

Rekomendacja nr 93/2026

z dnia 13 lipca 2026 r.

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej jako świadczeń gwarantowanych z zakresów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji leczniczej

Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie modelu organizacyjnego kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości jako świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji leczniczej.

Jednocześnie Prezes Agencji zaznacza, że rekomendowane jest wdrożenie świadczenia wyłącznie w populacji osób dorosłych z otyłością olbrzymią ($BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$) lub otyłością II stopnia ($BMI 35\text{--}40 \text{ kg/m}^2$), u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może prowadzić do poprawy przebiegu chorób współistniejących związanych z otyłością. Zakres populacji kwalifikowanej do świadczenia powinien być zatem zgodny z populacją objętą programem pilotażowym, dla której oceniano efektywność i zasadność organizacyjną kompleksowej opieki bariatrycznej. W ocenie Prezesa Agencji aktualnie dostępne dowody naukowe oraz wytyczne praktyki klinicznej nie uzasadniają objęcia świadczeniem osób z otyłością I stopnia ($BMI 30\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$). Wytyczne dopuszczają kwalifikację pacjentów z tej grupy jedynie w wybranych sytuacjach klinicznych, przede wszystkim przy współwystępowaniu istotnych zaburzeń metabolicznych oraz po indywidualnej ocenie klinicznej. Rozszerzenie kryteriów kwalifikacji na osoby z $BMI 30\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$ mogłoby prowadzić do istotnego zwiększenia liczby pacjentów kierowanych do leczenia bariatrycznego przy jednoczesnym ograniczeniu dostępności świadczeń dla pacjentów o największych potrzebach zdrowotnych. W warunkach ograniczonych zasobów kadrowych i infrastrukturalnych mogłoby to skutkować wydłużeniem czasu oczekiwania na leczenie oraz obniżeniem efektywności funkcjonowania systemu opieki bariatrycznej.

W związku z powyższym wdrożeniu świadczenia powinien towarzyszyć system monitorowania obejmujący m.in. liczbę pacjentów objętych opieką, koszty realizacji świadczeń, poziom uczestnictwa pacjentów w rehabilitacji, uzyskiwane efekty kliniczne oraz wskaźniki jakości opieki.

Uzasadnienie rekomendacji

Problem decyzyjny dotyczy oceny zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych modelu organizacyjnego kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości. Model ten ma na celu zapewnienie skoordynowanej i ciągłej realizacji wszystkich etapów procesu terapeutycznego, obejmującego przygotowanie pacjenta do zabiegu, leczenie operacyjne oraz opiekę pooperacyjną. Założenia organizacyjne ocenianego modelu przewidują etapową ścieżkę postępowania, obejmującą przygotowanie ambulatoryjne, leczenie zabiegowe w ośrodku dysponującym odpowiednim doświadczeniem i potencjałem organizacyjnym oraz rehabilitację wdrażaną zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. Przedmiotowy model był wcześniej

realizowany w ramach programu pilotażowego ustanowionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej [KOS-BAR]. Oceniany model nie zakłada wprowadzenia nowych procedur medycznych, lecz integrację oraz koordynację świadczeń już finansowanych ze środków publicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [AOS], leczenia szpitalnego [LSZ] oraz rehabilitacji leczniczej [REH] w celu zapewnienia kompleksowej opieki nad pacjentem na wszystkich etapach leczenia bariatrycznego.

Populację docelową ocenianego zakresu świadczeń stanowią dorośli ze wskaźnikiem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ albo BMI 30-34,9 kg/m^2 w przypadkach, w których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę lub ustąpienie co najmniej jednej choroby współistniejącej. Tak zdefiniowana populacja istotnie poszerza kryteria kwalifikacji do leczenia bariatrycznego względem obecnie obowiązujących zasad. Zarówno w programie pilotażowym KOS-BAR, jak i w świadczeniu gwarantowanym z zakresu LSZ pn. „Chirurgiczne leczenie otyłości” kryteria kwalifikacji obejmują pacjentów z BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ albo BMI 35-40 kg/m^2 w sytuacji występowania chorób towarzyszących, których przebieg może ulec poprawie lub całkowitej remisji w wyniku chirurgicznie indukowanej redukcji masy ciała.

