



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA

W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ORAZ

O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

Rozdział 1

Przedmiot postępowania i umowy

§ 1

1. Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane jest zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w trybie lecznictwa szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz w warunkach domowych.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane zwane są dalej „świadczeniami”.
3. Zakresy świadczeń i świadczenia są określone w Katalogu świadczeń odrębnie kontraktowanych, stanowiącym **załącznik nr 1** do Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.
4. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 2, stanowi **załącznik nr 2** do materiałów informacyjnych.
5. Umowa może zawierać inne postanowienia niż określone we wzorze umowy pod warunkiem, że nie pozostają one w sprzeczności z postanowieniami określonymi we wzorze umowy.

§ 2

1. Szczegółowy przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń oraz przedmiot umowy określa się z uwzględnieniem nazwy i kodu określonego we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002 oraz art. 141, ust.4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz.2135, z późn. zm.):
 - 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne,
 - 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne,
 - 85143000-3 Usługi ambulatoryjne.
2. Pojęcia zdefiniowane w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zachowują nadane im znaczenie.

Rozdział 2

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 3

1. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń odbywa się w drodze konkursu ofert albo rokowań.
2. Podmiot biorący udział w postępowaniu, o którym mowa w ust. 1, powinien spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych, materiałach informacyjnych, w szczególności określone w **załączniku nr 3a** do materiałów informacyjnych.
3. Wymagania dla pracowni zakładów diagnostycznych określa **załącznik nr 3b** do materiałów informacyjnych.

Rozdział 3

Zasady udzielania świadczeń

§ 4

1. Świadczenia, o których mowa w § 1 obejmują:
 - 1) **hospitalizację** - całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym, obejmujące proces diagnostyczno - terapeutyczny trwający od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu lub zgonu; hospitalizacja obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia, jak również wszelkie świadczenia związane z pobytem, w tym usługę transportu sanitarnego,
 - 2) **świadczenie w trybie jednodniowym** - całodzienne udzielanie świadczeń w trybie planowym, obejmujące proces diagnostyczny lub terapeutyczny; wykonywane na rzecz pacjenta z intencją wypisania go w tym samym dniu,
 - 3) **świadczenie w trybie ambulatoryjnym** - świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty oraz inne świadczenia niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym (porada),
 - 4) **świadczenie w warunkach domowych** – świadczenie udzielane w miejscu zamieszkania pacjenta.
2. Zasady udzielania świadczeń określono szczegółowo w opisie świadczeń stanowiącym **załącznik nr 4** do materiałów informacyjnych.
3. Udzielanie świadczeń wyłącznie w trybie jednodniowym wymaga spełnienia warunków określonych w **załączniku nr 5** do materiałów informacyjnych.

Rozdział 4 **Zasady finansowania świadczeń**

§ 5

1. Sposobem rozliczenia świadczeń, o których mowa w § 1, jest cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej.
2. Jednostką rozliczeniową jest punkt.

§ 6

Kwota zobowiązania stanowi sumę iloczynów liczby punktów z poszczególnych zakresów i ceny punktu.

§ 7

Dopuszczalne jest łączenie świadczeń odrębnie kontraktowanych ze świadczeniami w rodzaju leczenie szpitalne, zawartych w katalogu świadczeń szpitalnych, katalogu świadczeń onkologicznych (teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa), katalogu chemioterapii i katalogu programów terapeutycznych, stanowiących odpowiednio załączniki nr 1a, 1b, 1c i 1d do Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.

Załączniki:

- załącznik nr 1 – Katalog zakresów świadczeń;
- załącznik nr 2 – Wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane;
- załącznik nr 3a – Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane;
- załącznik nr 3b – Wymagania dla pracowni/ zakładów diagnostycznych;
- załącznik nr 4 – Opis świadczeń.
- załącznik nr 5 – Warunki udzielania świadczeń w trybie jednodniowym;

Katalog zakresów świadczeń odrębnie kontraktowanych

objaśnienia: (*) warunki referencyjne - możliwość wykonywania świadczenia potwierdzona pozytywną opinią konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w danej dziedzinie medycyny,
(**)wymóg poszerzonej dokumentacji obrazującej realizację świadczenia np. wydruk z USG, zapis video lub kopia

Lp	świadczenie			zakresy świadczeń													warunki wykonania					uwagi			
	kod świadczenia	nazwa świadczenia	wartość punktowa	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		24	25	
1	5.10.00.0000001	dializa otrzewnowa ADO (na miesiąc, pełne koszty i badania dodatkowe, w tym leczenie czynnikami stymulującymi erytropoezę)	630	X														X			X				na miesiąc, pełne koszty i badania dodatkowe, w tym erytropoetyna, wg opisu świadczenia
2	5.10.00.0000002	dializa otrzewnowa CADO (na miesiąc, pełne koszty i badania dodatkowe, w tym leczenie czynnikami stymulującymi erytropoezę)	500	X														X			X				wg opisu świadczenia
3	5.10.00.0000005	terapia hiperbaryczna (1 sprzężenie u jednego chorego)	51			X													X	X	X	X			wg opisu świadczenia, warunki referencyjne - pozytywna opinia kierownika Krajowego Ośrodka Medycyny Hiperbarycznej
4	5.10.00.0000006	tlenoterapia w warunkach domowych (koszt terapii miesięcznej zawiera - koszty środków technicznych)	32				X											X				X			wg opisu świadczenia
5	5.10.00.0000009	dializoterapia wątrobowa - jedna sesja	1 400						X												X	X			wg opisu świadczenia
6	5.10.00.0000010	endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty piersiowej i/ lub brzusznej	4 200							X											X	X	X		wg opisu świadczenia
7	5.10.00.0000011	embolizacja tętniaków wewnątrzczaszkowych (2-3 spirale)	2 100							X											X	X	X		wg opisu świadczenia
8	5.10.00.0000012	embolizacja tętniaków wewnątrzczaszkowych (4-6 spiral)	2 600							X											X	X	X		wg opisu świadczenia
9	5.10.00.0000013	embolizacja / remodelowanie wewnątrzczaszkowe tętniaków olbrzymich (średnio 10 spiral)	3 900							X											X	X	X		wg opisu świadczenia
10	5.10.00.0000014	embolizacja naczynek wewnątrzczaszkowych	1 000							X											X	X	X		wg opisu świadczenia
11	5.10.00.0000015	tromboliza celowana w udarach niedokrwiniowych mózgu	1 000							X											X	X	X		wg opisu świadczenia
12	5.10.00.0000016	badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku lub żywych dawców wątroby lub nerki	50								X								X			X			wg opisu świadczenia
13	5.10.00.0000043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	90									X							X			X			wg opisu świadczenia
14	5.10.00.0000018	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kwalifikacyjna	30										X						X			X			wg opisu świadczenia, nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
15	5.10.00.0000019	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - podanie izotopu	30										X						X	X		X			wg opisu świadczenia
16	5.10.00.0000020	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kontrolna	7										X						X			X			wg opisu świadczenia, nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
17	5.10.00.0000021	scyntygrafia z zastosowaniem pochodnych somatostatyny	450											X					X			X			wg opisu świadczenia
18	5.10.00.0000022	scyntygrafia nadnerczy	200											X					X			X			wg opisu świadczenia
19	5.10.00.0000023	scyntygrafia wentylacyjna płuc	150											X					X			X			wg opisu świadczenia
20	5.10.00.0000024	scyntygrafia cytrynianem galu	250											X					X			X			wg opisu świadczenia
21	5.10.00.0000025	scyntygrafia znakowanymi leukocytami	230											X					X			X			wg opisu świadczenia

Lp	świadczenie			zakresy świadczeń													warunki wykonania					uwagi		
	kod świadczenia	nazwa świadczenia	wartość punktowa	dializoterapia otrzewnowa kod: 11.4132.001.02	hemodializoterapia kod: 11.4132.002.02	terapia hipertężyczna kod: 11.9800.041.02	hemoterapia domowa kod: 11.2150.042.02	żywnienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych kod: 11.0000.042.02	dializoterapia wątrobowa kod: 11.0000.045.02	zabiegi endowaskularne kod: 11.0000.044.02	badania zgodności i krankowej kod: 11.1210.052.02	badania genetyczne kod: 11.1210.053.02	terapia izotopowa kod: 11.0000.043.02	badania izotopowe kod: 11.0000.040.02	zaopatrzenie protezyczne kod: 11.0000.041.02	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) kod: 11.7220.001.02	leczenie hormonem wzrostu kod: 11.0000.046.02	domowe	ambulatoryjne	jednodniowe	hospitałizacja		warunki referencyjne *	dokumentacja rozszerzona **
22	5.10.00.0000026	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kwalifikacyjna	50										X						X					wg opisu świadczenia, nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
23	5.10.00.0000027	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu strontu	250										X						X	X		X		wg opisu świadczenia
24	5.10.00.0000028	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu samaru	400										X						X	X		X		wg opisu świadczenia
25	5.10.00.0000029	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kontrolna	10										X						X			X		wg opisu świadczenia, nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
26	5.10.00.0000030	terapia izotopowa synowektomią radioizotopowych	200										X						X	X		X		wg opisu świadczenia
27	5.10.00.0000036	zaopatrzenie w protezę twarzy z protezą	36												X				X					wg opisu świadczenia
28	5.10.00.0000037	zaopatrzenie w protezę nosa z protezą	410												X				X					wg opisu świadczenia
29	5.10.00.0000038	zaopatrzenie w protezę małżowiny usznej z protezą	410												X				X					wg opisu świadczenia
30	5.10.00.0000039	zaopatrzenie w ektoprotezę: gałki ocznej, wargi i nosa	490												X				X					wg opisu świadczenia
31	5.10.00.0000040	naprawa i renowacja protezy twarzy	45												X				X					wg opisu świadczenia
32	5.10.00.0000041	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	45												X				X			X		wg opisu świadczenia
33	5.10.00.0000042	pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	420													X			X	X	X	X		za jedno badanie
34	5.10.00.0000045	powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej	50												X				X					wg opisu świadczenia
35	5.10.00.0000046	konsultacja kwalifikacyjna do leczenia hormonem wzrostu	10													X			X					za poradę
36	5.10.00.0000047	hemodializa	36		X															X				wg opisu świadczenia
37	5.10.00.0000048	zatyczka do protezy gałki ocznej	30												X				X					wg opisu świadczenia
38	5.10.00.0000049	żywnienie pozajelitowe w warunkach domowych	15					X											X			X		wg opisu świadczenia, za osobodzeń
39	5.10.00.0000050	żywnienie dojelitowe w warunkach domowych	7					X											X			X		wg opisu świadczenia, za osobodzeń

11/SOK/2007

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- ŚWIADCZENIA ODREBNIIE KONTRAKTOWANE**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia - Oddziałem
Wojewódzkim** w z siedzibą:
..... (ADRES), reprezentowanym przez
....., zwanym dalej **“Oddziałem Funduszu”**

a

....., reprezentowanym przez
....., zwanym dalej **“Świadczeniodawcą”**.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest wykonywanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w **“SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU ŚWIADCZENIA ODREBNIIE KONTRAKTOWANE”**, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.
3. Zmiana materiałów informacyjnych następuje nie częściej niż raz w roku z mocą obowiązującą od pierwszego dnia następnego okresu rozliczeniowego.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr..... Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia.....2006 r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z „Harmonogramem pracy” ,

stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

2. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób udzielających świadczenia”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie Świadczeniodawcy”, stanowiącym **załącznik nr 4** do umowy.
4. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i materiałach informacyjnych.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 4** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 197 poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. wynosi maksymalniezł (słownie:zł).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.
3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr.....

KARY UMOWNE

§ 5

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dniar.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 7

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza materiały informacyjne na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego.
2. Oddział Funduszu przedstawia w terminie do dnia 30 września danego okresu rozliczeniowego propozycję kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy.
3. Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane jest w terminie do dnia 30 listopada danego okresu rozliczeniowego.
4. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy, w terminie określonym w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego okresu rozliczeniowego. Oddział Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego okresu rozliczeniowego, na zasadach obowiązujących w grudniu danego okresu rozliczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 9

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

.....

Świadczeniodawca

Oddział Funduszu

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Harmonogram pracy;
- 3) **Załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz osób udzielających świadczenia;
- 4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wykaz podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie Świadczeniodawcy.

HARMONOGRAM PRACY

numer umowy:

godziny pracy

KOD komórki organizacyjnej	NAZWA komórki organizacyjnej - poradni (wymienić zgodnie z zakresem obowiązującym w umowie)	ADRES organizacyjnej - poradni (wypełnić dla każdego miejsca udzielania świadczeń oddzielnie)		NUMER TELEFONU (obowiązkowo wpisać numer telefonu stacjonarnego)	poniedziałek		wtorek		środa		czwartek		piątek		tygodniowa liczba godzin pracy	informacje dodatkowe
		MIEJSCOWOŚĆ	ULICA numer domu i lokalu		od	do	od	do	od	do	od	do	od	do		

data sporządzenia:

pieczęć i podpis świadczeniodawcy:

Wykaz osób udzielających świadczeń*

lp.	zakres świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje	miejsce udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)**						Liczba godzin tygodniowo	uwagi
						poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota		
						od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1													
2													
3													
4													
5													

* dotyczy osób wykonujących zawody medyczne

** nie dotyczy personelu pracującego w systemie zmianowym

Data sporządzenia.....

Podpis świadczeniodawcy

Wykaz podwykonawców

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	miejsce udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

	DIALIZA OTRZEWNOWA (CADO/ ADO)	HEMODIALIZA
1.	Warunki dotyczące personelu	
1.1 wymagane	1) kierownik stacji/ ośrodka - specjalista z zakresu nefrologii 2) pozostali lekarze - a) specjalista z zakresu nefrologii lub b) specjalista z zakresu chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z nefrologii lub c) specjalista pediatrii w trakcie specjalizacji z nefrologii 3) pielęgniarki - po odbyciu przeszkoleniu w ośrodku dializ z wykształceniem przynajmniej średnim medycznym	1) kierownik stacji/ ośrodka - specjalista z zakresu nefrologii (w wyjątkowych sytuacjach specjalista internista (pediatra) ze stażem w stacji dializ nie mniejszym niż 5 lat 2) pozostali lekarze - a) specjalista z zakresu nefrologii lub b) specjalista z zakresu chorób wewnętrznych lub c) specjalista z zakresu pediatrii 3) w czasie wykonywania hemodializ w ośrodku musi być obecny lekarz 4) pielęgniarki - po odbyciu i potwierdzonym przeszkoleniu w stacji dializ. Dializy w ośrodku mogą prowadzić wyłącznie lekarze i pielęgniarki. Każdy zatrudniony, o ile nie ma przeciwwskazań powinien zostać szczepiony przeciw WZW typu B
1.2 rankingujące	1) pozostali lekarze - specjaliści w dziedzinie nefrologii 2) co najmniej jedna pielęgniarka z wykształceniem wyższym	1) pozostali lekarze - specjaliści w dziedzinie nefrologii 2) co najmniej jedna pielęgniarka z wykształceniem wyższym
2.	Organizacja udzielania świadczeń	
2.1 wymagane	1) dostęp do gabinetu zabiegowego 2) dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej 3) bezpośredni dostęp do dializatora/ sztucznej nerki	1) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z lekarzem chirurgiem i anestezjologiem 2) możliwość reutilizacji dializatorów wyłącznie automatyczna, warunkiem dopuszczenia powtórnego dializatora jest jego minimalna pojemność ponad lub równa 80 % jego pojemności pierwotnej 3) rejestr regeneracji dializatorów ze wskazaniem % objętości należącej i przyczyny jego niewykorzystania 4) wyłącznie wodorowęglanowy płyn dializacyjny 5) konieczność używania wyłącznie wody dejonizowanej 6) co najmniej jedno wydzielone stanowisko dla chorych zakażonych HCV, HBs lub HIV 7) możliwość transportu chorego
2.2 rankingujące	1) możliwość hospitalizacji pacjenta w oddziale opieki całodobowej o profilu nefrologicznym lub chirurgicznym lub transplantacyjnym 2) całodobowy dyżur lekarsko-pielęgniarski 3) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury), dotyczące: a) kwalifikacji do przeszczepu, b) badania zgodności tkankowej, c) pobierania narządów, d) oddziałem transplantologii 4) dostęp do bloku operacyjnego na terenie jednostki	1) możliwość hospitalizacji pacjenta w oddziale opieki całodobowej o profilu nefrologicznym, chirurgicznym, transplantacyjnym 2) całodobowy dyżur lekarsko-pielęgniarski 3) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań, (procedury) dotyczące: a) kwalifikacji do przeszczepu, b) badania zgodności tkankowej, c) pobierania narządów, d) oddziałem transplantologii 4) dostęp do bloku operacyjnego na terenie jednostki 5) odsetek osób zgłoszonych i zakwalifikowanych do przeszczepu nie mniejszy niż 7% osób dializowanych w ośrodku w poprzednim roku.
3.	Wyposażenie w aparaturę	
3.1 wymagane	1) EKG trójkanalowe 2) aparatura do uzdatniania wody 3) dializatory 4) sprzęt resuscytacyjny	1) aparaty do dializ z automatyczną kontrolą ultrafiltracji 2) aparat do uzdatniania wody 3) koncentraty płynów dializacyjnych oraz substraty do ich produkcji "on line" - zarejestrowane jako leki
3.2 rankingujące		1) przyłóżkowy aparat USG 2) przyłóżkowy aparat RTG
4.	Dostęp do badań diagnostycznych	
4.1 wymagane	1) laboratoryjnych 2) mikrobiologicznych 3) radiologicznych 4) ultrasonograficznych	1) laboratoryjnych 2) mikrobiologicznych 3) radiologicznych 4) ultrasonograficznych
4.2 rankingujące	1) TK	

