



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 13 września 2023 r.

Poz. 1858

### OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 25 lipca 2023 r.

#### **w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia 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 (Dz. U. poz. 1622), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. poz. 1517);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 czerwca 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. poz. 1052).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. poz. 1517), który stanowi:  
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;
- 2) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 czerwca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. poz. 1052), który stanowi:  
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia  
z dnia 25 lipca 2023 r. (Dz. U. poz. 1858)

## **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 12 sierpnia 2021 r.

### **w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR**

Na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa warunki realizacji programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR, zwanego dalej „programem pilotażowym”.

**§ 2.** Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) BMI – wskaźnik masy ciała jako masa ciała w kilogramach podzielona przez wzrost w metrach, podniesiony do potęgi drugiej;
- 2) dostęp – zapewnienie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 3) ERABS – protokoły kompleksowej opieki okołoperacyjnej stosowane dla poprawy wyników leczenia w chirurgii bariatrycznej;
- 4) koordynator procesu leczenia – lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej posiadający kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości oraz w prowadzeniu opieki nad świadczeniobiorcami bariatrycznymi (wymagane doświadczenie co najmniej 125 przypadków, w tym co najmniej 50 operacji bariatrycznych, o których mowa w § 7 pkt 2 lit. b, wykonanych samodzielnie jako operator, potwierdzone przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej);
- 5) koordynator programu pilotażowego – pielęgniarkę lub osobę posiadającą wyższe wykształcenie medyczne, która koordynuje plan badań, wizyt, ustala terminy, zbiera informacje i wprowadza dane do systemów sprawozdawczych;
- 6) KOS-BAR – kompleksowe świadczenia opieki zdrowotnej, realizowane na rzecz świadczeniobiorcy kwalifikującego się do leczenia chirurgicznego z powodu otyłości olbrzymiej, u którego pomimo leczenia zachowawczego nie uzyskuje się redukcji masy ciała, obejmujące postępowanie medyczne związane z przygotowaniem świadczeniobiorcy do zabiegu operacyjnego, wykonanie operacji bariatrycznej, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz, w zależności od wskazań medycznych, różne formy rehabilitacji leczniczej, w okresie do 18 miesięcy od dnia rozpoczęcia realizacji świadczenia opieki zdrowotnej;
- 7) lekarz specjalista – lekarza, który posiada II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 8) lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 9) miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 10) współczynnik korygujący – współczynnik określający wysokość mnożnika dla wskaźników oceny efektu zdrowotnego w ramach programu pilotażowego, za pomocą którego jest obliczana wysokość zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy biorącego udział w programie pilotażowym.

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 sierpnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1616).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733 i 1831.

§ 3. Celem programu pilotażowego jest poprawa jakości i efektywności leczenia świadczeniobiorców w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii, u których wskaźnik masy ciała BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>, oraz świadczeniobiorców z BMI 35–40 kg/m<sup>2</sup>, u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością, a także ocena efektywności organizacyjnej nowego modelu opieki nad tą grupą świadczeniobiorców.

§ 4. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji programu pilotażowego zakończony podpisaniem przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, umów ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego, który trwa 3 miesiące od dnia wejścia w życie rozporządzenia;
- 2)<sup>3)</sup> etap realizacji, podczas którego są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego, który trwa do dnia 31 grudnia 2024 r., przy czym leczenie zabiegowe z zakresu chirurgii bariatrycznej jest realizowane nie później niż 12 miesięcy przed zakończeniem etapu realizacji programu pilotażowego;
- 3) etap ewaluacji programu pilotażowego, który trwa 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji.

§ 5. Program pilotażowy obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej z zakresów określonych w art. 15 ust. 2 pkt 2, 3 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, znajdujące zastosowanie do jednostki chorobowej określonej w § 6 ust. 1.

§ 6. 1. Program pilotażowy obejmuje świadczeniobiorców w wieku od 18. roku życia na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii, kwalifikujących się do leczenia chirurgicznego na podstawie kryteriów klinicznych określonych w ust. 3.

2. Świadczeniobiorcy wyrażają zgodę na objęcie programem pilotażowym po uzyskaniu informacji o:

- 1) zasadach programu pilotażowego;
- 2) szczegółowych warunkach przetwarzania danych osobowych w ramach programu pilotażowego.

3. Klinicznymi kryteriami kwalifikacji świadczeniobiorców do objęcia programem pilotażowym są:

- 1) BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> u świadczeniobiorców w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;
- 2) BMI 35–40 kg/m<sup>2</sup> u świadczeniobiorców, u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością.

4. Programem pilotażowym nie mogą być objęci świadczeniobiorcy z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii, u których stwierdza się następujące przeciwwskazania do operacji bariatrycznej:

- 1) choroby nieuleczalne prowadzące do wyniszczenia;
- 2) choroby stanowiące zagrożenie dla życia;
- 3) choroby endokrynologiczne stanowiące podłoże dla otyłości;
- 4) ciężkie zaburzenia krzepnięcia krwi;
- 5) czynne uzależnienie od alkoholu lub narkotyków;
- 6) choroby psychiczne niepoddające się kontroli mimo leczenia i farmakoterapii;
- 7) upośledzenie umysłowe ciężkiego stopnia;
- 8) brak możliwości udziału w stałej długoterminowej kontroli po leczeniu operacyjnym;

<sup>3)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. poz. 1517), które weszło w życie z dniem 21 lipca 2022 r.; ze zmianą wprowadzoną przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 czerwca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. poz. 1052), które weszło w życie z dniem 3 czerwca 2023 r.

- 9) okres 12 miesięcy poprzedzający planowaną ciążę oraz okres ciąży i karmienia piersią;
- 10) brak pełnego przekonania co do słuszności wyboru leczenia operacyjnego;
- 11) stan uniemożliwiający samodzielne życie, w sytuacji gdy rodzina lub jednostka organizacyjna opieki społecznej nie jest w stanie zapewnić odpowiedniego długoterminowego nadzoru.

5. Termin wizyty pierwszorazowej, w podczas której świadczeniobiorca jest kwalifikowany do programu pilotażowego, wyznacza się w terminie do 30 dni od dnia zgłoszenia się świadczeniobiorcy do ośrodka koordynującego.

6. Świadczeniobiorcy zakwalifikowanemu do programu pilotażowego ośrodek koordynujący wydaje kartę KOS-BAR, której wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

7. Karta KOS-BAR zawiera:

- 1) dane osobowe świadczeniobiorcy;
- 2) wstępne rozpoznanie;
- 3) ostateczne rozpoznanie;
- 4) zalecenia dotyczące dalszego postępowania medycznego u świadczeniobiorcy objętego KOS-BAR;
- 5) wskazówki dla lekarzy.