Ze względu na organizacyjny charakter przedmiotowej kwalifikacji, polegający na usankcjonowaniu modelu opieki realizowanego dotychczas w ramach programu pilotażowego w świadczenie gwarantowane o charakterze powszechnym, nie przeprowadzono odrębnej analizy ukierunkowanej na ocenę wartości klinicznej ani efektywności kosztowej. Niemniej, dostępne wyniki z realizacji programu pilotażowego KOS-BAR oraz dane pochodzące z publikacji naukowych wskazują na możliwość uzyskania korzystnych efektów zdrowotnych związanych z realizacją kompleksowej opieki bariatrycznej, w szczególności w zakresie redukcji masy ciała oraz poprawy kontroli wybranych chorób współistniejących.

Oszacowanie skutków finansowych dla płatnika, przedstawione przez Agencję, wskazuje, że objęcie ocenianego modelu organizacyjnego finansowaniem w ramach świadczeń gwarantowanych wiązałoby się ze wzrostem wydatków płatnika publicznego o ok. 30 mln zł rocznie. Wzrost wydatków byłby wynikiem zmiany struktury udzielanych świadczeń, polegającej na zwiększeniu udziału pacjentów objętych kompleksową opieką koordynowaną względem standardowego modelu leczenia. Należy jednak podkreślić, że oszacowania te obarczone są istotną niepewnością, wynikającą m.in. z konieczności ekstrapolacji założeń finansowania programu pilotażowego KOS-BAR na warunki powszechnego udzielania świadczeń, a także z braku pewności co do rzeczywistej skali wdrożenia, liczebności populacji docelowej oraz ostatecznego modelu finansowania. Z tego względu wyniki analizy należy traktować jako obarczone znaczną niepewnością i interpretować z ostrożnością.

Analiza rozwiązań organizacyjnych funkcjonujących w wybranych państwach wskazuje, że organizacja leczenia otyłości i chirurgii bariatrycznej jest zróżnicowana, jednak najczęściej opiera się na ustrukturyzowanej ścieżce obejmującej kwalifikację do leczenia, leczenie chirurgiczne i długoterminowe monitorowanie pacjenta po zabiegu. Kwalifikacja do leczenia chirurgicznego zasadniczo obejmuje pacjentów z BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ albo BMI 35-39,9 kg/m^2 z chorobami współistniejącymi, natomiast objęcie leczeniem osób z BMI 30-34,9 kg/m^2 ma charakter ograniczony i jest zwykle rozważane jedynie w szczególnych sytuacjach klinicznych, przede wszystkim u pacjentów z cukrzycą typu 2 po indywidualnej ocenie klinicznej.

Prezes Agencji, uwzględniając wyniki przeprowadzonych analiz, dostępne dane naukowe, doświadczenia z realizacji programu pilotażowego KOS-BAR oraz Stanowisko Rady Przejrzystości, uznaje za zasadne zakwalifikowanie przedmiotowego modelu organizacyjnego do poszczególnych wykazów świadczeń gwarantowanych. Jednocześnie Prezes Agencji wskazuje, że obecnie brak jest wystarczających przesłanek klinicznych, organizacyjnych i ekonomicznych uzasadniających rozszerzenie populacji docelowej poza kryteria kwalifikacji stosowane dotychczas w programie pilotażowym KOS-BAR oraz w obowiązującym świadczeniu gwarantowanym „Chirurgiczne leczenie otyłości”. W pierwszej kolejności należy zapewnić odpowiednią dostępność leczenia pacjentom z otyłością olbrzymią, u których można oczekiwać największych korzyści zdrowotnych i systemowych

z leczenia chirurgicznego. Rozszerzenie kryteriów kwalifikacji na osoby z BMI 30-34,9 kg/m² mogłoby istotnie zwiększyć liczbę pacjentów kierowanych do leczenia bariatrycznego, ograniczając jednocześnie dostęp do świadczeń osobom o największych potrzebach zdrowotnych. W warunkach ograniczonych zasobów kadrowych i infrastrukturalnych mogłoby to skutkować wydłużeniem czasu oczekiwania na leczenie oraz zmniejszeniem efektywności funkcjonowania systemu opieki bariatrycznej. W dalszej części Rekomendacji przedstawiono również uwagi do proponowanych warunków realizacji świadczeń.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia „kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej”, jako świadczenia gwarantowanego z zakresów: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej – w oparciu o doświadczenia z programu pilotażowego KOS-BAR, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 poz. 1461 z późn. zm.).

