Załącznik nr 11a do zarządzenia nr 101/2025/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 23 grudnia 2025 r.

**Skala VES-13[1](fnote://FB85F5B7-03C2-4A05-B6CE-8469B7E91845)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OCENIANE OBSZARY** |  | | **OCENA** |
| **1** | **Wiek** | 60-74 | | **0** |
| 75-84 | | **1** |
| 85+ | | **3** |
| **2** | **Samoocena stanu zdrowia** | Wspaniałe lub dobre | | **TAK = 0** |
| Przeciętne lub złe | | **TAK = 1** |
| **3** | **Znaczne trudności w wykonywaniu następujących czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe** | Pochylanie, kucanie, klękanie | | **Tak/Nie** |
| Podnoszenie, dźwiganie przedmiotów o wadze 4,5 kg | | **Tak/Nie** |
| Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barków | | **Tak/Nie** |
| Pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów | | **Tak/Nie** |
| Przejście 400 metrów | | **Tak/Nie** |
| Ciężka praca domowa, mycie podłóg lub okien | | **Tak/Nie** |
|  | **Jeżeli dwie (lub więcej) odpowiedzi są pozytywne, należy przyznać maksimum 2 punkty, a jeśli jedna to 1 punkt** | | | **……pkt**  **(0-2 pkt)** |
| **4** | **Z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje wykonanie jest niemożliwe** | Zakupy produktów na potrzeby własne, np. produkty toaletowe, leki | | **Tak/Nie** |
| Rozporządzanie własnymi pieniędzmi: śledzenie wydatków, opłacanie rachunków | | **Tak/Nie** |
| Przejście przez pokój (również przy pomocy kuli, laski lub balkonika) | | **Tak/Nie** |
| Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu) | | **Tak/Nie** |
| Kąpiel (w wannie lub pod prysznicem) | | **Tak/Nie** |
|  | **Jeżeli choć jedna odpowiedź jest pozytywna, to należy przyznać 4 punkty (maksimum)** | | | **……pkt**  **(0 lub 4 pkt)** |
| **SUMA PUNKTÓW OCENY** | | | | **……**  **maksimum = 10** |
| **\*** Uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej w ciągu najbliższych dwóch lat. | | | | |
|  | | | ……………………………… | |
|  | | | Data, nadruk lub pieczątka zawierająca imię i nazwisko,  numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza | |