepełnosprawności, a nie, jak ma to miejsce w wielu gospodarczo rozwiniętych państwach, promowania zdrowia i dobrego samopoczucia ludności w celu zapobiegania chorobom i ich skutkom. Usługi dietetyków, poza nielicznymi wyjątkami dotyczącymi niewielu chorób, dostępne są jedynie w prywatnych gabinetach.

Przykładem kraju wdrażającego od 2013 roku jedną z najbardziej kompleksowych strategii rządowych mających na celu rozwiązanie społecznego problemu otyłości jest Meksyk. Meksykańska Narodowa Strategia Zapobiegania i Kontroli Nadwagi, Otyłości i Cukrzycy opiera się na trzech elementach: poprawie zdrowia publicznego i nadzorze, lepszej opiece medycznej nad osobami z chorobami przewlekłymi, nowych regulacjach prawnych, m.in. w zakresie polityki fiskalnej. W pierwszym etapie strategii władze meksykańskie rozpoczęły kampanię medialną, której celem było podniesienie świadomości społecznej na temat otyłości i związanych z nią chorób przewlekłych. Nowe regulacje prawne objęły reklamę żywności dla dzieci, etykietowanie żywności przetworzonej, dostępność żywności w szkołach i opodatkowanie niezdrowej żywności. Dochody z nowo wprowadzonego podatku służą wspieraniu programów zdrowia publicznego, choć formalnie nie są z nimi powiązane. Podatek spotkał się z oporem ze strony przemysłu produkującego niezdrową żywność, ale stosunkowo dobrze został przyjęty przez meksykańskie społeczeństwo. Wprowadzeniu podatku towarzyszyła agresywna kampania medialna,



Rysunek 2. Wzrost odsetka osób otyłych wśród osób dorosłych w latach 2000–2011.

Źródło: OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics, www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2014/overweight-and-obesity_factbook-2014-102-en; dostęp: 5.09.2014.

tworząca przyjazne środowisko dla nowego instrumentu polityki fiskalnej powiązanego z polityką zdrowotną [26, 27]. Także inne kraje wypracowały i wdrożyły w ostatnich latach podobne programy, uwzględniające stanowiska wielu zainteresowanych stron. Pierwsze oceny skutków realizowanych programów zaczynają się od niedawna pojawiać w literaturze przedmiotu, choć ich wiarygodność jest od 2008 roku zakłócana wpływem wielokierunkowych następstw jednego z najpoważniejszych kryzysów gospodarczych w historii, w jaki weszła światowa gospodarka. Możliwy wpływ kryzysu gospodarczego na otyłość jest dwojaki. Z jednej strony, może on powodować dalszy wzrost otyłości, gdyż wiele gospodarstw domowych w krajach najbardziej dotkniętych kryzysem zostało zmuszonych do rezygnacji z droższej i zdrowszej żywności na rzecz tańszej, o niższych walorach odżywczych i zdrowotnych. Z drugiej jednak strony, ograniczenie wydatków na żywność może sprzyjać obniżeniu się wskaźników otyłości.

Polityka międzynarodowa i krajowa w zakresie zwalczania zjawiska otyłości poprawia się, ale wciąż jest daleka od doskonałości. Istnieje wyraźna potrzeba dalszych działań z wykorzystaniem strategii dostosowanych do zmieniających się warunków zewnętrznych i wewnętrznych. Prowadzone od kilku lat analizy OECD wykazały skutki zdrowotne, społeczne i ekonomiczne rozprzestrzeniania się otyłości oraz rezultaty polityki przeciwdziałania otyłości. Ograniczona skuteczność dotychczasowych programów pozwala na przyjęcie hipotezy, że nie istnieje model systemowego i strategicznego podejścia do zwalczania otyłości. Specjaliści ochrony zdrowia, ekonomiści, socjologowie i politycy powinni skonstruować spójny plan działań z zamiarem wypracowania modelu dostosowanego do potrzeb i możliwości wdrożenia w danym kraju. Dietetycy powinni w tym modelu mieć istotne miejsce.