Do zlecenia dołączono proponowane warunki udzielania świadczeń rozproszone w modułach właściwych dla trzech zakresów świadczeń gwarantowanych. Wyodrębniono świadczenia pn.:

- „Diagnostyka i monitorowanie w ramach kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej” na poziomie AOS;
- „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej” na poziomie LSZ;
- „Rehabilitacja w ramach kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej – moduł rehabilitacja” na poziomie REH.

Problem zdrowotny

Otyłość (ICD-10: E66) jest przewlekłą, nawracającą chorobą o wieloczynnikowej etiologii, związaną ze zwiększonym ryzykiem powikłań metabolicznych, sercowo-naczyniowych, oddechowych oraz funkcjonalnych. Szczególne znaczenie kliniczne ma otyłość olbrzymia, odpowiadająca otyłości III stopnia według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia [WHO], definiowana jako BMI ≥ 40 kg/m². Otyłość olbrzymia wiąże się ze szczególnie wysokim ryzykiem chorób współistniejących, obniżenia jakości życia oraz przedwczesnej umieralności. W Polsce BMI ≥ 40 kg/m² występuje u około 300 tys. osób, natomiast BMI ≥ 35 kg/m² u ponad 1,5 mln osób.

Na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych Narodowego Funduszu Zdrowia liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń udzielanych w programie pilotażowym KOS-BAR w latach 2021-2025 wyniosła ok. 10 tys. Dla porównania, w 2025 roku z modułu leczenia zabiegowego, w tym wizyty kontrolnej, skorzystało 1 994 pacjentów, z kolei w jednorodnej grupie pacjentów pn. „F14 chirurgiczne leczenie otyłości” sprawozdano 7 490 pacjentów.

Alternatywna technologia medyczna

W obowiązującym stanie formalno-prawnym, program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR był realizowany do dnia 30 czerwca 2026 r. Cykl pilotażu wraz z ewaluacją trwa do końca września 2026 r. Zakres świadczeń udzielanych w KOS-BAR obejmuje świadczenia z zakresów odpowiadających świadczeniom gwarantowanym: AOS, leczeniu szpitalnemu i rehabilitacji leczniczej.

W załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego scharakteryzowano świadczenie pn. „Chirurgiczne leczenie otyłości”. W warunkach kwalifikacji do świadczenia wskazano, że kwalifikowani są do niego dorośli u których wskaźnik BMI wynosi ≥ 40 kg/m² albo ≥ 35 kg/m² w sytuacji występowania chorób towarzyszących, w przypadku których wywołany chirurgicznie ubytek masy ciała spowoduje ich poprawę lub ustąpienie.

Należy jednak podkreślić, że w programie pilotażowym oraz zgodnie z procedowaną propozycją celem jest nałożenie na istniejące świadczenia ramy kompleksowej, koordynowanej i mierzonej efektami opieki

bariatrycznej. Ze względu na organizacyjny charakter procedowanego wniosku nie wskazuje się alternatywnych technologii medycznych względem ocenianych.

Opis wnioskowanego świadczenia

Moduł AOS stanowi etap kwalifikacji, diagnostyki, przygotowania przedoperacyjnego oraz późniejszego monitorowania świadczeniobiorcy leczonego chirurgicznie z powodu otyłości olbrzymiej. W projekcie przewidziano realizację tego etapu w poradni chirurgii ogólnej, która ma dodatkowo zapewnić dostęp do konsultacji dietetycznych, psychologicznych i fizjoterapeutycznych oraz, w razie wskazań, do rehabilitacji. Etap ten obejmuje ocenę kliniczną, ustalenie indywidualnego planu diagnostyczno-terapeutycznego albo odmowę kwalifikacji z uzasadnieniem, szeroki pakiet badań laboratoryjnych, obrazowych, endoskopowych i czynnościowych oraz konsultacje wielodyscyplinarne, a po leczeniu zabiegowym kontrolę efektów leczenia, monitorowanie metaboliczne i żywieniowe oraz dalsze prowadzenie chorego we współpracy z modułem szpitalnym i rehabilitacyjnym.

Moduł leczenia szpitalnego jest uruchamiany po zakończeniu etapu ambulatoryjnego oraz potwierdzeniu kwalifikacji i gotowości pacjenta do zabiegu. Obejmuje weryfikację wyników badań i konsultacji, uzupełnienie wyłącznie tej diagnostyki, która jest niezbędna do bezpiecznego przeprowadzenia interwencji, a następnie wykonanie chirurgicznego leczenia otyłości jedną z przewidzianych technik bariatrycznych. Projekt nadaje temu modułowi funkcję centrum organizacyjnego. Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny wraz z koordynatorem merytorycznym i organizacyjnym odpowiada za opracowanie oraz prowadzenie indywidualnego planu leczenia, współpracę z ośrodkami współpracującymi i wymianę dokumentacji na wszystkich etapach opieki. Po zakończeniu hospitalizacji świadczeniobiorca otrzymuje pisemne podsumowanie przebiegu leczenia i zalecenia do dalszego postępowania, które stają się podstawą kontynuacji opieki w AOS oraz, jeśli istnieją wskazania, w module rehabilitacji.

Moduł rehabilitacji jest uruchamiany u pacjentów, u których występują ograniczenia funkcjonalne, obniżona wydolność fizyczna, powikłania narządu ruchu albo potrzeba usprawniania po leczeniu operacyjnym. Kwalifikacji do rehabilitacji dokonuje lekarz z ośrodka realizującego moduł AOS albo leczenie szpitalne. Rehabilitacja może być realizowana w warunkach ambulatoryjnych, ośrodka lub oddziału dziennego. Zakres, rodzaj i częstotliwość świadczeń mają wynikać z indywidualnego planu terapeutycznego oraz z warunków właściwych dla danego trybu rehabilitacji. Świadczeniodawca ma obowiązek współpracować z podmiotami AOS i szpitalnym, aby zachować ciągłość i spójność procesu terapeutycznego. Projekt wyraźnie zakłada, że brak wskazań do rehabilitacji albo jej nierealizowanie nie stanowi podstawy odmowy kwalifikacji do leczenia lub dalszego prowadzenia chorego.

Populację docelową stanowią dorośli z rozpoznaniem otyłości (ICD-10: E66.0-E66.9), ze wskaźnikiem BMI ≥ 35 kg/m² lub BMI 30-34,9 kg/m² w przypadkach, u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę lub ustąpienie w zakresie co najmniej jednej z chorób wywołanych otyłością. W katalogu chorób współistniejących wymieniono cukrzycę (E11.2-E11.7); nadciśnienie tętnicze (I11.0, I11.9; I12.0; I12.9; I13.0-I13.2; I13.9) oraz obturacyjny bezdech senny (G47.3).

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Nie przeprowadzano oceny skuteczności i bezpieczeństwa interwencji wchodzących w skład projektowanego modelu opieki ze względu na jego specyfikę, polegającą na wprowadzeniu zmian organizacyjnych w sposobie udzielania świadczeń gwarantowanych.

Uzupełniając przeprowadzono przegląd dowodów oceniających skuteczność realizacji rehabilitacji po operacji bariatrycznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. W części raportu dotyczącej pilotażu przedstawiono natomiast doniesienia naukowe raportujące wyniki jego realizacji.

Przegląd dowodów naukowych wskazuje, że zastosowanie telerehabilitacji może sprzyjać zwiększeniu uczestnictwa pacjentów w realizacji programu rehabilitacyjnego oraz osiągnięciu poprawy sprawności fizycznej u osób z otyłością. Na podstawie częściowych wniosków z realizacji programu oraz danych literaturowych można wskazać, że wyniki programu pilotażowego KOS-BAR sugerują uzyskanie korzystnych efektów klinicznych. W zależności od ośrodka uzyskiwano średnią redukcję masy ciała wynoszącą 22-35%, utratę nadmiernej masy ciała rozumianej jako różnica między wyjściową masą ciała

a tzw. idealną masą ciała wynoszącą 41-68%. Remisję cukrzycy raportowano u 3-51% pacjentów. Odnotowano również poprawę w zakresie obturacyjnego bezdechu sennego do 30% pacjentów, spośród tych, u których rozpoznano OBS. Jednocześnie interpretacja wyników wymaga ostrożności ze względu na istotne zróżnicowanie rezultatów między ośrodkami oraz różnice w charakterystyce populacji pacjentów.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Nie przeprowadzono pełnej oceny ekonomicznej, w tym analizy kosztów-użyteczności ani analizy kosztów-efektywności, ze względu na organizacyjny charakter ocenianego modelu udzielania świadczeń.