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

TERAPIA HIPERBARYCZNA	
1.	Warunki dotyczące personelu
1.1 wymagane	<p>1) kierownik ośrodka -</p> <p>a) specjalista w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, posiadający kwalifikacje "medycyny nurkowej i hiperbarycznej" oparte o ECHM lub</p> <p>b) specjalista medycyny ratunkowej, posiadający kwalifikacje "medycyny nurkowej i hiperbarycznej" oparte o ECHM</p> <p>2) pozostali lekarze -</p> <p>a) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub</p> <p>b) lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii lub</p> <p>c) lekarz medycyny ratunkowej posiadający kwalifikacje Medycyny Nurkowej - oraz ukończony kurs medycyny hiperbarycznej zgodnie z ECHM</p> <p>3) pielęgniarki -</p> <p>a) posiadające specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii lub</p> <p>b) dwuletni staż w anestezjologii/ intensywnej terapii - oraz spełniająca wszystkie poniższe kryteria:</p> <p>i. nie mniej niż 160 godzin szkolenia w zakresie medycyny nurkowej i hiperbarycznej,</p> <p>ii. ukończony kurs Medycyny Nurkowej (40 godzin),</p> <p>iii. ukończony kurs Medycyny Hiperbarycznej (40 godzin) zgodnie z ECHM,</p> <p>iv. odbyte 2 tygodniowe szkolenie (80 godzin) w ośrodku hiperbarycznym pracującym zgodnie ze standardami</p>
2.	Organizacja udzielania świadczeń
2.1	<p>1) ośrodek hiperbaryczny jako oddzielny oddział szpitalny lub samodzielna jednostka</p> <p>2) bezpośredni dostęp do OIT lub sali intensywnej nadzoru</p> <p>3) bezpośredni dostęp do gabinetu zabiegowego</p> <p>4) praca zgodnie z Europejskim Kodeksem Dobrej Praktyki w leczeniu HBO (ECGP for HBO)</p>
3.	Wyposażenie w aparaturę
3.1 wymagane	<p>1) komora hiperbaryczna typu "multiplace" z możliwością stosowania tlenu przez wbudowane układy oddychania (maska, hełm tlenowy, respirator) z ewakuacją gazów oddechowych na zewnątrz,</p> <p>2) monitorowanie video,</p> <p>3) możliwość prowadzenia respiratoroterapii w trakcie przebywania w komorze oraz w czasie transportu</p> <p>4) dostęp do leczenia podwyższonym ciśnieniem z użyciem tlenu i sztucznych mieszanin oddechowych w komorze hiperbarycznej w ciśnieniu wyższym od 1,4 ata</p> <p>5) możliwość monitorowania parametrów życiowych pacjenta w komorze hiperbarycznej (minimum EKG i ciśnienie krwi)</p>
4.	Dostęp do badań diagnostycznych
4.1 wymagane	<p>1) laboratoryjnych, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poziom glukozy w surowicy krwi, - poziom karboksyhemoglobiny we krwi, - pomiar stężenia CO w powietrzu wydechowym, - pomiar przezskórnej prężności tlenu <p>2) bakteriologicznych</p> <p>3) radiologicznych</p>
4.2 rankingujące	<p>1) USG,</p> <p>2) spirometria,</p> <p>3) TK,</p> <p>4) NMR</p> <p>5) badania audiologiczne</p>

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

LECZENIE TLENEM W WARUNKACH DOMOWYCH	
1.	Warunki dotyczące personelu
1.1 wymagane	1) lekarz specjalista: a) w chorobach wewnętrznych i/ lub b) w chorobach płuc 2) pielęgniarka
1.2 rankingujące	1) lekarz: a) certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wystawiony przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
2.	Organizacja udzielania świadczeń
2.1 wymagane	1) poradnia DLT działa w oparciu o szpitalny oddział chorób płuc lub chorób wewnętrznych 2) gwarantowany serwis koncentratorów tlenu
2.2 rankingujące	1) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury) z psychologiem oraz lekarzami specjalistami w zakresie: onkologii, kardiologii 2) gwarantowane prawo użytkowania samochodu do wizyt domowych
3.	Wyposażenie w aparaturę
3.1 wymagane	1) koncentratory tlenu w liczbie nie mniejszej niż liczba pacjentów w opiece - własne lub użyczone na podstawie umowy 2) gwarancja wymiany wyrobów medycznych niezbędnych dla prowadzenia domowego leczenia tlenem (przewody tlenowe, maski, cewniki)
4.	Dostęp do badań diagnostycznych
4.1 wymagane	1) laboratorium diagnostyczne, 2) spirometria, 3) pracownia RTG, 4) pracownia EKG
4.2 rankingujące	1) pobieranie krwi do badań i ekg w domu pacjenta

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

ŻYWIENIE POZAJELITOWE I DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH	
1.	Warunki dotyczące personelu
1.1 wymagane	1) lekarz medycyny, 2) pielęgniarka dyplomowana, 3) mgr farmacji - z udokumentowanym doświadczeniem w zakresie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych
1.2 rankingujące	1) lekarz - certyfikat kursu z zakresu żywienia pozajelitowego w warunkach domowych 2) w zespole - rehabilitant i/ lub psycholog
2.	Organizacja udzielania świadczeń
2.1 wymagane	1) dostęp do: bloku blok operacyjnego przez całą dobę; 2) zapewnienia dostaw preparatów, sprzętu i niezbędnych środków opatrunkowych do domu chorego, 3) zapewnienia ciągłego kontaktu z zespołem leczącym, 4) zapewnienia hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych chorób wymagających leczenia szpitalnego; 5) apteka szpitalna docelowo z pracownią żywienia pozajelitowego; 6) poradnia dla chorych żywionych pozajelitowo w warunkach domowych
2.2 rankingujące	1) udokumentowane zapewnienie całodobowej infolinii dla pacjentów; 2) gwarantowana prawo użytkowania samochodu do wizyt domowych
3.	Wyposażenie w aparaturę
3.1 wymagane	1) zgłębniki nosowo-żołądkowe, nosowo-dwunastnicze, nosowo-jelitowe; 2) sprzęt do przetoki
4.	Dostęp do badań diagnostycznych
4.1 wymagane	1) laboratorium diagnostyczne biochemiczne, czynne całą dobę; 2) laboratorium mikrobiologiczne z możliwością wykonywania szybkich posiewów krwi bakterii i grzybów, czynne całą dobę; 3) zakład radiologii czynny całą dobę; 4) pracownia tomografii komputerowej z możliwością uwidocznienia żył centralnych; 5) pracownia angiografii z możliwością badania układu żylnego w kolorowym Dopplerze; 6) pracowni densytometrycznej.
4.2 rankingujące	1) całodobowo - dostęp do badań gazometrycznych

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

DIALIZOTERAPIA WĄTROBOWA	
1.	Warunki dotyczące personelu
1.1 wymagane	1) ordynator - specjalista w dziedzinie toksykologii 2) pozostali lekarze: specjaliści w dziedzinie: a) toksykologii lub b) anestezjologii i intensywnej terapii
2.	Organizacja udzielania świadczeń
2.1 wymagane	1) oddział toksykologii 2) monitorowanie istotnych czynności życiowych w trybie ciągłym (akcja serca, RR, pulsoksymetria)
3.	Wyposażenie w aparaturę
3.1 wymagane	1) system Prometheus lub system MARS
4.	Dostęp do badań diagnostycznych
4.1 wymagane	1) całodobowy dostęp do pracowni: a) biochemicznej, b) chromatografii

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

	ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY PIERSIOWEJ I/ LUB BRZUSZNEJ	EMBOlizacja TĘTNIaków MÓZGOWYCH, TROMBOLIZA CELOWANA
1.	Warunki dotyczące personelu	
1.1 wymagane	<p>1) kierownik pracowni - specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej lub specjalista w dziedzinie angiologii - z doświadczeniem w wykonywaniu zabiegów przezskórnych (nie mniej niż 30 wykonanych zabiegów, w tym 20 samodzielnie);</p> <p>2) pozostali lekarze -</p> <p>a) specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej;</p> <p>a) specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej,</p> <p>b) specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;</p> <p>3) pielęgniarki anestezjologiczne</p>	<p>1) kierownik pracowni - specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej</p> <p>- z doświadczeniem w wykonywaniu zabiegów przezskórnych (nie mniej niż 30 wykonanych zabiegów, w tym 20 samodzielnie);</p> <p>2) pozostali lekarze -</p> <p>a) specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej;</p> <p>a) specjalista w dziedzinie neurochirurgii lub chirurgii naczyniowej,</p> <p>b) specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;</p> <p>3) pielęgniarki anestezjologiczne</p>
1.2 rankujące	<p>1) kierownik pracowni - przynajmniej 100 zabiegów wykonywanych rocznie, w tym 50 samodzielnie; przynajmniej 300 angiografii rocznie wykonanych samodzielnie</p> <p>2) pozostali lekarze - przynajmniej jeden wykonujący 50 zabiegów rocznie, w tym 40 samodzielnie;</p> <p>3) pielęgniarka posiadająca specjalizację w dziedzinie anestezjologii</p>	<p>1) kierownik pracowni - przynajmniej 100 zabiegów wykonywanych rocznie, w tym 50 samodzielnie; przynajmniej 300 angiografii rocznie wykonanych samodzielnie</p> <p>2) pozostali lekarze - przynajmniej jeden wykonujący 50 zabiegów rocznie, w tym 40 samodzielnie;</p> <p>3) pielęgniarka posiadająca specjalizację w dziedzinie anestezjologii</p>
2.	Organizacja udzielania świadczeń	
2.1 wymagane	<p>1) czas pracy - 5 godzin dziennie, 5 dni w tygodniu;</p> <p>2) możliwość bezwzględnego wykonania operacji otwartej</p>	<p>1) czas pracy - 5 godzin dziennie, 5 dni w tygodniu;</p> <p>2) możliwość bezwzględnego wykonania operacji otwartej</p>
2.2 rankujące	<p>1) czas pracy - 24 godziny dziennie, 7 dni w tygodniu;</p> <p>2) udział w Ogólnopolskim Rejestrze Zabiegów Endowaskularnych Naczyń;</p> <p>3) gwarantowana ciągłość opieki przed- i pozabiegowej (poradnia angiologii/ chirurgii naczyniowej w jednostce);</p> <p>4) pracownia o powierzchni łącznej nie mniejszej niż 65 m²</p> <p>5) pracownia wykonująca rocznie nie mniej niż 700 angiografii i 200 angioplastyk</p>	<p>1) czas pracy - 24 godziny dziennie, 7 dni w tygodniu;</p> <p>2) udział w Ogólnopolskim Rejestrze Zabiegów Endowaskularnych Naczyń;</p> <p>3) gwarantowana ciągłość opieki przed- i pozabiegowej (poradnia angiologii/ chirurgii naczyniowej w jednostce);</p> <p>4) pracownia o powierzchni łącznej nie mniejszej niż 65 m²</p> <p>5) pracownia wykonująca rocznie nie mniej niż 700 angiografii i 200 angioplastyk</p>
3.	Wyposażenie w aparaturę	
3.1 wymagane	<p>1) cyfrowy aparat angiograficzny typu DSA ze wzmocnieniem o średnicy 20 cm z możliwością opcji "roadmap" i pomiarową, przynajmniej jedna płaszczyzna z możliwością uzyskiwania projekcji skośnych (prawa/ lewa, kranial/ kaudal)</p> <p>2) strzykawka automatyczna;</p> <p>3) rejestracja obrazów: kamera multiformatowa lub archiwizacja cyfrowa (DICOM);</p> <p>4) wielofunkcyjny rejestrator funkcji życiowych: ekg, pulsoksymetr, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar ciśnienia tętniczego metodą bezpośrednią);</p> <p>5) defibrylator, zestaw reanimacyjny;</p> <p>6) stół radiologiczny o wysokiej precyzji lokalizacji pacjenta i pozycjonera</p>	<p>1) cyfrowy aparat angiograficzny typu DSA ze wzmocnieniem o średnicy 20 cm z możliwością opcji "roadmap" i pomiarową, przynajmniej jedna płaszczyzna z możliwością uzyskiwania projekcji skośnych (prawa/ lewa, kranial/ kaudal)</p> <p>2) strzykawka automatyczna;</p> <p>3) rejestracja obrazów: kamera multiformatowa lub archiwizacja cyfrowa (DICOM);</p> <p>4) wielofunkcyjny rejestrator funkcji życiowych: ekg, pulsoksymetr, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar ciśnienia tętniczego metodą bezpośrednią);</p> <p>5) defibrylator, zestaw reanimacyjny;</p> <p>6) stół radiologiczny o wysokiej precyzji lokalizacji pacjenta i pozycjonera</p>
3.2 rankujące	<p>1) cyfrowy aparat angiograficzny typu DSA ze wzmocnieniem o średnicy 38 cm, matrycą 1024² z możliwością opcji "roadmap" i pomiarową, przynajmniej jedna płaszczyzna z możliwością uzyskiwania projekcji skośnych (prawa/ lewa, kranial/ kaudal)</p>	<p>1) cyfrowy aparat angiograficzny typu DSA ze wzmocnieniem o średnicy 38 cm, matrycą 1024² z możliwością opcji "roadmap" i pomiarową, przynajmniej jedna płaszczyzna z możliwością uzyskiwania projekcji skośnych (prawa/ lewa, kranial/ kaudal)</p>
4.	Dostęp do badań diagnostycznych	
4.1 wymagane	<p>1) arteriografia kalibrowana</p> <p>2) USG Doppler kolorowy</p>	<p>1) arteriografia kalibrowana</p> <p>2) USG Doppler kolorowy</p>
4.2 rankujące	1) pracownia TK w obiekcie	1) pracownia TK w obiekcie

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

	BADANIE ANTYGENÓW ZGODNOŚCI TKANKOWEJ	KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA GENETYCZNA
1.	Warunki dotyczące personelu	Warunki dotyczące personelu
1.1 wymagane	1) specjalista w diagnostyce laboratoryjnej przynajmniej trzyletnim doświadczeniem w badaniu antygenów zgodności tkankowej 2) diagności laboratoryjni - nie mniej niż jeden z przynajmniej rocznym stażem w badaniu antygenów zgodności tkankowej	1) specjalista w dziedzinie genetyki klinicznej z przynajmniej trzyletnim stażem w badaniach molekularnych 2) diagności laboratoryjni - nie mniej niż jeden z przynajmniej rocznym stażem w badaniu antygenów zgodności tkankowej
2.	Organizacja udzielania świadczeń	Organizacja udzielania świadczeń
2.1 wymagane	1) zakład opieki zdrowotnej posiadający wpis: a) do rejestru wojewody oraz b) do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub 2) jednostka organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej, jednostki badawczo-rozwojowej albo wyższej uczelni medycznej	1) zakład opieki zdrowotnej posiadający wpis: a) do rejestru wojewody oraz b) do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub 2) jednostka organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej, jednostki badawczo-rozwojowej albo wyższej uczelni medycznej
3.	Wyposażenie w aparaturę	Wyposażenie w aparaturę
3.1 wymagane	1) mikroskop, 2) termocykler, 3) wirówki preparacyjne, 4) pipety automatyczne	1) mikroskop, 2) termocykler, 3) wirówki preparacyjne, 4) pipety automatyczne
3.2 rankingujące	1) możliwość badania metodami wysokiej rozdzielczości	

