

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2024 r.

w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci

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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa warunki realizacji programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci, zwanego dalej „programem pilotażowym”.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) BMI – wskaźnik masy ciała przedstawiony jako iloraz masy ciała wyrażonej w kilogramach i wysokości ciała wyrażonej w metrach podniesionej do potęgi drugiej;
- 2) centyl BMI – określenie na siatkach (tabelach) centylowych rozkładu BMI właściwego dla wieku i płci centyla BMI;
- 3) koordynator procesu leczenia – lekarza, który posiada II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej posiadającego doświadczenie w leczeniu otyłości u dzieci potwierdzone certyfikatem towarzystwa naukowego, którego podstawowe cele statutowe dotyczą leczenia otyłości;
- 4) koordynator programu pilotażowego – pielęgniarkę lub osobę posiadającą wyższe wykształcenie z zakresu nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, która koordynuje plan

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ 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, 1831, 1872, 1938 i 2730.

wizyt, badań, harmonogram terminów, prowadzenie dokumentacji powstałej w trakcie realizacji programu pilotażowego, w tym wprowadza dane do systemów sprawozdawczych;

- 5) lekarz specjalista – lekarza, który posiada II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 6) ośrodek koordynujący – świadczeniodawcę wybranego w drodze naboru, o którym mowa w § 17, realizującego program pilotażowy oraz spełniającego wymagania określone w § 18.

§ 3. Celem programu pilotażowego jest:

- 1) poprawa jakości i efektywności leczenia świadczeniobiorców w wieku do 18. roku życia, u których występuje wysokie ryzyko rozwoju otyłości, określane na podstawie centyla BMI ≥ 85 centyla lub z rozpoznaniem według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zwanej dalej „ICD-10”: E66.0 „Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii”, u których centyl BMI wynosi ≥ 95 centyla;
- 2) przeprowadzenie oceny efektywności organizacyjnej nowego modelu opieki nad tą grupą świadczeniobiorców.

§ 4. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji programu pilotażowego, obejmuje zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, z ośrodkami koordynującymi, trwający 3 miesiące od dnia wejścia w życie rozporządzenia;
- 2) etap realizacji, podczas którego są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w okresie 39 miesięcy od dnia podpisania umów, o których mowa w pkt 1, przy czym świadczeniobiorcy mogą zgłaszać się do udziału w programie pilotażowym w okresie 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia jego realizacji;
- 3) etap ewaluacji programu pilotażowego, trwający 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji.

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

2. Programem pilotażowym zostanie objętych maksymalnie 2 000 świadczeniobiorców.

§ 6. 1. Do programu pilotażowego kwalifikuje się świadczeniobiorców w wieku do 18. roku życia na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, u których stwierdzono centyl BMI \geq 85 centyla lub z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 „Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii”, spełniających kryteria określone w ust. 2.

2. Kryteriami kwalifikacji świadczeniobiorców do objęcia programem pilotażowym u świadczeniobiorców w wieku do 18. roku życia są centyl BMI \geq 85 lub rozpoznanie ICD-10: E66.0 „Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii”.

3. Do programu pilotażowego nie kwalifikuje się świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 2, u którego stwierdza się co najmniej jedną z okoliczności:

- 1) chorobę nieuleczalną prowadzącą do wyniszczenia;
- 2) chorobę stanowiącą zagrożenie dla życia;
- 3) czynne uzależnienie od alkoholu, narkotyków lub innych substancji psychotropowych;
- 4) chorobę psychiczną niepoddającą się kontroli mimo leczenia i farmakoterapii;
- 5) upośledzenie umysłowe ciężkiego stopnia;
- 6) okres ciąży i karmienia piersią;
- 7) inne przeciwwskazania zdrowotne stwierdzone przez lekarza.

4. Poradę kwalifikującą, podczas której świadczeniobiorca jest kwalifikowany do programu pilotażowego, wyznacza się w terminie do 30 dni od dnia zgłoszenia się świadczeniobiorcy do ośrodka koordynującego.

§ 7. Przedstawiciel ustawowy świadczeniobiorcy, a w przypadku świadczeniobiorcy powyżej 16. roku życia – również świadczeniobiorca, wyraża zgodę na objęcie programem pilotażowym po uzyskaniu pisemnej informacji o:

- 1) sposobie realizacji programu pilotażowego w danym ośrodku koordynującym stanowiącym załącznik do procedury, o której mowa w § 18 pkt 5;
- 2) szczegółowych warunkach przetwarzania danych osobowych w ramach programu pilotażowego.

§ 8. 1. Świadczeniobiorcy zakwalifikowanemu do programu pilotażowego ośrodek koordynujący wydaje kartę KOS-BMI Dzieci, której wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Przedstawiciel ustawowy świadczeniobiorcy, a w przypadku świadczeniobiorcy powyżej 16. roku życia – również świadczeniobiorca, po otrzymaniu karty KOS-BMI Dzieci,

składa deklarację wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

3. Świadczeniobiorca, który rozpoczął udział w programie pilotażowym przed ukończeniem 18. roku życia, kontynuuje leczenie w ramach tego programu po osiągnięciu 18. roku życia.