Sposób finansowania ocenianego modelu organizacyjnego kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi chirurgicznie z powodu otyłości w ramach programu pilotażowego oparto na rozliczaniu poszczególnych modułów opieki po ich realizacji:

- rozliczenie obejmowało: modułu I – diagnostykę i postępowanie przedoperacyjne, modułu II – leczenie zabiegowe, modułu IV – bariatryczną opiekę specjalistyczną (monitorowanie pacjenta). Rehabilitacja lecznicza była rozliczana po zrealizowaniu poszczególnych cykli rehabilitacji leczniczej składających się na moduł III – rehabilitacja lecznicza przed- i pooperacyjna.

Niezależnie od finansowania świadczeń realizowanych w ramach poszczególnych modułów, ośrodek koordynujący otrzymywał dodatkowo ryczałt miesięczny za koordynację opieki nad świadczeniobiorcą w programie pilotażowym. W programie przewidziano współczynnik korygujący, czyli mnożnik powiązany z wybranymi wskaźnikami efektów leczenia.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Wyniki analizy wpływu na budżet zostały przedstawione w trzyletnim horyzoncie czasowym z perspektywy płatnika publicznego. Przeprowadzono analizę scenariuszową, w scenariuszu istniejącym przyjęto założenia analogiczne jak w dotychczasowym układzie, tj. z utrzymaniem dwóch równoległych ścieżek: programu pilotażowego KOS-BAR oraz standardowego leczenia bariatrycznego rozliczanego poza pilotażem, głównie w ramach grupy JGP F14 „Chirurgiczne leczenie otyłości”. Scenariusz nowy zakłada wdrożenie ocenianego świadczenia. W tym scenariuszu większość pacjentów, którzy w scenariuszu istniejącym byłiby rozliczani w ramach KOS-BAR lub standardowej grupy JGP F14, zostaje przesunięta do nowego świadczenia kompleksowego. Jednocześnie w analizie pozostawiono grupę pacjentów leczonych standardowo poza świadczeniem kompleksowym.

Wielkość populacji docelowej określono na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ związanych z realizacją pilotażu oraz JGP F14. Liczebność populacji włączanej do diagnostyki i postępowania przedoperacyjnego oszacowano na 15 995; 17 169 oraz 18 341 pacjentów, odpowiednio dla kolejnych lat analizy. W kolejnych latach analizy modelem kompleksowej opieki objęte zostanie ok. 84% populacji całkowitej.

Wyniki analizy wskazują na wzrost kosztów płatnika odpowiednio o:

- 29,88 mln zł [MIN: 28,41 mln zł; MAX: 31,34 mln zł] w pierwszym roku analizy,
- 31,99 mln zł [30,42 mln zł; 33,56 mln zł] w drugim roku analizy,
- 34,10 mln zł [32,42 mln zł; 35,77 mln zł] w trzecim roku analizy.

Ograniczenia oceny wpływu na budżet

Ograniczenia analizy wynikają przede wszystkim z niepewności związanej z przeniesieniem założeń programu pilotażowego KOS-BAR na warunki rutynowego finansowania świadczenia gwarantowanego. Niepewność jest również związana z przyjęciem założeń dotyczących stałego udziału pacjentów objętych świadczeniem kompleksowym oraz tempem wdrażania modelu przez świadczeniodawców. Dodatkowym ograniczeniem jest rozszerzenie populacji docelowej względem programu KOS-BAR i standardowego świadczenia scharakteryzowanego jako „Chirurgiczne leczenie otyłości”, co zwiększa niepewność prognozowanej liczebności pacjentów i kosztów. Szczególnie istotne pozostaje również ryzyko związane z docelowym modelem finansowania, w tym brak jednoznacznego rozstrzygnięcia, czy utrzymanie zostaną mechanizmy finansowania koordynacji opieki oraz premiowania efektów leczenia. Wyniki analizy należy traktować jako obarczone znaczną niepewnością i interpretować z ostrożnością.