3. Zawód dietetyka w Polsce i wybranych krajach

Wykonywanie zawodów medycznych determinują regulacje prawne oraz czynniki społeczne, ekonomiczne, polityczne i etyczne. Od 1967 roku zawód dietetyka jest umieszczony w Międzynarodowym Standardzie Klasyfikacji Zawodów (International Standard Classification of Occupations 2008 – ISCO-08). Według Międzynarodowej Organizacji Pracy (International Labour Organization) dietetyk jest specjalistą z zakresu wielu dziedzin. Zajmuje się planowaniem, nadzorowaniem i wdrażaniem diety leczniczej w szpitalach i zakładach żywienia zbiorowego oraz profilaktyką i leczeniem chorób dietozależnych. Ocenia także stan odżywienia, sposób żywienia oraz zapotrzebowanie na składniki odżywcze poszczególnych osób. Powinien również zabiegać o upowszechnianie wiedzy dotyczącej prawidłowego żywienia w społeczeństwie [28–30]. Przykładowe zawody wykonywane przez dietetyków ujęte w ISCO to: dietetyk kliniczny, dietetyk ds. produkcji żywności, dietetyk ds. żywienia, dietetyk zdrowia publicznego, dietetyk sportu.

W Polsce w zasadzie nie różnicuje się specjalności w zakresie zawodu dietetyka, zarówno na etapie kształ-

cenia, jak i wykonywania zawodu. Nie ma też w przepisach prawnych formalnej definicji zawodu dietetyka ani kompleksowej ustawy regulującej wykonywanie zawodu. Istnieje natomiast wiele przepisów odrębnych (szczególnych) określających zasady zdobywania uznanych kwalifikacji zawodowych oraz formy wykonywania zawodu. Brak normatywnej definicji dietetyka identyfikującej zawód utrudnia wykładnię przepisów prawnych, m.in. podatkowych [31]. Trwające od kilku lat prace zmierzające do kompleksowego uregulowania w jednej ustawie poszczególnych zawodów medycznych, w tym także zawodu dietetyka, nie zostały dotąd zakończone. Celem ustawy miałyby być wprowadzenie mechanizmów mających zapewnić dostęp do wykonywania zawodu tylko profesjonalistom przez poddanie warunków wykonywania zawodu precyzyjnym rygorom prawnym. Polska należy tym samym do nielicznych krajów Unii Europejskiej, w których zawód dietetyka nie jest uregulowany systemowo i chroniony prawem. Mimo że przedmiot projektowanej regulacji ustawowej nie jest, co do zasady, objęty zakresem prawa unijnego, to jest to ważna regulacja sprzyjająca zapewnieniu realizacji jednej z fundamentalnych zasad UE – swobody przepływu osób [32]. Podkreślić także należy, że brak precyzyjnych wymagań kwalifikacyjnych dla osób wykonujących zawody medyczne naraża pacjentów na ryzyko korzystania z usług medycznych o niewłaściwym standardzie, szkodzących zdrowiu, a nawet życiu człowieka. W projektowanych zmianach przepisów prawnych nie przewiduje się deregulacji dostępu do zawodu dietetyka [33]⁴.

Zgodnie z zaleceniem Komisji Wspólnot Europejskich z 2009 roku w sprawie stosowania Międzynarodowego Standardu Klasyfikacji Zawodów (ISCO-08) dietetycy i żywieniowcy zostali sklasyfikowani pod numerem 2265, w grupie 22 – „Specjaliści ochrony zdrowia”, podgrupie 226 – „Inni specjaliści ochrony zdrowia” [34]. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania dietetyk jest specjalistą ochrony zdrowia. Zawód został sklasyfikowany w grupie 229 – „Inni specjaliści ochrony zdrowia”, podgrupie 2293 – „Dietetycy i specjaliści do spraw żywienia”, pod nazwą „Specjalista do spraw dietetyki”, pod numerem 229301 [35]. W myśl Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 roku w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) usługi świadczone przez dietetyków zostały sklasyfikowane w sekcji Q – „Opieka zdrowotna i pomoc społeczna”, dziale 86 – „Opieka zdrowotna”, podklasie 86.90.E – „Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana” [36].

Polskie Towarzystwo Dietetyki za dietetyka uważa wykwalifikowanego specjalistę ochrony zdrowia, który posiada szeroką wiedzę w zakresie żywienia człowieka zdrowego i chorego. Poprzez dobór odpowiedniej diety prowadzi profilaktykę chorób dietozależnych oraz jest odpowiedzialny za leczenie żywieniowe w różnych stacjach chorobowych. Zajmuje się również upowszechnianiem wiedzy w zakresie prawidłowego żywienia [37].

Kształcenie w zawodzie dietetyka prowadzone jest na poziomie studiów wyższych na kierunku dietetyka. Studia pierwszego stopnia (licencjackie) kończą się uzyskaniem tytułu licencjata i trwają nie krócej niż 6 semestrów. Studia drugiego stopnia (magisterskie) trwają nie krócej niż 4 semestry. Zarówno studia licencjackie, jak i magisterskie obejmują odbycie obowiązkowej praktyki zawodowej. Uchwalone w ostatnim czasie przepisy prawne likwidują kształcenie dietetyków na poziomie szkół policealnych [38]. Tytułu zawodowego dietetyka nie można uzyskać w wyniku ukończenia studiów podyplomowych, które pozwalają podnieść posiadane kwalifikacje zawodowe, ale nie uprawniają do nabycia tytułu. Absolwent dietetyki jest przygotowany do pracy w publicznych i niepublicznych instytucjach ochrony zdrowia, zakładach żywienia zbiorowego, ośrodkach naukowo-badawczych, jednostkach zajmujących się poradnictwem i edukacją z zakresu żywienia człowieka, mediach, a także w szkolnictwie – po ukończeniu specjalności nauczycielskiej. Może także prowadzić własną poradnię dietetyczną [39]. Liczba absolwentów kierunku dietetyka zwiększa się z każdym rokiem. Choć od 2006 roku dietetyk jest zawodem medycznym, to kształceniem w zawodzie zajmuje się także wiele uczelni niemedycznych, zarówno publicznych, jak i niepublicznych. Kształcenie prowadzone jest w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym, według niejednorodnych autorskich programów nauczania. Kierunek jest reklamowany jako umożliwiający zdobycie atrakcyjnego zawodu, tymczasem w placówkach publicznej ochrony zdrowia zatrudniana jest coraz mniejsza liczba dietetyków. W **Tabeli I** przedstawiono liczbę dietetyków oraz przedstawicieli niektórych innych zawodów średniego personelu medycznego w ostatnich latach zatrudnionych w sektorze publicznym.

Łączną liczbę dietetyków w Polsce uprawnionych do wykonywania zawodu i rzeczywiście zawód wykonujących trudno jest oszacować, gdyż nie istnieją w tym zakresie dostępne dane statystyczne. Nie ma także ogólnodostępnych danych o łącznej liczbie absolwentów dietetyki w poszczególnych latach. Od kilku lat dietetyka jest modnym i obleganym kierunkiem studiów, choć na zatrudnienie zgodne z posiadaniem wykształceniem i zdobytym zawodem większość absolwentów nie może liczyć. Prezes Polskiego Towarzystwa Dietetyki uważa, że w Polsce w zawodzie dietetyka kształcą się obecnie więcej osób niż w USA. Nie jest to wynik analizy potrzeb rynku, ale raczej „mody na dietetykę”. Zdaniem specjalistów porady dietetyczne udzielane przez wykwalifikowanych dietetyków powinny być świadczeniem gwarantowanym, refundowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto dietetyk powinien wchodzić w skład zespołu terapeutycznego i aktywnie uczestniczyć w konsultacjach dotyczących procesu leczenia pacjenta [40]. W **Tabeli II** przedstawiono liczbę studentów kierunku dietetyka w roku akademickim 2012/2013 według wstępnych danych GUS⁵.

Rynek usług świadczonych przez dietetyków w Polsce nie jest dotąd zbadany. Można jedynie przypuszczać, że jest już dość mocno nasycony przez dietetyków i bardzo szybko zapełnia się prywatnymi gabinetami, szcze-

gólnie w dużych miastach. Każdy absolwent dietetyki zamierzający otworzyć własny gabinet musi się liczyć z dużą i ciągle rosnącą konkurencją. Z dostępnych, choć szacunkowych danych portalu dietetycy.org.pl wynika, że największy rynek usług dietetycznych istnieje w Warszawie, Poznaniu i Wrocławiu. W mniejszych miastach z usług wykwalifikowanego dietetyka trudno jest jeszcze skorzystać [41]. Jako interdyscyplinarny specjalista w zakresie medycyny dietetyk zyskuje w Polsce na popularności, stając się zawodem coraz bardziej rozpoznawalnym. Nie ma jednak, tak jak w większości gospodarczo rozwiniętych państw Europy, Ameryki Północnej i Australii, ugruntowanego miejsca w systemie ochrony zdrowia. Usługi dietetyków świadczone są na ogół w prywatnych gabinetach na warunkach komercyjnych i, co do zasady, nie są dostępne w jednostkach organizacyjnych publicznej ochrony zdrowia. Absolwenci, wobec niewielkiej liczby etatów w placówkach ochrony zdrowia, podejmują często z konieczności decyzję o zmianie zawodu lub o zatrudnieniu poza systemem ochrony zdrowia. W związku z tym powstaje pytanie o zasadność i efektywność kształcenia tak dużej liczby studentów na kosztownych studiach, szczególnie medycznych, finansowanych ze środków publicznych.

Żywnienie i edukacja człowieka w zdrowiu i chorobie jest wspólnym mianownikiem zawodu dietetyka we

Wyszczególnienie	2005	2010	2012	2013
Dietetycy	1665	1372	1192	1168
Masażyści	1410	1777	1658	1659
Instruktorzy terapii zajęciowej	1384	1524	1396	1378
Higienistki szkolne	1121	920	749	695
Higienistki stomatologiczne	1304	1582	1743	1920
Opiekunki dziecięce	1418	2111	270	268

Tabela I. Średni personel medyczny pracujący w placówkach ochrony zdrowia według podstawowego miejsca zatrudnienia (stan na koniec grudnia).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2014, www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6; dostęp: 16.08.2014.

Liczba uczelni kształcących dietetyków w Polsce	Liczba studentów kierunku dietetyka ogółem	Liczba studentów studiów stacjonarnych	Liczba kobiet studiujących dietetykę
36	8417	4939	7537

Tabela II. Liczba studentów kierunku dietetyka w roku akademickim 2012/2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/dane-wstepne-dotyczace-szkolnictwa-wyzszego-stan-w-dniu-30-xi-2013-r-,8,1.html>; dostęp: 15.08.2014.

wszystkich krajach. Warunki zdobywania i wykonywania zawodu są jednak w poszczególnych krajach zróżnicowane. Porównanie warunków wykonywania zawodu dietetyka w wybranych krajach należących do International Confederation of Dietetic Associations prezentuje **Tabela III**.

Zakończenie i wnioski

Interesujących danych na temat ekonomicznych kosztów i korzyści leczenia dietetycznego dostarcza raport *Cost-benefit analysis of dietary treatment*, sporządzony z wykorzystaniem metod naukowych na zlecenie holenderskiego Stowarzyszenia Dietetyków. Raport zawiera przegląd kosztów i korzyści leczenia dietetycznego pacjentów z nadwagą, którzy cierpią z powodu jednej lub kilku chorób współistniejących: cukrzyca, nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii/hipercholesterolemii. Z badań wynika, że usługi dietetyka powinny być częścią podstawowego pakietu opieki zdrowotnej. Szczególnie

efektywnie kosztowo jest leczenie przez dietetyka pacjentów z nadwagą i towarzyszącymi chorobami współistniejącymi. Wskutek usunięcia w 2012 roku leczenia dietetycznego z podstawowego pakietu opieki zdrowotnej liczba pacjentów leczonych pierwotnie u dietetyków spadła o 28%. Od tego czasu barierą rozpoczęcia leczenia u dietetyka są koszty usług, które pacjenci muszą ponieść ze środków prywatnych i dlatego prawie co trzeci z nich zrezygnował z leczenia. Pacjenci często nie doceniają korzyści płynących z zaleceń dietetycznych i mimo występowania u nich wielu niepokojących objawów zdrowotnych nie wiążą ich ze stosowaną dietą. Nie potrafią też przeprowadzić rachunku kosztów i korzyści leczenia dietą i należyte oszacować ryzyka pogorszenia stanu zdrowia. Tymczasem holenderscy lekarze przyznają, że zarządzanie dietą przez lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalistę nie jest dobrą alternatywą w stosunku do porad dietetyka, gdyż brakuje im czasu i wiedzy, aby zapewnić pacjentom kompleksową terapię [42].

