



# Minister Zdrowia

DLG.050.107.2025.AT  
Warszawa, 05 lipca 2025

**Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu**

**Szanowny Panie Marszałku,**

w odpowiedzi na interpelację Pana Posła Janusza Cieszyńskiego w sprawie przyszłości programu KOS-BAR i kompleksowego leczenia otyłości olbrzymiej (nr 10156), uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

W zakresie pytania czy Ministerstwo planuje przedłużenie programu KOS-BAR, należy wskazać, że nie jest planowane przedłużenie programu. Warto przy tym zauważyć, że etap realizacji podczas którego są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego, trwa do dnia 30 czerwca 2026 r.

Odnosząc się do pytań jakie działania podejmuje Ministerstwo w celu wprowadzenia kompleksowej opieki bariatrycznej na stałe do koszyka świadczeń NFZ?, oraz jaki jest harmonogram prac nad włączeniem leczenia bariatrycznego do standardowych świadczeń gwarantowanych?, należy wskazać, że zgodnie z przepisami rozporządzenia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, we współpracy z ośrodkami koordynującymi, sporządza raport: częściowy, zawierający analizę i ocenę realizacji programu pilotażowego z 4-letniego okresu realizacji programu pilotażowego, i przekazuje go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 grudnia 2025 r. Niniejszy dokument a także sprawozdanie i raport końcowy, zawierający analizę i ocenę realizacji programu pilotażowego pozwoli na ocenę przedmiotowego programu. Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia zleci Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowanie Rekomendacji w sprawie zasadności kwalifikacji modelu kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

W odpowiedzi na pytanie ile osób skorzystało z programu KOS-BAR od jego rozpoczęcia i jakie są wstępne wyniki leczenia?, warto wskazać, że według danych pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia stanu na dzień 12.02.2025r. liczba pacjentów w latach grudzień 2021 – grudzień 2024 r., - wyniosła 13 766. Wyniki natomiast leczenia zostaną przedstawione w raporcie częściowym w terminie do dnia 31 grudnia 2025 r., a także w sprawozdaniu końcowym z realizacji programu pilotażowego w terminie 3 miesiące od dnia zakończenia programu pilotażowego i w raporcie końcowym przekazanym nie później niż w terminie 3 miesiące od dnia przekazania ministrowi sprawozdania końcowego z realizacji programu pilotażowego.

W odniesieniu do podniesionej kwestii jakie środki finansowe planuje Ministerstwo przeznaczyć na leczenie otyłości w kolejnych latach?, należy podkreślić, że koszty zostaną oszacowane w sytuacji wprowadzania świadczenia jako gwarantowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Dodatkowo poniżej w tabeli poniżej przedstawiono dane pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia, stan na dzień 12 lutego 2025 r.

Rok	Liczba pacjentów	Kwota refundacji świadczeń	Wartość umów
2021	66	25 124 zł	1 007 969 zł
2022	2873	26 893 025 zł	47 426 353 zł
2023	4745	73 693 328 zł	79 593 310 zł
2024	6082	27 007 157 zł	43 871 857 zł
<b>Razem</b>	<b>13766</b>	<b>127 618 633 zł</b>	<b>171 899 489 zł</b>

W arkuszu przedstawiono liczbę pacjentów oraz wartość refundacji dla świadczeń sprawozdanych na zakresie 18.4500.001.02 - Świadczenia opieki zdrowotnej - program pilotażowy KOS-BAR w latach grudzień 2021 - grudzień 2024 r. Informacje dotyczące umów dotyczą zakresów świadczeń: 18.4500.001.03, 18.4500.001.02, 18.4500.002.02, 18.4500.004.02, 18.4500.003.02.

W odpowiedzi na pytanie czy planowane są działania profilaktyczne mające na celu przeciwdziałanie otyłości, szczególnie wśród dzieci? Warto podkreślić, że kluczową rolę w rozpoznawaniu, eliminowaniu lub ograniczaniu zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego, zapewnieniu profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa odgrywa podstawowa opieka zdrowotna.