8. Świadczeniobiorca, po otrzymaniu karty KOS-BAR, składa deklarację wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR, która zawiera oświadczenia i rezygnację z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy KOS-BAR, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 7. Realizacja programu pilotażowego obejmuje następujące etapy procesu terapeutycznego w ramach programu pilotażowego:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej związane z przygotowaniem świadczeniobiorcy do zabiegu bariatrycznego:
  - a) poradę kwalifikującą świadczeniobiorcę do programu pilotażowego – obejmującą ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy skierowanego do ośrodka koordynującego, ocenę zgromadzonej lub dostarczonej dokumentacji medycznej, wraz z potwierdzeniem klinicznych kryteriów kwalifikacji, o których mowa w § 6 ust. 3, wystawienie zleceń lub skierowań na dodatkowe badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, niezbędne do prowadzenia procesu diagnostyczno-leczniczego, oraz zaplanowanie opieki przedoperacyjnej, podczas której świadczeniobiorca będzie przygotowywany do operacji,
  - b) opiekę przedoperacyjną – obejmującą okres od 3 do 6 miesięcy przygotowania świadczeniobiorcy do zabiegu przez wielospecjalistyczny zespół, w skład którego wchodzi specjalistów z różnych dziedzin medycyny (lekarze specjaliści w dziedzinie: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych lub diabetologii, anestezjologii, rehabilitacji medycznej oraz fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk, pielęgniarka),
  - c) opracowanie przez wielospecjalistyczny zespół indywidualnego planu leczenia i przygotowanie świadczeniobiorcy pod względem klinicznym i psychologicznym do zabiegu bariatrycznego przez:
    - diagnostykę i optymalizację leczenia zaawansowanych chorób spowodowanych otyłością i innych schorzeń współistniejących mających wpływ na kwalifikację do zabiegu operacyjnego,
    - zapewnienie wielospecjalistycznych porad lub konsultacji, w zależności od potrzeb i stanu klinicznego świadczeniobiorcy, w tym konsultacji specjalistycznych w szczególności z zakresu: gastroenterologii, endokrynologii, kardiologii, chorób płuc, psychiatrii,
    - przygotowanie dietetyczne: modyfikacja stylu życia, włączenie diety redukcyjnej pozwalającej obniżyć masę ciała o co najmniej 8–10%, edukację w aspekcie właściwego odżywiania i rzucenia palenia tytoniu,
    - zwiększenie aktywności fizycznej i rehabilitację leczniczą,
    - wsparcie psychologiczne oraz porady kontrolne dotyczące prawidłowego i niepowikłanego procesu utraty masy ciała, wraz z pomiarem masy ciała, BMI – z wykonywaniem pomiarów parametrów antropometrycznych,
    - ocenę stopnia motywacji świadczeniobiorcy oraz możliwości współpracy w okresie okołoperacyjnym, a także prowadzenia dalszej opieki nad świadczeniobiorcą,

- d) zrealizowanie przynajmniej 5 wizyt u lekarza koordynującego leczenie bariatryczne lub u innych osób wchodzących w skład wielodyscyplinarnego zespołu, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 4, przy czym w zależności od spektrum chorób towarzyszących oraz stwierdzonego w trakcie oceny przedoperacyjnej stanu świadczeniobiorcy może zaistnieć konieczność poszerzenia zakresu wykonywanych badań i konsultacji,
  - e) kwalifikację świadczeniobiorcy do operacji bariatrycznej obejmującą ocenę i analizę ostatecznych wyników badań, konsultacji lekarskich, w tym anestezjologicznej, oraz ustalenie indywidualnego planu leczenia zabiegowego i dalszego postępowania;
- 2) leczenie zabiegowe indywidualne dla każdego świadczeniobiorcy:
- a) wybór optymalnej metody z uwzględnieniem stanu ogólnego oraz głównego celu leczenia,
  - b) procedury z zakresu chirurgii bariatrycznej posiadające udokumentowany wpływ na redukcję masy ciała i efekty metaboliczne, obejmujące:
    - 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,
  - c) wizytę kontrolną po zabiegu bariatrycznym – realizowaną w okresie od 7 do 14 dni od dnia wypisu świadczeniobiorcy z oddziału szpitalnego;
- 3) bariatryczną opiekę specjalistyczną (monitorowanie) – realizowaną w okresie 12 miesięcy od dnia wypisu świadczeniobiorcy ze szpitala, obejmującą:
- a) ocenę stanu zdrowia i odżywiania świadczeniobiorcy oraz ocenę ewentualnych niedoborów dietetycznych (w przypadku zabiegów obciążonych ryzykiem wystąpienia niedoborów pokarmowych wskazana jest długoterminowa suplementacja witamin oraz mikro- i makroelementów),
  - b) wykonywanie badań kontrolnych w szczególności masy ciała, BMI, parametrów antropometrycznych, badań laboratoryjnych, w tym obrazowych, oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych,
  - c) ocenę psychologa dotyczącą występowania zaburzeń łaknienia oraz zrozumienia przez świadczeniobiorcę zmian, jakie nastąpiły po zabiegu operacyjnym,
  - d) monitorowanie pojawienia się nowych problemów, odległych powikłań czy schorzeń – świadczeniobiorca posiada możliwość skorzystania z konsultacji specjalistów zaangażowanych w proces kwalifikacji do zabiegu oraz możliwość wykonania badań w zależności od potrzeb,
  - e) ustawiczną edukację świadczeniobiorców w aspekcie właściwego odżywiania, nawyków żywieniowych oraz oceny ilościowej i jakościowej stosowanej diety,
  - f) rehabilitację leczniczą mającą na celu zapobieganie powstawaniu zaburzeń czynnościowych i poprawę wydolności fizycznej oraz redukcję masy ciała, realizowaną według indywidualnego planu rehabilitacyjnego w warunkach ośrodka stacjonarnego lub oddziału dziennego lub w warunkach ambulatoryjnych,
  - g) przeprowadzenie bilansu opieki, w tym ocenę problemów swoistych dla danej metody operacyjnej,
  - h) wizyty kontrolne realizowane w następujący sposób:
    - wizyta po upływie 30 dni od dnia zabiegu operacyjnego,
    - w trakcie pierwszego roku od dnia zabiegu operacyjnego – nie rzadziej niż co 3 miesiące,
    - po upływie 12 miesięcy od dnia zabiegu operacyjnego, włącznie z bilansem opieki nad świadczeniobiorcą,
    - przeprowadzane z częstotliwością uzależnioną od typu wykonanej procedury bariatrycznej, dynamiki utraty masy ciała i potencjalnych problemów zdrowotnych występujących po zabiegu operacyjnym;
- 4) konsultacje przeprowadzane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności przez świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym – realizowane, w przypadku pojawienia się nowych objawów lub powikłań choroby, przez świadczeniodawców niezwłocznie, a w przypadku wyników badań wymagających opisu – realizowane nie później niż w okresie 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia świadczeniobiorcy;
- 5) przekazywanie Funduszowi danych rozliczeniowych związanych z realizacją programu pilotażowego obejmujących wszystkie wykonane procedury medyczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 dotyczących diagnostyki, leczenia i monitorowania świadczeniobiorców poddanych zabiegom bariatrycznym, objętych programem pilotażowym.



§ 8. Program pilotażowy jest realizowany przez ośrodki koordynujące, których wykaz określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, które zawarły z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego.