Opinia NFZ

W przekazanej opinii Prezes NFZ wskazuje, że całkowity koszt wdrożenia nowego modelu organizacyjnego w zależności od wariantu wyniesie od 76,6 mln zł (wariant I – 19 realizatorów) do około 116,9 mln zł (Wariant II – 29 realizatorów).

Opinie ekspertów klinicznych

W przekazanych dwóch opiniach eksperci przedstawili zgodne stanowiska w zakresie zasadności wprowadzenia ocenianego modelu realizacji świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych. Wskazano na potrzebę zapewnienia pacjentom z otyłością dostępu do kompleksowej, skoordynowanej i wielodyscyplinarnej opieki. Jako potencjalne korzyści wskazano przede wszystkim zapewnienie ciągłości procesu terapeutycznego, możliwość objęcia pacjenta wsparciem na etapie przygotowania do leczenia zabiegowego i po jego zakończeniu, a także poprawę jakości i efektywności organizacyjnej opieki.

Jednocześnie jeden z ekspertów wskazał na istotne ograniczenia obecnego modelu opieki, m.in. brak stabilnego finansowania oraz nierównomierny dostęp do leczenia w wyspecjalizowanych ośrodkach.

Uwagi do opisu świadczenia

Kryteria kwalifikacji do ocenianego świadczenia zostały rozszerzone w stosunku do zasad obowiązujących zarówno w programie pilotażowym, jak i w świadczeniu gwarantowanym „Chirurgiczne leczenie otyłości”, poprzez objęcie nimi również wybranych osób z BMI 30-34,9 kg/m² i chorobami współistniejącymi. Należy jednak zauważyć, że poza pojedynczym krajowym dokumentem konsensusu ekspertów nie odnaleziono wystarczających przesłanek uzasadniających taką modyfikację, a dane z pilotażu KOS-BAR nie pozwalają na ekstrapolację uzyskanych rezultatów na istotnie rozszerzoną populację.

Projektowany model organizacyjny przewiduje realizację rozbudowanego etapu diagnostyczno-przygotowawczego w poradni chirurgii ogólnej, obejmującego m.in. konsultacje dietetyczne, psychologiczne, fizjoterapeutyczne oraz szeroki zakres diagnostyki. Zakres ten wykracza poza standardowe wymagania i zasoby świadczenia „porada specjalistyczna – chirurgia ogólna”, co może utrudniać interpretację i kontraktowanie świadczeń. Zasadne jest jednoznaczne określenie sposobu zapewnienia świadczeń wielospecjalistycznych w ramach opieki kompleksowej.

W warunkach realizacji zasadnie doprecyzowano wskazania do polisomnografii z wykorzystaniem kwestionariusza STOP-BANG. Jednocześnie polisomnografia jest świadczeniem z zakresu leczenia szpitalnego i nie stanowi świadczenia gwarantowanego w AOS, co powoduje niejednoznaczność miejsca realizacji i finansowania diagnostyki zaburzeń oddychania podczas snu. Wymaga to doprecyzowania relacji pomiędzy modułem AOS i leczeniem szpitalnym. Jednocześnie należy zaznaczyć trwającą w Agencji ocenę poligrafii krążeniowo-oddechowej jako świadczenia gwarantowanego w AOS.

Projektowana organizacja świadczenia nie zapewnia pełnej spójności w zakresie opisu funkcji koordynatora merytorycznego i organizacyjnego oraz podziału odpowiedzialności między modułami AOS, leczenia szpitalnego i rehabilitacji. Wskaźniki jakości i efektywności realizacji świadczenia przypisano świadczeniodawcy realizującemu moduł szpitalny, pomimo że część działań wpływających na wyniki leczenia jest realizowana w AOS lub rehabilitacji. W związku z powyższym zasadne wydaje się doprecyzowanie modelu koordynacji poprzez jednoznaczne wskazanie podmiotu odpowiedzialnego za zarządzanie całym procesem leczenia.

Projekt przewiduje odejście od obligatoryjnego charakteru rehabilitacji pooperacyjnej, uzależniając jej realizację od indywidualnych wskazań medycznych. Dostępne dane naukowe wskazują na potencjalne korzyści aktywności fizycznej po zabiegu w zakresie wydolności funkcjonalnej, jakości życia i redukcji masy ciała; zakres świadczeń rehabilitacyjnych wymaga jednak doprecyzowania. Zasadne jest także rozważenie wykorzystania telerehabilitacji jako formy uzupełniającej rehabilitację stacjonarną, mogącej ograniczać bariery organizacyjne. W odniesieniu do komponentu prehabilitacji należy zwrócić uwagę na Opinię Prezesa Agencji nr 48/2026, zgodnie z którą prehabilitacja stanowi uzasadniony kierunek postępowania u wybranych grup pacjentów, jednak aktualnie nie ma wystarczających podstaw do jej rutynowego i powszechnego stosowania w całej populacji osób kierowanych na leczenie zabiegowe.

Pozostałe uwagi zostały przedstawione w raporcie.

Omówienie rekomendacji klinicznych w odniesieniu do ocenianej technologii

Zidentyfikowano 9 dokumentów wytycznych praktyki klinicznej, które wskazują na zasadność prowadzenia leczenia otyłości w zintegrowanym modelu opieki obejmującym kwalifikację do leczenia, przygotowanie przedoperacyjne, chirurgię bariatryczną oraz długoterminowe monitorowanie pooperacyjne. Wszystkie dokumenty podkreślają znaczenie wielodyscyplinarnego podejścia do leczenia pacjenta. W większości analizowanych wytycznych chirurgiczne leczenie otyłości jest rekomendowane u pacjentów z BMI ≥ 40 kg/m² oraz u pacjentów z BMI 35-39,9 kg/m² przy współwystępowaniu chorób związanych z otyłością. W wytycznych podkreśla się potrzebę indywidualizacji procesu kwalifikacji i wyboru metody operacyjnej. Istotne znaczenie przypisuje się prowadzeniu opieki pooperacyjnej, monitorowaniu stanu odżywienia, aktywności fizycznej i wsparciu dietetyczno-psychologicznemu, a także doświadczeniu ośrodka i kompetencjom zespołu. Polski konsensus ekspertów z 2025 r. dopuszcza szersze kryteria kwalifikacji do leczenia chirurgicznego niż pozostałe analizowane dokumenty, w szczególności w zakresie pacjentów z BMI ≥ 35 kg/m² niezależnie od obecności chorób współistniejących oraz pacjentów z BMI 30-35 kg/m². Zakres ten wykracza poza kryteria rekomendowane w większości odnalezionych wytycznych międzynarodowych.

W analizowanych siedmiu krajach rozwiązania organizacyjne dotyczące leczenia otyłości i chirurgii bariatrycznej są zróżnicowane. Pomimo różnic systemowych, w większości przypadków opieka realizowana jest w ramach ustrukturyzowanej, wieloetapowej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej połączonej z monitorowaniem pacjenta po operacji. Leczenie chirurgiczne otyłości jest zasadniczo finansowane ze środków publicznych, przy czym nie wszędzie funkcjonuje jako odrębne świadczenie lub program kompleksowej opieki. Najbardziej rozwinięte i sformalizowane modele organizacyjne zidentyfikowano m.in. w Słowacji, Szwecji, Francji, Danii i Wielkiej Brytanii, gdzie ścieżka opieki jest powiązana z określonymi kryteriami kwalifikacji, opartymi głównie na wartości BMI oraz obecności chorób współistniejących. Najczęściej kryterium stanowi BMI ≥ 40 kg/m² albo BMI 35-39,9 kg/m² przy współwystępowaniu chorób związanych z otyłością. W dwóch krajach dopuszcza się również kwalifikację pacjentów z BMI 30-34,9 kg/m², zwykle przy współwystępowaniu cukrzycy typu 2 oraz po indywidualnej ocenie klinicznej. W rozwiązaniach części krajów podkreśla się znaczenie długoterminowego monitorowania pacjenta oraz realizacji opieki w wyspecjalizowanych ośrodkach lub centrach leczenia otyłości dysponujących odpowiednim potencjałem kadrowym i organizacyjnym.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2026 r. (znak: DLG.0210.22.2025(3)) w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia „kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej”, jako świadczenia gwarantowanego z zakresów: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej - w oparciu o doświadczenia z programu pilotażowego KOS-BAR, art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 89/2026 z dnia 13 lipca 2026 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej” jako świadczenia gwarantowanego.
2. Raport nr DMIOSZ.4100.3.2026 „Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej”, data ukończenia 8 czerwca 2026 r.