§ 9. Realizacja programu pilotażowego obejmuje cztery moduły postępowania diagnostyczno-leczniczego:

- 1) moduł I – Diagnostyka wstępna i ustalenie indywidualnego planu opieki;
- 2) moduł II – Leczenie specjalistyczne i monitorowanie;
- 3) moduł III – Rehabilitacja lecznicza;
- 4) moduł IV – Przekazanie lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej informacji dotyczącej realizacji programu i zaleceń dalszego postępowania.

§ 10. Moduł I, o którym mowa w § 9 pkt 1, trwający 1 miesiąc od zakwalifikowania świadczeniobiorcy do programu pilotażowego, obejmuje:

- 1) poradę kwalifikującą świadczeniobiorcę do programu pilotażowego obejmującą:
 - a) ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy skierowanego do ośrodka koordynującego,
 - b) ocenę zgromadzonej lub dostarczonej przez przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, a w przypadku świadczeniobiorcy powyżej 16. roku życia – również świadczeniobiorcę, dokumentacji medycznej wraz z potwierdzeniem kryteriów kwalifikacji, o których mowa w § 6 ust. 2,
 - c) wystawienie zleceń lub skierowań na dodatkowe badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, niezbędne do opracowania indywidualnego planu opieki,
 - d) wydanie karty KOS-BMI Dzieci;
- 2) wykonanie:
 - a) pomiarów antropometrycznych: masy i wysokości ciała, obwodu talii, obwodu bioder,
 - b) określenia centyla BMI,
 - c) oceny stopnia otyłości i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej (otyłość typu gynoidalnego lub androidalnego),
 - d) analizy składu ciała metodą impedancji bioelektrycznej (BIA);
- 3) wykonanie badań diagnostycznych:

- a) morfologii krwi obwodowej,
 - b) lipidogramu,
 - c) oceny gospodarki węglowodanowej: glukoza na czczo, test obciążenia glukozą u osób bez cukrzycy i stężenie hemoglobiny glikowanej,
 - d) enzymów wątrobowych: ALT i AspT, GGTP,
 - e) bilirubiny,
 - f) oceny czynności nerek (kreatynina, eGFR),
 - g) kwasu moczowego,
 - h) jonogramu: Na, K,
 - i) żelaza (Fe),
 - j) ferrytyny,
 - k) czynności układu dokrewnego: TSH, insulina i FT4,
 - l) poziomu witaminy D3 (metabolit 25(OH)D),
 - m) badania ogólnego moczu,
 - n) ultrasonografii lub elastografii wątroby,
 - o) pomiaru ciśnienia tętniczego zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami i interpretację wyniku w oparciu o normy dla wieku i wzrostu, a w wybranych przypadkach – 24-godzinny automatyczny pomiar ciśnienia tętniczego (ABPM),
 - p) oceny zaburzeń snu przy użyciu skali Ephorta dla dzieci (ESS-CHAD), jeżeli to wskazane należy wykonać badanie polisomnograficzne (dalsza diagnostyka w kierunku zespołu obturacyjnego bezdechu sennego),
 - q) oceny układu kostno-stawowego i wstępną ocenę sprawności motorycznej,
 - r) oceny pokwitania, a w przypadku dziewcząt dodatkowo wywiad ginekologiczny ukierunkowany na zaburzenia związane z otyłością
- w zależności od spektrum chorób towarzyszących oraz wykrytej w trakcie oceny patologii może być konieczne rozszerzenie zakresu wykonywanych badań – każdorazowo ocenia lekarz specjalista;
- 4) konsultacje specjalistyczne z zakresu: gastroenterologii, ginekologii, endokrynologii, kardiologii, pulmonologii, diabetologii, psychiatrii z wykonaniem odpowiednich badań specjalistycznych – w zależności od potrzeb i stanu klinicznego świadczeniobiorcy, w tym leczenie specjalistyczne w zakresie chorób współistniejących;
 - 5) konsultację dietetyczną obejmującą:
 - a) przeprowadzenie pomiarów antropometrycznych,

- b) analizę składu ciała,
 - c) porady żywieniowe,
 - d) edukację żywieniową obejmującą informacje o modyfikowalnych czynnikach stylu życia (w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej oraz negatywnych skutków stosowania używek);
- 6) konsultację psychologiczną:
- a) w celu zdiagnozowania ewentualnych problemów oraz ryzyka zaburzeń psychicznych które mogą wpływać na wyniki leczenia – w zależności od spektrum chorób towarzyszących oraz wykrytej w trakcie oceny patologii może być konieczne rozszerzenie zakresu wykonywanych badań – każdorazowo ocenia lekarz specjalista,
 - b) obejmującą pomoc w skutecznym wprowadzeniu zmian w stylu życia i budowaniu motywacji.

§ 11. Moduł II, o którym mowa w § 9 pkt 2, trwający 23 miesiące od zakończenia modułu I, obejmuje diagnostykę i leczenie otyłości oraz optymalizację leczenia zaawansowanych chorób spowodowanych otyłością i innymi schorzeń współistniejących:

- 1) zapewnienie co najmniej 6 wizyt w roku, w tym maksymalnie 2 teleporad, udzielanych przez lekarza prowadzącego leczenie, z czego 2 porady muszą odbyć się w okresie pierwszych 3 miesięcy od zakwalifikowania świadczeniobiorcy do programu pilotażowego – minimalny czas porady 30 minut, w ramach których realizowana jest opieka specjalistyczna, obejmująca:
- a) specjalistyczną opiekę:
 - realizowaną zgodnie z indywidualnym planem leczenia,
 - zapewniającą możliwość uzyskania porady od poniedziałku do soboty, w tym co najmniej 3 dni w tygodniu do godziny 18:00, jeżeli wynika to z indywidualnego planu opieki i wykonania badań diagnostycznych,
 - b) w trakcie wizyt kontrolnych:
 - ocenę wyników leczenia w odniesieniu do redukcji masy ciała (ocena redukcji centyla masy ciała oraz centyla BMI, procentowa utrata nadmiaru masy ciała),
 - analizę składu ciała metodą impedancji bioelektrycznej (BIA) ocena zmiany składu ciała w tym zmniejszenie zawartości tkanki tłuszczowej,
 - ocenę nawyków żywieniowych oraz ocenę ilościową i jakościową stosowanej diety,

- ocenę ustępowania chorób wywołanych otyłością i modyfikację ich leczenia,
 - monitorowanie nowych problemów zdrowotnych,
 - ocenę wskazań do intensyfikacji leczenia – leczenia powikłań (w tym farmakoterapii), leczenia farmakologicznego otyłości, chirurgicznego leczenia otyłości,
 - wykonanie badań laboratoryjnych zgodnie ze wskazaniami klinicznymi:
 - - morfologii krwi obwodowej,
 - - lipidogramu,
 - - glikemii na czczo i stężenia hemoglobiny glikowanej,
 - - enzymów wątrobowych – AlaT, AspaT, GGTP,
 - - bilirubiny,
 - - oceny czynności nerek (kreatynina i eGFR),
 - - hormonów,
 - - insuliny,
 - - kwasu moczowego,
 - - jonogram: Na i K,
 - - żelaza (Fe),
 - - ferrytyny,
 - - poziomu witaminy D3,
 - - badania ogólnego moczu,
 - wywiad dotyczący dolegliwości zgłaszanych przez świadczeniobiorcę lub przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy;
- 2) zapewnienie specjalistycznych konsultacji, w zależności od potrzeb i stanu klinicznego świadczeniobiorcy, w tym konsultacji specjalistycznych z zakresu: gastroenterologii, ginekologii, endokrynologii, diabetologii, kardiologii, pulmonologii, psychiatrii;
 - 3) konsultację dietetyczną obejmującą: przeprowadzenie pomiarów antropometrycznych, analizę składu ciała, porady kontrolne, edukację żywieniową obejmującą informacje o modyfikowalnych czynnikach stylu życia (w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej oraz negatywnych skutków stosowania używek) – od 4 do 6 wizyt, w tym maksymalnie 2 teleporady w okresie roku, przy czym 2 porady odbywają się w okresie 3 miesięcy od dnia kwalifikacji do leczenia, minimalny czas porady 30 minut;
 - 4) konsultację psychologiczną – co najmniej 4 wizyty, minimalny czas porady 30 minut;

- 5) w przypadku braku efektów w prowadzeniu terapii behawioralnej – leczenie farmakologiczne z wykorzystaniem leków przeciwotyłościowych.

§ 12. 1. Moduł III, o którym mowa w § 9 pkt 3, trwa 23 miesiące od zakończenia modułu I, o którym mowa w § 9 pkt 1, jest realizowany zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych fizjoterapii ambulatoryjnej, lub w warunkach ośrodka stacjonarnego lub oddziału dziennego rehabilitacji ogólnoustrojowej, lub w warunkach stacjonarnych rehabilitacji ogólnoustrojowej, 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 oraz z 2023 r. poz. 1954).

2. Celem indywidualnego planu rehabilitacji jest zapobieganie powstawaniu zaburzeń czynnościowych i poprawa wydolności fizycznej oraz redukcja masy ciała obejmujące:

- 1) opiekę lekarską;
- 2) opiekę fizjoterapeutyczną, która obejmuje ćwiczenia indywidualne i grupowe, instruktaż ćwiczeń oraz motywowanie do różnych form aktywności fizycznej i aktywnego spędzania wolnego czasu, w celu graniczenia siedzącego trybu życia;
- 3) dobór i naukę korzystania z wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi;
- 4) edukację bezpośrednią świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy w zakresie samoopieki, poradnictwa i instruktażu dotyczącego samodzielnego wykonywania ćwiczeń, zaleceń terapeutycznych i dietetycznych, korzystania ze sprzętu lub wyrobów medycznych, w tym w warunkach domowych, prowadzoną przez personel medyczny w ramach posiadanych kompetencji, edukację pośrednią, a także dostarczenie informacji na temat grup wsparcia;
- 5) przeprowadzenie badań lub testów;
- 6) monitorowanie procesu leczenia określonego w indywidualnym planie rehabilitacji.

§ 13. Ośrodek koordynujący przeprowadza bilans opieki, po 12 i 24 miesiącach udziału świadczeniobiorcy w programie pilotażowym, polegający na ocenie stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

§ 14. Moduł IV, o którym mowa w § 9 pkt 4, obejmuje przekazanie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej przez ośrodek koordynujący, po zakończeniu modułu II i III,

informacji dotyczącej udziału świadczeniobiorcy w programie pilotażowym i zaleceń dalszego postępowania.

§ 15. Konsultacje specjalistyczne, o których mowa w § 10 pkt 4, przeprowadzane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, przez świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym, są realizowane:

- 1) niezwłocznie – w przypadku zgłoszenia koordynatorowi procesu leczenia przez przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, a w przypadku świadczeniobiorcy powyżej 16. roku życia – również świadczeniobiorcę, objawów wymagających konsultacji;
- 2) nie później niż w okresie 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia przez przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, a w przypadku świadczeniobiorcy powyżej 16. roku życia – również świadczeniobiorcę – w przypadku wyników badań wymagających opisu.

§ 16. Ośrodek koordynujący, do 10 dnia każdego miesiąca, przekazuje Funduszowi dane rozliczeniowe związane z realizacją programu pilotażowego obejmujące wykonane procedury medyczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 dotyczące diagnostyki, leczenia i monitorowania świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym.

§ 17. 1. Ośrodki koordynujące są wybierane w drodze naboru przeprowadzanego przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Informacja o rozpoczęciu naboru, o którym mowa w ust. 1, jest zamieszczana na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego Funduszu.

3. Świadczeniodawca zgłaszający się do naboru składa wniosek do oddziału wojewódzkiego Funduszu zawierający:

- 1) oznaczenie świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt. 41 lit. a i b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych:
 - a) adres siedziby podmiotu,
 - b) adres do korespondencji,
 - c) adres poczty elektronicznej,
 - d) numer telefonu;

- 2) oświadczenie o spełnianiu warunków określonych w § 18 oraz realizacji programu pilotażowego na zasadach określonych w § 6–16;
- 3) oświadczenie wskazujące maksymalną liczbę świadczeniobiorców, którą planuje objąć programem pilotażowym.

4. Przy naborze jako kryterium stosuje się kolejność wpływu wniosków, o których mowa w ust. 3.

5. Oddział wojewódzki Funduszu, na podstawie wyników naboru, zawiera z wybranymi świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego.

6. Procedura, o której mowa w § 18 pkt 5, stanowi załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego.

§ 18. Ośrodek koordynujący realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie poradni specjalistycznej chorób metabolicznych dla dzieci lub poradni endokrynologicznej dla dzieci, lub poradni gastroenterologicznej dla dzieci oraz spełnia następujące warunki:

- 1) posiada w miejscu udzielania świadczeń poradnię specjalistyczną chorób metabolicznych dla dzieci lub endokrynologiczną dla dzieci, lub gastroenterologiczną dla dzieci oraz zapewnia dostęp do narzędzi umożliwiających dokonanie pomiarów u pacjentów chorujących na otyłość:
 - a) zestawu do pomiarów antropometrycznych, w tym analizatora składu ciała (wykorzystującego metodę bioimpedancji elektrycznej – BIA), wagi, wzrostomierza,
 - b) glukometru,
 - c) ciśnieniomierza z mankietami dopasowanymi do różnych grup wiekowych,
 - d) ultrasonografii lub rezonansu magnetycznego, lub elastografii,
 - e) elektrokardiografii;
- 2) zapewnia dostęp do:
 - a) pracowni radiologii,
 - b) pracowni endoskopowej,
 - c) pracowni polisomnograficznej,
 - d) 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;

- 3) zapewnia w komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej wyposażenie dostosowane do indywidualnych potrzeb świadczeniobiorców chorujących na otyłość;
- 4) zapewnia wielospecjalistyczny zespół terapeutyczny posiadający doświadczenie w leczeniu otyłości, w tym co najmniej:
 - a) koordynatora procesu leczenia,
 - b) dietetyka – osobę posiadającą wykształcenie wyższe uzyskane na studiach o kierunku dietetyka lub technologia żywności i żywienie człowieka ze specjalizacją żywienie człowieka i co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe w pracy z osobami poniżej 18. roku życia chorującymi na otyłość,
 - c) psychologa lub psychologa klinicznego, z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pracy z osobami poniżej 18. roku życia chorującymi na otyłość lub zaburzenia odżywiania,
 - d) fizjoterapeutę z co najmniej 2-letnim doświadczeniem zawodowym w pracy z osobami poniżej 18. roku życia chorującymi na otyłość,
 - e) koordynatora programu pilotażowego;
- 5) opracowuje, wdraża i stosuje procedurę określającą zasady współpracy między koordynatorem procesu leczenia a specjalistami współpracującymi w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia otyłości, wsparcia dietetycznego i psychologicznego, rehabilitacji leczniczej oraz z pozostałym personelem medycznym sprawującym opiekę nad świadczeniobiorcą zakwalifikowanym do programu pilotażowego;
- 6) zapewnia dostęp do konsultacji specjalistycznych z zakresu: gastroenterologii dziecięcej, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, kardiologii, hipertensjologii, pulmonologii i psychiatrii oraz zapewnia wsparcie dietetyczne i psychologiczne, szkolenia z zakresu żywienia i rehabilitację leczniczą zgodnie z indywidualnymi potrzebami świadczeniobiorcy zakwalifikowanego do programu pilotażowego;
- 7) zapewnia wykonywanie badań laboratoryjnych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2125) i badań obrazowych;

- 8) zapewnia organizację programu pilotażowego przez koordynatora programu pilotażowego zatrudnionego w wymiarze co najmniej równoważnika jednego etatu oraz przez koordynatora procesu leczenia zatrudnionego w wymiarze co najmniej równoważnika jednego etatu;
- 9) może tworzyć grupy wsparcia dla świadczeniodawców oraz przedstawicieli ustawowych lub współpracować z istniejącymi grupami wsparcia, a także wykorzystać nowoczesne technologie, w celu zapewnienia edukacji i wymiany doświadczeń między świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do programu pilotażowego dla uzyskania jak najlepszych efektów terapeutycznych;
- 10) koordynuje działania związane z kompleksową opieką nad świadczeniobiorcą w całym procesie leczenia obejmującym okres 24 miesięcy, w tym monitoruje efekty leczenia oraz proces terapeutyczny.

§ 19. 1. Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej w programie pilotażowym następuje po zrealizowaniu poszczególnych modułów postępowania diagnostyczno-leczniczego, o których mowa w § 9, z uwzględnieniem:

- 1) współczynników korygujących określających wysokość mnożnika dla wskaźników oceny efektu zdrowotnego w ramach programu pilotażowego, za pomocą którego jest obliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy biorącego udział w programie pilotażowym:
 - a) 1,1 – obniżenie centyla BMI o minimum 3 centyle lub obniżenie nadmiaru masy ciała w stosunku do wysokości ciała o minimum 10% oraz poprawa jednego z punktów końcowych, o których mowa w ust. 2,
 - b) 1,2 – obniżenie centyla BMI o minimum 3 centyle lub obniżenie nadmiaru masy ciała w stosunku do wysokości ciała o minimum 10% oraz poprawa dwóch z punktów końcowych, o których mowa w ust. 2,
 - c) 1,4 – obniżenie centyla BMI o minimum 3 centyle lub obniżenie nadmiaru masy ciała w stosunku do wysokości ciała o minimum 10% oraz poprawa trzech z punktów końcowych, o których mowa w ust. 2;
- 2) ryczałtu miesięcznego dla ośrodka koordynującego program pilotażowy.

2. Wskaźnikami oceny efektów leczenia w ramach programu pilotażowego jest obniżenie centyla BMI o minimum 3 centyle lub obniżenie nadmiaru masy ciała w stosunku do wysokości ciała o minimum 10% oraz przynajmniej jeden z poniższych punktów końcowych:

- 1) poprawa poziomu aktywności fizycznej – ocenianej testami wydolnościowymi lub skalą IPAQ;
- 2) spadek odsetka tkanki tłuszczowej w badaniu bioimpedancji elektrycznej;
- 3) poprawa wykładników zespołu metabolicznego – w przypadku występowania cech zespołu metabolicznego w module I;
- 4) zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego, jeżeli w module I stwierdzano wartości nieprawidłowe.

3. W przypadku niezakończenia realizacji modułu przez świadczeniobiorcę rozliczenie świadczeń opieki zdrowotnej w programie pilotażowym następuje zgodnie ze zrealizowanymi świadczeniami opieki zdrowotnej.

§ 20. 1. Wskaźnikami realizacji programu pilotażowego oceniającymi jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej są:

- 1) odsetek świadczeniobiorców, którzy ukończyli II moduł programu pilotażowego;
- 2) odsetek świadczeniobiorców, którzy ukończyli III moduł programu pilotażowego;
- 3) odsetek świadczeniobiorców, o których ośrodek koordynujący przekazał informację dotyczącą realizacji programu oraz zalecenia dalszego postępowania do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 21. Fundusz dokonuje pomiaru wskaźników, o których mowa w § 20, na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych przekazywanych przez ośrodki koordynujące uwzględniających informacje, których zakres określają przepisy wydane na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 22. 1. Prezes Funduszu sporządza sprawozdanie końcowe z realizacji programu pilotażowego, w tym ocenę wskaźników, o których mowa w § 20, 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.

§ 23. 1. Na podstawie sprawozdania końcowego, o którym mowa w § 22 ust. 1, Fundusz dokonuje, we współpracy z ośrodkami koordynującymi, oceny wyników programu pilotażowego.

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, o którym mowa w § 22 ust. 1.

3. Raport końcowy, o którym mowa w ust. 2, podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu w terminie 30 dni od dnia jego sporządzenia.