Kryterium	Kraj				
	Wielka Brytania	Niemcy	Francja	Włochy	Stany Zjednoczone
Tytuł zawodowy	registered dietitian	Diätassistent Dietician	dietitian	dietista	registered dietitian
Stowarzyszenie dietetyków	The British Dietetic Association	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband eV	Association Française des Diététiciens Nutritionnistes	Associazione Nazionale Dietisti	Academy of Nutrition and Dietetics
Rok utworzenia	1936	1957	1954	1985	1917
Liczba członków	7105	3346	2810	850	75 600
Liczba pracujących dietetyków	7100	brak danych	7168	3000	75 600
Edukacja	ukończenie wyższych studiów (m.in. licencjatu) na uznanej przez państwo uczelni	ukończenie państwowej licencjonowanej szkoły	niejednolita edukacja; studia licencjackie	ukończenie wyższych studiów (m.in. licencjatu) na uznanej przez państwo uczelni	ukończenie wyższych studiów (m.in. licencjatu) na uznanej przez państwo uczelni
Program praktyk w ramach edukacji	tak	tak		tak	tak
Liczba szkół		60	brak danych	24	267
Liczba absolwentów na rok	14 400	600	brak danych	350	3000
Uznawanie dyplomów obcokrajowców	weryfikacja tożsamości, kwalifikacji i zatrudnienia; może być wymagane rozszerzenie wiedzy i doświadczenie lub przejście okresu adaptacyjnego lub zdanie testu kwalifikacyjnego zgodnego ze Standards of Proficiency	dostarczenie kopii dyplomów; aplikanci z krajów UE zgodnie z dyrektywą 2005/36/EC	dyplomy dietetyków wykształconych w innych krajach są oceniane przez państwowy organ regulujący wykonywanie zawodu	dyplom uzyskany w innym kraju musi zostać uznany przez ministra zdrowia; weryfikacja tożsamości i kwalifikacji; może być wymagane rozszerzenie wiedzy i doświadczenie lub przejście okresu adaptacyjnego lub zdanie testu kwalifikacyjnego	wykształcenie jest zatwierdzane przez specjalne instytucje przyznające stopień naukowy; może być wymagana dalsza edukacja; aplikanci są zobowiązani zdać państwowy egzamin nadzorowany przez Commission on Dietetic Registration

Tabela III. Porównanie warunków wykonywania zawodu dietetyka w wybranych krajach należących do International Confederation of Dietetic Associations.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie www.internationaldietetics.org; dostęp: 10.08.2014.

Leczenie dietetyczne przynosi nie tylko korzyści zdrowotne, ale również społeczne i ekonomiczne. Oprócz poprawy stanu zdrowia poprawia się także jakość życia pacjenta i jego rodziny, zmniejszają się koszty opieki zdrowotnej, zwiększa wydajność pracy. Pacjenci pozostający pod opieką dietetyka tracą rocznie od 4 do 6 zbędnych kilogramów. Skutkiem terapii jest niższe ciśnienie tętnicze oraz niższy poziom cholesterolu i glukozy we krwi. Poprawia się także stan zdrowia psychicznego. Poradnictwo dietetyczne ma też istotne znaczenie w profilaktyce wielu schorzeń dietozależnych, dzięki czemu wskaźnik umieralności wśród osób korzystających z fachowej pomocy dietetyków jest niższy. Korzyści z leczenia dietetycznego dotyczą nie tylko pacjenta, ale również otoczenia, w którym żyje – rodziny, znajomych i przyjaciół oraz środowiska pracy. Profesjonalnie zorganizowane poradnictwo dietetyczne pozwala ograniczyć część wydatków na ochronę zdrowia, przede wszystkim przez obniżenie wysokich kosztów hospitalizacji. Obliczono, że oszczędności w kosztach opieki zdrowotnej są wyższe niż koszty leczenia dietetycznego, co daje oszczędności netto w całkowitych kosztach opieki zdrowotnej. Uściślając, na każde wydane euro na poradnictwo dietetyczne przypada 4 euro wydatków związanych z koniecznością ponoszenia kosztów opieki zdrowotnej (hospitalizacja, leki). Udzielanie porad dietetycznych jest więc opłacalne z punktu widzenia racjonalności i efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Obliczono, że na każde euro wydatków związanych z poradnictwem dietetycznym przypada nawet do 63 euro dochodów: 56 euro z tytułu lepszego stanu zdrowia pacjentów, 3 euro w postaci oszczędności netto z tytułu łącznych kosztów opieki zdrowotnej i 4 euro z tytułu wzrostu wydajności pracy. Z badań wynika, że leczenie dietetyczne jest bardzo opłacalne, szczególnie w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia [42].

