Załącznik nr 10 do zarządzenia nr 101/2025/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 23 grudnia 2025 r.

**OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**

**Część I.**

**Dializoterapia wątrobowa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia:** | |
| 1.1 | nazwa produktu rozliczeniowego | **5.53.01.0001479 - Dializoterapia wątrobowa** |
| 1.2 | określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10) | **K 72.0 Ostra i podostra niewydolność wątroby**  Metoda wybiórczego eliminowania toksyn, umożliwia podtrzymywanie i stabilizację funkcji wątroby.  Eliminacja z krwi pacjenta egzotoksyn jak i endotoksyn powstających w przebiegu uszkodzenia narządowego (wątroby, nerek) zarówno fizycznie rozpuszczonych  w osoczu jak i będących w połączeniu z białkami krwi (albuminami).  **K72.1 Przewlekła niewydolność wątroby** |
| 1.3 | kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia | Do wykonania świadczenia kwalifikowani są pacjenci m.in. z:  - ostrą niewydolnością wątroby,  - zaostrzeniem przewlekłego uszkodzenia wątroby (głównie polekowego lub poalkoholowego.) |
| 1.4 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM) | **50.921 Dializa wątrobowa** |
| 1.5 | oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia) | -samoistna poprawa czynności wątroby także innych współwystępujących powikłań narządowych,  -stabilizacja stanu chorego oczekującego na transplantację wątroby – w praktyce klinicznej kontynuowane są zabiegi do czasu pozyskania dawcy wątroby lub utraty kwalifikacji pacjenta do przeszczepu wątroby lub możliwości przeprowadzania zabiegu (śmierć mózgu, wstrząs, czynne krwawienie, DIC). |
| **2.** | **Warunki wykonania świadczenia** | |
| 2.1 | warunki wykonania świadczenia | Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych  z zakresu leczenia szpitalnego |
| 2.2 | zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia | - toksykologia,  - nefrologia,  - transplantologia,  - anestezjologia i intensywna terapia. |

**OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**

**Część II.**

**Przeszczepienie nerki > 17 r.ż. Przeszczepienie nerki < 18 r.ż.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia:** | |
| 1.1 | nazwa produktu rozliczeniowego | **5.51.01.0011094 - Przeszczepienie nerki > 17 r.ż.**  **5.51.01.0011096 - Przeszczepienie nerki < 18 r.ż.** |
| 1.2 | określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10) | **N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek** |
| 1.3 | kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia | Kryteria kwalifikacji do przeszczepu nerki :  - pacjent przewlekle dializowany lub przygotowywany do leczenia nerko zastępczego,  - z rozpoznaną schyłkowa niewydolnością nerek (klirensem kreatyniny poniżej 15 ml/min/1,75 m2, a w cukrzycy < 20ml/min/1,75m2),  - zgłoszenie do Krajowej Listy Osób oczekujących na przeszczepienie, po wykluczeniu przeciwwskazań do zabiegu tj. zgodnie z zasadami kwalifikacji i zgłoszenia chorego do krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie nerki. |
| 1.4 | świadczenia skojarzone | Leczenie immunosupresyjne |
| 1.5 | częstość występowania procedury | Średniorocznie w Polsce wykonuje się obecnie 500-1000 zabiegów przeszczepienia nerki. |
| 1.6 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia  (wg ICD 9 CM) | 55.691 Alloprzeszczep nerki |
| 1.7 | zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia) | - leczenie immunosupresyjne,  - stała opieka nefrologiczna,  - stała opieka transplantologiczna,  - leczenie powikłań,  - edukacja pacjenta. |
| 1.8 | oczekiwane wyniki postępowania | - poprawa stanu klinicznego,  - poprawa jakości życia chorych i powrót do normalnej aktywności życiowej,  - wydłużenie czasu przeżycia pacjenta. |
| 1.9 | ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania | Odrzucenie przeszczepu przez biorcę.  Zakażenia oportunistyczne (wirusowe, pierwotniakowi i grzybicze).  Powikłania urologiczne :  - przeciekanie moczu,  - przetoki moczowe,  - upośledzony odpływ moczu spowodowany zatkaniem, uciskiem, skręceniem lub zwężeniem moczowodu,  - odpływ pęcherzowo-moczowodowy,  - zakażenie dróg moczowych.  Powikłania naczyniowe :  - zakrzep żylny lub tętniczy,  - zwężenie zespoleń naczyniowych. |
| **2.** | **Warunki wykonania i finansowania świadczenia** | |
| 2.1 | warunki wykonania świadczenia | Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego |
| 2.2 | warunki finansowania świadczenia | Finansowanie świadczenia obejmuje w szczególności :  1) transport i przechowywanie nerki lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia;  2) typowanie tkankowe;  3) przygotowanie biorcy do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy;  4) wykonanie zabiegu przeszczepienia nerki z zastosowaniem koniecznych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;  5) leczenie biorcy w okresie pooperacyjnym do 30 dni  od daty wykonania przeszczepienia;  6) ocenę wyników;  7) inne czynności niezbędne do organizacji i koordynacji wykonania świadczenia;  8) raportowanie wyników przeszczepienia do Rejestru Przeszczepień.  Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców oraz żywego dawcy. |
| 2.3 | zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia | transplantologia kliniczna |
| **3** | **Istniejące wytyczne postępowania medycznego** | Zespół ekspertów w dziedzinie transplantologii klinicznej.  Transplantologia kliniczna pod redakcją W. Rowińskiego, J. Wałaszewskiego, L. Pączka. PZWL, 2004 |

**OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**

**Część III.**

**Przeszczepienie nerki i trzustki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia:** | |
| 1.1 | nazwa produktu rozliczeniowego | **5.51.01.0011097 - Przeszczepienie nerki i trzustki** |
| 1.2 | określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10) | **N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek**  **E10.2 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi)** |
| 1.3 | kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia | Kryteria kwalifikacji do przeszczepu nerki :  - pacjent przewlekle dializowany lub przygotowywany do leczenia nerko zastępczego,  - z rozpoznaną schyłkowa niewydolnością nerek (klirensem kreatyniny poniżej 15 ml/min/1,75 m2, a w cukrzycy < 20ml/min/1,75m2),  - zgłoszony do Krajowej Listy Osób oczekujących na przeszczepienie, po wykluczeniu przeciwwskazań do zabiegu tj. zgodnie z zasadami kwalifikacji i zgłoszenia chorego do krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie nerki.  Wskazaniem do równoczesnej transplantacji trzustki jest cukrzyca typu 1 powikłana schyłkową niewydolnością nerek na tle nefropatii cukrzycowej. |
| 1.4 | świadczenia skojarzone | Leczenie immunosupresyjne. |
| 1.5 | częstość występowania procedury | W Polsce średniorocznie wykonuje się około 20 zabiegów przeszczepienia nerki i trzustki. |
| 1.6 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM) | 00.181 Terapia przeciwciałami monoklonalnymi  00.182 Terapia przeciwciałami poliklonalnymi  39.958 Ciągła perfuzja pulsacyjna nerki w hipotermii  52.82 Alloprzeszczep trzustki  55.691 Alloprzeszczep nerki  56.511 Wytworzenie wstawki (conduit) z jelita biodrowego  56.512 Zewnętrzne odprowadzenie moczu przez przetokę moczowodowo-jelitową  56.515 Wytworzenie przetoki metodą Brickera  56.516 Odprowadzenie moczu metodą Kocka  56.517 Wszczepienie moczowodu do jelita biodrowego z zewnętrznym odprowadzeniem moczu  56.711 Zespolenie moczowodu z jelitem  56.741 Przeszczepienie moczowodu z wytworzeniem płata pęcherzowego  56.891 Uzupełnienie moczowodu wszczepem  56.892 Zastąpienie moczowodu pętlą jelita biodrowego wszczepioną do pęcherza  57.871 Zespolenie pęcherza z izolowaną pętlą jelita biodrowego  57.872 Powiększenie pęcherza  57.873 Zastąpienie pęcherza z użyciem jelita biodrowego lub esicy (zastępczy pęcherz jelitowy)  57.874 Rekonstrukcja pęcherza moczowego z wytworzeniem szczelnego zbiornika |
| 1.7 | zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia) | - leczenie immunosupresyjne,  - stała opieka nefrologiczna,  - stała opieka diabetologiczna,  - stała opieka transplantologiczna,  - leczenie powikłań,  - edukacja pacjenta. |
| 1.8 | oczekiwane wyniki postępowania | - poprawa stanu klinicznego,  - poprawa jakości życia chorych i powrót do normalnej aktywności życiowej,  - wydłużenie czasu przeżycia pacjenta. |
| 1.9 | ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania | Odrzucenie przeszczepu przez biorcę.  Zakażenia oportunistyczne (wirusowe, pierwotniakowi i grzybicze).  Zapalenie trzustki, przetoka trzustkowa.  Powikłania urologiczne :  - przeciekanie moczu,  - przetoki moczowe,  - upośledzony odpływ moczu spowodowany zatkaniem, uciskiem, skręceniem lub zwężeniem moczowodu,  - odpływ pęcherzowo-moczowodowy,  - zakażenie dróg moczowych.  Powikłania naczyniowe :  - zakrzep żylny lub tętniczy,  - zwężenie zespoleń naczyniowych. |
| **2.** | **Warunki wykonania i finansowania świadczenia** | |
| 2.1 | warunki wykonania świadczenia | Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego |
| 2.2 | warunki finansowania świadczenia | Finansowanie świadczenia obejmuje w szczególności :  1) transport i przechowywanie nerki oraz trzustki lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia;  2) typowanie tkankowe;  3) przygotowanie biorcy do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy;  4) wykonanie zabiegu przeszczepienia nerki i trzustki, z zastosowaniem koniecznych produktów leczniczych wyrobów medycznych i środków pomocniczych;  5) leczenie biorcy w okresie pooperacyjnym do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia;  6) ocenę wyników;  7) inne czynności niezbędne do organizacji i koordynacji wykonania świadczenia;  8) raportowanie wyników przeszczepienia do Rejestru Przeszczepień.  Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców oraz żywego dawcy. |
| 2.3 | zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia | transplantologia kliniczna |
| **3** | **Istniejące wytyczne postępowania medycznego** | Zespół ekspertów w dziedzinie transplantologii klinicznej.  Transplantologia kliniczna pod redakcją W. Rowińskiego, J. Wałaszewskiego, L. Pączka. PZWL, 2004 |

**OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**

**Część IV.**

**Przeszczepienie trzustki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia:** | |
| 1.1 | nazwa produktu rozliczeniowego | **5.51.01.0007030 - Przeszczepienie trzustki** |
| 1.2 | określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10) | **E10.2 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi)**  **E11.2 Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami nerkowymi)**  **T86.8 Niepowodzenie i odrzut innych przeszczepionych narządów i tkanek**  **G63.2 Polineuropatia cukrzycowa (E10-E14+ zwykle ze wspólnym czwartym znakiem kodu .4)**  **H36.0 Retinopatia cukrzycowa (E10-E14+ z wspólną czwartą częścią. 3)**  **I79.2 Angiopatia obwodowa w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej**  **N08.3 Zaburzenia kłębuszków nerkowych w cukrzycy**  **(E10-E14+ ze wspólnym czwartym znakiem .2)** |
| 1.3 | kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia | Wskazaniem do równoczesnej transplantacji trzustki jest cukrzyca powikłana niewydolnością nerek na tle nefropatii cukrzycowej oraz innymi powikłaniami.  Pacjent zgłoszony do Krajowej Listy Osób oczekujących na przeszczepienie |
| 1.4 | świadczenia skojarzone | Leczenie immunosupresyjne. |
| 1.5 | częstość występowania procedury | W Polsce wykonuje się zabiegi przeszczepienia trzustki jedynie sporadycznie. |
| 1.6 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia  (wg ICD 9 CM) | 52.82 Alloprzeszczep trzustki |
| 1.7 | zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia) | - leczenie immunosupresyjne,  - stała opieka diabetologiczna,  - stała opieka transplantologiczna,  - leczenie powikłań,  - edukacja pacjenta. |
| 1.8 | oczekiwane wyniki postępowania | - poprawa stanu klinicznego,  - poprawa jakości życia chorych,  - wydłużenie czasu przeżycia pacjenta. |
| 1.9 | ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania | Odrzucenie przeszczepu przez biorcę.  Zakażenia oportunistyczne (wirusowe, pierwotniakowi i grzybicze).  Zapalenie trzustki, przetoka trzustkowa.  Powikłania naczyniowe:  - zakrzep żylny lub tętniczy,  - zwężenie zespoleń naczyniowych. |
| **2.** | **Warunki wykonania i finansowania świadczenia** | |
| 2.1 | warunki wykonania świadczenia | Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych  z zakresu leczenia szpitalnego |
| 2.2 | warunki finansowania świadczenia | Finansowania świadczenia obejmuje w szczególności :  1) transport i przechowywanie trzustki lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia;  2) typowanie tkankowe;  3) przygotowanie biorcy do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy;  4) wykonanie zabiegu przeszczepienia trzustki z zastosowaniem koniecznych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;  5) leczenie biorcy w okresie pooperacyjnym do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia;  6) ocenę wyników;  7) inne czynności niezbędne do organizacji i koordynacji wykonania świadczenia;  8) raportowanie wyników przeszczepienia do Rejestru Przeszczepień.  Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców oraz żywego dawcy. |
| 2.3 | zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia | transplantologia kliniczna |
| **3** | **Istniejące wytyczne postępowania medycznego** | Zespół ekspertów w dziedzinie transplantologii klinicznej.  Transplantologia kliniczna pod redakcją W. Rowińskiego, J. Wałaszewskiego, L. Pączka. PZWL, 2004 |

**OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**

**Część V.**

**Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym  
Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia:** | |
| 1.1 | nazwa produktu rozliczeniowego | **5.51.01.0001048** - **Kompleksowe leczenie udarów mózgu**  **> 7 dni w oddziale udarowym**  **5.51.01.0001094 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu**  **> 3 dni < 8 dni w oddziale udarowym [do rozliczenia wyłącznie ze świadczeniem 5.53.01.0001658]**  **5.53.01.0001647 - Koszt leku trombolitycznego nie zawarty w kosztach świadczenia**  **5.53.01.0001658 - Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej** |
| 1.2 | określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD -10) | **I60** Krwotok podpajęczynówkowy  **I61** Krwotok mózgowy  **I62** Inne nieurazowe krwotoki mózgowe  **I63** Zawał mózgu  **I64** Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy |
| 1.3 | kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia | Świadczenie udzielane jest pacjentom z rozpoznaniem świeżego udaru mózgu.  Kryteria rozpoznania udaru mózgu:  1) stwierdzenie nagłego wystąpienia ogniskowych objawów neurologicznych zwykle odpowiadających unaczynieniu OUN;  2) wykluczenie innych przyczyn ostrych objawów neurologicznych (m.in. poprzez badania neuroobrazowe);  3) jeżeli badanie neuroobrazowe wykonane w pierwszej dobie choroby nie wykaże obecności ogniska niedokrwienia, a mimo to u pacjenta utrzymują się objawy ogniskowego niedokrwienia mózgu, kontrolne wykonanie badania neuroobrazowego nie jest obligatoryjne (każdorazowo do decyzji lekarza specjalisty);  4) w przypadku ustąpienia ogniskowych objawów neurologicznych w ciągu pierwszych 24 godzin od zachorowania zaleca się wykonanie badania RM w sekwencji FLAIR i DWI/ADC-, lub perfuzji TK; nie zachodzi konieczność dowodzenia rozpoznania poprzez kolejne badanie TK lub RM, jeżeli ogniskowe objawy neurologiczne utrzymują się powyżej 24 godzin od momentu zachorowania.  Konieczność udokumentowania obrazu klinicznego udaru mózgu wg Skali NIHSS, zgodnie z wytycznymi z 2019 r. dotyczącymi wczesnego leczenia pacjentów ze świeżym udarem niedokrwiennym. |
| 1.4 | świadczenia skojarzone | 1) określenie etiologii udaru mózgu lub uznanie, że etiologia jest nieznana (udar kryptogenny);  2) przygotowanie indywidualnego planu rehabilitacji i po uzyskaniu stabilizacji stanu ogólnego pacjenta rozpoczęcie wczesnej rehabilitacji;  3) wczesna rehabilitacja neurologiczna;  4) konsultacje specjalistyczne;  5) wentylacja mechaniczna;  6) zapobieganie (profilaktyka) i leczenie odleżyn;  7) zapobieganie i leczenie innych powikłań pozamózgowych:  a) zakażeń dróg oddechowych,  b) zakażeń dróg moczowych,  c) dysfagii,  d) choroby zakrzepowo-zatorowej,  e) nadciśnienia/niedociśnienia tętniczego,  f) depresji;  8) żywienie dojelitowe lub pozajelitowe;  9) zabiegi neurochirurgiczne. |
| 1.5 | częstość występowania procedury | Współczynniki zapadalności na udar w Polsce wynoszą:  - udar niedokrwienny 79 000 zachorowań/rok,  - udar krwotoczny 14 000 zachorowań/rok.  (dane wg MZ - Mapy Potrzeb Zdrowotnych, stanowiące załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. poz. 69). |
| 1.6 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia | 96.71 Wentylacja wspomagana przez rurkę intubacyjną  96.75 Ciągła wentylacja przez tracheostomię  96.781 Ciągła wentylacja mechaniczna trwająca mniej niż 96 godzin  89.540 Monitorowanie podstawowych czynności życiowych  89.602 Pulsoksymetria  87.031 Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi / TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym  87.032 TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym  87.033 TK tętnic głowy i szyi  88.91 Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu  88.911 RM mózgu i pnia mózgu bez wzmocnienia kontrastowego  88.977 Angiografia bez wzmocnienia kontrastowego - RM  88.978 Angiografia z wzmocnieniem kontrastowym - RM  88.41 Arteriografia naczyń mózgowych  88. 721 Echokardiografia  88.714 USG naczyń szyi - doppler  88.913 Badanie czynnościowe mózgu - RM  89.502 Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych -Holter EKG  89.501 Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych - Holter RR  99.102 Podanie leku trombolitycznego drugiej generacji  99.103 Podanie leku trombolitycznego trzeciej generacji  03.311 Nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego  43.11 Przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej [PEG]  93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna  94.08 Testy/ocena psychologiczna  39.742 Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń mózgowych lub wewnątrzczaszkowych |