Zgodnie przy tym z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 1428 z późn. zm.) w ramach świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) udzielanych dzieciom i młodzieży w ramach porad patronażowych, badań bilansowych oraz badań przesiewowych znajdują się świadczenia dotyczące monitorowania rozwoju fizycznego, określania współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) i udzielane są w następujących okresach:

- badanie lekarskie rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwody głowy i klatki piersiowej) w okresie:
  - 1-4 tydzień,
  - 2-6 miesiąc życia,
  - 9 miesiąc życia,
  - 12 miesiąc życia,
- badanie lekarskie rozwoju fizycznego pomiar: masy i długości ciała, obwody głowy i klatki piersiowej), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index- BMI) w okresie:
  - 2 lata,
  - 4 lata,
  - 5 lat,
  - 6 lat,
  - III klasa szkoły podstawowej,
  - klasa I gimnazjum (obecnie VII klasa szkoły podstawowej),
  - klasa I szkoły ponadgimnazjalnej (obecnie I klasa szkoły ponadpodstawowej),
  - ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej (obecnie ostatnia klasa szkoły ponadpodstawowej).

Ponadto na mocy przepisów znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r., poz.1965 z późn. zm.) z dniem 1 października 2022 r. udostępniona została lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) możliwość udzielania świadczeń opieki koordynowanej w następujących zakresach:

- diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków lub
- diagnostyka i leczenie cukrzycy, lub
- diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, lub
- diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy lub
- diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek (od dnia 1 listopada 2023 r., na mocy przepisów rozporządzenia nowelizującego rozporządzenie Ministra Zdrowie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2023 r., poz. 2226 z późn. zm.)

Na organizację udzielania świadczeń opieki koordynowanej składa się m.in. dostęp do konsultacji:

- lekarza specjalisty,
- dietetycznych realizowanych przez dietetyka posiadającego kwalifikacje określone ww. rozporządzeniu.

Na potrzeby udzielania konsultacji dietetycznych opracowane zostały **wytyczne Polskiego Towarzystwa Dietetyki i Krajowego Konsultanta w dziedzinie medycyny rodzinnej** dotyczące udzielania konsultacji dietetycznych w ramach opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Należy zauważyć, że wytyczne nie są przepisami prawa powszechnie obowiązującego i świadczeniodawcy mają dowolność w ich stosowaniu.

Zgodnie z wytycznymi, do konsultacji dietetycznej kieruje lekarz prowadzący pacjenta w POZ. Lekarz przekazuje pacjentowi „Dzienniczek Żywieniowy” i zleca prowadzenie go przed pierwszą wizytą u dietetyka wg instrukcji w nim zawartej. Cel konsultacji dietetycznej powinien być celem mierzalnym ilościowym lub jakościowym.

Celem mierzalnym ilościowym będzie:

- np. zmiana parametrów antropometrycznych (redukcja masy ciała) lub poprawa wyników badań laboratoryjnych (niższe stężenie glukozy we krwi, niższe stężenie cholesterolu LDL i trójglicerydów).

Celem mierzalnym jakościowym będzie:

- poprawa samopoczucia,
- ustąpienie dolegliwości bólowych,
- zmniejszenie ilości popełnianych błędów w sposobie żywienia,
- zwiększenie świadomości w zakresie sposobu żywienia.
- Pierwsza konsultacja powinna trwać ok. 30-40 minut. Na pierwszej wizycie dietetyk powinien ocenić potrzeby pacjenta w zakresie edukacji żywieniowej i dietetycznej. W trakcie konsultacji dietetyk dokonuje analizy sposobu żywienia pacjenta na podstawie wypełnionego „Dzienniczka Żywieniowego”. Następnie dietetyk przeprowadza z pacjentem wywiad obejmujący informacje o:
  - chorobach współistniejących i ich leczeniu,
  - dolegliwościach ze strony układu pokarmowego i ewentualnych ich przyczynach,
  - alergiach i nietolerancjach pokarmowych,
  - ostatnich wynikach badań laboratoryjnych
  - nawyki żywieniowe.