Przeprowadzona w artykule analiza pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Zawód dietetyka w Polsce nie jest precyzyjnie uregulowany w obowiązujących przepisach prawnych, które odbiegają od analogicznych uregulowań w wielu gospodarczo rozwiniętych krajach. To z kolei naraża pacjentów na korzystanie z usług medycznych świadczonych przez osoby bez odpowiedniego wykształcenia i praktyki klinicznej. Powoduje także komplikacje w procedurze uznawania kwalifikacji w zawodach medycznych oraz wykładni przepisów podatkowych. Niezbędne jest podjęcie jak najszybszych działań ustawodawczych mających na celu uregulowanie w jednym, systemowym akcie prawnym jednolitych zasad wykonywania innych zawodów medycznych oraz odpowiedzialności zawodowej.
2. Dietetycy są w Polsce w ograniczonym stopniu integralną częścią systemu ochrony zdrowia. Pełne włączenie ich do systemu powinno poprzedzić sporządzenie rejestru osób wykonujących inne zawody medyczne (w tym dietetyka). Kolejne działania powinny obejmować stopniowe zmiany dostosowawcze, usuwające obecną dysfunkcjonalność systemu. Ważne, aby potrzeba ta została dostrzeżona, a zmiany

- rozpoczęte i konsekwentnie wdrażane. Podstawowym celem postulowanych zmian jest upowszechnienie korzystania z usług dietetyka oraz udostępnienie usług na zasadzie powszechnego bezpłatnego dostępu lub częściowej odpłatności osobom chorym i zdrowym, których leczenie lub profilaktyka oparte są na odpowiedniej diecie. W konsekwencji realizowany będzie w większym zakresie podstawowy cel świadczenia przez państwo usług zdrowotnych – poprawa stanu zdrowia poszczególnych osób i całej populacji.
3. Kształcenie w zawodzie dietetyka nie uwzględnia potrzeb rynku pracy. Można przypuszczać, że na rynku usług medycznych jest to zawód nadwyżkowy, na który na rynku pracy istnieje mniejszy popyt niż podaż. Liczba osób poszukujących pracy w zawodzie z roku na rok się zwiększa, natomiast miejsc pracy nie przybywa. Dyskusyjna jest kwestia braku obligatoryjnych standardów kształcenia w zawodzie dietetyka, zasad doskonalenia zawodowego oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych, choć jest to zawód medyczny.
 4. Wadliwe usytuowanie zawodu dietetyka, zwłaszcza w publicznym systemie ochrony zdrowia, wiąże się z brakiem precyzyjnych podstaw merytorycznych do kontraktowania świadczeń zdrowotnych w zakresie dietetyki przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wymiernymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi.
 5. Zmiany organizacyjne w systemie ochrony zdrowia powinny być przeprowadzane na podstawie rzetelnych danych statystycznych i obliczeń, których w odniesieniu do dietetyków i chorób dietozależnych w Polsce nie ma. Mierzenie i monitorowanie zachorowalności i chorobowości jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego oraz systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dla kreatorów polityki zdrowotnej precyzyjna informacja medyczna jest niezbędnym narzędziem do podejmowania racjonalnych decyzji oraz kontroli rezultatów i skuteczności prowadzonej polityki.
 6. Postulat organizacyjnej i funkcjonalnej restrukturyzacji systemu opieki zdrowotnej, polegający na pełniejszym włączeniu do systemu dietetyków, wpisuje się w zalecany model kompleksowej opieki zdrowotnej. Jej celem jest nie tylko rozszerzenie zakresu usług zdrowotnych, reorganizacja i racjonalizacja wykorzystania zasobów ludzkich i rzeczowych dostępnych dla sektora, ale również poprawa jakości, skuteczności i efektywności systemu oraz wzrost satysfakcji usługobiorców i usługodawców.