§ 9. 1. Ośrodek koordynujący realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia ogólna oraz spełnia następujące warunki do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach KOS-BAR:

- 1) posiada oddział szpitalny o profilu chirurgia ogólna wraz z poradnią chirurgiczną przyszpitalną dla świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym – w lokalizacji;
- 2) zapewnia dostęp do:
  - a) pracowni radiologii,
  - b) pracowni endoskopowej;
- 3) zapewnia dodatkowe wyposażenie w komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące aparaturę medyczną, sprzęt, narzędzia chirurgiczne lub instrumentarium potrzebne w opiece chirurgicznej nad świadczeniobiorcami bariatrycznymi, a także umeblowanie, wózki do siedzenia, stoły operacyjne, łóżka oraz inne udogodnienia dostosowane do indywidualnych potrzeb świadczeniobiorców z otyłością olbrzymią;
- 4) zapewnia wielospecjalistyczny zespół terapeutyczny z doświadczeniem w leczeniu otyłości i chirurgii bariatrycznej, w tym co najmniej:
  - a) lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej, posiadającego kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości oraz w prowadzeniu opieki nad świadczeniobiorcami bariatrycznymi (wymagane doświadczenie minimum 125 przypadków, w tym co najmniej 50 operacji bariatrycznych wykonanych samodzielnie jako operator, o których mowa w § 7 pkt 2 lit. b, pełniącego rolę koordynatora procesu leczenia, potwierdzone przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej,
  - b) lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych lub diabetologii,
  - c) lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii,
  - d) lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej, lub lekarza, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej,
  - e) psychologa lub psychologa klinicznego,
  - f) fizjoterapeutę,
  - g) dietetyka,
  - h) pielęgniarkę lub osobę posiadającą wyższe wykształcenie medyczne – pełniącą rolę koordynatora programu pilotażowego;
- 5)<sup>4)</sup> zrealizował co najmniej w jednym roku z trzech kolejnych lat 2019–2021 co najmniej 130 zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości wykonywanych minimum dwiema różnymi technikami;
- 6) opracowuje, wdraża i stosuje sformalizowaną procedurę określającą zasady współpracy między koordynatorem procesu leczenia a specjalistami współpracującymi w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu psychologii, rehabilitacji leczniczej, żywienia dietetycznego oraz z pozostałym personelem medycznym sprawującym opiekę nad świadczeniobiorcą zakwalifikowanym do programu pilotażowego;
- 7) w ramach opieki przed- i pooperacyjnej zapewnia dostęp do konsultacji specjalistycznych z zakresu: gastroenterologii, endokrynologii, kardiologii, chorób płuc i psychiatrii oraz zapewnia wsparcie psychologiczne, szkolenia z zakresu żywienia dietetycznego i rehabilitację leczniczą zgodnie z indywidualnymi potrzebami świadczeniobiorcy zakwalifikowanego do programu pilotażowego;
- 8) zapewnia wykonywanie badań laboratoryjnych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych i obrazowych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 8 *ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2162)*<sup>5)</sup>;

<sup>4)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 rozporządzenia wymienionego jako pierwsze w odnośniku 3.

<sup>5)</sup> Ustawa utraciła moc na podstawie art. 165 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. poz. 2280 oraz z 2023 r. poz. 1234), która weszła w życie z dniem 10 grudnia 2022 r.

- 9) zapewnia dostęp do badania polisomnograficznego;
- 10) zapewnia całodobowy dostęp w lokalizacji do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii i intensywnej terapii, wymaganych w opiece nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej;
- 11) zapewnia organizację programu pilotażowego w tym podmiocie przez koordynatora programu pilotażowego zatrudnionego w wymiarze równoważnika co najmniej 3/4 etatu oraz przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej z doświadczeniem w chirurgii bariatrycznej w wymiarze co najmniej równoważnika 1/4 etatu;
- 12) stosuje algorytmy kliniczne, które ułatwiają standaryzację opieki okołoperacyjnej, określone w protokole kompleksowej opieki okołoperacyjnej ERABS, którego wzór określa załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 13) tworzy grupy wsparcia lub współpracuje z istniejącymi grupami wsparcia w celu zapewnienia edukacji i wymiany doświadczeń między świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do programu pilotażowego w zakresie chirurgii bariatrycznej.

2. Opis warunków organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, stanowi załącznik nr 5 do rozporządzenia.

**§ 10. 1.**<sup>6)</sup> Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej w programie pilotażowym następuje po zrealizowaniu:

- 1) poszczególnych modułów opieki bariatrycznej:
  - a) modułu I – Diagnostyka, postępowanie przedoperacyjne,
  - b) modułu II – Leczenie zabiegowe,
  - c) modułu IV – Bariatryczna opieka specjalistyczna (monitorowanie);
- 2) poszczególnych cykli rehabilitacji leczniczej składających się na moduł III – Rehabilitacja lecznicza (przed- i pooperacyjna).

2. Ośrodek koordynujący otrzymuje ryczałt miesięczny za koordynację opieki nad świadczeniobiorcą w programie pilotażowym.

**§ 11. 1.** Wskaźnikami oceny efektów leczenia w ramach programu pilotażowego są:

- 1) wskaźniki efektów bariatrycznych, związane z obniżeniem masy ciała, obejmujące procentową utratę:
  - a) masy ciała,
  - b) nadmiernej masy ciała,
  - c) nadmiaru BMI;
- 2) wskaźniki efektów metabolicznych, związane z ustąpieniem lub zmniejszeniem wybranych parametrów medycznych, określanych jako powikłania otyłości spowodowanej nadmierną podażą energii, obejmujące:
  - a) ustąpienie cukrzycy lub remisję cukrzycy,
  - b) ustąpienie hiperlipidemii,
  - c) ustąpienie astmy / POChP,
  - d) ustąpienie obturacyjnego bezdechu sennego;
- 3) wskaźniki chirurgiczne obejmujące:
  - a) śmiertelność,
  - b) powikłania chirurgiczne,
  - c) długość i liczbę hospitalizacji,
  - d) powrót do aktywności zawodowej.

2. Opis wskaźników jakości dotyczących opieki i efektów leczenia oraz sposób ich pomiaru określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

<sup>6)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia wymienionego jako pierwsze w odnośniku 3.

3. Proponowaną wysokość współczynnika korygującego dla wybranych wskaźników oceny efektów leczenia określa załącznik nr 7 do rozporządzenia.

**§ 12.** Fundusz dokonuje pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego w zakresie oceny efektów leczenia w ramach programu pilotażowego, o których mowa w § 11, na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych przekazywanych przez realizatorów programu uwzględniających informacje, których zakres określają przepisy wydane na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

**§ 13. 1.** Prezes Funduszu sporządza sprawozdanie końcowe z realizacji programu pilotażowego, w tym ocenę danych, o których mowa w § 7 pkt 5, i ocenę wskaźników realizacji programu pilotażowego, o których mowa w § 11, dla każdego z ośrodków koordynujących odrębnie oraz zbiorczo dla wszystkich ośrodków koordynujących wraz z analizą porównawczą i opracowaniem statystycznym danych.