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

	LECZENIE RADIOIZOTOPOWE	SCYNTYGRAFIA
1.	Warunki dotyczące personelu	
1.1 wymagane	1) kierownik pracowni - lekarz specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej 2) pozostali lekarze - a) specjaliści w dziedzinie medycyny nuklearnej lub b) w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny nuklearnej	1) kierownik pracowni - lekarz specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej 2) pozostali lekarze - a) specjaliści w dziedzinie medycyny nuklearnej lub b) w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny nuklearnej
1.2 rankingujące	1) pozostali lekarze - specjaliści w dziedzinie medycyny nuklearnej	1) pozostali lekarze - specjaliści w dziedzinie medycyny nuklearnej
2.	Organizacja udzielania świadczeń	
2.1 wymagane	1) zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 listopada 2000 r Prawo atomowe (Dz. U. Nr 161, poz.1689, z późn. zm.) 2) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 1968 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu promieniowania jonizującego (dz.u. nr 20, poz.122); 3) ma zgodę Ministra Zdrowia na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych 4) posiada system zarządzania jakością w zakresie świadczonych usług medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego 5) czas pracy: 5 godzin dziennie, 5 dni w tygodniu 6) oddział do terapii dostępny 24 godziny na dobę	1) zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 listopada 2000 r Prawo atomowe (Dz. U. Nr 161, poz.1689, z późn. zm.) 2) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 1968 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu promieniowania jonizującego (dz.u. nr 20, poz.122); 3) ma zgodę Ministra Zdrowia na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych 4) posiada system zarządzania jakością w zakresie świadczonych usług medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego 5) czas pracy: 5 godzin dziennie, 5 dni w tygodniu
2.2 rankingujące	1) czas pracy - 10 godzin dziennie	1) czas pracy - 10 godzin dziennie
3.	Wyposażenie w aparaturę	
3.1 wymagane	1) pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków, 2) odstożniki radioizotopowe, 3) program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania),	1) pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków, 2) odstożniki radioizotopowe, 3) program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania), 4) gammakamera
4.	Dostęp do badań diagnostycznych	
4.1 wymagane	1) laboratorium diagnostyczne, z możliwością wykonania: a) TSH, b) FT3 lub FT4, c) przeciwciał przeciwtarczycowych, d) stężenie PSA, e) morfologia krwi; 2) pracownia USG; 3) pracownia RTG; 4) pracownia scyntygrafii	
4.2 rankingujące	1) pracownia TK/ NMR w obiekcie	1) pracownia TK/ NMR w obiekcie

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

ZAOPATRZENIE W PROTEZY TWARZY	
1.	Warunki dotyczące personelu
1.1 wymagane	1) kierownik pracowni - lekarz stomatolog, a) przynajmniej z I ^o specjalizacji w dziedzinie stomatologii ogólnej, b) dwuletni staż w zakładzie opieki zdrowotnej wykonującym uzupełnienia protetyczne w obrębie twarzoczaszki i wykonanie przynajmniej 20 protez twarzy rocznie lub 2) lekarz dentysta specjalista w protetyce stomatologicznej 3) technik dentystyczny
2.	Organizacja udzielania świadczeń
2.1. wymagane	zakład opieki zdrowotnej
3.	Wyposażenie w aparaturę
3.1 wymagane	1) gabinety lekarskie: a) fotel stomatologiczny, b) mikrosilnik protetyczny, c) reflektor stomatologiczny. 2) pracownia protetyczna: a) stoły protetyczne zaopatrzone w odciagi i oświetlenie bezcieniowe, b) mikrosilniki protetyczne, c) prasy hydrauliczne, d) polerki protetyczne, e) pomieszczenie polimeryzacyjne z wentylacją mechaniczną.

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

BADANIE METODĄ POZYTONOWEJ TOMOGRAFII EMISYJNEJ	
1.	Warunki dotyczące personelu
1.1 wymagane	1) kierownik pracowni - lekarz ze specjalizacją w dziedzinie z radiologii i diagnostyki obrazowej 2) lekarze specjaliści w dziedzinie: a) radiologii i diagnostyki obrazowej, b) medycyny nuklearnej; 3) nie mniej niż dwie pielęgniarki z przynajmniej rocznym doświadczeniem w pracy w pracowni TK
1.2 rankingujące	1) lekarz specjalista w dziedzinie: a) radiologii i diagnostyki obrazowej, b) medycyny nuklearnej,
2.	Organizacja udzielania świadczeń
2.1 wymagane	1) zgodnie z:: a) rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 1968 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu promieniowania jonizującego (Dz.U. Nr 20, poz.122); b) rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 września 2003 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z aparatami rentgenowskimi o energii promieniowania do 300 keV stosowanymi w celach medycznych (Dz. U. Nr 173, poz.1681) 2) pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków,
2.2 rankingujące	1) czas pracy: 10 godzin dziennie, 5 dni w tygodniu; 2) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury - w jednostce lub porozumienie) z lekarzami specjalistami w zakresie: - onkologii, - pulmonologii, - kardiologii, - kardiologii, - hematologii, - neurologii, - ginekologii, - endokrynologii, - ortopedii
3.	Wyposażenie w aparaturę
3.1 wymagane	1) odstożniki radioizotopowe, 2) program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania), 3) skaner PET,
3.2 rankingujące	1) skaner PET-TK, 2) cyklotron do produkcji znacznika znakowanego izotopem węgla C-11

Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane

LECZENIE HORMONEM WZROSTU	
1.	Warunki dotyczące personelu
1.1 wymagane	lekarze ze specjalizacją w zakresie pediatrii i endokrynologii dziecięcej
2.	Organizacja udzielania świadczeń
2.1 wymagane	1) zapewnienie zgłaszalności dzieci, u których istnieje prawdopodobieństwo występowania niskorosłości w następstwie SNP, ZT, PNN 2) zapewnienie niezakłóconego, ciągłego przepływu informacji pomiędzy ośrodkami prowadzącymi terapię i ośrodkiem koordynującym 3) nadzorowanie rytmiczności dostarczania preparatów hormonu wzrostu pacjentowi 4) organizacja przyjmowania leku, jego wydawania i stworzenie systemu rejestracji wydawania leku 5) prowadzenie bazy danych oraz archiwum
4.	Dostęp do badań diagnostycznych
4.1 wymagane	1) laboratorium diagnostyczne profilowe

Załącznik nr 3b do materiałów informacyjnych SOK

Wymagania wobec pracowni diagnostycznych

WYMAGANIA WOBEC ZAKŁADU MEDYCZYNY NUKLEARNEJ

	1 TYP	2 TYP	3 TYP	4 TYP
SPRZĘT		gamma kamera do badania SPECT całego ciała	gamma kamera typ PET (PET-CT)	aparatura dozymetryczna zgodnie z wymaganiami PAA
	miernik dawek	miernik dawek	miernik dawek	miernik dawek
	pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków	pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków	pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków	pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków
ZAKRESY TERAPII IZOTOPOWYCH	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy
	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości
	terapia izotopowa - synowektomii radioizotopowych	terapia izotopowa - synowektomii radioizotopowych	terapia izotopowa - synowektomii radioizotopowych	terapia izotopowa - synowektomii radioizotopowych
				terapia stacjonarna radiofarmaceutykami znakowanymi j 131 o radioaktywności przekraczającej 1000 MBq (30mCi)
ZAKRES BADAŃ	badania planarne scyntygraficzne/renografia (nie dotyczy SPECT)	badania planarne i SPECT	badania tomograficzne PET	badania planarne i SPECT
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy pracowni	specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy pracowni	specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy pracowni	specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy pracowni
INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)
	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi
				oddział szpitalny leczenia izotopowego wyposażony w odstoinki radioizotopowe

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

	1 TYP	2 TYP	3 TYP	4 TYP
SPRZĘT	aparat spiralny o skanie max 2s /360/ 1 warstwę i zdolności rozdzielczej wysokokонтрастowej min 12 par linii/cm dla skanu standardowego 360	aparat spiralny o skanie do 1s /360/ 1 warstwę i zdolności rozdzielczej wysokokонтрастowej min 12 par linii/cm dla skanu standardowego 360	aparat spiralny wielorzędowy (do 8)	aparat spiralny wielorzędowy (16-64), dwuzródłowy
			aparat z dodatkową konsolą roboczą	aparat z dodatkową konsolą roboczą
		strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego	strzykawka automatyczna do podania środku kontrastowego	strzykawka automatyczna do podania środku kontrastowego sprzężona z aparatem
ZAKRES BADAŃ (PROCEDUR)	badania podstawowe	badania podstawowe i specjalistyczne (wielofazowe)	badania podstawowe i specjalistyczne (wielofazowe, wirtualna endoskopia, perfuzja, angio TK, rekonstrukcja 2-3D)	badania podstawowe, specjalistyczne (wielofazowe, wirtualna endoskopia, perfuzja, angio TK, rekonstrukcja 2-3 D), badanie serca
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej
INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)
	możliwość wykonania badania w znieczuleniu ogólnym	możliwość wykonania badania w znieczuleniu ogólnym	możliwość wykonania badania w znieczuleniu ogólnym	możliwość wykonania badania w znieczuleniu ogólnym

BADANIA PODSTAWOWE	badanie obszaru anatomicznego bez kontrastu lub z kontrastem
BADANIA SPECJALISTYCZNE	badania wielofazowe, wirtualna endoskopia, perfuzja, angio TK, rekonstrukcja 2-3D

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ		
	1 TYP - DIAGNOSTYCZNY	2 TYP - TERAPEUTYCZNY
SPRZĘT	aparat z cyfrową rejestracją obrazu	aparat z cyfrową rejestracją obrazu z opcją road mapping i pomiarową zgodnie z przeznaczeniem klinicznym
	strzykawka automatyczna	strzykawka automatyczna
		aparat do znieczulenia ogólnego
	parametry wg załącznika	parametry wg załącznika
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej
INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO				
	1 TYP	2 TYP	3 TYP	4 TYP
SPRZĘT	min 10 mT/m	min15 mT/m	min 25 mT/m, 1.0 T	min 25 mT/m, 1,5 T
			strzykawka automatyczna	strzykawka automatyczna
ZAKRESY BADAŃ (PROCEDUR)	badania podstawowe	badania podstawowe i specjalistyczne	badania podstawowe i specjalistyczne, czynnościowe	badania podstawowe i specjalistyczne, spektroskopia, czynnościowe mózgu, badania serca
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej
	technik RTG	technik RTG	technik RTG	technik RTG
INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)
	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi

BADANIA PODSTAWOWE	badanie obszaru anatomicznego bez kontrastu lub z kontrastem
BADANIA SPECJALISTYCZNE	dyfuzja, perfuzja , angiografia z użyciem kontrastu,

Opis świadczenia

KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA GENETYCZNA

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000041 - kompleksowa diagnostyka genetyczna nieonkologiczna w rozpoznawaniu chorób o podłożu dziedzicznym 5.10.00.0000046 - kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<u>Badania materiału genetycznego metodami cytogenetyki klasycznej</u> (prażki GTG, CBG, Ag-NOR, QFQ, RBG), techniką wysokiej rozdzielczości (HRBT) oraz <u>cytogenetyki molekularnej</u> (FISH do chromosomów metafazowych i prometafazowych oraz do jąder interfazowych z sondami molekularnymi centromerowymi, malującymi, specyficznymi, telomerowymi, Multicolor-FISH) i metodami <u>biologii molekularnej</u> (PCR i jej modyfikacje, RFLP, SSCP, HD, sekwencjonowanie i inne) dobranymi w zależności od wiekości i rodzaju mutacji; inne badania dobrane w zależności od wskazań (biochemiczne, enzymatyczne, immunologiczne, EMG, metody obrazowania i inne).
1.3	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	ok. 2 tys. osób
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	Kompleksowa diagnostyka genetyczna nieonkologiczna w rozpoznawaniu chorób o podłożu dziedzicznym u następujących grup pacjentów: <ul style="list-style-type: none"> • zespoły aberracji chromosomów autosomalnych (Downa, Edwardsa, Patau, zespoły częściowych delecji i duplikacji autosomów – łącznie ponad 400 zespołów spowodowanych dużym niezrównoważeniem materiału genetycznego w zakresie autosomów) • zespoły mikrodelecji (Prader-Willi, Angelman, <i>cri du chat</i>, Wolf-Hirschhorn, Miller-Dieker, CATCH22, Langer-Giedion, siatkówczak, Rubinstein-Taybi, Williams, WAGR i inne – łącznie około 40 zespołów) • zaburzenia cielesno-płciowe (zespół Klinefeltera i Turnera oraz ich warianty, zaburzenia determinacji płci, wady rozwojowe narządów płciowych, zaburzenia okresu dojrzewania, pierwotny i wtórny brak miesiączki, hipogonadyzm) • brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego (niedobór wzrostu i masy ciała, opóźnienie rozwoju psychoruchowego i in.) • izolowane wady rozwojowe o genetycznej etiologii (małogłowie, wady serca i inne) • zespoły wad rozwojowych (ponad 3000 sklasyfikowanych zespołów - w ogromnej większości o etiologii genetycznej) • upośledzenie umysłowe – bez towarzyszących zaburzeń lub jako część zespołów wad oraz chorób metabolicznych (spowodowane aberracjami chromosomowymi, rearanżacjami subtelomerowymi, uwarunkowane jednogenowo lub wieloczynnikowo – kilkaset form genetycznych) • autyzm, nadpobudliwość, zaburzenia zachowania mogące być częścią zespołu genetycznego • genetycznie uwarunkowane wady rozwojowe i choroby narządu wzroku • dysplazje kostne (achondroplazja, hypochondroplazja, pseudoachondroplazja, MED, SEDC, SEMDC, Marshall, Stickler, diastrophic dwarfism, campomelic dwarfism, metatrophic dwarfism, dysplazja obojczykowo-czaszkowa i inne) • mukowiscydoza i inne choroby genetyczne z zajęciem układu oddechowego • choroby neurologiczne i neurodegeneracyjne uwarunkowane genetycznie (rdzeniowy zanik mięśni – wszystkie formy, opuszkowo-

		<p>rdzeniowy zanik mięśni, ataksje rdzeniowo-mózdkowe, ataksja Friedreicha, choroba Charcot-Marie-Tooth, choroba Huntingtona i inne choroby neurodegeneracyjne)</p> <ul style="list-style-type: none"> • choroby pierwotnie mięśniowe o genetycznej etiologii (dystrofie mięśniowe Duchenne'a i Beckera, dystrofia miotoniczna i inne genetycznie uwarunkowane choroby mięśni) • zespoły z postępującą częściową hipoplazją lub hiperplazją ciała • genetycznie uwarunkowane choroby skóry (dysplazje ektodermalne i inne) • choroby serca o genetycznej etiologii (zespół CATCH22, zespół wydłużonego QT, kardiomiopatie i inne) • choroby spowodowane genetycznie uwarunkowanymi defektami kolagenu i mutacjami w innych genach o podobnej funkcji • choroby metaboliczne uwarunkowane genetycznie (dla których nie ma odrębnych poradni specjalistycznych) • głuchota uwarunkowana genetycznie • inne określone choroby genetycznie uwarunkowane (cytopatie mitochondrialne i inne) • niepowodzenia rozrodu (brak ciąży, wrodzony brak nasieniowodów, zaburzenia spermatogenezy, poronienia nawykowe, wczesne obumarcia ciąży, porody martwe, zgon dziecka w okresie perinatalnym) <p>Kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych</p>
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	włączenie do panelu metod diagnostycznych także podstawowych technik biologii molekularnej, niezbędnych w diagnostyce chorób o podłożu dziedzicznym.
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	Nie ma
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	świadczenie jest badaniem diagnostycznym
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	
2.3	średni czas udzielania świadczenia	
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	– kierownik – specjalista w dziedzinie genetyki klinicznej,
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	– genetyka kliniczna
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	Zgodnie z art. 17 ustawy z 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. Nr 100, póź. 1083 z późn. zm.) laboratorium jest zakładem opieki zdrowotnej. Laboratorium może być także jednostką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej, jednostki badawczo-rozwojowej albo wyższej uczelni medycznej. laboratorium, musi uzyskać wpis do rejestru wojewody oraz wpis do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
		900 zł
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	