| 1.7 | zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia) | 1) opieka neurologiczna;  2) profilaktyka powstawania powikłań;  3) leczenie powikłań;  4) rehabilitacja poudarowa (późna);  5) edukacja pacjenta;  6) profilaktyka wtórna udaru lub/i kontynuacja diagnostyki przyczyn udaru odpowiednio jak w punkcie 1.4.1. |
| 1.8 | oczekiwane wyniki postępowania | - zmniejszenie ryzyka kolejnego udaru,  - poprawa stanu klinicznego,  - poprawa jakości życia chorych i powrót do normalnej aktywności życiowej. |
| 1.9 | ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania | - zachłyśnięcia ( u 50% pacjentów),  - zakażenia dróg oddechowych ( u 25% pacjentów w ciągu 2 miesięcy od udaru),  - zakażenia dróg moczowych ( u 40% pacjentów),  - odleżyny,  - choroba zatorowo-zakrzepowa (<5% pacjentów),  - wtórne ukrwotocznienie ogniska udarowego,  - krwawienia z przewodu pokarmowego,  - krwawienia z pęcherza moczowego,  - powstawanie krwiaków śródmięśniowych, |
| **2.** | **Warunki wykonania i finansowania świadczenia** | |
| 2.1 | warunki wykonania świadczenia | Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego |
| 2.2 | warunki finansowania świadczenia | Finansowanie świadczenia obejmuje:  Leczenie pacjenta z rozpoznanym udarem w oddziale udarowym > 7 dni lub w przypadku przeprowadzenia zabiegu trombektomii mechanicznej > 3 dni  1) leczenie na sali intensywnego nadzoru- co najmniej 24h  a) stałe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych - karta obserwacji zgodnie z rozporządzeniem,  b) wykonywanie elektrokardiogramu oraz badań biochemicznych,  c) rozpoczęcie wczesnej i przygotowanie planu dalszej g) rehabilitacji,  d) profilaktykę i leczenie powikłań,  e) wykonanie niezbędnych badań w celu potwierdzenia rozpoznania lub ustalenie etiologii, w tym zawsze (o ile nie ma przeciwskazań) co najmniej jedno badanie MRI mózgu w przypadku udarów uznanych za kryptogenne oraz w przypadkach nieuwidocznienia świeżego ogniska w TK jeśli objawy ustąpiły w ciągu 24 godzin, a ponadto angiografia naczyń mózgu/angioMR/ angioTK w przypadku udaru krwotocznego z podejrzeniem przyczyny makronaczyniowej,  f) w przypadku spełnienia kryteriów - podanie leku trombolitycznego i związanych z tym procedur (wykonanie kontrolnego TK, monitorowanie RR co 15 min w pierwszych 2h od rozpoczęcia wlewu, następnie co 1h przez 24 h, kontrola stanu neurologicznego  g) w ośrodkach spełniających warunki określone w lp. 67 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego, w przypadku świadczeniobiorców w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu (ICD-10:I63 Zawał mózgu), kwalifikujących się do zabiegu: leczenie za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych; przeprowadzenie oceny stanu neurologicznego pacjenta w skali NIHSS przy przyjęciu do pierwszego szpitala, przy kwalifikacji do zabiegu i przy wypisie.  2) łóżko/sala wczesnej rehabilitacji neurologicznej (udarowej):  a) realizacja indywidualnego planu rehabilitacji, przez co najmniej 5 dni w tygodniu,  b) testy/ocena psychologiczna (opis w dokumentacji medycznej) - konsultacja psychologiczna na zlecenie lekarza (nie dotyczy pacjentów nieprzytomnych),  c) terapia neurologopedyczna - konsultacja logopedyczna na zlecenie lekarza (nie dotyczy pacjentów nieprzytomnych),  d) prowadzenie diagnostyki w celu określenia przyczyny udaru (badania: USG tętnic szyjnych, USG przezczaszkowe, ECHO serca, Holter RR, Holter EKG, RTG klatki piersiowej i in.- w razie potrzeby),  e) rozpoczęcie wtórnej profilaktyki udaru,  f) rozpoczęcie profilaktyki i leczenie powikłań.  3) obowiązek przekazywania ankiety udarowej; w przypadku leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego mózgu za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych raportowanie każdego przypadku wraz z uzyskanym wynikiem zdrowotnym w ramach ankiety udarowej.  Świadczenie nie obejmuje:  Diagnostyki i leczenia pacjentów z objawami przemijającego napadu niedokrwiennego tj. ostrego epizodu ogniskowego zaburzenia czynności mózgu pochodzenia naczyniowego o czasie trwania poniżej 24h i bez anatomicznie odpowiadających zawałowi zmian w badaniu neuroobrazowym. |
| 2.3 | zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia | neurologia |
| **3** | **Istniejące wytyczne postępowania medycznego** | 1) Postępowanie w udarze mózgu. Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Mózgu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego; Polski Przegląd Neurologiczny 2019, Tom 15, Suplement A, wraz z aktualizacjami  2) Aktualizowane zalecenia Europejskiej Organizacji Udarowej: https://eso-stroke.org/guidelines/eso-guideline-directory/ |

**OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**

**Część VI.**

**Całościowa ocena geriatryczna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia:** | |
| 1.1 | nazwa produktu rozliczeniowego | **5.53.01.0001499 - Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)** |
| 1.2 | określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10) | Wielochorobowość typowa dla wieku starszego, współistnienie u jednego pacjenta przynajmniej 3 schorzeń z różnych układów. |
| 1.3 | kryteria kwalifikacji chorych wymagających całościowej oceny geriatrycznej | Proces diagnostyczny prowadzony przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny w celu poprawy precyzji diagnostycznej, identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i oraz planowania opieki - obejmuje pacjentów geriatrycznych ze złożonymi problemami zdrowotnymi, hospitalizowanych w oddziałach geriatrycznych oraz oddziałach innych niż geriatryczne, spełniających następujące kryteria:  1)co najmniej 3 punkty w skali VES-13,  2)przynajmniej 3 współistniejące schorzenia z różnych układów organizmu |
| 1.4 | częstość występowania procedury | Świadczenie obejmie ok. 10.000 pacjentów rocznie |
| 1.5 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia  (wg ICD 9 CM) | 89.00 Porada/konsultacja lekarska  94.08 Testy/ocena psychologiczna |
| 1.6 | zalecenia dotyczące dalszego postępowania | 1) Proponowane przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny wnioski i zalecenia obejmują dalszą diagnostykę i leczenie i/lub dalszy zakres opieki długoterminowej bądź paliatywnej;  2) Wnioski diagnostyczne i lecznicze z konsultacji są przekazywane w formie pisemnej personelowi medycznemu sprawującemu opiekę nad pacjentem geriatrycznym (dotyczy oddziałów innych niż geriatryczne);  3) Dokumentację z zakresu przeprowadzonej całościowej oceny geriatrycznej i wydane przez lekarza geriatrę zalecenia należy dołączyć do indywidualnej dokumentacji pacjenta (historii choroby);  4) Dalsze leczenie kontynuowane przez prowadzącego lekarza w oddziale szpitalnym lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej według zaleceń zawartych w karcie całościowej oceny geriatrycznej lub informacyjnej karcie wypisowej wydanej pacjentowi. |
| 1.7 | oczekiwane wyniki postępowania | - zmniejszenie wskaźnika re-hospitalizacji,  - redukcja polifarmakoterapii,  - wczesne wykrywanie i leczenie problemów zdrowotnych umożliwiające wcześniejszą terapię i zapobieganie progresji niesprawności;  - redukcja niepożądanego działania leków dzięki właściwemu doborowi leków w wieku starszym,  - całościowe podejście do problemów zdrowotnych sprzyjające zwiększeniu satysfakcji i jakości życia,  - wydłużenie przeżycia. |
| **2.** | **Warunki wykonania i finansowania świadczenia** | |
| 2.1 | warunki wykonania świadczenia | Spełnienie warunków zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego |
| 2.2 | warunki finansowania świadczenia | Finansowanie świadczenia obejmuje:  1) ocenę skalą VES-13;  2) wywiad poszerzony o dane (również od opiekuna) na temat omdleń, upadków, wahań masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy, aktualnie zażywane leki;  3) badanie fizykalne poszerzone o elementy oceny neurologicznej, ocenę hipotonii ortostatycznej, orientacyjną ocenę widzenia i słuchu;  4) ocenę funkcji:  - fizycznych (skala Barthel lub ADL i I-ADL),  - chodu i równowagi (skala Tinetti; test wstań i idź),  - emocjonalnych (15-punktowa Geriatryczna Skali  Oceny Depresji),  - poznawczych (przynajmniej jedna z krótkich skal  przesiewowych);  5) wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych zawartych w karcie całościowej oceny geriatrycznej;  6) udokumentowanie w/w czynności poprzez wypełnienie karty całościowej oceny geriatrycznej włączonej do historii choroby;  7) umieszczenie zaleceń co dalszego postępowania w informacyjnej karcie wypisowej  Świadczenie może być rozliczone u jednego pacjenta 1 raz w roku kalendarzowym |