2. Prezes Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdanie końcowe z realizacji programu pilotażowego w terminie 3 miesięcy od dnia zakończenia programu pilotażowego.

**§ 14. 1.** Na podstawie sprawozdania końcowego z realizacji programu pilotażowego Fundusz dokonuje oceny wyników programu pilotażowego, we współpracy z ośrodkami koordynującymi.

2. Prezes Funduszu, we współpracy z ośrodkami koordynującymi, sporządza raport końcowy zawierający analizę i ocenę realizacji programu pilotażowego i przekazuje go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia przekazania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdania końcowego z realizacji programu pilotażowego, o którym mowa w § 13 ust. 1.

3. Raport końcowy Funduszu, o którym mowa w ust. 2, podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu.

4. Zadania związane ze sprawozdawczością dotyczące gromadzenia, analizy, opracowania, weryfikacji, udostępniania i upowszechniania danych są realizowane w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczą.

**§ 15.** Podmiotem obowiązującym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego jest Fundusz.

**§ 16.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia<sup>7)</sup>.

---

<sup>7)</sup> Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 3 września 2021 r.



Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1858)

Załącznik nr 1

WZÓR

KARTA KOS-BAR

Data .....

[Empty box for stamp or logo]

Dane kontaktowe ośrodka koordynującego  
nr tel.: .....  
e-mail: .....

(pieczęć, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego zawierająca: nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia)

Dane osobowe świadczeniobiorcy

[Grid for name and surname] (nazwisko)  
[Grid for first name] (imiona)

(numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)

Wstępne rozpoznanie:

(wg ICD-10, w momencie włączenia do programu pilotażowego KOS-BAR)

[Grid for preliminary diagnosis]

UWAGA: Poniższe informacje lekarz przekazuje świadczeniobiorcy objętemu programem pilotażowym oraz wypełnia kartę w sytuacji zakończenia opieki nad tym świadczeniobiorcą.

Ostateczne rozpoznanie:

(wg ICD-10)

[Grid for final diagnosis]

Zalecenia dotyczące dalszego postępowania medycznego u świadczeniobiorcy objętego KOS-BAR

Wskazówki dla lekarzy:

1) w zakresie diagnostyki:

.....  
.....

2) w zakresie farmakoterapii (w tym środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego):

.....  
.....  
.....

3) przeciwwskazania:

.....  
.....  
.....

4) inne:

.....  
.....  
.....

.....

(data)

.....

(pieczęć, nadruk lub naklejka zawierająca: imię  
i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskaną specjalizację,  
numer wykonywania zawodu oraz podpis lekarza)

## WZÓR

<b>DEKLARACJA WYBORU</b> <b>świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie</b> <b>kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi</b> <b>z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR</b>		
<b>UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami.</b>		
<b>I. Dane osobowe</b>		
<b>1. Dane świadczeniobiorcy:</b>	Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia <sup>1)</sup>	
<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej)<sup>2)</sup> </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (nazwisko)         </div> <div style="margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (imiona)         </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)         </div> <div style="width: 60%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (płeć M/K) (data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)         </div> </div> <p style="margin-top: 10px;"><b>Adres zamieszkania:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 60%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (ulica)         </div> <div style="width: 35%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (nr domu/mieszkania)         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 25%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (kod pocztowy)         </div> <div style="width: 70%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (miejscowość)         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 60%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (nazwa gminy)         </div> <div style="width: 35%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (telefon)         </div> </div> <p style="margin-top: 10px;"><b>Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 60%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (ulica)         </div> <div style="width: 35%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/> / <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (nr domu/mieszkania)         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 25%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (kod pocztowy)         </div> <div style="width: 70%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (miejscowość)         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 60%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (nazwa gminy)         </div> <div style="width: 35%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (telefon)         </div> </div> <p style="margin-top: 10px;"><b>2. Dane dotyczące opiekuna prawnego:<sup>3)</sup></b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 60%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (nazwisko)         </div> <div style="width: 35%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (imię)         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 30%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)         </div> <div style="width: 65%; margin-bottom: 5px;"> <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 1.2em;" type="text"/>            (data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)         </div> </div>		



**IV. Rezygnuję z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy**.....  
(data: dzień-miesiąc-rok).....  
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego).....  
(podpis osoby przyjmującej deklarację).....  
(pieczęć, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego  
zawierająca: nazwę, adres siedziby oraz numer  
identyfikacyjny umowy).....  
(pieczęć, nadruk lub naklejka miejsca udzielania  
świadczeń opieki zdrowotnej zawierająca: nazwę, adres  
oraz numer identyfikacyjny umowy)**POUCZENIE****Informacja dla wypełniającego deklarację**

Możliwe jest wybranie tylko jednego świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy

## WYKAZ OŚRODKÓW KOORDYNUJĄCYCH

- 1) Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie;
- 2) Regionalne Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Lubinie;
- 3) Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu;
- 4) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie;
- 5) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
- 6) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie;
- 7) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
- 8) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce;
- 9) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej;
- 10) Specjalistyczne Centrum Medyczne im. św. Jana Pawła II Spółka Akcyjna w Polanicy-Zdroju;
- 11) Szpital Czerniakowski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Warszawie;
- 12) Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy;
- 13) Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie;
- 14) Szpitale Pomorskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Gdyni;
- 15) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku;
- 16) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 17) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;
- 18) Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu;
- 19) Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie.

<sup>8)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 rozporządzenia wymienionego jako pierwsze w odnośniku 3.



## WZÓR

**PROTOKÓŁ KOMPLEKSOWEJ OPIEKI OKOŁOOPERACYJNEJ ERABS  
zalecenia dotyczące opieki przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej  
w chirurgii bariatrycznej**

Etap	Opis
przedoperacyjny	1) ocena multidyscyplinarna (dietetyk, psycholog i chirurg)
	2) u chorych z powikłaniami otyłości i chorobami towarzyszącymi konsultacje specjalistyczne przed przyjęciem do szpitala
	3) ocena przedoperacyjna: a) chirurg, anestezjolog, pielęgniarka, dietetyk, b) porady dietetyczne, c) badania krwi, EKG, nieinwazyjna ocena EtCO <sub>2</sub> (mierzenie końcowo-wydechowego CO <sub>2</sub> ), gastroscopia lub badanie radiologiczne górnego odcinka przewodu pokarmowego, d) multidyscyplinarna ocena końcowa (anestezjolog, chirurg i pielęgniarka), e) wyrażenie przez świadczeniobiorcę zgody na operację, f) przedoperacyjna terapia z zastosowaniem CPAP, co najmniej przez okres jednego miesiąca przed operacją u chorych z ciężkimi postaciami bezdechu sennego
	4) lekka przekąska do 4 godzin i klarowne płyny do 2 godzin przed operacją
śródoperacyjny 30 min przed operacją	5) wstęp bezpośrednio do sali operacyjnej
	6) mechaniczna profilaktyka przeciwzakrzepowa
	7) monitorowanie nieinwazyjne (EKG, NIBP, SpO <sub>2</sub> )
	8) dwa obwodowe dostępy żyłne (18 G, jeśli to możliwe)
	9) premedykacja anestezjologiczna
	10) profilaktyka przeciwbakteryjna
	<b>W sali operacyjnej</b>
	11) ułożenie świadczeniobiorcy na stole operacyjnym i kontrola prawidłowości mocowania świadczeniobiorcy do stołu operacyjnego przy zmianie pozycji do pozycji FOWERA (przed rozpoczęciem znieczulenia)
	12) ocena głębokości znieczulenia (przy zastosowaniu indeksu bispektralnego)
	13) standaryzowany protokół znieczulenia i postępowania przeciwbólowego
	14) zastosowanie wideolaryngoskopii
	15) wystandaryzowana technika operacji bez zastosowania: sądy dożołądkowej, cewnika moczowego, drenażu jamy brzusznej
	16) pełne odwrócenie zwiotczenia
17) ekstubacja w sali operacyjnej	