Opis świadczenia

DIALIZA OTRZEWNOWA

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000001– dializa otrzewnowa ADO (na miesiąc, pełne koszty i badania dodatkowe, w tym leczenie czynnikami stymulującymi erytropoezę) 5.10.00.0000002– dializa otrzewnowa CADO(na miesiąc, pełne koszty i badania dodatkowe, w tym leczenie czynnikami stymulującymi erytropoezę)
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	N 18.0 - schyłkowa niewydolność nerek Obejmuje opiekę, sprawowaną przez 12 miesięcy, nad pacjentem leczonym: – metodą Ambulatoryjnej dializy Otrzewnowej (ADO). – metodą Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej (CADO)
1.3	świadczenia skojarzone	zgodnie z materiałami informacyjnymi
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	Pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek: – dzieci, zwłaszcza poniżej 5 r. ż., – osoby powyżej 65 r. ż., – z brakiem dostępu naczyniowego do hemodializy, – z chorobą sercowo-naczyniową przed programem, – z cukrzycą, – z powikłaniami hemodializy eliminującymi tę metodę, – cechach psychicznych umożliwiającym stosowanie dializy otrzewnowej, – mieszkający w dobrych warunkach mieszkaniowych i dużej odległości od ośrodka hemodializ, – wykazujący aktywność zawodowo – życiową.
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	54.98 – dializa otrzewnowa
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	– monitorowanie i wyrównywanie zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej, – leczenie powikłań (nie dotyczy szpitalnego leczenia powikłań), – stała opieka nefrologiczna, – edukacja pacjenta. Stacja/ ośrodek dializ zobowiązana jest do wykonania nie rzadziej niż raz do roku postępowania kwalifikacyjnego do przeszczepu nerki u każdego dializowanego, potwierdzonego odpowiednim protokołem, podpisanym przez kierownika stacji dializ i pacjenta.
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	Długoletnie przeżycie i komfort życia pacjenta pod warunkiem stałego monitorowania przebiegu dializ z modyfikacją dawki w zależności od funkcji transportowych otrzewnej.
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	Częstość powikłań infekcyjnych związanych z cewnikiem otrzewnowym wynosi do 1,22 incydentu na rok (wskaźnik – ok. 10 miesięcy)
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	Zakres badań diagnostycznych zleczanych dla ustalenia rozpoznania i/ lub monitorowania przebiegu leczenia: 1) morfologia krwi, biochemia krwi (elektrolity – sód, potas, wapń, fosforany; glukoza, mocznik, kreatynina) – co 6 tygodni; 2) białko całkowite, albuminy, lipidogram, kwas moczowy, równowaga kwasowo-zasadowa – co 3 miesiące; 3) koagulogram, transaminazy, fosfataza zasadowa, ferrytyna – co 6 miesięcy; 4) mocznik, kreatynina, białko w moczu dobowym oraz w dobowym płynie otrzewnowym (WCC – tygodniowy klirens kreatyniny, dobowa utrata białka), PET – test ekwilibracji otrzewnej – trzykrotny pomiar stężenia glukozy i kreatyniny w płynie otrzewnowym, ferrytyna – co 6 miesięcy; 5) HbS Ag, anty – HCV, anty – HIV – co 12 miesięcy; 6) rtg kl. piers., EKG - co 12 miesięcy;

		7) proteinogram (zamiast oceny stężenia białka całkowitego i albumin) – co 12 miesięcy; 8) i – PTH u dzieci – co 6 miesięcy; 9) cytoza płynu otrzewnowego – co 3 miesiące; 10) posiew płynu otrzewnowego – co 2 miesiące (na beztlenowce i tlenowce).
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	
2.3	średni czas udzielania świadczenia	12 miesięcy
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	Wyroby medyczne, mające zastosowanie w stacji dializ, muszą spełniać wymagania określone w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896, z późn. zm.). Stosowane leki (produkty lecznicze) muszą posiadać pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.). Pełny osprzęt niezbędny do opieki nad chorym w programie dializy otrzewnowej (cewniki, dreny): 1) aparat EKG, 2) sprzęt resuscytacyjny, 3) stacja uzdatniania wody, Bezpośredni dostęp do: – aparatu dializacyjnego (sztucznej nerki) w wypadku niepowodzenia dializy otrzewnowej, – aparatury diagnostycznej (RTG, USG, TK), – laboratorium diagnostycznego.
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	bezpośredni dostęp do bloku operacyjnego (wszczepienie lub wymiana cewnika otrzewnowego)
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	<u>Personel lekarski</u> Kierownikiem ośrodka dializ może być jedynie nefrolog - w wyjątkowych sytuacjach specjalista internista (pediatra) ze stażem w stacji dializ nie mniejszym niż 5 lat. Lekarze nefrologi (dopuszcza się lekarzy specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych lub pediatrii). W czasie wykonywania hemodializ w ośrodku musi być obecny lekarz. <u>Personel pielęgniarski</u> Pielęgniarki po odbytym i potwierdzonym przeszkoleniu w ośrodku dializ. Dializy w ośrodku mogą prowadzić wyłącznie lekarze i pielęgniarki. Každy zatrudniony, o ile nie ma przeciwwskazań powinien zostać szczepiony przeciw WZW typu B.
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	nefrologia
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	Odpowiedzialnym za przestrzeganie wytycznych zawartych w opisie programu jest kierownik stacji/ ośrodka dializ, a pod jego nieobecność, lekarz nadzorujący dializy
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
		Świadczenie obejmuje: 1) badanie konsultacyjne i kwalifikację do leczenia dializą otrzewnową; 2) czynności i zabiegi: a) wszczepienie cewnika do jamy otrzewnej okresowa wymiana (średnio co 2 lata), b) wymiana drenu pośredniego (co 6 miesięcy), c) pobranie płynu otrzewnowego (5 raz w roku), d) konsultacje połączone z wymianą opatrunku przy cewniku oraz pobraniem krwi (co 6 tygodni); 3) zaopatrzenie w domu w płyny dializacyjne, dreny oraz inne niezbędne materiały; 4) szkolenie początkowe i uzupełniające pacjenta i rodziny; 5) okresowe badania, zgodnie z pkt. 2.1; 6) monitorowanie i leczenie niedokrwistości, podawanie leków – erytropoetyna lub inne środki stymulujące erythropoezę (Darbepoetyna), podawane podskórnie lub dożylnie w dawce jednorazowej lub w dawce

		<p>skumulowanej, nie rzadziej niż jeden raz na 21 dni, zapewniającej uzyskanie i utrzymanie stężenia hemoglobiny powyżej 10 g/dl u co najmniej 65% pacjentów dializowanych w danym ośrodku dializacyjnym, w tym na poziomie nie mniejszym niż 11 g/dl u co najmniej 35% dializowanych;</p> <p>7) kwalifikację chorego do przeszczepienia nerki oraz zgłoszenie pacjenta do krajowej listy biorców przeszczepów unaczynionych.</p> <p>Świadczenie nie obejmuje kosztów:</p> <ul style="list-style-type: none"> – szpitalnego leczenia powikłań, – badań specjalistycznych kwalifikacyjnych do przeszczepu nerki.
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	<ul style="list-style-type: none"> – Raport o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce-2003, NKF-DOQI- (National Kidney Foundation-Dialysis Outcomes Quality Initiative) Guideline – Rutkowski . B, Czekalski. S: Standardy postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerek. MAKmed Gdańsk 2001 – Rutkowski. B: Dializoterapia w praktyce lekarskiej, III wydanie MAKmed, Gdańsk 2004.

Opis świadczenia

DIALIZA WĄTROBOWA

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000009 - dializoterapia wątrobowa
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	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). – ostra niewydolność wątroby – zaostrzenia przewlekłego uszkodzenia wątroby (głównie polekowego lub poalkoholowego)
1.3	świadczenia skojarzone	
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	50.92 - pozaustrojowe wspomaganie wątroby
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	
1.8	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)
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	
2.3	średni czas udzielania świadczenia	
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	W Polsce stosowane są 2 systemy do dializy wątrobowej: – system Prometheus – system MARS 1) monitorowanie istotnych czynności życiowych w trybie ciągłym (akcja serca, RR, pulsoksymetria) 2) całodobowy dostęp do pracowni: a) biochemicznej, b) chromatografii
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	– specjalista w dziedzinie: toksykologii, nefrologii, transplantologii, anestezjologii i intensywnej terapii
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	– toksykologia, – nefrologia, – transplantologia,

		– anesteziologia i intensywna terapia
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	

Opis świadczenia

LECZENIE TLENEM W WARUNKACH DOMOWYCH (DLT)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000006 - tlenoterapia w warunkach domowych
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	przewlekłe nienowotworowe choroby płuc w okresie niewydolności oddechowej
1.3	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	potrzeba DLT sięga 100-500 chorych na 1 mln mieszkańców obecnie ok. 2 000 chorych korzysta z DLT
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Do przewlekłego leczenia tlenem w warunkach domowych przy pomocy koncentratora tlenu, kwalifikują się chorzy na przewlekłe, nienowotworowe choroby płuc w okresie niewydolności oddychania. Kwalifikacja opiera się o wynik badania gazów krwi tętnicznej pobranej w spoczynku, w pozycji siedzącej wykonanej w okresie wyrównania choroby.</p> <p>Wskazania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej (PaO₂) ≤ 55 mmHg. 2) Ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej PaO₂ 56-60 mmHg, jeśli obecny jest przynajmniej jeden z trzech poniżej wymienionych objawów: <ol style="list-style-type: none"> a) radiologiczne cechy nadciśnienia płucnego; b) elektrokardiograficzne cechy przerostu prawej komory; c) hematokryt ≥ 55%. <p>Lekarz kwalifikujący do leczenia musi dysponować aktualnymi wynikami:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) badania gazometrycznego krwi; b) badania spirometrycznego; c) rtg klatki piersiowej PA i boczne; d) EKG; e) morfologii krwi z hematokrytem. <p>Kontrola spełniania kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wynik PaO₂ ≤ 55 mmHg musi być powtarzalny. Badanie gazów krwi powinno być powtórzone po miesiącu i wykazywać wynik ≤ 55 mmHg. 2) wynik PaO₂ 56-60 mmHg musi być powtarzalny po 3 miesiącach. Badanie gazów krwi musi być powtórzone po 3 miesiącach i wykazywać ≤ 60 mmHg. <p>Uwaga:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w momencie rozpoczęcia leczenia tlenem w warunkach domowych chory nie może palić papierosów; – rozpoczęcie przewlekłego leczenia tlenem powinno odbywać się w szpitalu; – ośrodki domowego leczenia tlenem przejmują kompleksową opieką nad pacjentem na okres tlenoterapii. <p>W przypadku potrzeby zastosowania domowego leczenia tlenem u chorego opuszczającego szpital po zastrzeniu choroby, dokonuje się warunkowej kwalifikacji w oparciu o wyniki badań w momencie wypisu – ostateczna kwalifikacja następuje w poradni DLT po upływie trzech miesięcy.</p>
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	<p>93.91 tlenoterapia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gazometria – przynajmniej raz w kwartale; 2) spirometria – przynajmniej raz na 6 miesięcy; 3) morfologia krwi (bez rozmazu) – przynajmniej raz w kwartale; 4) rtg klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe) – przynajmniej raz w roku; 5) ekg – przynajmniej raz na 6 miesięcy;
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia	<ul style="list-style-type: none"> – poprawa samowystarczalności chorych, – poprawa jakości życia, – zmniejszenie potrzeby hospitalizacji, – zmniejszenie częstości infekcji oddechowych, – przedłużenie życia chorych.

1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	nie dotyczy
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	zasady domowego leczenia tlenem z użyciem koncentratora: 1) badanie lekarskie – przynajmniej raz w kwartale; 2) wizyta pielęgniarki w domu chorego – przynajmniej raz w kwartale; 3) gazometria – przynajmniej raz w kwartale; 4) spirometria – przynajmniej raz na 6 miesięcy; 5) morfologia krwi (bez rozmazu) – przynajmniej raz w kwartale; 6) RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe) – przynajmniej raz w roku; 7) EKG – przynajmniej raz na 6 miesięcy;
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	jak w punkcie 1.5
2.3	średni czas udzielania świadczenia	
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	– koncentrator tlenu (z atestem) do wypożyczenia pacjentowi – serwis co 6 miesięcy (wymiana filtra powietrza i filtra przeciwbakteryjnego)
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	nie dotyczy
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	lekarz specjalista w chorobach wewnętrznych i/ lub chorobach płuc
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	lekarz – certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wystawiony przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc (zalecane)
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	pulmonologia, choroby wewnętrzne
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	poradnia domowego leczenia tlenem powinna działać w oparciu o szpitalny oddział chorób płuc lub chorób wewnętrznych
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
		chory otrzymuje koncentrator tlenu oraz przewody tlenowe nieodpłatnie - sam opłaca koszty energii elektrycznej zużywanej przez aparat. 1. stan zdrowia chorego z niewydolnością oddychania wymagającego, a nie otrzymującego stale tlenu szybko się pogarsza. Występują cechy niewydolności serca powodujące duszność zmuszającą do hospitalizacji. Chorzy tacy są hospitalizowani, przeciętnie 3 razy w roku. Koszt około 4 500 zł. rocznie. 2. niezależnie od stałego pogarszania się stanu zdrowia chorzy z niewydolnością oddychania ulegają częstym zaostrzeniom choroby spowodowanym infekcjami. Zaostrzenia te występują od 1 do 3 razy w roku. Koszt 1 500-4 500 zł rocznie. 3. rzeczywiste koszty hospitalizacji z powodu infekcyjnego zaostrzenia choroby są większe ze względu na duże koszty leczenia antybiotykami. Zagrożenie życia chorego oraz uprzednie leczenie antybiotykami powodują, że konieczne jest stosowanie drogich antybiotyków. 4. chory korzystający z tlenu w domu jest bardziej samowystarczalny. Może pozostawać sam w domu w godzinach, w których zdrowy członek rodziny pracuje. 5. są sytuacje kliniczne, w których chorzy wymagający oddychania tlenem nie mogą opuścić szpitala. Chorzy są bezterminowo hospitalizowani a koszty leczenia są bardzo wysokie.
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	bd

Opis świadczenia

**EMBOlizacja TĘtniaków WEwnĄTRZCzaszkowych i TROMboliza CELOWANA
W UDARACH NIEDOKRWIENNYCH MÓZGU**

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000011 - embolizacja tętniaków wewnątrzczaszkowych (2 – 3 spirale) 5.10.00.0000012 - embolizacja tętniaków wewnątrzczaszkowych (4 – 6 spiral) 5.10.00.0000013 – embolizacja/ remodelowanie wewnątrzczaszkowe tętniaków olbrzymich (średnio 10 spiral) 5.10.00.0000014 - embolizacja naczynek wewnątrzczaszkowych 5.10.00.0000015 – tromboliza celowana w udarach niedokrwiennych mózgu
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	D18 Naczyniaki krwionośne i chłonne jakiegokolwiek umiejscowienia I60 Krwotok podpajęczynówkowy I61 Krwotok mózgowy I62 Inne nieurazowe krwotoki mózgowe I66 Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych nie powodujące zawału mózgu I69 Następstwa chorób naczyń mózgowych
1.3	świadczenia skojarzone	w przypadku konieczności leczenia uzupełniającego takiego jak: - drenaż układu komorowego - 5.06.00.0000185, 5.06.00.0000344; - implantacja zastawki komorowo-otrzewnowej - 5.06.00.0000950, 5.06.00.0000951; - skojarzone leczenie - embolizacja i operacja poprzez kraniotomię - 5.06.00.0000205, 5.06.00.0000295, 5.06.00.0000513, 5.06.00.0000527, 5.06.00.0000528
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	epidemiologia: występowanie tętniaka mózgu w populacji wynosi od 2 do 5 %, występowanie naczyniaka mózgu w populacji wynosi od 4 do 5% krwawienie dotyczy: - 2% rocznie w przypadku tętniaka mózgu, - 1% rocznie w przypadku naczyniaka mózgu, występowaniu naczyniaka mózgu mogą towarzyszyć : - padaczka objawowa od 6-30% w zależności od grupy wiekowej, - zespół podkradania, objawy niedokrwienne mózgu.
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	kwalifikacja do procedury przez specjalistę neurochirurga lub neurochirurga wspólnie z neuroradiologiem
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	88.41 - arteriografia naczyń mózgowych 39.8 - zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach innych niż wieńcowe 39.82 - wszczepienie stentu lub stentów do innej niż wieńcowa tętnicy 38.81 - inne zamknięcie naczynia (naczyni wewnątrzczaszkowych) 38.82 - inne zamknięcie naczynia (naczyni głowy/szyi - inne)
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	- kontrolna arteriografia mózgową za 6, 12, 24 miesiące i ewentualnie powtórzenie procedury embolizacji - opis zabiegu wewnątrznaczyniowego z opisem stopnia okluzji malformacji, badanie arteriograficzne po wykonanym zabiegu, - kontrolne TK głowy po zabiegu
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	- całkowita lub częściowa embolizacja malformacji naczyniowej, - zabezpieczenie źródła krwawienia (tętniak, naczyniak, przetoka)
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	- ponowny krwotok ≤ 1.4%, - powikłania związane z procedurą embolizacji tętniaków ≤ 20% w tym: śmiertelność 5%, - powikłania zakrzepowo-zatorowe, - uszkodzenie worka tętniaka, - migracja coilii, - uszkodzenie naczynia macierzystego. Ryzyko powikłań i śmiertelność maleje w przypadku leczenia tętniaków niepełkniętych.