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

§ 24. Podmiotem obowiązany do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego jest Fundusz.

§ 25. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Alina Budziszewska-Makulska

Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci jest wydawane 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.).

Projekt rozporządzenia określa warunki realizacji programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami w wieku poniżej 18. roku życia, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci, zwanego dalej „programem pilotażowym”. Koncepcja kompleksowej diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z rozpoznąną otyłością opiera się na scentralizowanym, wielodyscyplinarnym leczeniu w jednym ośrodku, który zapewnia sprawną koordynację na każdym etapie leczenia, obejmuje także monitorowanie efektów leczenia oraz całego procesu terapeutycznego.

Celem programu pilotażowego jest poprawa jakości i efektywności leczenia świadczeniobiorców w wieku do 18. roku życia, u których występuje wysokie ryzyko rozwoju otyłości, określane na podstawie centyla BMI \geq 85 centyla lub z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 „Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii”, u których centyl wskaźnika masy ciała wynosi \geq 95 centyla kg/m^2 . W ramach programu zostanie także przeprowadzona ocena efektywności organizacyjnej nowego modelu opieki nad tą grupą świadczeniobiorców.

Wprowadzenie w ramach programu pilotażowego modelu kompleksowej specjalistycznej opieki medycznej nad świadczeniobiorcami z rozpoznąną otyłością wynika ze stale rosnącej liczby osób otyłych, co stanowi coraz większe obciążenie finansowe dla systemu opieki zdrowotnej, a także społeczeństwa. Nadwaga i otyłość to zjawiska o zasięgu globalnym. W wielu krajach otyłość przybrała rozmiary epidemii. Epidemiczny charakter otyłości, zwłaszcza w krajach uprzemysłowionych, stanowi poważny problem zdrowotny i społeczny. Omawiane zjawiska dotyczą także Rzeczypospolitej Polskiej.

W badaniu HBSC¹⁾ z 2018 r., zgodnie z kategoriami BMI wg Światowej Organizacji Zdrowia – WHO 2007, nadmierna masa ciała występowała u 21,3% nastolatków, w tym otyłość

¹⁾ HBSC (ang. Health Behaviour in School-aged Children) Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC, red. J. Mazur i wsp., Warszawa 2018.

u 4,7%, istotnie częściej u chłopców niż dziewcząt. Z krajowych badań przeprowadzonych w 2021 r.²⁾ wynika natomiast, że odsetek uczniów w wieku lat 8., u których występuje nadwaga lub otyłość, wynosi 35,3% (częściej u chłopców – 38,5%, niż dziewcząt – 32,1%). Z badań z 2021 r. wynika, że średni obwód talii badanych uczniów wynosi 61,8 cm, obwód talii chłopców jest około 2 cm większy niż dziewcząt, a odnosząc te wartości do wartości centylowych, zbyt duży obwód odnotowuje się u blisko 30% drugoklasistów. Zbyt duży obwód bioder, o wartości odpowiadającej >90 centyla obserwuje się u blisko 26% badanych uczniów w wieku lat 8. Występowanie otyłości brzusznej na podstawie wskaźnika obwodu talii do wysokości ciała stwierdzono u 22,4% badanych drugoklasistów. W latach 2016–2021 nastąpił także znaczny wzrost odsetka dzieci w wieku 8 lat, u których zaobserwowano podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Zgodnie z wynikami opisanymi w raporcie „Zdrowie i styl życia polskich uczniów”³⁾ nadmiar masy ciała dotyczy 31,8% uczniów klas II i 29,0% uczniów klas VII i występuje częściej u chłopców niż u dziewcząt. Wartość powyżej 90. centyla w obwodzie talii – wiązana ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób – zanotowano u 25,3% uczniów klas II i 22,6% uczniów klas VII. Co piąty uczeń klasy II i klasy VII ma obwód bioder powyżej wartości zwiększającej ryzyko wystąpienia zaburzeń sercowo-naczyniowych. Podwyższone ciśnienie skurczowe dotyczy 24,3% uczniów klas II i 12,1% uczniów klas VII, a podwyższone ciśnienie rozkurczowe 18,2% drugoklasistów i 11,4% siódmoklasistów.

Wyniki raportu „Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów” 17-letnich na tle zmian w drugiej dekadzie życia przygotowanego przez Instytut Matki i Dziecka w 2020 r.⁴⁾ pokazują, że nadwaga i otyłość występowała u 13,6% ogółu badanych 17-latków, znacząco częściej u chłopców (19,0%) niż dziewcząt (8,8%). Istotnie statystycznie różnice związane z płcią utrzymują się od 11 roku życia (18,1%), ale są większe wśród 13-latków (18,5%) i 15-latków (13,4%). Między 11. a 17. rokiem życia częstość nadwagi i otyłości u nastolatków zmniejsza się, średnio o 4,5 punktów procentowych, w większym stopniu u dziewcząt. W grupie

²⁾ Raport Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19, red. A. Fijałkowska i wsp., Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2022.

