



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

Rada Przejrzystości uznaje za zasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej” jako świadczenia gwarantowanego, pod warunkiem przyjęcia kryteriów kwalifikacji analogicznych do programu pilotażowego KOS-BAR.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej jako świadczenia gwarantowanego z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej, w oparciu o doświadczenia z programu pilotażowego KOS-BAR.

Przedmiotem oceny jest model kompleksowej i skoordynowanej opieki nad dorosłymi pacjentami z otyłością, którego celem jest zapewnienie ciągłości i koordynacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego, a także poprawa jego efektywności organizacyjnej.

Model opieki obejmuje pełną ścieżkę postępowania z pacjentem, poczynwszy od diagnostyki przedoperacyjnej i przygotowania pacjenta przez zespół wielodyscyplinarny do leczenia chirurgicznego, poprzez przeprowadzenie zabiegu bariatrycznego, aż po długoterminową opiekę pooperacyjną. W ramach świadczenia przewidziano monitorowanie pacjenta pod kątem występowania powikłań wczesnych i późnych oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego,

dietetycznego i rehabilitacyjnego, realizowanego zarówno przed zabiegiem, jak i po jego wykonaniu, zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta.

Populacja, której dotyczy wnioskowane świadczenie to pacjenci od 18. r.ż.:

z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii, E66.1 Otyłość polekowa, E66.2 Ciężka otyłość z hipowentylacją płucową; E66.8 Inne postacie otyłości, E66.9 Otyłość, nieokreślona.

BMI ≥ 35 kg/m² lub BMI 30–34,9 kg/m² u świadczeniobiorców, u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę lub ustąpienie w zakresie co najmniej jednej z chorób wywołanych otyłością.

Powyższe, przyjęte w proponowanym świadczeniu kryteria kwalifikacji odnoszące się do wartości wskaźnika BMI są szersze w stosunku do kryteriów przyjętych w programie pilotażowym KOS-BAR oraz dla świadczenia opieki zdrowotnej „Chirurgiczne leczenie otyłości” znajdującego się w zał. 4 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.).

W programie pilotażowym kryteria odnoszące się do wskaźnika BMI były następujące:

BMI ≥ 40 kg/m² u świadczeniobiorców w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;

BMI 35–40 kg/m² u świadczeniobiorców, u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością.

Wytyczne praktyki klinicznej

Zidentyfikowano 9 dokumentów wytycznych klinicznych z lat 2020–2026 o charakterze międzynarodowym i krajowym. W 5 dokumentach wytycznych (NICE 2026, ISO 2026, iCARDIO 2025, CABPS 2021, EAES 2020) wskazano, że operację zaleca się/należy rozważyć u osób z BMI ≥ 40 kg/m². Natomiast polski konsensus ekspertów zaleca leczenie chirurgiczne u pacjentów z BMI ≥ 35 kg/m² niezależnie od występowania chorób współistniejących (Polski Konsensus 2025). W dokumencie iCARDIO 2025 zaleca się leczenie chirurgiczne u pacjentów z BMI ≥ 35 kg/m² wyłącznie w przypadku występowania chorób współistniejących. Wytyczne CABPS 2021/EAS 2020 wskazują, że można ją rozważyć/należy rozważyć w tej grupie pacjentów. Wytyczne brytyjskie i włoskie jasno rekomendują operację u osób z BMI 35–39,9 kg/m² i chorobami współistniejącymi (NICE 2026, ISO 2026). Dla niższych wartości BMI (≥ 30 kg/m²) operacja może być rozważana, głównie u pacjentów z cukrzycą typu 2 oporną

na leczenie lub innymi poważnymi chorobami współistniejącymi, zwłaszcza przy wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Dodatkowo wskazuje się, że operację należy rozważyć, gdy otyłość uniemożliwia inne leczenie lub w celu poprawy kontroli chorób związanych z otyłością.

Wytyczne podkreślają konieczność świadczenia kompleksowej opieki przedoperacyjnej, uwzględniającej m. in. aspekty kliniczne, metaboliczne, żywieniowe oraz ocenę psychologiczną, zapewnionej przez wielospecjalistyczny zespół (NICE 2026, Polski Konsensus 2025, iCARDIO, EAES 2020, BOMSS 2020). W polskim konsensusie ekspertów oraz w brytyjskich wytycznych szczegółowo określono zakres przedoperacyjnych badań laboratoryjnych, które pacjent powinien mieć wykonane przed zabiegiem (Polski Konsensus 2025, BOMSS 2025). Dodatkowo, w polskich wytycznych wskazano minimalny i optymalny czas potrzebny na przygotowanie pacjenta do zabiegu, odpowiednio 3 mies. oraz 6–9 mies.

Wybór metody operacyjnej powinien być zindywidualizowany, przy czym najczęściej rekomendowane są rękawowa resekcja żołądka (SG) oraz pomostowanie żołądkowe Roux-en-Y (RYGB) wykonywane techniką laparoskopową.

Wszystkie analizowane wytyczne zgodnie podkreślają kluczowe znaczenie opieki pooperacyjnej, która powinna mieć charakter długoterminowy i wielodyscyplinarny. W wytycznych iCARDIO 2025 wskazano okres monitorowania pooperacyjnego wynoszący 6–12 mies., natomiast w NICE 2026 oraz BOMSS 2020 wskazano, że należy zapewnić pacjentowi opiekę przez min. 2 lata. Aktywność fizyczna przed zabiegiem nie jest rutynowo zalecana z uwagi na brak wystarczających danych naukowych (Polski Konsensus 2025, ERAS 2021), natomiast po operacji stanowi istotny element terapii i powinna być systematycznie wdrażana oraz wzmacniana poprzez prowadzenie poradnictwa (Polski Konsensus 2025, ASMBS 2025, NICE 2026, CABPS 2021).

Wytyczne ERAS 2021 wskazują na występowanie silnego związku między „wolumenem” zabiegów wykonywanych w danym ośrodku a wynikami leczenia chirurgicznego, wskazując na korzystniejsze efekty w ośrodkach o większym doświadczeniu. Zespół wielodyscyplinarny uczestniczący w procesie leczenia pacjenta z otyłością powinien posiadać odpowiednie kompetencje (NICE 2026).

Problem ekonomiczny

Niezależnie od programu pilotażowego, opieka nad pacjentami z otyłością olbrzymią jest finansowana w ramach obowiązujących świadczeń gwarantowanych realizowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, leczeniu szpitalnym oraz rehabilitacji leczniczej.

Populację docelową dla projektowanego świadczenia oszacowano na podstawie prognoz wykorzystujących dane NFZ z lat 2019–2025, uwzględniając pacjentów

potencjalnie objętych kontynuacją modelu KOS-BAR oraz pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu otyłości poza programem.

W wariantcie podstawowym prognozowane wydatki płatnika publicznego w latach 2027–2029, w:

- scenariuszu „istniejącym” wynoszą odpowiednio: w 2027 r.: 356 330 109,50 zł; 2028 r.: 382 407 756,74 zł i 2029 r.: 408 484 873,35 zł;
- scenariuszu „nowym” wzrastają do: w 2027 r.: 386 207 123,79 zł; 2028 r.: 414 393 317,63 zł i 2029 r.: 442 580 352,17 zł.

Koszty inkrementalne, stanowiące różnicę pomiędzy scenariuszem „nowym” a „istniejącym”, wykazują tendencję wzrostową w całym okresie analizy, niezależnie od przyjętego wariantu oszacowań (minimalnego, podstawowego i maksymalnego), co wynika przede wszystkim z rozszerzenia zakresu i dostępności kompleksowej opieki nad pacjentami z otyłością.

Główne argumenty decyzji:

- Proponowane świadczenie stanowi rozwinięcie rozwiązań organizacyjnych testowanych w ramach programu pilotażowego KOS-BAR i odpowiada na zidentyfikowaną potrzebę zapewnienia kompleksowej, skoordynowanej oraz długoterminowej opieki nad pacjentami z otyłością.
- Projekt świadczenia zawiera szereg elementów sprzyjających poprawie jakości opieki, bezpieczeństwa leczenia oraz osiągnięciu trwałych efektów zdrowotnych.

Uwagi Rady:

- Wnioski z programu pilotażowego odnoszą się do populacji węższej i brak podstaw, aby ekstrapolować niniejsze wyniki na szerszą populację.
- Proponowana w projekcie populacja docelowa świadczenia stanowiłaby istotne rozszerzenie w stosunku do programu pilotażowego, jak i większości analizowanych wytycznych międzynarodowych. Tak szerokie ujęcie wskazań: wykraczałoby poza populację objętą KOS-BAR oraz generuje znaczne koszty, stawiając Polskę w awangardzie Europy, podczas gdy większość państw stosuje znacznie bardziej rygorystyczną politykę. Należy rozważyć, czy budżet ochrony zdrowia pozwala na tak kosztowne rozszerzanie kryteriów kwalifikacji do tego świadczenia.
- Proponowana w projekcie nazwa świadczenia – „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej” – sugeruje objęcie świadczeniem wyłącznie pacjentów z otyłością III stopnia ($BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$), podczas gdy kryteria kwalifikacji obejmują również pacjentów z otyłością II stopnia ($BMI 35,0\text{--}39,9 \text{ kg/m}^2$) oraz I stopnia ($BMI 30,0\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$) z chorobami współistniejącymi. Proponujemy rozważenie zmiany nazwy świadczenia na „Kompleksowa opieka

specjalistyczna nad pacjentami kwalifikowanymi do leczenia metabolicznego/bariatrycznego choroby otyłościowej”.

- *Rozszerzenie kryteriów kwalifikacji do świadczenia będzie wpływało na pogorszenie dostępności do świadczenia i przekroczenie możliwości ośrodków realizujących proponowane świadczenie.*
- *Należy rozważyć zastosowanie telerehabilitacji, co może sprzyjać zwiększeniu uczestnictwa pacjentów w realizacji programu rehabilitacyjnego oraz osiąganiu poprawy sprawności fizycznej u osób z otyłością. W dostępnych badaniach nie raportowano występowania poważnych zdarzeń niepożądanych związanych ze stosowaniem tej formy interwencji, co sugeruje, że telerehabilitacja może stanowić bezpieczną alternatywę dla rehabilitacji realizowanej w formie stacjonarnej.*

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DMiOSZ.4100.3.2026 „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej”, data ukończenia: 08.07.2026 r.

Inne wykorzystane źródła danych:

1. Opinia eksperta przedstawiona w trakcie posiedzenia Rady Przejrzystości.