

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)	<p>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).</p> <p>K72.1 Przewlekła niewydolność wątroby</p>
1.3	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Do wykonania świadczenia kwalifikowani są pacjenci m.in. z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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)	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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 : <ul style="list-style-type: none"> – pacjent przewlekłe dializowany lub przygotowywany do leczenia nerko zastępczego, – z rozpoznaną schyłkową niewydolnością nerek (klirens 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)	<ul style="list-style-type: none"> - leczenie immunosupresyjne, - stała opieka nefrologiczna, - stała opieka transplantologiczna, - leczenie powikłań, - edukacja pacjenta.
1.8	oczekiwane wyniki postępowania	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Odrzucenie przeszczepu przez biorcę.</p> <p>Zakażenia oportunistyczne (wirusowe, pierwotniakowi i grzybicze).</p> <p>Powikłania urologiczne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - przeciekanie moczu, - przetoki moczowe, - upośledzony odpływ moczu spowodowany zatkaniem, uciskiem, skręceniem lub zwężeniem moczowodu,

		<ul style="list-style-type: none"> - odpływ pęcherzowo-moczowodowy, - zakażenie dróg moczowych. Powikłania naczyniowe : <ul style="list-style-type: none"> - zakrzep żylny lub tętniczy, - zwężenie zespołów 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 : <ol style="list-style-type: none"> 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. Paczka. 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	<p>Kryteria kwalifikacji do przeszczepu nerki :</p> <ul style="list-style-type: none"> – pacjent przewlekłe dializowany lub przygotowywany do leczenia nerko zastępczego, – z rozpoznaną schyłkową niewydolnością nerek (klirens 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. <p>Wskazaniem do równoczesnej transplantacji trzustki jest cukrzyca typu 1 powikłana schyłkową niewydolnością nerek na tle nefropatii cukrzycowej.</p>
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)	<ul style="list-style-type: none"> - leczenie immunosupresyjne, - stała opieka nefrologiczna, - stała opieka diabetologiczna, - stała opieka transplantologiczna, - leczenie powikłań, - edukacja pacjenta.
1.8	oczekiwane wyniki postępowania	<ul style="list-style-type: none"> - 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 zespołów 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. Paczka. 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)	<ul style="list-style-type: none"> - leczenie immunosupresyjne, - stała opieka diabetologiczna, - stała opieka transplantologiczna, - leczenie powikłań, - edukacja pacjenta.
1.8	oczekiwane wyniki postępowania	<ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Finansowania świadczenia obejmuje w szczególności :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców oraz żywego dawcy.</p>
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. Paczka. PZWL, 2004

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część V

Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 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 5.51.01.0001051- Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD - 10)	I60 Krwotok podpajęczynówkowy I61 Krwotok mózgowy I62 Inne nieurazowe krwotoki mózgowo 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

		<p>objawów neurologicznych zwykle odpowiadających unaczynieniu OUN;</p> <p>2) wykluczenie innych przyczyn zespołu neurologicznego (m.in. poprzez badania neuroobrazowe).</p>
1.4	świadczenia skojarzone	<p>1) wczesna rehabilitacja;</p> <p>2) konsultacje specjalistyczne;</p> <p>3) wentylacja mechaniczna;</p> <p>4) zapobieganie i leczenie odleżyn;</p> <p>5) zapobieganie i leczenie innych powikłań pozamózgowych:</p> <p>a) zakażeń dróg oddechowych,</p> <p>b) zakażeń dróg moczowych,</p> <p>c) dysfagii,</p> <p>d) choroby zakrzepowo-zatorowej,</p> <p>e) nadciśnienia/niedociśnienia tętniczego,</p> <p>f) depresji</p> <p>6) żywienie dojelitowe lub pozajelitowe ;</p> <p>7) zabiegi neurochirurgiczne.</p>
1.5	częstość występowania procedury	<p>Współczynniki zapadalności na udar mózgu w Polsce wynoszą 177/100 000 dla mężczyzn i 125/100 000 dla kobiet.</p>
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	<p>96.71 wentylacja wspomagana przez rurkę intubacyjną</p> <p>96.75 ciągła wentylacja przez tracheostomię</p> <p>96.781 ciągła wentylacja mechaniczna trwająca mniej niż 96 godzin</p> <p>89.540 monitorowanie podstawowych czynności życiowych</p> <p>89.602 pulsoksymetria</p> <p>87.031 TK głowy i/ lub szyi bez kontrastu</p> <p>87.032 TK głowy i/ lub szyi z kontrastem</p> <p>87.033 TK tętnic głowy i szyi</p> <p>88.91 rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu</p> <p>88.977 angiografia MR</p> <p>88.978 angiografia z kontrastem MR</p> <p>88.41 arteriografia naczyń mózgowych</p> <p>88. 721 Echokardiografia</p> <p>88.714 USG naczyń szyi- doppler</p> <p>88.913 Badanie czynnościowe mózgu - RM</p> <p>89.502 monitorowanie czynności serca przy użyciu urządzeń analogowych lub cyfrowych Holter EKG</p> <p>89.501 monitorowanie ciśnienia tętniczego przy użyciu urządzeń analogowych lub cyfrowych Holter RR</p> <p>99.102 podanie leku trombolitycznego drugiej generacji</p> <p>99.103 podanie leku trombolitycznego trzeciej generacji</p> <p>03.311 nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego</p> <p>43.11 PEG przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej</p> <p>93.86 terapia psychologiczna lub neurologopedyczna</p> <p>94.08 testy/ocena psychologiczna</p>