³⁾ Raport „Zdrowie i styl życia polskich uczniów” – raport z badań zrealizowanych w ramach NPZ na lata 2016-2020 przez zespół Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie w latach 2018-2019, w 143 szkołach na terenie 12 województw. Analiza IMiD została przeprowadzona na grupie 3067 uczniów klas II i 1262 uczniów klas VII szkoły podstawowej.

⁴⁾ <https://imid.med.pl/files/imid/Do%20pobrania/Raport%20Zdrowie%20i%20zachowania%20zdrowotne%20uczni%C3%B3w%2017.pdf>

chłopców najbardziej obciążeni nadmiarem masy ciała są 13-latkowie. Po 15-tym roku życia wskaźniki nadmiaru masy ciała stabilizują się u obu płci.

Jak wynika z raportu Instytutu Matki i Dziecka o stanie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży⁵⁾, wśród przedszkolaków: 19,3% 3-latków, 18,5% 4-latków, 15,8% 5-latków i 16,2% 6-latków spełniło zalecenia 7 dni/ 60 min MVPA⁶⁾. Wśród 15-letnich dziewcząt 10% spełniło zalecenie aktywności fizycznej, podobnie w grupie 17-latków – blisko 10% spełniło zalecenia MVPA. Na podstawie tych danych wyliczono, że zaledwie 16,8% dzieci i młodzieży w Polsce jest umiarkowanie bądź intensywnie aktywna fizycznie przez przynajmniej 60 minut dziennie 7 dni w tygodniu.

Istotny z punktu widzenia organizacji systemu zdrowia oraz procesu leczenia pacjenta chorującego na otyłość jest fakt, że dziecko z rozpoznaną otyłością ma ponad 70% ryzyko bycia otyłymi dorosłymi⁷⁾. Mimo faktu, że zdecydowana większość osób chorujących na otyłość w wieku dorosłym nie chorowała w dzieciństwie, u osób, u których choroba otyłościowa rozpoczyna się wcześnie znacznie wcześniej obserwowane są też powikłania i inne konsekwencje zdrowotne tej choroby.

Rozpoczęcie leczenia choroby otyłościowej na wczesnym etapie jej występowania znacząco poprawia szanse na zmniejszenie powikłań, a także istotną redukcję (i retencję) masy ciała. Może to w istotny sposób przyczynić się do poprawy jakości życia świadczeniobiorcy, stanu zdrowia społeczeństwa, a także poprawy sytuacji zdrowotnej i ekonomicznej w całym kraju.

Z uwagi na zdiagnozowaną przez klinicystów i innych ekspertów potrzebę zaoferowania pacjentowi z otyłością wielospecjalistycznego wsparcia, zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2022 r. powołano przy Ministrze Zdrowia zespół do spraw koordynowanej opieki nad pacjentami z rozpoznaną otyłością (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 112, z późn. zm.), zwany dalej „Zespołem”. Powołanie Zespołu związane było z koniecznością opracowania dwóch odrębnych propozycji programów pilotażowych skierowanych do dzieci oraz osób dorosłych, mających na celu stworzenie modelowej ścieżki postępowania z chorymi na otyłość, które pozwolą na zaoferowanie pacjentowi wielospecjalistycznego wsparcia celem uniknięcia

⁵⁾ Raport o stanie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce Global Matrix 4.0, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2022.

⁶⁾ MVPA - moderate-to-vigorous physical activity – wskaźnik służący do oceny aktywności fizycznej.

⁷⁾ Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016 Feb;17(2):95-107

rozwoju otyłości olbrzymiej. Należy podkreślić, że działania Zespołu miały na celu wypracowanie rozwiązań, które będą stanowiły uzupełnienie rozwoju systemu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie jednego z zadań Zespołu, tj. przygotowanie propozycji programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad chorymi w wieku poniżej 18. roku życia, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju (KOS-BMI Dzieci).

Podstawowym kryterium kwalifikacji do programu jest wiek i centyl BMI świadczeniobiorcy. Program pilotażowy skierowany jest bowiem do świadczeniobiorców w wieku do 18. roku życia na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, u których stwierdzono centyl BMI \geq 85 centyla lub rozpoznaniem ICD-10: E66.0 „Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii”, przy czym programem nie mogą być objęci świadczeniobiorcy, u których stwierdza się określone w projekcie rozporządzenia przeciwwskazania.

Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji programu pilotażowego, obejmuje zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, z ośrodkami koordynującymi trwający 3 miesiące od dnia wejścia w życie rozporządzenia;
- 2) etap realizacji, podczas którego są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w okresie 39 miesięcy od dnia podpisania umów, o których mowa w pkt 1, przy czym świadczeniobiorcy mogą zgłaszać się do udziału w programie pilotażowym w okresie 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia jego realizacji;
- 3) etap ewaluacji programu pilotażowego, który trwa 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji.

Program pilotażowy obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej w okresie 24 miesięcy od zakwalifikowania pacjenta do programu.

Realizacja programu pilotażowego obejmuje cztery moduły postępowania diagnostyczno-leczniczego:

- 1) moduł I – Diagnostyka wstępna i ustalenie indywidualnego planu opieki;
- 2) moduł II – Leczenie specjalistyczne i monitorowanie;
- 3) moduł III – Rehabilitacja lecznicza;

- 4) moduł IV – Przekazanie lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej informacji dotyczącej realizacji programu i zaleceń dalszego postępowania.

Szczegółowy zakres każdego z wyżej wymienionych modułów został określony w projekcie rozporządzenia. Moduł II obejmujący leczenie specjalistyczne i monitorowanie oraz moduł III obejmujący rehabilitację leczniczą, trwające 23 miesiące są realizowane w tym samym okresie. W zakresie modułu IV lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma możliwość konsultacji z lekarzem specjalistą lub ośrodkiem koordynującym, który przekazał informacje na temat pacjenta.

Program pilotażowy zakłada możliwość przeprowadzenia konsultacji, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, przez świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym. Mając na uwadze charakter programu pilotażowego nie ma możliwości wskazania w projektowanym rozporządzeniu konkretnej liczby konsultacji. Należy mieć na uwadze, że program pilotażowy zakłada indywidualne podejście do świadczeniobiorcy. U osób z rozpoznaną otyłością spowodowaną nadmierną podażą energii może wystąpić sytuacja przeprowadzenia dodatkowej konsultacji w trakcie trwania programu pilotażowego.

Bilans opieki przeprowadzany jest po 12 i 24 miesiącach realizacji programu pilotażowego.

Dane rozliczeniowe związane z realizacją programu pilotażowego obejmujące wszystkie wykonane procedury medyczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-10 dotyczące diagnostyki, leczenia i monitorowania świadczeniobiorców objętych programem pilotażowym, przekazywane są Funduszowi do 10 dnia każdego miesiąca.

Program pilotażowy jest realizowany przez ośrodki koordynujące, które zawarły z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego. Realizatorzy programu pilotażowego zostaną wyłonieni w drodze naboru, przeprowadzanego przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Informacja o rozpoczęciu naboru zostanie zamieszczona na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego Funduszu. Świadczeniodawca zgłaszający się do naboru składa wniosek do oddziału wojewódzkiego Funduszu zawierający oznaczenie wnioskującego świadczeniodawcy, w tym dane kontaktowe obejmujące adres siedziby podmiotu, adres do korespondencji, adres poczty elektronicznej, numer telefonu, oraz oświadczenie o spełnianiu warunków określonych w § 18 projektu rozporządzenia oraz realizacji programu pilotażowego na zasadach określonych

w § 6–16 projektu rozporządzenia. Nabór będzie prowadzony z uwzględnieniem kolejności zgłoszeń podmiotów spełniających warunki określone w § 18 projektu rozporządzenia do wyczerpania maksymalnej liczby świadczeniobiorców.

Programem pilotażowym zostanie objętych maksymalnie 2 000 świadczeniobiorców. Liczba ta zostanie podzielona na województwa, proporcjonalnie do możliwości świadczeniodawców. Zgodnie z przeprowadzonymi analizami wskazana liczba świadczeniobiorców jest wystarczająca do przeprowadzenia programu pilotażowego.

Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej w programie pilotażowym będzie następowało po zrealizowaniu poszczególnych modułów, określonych w § 9, z uwzględnieniem wskaźników korygujących, o których mowa w § 19, a także ryczału miesięcznego dla ośrodka koordynującego za koordynację opieki nad świadczeniobiorcą w programie pilotażowym. Wysokość ryczału uzależniona będzie od liczby pacjentów zakwalifikowanych do udziału w programie pilotażowym w danym ośrodku koordynującym.

W przypadku niezakończenia realizacji modułu przez pacjenta rozliczenie świadczeń opieki zdrowotnej w programie pilotażowym następuje zgodnie ze zrealizowanymi przez ośrodek koordynujący świadczeniami.

Wskaźniki oceny efektów leczenia w ramach programu pilotażowego zostały określone w § 19 ust. 2. Wartości poszczególnych parametrów punktów końcowych zostaną określone w odpowiednim zarządzeniu Prezesa Funduszu.

Wskaźniki jakości opieki w ramach programu pilotażowego zostały natomiast określone w § 20. Spadek wartości wskaźnika na poziomie 20% w każdym z modułów, względem modułu poprzedniego, jest wartością akceptowalną, kwalifikującą realizację danego modułu jako spełniającą kryterium jakości.

Podmiotem zobowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego będzie Fundusz.

Oczekuje się, że zdefiniowanie modelu kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem poniżej 18. roku życia z rozpoznaną otyłością lub wysokim ryzykiem jej wystąpienia wpłynie korzystnie na skuteczność procesu leczniczego i dalsze zdrowienie pacjentów w tej grupie wiekowej.

Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia będzie miał pozytywny wpływ na średnich i małych przedsiębiorców, a także na mikroprzedsiębiorców, ze względu na zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wzrost świadomości społecznej w zakresie korzyści płynących z utrzymania prawidłowej masy ciała, prawidłowych zachowań zdrowotnych, a tym samym zmniejszenie absencji chorobowej, kosztów pracy oraz zwiększenie wydajności personelu.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.