Etap	Opis
pooperacyjny 30 min po operacji	<b>W sali pooperacyjnej</b>
	18) nieinwazyjne monitorowanie funkcji życiowych chorego
	19) cykl CPAP – w razie potrzeby
	20) wczesne podawanie płynów doustnych i uruchomienie chorego
	<b>W oddziale</b>
	21) postępowanie przeciwbólowe z unikaniem podaży opioidów
	22) monitorowana krokomierzem rehabilitacja ruchowa
	23) rehabilitacja oddechowa
	24) płyny doustne (co najmniej 500 ml)
	25) badania krwi, badanie radiologiczne górnego odcinka przewodu pokarmowego z zastosowaniem gastrografiny w pierwszym dniu po operacji
	26) poradnictwo dietetyczne
	27) farmakologiczna profilaktyka przeciwzakrzepowa
	28) wypis do domu w drugiej dobie po operacji
	<b>W domu</b>
	29) kontynuacja farmakologicznej profilaktyki przeciwzakrzepowej
	30) możliwość kontaktu telefonicznego z oddziałem prowadzącym leczenie, w razie potrzeby telefon
31) program kontroli pooperacyjnej	

WARUNKI ORGANIZACJI ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI,  
W TYM DOTYCZĄCE PERSONELU MEDYCZNEGO I WYPOSAŻENIA W SPRZĘT  
I APARATURĘ MEDYCZNĄ

Lp.	Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji	
1	Wymagania formalne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oddział szpitalny o profilu chirurgia ogólna, spełniający wymagania określone w części I lp. 9 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.) – w lokalizacji.</li> <li>2. Poradnia specjalistyczna przyszpitalna o profilu chirurgia, spełniająca wymagania określone w lp. 36 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.) – w lokalizacji.</li> <li>3. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT) zabezpieczający możliwość pomocy w stanach nagłych oraz opiekę w ramach intensywnej terapii – w lokalizacji.</li> <li>4. Pracownia radiologii – w dostępie.</li> <li>5. Pracownia endoskopowa – w dostępie.</li> <li>6. Dostęp do fizjoterapii ambulatoryjnej lub rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach oddziału dziennego lub rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w lp. 1 lit. b lub lp. 3 lit. a, lub lp. 4 lit. a załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265).</li> </ol>
2	Personel medyczny	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personel w zakresie leczenia zachowawczego, zgodnie z warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych (szpitalnych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej).</li> <li>2. Personel w zakresie: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenia bariatrycznego, wielospecjalistyczny zespół terapeutyczny, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia, posiadający doświadczenie w leczeniu otyłości i chirurgii bariatrycznej;</li> <li>2) wykonywania zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości, zespół specjalistów operacyjnych składający się z: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej, posiadającego kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości oraz w prowadzeniu opieki nad świadczeniobiorcami bariatrycznymi (wymagane doświadczenie minimum 125 przypadków, w tym co najmniej 50 operacji bariatrycznych wykonanych samodzielnie jako operator, o których mowa w § 7 pkt 2 lit. b rozporządzenia, potwierdzone przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej) – pełniącego rolę koordynatora procesu leczenia,</li> <li>b) co najmniej 1 lekarza asystującego,</li> <li>c) lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii,</li> <li>d) pielęgniarki anestezjologicznej i pielęgniarek operacyjnych z doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegu chirurgicznego leczenia otyłości olbrymiej – zgodnie z warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

Lp.	Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji	
		<p>3) fizjoterapii ambulatoryjnej lub rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach oddziału dziennego lub w warunkach stacjonarnych, zgodnie z warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji z udziałem psychologa lub psychologa klinicznego oraz dietetyka wchodzącego w skład zespołu wielospecjalistycznego.</p> <p>3. Koordynator programu pilotażowego, o którym mowa w § 2 pkt 5 rozporządzenia.</p>
3	Zakres świadczeń	<p>Kompleksowa opieka bariatryczna obejmuje świadczenia medyczne w okresie 18 miesięcy od rozpoczęcia realizacji świadczenia, związane z przygotowaniem chorego pod względem klinicznym i psychologicznym do operacji bariatrycznej (okres 3–6 miesięcy), wykonanie operacji bariatrycznej, kompleksową rehabilitację i specjalistyczną opieką bariatryczną, wraz z zapewnieniem jej ciągłości w okresie 12 miesięcy po zabiegu chirurgicznym. Proces terapeutyczny w KOS-BAR jest realizowany zgodnie z indywidualnymi potrzebami klinicznymi świadczeniobiorców i uwzględnia następujące moduły postępowania:</p> <p>1. Diagnostyka, postępowanie przedoperacyjne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wykonanie następujących badań diagnostycznych: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi obwodowej,</li> <li>b) proteinogram,</li> <li>c) lipidogram,</li> <li>d) ocena gospodarki węglowodanowej (%HbA1c),</li> <li>e) parametry układu krzepnięcia,</li> <li>f) czynność układu dokrewnego (TSH, kortyzol),</li> <li>g) endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (<i>ocena pod kątem patologii w zakresie błony śluzowej przełyku, żołądka i dwunastnicy oraz przepukliny rozworu przełykowego, jak również test na obecność zakażenia H. pylori</i>),</li> <li>h) USG lub tomografia komputerowa (TK) brzucha (<i>ocena innych zmian w zakresie jamy brzusznej, szczególnie kamicy pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych oraz niealkoholowego stłuszczenia wątroby [NASH/NAFLD]</i>),</li> <li>i) EKG oraz echokardiografia (<i>w celu przedoperacyjnej oceny wydolności układu krążenia oraz okołoperacyjnego ryzyka związanego z chorobami układu sercowo-naczyniowego</i>),</li> <li>j) RTG klatki piersiowej (<i>ocena w aspekcie protokołu znieczulenia ogólnego do zabiegów chirurgicznych</i>),</li> <li>k) spirometria (<i>ocena rezerwy oddechowej oraz ewentualnej obturacji</i>),</li> <li>l) badanie polisomnograficzne zaburzeń oddychania podczas snu, w wybranych sytuacjach klinicznych (<i>diagnostyka w kierunku zespołu obturacyjnego bezdechu sennego</i>).</li> </ol> </li> </ol> <p>W zależności od spektrum chorób towarzyszących oraz wykrytej w trakcie oceny przedoperacyjnej patologii może zająć konieczność poszerzenia zakresu wykonywanych badań;</p> <p>2) porady specjalistyczne chirurgiczne (co najmniej 3 lub więcej, w zależności od potrzeb):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) kwalifikacja świadczeniobiorcy do programu pilotażowego – na podstawie oceny stanu zdrowia i odżywienia wraz z pomiarem masy ciała, BMI i z wykonaniem pomiarów parametrów antropometrycznych oraz diagnostyką chorób wywołanych otyłością,</li> </ol>