2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> - arteriografia mózgowa czteronaczyniowa, - badanie angio-TK, - badanie TK głowy przed i po zabiegu.
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	<p>ocena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wielkości, kształtu i położenia malformacji, - źródła zaopatrzenia malformacji oraz - stosunku wielkości worka tętniaka do szyi (sack/ neck ratio)
2.3	średni czas udzielania świadczenia	
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	<ol style="list-style-type: none"> 1) aparat z cyfrową rejestracją obrazu, z opcją „roadmap” i pomiarową zgodnie z przeznaczeniem klinicznym; 2) strzykawka automatyczna; 3) aparat do znieczulenia ogólnego; 4) dostępność aparatu rtg: <ul style="list-style-type: none"> - 5 godzin dziennie przez 5 dni w przypadku embolizacji malformacji wewnątrzczaszkowych i - 24 godziny przez 7 dni w przypadku celowanej trombolizy przy udarach mózgu; 5) aparat TK dostępny 24 godziny na dobę/ 7 dni w tygodniu; 6) archiwizacja danych pacjenta w systemie komputerowym.
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	możliwość niezwłocznego przejęcia pacjenta przez blok operacyjny z przystosowaną salą do zabiegów neurochirurgicznych naczyniowych (wykwalifikowany zespół neurochirurgiczny w operacjach naczyniowych, mikroskop operacyjny i inne niezbędne oprzyrządowanie)
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	<p>zespół zabiegowy w składzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - specjalista radiolog lub/i specjalista neurochirurg; - specjalista anestezjolog, - pielęgniarka zabiegowa, pielęgniarka anestezjologiczna, technik radiolog
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	<ol style="list-style-type: none"> 1) specjalista radiolog, 2) specjalista neurochirurg <ul style="list-style-type: none"> - potwierdzone wykonanie: <ol style="list-style-type: none"> a) nie mniej niż 100 arteriografii mózgowych, b) nie mniej niż 50 asyst do zabiegów naczyniowych w obrębie naczyń mózgowych i/ lub - szkolenie w ośrodku referencyjnym; 3) specjalista anestezjolog: doświadczenie w neuroanestezjologii
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	radiologia, neurochirurgia
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	wykonywanie nie mniej niż 30 zabiegów wewnątrzczaszkowych rocznie
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
		<ul style="list-style-type: none"> - zabiegi wykonywane ze wskazań życiowych - krótsza hospitalizacja - szybszy powrót do aktywności codziennej i zawodowej
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	bd

Opis świadczenia

HEMODIALIZA

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000047 – hemodializa
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	N 18.0 - schyłkowa niewydolność nerek
1.3	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Wskazania do rozpoczęcia dializ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - objawy kliniczne mocznicy - oporne na leczenie nadciśnienie tętnicze - hiperkaliemia nie reagująca na leczenie farmakologiczne - wysoka hiperfosfatemia - niedokrwistość nieproporcjonalnie duża w stosunku do stopnia niewydolności nerek - ciężka kwasica nieoddechowa (metaboliczna)- stężenie kreatyniny w surowicy krwi > 700-800 umol/l (8-10mg/dl) - stężenie mocznika w surowicy krwi > 26,5-33,2 mmol/l (160-200mg/dl) - ostra niewydolność nerek - zatrucia toksynami dializowanymi - przewodnienie <p>Za pacjenta ze schyłkową niewydolnością nerek (N 18) uznaje się chorego, który został zakwalifikowany do leczenia powtarzanymi dializami od dnia rozpoczęcia tego leczenia.</p> <p>Za pacjenta w kolejce do dializ uznaje się pacjenta z wykonanym dostępem naczyniowym, u którego z różnych przyczyn odroczone rozpoczęcie leczenia dializami.</p>
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	<p>39.95 - hemodializa</p> <p>Zakres badań diagnostycznych zleczanych dla ustalenia rozpoznania i/ lub monitorowania przebiegu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wywiad, badanie przedmiotowe przed, w trakcie i po hemodializie; 2) morfologia krwi pełna; 3) biochemia krwi (elektrolity – sód, potas, wapń, fosforany; glukoza, mocznik, kreatynina, proteinogram); 4) transaminazy, fosfataza zasadowa, lipidogram, równowaga kwasowo – zasadowa krwi, układ krzepnięcia, żelazo i inne w zależności od potrzeb; 5) badania bakteriologiczne /posiewy krwi; 6) badania wirusologiczne (HBsAg, anty-HCV, anty-HIV); 7) badanie elektrokardiograficzne; 8) badania obrazowe (RTG, USG).
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<ul style="list-style-type: none"> - monitorowanie i wyrównywanie zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej, - leczenie powikłań, - stała opieka nefrologiczna, - edukacja pacjenta <p>Stacja/ ośrodek dializ zobowiązana jest do wykonania nie rzadziej niż raz do roku postępowania kwalifikacyjnego do przeszczepu nerki u każdego dializowanego, potwierdzonego odpowiednim protokołem, podpisanym przez kierownika stacji dializ i pacjenta. Stacja / ośrodek dializ zobowiązana jest do prowadzenia aktualnej listy osób stale dializowanych.</p>
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	Pozaustrojowa eliminacja toksyn, dostarczanie substancji służących do regeneracji buforów ustroju, wyrównanie kwasicy metabolicznej z jednoczesnym usuwaniem nadmiaru wody w powtarzalnych zabiegach polegających na przepływie krwi pacjenta z przewlekłym nieodwracalnym uszkodzeniem nerek przez filtr dializacyjny.

		<p>Erytropoetyna lub inne środki stymulujące erytropoezę (darbepoetyna) podawane w dawce zapewniającej uzyskanie i utrzymanie stężenia HGb na poziomie nie mniejszym niż 10g/dl u co najmniej 65% pacjentów, w tym na poziomie nie mniejszym niż 11g/dl u co najmniej 35% pacjentów dializowanych stale w danej stacji dializ. Za hemodializę (z transportem, w tym z leczeniem niedokrwistości czynnikami stymulującymi erytropoezę) uznaje się hemodializę w trakcie której podano erytropoetynę lub inne środki stymulujące erytropoezę (darbepoetyna) oraz hemodializy wykonane u tego chorego odpowiednio 6/12 dni po hemodializie, w trakcie której podano dawkę środka stymulującego erytropoezę. Średnie zużycie preparatu stymulującego erytropoezę u wszystkich chorych leczonych tymi preparatami w przeliczeniu na jeden zabieg wykonany w stacji dializ, nie może być niższe niż 1000IU (EPO) lub 5 mcg (darbepoetyna alfa). W przypadku darbepoetyny alfa 5 mcg na jeden zabieg hemodializy raz na 2 tygodnie.</p> <p>Należy dążyć do osiągnięcia wartości HGb w grupie chorych dializowanych, zalecanych przez Europejskie Towarzystwo Nefrologiczne.</p>
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	<p>Powikłania związane z przetoką : (zakrzepica, krwawienia, zakażenie, posocznica, niedokrwienie kończyny z przetoką tętniczo-żylną)</p> <p>Powikłania ostre w trakcie zabiegu hemodializy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ↓ RR, - skurcze mięśni - ↑ RR - zespół niewyrównania - zakrzepnięcie krwi w dializatorze lub drenach - gorączka, stan podgorączkowy - zespół pierwszorazowego użycia dializatora - hemoliza - zator powietrzem <p>Powikłania przewlekłej dializoterapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sercowo-naczyniowe ♥:NT, LVH - kostne: zaburzenia gospodarki Ca-P, Al - niedokrwistość !!! - zakażenia (HBV,HCV!) - powikłania neurologiczne: demencja (encefalopatia dializacyjna), zespół cieśni nadgarstka, zespół „niespokojnych nóg” - kacheksja spowodowana hiperkatabolizmem
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	<p>Zakres badań diagnostycznych zleczanych dla ustalenia rozpoznania i/ lub monitorowania przebiegu leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wywiad, badanie przedmiotowe przed, w trakcie i po hemodializie; 2) morfologia krwi pełna; 3) biochemia krwi/ elektrolity – sód, potas, wapń, fosforany; glukoza, mocznik, kreatynina, proteinogram,transaminazy, fosfataza zasadowa, lipidogram, równowaga kwasowo – zasadowa krwi, układ krzepnięcia, żelazo i inne w zależności od potrzeb; 4) badania bakteriologiczne (posiewy krwi) 5) badania wirusologiczne/ HBsAg, anty-HCV, anty-HIV; 6) badanie elektrokardiograficzne; 7) badania obrazowe (RTG, USG)
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	
2.3	średni czas udzielania świadczenia	3-5 godzin dziennie, średnio 3x w tygodniu
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	<p>Wyroby medyczne, mające zastosowanie w stacji dializ, muszą spełniać wymagania określone w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896, z późn. zm.).</p> <p>Stosowane leki (produkty lecznicze) muszą posiadać pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.).</p> <p><u>Aparaty do dializ</u> - kontrola wolumetryczna ultrafiltracji, płyn wodorowęglanowy.</p> <p>1) dializatory i linie;</p>

		<p>2) igły i cewniki;</p> <p>3) koncentraty płynów dializacyjnych oraz substraty do ich produkcji "on-line",</p> <p>4) substancje do produkcji płynów dializacyjnych.</p> <p>5) błony dializacyjne - nie ma konieczności stosowania błon syntetycznych, jednak należy unikać wieloletniego leczenia przy użyciu błon kuprofanowych.</p> <p><u>Reutilizacja dializatorów</u></p> <p>1) dopuszczalna wyłącznie automatyczna;</p> <p>2) pomiar pojemności dializatora po regeneracji (automatyczny lub manualny) - warunkiem dopuszczenia do ponownego użycia jest uzyskanie nie mniej niż 80% pojemności nowego dializatora; obligatoryjny rejestr regeneracji ze wskazaniem % objętości należytnej dla dializatora i przyczyny niewykorzystania;</p> <p><u>Woda do dializ</u></p> <p>1) niedopuszczalne jest używanie do dializ wody innej niż dejonizowanej (tzn. takiej, która została poddana procesowi odwróconej osmozy);</p> <p>2) jakość wody wodociągowej, uzdatnionej oraz dejonizowanej powinna być sprawdzana regularnie;</p> <p>3) płyn dializacyjny - może być używany wyłącznie wodorowęglanowy.</p> <p>Obsługa serwisowa – nadzór nad aparaturą diagnostyczno – terapeutyczną przez uprawniony personel techniczny posiadający poświadczony przez producenta lub przedstawiciela producenta odbycie szkolenia w zakresie obsługi aparatów sztucznej nerki.</p>
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	<p>1. Stacja dializ może być jednostką samodzielną lub stanowić część oddziału nefrologicznego. Dopuszcza się sytuowanie stacji przy oddziale chorób wewnętrznych.</p> <p>2. Stacja dializ powinna mieć zapewniony łatwy dostęp z zewnątrz.</p> <p>3. Stacja dializ stanowiąca samodzielną jednostkę powinna być wyposażona co najmniej w:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stanowisko dializacyjne wraz z niezbędnymi pomieszczeniami towarzyszącymi; 2) dział przyjęć pacjenta, w skład którego wchodzi szatnia i recepcja z rejestracją oraz ustęp w przypadku braku w pobliżu ustępu ogólnie dostępnego; 3) niezbędne pomieszczenia zaplecza administracyjno-technicznego i socjalnego. <p>4. W stacji dializ należy przewidywać pomieszczenie brudownika oraz regeneracji dializatorów, w przypadku jej stosowania.</p> <p>5. Stacja dializ powinna być wyposażona w urządzenia do uzdatniania wody zlokalizowane w pobliżu pokoi dializ.</p> <p>6. Dializy otrzewnowe mogą być wykonywane jedynie w wydzielonym na ten cel pomieszczeniu.</p> <p>7. Dla chorych lub nosicieli infekcji krwiopochodnych powinno być wydzielone stanowisko w odrębnym pomieszczeniu. Co najmniej jedno wydzielone stanowisko dla chorych zakażonych HCV, HBS lub HIV.</p> <p>8. Stanowisko nadzoru pielęgniarskiego powinno zapewniać personelowi bezpośredni kontakt wzrokowy z pacjentami;</p>
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	<p><u>Personel lekarski</u></p> <p>Kierownikiem ośrodka dializ może być jedynie nefrolog - w wyjątkowych sytuacjach specjalista internista (pediatra) ze stażem w stacji dializ nie mniejszym niż 5 lat.</p> <p>Lekarze nefrologi (dopuszcza się lekarzy specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych lub pediatrii).</p> <p>W czasie wykonywania hemodializ w ośrodku musi być obecny lekarz.</p> <p><u>Personel pielęgniarski</u></p> <p>Pielęgniarki po odbytych i potwierdzonym przeszkoleniu w ośrodku dializ.</p> <p>Dializy w ośrodku mogą prowadzić wyłącznie lekarze i pielęgniarki.</p> <p>Każdy zatrudniony, o ile nie ma przeciwwskazań, powinien zostać szczepiony przeciw WZW typu B.</p>
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do	nefrologia

	wykonania świadczenia	
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	Odpowiedzialnym za przestrzeganie wytycznych zawartych w opisie programu jest kierownik stacji/ ośrodka dializ, a pod jego nieobecność, lekarz nadzorujący dializy
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
		<p>Świadczenie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) transport chorego do stacji dializ przed hemodializą; 2) przygotowanie stanowiska dializacyjnego/ przygotowanie łóżka, nastawienie aparatu, kontrola elektrolitów, płukanie wstępne, odpowietrzenie układu, wypłukanie zestawu w wypadku reutilizacji, recyrkulacja; 3) badanie lekarskie i przygotowanie pacjenta /ważenie, mycie okolicy przetoki, wyznaczenie zleceń dializacyjnych, wypełnienie karty dializacyjnej; 4) przygotowanie dostępu naczyniowego i wkłucie igły do przetoki 5) podłączenie pacjenta do aparatu sztucznej nerki i wprowadzenie do krążenia pozaustrojowego 6) zabieg hemodializy/ kontrola parametrów dializacyjnych i życiowych pacjenta; 7) badania laboratoryjne i konsultacje, badania bakteriologiczne i biochemiczne; 8) zakończenie zabiegu/ sprowadzenie krwi, tamowanie krwawienia, oznaczanie parametrów życiowych po hemodializie i inne, zmiana opatrunku wokół cewnika, ważenie, podawanie leków; 9) po przeprowadzonej dializie: dezynfekcja (cieplna, chemiczna) i dekalcyfikacja aparatu sztucznej nerki, utylizacja odpadów, ewentualna reutilizacja dializatorów i ocena ich wydajności po tym zabiegu; 10) przygotowanie stanowiska dla następnego chorego; 11) posiłek dla pacjenta; 12) transport pacjenta do domu po zabiegu; 13) kwalifikację chorego do przeszczepienia nerki oraz zgłoszenie pacjenta do krajowej listy biorców przeszczepów unaczynionych. <p>Świadczenie nie obejmuje kosztów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - szpitalnego leczenia powikłań, - badań specjalistycznych kwalifikujących do przeszczepu nerki. <p><u>Wydajność dializy należy mierzyć co miesiąc jedną z dwu poniższych metod:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • URR>65% • $Kt/V > 1.2$ (Daugirdas, 1993) , $Kt/V = \ln(Ct/C0 - 0,008 \cdot T) + (4-3,5 \cdot C1/C0) \cdot UfV/Wt$ <p>Gdzie: Ct – stężenie mocznika po dializie C0 - stężenie mocznika przed dializą UfV - objętość ultrafiltratu (c.c. przed - c.c po dializie) Wt - c. ciała po dializie</p>
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	<ul style="list-style-type: none"> - Raport o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce-2003, NKF-DOQI- (National Kidney Foundation-Dialysis Outcomes Quality Initiative) Guideline Rutkowski . B, Czekalski. S: Standardy postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerek. MAKmed Gdańsk 2001 - Rutkowski. B: Dializoterapia w praktyce lekarskiej, III wydanie MAKmed, Gdańsk 2004.
	Uwaga:	Hemodializa u chorego z ONN lub ostrym zatruciem jest rozliczana jak świadczenie o kodzie: 5.10.00.0000003 – hemodializa (z transportem, w tym z leczeniem niedokrwistości erytropoetyną).