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.
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 ukrwotoczenie 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 rozpoznany udarem w oddziale udarowym trwający co najmniej 7 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 rehabilitacji, d) profilaktykę i leczenie powikłań, e) wykonanie niezbędnych badań w celu potwierdzenia rozpoznania (w przypadku niewidocznienia świeżego ogniska w pierwszym TK/MR zalecane wykonanie jednego z następujących badań: MR, dyfuzja MR, perfuzja TK) lub dodatkowo angiografia naczyń mózgu/angioMR/ angioTK w przypadku udaru krwotocznego z podejrzeniem malformacji naczyniowej, 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). 2) łóżko/sala wczesnej rehabilitacji neurologicznej (udarowej): a) realizacja planu rehabilitacji obejmujący minimum 1

		<p>godzinę rehabilitacji indywidualnej w ciągu doby,</p> <p>b) testy/ocena psychologiczna(opis w dokumentacji medycznej),</p> <p>c) terapia neurologopedyczna,</p> <p>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),</p> <p>e) rozpoczęcie wtórnej profilaktyki udaru,</p> <p>f) profilaktykę i leczenie powikłań.</p> <p>Świadczenie nie obejmuje: Diagnostyki i leczenia pacjentów z objawami przemijającego napadu niedokrwinnego tj. ostrego epizodu ogniskowego zaburzenia czynności mózgu pochodzenia naczyniowego o czasie trwania poniżej 24h.</p>
2.3	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	neurologia
3	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	<p>1) Zalecenia EUSI (European Stroke Initiative)- European Stroke Initiative Recommendations for Stroke- Management- Update 2003.Cerebrovasc. Dis.2003, 16, 311-37</p> <p>2) Wytyczne Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu- Neurologia i Neurochirurgia Polska 2004</p>

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	<p>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:</p> <p>1) co najmniej 3 punkty w skali VES-13,</p> <p>2) przynajmniej 3 współistniejące schorzenia z różnych układów organizmu</p>
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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Finansowanie świadczenia obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> - fizycznych (skala Barthel lub ADL i I-ADL), - chodu i równowagi (skala Tinetti; test wstań i idź), - emocjonalnych (15-punktowa Geriatryczna Skala 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 geriatra / 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 wkląjąca 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 pierścieni i soczewek anirydalnych 13.712 Wszczepienie soczewki torycznej 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	warunki finansowania świadczeń	Finansowanie świadczenia obejmuje: 1. stan przedoperacyjny lub powikłania śródoperacyjne wymagające użycia w czasie operacji: a. witrektomu z dostępu przedniego, lub b. barwników torebki przedniej, lub c. retraktorów lub pierścieni żrenicznych, lub d. pierścieni dotorebkowych, lub e. pierścieni i soczewek anirydalnych, lub f. soczewek torycznych 2 i więcej dioptrii. 2. zabiegi wykonywane osobom poniżej 18 r.ż. W przypadku zastosowania soczewek wymienionych w pkt 1 ppkt e lub f, możliwe jest zastosowanie współczynnika korygującego 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).
2.4	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	– okulistyka

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część VII

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 wklajająca 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 dojsia 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).
2.3	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	– okulistyka