Lp.	Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji
	<ul style="list-style-type: none"><li>b) koordynacja procesu związanego z optymalizacją leczenia chorób towarzyszących w celu zmniejszenia ryzyka okołoperacyjnego: informowanie świadczeniobiorcy o możliwym ryzyku, powikłaniach i konsekwencji operacji bariatrycznej, zlecenie niezbędnych badań laboratoryjnych i diagnostycznych, kierowanie do specjalistów (jeśli występuje taka konieczność),</li><li>c) kontrola i analiza uzyskanych wyników w odniesieniu do najlepszej metody zabiegowej uwzględniającej potrzeby świadczeniobiorcy,</li><li>d) kwalifikacja świadczeniobiorcy do operacji bariatrycznej po właściwym przygotowaniu przez dietetyka, psychologa lub innych niezbędnych specjalistów,</li><li>e) ustalenie planu leczenia świadczeniobiorcy;</li></ul> <p>3) konsultacje specjalistyczne:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) internistyczne lub diabetologiczne, lub z zakresu rehabilitacji leczniczej, lub fizjoterapii – ocena stanu świadczeniobiorcy i przygotowanie pod względem klinicznym do zabiegu; konsultacja anestezyjologiczna (przedoperacyjna ocena potencjalnych trudności podczas intubacji) – odbywa się nie później niż 2 tygodnie przed przyjęciem świadczeniobiorcy na zabieg operacyjny,</li><li>b) z zakresu: gastroenterologii, endokrynologii, kardiologii, chorób płuc, psychiatrii, stomatologii – w zależności od potrzeb i stanu klinicznego świadczeniobiorcy, w tym leczenie specjalistyczne w zakresie chorób współistniejących;</li></ul> <p>4) porady dietetyka (co najmniej 2 lub więcej, w zależności od potrzeb):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) wykonanie pomiarów antropometrycznych: masy ciała i wzrostu, obwodu talii, obwodu nadgarstka oraz wyliczenie wskaźnika masy ciała (BMI), ocenę stopnia otyłości i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej (otyłość typu gynoidalnego lub androidalnego),</li><li>b) ocena pod względem wykluczenia bezwzględnych przeciwwskazań do wykonania operacji bariatrycznej,</li><li>c) dietetyczne przygotowanie świadczeniobiorcy przed zabiegiem: ustalenie planu żywieniowego, modyfikacja stylu życia, włączenie diety redukcyjnej pozwalającej obniżyć masę ciała o co najmniej 8–10%, zwiększenie aktywności fizycznej, rzucenie palenia tytoniu,</li><li>d) przedstawienie ograniczeń związanych z leczeniem operacyjnym oraz jego efektami, zwłaszcza konieczności przestrzegania zaleceń dietetycznych do końca życia świadczeniobiorcy po operacji bariatrycznej,</li><li>e) wstępne zapoznanie świadczeniobiorcy z rodzajami zabiegów operacyjnych i omówienie podstawowych zasad odżywiania się po każdym z nich,</li><li>f) przedstawienie zaleceń dietetycznych pooperacyjnych dostosowanych do konkretnego rodzaju zabiegu operacyjnego, w tym zaleceń dietetycznych dotyczących suplementacji diety;</li></ul> <p>5) porady psychologa (co najmniej 1 lub więcej, w zależności od potrzeby):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) przygotowanie świadczeniodawcy pod względem psychologicznym do zabiegu operacyjnego,</li><li>b) poinformowanie o psychologicznych aspektach operacji i zmian pooperacyjnych,</li><li>c) pomoc w skutecznym wprowadzeniu zmian w stylu życia.</li></ul>

Lp.	Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji
	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Leczenie zabiegowe obejmuje:<ol style="list-style-type: none"><li>1) hospitalizację świadczeniobiorców zakwalifikowanych do wykonania operacji bariatrycznej, z uwzględnieniem metody optymalnej dla świadczeniobiorcy ze względu na wskazania kliniczne oraz zgodnie z zaleceniami ERBAS;</li><li>2) dodatkowe świadczenia w sytuacji intensywnej opieki medycznej pooperacyjnej;</li><li>3) wizytę kontrolną w celu oceny stanu zdrowia świadczeniobiorcy i ewentualnej modyfikacji planu leczenia, która powinna się odbyć w okresie 7–14 dni od wypisu świadczeniobiorcy z oddziału szpitalnego.</li></ol></li><li>3. Rehabilitacja lecznicza (przed- i pooperacyjna) obejmuje:<ol style="list-style-type: none"><li>1) realizowaną w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach oddziału dziennego lub rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych:<ol style="list-style-type: none"><li>a) rehabilitację przedoperacyjną (równoległe ze świadczeniami w ramach modułu I, których celem jest m.in. zapobieganie powstawaniu zaburzeń czynnościowych i poprawa wydolności fizycznej oraz co najmniej 8% redukcja masy ciała),</li><li>b) rehabilitację pooperacyjną (równoległe ze świadczeniami w ramach modułu IV, których celem jest dalsza redukcja masy ciała);</li></ol></li><li>2) rehabilitację bariatryczną realizowaną według indywidualnego planu rehabilitacyjnego, której celem jest zmiana nawyków zdrowotnych, obejmująca:<ol style="list-style-type: none"><li>a) opiekę lekarską,</li><li>b) opiekę fizjoterapeutyczną, która obejmuje ćwiczenia indywidualne i grupowe, instruktaż ćwiczeń oraz zachętę do różnych form aktywności fizycznej i aktywnego spędzania wolnego czasu, aby ograniczyć siedzący tryb życia, np. szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie, nordic walking,</li><li>c) opiekę psychologiczną, która obejmuje terapię indywidualną i grupową, w tym interwencje behawioralne realizujące cele dietetyczne oraz dotyczące aktywności fizycznej mające na celu uświadamianie osoby z otyłością o korzyściach płynących z redukcji masy ciała i korzyściach z wprowadzania zasad zdrowego stylu życia,</li><li>d) opiekę dietetyczną, która zawiera edukację na temat żywienia, pomoc w zmianie nawyków żywieniowych oraz wsparcie świadczeniobiorców w określeniu ich potrzeb żywieniowych;</li></ol></li><li>3) dobór i naukę korzystania z wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi;</li><li>4) edukację bezpośrednią świadczeniobiorcy w zakresie samoopieki, poradnictwa i instruktażu dotyczącego samodzielnego wykonywania ćwiczeń, zaleceń terapeutycznych i dietetycznych, korzystania ze sprzętu lub wyrobów medycznych w tym także w warunkach domowych, prowadzoną przez personel medyczny w ramach kompetencji oraz edukację pośrednią opartą o ulotki i filmy edukacyjne, a także dostarczenie informacji na temat grup wsparcia;</li><li>5) przeprowadzanie badań lub testów funkcjonalnych;</li><li>6) monitorowanie procesu leczniczo-terapeutycznego określonego w indywidualnym planie terapii.</li></ol></li></ol>



Lp.	Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji	
		<p>4. Bariatryczna opieka specjalistyczna (monitorowanie) obejmuje:</p> <p>1) specjalistyczną opiekę bariatryczną w okresie 12 miesięcy od wykonania zabiegu operacyjnego – prowadzoną zgodnie z indywidualnym planem leczenia.</p> <p>W zależności od potrzeb świadczeniobiorca posiada zapewniony dostęp do specjalistów zaangażowanych w proces kwalifikacji do zabiegu: chirurg, internista lub diabetolog, psycholog, dietetyk. Liczba konsultacji i ich częstotliwość jest ustalana w zależności od stanu klinicznego świadczeniobiorcy.</p> <p>Świadczeniobiorca posiada możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, jeżeli wynika to z indywidualnego planu opieki, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń opieki medycznej w oddziale szpitalnym o profilu chirurgii przez całą dobę w przypadku wskazań medycznych, oraz uzyskania badań diagnostycznych;</p> <p>2) w trakcie wizyt kontrolnych regularna ocena następujących parametrów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wynik leczenia w odniesieniu do redukcji masy ciała (procentowa utrata nadmiernej masy ciała, procentowa utrata nadmiaru BMI, procentowa utrata masy ciała),</li> <li>b) pomiar wagi przy użyciu analizatora składu ciała umożliwiającego ilościową analizę komponentów składu ciała ludzkiego,</li> <li>c) nawyki żywieniowe oraz ocena ilościowa i jakościowa stosowanej diety,</li> <li>d) ustępowanie chorób wywołanych otyłością i modyfikacja ich leczenia,</li> <li>e) monitorowanie pojawiania się nowych problemów, odległych powikłań, schorzeń,</li> <li>f) wykonanie badań laboratoryjnych obejmujących: <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologię, stężenie hemoglobiny,</li> <li>– glikemię na czczo (w przypadku chorych na cukrzycę HbA1c),</li> <li>– lipidogram,</li> <li>– ocenę gospodarki żelaza (ferrytyna, transferyna, żelazo),</li> <li>– enzymy wątrobowe,</li> <li>– ocenę czynności nerek (mocznik, kreatynina),</li> <li>– stężenie jonów wapnia, parathormonu, frakcji kostnej fosfatazy alkalicznej,</li> <li>– magnez, cynk,</li> <li>– stężenie białka, albumin i prealbumin,</li> <li>– stężenie witamin B12, D3 (OH),</li> </ul> </li> <li>g) wywiad dotyczący ewentualnych dolegliwości (nudności, wymioty, biegunki, zaparcia, obecność refluksu),</li> <li>h) ocenę problemów swoistych dla danej metody operacyjnej.</li> </ol>
4	Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordynacja wszystkich działań związanych z kompleksową opieką bariatryczną nad świadczeniobiorcą na każdym etapie leczenia: w okresie od 3 do 6 miesięcy przygotowania do operacji bariatrycznej, w trakcie leczenia zabiegowego oraz w okresie 12 miesięcy po wykonaniu zabiegu bariatrycznego.</li> <li>2. Ośrodek zapewnia przeprowadzenie procesu terapeutycznego zgodnie z indywidualnymi potrzebami świadczeniobiorcy wynikającymi z ustalonego planu leczenia, przy uwzględnieniu świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej.</li> </ol>

Lp.	Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji
	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="443 271 1442 371">3. Wykonanie planu leczenia nadzoruje koordynator programu KOS-BAR, który w szczególności: ustala terminy spotkań, nadzoruje prowadzenie dokumentacji oraz czuwa nad formalną jakością całego procesu leczenia.</li><li data-bbox="443 376 1442 477">4. Zapewnienie wsparcia psychologa, dietetyka i odpowiedniej rehabilitacji leczniczej zgodnie ze stanem zdrowia świadczeniobiorcy oraz z edukacją dotyczącą stylu życia.</li><li data-bbox="443 481 1442 519">5. Monitorowanie efektów leczenia oraz całego procesu terapeutycznego.</li></ol>

## WSKAŹNIKI JAKOŚCI DOTYCZĄCE OPIEKI I EFEKTÓW LECZENIA ORAZ SPOSÓB ICH POMIARU

**Wskaźniki jakości dotyczące opieki i efektów leczenia**

1. Wskaźniki efektów bariatrycznych, związane z obniżeniem masy ciała:
  - 1) procentowa utrata masy ciała obliczana według wzoru:  $\%WL = \{[waga\ wyjściowa\ (kg) - waga\ aktualna\ (kg)] / waga\ wyjściowa\ (kg)\} * 100$ ;
  - 2) procentowa utrata nadmiernej masy ciała obliczana według wzoru:  $\%EWL = \{[waga\ wyjściowa\ (kg) - waga\ aktualna\ (kg)] / waga\ wyjściowa\ (kg) - waga\ idealna\ (kg)\} * 100$ ;
  - 3) procentowa utrata nadmiaru BMI obliczana według wzoru:  $\%EBMIL = \{[wyjściowy\ BMI\ (kg/m^2) - aktualny\ BMI\ (kg/m^2)] / wyjściowy\ BMI\ (kg/m^2)\} * 100$ .
2. Wskaźniki efektów metabolicznych, związane z ustąpieniem lub zmniejszeniem wybranych parametrów medycznych, określanych jako powikłania otyłości olbryzmiej:
  - 1) ustąpienie cukrzycy lub remisja cukrzycy:
    - a) remisja: HbA1c < 6%, glikemia na czczo < 100mg/dL, brak konieczności przyjmowania jakichkolwiek leków związanych z cukrzycą,
    - b) częściowa remisja: HbA1c < 6–6.4%, glikemia na czczo 100–125 mg/dL, brak konieczności przyjmowania jakichkolwiek leków związanych z cukrzycą,
    - c) poprawa: istotna redukcja HbA1c > 1%, glikemia na czczo > 125mg/dL lub redukcja HbA1c i glikemii na czczo, z towarzyszącym zmniejszeniem ilości przyjmowanych leków (zmniejszenie liczby jednostek insuliny, zmniejszenie liczby przyjmowanych leków doustnych o minimum 1 lek),
    - d) bez zmian: brak remisji lub poprawy;
  - 2) ustąpienie hiperlipidemii – obniżenie poziomu wartości LDL, trójglicerydów, cholesterolu całkowitego we krwi o co najmniej 30%, wzrost HDL;
  - 3) ustąpienie astmy / POChP:
    - a) odstawienie przez świadczeniobiorcy leków rozszerzających oskrzela,
    - b) badanie spirometryczne (wykonanie 2 badań: pierwsze badanie przed zabiegiem i drugie badanie 6 miesięcy po zabiegu),
    - c) FEV1 – nasilona pierwszosekundowa objętość wydechu,
    - d) FVC – nasilona pojemność życiowa;
  - 4) ustąpienie obturacyjnego bezdechu sennego – wykonanie badania polisomnograficznego (wykonanie 2 badań: pierwsze badanie przed zabiegiem i drugie badanie 6 miesięcy po zabiegu).
3. Wskaźniki chirurgiczne:
  - 1) śmiertelność:
    - a) odsetek śmiertelności świadczeniobiorców podczas trwania programu pilotażowego [%],
    - b) śmiertelność w ciągu 30 dni od daty zabiegu [%],
    - c) śmiertelność w ciągu 180 dnia od daty zabiegu [%];
  - 2) powikłania chirurgiczne – klasyfikacja powikłań chirurgicznych według V-stopniowej klasyfikacji Claviena-Dindo, której wzór jest zawarty poniżej w niniejszym załączniku:
    - a) występowanie powikłań poniżej 5% w klasie III – powikłania wymagające interwencji chirurgicznej, endoskopowej lub radiologicznej,
    - b) występowanie powikłań poniżej 5% w klasie IV – powikłania zagrażające życiu;
  - 3) długość i liczba hospitalizacji:
    - a) długość liczona od dnia przyjęcia świadczeniobiorcy do oddziału chirurgicznego do dnia wypisu,
    - b) liczba nieplanowanych hospitalizacji po zabiegu;
  - 4) powrót do aktywności zawodowej:
    - a) odsetek świadczeniobiorców, którzy ukończyli rehabilitację [%],
    - b) odsetek świadczeniobiorców, którzy w okresie 12 miesięcy od zabiegu powrócili do aktywności zawodowej [%].

KLASYFIKACJA POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH  
WEDŁUG CLAVIENA-DINDO

Stopień	Definicja				
I.	Każde odchylenie od prawidłowego (niepowikłanego) przebiegu pooperacyjnego, bez konieczności leczenia farmakologicznego, chirurgicznego, endoskopowego i bez konieczności użycia procedur radiologii interwencyjnej.				
II.	Powikłania wymagające leczenia farmakologicznego, ponadto w tej grupie mieszczą się wszystkie przypadki wymagające: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pooperacyjnego przetoczenia krwi;</li> <li>2) całkowitego żywienia parenteralnego (z wyjątkiem sytuacji, w których całkowite żywienie parenteralne jest rutynowym postępowaniem wynikającym z rodzaju przeprowadzonej operacji).</li> </ol>				
III.	Powikłania wymagające leczenia chirurgicznego, endoskopowego lub użycia procedur radiologii interwencyjnej: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">IIIA</td> <td>bez konieczności znieczulenia ogólnego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IIIB</td> <td>w znieczuleniu ogólnym</td> </tr> </table>	IIIA	bez konieczności znieczulenia ogólnego	IIIB	w znieczuleniu ogólnym
IIIA	bez konieczności znieczulenia ogólnego				
IIIB	w znieczuleniu ogólnym				
IV.	Wszystkie zagrażające życiu powikłania pooperacyjne wymagające leczenia w warunkach OIOM-u: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">IVA</td> <td>niewydolność jednego narządu</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IVB</td> <td>niewydolność wielonarządowa</td> </tr> </table>	IVA	niewydolność jednego narządu	IVB	niewydolność wielonarządowa
IVA	niewydolność jednego narządu				
IVB	niewydolność wielonarządowa				
V.	Zgon				

Załącznik nr 7

## PROPONOWANA WYSOKOŚĆ WSPÓŁCZYNNIKA KORYGUJĄCEGO DLA WYBRANYCH WSKAŹNIKÓW OCENY EFEKTÓW LECZENIA

Lp.	Okres pomiaru	Miernik pomiaru	Wskaźnik pomiaru	Współczynnik korygujący
1	Po upływie 3–6 miesięcy okresu przygotowawczego przed zabiegiem.	Utrata masy ciała.	8% powyżej 10%	1,05 1,1
2	Po upływie 12 miesięcy od dnia wykonania zabiegu.	Wskaźnik bariatryczny (EWL) – dotyczy wyłącznie świadczeniobiorców, u których nie stwierdzono w okresie przedoperacyjnym odchyłań w parametrach metabolicznych (brak cukrzycy, brak astmy, brak POChP, brak odchyłań w wartościach poziomu cholesterolu całkowitego, brak bezdechu sennego).	co najmniej 60%	1,2
		Wskaźnik bariatryczno-metaboliczny dotyczy pomiaru osiągniętych efektów zarówno bariatrycznych, jak i metabolicznych u świadczeniobiorców, u których stwierdzono w okresie przedoperacyjnym odchylenia w parametrach metabolicznych (bezdech senny lub cukrzyca, lub astma, lub POChP, lub podwyższony poziom cholesterolu całkowitego).		1,4
		1) wskaźnik bariatryczny (EWL);	co najmniej 40%	współczynnik korygujący dla wskaźnika bariatryczno-metabolicznego ma zastosowanie pod warunkiem uzyskania efektu bariatrycznego (EWL co najmniej 40%) oraz uzyskania co najmniej dwóch mierników metabolicznych
		2) brak bezdechu sennego (1 – ustąpienie bezdechu);	1	
		3) remisja cukrzycy;	całkowita remisja lub częściowa remisja	
		4) remisja astmy, POChP;	całkowita remisja lub częściowa remisja	
		5) cholesterol całkowity.	spadek o co najmniej 30%	

Lp.	Okres pomiaru	Miernik pomiaru	Wskaźnik pomiaru	Współczynnik korygujący
3	Po upływie 12 miesięcy okresu realizacji programu pilotażowego.	Świadczeniobiorcy zakwalifikowani do operacji.	co najmniej 90%	1,1
4	Po upływie 13 miesięcy okresu realizacji programu pilotażowego.	Śmiertelność (średnia) – dotyczy populacji świadczeniobiorców pilotażu w okresie 30 dni od dnia wykonania zabiegu. Czas hospitalizacji – uprawnienie do uzyskania współczynnika korygującego następuje w sytuacji czasu hospitalizacji poniżej 3 dni pod warunkiem braku rehospitalizacji świadczeniobiorcy w oddziale chirurgicznym w ciągu 14 dni od wykonania zabiegu z powodu wczesnych powikłań (wskaźnik jednostkowy).	poniżej 0,5%  poniżej 3 dni	miernik jako wskaźnik pomiaru służący monitorowaniu  1,1
5 <sup>9)</sup>	Po zakończeniu okresu realizacji programu pilotażowego.	Wczesne powikłania (w skali CD III–IV) (średnia) – dotyczy populacji świadczeniobiorców programu pilotażowego w okresie 30 dni od dnia wykonania zabiegu. Późne powikłania (w skali CD III–IV) (średnia) – dotyczy populacji świadczeniobiorców programu pilotażowego.	poniżej 5%  poniżej 3%	1,1  1,2

<sup>9)</sup> Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 5 rozporządzenia wymienionego jako pierwsze w odnośniku 3.