Opis świadczenia

KWALIFIKACJA DO LECZENIA HORMONEM WZROSTU

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000044 – konsultacja kwalifikacyjna do leczenia hormonem wzrostu
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	E 23 somatotropinowa niewydolność przysadki Q 96 zespół Turnera N 18 przewlekła niewydolność nerek
1.3	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	bd.
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>- określone odpowiednio w opisach programów terapeutycznych leczenia niskorosłych dzieci z SNP, ZT i PNN</p> <p>Kwalifikacja odbywa się w oparciu o:</p> <p>A. wnioski o zakwalifikowanie do leczenia hormonem wzrostu dla pacjentów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) z przewlekłą somatotropinową niewydolnością przysadki; 2) z zespołem Turnera; 3) z przewlekłą niewydolnością nerek. <p>B. przedstawione załączniki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zgodę rodziców lub opiekunów na leczenie hormonem wzrostu zobowiązującą do podawania hormonu zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz przyjeżdżania na badania kontrolne w wyznaczonych terminach; 2) pomiary antropometryczne. <p>C. analizę kart obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) niedoboru wzrostu w przebiegu SNP; 2) niedoboru wzrostu w przebiegu ZT; 3) niedoboru wzrostu w przebiegu PNN; 4) oraz kart wyników badań laboratoryjnych wymaganych w trakcie leczenia GH <p>- zgodnie z opisami odpowiednich programów terapeutycznych</p>
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	- przypadku pozytywnej kwalifikacji włączenie do odpowiedniego programu terapeutycznego
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	weryfikacja kwalifikacji do leczenia hormonem wzrostu i monitorowanie programu
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	została określona odpowiednio we wnioskach o leczenie hormonem wzrostu – stanowiących załączniki do opisów programów leczenia hormonem wzrostu
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	
2.3	średni czas udzielania świadczenia	
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	<p>Ośrodek będący realizatorem konsultacji koordynatora musi zapewnić warunki do realizacji następujących zadań Zespołu Koordynacyjnego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zapewnienie zgłaszalności dzieci, u których istnieje prawdopodobieństwo występowania niskorosłości w następstwie SNP, ZT, PNN na „wczesnych” etapach rozwoju; - przeprowadzenie procesu diagnostycznego tak, aby od chwili rozpoznania SNP, ZT, PNN do zastosowania hormonu wzrostu upłynął możliwie najkrótszy okres czasu; - zapewnienie niezakłóconego, ciągłego przepływu informacji pomiędzy ośrodkami prowadzącymi terapię i ośrodkiem koordynującym, o skuteczności prowadzonego

		<p>leczenia i ewentualnych działaniach ubocznych;</p> <ul style="list-style-type: none"> - nadzorowanie rytmiczności dostarczania preparatów hormonu wzrostu pacjentowi, celem uniknięcia przerw w leczeniu; - bieżąca ocena istniejącego zapasu hormonu wzrostu, ze stałą kontrolą dynamiki jego zużycia, w celu ułatwienia planowania terminu następnego zakupu tego preparatu; - nadzorowanie właściwego transportu i przechowywania preparatów hormonu wzrostu, - organizacja przyjmowania leku, jego wydawania i stworzenie systemu rejestracji wydawania leku, zapewniająca dystrybucję leku zgodną zarówno z potrzebami ośrodków leczących, jak i decyzjami Zespołu Koordynacyjnego (szczelność systemu); - doświadczenie w prowadzeniu programów polityki zdrowotnej; - prowadzenie bazy danych oraz archiwum niezbędnej dla potrzeb sprawozdawczości.
2.6	kwalfikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	- lekarze ze specjalizacją w zakresie pediatrii i endokrynologii dziecięcej wytypowani przez poszczególne ośrodki prowadzące leczenie hormonem wzrostu
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	j.w.
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> - endokrynologia dziecięca, - nefrologia dziecięca
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	ośrodek referencyjny w zakresie koordynacji leczenia hormonem wzrostu
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	

Opis świadczenia

LECZENIE RADIOIZOTOPOWE

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	<p>5.10.00.0000018 – terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy – porada kwalifikacyjna</p> <p>5.10.00.0000019 – terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy – podanie izotopu</p> <p>5.10.00.0000020 – terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy – porada kontrolna</p> <p>5.10.00.0000026 – terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości – porada kwalifikacyjna</p> <p>5.10.00.0000027 – terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości – podanie izotopu strontu</p> <p>5.10.00.0000028 – terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości – podanie izotopu samaru</p> <p>5.10.00.0000029 – terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości – porada kontrolna</p> <p>5.10.00.0000030 – terapia izotopowa - synowiektoomia radioizotopowa</p>
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<p>leczenie radioizotopowe z zastosowaniem ¹³¹J: E05 tyreotoksykoza [nadczynność tarczycy, E0 wole obojętne]</p> <p>leczenie radioizotopowe z podaniem strontu lub samaru: zmiany przerzutowe do układu kostnego</p> <p>Podanie radioizotopu przeprowadza się w większości przypadków ambulatoryjnie. Radioizotop ten gromadzi się w zmianach przerzutowych i w wyniku działania promieniowania beta ogranicza dolegliwości bólowe poprawiając standard życia chorego, ograniczając konieczność podawania leków przeciwbólowych.</p> <p>W leczeniu stosowane są obecnie dwa typy radioizotopów: stront i samar. Leczenie strontem jest stosowane częściej, jednak w przypadkach rozsiaanych licznych zmian przerzutowych wskazane jest podanie samaru ze względu na mniejszą toksyczność w odniesieniu do szpiku kostnego.</p> <p>synowiektoomia radioizotopowa:</p> <p>Celem leczenia jest ograniczenie procesu zapalnego błony maziowej stawu w przebiegu hemofilii, reumatycznego zapalenia stawów, innych stanów zapalnych stawów.</p>
1.3	świadczenia skojarzone	
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	<p>leczenie radioizotopowe z zastosowaniem ¹³¹J:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) porada kwalifikacyjna obejmuje badanie przedmiotowe pacjenta i wykonanie badań określonych w pkt 2.1.1. pkt. 1-5 (nie mogą być rozliczane w AOS); 2) podanie radioizotopu z instrukcją dla pacjenta; 3) porada kontrolna (średnio 4 porady w roku) obejmuje badanie przedmiotowe pacjenta i wykonanie badań określonych w pkt 2.1.1. pkt. 1-4; <p>leczenie radioizotopowe z podaniem strontu lub samaru:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) porada kwalifikacyjna obejmuje badanie przedmiotowe pacjenta i wykonanie badań określonych w pkt 2.1.2. pkt. 1-4; 2) podanie radioizotopu z instrukcją dla pacjenta; 3) porada kontrolna (średnio 3 porady w ciągu 6 miesięcy) obejmuje badanie przedmiotowe pacjenta i wykonanie badań określonych w pkt 2.1.2. pkt. 2-5; <p>synowiektoomie radioizotopowe:</p> <p>podanie odpowiedniego radioizotopu</p>

1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<p>1) leczenie radioizotopowe z zastosowaniem ¹³¹J: badania są niezbędne w celu monitorowania leczenia i ewentualnej kwalifikacji do kolejnej dawki radioizotopu – w przypadku braku normalizacji stanu klinicznego, lub ewentualnie w celu zastosowania hormonów tarczycy – w przypadku niedoczynności tarczycy. Po tym okresie (1 rok od podania dawki leczniczej, wg zaleceń Europejskiego Stowarzyszenia Medycyny Nuklearnej) chory może być dalej kontrolowany przez endokryologa lub lekarza prowadzącego (rodzinnego). Zaleca się jednak dalsze monitorowanie chorego w Zakładzie Medycyny Nuklearnej. Monitorowanie to polega na badaniu lekarskim i oznaczeniu co najmniej 1 raz w roku poziomu TSH. Związane jest to z możliwością wystąpienia tzw późnej niedoczynności tarczycy. Późna niedoczynność tarczycy występuje np. w chorobie Graves-Basedowa u 50% chorych w ciągu 10 lat po leczeniu radioizotopowym. Wykrycie jej w okresie prodromalnym jest bardzo istotne - pozwala na eliminację szeregu schorzeń związanych między innymi z hypercholesterolemią.</p> <p>2) leczenie radioizotopowe z podaniem strontu lub samaru: Celem badań jest kontrola czynności szpiku kostnego, określenie rozwoju choroby, naciekanie nowotworowe struktur kanału kręgowego jako przyczyny dolegliwości bólowych. Ocenia się, że chory będzie badany w zakładzie medycyny nuklearnej 3-krotnie w ciągu 6 miesięcy po podaniu radioizotopu.</p>
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	<p>W przypadku leczenia schorzeń tarczycy oczekuje się ustąpienia nadczynności tarczycy, zmniejszenia objętości wola, ustąpienia objawów uciskowych</p> <p>W przypadku synowiectomii radioizotopowej oczekuje się ustąpienia stanu zapalnego i wysięków do stawu.</p> <p>W przypadku leczenia z podaniem radioizotopów strontu lub samaru oczekuje się ustąpienia lub znacznego zmniejszenia dolegliwości bólowych związanych z obecnością nowotworowych zmian przerzutowych do kości.</p>
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	<p>Powikłaniem w leczeniu schorzeń tarczycy jest niedoczynność tarczycy (6-8% w przypadku wola guzowatego, 50% w przypadku choroby Gravesa)</p> <p>Powikłania w leczeniu z zastosowaniem strontu i samaru dotyczą przejściowej supresji czynności szpiku. Poważne powikłania są bardzo rzadkie <1%</p> <p>Powikłania po synowiectomii związane są z przeciekiem radioizotopu ze stawu do tkanek miękkich lub z nieprawidłowym podaniem radioizotopu, co powoduje stan zapalny tkanek okołostawowych – powikłania bardzo rzadkie <1%.</p>
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	<p>1. leczenie radioizotopowe z zastosowaniem ¹³¹J:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) TSH, 2) FT3 lub FT4, 3) przeciwciała przeciw-tarczycowe (w wybranych przypadkach), 4) USG tarczycy z oceną objętości tarczycy/ guza, 5) scyntygrafia tarczycy z oceną jodochwytności (ewentualnie gromadzenia ^{99m}Tc – w uzasadnionych przypadkach, w przypadku badań kontrolnych nie mniej niż jedno badanie w roku); <p>2. leczenie radioizotopowe z podaniem strontu lub samaru</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) scyntygrafia kości, 2) morfologia krwi z rozmazem, 3) zdj rtg kości (w wybranych przypadkach), 4) badanie NMR (w wybranych przypadkach), 5) stężenie odpowiednich markerów nowotworowych (w wybranych przypadkach);
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	<p>Leczenie schorzeń tarczycy – ocena jodochwytności, objętości, stopnia nasilenia nadczynności, występowanie niedoczynności tarczycy</p> <p>Leczenie z zastosowaniem strontu/samaru – ocena, czy występują ogniska patologicznego gromadzenia w scyntygrafii kości (po podaniu ^{99m}Tc-MDP) – co wskazuje na gromadzenie radiofarmaceutyków</p>

		lecniczych, monitorowanie czynności szpiku kostnego, badanie NMR – celem wykluczenia nacieku nowotworowego w obrębie kanału kręgowego jako przyczyny bólów. Jest to przeciwwskazanie do leczenia radioizotopowego.
2.3	średni czas udzielania świadczenia	1-6 godzin w zależności od typu schorzenia i podawanego radioizotopu
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	1) pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków, 2) magazyn na odpady promieniotwórcze 3) program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania),
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 1968 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu promieniowania jonizującego (Dz. U. Nr 20, poz.122). Leczenie ma charakter ambulatoryjny. Oddział konieczny jest w leczeniu raków tarczycy z racji dawek ¹³¹ J przekraczających 1000 MBq.
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w poradni	lekarz specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej zatrudniony w pełnym wymiarze
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	medycyna nuklearna
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	brak danych

Opis świadczenia
POZYTONOWA TOMOGRAFIA EMISYJNA (PET)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000042 – pozytonowa tomografia emisyjna (PET)
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	
1.3	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	ok. 10 tys. rocznie
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>zakres patologii diagnozowanych metodą PET określa załącznik do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.):</p> <ul style="list-style-type: none"> - pojedynczy przerzut o nieznanym punkcie wyjścia w celu lokalizacji guza pierwotnego, przy braku potwierdzenia rozpoznania lokalizacji ogniska pierwotnego innymi dostępnymi badaniami, - pojedynczy guzek płuca w celu różnicowania pomiędzy guzem łagodnym i złośliwym przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami, - niedrobnokomórkowy rak płuca w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania, - ziarnica i chłoniaki niezziarnicze w celu wstępnej lub końcowej oceny skuteczności chemioterapii, wczesnego rozpoznania nawrotu, jeżeli TK nie daje jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania, - choroba wieńcowa w celu oceny zamrożonego mięśnia sercowego do precyzyjnego ustalenia wskazań/przeciwwskazań do rewaskularyzacji w przypadku braku jednoznacznych informacji z innych badań, - przed transplantacją serca, w celu wykluczenia nieodwracalnego uszkodzenia w wyniku procesu zapalnego w przypadku braku możliwości wykluczenia tego stanu w innych badaniach, - padaczka w celu lokalizacji ogniska pierwotnego w przypadku braku możliwości zlokalizowania ogniska w innych badaniach, - mięsaki tkanek miękkich w celu oceny skuteczności chemioterapii po dwóch kursach i wczesnego wykrycia nawrotu, - rak piersi w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania w przypadku leczenia oszczędzającego przed biopsją, jeżeli MR wykazuje pojedyncze ognisko, - rak jajnika w celu wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej odpowiedzi co do oceny stopnia zaawansowania i rozpoznania nawrotu, - rak tarczycy w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu poziomu tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu, - podejrzenie przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu, - planowanie radioterapii radykalnej o modulowanej intensywności wiązki w celu oceny rozkładu żywotnych komórek nowotworowych, hipoksji, proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają w przypadku braku możliwości dokonania takiej oceny w innych badaniach, - radiochirurgiczne leczenie raka płuca o wczesnym stopniu zaawansowania w celu wykluczenia istnienia innych ognisk nowotworowych, jeżeli inne badania nie pozwalają ich zlokalizować.
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	<p>92.093 tomografia pozytonowa PET Wykonywanie badań metodą pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), obejmujące funkcjonalne obrazowanie całego ciała, tułowia lub wybranego</p>

		narządu, po dożylnym podaniu radiofarmaceutyku znakowanego izotopem pozytonowym, najczęściej ¹⁸ F ¹⁸ FDG Świadczenie obejmuje: - kwalifikację do wykonania badania, - podanie i koszt radiofarmaceutyku - wykonanie badania z opisem, - archiwizację danych
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	Odpowiednia modyfikacja planowanego leczenia w oparciu o uzyskane wyniki w badaniu PET, zgodnie z obowiązującymi zasadami postępowania medycznego w określonej jednostce chorobowej (np. w badaniach onkologicznych dostosowanie postępowania leczniczego do określonego na podstawie badania PET stopnia zaawansowania choroby nowotworowej).
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	Określenie charakteru i stopnia zaawansowania schorzenia niezbędne do ustalenia dalszego sposobu leczenia
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	Właściwe wykonanie badania nie jest związane z występowaniem istotnych czynników ryzyka
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	<p>U każdego chorego przed badaniem należy oznaczyć stężenie glukozy we krwi. Przed kwalifikacją chorego do badania PET należy (w jednostce macierzystej) wykonać odpowiednie badania obrazowe (TK, MRI, scyntygraficzne, USG – odpowiednio do schorzenia). W wybranych przypadkach (wznowa guza mózgu, rak głowy i szyi) wynik badania PET powinien być zweryfikowany w badaniu biopsyjnym.</p> <p>Standardowe przygotowanie pacjenta do badania PET</p> <p>Personel medyczny powinien poinformować badanego o celu i przebiegu badania.</p> <p>Podanie radiofarmaceutyku powinno odbywać się w odpowiednim pokoju podań, w pozycji leżącej chorego.</p> <p>Po podaniu znacznika chory powinien pozostawać w pokoju podań w pozycji leżącej przez co najmniej 10 minut – celem ograniczenia gromadzenia się radiofarmaceutyku w mięśniach szkieletowych. W pokoju musi być zapewniona cisza i spokój.</p> <p>Po podaniu radiofarmaceutyku chory powinien być odpowiednio nawadniany – celem eliminacji krążącego we krwi znacznika.</p> <p>Przed podaniem radiofarmaceutyku należy oznaczyć stężenie glukozy we krwi - u chorych na cukrzycę badanie można wykonać po normalizacji stężenia glukozy we krwi do wartości poniżej 140mg%.</p> <p>Bezpośrednio przed badaniem chory powinien opróżnić pęcherz moczowy. W przypadku spodziewanych zmian chorobowych w obrębie miednicy mniejszej wskazane jest zastosowanie forsownej diurezy podając i.v. Furosemid bezpośrednio po podaniu radiofarmaceutyku lub też cewnikowanie pęcherza.</p> <p>U chorych, u których będzie przeprowadzane inne badanie niż badanie kardiologiczne chory nie powinien spożywać żadnych posiłków co najmniej 4 godziny przed badaniem.</p> <p>U chorych, u których będzie wykonywane badanie kardiologiczne należy przed podaniem radiofarmaceutyku podać choremu roztwór glukozy.</p>
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	<p>Dedykowana gamma-kamera do badania PET z systemem komputerowym umożliwiającą trójwymiarową rekonstrukcję obrazu, i możliwości odniesienia uzyskanego obrazu (głównie w przypadku guzów nowotworowych) do badania TK lub NMR, albo przez wizualne porównanie obu przekrojów albo przez komputerową fuzję obrazu. W przypadku małych ognisk nowotworowych, położonych w pobliżu narządów, które fizjologicznie gromadzą FDG lub przy narządach poruszających się (płuca) wymogiem jest możliwość zastosowania PET/TK;</p> <p>hybrydowy skaner PET-TK umożliwia jednocześnie wykonanie badania PET i TK (w celu wykonania odpowiedniej korekcji zjawiska pochłaniania) oraz nałożenie obu obrazów, co zwiększa wydolność diagnostyczną badania PET, szczególnie w onkologii, a jednocześnie skraca czas badania w porównaniu do klasycznego badania PET;</p>
2.3	średni czas udzielania świadczenia	Od chwili podania radiofarmaceutyku chory musi przebywać w odpowiednio przygotowanej poczekalni (w pozycji leżącej lub siedzącej) przez około 60-120

		minut – czas konieczny na gromadzenie się radiofarmaceutyku w ogniskach chorobowych. Następnie wykonuje się badanie, trwające 30-45 minut, w zależności od typu aparatu, podanej dawki, wagi chorego.
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	1) pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków, 2) program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania), 3) skaner PET lub PET-TK 4) stosowane radiofarmaceutyki: znaczniki znakowane radioizotopami pozytonowymi
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	zgodnie z: - rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 1968 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu promieniowania jonizującego (Dz. U. Nr 20, poz.122); - ustawą z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. Nr 161, poz. 1689, z późn. zm.)
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	lekarz specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej, nie mniej niż dwie pielęgniarki z przynajmniej rocznym doświadczeniem w pracy w pracowni medycyny nuklearnej.
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	Badania wykonuje lekarz specjalista z zakresu medycyny nuklearnej (lub lekarz specjalizujący się w zakresie medycyny nuklearnej pod nadzorem specjalisty)
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	medycyna nuklearna,
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	nie dotyczy
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	nie dotyczy
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	brak danych

Opis świadczenia

PROTEZY TWARZY

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000037 - zaopatrzenie w protezę nosa z protezą 5.10.00.0000038 - zaopatrzenie w protezę małżowiny usznej z protezą 5.10.00.0000039 - zaopatrzenie w ektoprotezę gałki ocznej, wargi i nos 5.10.00.0000040 - naprawa i renowacja protezy twarzy 5.10.00.0000042 - powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej 5.10.00.0000048 - zatyczka do protezy gałki ocznej
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	C00 nowotwory złośliwe wargi C05 nowotwór złośliwy podniebienia C07 nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej C11 nowotwór złośliwy części nosowej gardła (nasopharynx) C14 nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła C30 nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego C31 nowotwór złośliwy zatok przynosowych C43 czerniak złośliwy skóry C44 inne nowotwory złośliwe skóry C69 nowotwór złośliwy oka D03 czerniak in situ D04 rak in situ skóry S08 urazowa amputacja części głowy T20 oparzenia termiczne i chemiczne głowy i szyi T26 oparzenia termiczne i chemiczne ograniczone do oka i przydatków oka T81 powikłania po zabiegach niesklasyfikowane gdzie indziej T84 powikłania protez, wszczepów i przeszczepów ortopedycznych Q11 bezocze, małocze i wielkocze Q17 inne wrodzone wady rozwojowe ucha Q18 inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi Q30 wrodzone wady rozwojowe nosa Q37 rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi Q89 inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej stosowane jest u dzieci i młodzieży w wieku rozwojowym. W wyniku wzrostu i rozwoju dziecka konieczna jest wykonywanie coraz większych protez gałki ocznej co kilka miesięcy
1.3	świadczenia skojarzone	nie sumują się z innymi świadczeniami
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej - ok. 10 rocznie proteza nosa - ok. 10 rocznie proteza małżowiny usznej - ok. 5 rocznie ektoproteza gałki ocznej, wargi i nos - ok. 20 rocznie naprawa i renowacja protezy twarzy - ok. 10 rocznie
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	skierowanie lekarza onkologa lub lekarza innej specjalności w przypadkach urazu mechanicznego, chemicznego, termicznego i wadach wrodzonych, rozwojowych. konsultacja kierownika placówki wykonującej uzupełnienia protetyczne w obrębie twarzoczaszki.
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	23.3023 - wykonanie protezy lub epitezy dla uzupełnienia zewnątrzustrojowych defektów części miękkich lub dla uzupełnienia brakujących części twarzy o mniejszym zakresie 23.3124 - wykonanie protezy lub epitezy dla uzupełnienia zewnątrzustrojowych defektów części miękkich lub dla uzupełnienia brakujących części twarzy o większym zakresie 23.2903 - wycisk czynnościowy za pomocą łyżki indywidualnej 23.2701 - opracowanie na piśmie na zlecenie lub życzenie planu leczenia i kosztów zaopatrzenia protetycznego włącznie z oceną modeli
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	dalsze postępowanie uzależnione od postępu choroby podstawowej (ew. wznowy nowotworu, reoperacje i zmiany pola protetycznego związane z bliznowaceniem).

1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	znaczna poprawa jakości życia protezy twarzy uzupełniają brakujące tkanki twarde i miękkie zapewniają doskonały efekt kosmetyczny i poprawiają podstawowe funkcje fizjologiczne takie jak oddychanie, przełykanie, mówienie.
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	brak powikłań.
2.	Warunki wykonania świadczenia	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	- karta informacyjna ze szpitala obrazująca przebieg leczenia. - konsultacja kierownika placówki opieki zdrowotnej wykonującej uzupełnienia protetyczne w obrębie twarzoczaszki.
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	- rozpoznanie. - przebieg leczenia chirurgicznego, leczenia chemioterapią i promieniami jonizującymi.
2.3	średni czas udzielania świadczenia	1 miesiąc
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	1) gabinety lekarskie: a) fotel stomatologiczny, b) mikrosilnik protetyczny, c) reflektor stomatologiczny. 2) pracownia protetyczna: a) stoły protetyczne zaopatrzone w odciagi i oświetlenie bezcieniowe, b) mikrosilniki protetyczne, c) prasy hydrauliczne, d) polerki protetyczne, e) pomieszczenie polimeryzacyjne z wentylacją mechaniczną.
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	- przy wejściach do obiektu powinny być urządzone dojrzdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%; - budynek posiadający do dwóch kondygnacji powinien być wyposażony w dźwigi zgodnie z odrębnymi przepisami lub inne urządzenia techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich na wyższą kondygnację; - każde pomieszczenie powinno być wyposażone w wentylację zgodnie z wymaganiami prawa budowlanego; - wszystkie gabinety badań i pokoje zabiegowe powinny być wyposażone w umywalki; - wszystkie pomieszczenia powinny mieć zapewnioną co najmniej 1,5 krotną wymianę powietrza na godzinę; - zapewniona możliwość sterylizacji narzędzi i materiałów; - sprężarki i pompy zasilające unity stomatologiczne powinny być zlokalizowane w miejscu niezanieczyszczonym oraz w sposób niepowodujący hałasu; - powierzchnia pracowni musi mieć co najmniej 20,0 m ² .
2.6	Kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	- lekarz stomatolog, przynajmniej z lo specjalizacji w dziedzinie stomatologii ogólnej - technik dentystyczny
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	dwuletni staż w zakładzie opieki zdrowotnej wykonującym uzupełnienia protetyczne w obrębie twarzoczaszki i wykonanie przynajmniej 20 protez twarzy rocznie
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	protetyka stomatologiczna
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	nie dotyczy
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	- specyfikacja kosztów: a) proteza nosa - 4 100 zł b) proteza małżowiny usznej - 4 100 zł c) ektoproteza gałki ocznej, wargi i nos - 4 900 zł d) naprawa i renowacja protezy twarzy - 450 zł e) powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej – 500 zł - uzupełnienie ubytków anatomicznych tkanek twardych i miękkich zapewnia znaczną poprawę jakości życia, oraz umożliwia kontakty w społeczeństwie
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	bd

Opis świadczenia
BADANIA SCYNTYGRAFICZNE

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	<p>5.10.00.0000021 – scyntygrafia z zastosowaniem pochodnych somatostatyny</p> <p>5.10.00.0000022 – scyntygrafia z zastosowaniem MIBG lub pochodnych cholesterolu</p> <p>5.10.00.0000023 – scyntygrafia wentylacyjna płuc</p> <p>5.10.00.0000024 – scyntygrafia z zastosowaniem cytrynianu galu</p> <p>5.10.00.0000025 – scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów</p>
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<p>92.0 obrazowanie radioizotopowe i badanie czynności scyntygrafia receptorów somatostatyny (SRS) poza danymi dotyczącymi lokalizacji zmian, dostarcza informacji o charakterze czynnościowym zmian nowotworowych;</p> <p>scyntygrafia z zastosowaniem MIBG lub pochodnych cholesterolu pozwala na lokalizację zmian chorobowych w zakresie nadnerczy/ innych okolic ciała.</p> <p>scyntygrafia wentylacyjna płuc pozwala na ocenę drożności drzewa oskrzelowego. Do badań wentylacyjnych stosuje się rozpylony DTPA (kwas dietyleno-triamino-penta-octowy) znakowany technetem ^{99m}Tc lub odpowiednie inne radiofarmaceutyki. Badanie ma przede wszystkim charakter uzupełniający w stosunku do scyntyigrafii perfuzyjnej płuc w diagnostyce zatorowości płucnej (brak przepływu krwi w określonym obszarze płuca i prawidłowa scyntygrafia wentylacyjna wskazują z bardzo dużym prawdopodobieństwem na zatorowość płucną). Jest również stosowane w innych schorzeniach płuc.</p>
1.3	świadczenia skojarzone	TK/NMR, badania radioizotopowe po podaniu ^{99m} Tc- DTPA/ ^{99m} Tc- DMSA
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>scyntygrafia z zastosowaniem pochodnych somatostatyny ma zastosowanie przede wszystkim w diagnostyce guzów typu NET-GEP, a także raków płuc, nowotworów układu nerwowego i innych nowotworów, o których wiadomo, że wykazują zwiększoną ekspresję receptorów dla somatostatyny;</p> <p>scyntygrafię z zastosowaniem MIBG wykonuje się najczęściej w celu diagnostyki nadciśnienia tętniczego wywołanego guzem rdzenia nadnerczy a także w diagnostyce guzów typu neuroblastoma i innych wykazujących zdolność do gromadzenia MIBG.</p> <p>scyntygrafię z zastosowaniem pochodnych cholesterolu wykonuje się w celu diagnostyki zmian chorobowych kory nadnerczy (rak kory nadnerczy, gruczolak/przerost kory nadnerczy).</p> <p>wskazania do scyntyigrafii wentylacyjnej płuc:</p> <ul style="list-style-type: none"> – badanie uzupełniające w przypadku podejrzenia zatoru w krążeniu płucnym (badanie wykonuje się w przypadku niediagnostycznej scyntyigrafii perfuzyjnej płuc), – ocena regionalnej wentylacji płuc, – w chorobach prowadzących do zwężenia dróg oddechowych, – w śródmiąższowych chorobach płuc –ocena bariery pęcherzykowo-naczyniowej. <p>scyntygrafię z zastosowaniem cytrynianu galu wykonuje się w diagnostyce procesów nowotworowych i stanów zapalnych po wyczerpaniu innych metod diagnostycznych.</p> <p>scyntygrafię z zastosowaniem znakowanych leukocytów wykonuje się w diagnostyce procesów zapalnych po wyczerpaniu innych metod diagnostycznych.</p>
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	

1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	W przypadku stwierdzenia ognisk nieprawidłowego wychwytu radiofarmaceutyku może okazać się konieczne wykonanie celowanych innych badań obrazowych (TK/NMR, badania radioizotopowe po podaniu ^{99m} Tc- DTPA/ ^{99m} Tc- DMSA).
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	Scyntygrafia z zastosowaniem MIBG w wykrywaniu guza chromochłonnego wykazuje czułość w granicach 82-90%. W grupie pacjentów z wtórnymi guzami chromochłonnymi złośliwymi (po operacji) lub pozanadnerczowymi czułość scyntyigrafii wynosi około 83%, Scyntygrafia z zastosowaniem pochodnych cholesterolu w diagnostyce gruczolaków kory nadnerczy wykazuje czułość ponad 90%. Scyntygrafia po podaniu pochodnych somatostatyny dla większości guzów typu NET-GEP wykazuje czułość 80- 90%.
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	Brak powikłań. Badanie może być powtarzane wielokrotnie. Wykonywane jest u chorych w każdym wieku. Nie może być wykonywane u kobiet w ciąży i w okresie laktacji. Należy unikać wykonywania badania u kobiet w II połowie cyklu miesięcznego, u których zaistniała możliwość ciąży. Wzrost ryzyka zachorowania na raka wskutek poddania się badaniu radioizotopowemu (wg ICRP-60 (1990 r.) współczynnik ryzyka wynosi 0,005%/mSv)
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	nie ma bezwzględnej konieczności wykonywania wcześniej innych badań. Jeżeli wykonano badanie radiologiczne kośćca, zwłaszcza tomokomputerowe, jego opis bywa przydatny dla lekarza opisującego badanie scyntygraficzne.
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	
2.3	średni czas udzielania świadczenia	badanie trwa zwykle kilkadziesiąt minut, przez kilka kolejnych dni.
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	1) pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków, program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania),
2.5	warunki organizacyjne udzielenia świadczeń	zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 1968 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu promieniowania jonizującego (Dz. U. Nr 20, poz.122);
2.6	Kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej zatrudniony w pełnym wymiarze
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	medycyna nuklearna
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	brak danych
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	brak danych

Opis świadczenia
TERAPIA HIPERBARYCZNA

1.	Charakterystyka świadczenia			
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000005 - terapia hiperbaryczna		
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<p style="text-align: center;">wskazania ostre</p> <p>1) choroba dekompresyjna</p> <p>2) zatory gazowe</p> <p>3) zatrucie tlenkiem węgla, methemoglobinemia</p> <p>4) zgorzel gaz. (klostridialna i nieklostridialna), zespół Fourniera</p> <p>5) martwicze zakażenie tkanek miękkich (beztlenowe i mieszane)</p> <p>6) ostre niedokrwienie tkanek miękkich, uraz mięśniowo-szkieletowy, uraz wielonarządowy - zespoły kompartmentalne i następstwa urazów zmiążdżeniowych</p> <p>7) oparzenia termiczne (II stopień > 10% u dzieci i III stopień > 20% u dorosłych)</p> <p>8) nagła głuchota, głuchota po urazie akustycznym</p> <p style="text-align: center;">wskazania przewlekłe</p> <p>1) popromienne uszkodzenie tkanek i narządów</p> <p>2) trudno gojące się rany - zespół stopy cukrzycowej; - zakażenie, martwica kikuta po amputacji; - zapalenie skóry i tkanki podskórnej; - rozlane, złośliwe zapalenie ucha zewnętrznego; - owrzodzenia odleżynowe; - owrzodzenia troficzne kk. dolnych w przebiegu niewydolności żyłnej</p> <p>3) zapalenie, martwica kości</p> <p>4) przeszczepy skóry zagrożone martwicą, rekonstrukcja tkanek zagrożona martwicą</p> <p>5) zakażenie rany pourazowej</p> <p>6) zapalenie mostka, śródpiersia pooperacyjne, niestabilność mostka</p> <p>7) ropnie wewnętrzzaskokowe ropniak opłucnej ropień płuca ropień wątroby</p> <p>8) promienica</p>	<p style="text-align: center;">kod ICD - 10</p> <p>T 70.3</p> <p>T 79.0,T 80.0,O88.0</p> <p>T 58,D74</p> <p>A 48.0, A 48.8</p> <p>T79.3 L88,M72.5,T87.5 L08.8,T87.4,T79.3</p> <p>T79.6,T04,T92.6,T93.6</p> <p>T 31</p> <p>H91.2,H83.3</p> <p>L58,L59,N30.4,K62.7</p> <p>E11.5,E10.5,E11.6,E10.6 T87.4,T87.5</p> <p>L08.0,L08.8 H60.1,H60.2</p> <p>L89 I83.2</p> <p>M86,M87,M91,M92 Z94.5</p> <p>T87</p> <p>T 79.3</p> <p>M86,M96.8,J85.3</p> <p>G06 J86 J85 K75.0</p> <p>A42</p>	<p style="text-align: center;">maksymalna liczba ekspozycji</p> <p>tabela lecznicza + 10</p> <p>tabela lecznicza + 10</p> <p>5</p> <p>30</p> <p>30</p> <p>15</p> <p>30</p> <p>15</p> <p>60</p> <p>30</p> <p>60</p> <p>20</p> <p>30</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>20</p>
1.3	świadczenia skojarzone	nie dotyczy		

1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	bd.
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>przeciwwskazania do terapii hiperbarycznej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bezwzględne: <ul style="list-style-type: none"> - leczenie przy zastosowaniu adriamycyny, disulfiramu, cisplatyny, - nieodbarczona odma płucnowa; 2) względne: <ul style="list-style-type: none"> - zakażenia górnych dróg oddechowych, - ciąża, - padaczka, - rozedma płuc, - stany gorączkowe, - przebyte operacje ucha i klatki piersiowej, - rozszkana choroba nowotworowa
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	<ol style="list-style-type: none"> 1) kwalifikacja wstępna i ocena liczby ekspozycji u danego chorego; 2) wykonanie badań dodatkowych: <ol style="list-style-type: none"> a) poziom glukozy w surowicy krwi, b) poziom karboksyhemoglobiny we krwi, c) pomiar stężenia CO w powietrzu wydechowym, d) inne badania dodatkowe w zależności od wskazań (przed wejściem do komory); e) pomiar przezskórnej prężności tlenu (w trakcie przebywania w komorze); f) poziom glukozy w surowicy krwi, g) poziom karboksyhemoglobiny we krwi (po wyjściu z komory); 3) monitorowanie video każdej ekspozycji z możliwością rejestracji; 4) możliwość monitorowania w trakcie przebywania w komorze; 5) możliwość sztucznej wentylacji płuc w trakcie przebywania w komorze; 6) leczenie podwyższonym ciśnieniem z użyciem tlenu i sztucznych mieszanin oddechowych w komorze hiperbarycznej w ciśnieniu wyższym od 1,4 ata. 7) prowadzenie dokumentacji medycznej; 8) prowadzenie dokumentacji technicznej-warunków ekspozycji;
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<ul style="list-style-type: none"> - kontynuacja leczenia w sali intensywnego nadzoru w uzasadnionych przypadkach; - możliwość transportu chorego do innej jednostki lub do domu (dotyczy wyłącznie chorych hospitalizowanych w ośrodku hiperbarycznym)
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	bd
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1) poziom glukozy w surowicy krwi, 2) poziom karboksyhemoglobiny we krwi, 3) pomiar stężenia CO w powietrzu wydechowym, 4) pomiar przezskórnej prężności tlenu
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	
2.3	średni czas udzielania świadczenia	
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	komora hiperbaryczna typu "multiplace" z możliwością stosowania tlenu przez wbudowane układy oddychania (maska, hełm tlenowy, respirator) z ewakuacją gazów oddechowych na zewnątrz. Przy stosowaniu ciśnień wyższych od 2,8 ata konieczność stosowania sztucznych mieszanin oddechowych.
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	<p>ośrodek hiperbaryczny może stanowić oddział szpitalny lub działać jako samodzielna jednostka.</p> <p>Ośrodki, które leczą pacjentów szpitalnych lub pacjentów ze wskazań nagłych powinny mieć możliwość kontynuacji leczenia w warunkach sali intensywnego nadzoru lub w Oddziale Intensywnej Terapii.</p> <ul style="list-style-type: none"> - dostęp do sali zabiegowej. - dostęp do pracowni rtg.