Przypisy

- ¹ Możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej nie powinna zależeć od udziału poszczególnych osób w tworzeniu funduszu środków publicznych stanowiących źródło finansowania świadczeń. Konstytucja RP nie przewiduje dostępu do wszystkich znanych i stosowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Warunki oraz zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych powinna określać ustawa, co daje możliwość

konstruowania przez ustawodawcę systemu ochrony zdrowia uwzględniającego współfinansowanie kosztów świadczonych usług ze środków osób prywatnych i instytucji. Przepisy ustawowe powinny przy tym jasno określać zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej i sposób ich finansowania. Z przepisów konstytucji i orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego wynika, że władza publiczna ma obowiązek zapewnić obywatelom równy dostęp do usług zdrowotnych, co jednocześnie nie oznacza, że ma to być dostęp bezpłatny.

² Dane na temat chorób niezakaźnych często nie są włączane do krajowego systemu statystyki publicznej i międzynarodowej, a publikowane nie są porównywalne.

³ Wśród światowych i europejskich inicjatyw związanych ze zwalczaniem nadwagi i otyłości najważniejsze to: „Globalna Strategia WHO dotycząca żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia” (*Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*) z 2004 roku, „Europejska karta walki z otyłością” z 2006 roku, „Biała księga – europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością” z 2007 roku, „II europejski plan działania dotyczący polityki w zakresie żywności i żywienia na lata 2007–2012”. Najważniejsze działania podejmowane w Polsce to: „Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej. I etap: 2007–2011 (POL-HEALTH)”, opracowany we współpracy z WHO i Komisją Europejską, „Karta żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w szkole” z 2007 roku, „Moje boisko – Orlik 2012”.

⁴ Regulacja dostępu do określonego zawodu zachodzi wówczas, gdy państwo, na dowolnym szczeblu administracji, wprowadza ograniczenia dla osób zainteresowanych wykonywaniem określonego zawodu. Ograniczeniem takim może być np. obowiązek posiadania określonego wykształcenia, zdania egzaminu państwowego, odbycia obowiązkowej praktyki.

⁵ Dane za lata poprzednie nie są publicznie dostępne.