| 2.3 | uprawnieni do realizacji całościowej oceny geriatrycznej | Lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie geriatrii / konsultacyjny zespół geriatryczny |
| **3.** | **Istniejące wytyczne postępowania medycznego** | Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia opublikowane w Gerontologii Polskiej 2013, tom 21, nr 2, 33-47 |

**OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**

**Część VII.**

**Usunięcie zaćmy – kategoria I  
Grupa JGP - B18G**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia:** | |
| 1.1 | nazwa produktu rozliczeniowego | **5.51.01.0002101 - Usunięcie zaćmy - kategoria I** |
| 1.2 | określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10) | H25.0 Zaćma starcza początkowa  H25.1 Zaćma starcza jądrowa  H25.2 Zaćma starcza, typ Morgagniana  H25.8 Inne postacie zaćmy starczej  H25.9 Zaćma starcza, nieokreślona  H26.0 Zaćma dziecięca, młodzieńcza i przedstarcza  H26.1 Zaćma urazowa  H26.2 Zaćma wikłająca  H26.3 Zaćma polekowa  H26.8 Inne określone postacie zaćmy  H26.9 Zaćma, nieokreślona  H27.1 Przemieszczenie soczewki  H27.8 Inne określone zaburzenia soczewki  H27.9 Zaburzenia soczewki, nieokreślone  H28.0 Zaćma cukrzycowa (E10-E14+ z wspólną czwartą częścią .3)  H28.1 Zaćma w innych endokrynnych, pokarmowych i metabolicznych zaburzeniach  H28.2 Zaćma w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej  H28.8 Inne zaburzenia soczewki w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej  Q12.0 Wrodzona zaćma |
| 1.3 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM) | 13.192 Krioekstrakcja soczewki  13.193 Usunięcie zaćmy przez odessanie  13.194 Usunięcie soczewki nieokreślone inaczej  13.3 Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki przez prostą aspirację i wypłukanie  13.42 Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy z dojścia tylnego  13.49 Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy - inne  13.59 Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki - inne  13.69 Usunięcie zaćmy – inne  13.711 Wszczepienie pierścienia i soczewki anirydalnej  13.712 Wszczepienie soczewki torycznej  13.92 – Użycie w czasie operacji zaćmy retraktorów lub pierścieni źrenicznych  13.93 - Użycie w czasie operacji zaćmy pierścieni dotorebkowych  14.73 Mechaniczna witrektomia – dostęp przedni |
| 1.4 | oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia) | - poprawa stanu klinicznego,  - poprawa jakości życia chorych i powrót do normalnej aktywności życiowej. |
| **2.** | **Warunki wykonania świadczenia** | |
| 2.1 | warunki wykonania świadczenia | Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych  z zakresu leczenia szpitalnego |
| 2.2 | warunki finansowania świadczeń | Finansowanie świadczenia obejmuje:  1. stan przedoperacyjny lub powikłania śródoperacyjne wymagające użycia w czasie operacji:  a. witrektomu z dostępu przedniego, lub  b. retraktorów lub pierścieni źrenicznych, lub  c. pierścieni dotorebkowych, lub  d. pierścieni i soczewek anirydalnych, lub  e. soczewek torycznych korygujących astygmatyzm rogówkowy równy lub większy niż 2 dioptrie;  2. zabiegi wykonywane osobom poniżej 18 r.ż.  W przypadku zastosowania soczewek wymienionych w pkt 1 ppkt d lub e, możliwe jest zastosowanie współczynnika korygujacego 1,25. |
| 2.3 | pozostałe zasady rozliczania – przekazanie danych do sprawozdawczości | Konieczność sprawozdania w raporcie statystycznym: a) ostrości wzroku (wg skali Snellena), oraz  b) ewentualnych powikłań po usunięciu zaćmy (pęknięcie torebki tylnej / zapalenie wnętrza gałki ocznej).  Atrybut dotyczący „ostrości wzroku” należy sprawozdać dla produktów związanych z zabiegiem usunięcia zaćmy (5.51.01.0002101/5.51.01.0002102, 5.52.01.0001526, 5.52.01.0001528) – nie dotyczy dzieci. |
| 2.4 | zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia | - okulistyka |

**OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**

**Część VIII.**

**Usunięcie zaćmy – kategoria II Grupa JGP - B19G**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia:** | |
| 1.1 | nazwa produktu rozliczeniowego | **5.51.01.0002102 - Usunięcie zaćmy - kategoria II** |
| 1.2 | określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10) | H25.0 Zaćma starcza początkowa  H25.1 Zaćma starcza jądrowa  H25.8 Inne postacie zaćmy starczej  H25.9 Zaćma starcza, nieokreślona  H26.0 Zaćma dziecięca, młodzieńcza i przedstarcza (wyłącznie zaćma przedstarcza)  H26.8 Inne określone postacie zaćmy  H26.9 Zaćma, nieokreślona  H27.8 Inne określone zaburzenia soczewki  H27.9 Zaburzenia soczewki, nieokreślone  H26.3 Zaćma polekowa  H28.0 Zaćma cukrzycowa (E10-E14+ z wspólną czwartą częścią .3)  H26.2 Zaćma wikłająca  H28.1 Zaćma w innych endokrynnych, pokarmowych i metabolicznych zaburzeniach  H28.2 Zaćma w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej  H28.8 Inne zaburzenia soczewki w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej |
| 1.3 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM) | 13.2 Linijne zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki  13.3 Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki przez prostą aspirację i wypłukanie  13.49 Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy - inne  13.51 Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki z dojścia skroniowego dolnego  13.59 Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki - inne  13.69 Usunięcie zaćmy – inne  13.713 Wszczepienie innej soczewki przy usunięciu zaćmy (jednoetapowe) |
| 1.4 | oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia) | - poprawa stanu klinicznego,  - poprawa jakości życia chorych i powrót do normalnej aktywności życiowej. |
| **2.** | **Warunki wykonania świadczenia** | |
| 2.1 | warunki wykonania świadczenia | Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego |
| 2.2 | pozostałe zasady rozliczania – przekazanie danych do sprawozdawczości | Konieczność sprawozdania w raporcie statystycznym:  a) ostrości wzroku (wg skali Snellena), oraz  b) ewentualnych powikłań po usunięciu zaćmy (pęknięcie torebki tylnej / zapalenie wnętrza gałki ocznej).  Atrybut dotyczący „ostrości wzroku” należy sprawozdać dla produktów związanych z zabiegiem usunięcia zaćmy (5.51.01.0002101/5.51.01.0002102, 5.52.01.0001526, 5.52.01.0001528) – nie dotyczy dzieci. |
| 2.3 | zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia | - okulistyka |