Na podstawie zebranych informacji, dietetyk ustala potrzeby pacjenta w zakresie modyfikacji żywieniowych, wymagań edukacyjnych i jego motywacji do wprowadzenia zmian oraz ustala zalecenia, w tym zalecenia ramowe diety i zalecenia szczegółowe, które przekazuje pacjentowi w formie pisemnej. W przypadku, gdy wywiad żywieniowy i analiza „Dzienniczka Żywieniowego” wskazują na błędy w sposobie żywienia pacjenta, dietetyk zaleca dalsze prowadzenie „Dzienniczka Żywieniowego” wg wcześniej ustalonych zaleceń żywieniowych. Na zakończenie pierwszej wizyty dietetyk ustala termin drugiej wizyty, która powinna być zaplanowana nie później niż po 30 dniach od pierwszej wizyty.

Na drugiej wizycie dietetyk wspólnie z pacjentem dokonują ewentualnej ponownej modyfikacji ustalonej na pierwszej wizycie diety. Dietetyk może zalecić pacjentowi dalsze

prowadzenie „Dzienniczka Żywieniowego”. Na zakończenie drugiej wizyty dietetyk ustala termin trzeciej wizyty, która powinna być zaplanowana po ok. 2 miesiącach od drugiej wizyty. Trzecia wizyta ma na celu ocenę uzyskanych efektów poprzez wprowadzone przez dietetyka zmiany w sposobie żywienia, w zależności od ustalonego na pierwszej wizycie celu. np. poprawa samopoczucia, ustąpienie dolegliwości bólowych, zmiana parametrów antropometrycznych, poprawa wyników badań laboratoryjnych. Dietetyk przekazuje pacjentowi zalecenia związane z dalszym stosowaniem diety.

Warto także podkreślić, że obecnie realizowany jest program pilotażowy „Dobry posiłek w szpitalu”, która obejmuje zapewnienie pacjentom wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, na podstawie zaleceń opublikowanych na stronie Ministerstwa Zdrowia oraz udzielanie pacjentom porad żywieniowych przez osobę planującą dietę.

Ponadto prowadzone są prace nad rozwiązaniami systemowymi w zakresie żywienia w szpitalach. Planowany jest obowiązek zapewnienia pacjentom wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, w oparciu o wymagania, które określają:

- 1) kody i nomenklaturę diet szpitalnych;
- 2) rodzaje diet, ich charakterystykę, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet oraz wartość odżywczą i energetyczną stosowanych diet szpitalnych.

Dla każdej scharakteryzowanej diety szpitalnej wskazano również jej zastosowanie. W przypadku diet dla dzieci i młodzieży, zastosowanie dla nadwagi i otyłości wskazano dla diety ubogoenergetycznej (dla dzieci 10 r.ż.) oraz bogatoresztkowej. Jednocześnie należy podkreślić, że decyzję o rodzaju stosowanej diety i ewentualnych indywidualnych modyfikacjach będzie podejmował lekarz, a decyzja ta może być poprzedzona konsultacją z dietetykiem.

Odnosząc się do ostatniego pytania w jaki sposób Ministerstwo zamierza zapewnić ciągłość opieki dla pacjentów, którzy nie zdążyli zostać zakwalifikowani do programu KOS-BAR, należy podkreślić, że świadczenia z zakresu bariatrii realizowane są zgodnie z lp. 44 załącznika 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz.U. 2023 poz. 870, ze zm.).

Są to następujące świadczenia gwarantowane z zakresu chirurgicznego leczenia otyłości:

- 43.71 Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym metodą Roux-en gastric bypass;
- 43.72 Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym metodą Mini gastric bypass;
- 43.82 Rękawowa resekcja żołądka (sleeve gastrectomy);
- 44.95 Laparoskopowa operacja ograniczająca objętość żołądka;
- 44.96 Operacja powtórna zabiegu ograniczającego objętość żołądka, laparoskopowa.

Ponadto istnieje możliwość korzystania z opieki lekarskiej, fizjoterapeutycznej czy psychologicznej w ramach świadczeń gwarantowanych.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Jerzy Szafranowicz  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/