Piśmiennictwo

1. Miller M., Opolski J., Zdrowie publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia, „Postępy Nauk Medycznych” 2009; 4: 282–289.
2. www.who.int/en/; dostęp: 6.08.2014.
3. Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia; dostęp: 12.08.2014.
4. Gładys-Jakubik J., *Kulturowe aspekty zmiany organizacyjnej*, w: K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie systemem ochrony zdrowia. Aspekty ekonomiczno-społeczne*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2011: 280.
5. Cianciara D., Wysoki M.J., *Pozycja zdrowia w stosunkach międzynarodowych. Cz. I. Zdrowie jako struktura*, „Przeгляд Epidemiologiczny” 2011; 65: 379–387.
6. Serwach M., *Prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych i ich kontekst*, „Polityka Społeczna” 2011; 1.
7. Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483 z późn. zm.
8. Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011: 283–355.
9. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7.01.2004 r., sygn. akt K 14/03.
10. Jończyk J., *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010; 8.
11. www.who.int/trade/glossary/story076/en/; dostęp: 13.07.2014.
12. *W oczekiwaniu na zdrowotną konstytucję*, www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/W-oczekiwaniu-na-zdrowotna-konstytucje,144027,14.html; dostęp: 6.09.2014.
13. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf?ua=1.pdf; dostęp: 6.09.2014.
14. Cecchini M., Sassi F., Lauer J.A., Lee Y.Y., Guajardo-Barron V., Chisholm D., *Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effective-ness*, „The Lancet” 2010; 376: 1775–1784.
15. Cesare M. di, Khang Y.H., Asaria P., Blakely T., Cowan M.J., Farzadfar F., Guerrero R., Ikeda N., Kyobutungi C., Msyamboza K.B., Oum S., Lynch J.W., Marmot M.G., Ezzati M., *Inequalities in non-communicable diseases and effective responses*, „The Lancet” 2013; 381: 585–597.
16. www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/; dostęp: 14.08.2014.
17. *2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*, World Health Organization, Genewa 2008, www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/; dostęp: 15.08.2014.
18. Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska-Suchowierska E., *Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza*, „Postępy Nauk Medycznych” 2013; 4: 301–306.
19. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/; dostęp: 20.05.2014.
20. www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics; dostęp: 17.06.2014.
21. Katzmarzyk P.T., Barlow S., Bouchard C., Catalano P.M., Hsia D.S., Inge T.H., Lovelady C., Raynor H., Redman L.M., Staiano A.E., Spruijt-Metz D., Symonds M.E., Vickers M., Wilfley D., Yanovski J.A., *An evolving scientific basis for the prevention and treatment of pediatric obesity*, „International Journal of Obesity” 2014; 38: 887–905.
22. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/; dostęp: 15.08.2014.
23. www.who.int/dietphysicalactivity/end-childhood-obesity/en/; dostęp: 15.08.2014.
24. www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf; dostęp: 18.08.2014.
25. www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/promocja-zdrowia/dzialania-w-ramach-programow-zdrowotnych/narodowy-program-przeciwdzialania-chorobom-cywilizacyjnym/modul-i-program-zapobiegania-nadwadze-i-otylosci-oraz-przewleklym-chorobom-niezakaznym-poprzez-poprawe-zywienia-i-aktywnosci-fizycznej-pol-health; dostęp: 18.08.2014.
26. http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/estrategia.html; dostęp: 13.06.2014.
27. www.who.int/dietphysicalactivity/meetingmexicofebruary2014/en/; dostęp: 13.06.2014.
28. „International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): Structure, group definitions”, www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/; dostęp: 14.08.2014.

29. Pachocka L., *Rola dietetyka w ochronie zdrowia publicznego*, „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2010; XXXVII(3).
30. Zalecenie Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 29 września 2009 roku w sprawie stosowania Międzynarodowego Standardu Klasyfikacji Zawodów (ISCO-08), Dz.U. UE L. 2009.292.31.
31. Walczak M., Krasowska-Walczak G., *Dietetyk – warunki wykonywania zawodu i opodatkowanie podatkiem od towarów i usług*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu” 2014; 47(2).
32. Uzasadnienie do projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych, Sejm RP VI kadencji, nr druku: 846, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/CF32998F2C2012BBC125749100497668/\\$file/846-uzas.doc](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/CF32998F2C2012BBC125749100497668/$file/846-uzas.doc); dostęp: 14.08.2014.
33. <http://ms.gov.pl/pl/deregulacja-dostepu-do-zawodow/>; dostęp: 7.07.2013.
34. Zalecenie Komisji Wspólnot Europejskich z 2009 roku w sprawie stosowania Międzynarodowego Standardu Klasyfikacji Zawodów (ISCO-08), Dz.U. UE L. 2009.292.31.
35. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, Dz.U. z 2014 r., poz. 1145.
36. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 roku w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności, Dz.U. z 2007 r., nr 251, poz. 1885 z późn. zm.
37. www.ptd.org.pl/index.php/kwalifikacje-dietetyka/kim-jest-dietetyk; dostęp: 15.07.2014.
38. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, Dz.U. z 2012 r., poz. 7.
39. *Kształcenie w zawodzie dietetyka*, Polskie Towarzystwo Dietetyki, www.ptd.org.pl/index.php/kwalifikacje-dietetyka/ksztalcenie-w-zawodzie-dietetyka; dostęp: 10.07.2014.
40. www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Na-uczelniach-to-modny-i-oblegany-kierunek-ale-szpitala-zwalniają-dietetykow,110111,9.html; dostęp: 11.07.2014.
41. <http://dietetycy.org.pl/rynek-dietetyczny-w-polsce-2013/>; dostęp: 16.07.2014.
42. www.bda.uk.com/improvinghealth/healthprofessionals/cost_benefit_of_dietitians www.who.int/en/; dostęp: 5.09.2014.