		- dostęp do laboratorium analitycznego i bakteriologicznego. Ośrodek Terapii Hiperbarycznej powinien posiadać aktualny certyfikat jakości zgodny z ECHM.
2.6	kwalfikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	<p><u>Personel lekarski:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - kierownik Ośrodka Hiperbarycznego posiadający specjalizację w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii/ specjalista medycyny ratunkowej oraz kwalifikacje „Medycyny Nurkowej i Hiperbarycznej” oparte o zalecenia Europejskiej Komisji Medycyny Hiperbarycznej (ECHM). - lekarz posiadający specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii lub będący w trakcie jej wykonywania lub lekarz medycyny ratunkowej posiadający kwalifikacje Medycyny Nurkowej oraz ukończony kurs Medycyny Hiperbarycznej zgodnie z regulacjami ECHM. <p><u>Personel pielęgniarski:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - pielęgniarka posiadająca specjalizację pielęgniarki dyplomowanej oraz specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii lub co najmniej dwuletni staż pracy w anestezjologii/intensywnej terapii oraz minimum 160 godzin szkolenia w zakresie Medycyny Nurkowej i Hiperbarycznej oraz ukończony kurs Medycyny Nurkowej (40 godzin) i ukończony kurs Medycyny Hiperbarycznej (40 godzin) zgodnie z regulacjami ECHM oraz odbyte dwutygodniowe szkolenie (80 godzin) w ośrodku hiperbarycznym pracującym zgodnie ze standardami ECHM
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	j.w.
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	zalecenia Europejskiej Komisji Medycyny Hiperbarycznej (ECHM)

Opis świadczenia

BADANIE ANTYGENÓW ZGODNOŚCI TKANKOWEJ PRZY TYPOWANIU DAWCÓW SZPIKU

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000016 - badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<p>Procedura poszukiwania dawcy spokrewnionego polega na badaniu antygenów zgodności tkankowej klasy I i II chorego, jego rodzeństwo i rodziców. W przypadku poszczególnych chorych trzeba przebadać różną liczbę osób zależną od liczebności rodziny. Każdy brat lub siostra daje 25% szansy na zgodność z chorym.</p> <p>Metoda diagnostyczna pozwalająca na wyjaśnienie, do której procedury wysokospecjalistycznej, finansowanej przez Ministra Zdrowia, kwalifikuje się chory z rozpoznaniem potencjalnie śmiertelnie choroby. Świadczenie nie obejmuje żadnych czynności przewidzianych dla procedur związanych z udzielaniem świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych odrębnie. Po rozpoznaniu potencjalnie śmiertelnie choroby, będącej wskazaniem do leczenia za pomocą przeszczepienia szpiku, dalsze postępowanie zależy od tego czy chory ma rodzinnego dawcę szpiku. Musi to być określone równoległe z rozpoczęciem leczenia przedtransplacyjnego, gdyż w razie jego niepowodzenia, chory może wymagać natychmiastowego przeszczepu. Jeżeli chory nie ma dawcy rodzinnego, to na rozpoczęcie poszukiwania dawcy niespokrewnionego, które może trwać nawet kilka miesięcy, w ramach procedury finansowanej przez Ministra Zdrowia, może już być za późno. Jedynie 20-25% chorych w Polsce ma dawcę rodzinnego.</p>
1.3	świadczenia skojarzone	
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	ok. 2 tys. osób
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	potencjalnie śmiertelna choroba wymagająca przeszczepu szpiku.
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<ul style="list-style-type: none"> – przeszczepienie autologicznego szpiku lub – przeszczepienie allogenicznego szpiku od rodzeństwa identycznego w HLA (jeżeli jest dawca rodzinny) lub rozpoczęcie poszukiwania dawcy niespokrewnionego i wykonanie – przeszczepienia allogenicznego szpiku od dawcy alternatywnego
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	potwierdzenie istnienia dawcy lub sytuacji, że go nie ma
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	nie ma
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	świadczenie jest badaniem diagnostycznym
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	określenie antygenów zgodności tkankowej klasy I i II, co najmniej metodami o niskiej rozdzielczości; zalecane badanie metodami genetycznymi.
2.3	średni czas udzielania świadczenia	2 dni
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	<ul style="list-style-type: none"> – mikroskop, – termocykler, – wirówki preparacyjne, – pipety automatyczne
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w	– kierownik – diagnosta laboratoryjny, ze stażem nie krótszym niż 3 lata

	pracowni	<p>w badaniu antygenów zgodności tkankowej,</p> <ul style="list-style-type: none"> – diagnosta – laboratoryjny, ze stażem nie krótszym niż rok w badaniu antygenów zgodności tkankowej,
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> – hematologia, – transplantologia, – transfuzjologia, – diagnostyka laboratoryjna, – immunologia
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	Zgodnie z art. 17 ustawy z 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. Nr 100, póź. 1083 z późn. zm.) laboratorium jest zakładem opieki zdrowotnej. Laboratorium może być także jednostką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej, jednostki badawczo-rozwojowej albo wyższej uczelni medycznej. Laboratorium, musi uzyskać wpis do rejestru wojewody oraz wpis do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych. Laboratorium diagnostyczne musi uczestniczyć w zewnętrznym sprawdzianie jakości.
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	<p>jedno poszukiwanie dotyczy przynajmniej kilku osób: 250-500 zł/ osobę.</p> <p>Badanie może być powtórzone u tej samej osoby, jeśli istnieją wątpliwości co do wyniku (przypadek antygenów krzyżowo reagujących). Jeżeli badanie wstępne było wykonane metodami niskiej rozdzielczości, to przed ostateczną kwalifikacją do zabiegu według procedury przeszczepienie allogenicznego szpiku od rodzeństwa identycznego w HLA, konieczne jest ponowne zbadanie chorego i dawcy metodami o wysokiej rozdzielczości. Przed kwalifikacją do poszukiwania dawcy niespokrewnionego niezbędne jest badanie chorego metodami o wysokiej rozdzielczości,</p>
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	

Opis świadczenia

ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000010 – endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty piersiowej i/ lub brzusznej
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	
1.3	świadczenia skojarzone	
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>1. Zasady kwalifikacji chorych z tętniakami aorty brzusznej do leczenia endowaskularnego – wszczęcia stentgraftu aortalno-biodrowego (kwalifikacja w zespole: chirurg naczyniowy, radiolog, anestezjolog)</p> <ul style="list-style-type: none"> • kwalifikacja ogólnomedyczna - choroby serca i niewydolność krążenia - niewydolność oddechowa - zaburzenia neurologiczne, udar mózgu - otyłość, podeszły wiek >70 lat, zły stan ogólny zdrowia - przebyte liczne operacje brzuszne • kwalifikacja wg warunków anatomicznych - szyja tętniaka czyli odcinek niezmienionej aorty brzusznej pod tętnicami nerkowymi o średnicy nie przekraczającej 30 mm i długości co najmniej 15 mm bez zagięcia kąтового (>90°) i skrzepliny przyściennej. - worek tętniaka – średnica tętniaka > 50 mm z wyjątkiem tętniaków objawowych; duże rozmiary worka tętniaka i obecność skrzepliny przyściennej nie odgrywają istotnej roli przy planowaniu zabiegu śródnaczyniowego. - tętnice biodrowe – drożne (co najmniej po jednej stronie) o średnicy umożliwiającej dostęp dla wprowadzenia stentgraftu. • przeciwwskazania - poszerzenie aorty brzusznej powyżej 30mm w odcinku podnerkowym (w szyi tętniaka) - szyja tętniaka krótsza niż 10 mm - obustronna niedrożność tętnic biodrowych (brak dostępu) - wiek poniżej 60 lat (z wyjątkiem chorych, u których istnieją ewidentne przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego) <p>2. Zasady kwalifikacji chorych z tętniakami aorty piersiowej do leczenia endowaskularnego – wszczęcia stentgraftu piersiowego (kwalifikacja w zespole: chirurg naczyniowy, radiolog, anestezjolog)</p> <ul style="list-style-type: none"> • kwalifikacja ogólnomedyczna <p>Zabiegi śródnaczyniowe są metodą z wyboru leczenia tętniaków aorty piersiowej. Do leczenia kwalifikuje się chorych ze wskazań życiowych.</p> <ul style="list-style-type: none"> • kwalifikacja wg warunków anatomicznych - szyja tętniaka czyli odcinek niezmienionej aorty piersiowej poniżej lewej tętnicy podobojczykowej o średnicy nie przekraczającej 40 mm i długości co najmniej 15 mm bez krytycznego zagięcia kąтового (>90°) i skrzepliny przyściennej. - worek tętniaka – jego wielkość i obecność skrzepliny przyściennej nie odgrywa istotnej roli przy planowaniu zabiegu śródnaczyniowego - tętnice biodrowe - drożne (co najmniej po jednej stronie), o średnicy umożliwiającej dostęp dla wprowadzenia stentgraftu. • przeciwwskazania - poszerzenie aorty piersiowej w obrębie szyi tętniaka powyżej 40 mm - szyja tętniaka krótsza niż 10 mm, - obustronna niedrożność tętnic biodrowych (brak dostępu)

1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	<p>Ocena przed zabiegiem</p> <ul style="list-style-type: none"> - tomografia komputerowa - arteriografia kalibrowania <p>Ocena po zabiegu</p> <ul style="list-style-type: none"> - ultrasonografia dopplerowska po 1, 3, 6, 12 miesiącach, następnie raz do roku - tomografia komputerowa po 6 lub 12 miesiącach
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	
2.3	średni czas udzielania świadczenia	
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	<ul style="list-style-type: none"> - sala zabiegowa wyposażona w cyfrowy aparat angiograficzny (typu DSA ze wzmacniaczem o średnicy 40cm, matrycą 10242 i z możliwością opcji road-map i pomiarową, przynajmniej jedna płaszczyzna z możliwością uzyskiwania projekcji skośnych (prawa/ lewa, kranial/ kaudal), fluoroskopia pulsacyjna o wysokiej rozdzielczości przestrzennej i czasowej, wysoka precyzja lokalizacji stołu, chorego i pozycjonera; pakiet analizy naczyniowej) - strzykawka ciśnieniowa do podawania środka cieniującego. - szeroki asortyment drobnego sprzętu angiograficznego jak przewodniki cewniki, przewodniki, balony do angioplastyki, stenty itp.; - rejestracja obrazu: kamera multiformatowa lub archiwizacja cyfrowa (DICOM); - wielofunkcyjny rejestrator funkcji życiowych: EKG, pulsoksymetr, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar ciśnienia tętniczego metodą bezpośrednią (krwawą) - defibrylator, zestaw reanimacyjny
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	zabezpieczenie w postaci możliwości wykonania operacji otwartej
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	<ol style="list-style-type: none"> 1) specjalista w radiologii i diagnostyce obrazowej, 2) specjalista w chirurgii naczyniowej z doświadczeniem w zakresie przezskórnych zabiegów naczyniowych, <ul style="list-style-type: none"> - z uprawnieniami do zabiegów naczyniowych 3) specjalista w anestezjologii i intensywnej terapii
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	przynajmniej 30 zabiegów endowaskularnych rocznie wykonywanych samodzielnie
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	chirurgia naczyniowa radiologia i diagnostyka obrazowa
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	bd
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	bd

Opis świadczenia

ŻYWIENIE DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	Żywienie dojelitowe w warunkach domowych
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<p>Leczenie żywieniowe (żywienie kliniczne): Postępowanie lekarskie obejmujące ocenę stanu odżywienia, ocenę zapotrzebowania na substancje odżywcze, zlecenie i podawanie odpowiednich dawek energii, białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody w postaci zwykłych produktów odżywczych, płynnych diet doustnych lub sztucznego odżywiania, monitorowanie stanu klinicznego i zapewnienie optymalnego wykorzystania wybranej drogi karmienia.</p> <p>żywienie dojelitowe w warunkach domowych podawanie białka lub źródeł białka tłuszczów, węglowodanów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody, przy użyciu diet innych niż naturalne w sposób inny niż doustnie (przetoka odżywcza zgłębnik wprowadzony do żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego), wykonywane w domu chorego wraz z kompleksową opieką nad chorym wynikającą z choroby podstawowej i prowadzonego leczenia, obejmującą:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przygotowanie chorego do leczenia w warunkach domowych - zapewnienie ciągłego kontaktu z chorym - program badań kontrolnych - program wizyt kontrolnych (średnio raz co 2 miesiące). W czasie wizyty poza badaniem lekarskim, poradą, wypisaniem recept, pobraniem krwi na badania, ocenia się stan odżywienia i wypełnia się kartę kontrolną przebiegu leczenia - dostarczanie preparatów, sprzętu i niezbędnych środków opatrunkowych do domu chorego - hospitalizację w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego <p>średnio raz w miesiącu chorzy zgłaszają się w celu udrożnienia zgłębnika lub poprawy mocowania zgłębnika/ przetoki, kontroli położenia rtg (co pół roku).</p>
1.3	świadczenia skojarzone	<p>Inne świadczenia w czasie wykonywania których wystąpią wskazania do żywienia dojelitowego</p> <ul style="list-style-type: none"> - założenie zgłębnika do żywienia dojelitowego - założenie pod ekranem rtg zgłębnika do dwunastnicy lub jelita cienkiego do żywienia dojelitowego - przeszskórna endoskopowa jejunostomia (PEJ) - chirurgiczna gastrostomia lub jejunostomia odżywcza oraz mikroprzetoka odżywcza* wykonywane jako jedyny zabieg - laparoskopowa gastrostomia/ jejunostomia odżywcza - przeszskórna gastrostomia wykonywana pod kontrolą rtg - gastrostomia lub jejunostomia niskoprofilowa
1.4	częstość występowania procedury	Okolo 10 osób na milion mieszkańców (docelowo 100)
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Żywienie dojelitowe w warunkach domowych jest wskazane u chorych nie wymagających hospitalizacji, a u których niemożliwe jest wystarczające karmienie drogą naturalną, możliwe jest natomiast odżywianie drogą przewodu pokarmowego pod warunkiem uzyskania dostępu do jego sprawnie działających odcinków i zastosowania odpowiedniej diety przemysłowej (najczęściej zaburzenia połykania, niedrożność lub przetoka w górnym odcinku przewodu pokarmowego, wyniszczenie)</p> <p>Rozpoczęcie i prowadzenie leczenia żywieniowego w warunkach domowych wymaga :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stwierdzenia, że chorego nie można skutecznie odżywiać doustnie - poziomu intelektualnego chorego lub opiekuna umożliwiającego przeszkolenie w zakresie zasad leczenia - przeszkolenia chorego lub opiekuna w zakresie zasad leczenia - dobrania odpowiedniego programu leczenia zapewniającego stabilny stan metaboliczny chorego - przewodu pokarmowego sprawnego na tyle, że możliwe jest podanie co najmniej 1000 kcal drogą przewodu pokarmowego
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	<p>99.9 – inne procedury 1. wlew mieszaniny odżywczej 2. monitorowanie kliniczne i metaboliczne 3.opieka nad zgłębnikiem lub przetoką odżywczą</p>
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<ul style="list-style-type: none"> - zabiegowe (np. leczenie operacyjne przetoki przewodu pokarmowego, odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego, wytworzenie przetoki odżywczej do żywienia dojelitowego); - wymiana, naprawa dostępu; - przejście na żywienie doustne - domowe leczenie żywieniowe;

		- zakończenie żywienia dojelitowego
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	- utrzymanie stanu odżywienia; - poprawa stanu odżywienia; - umożliwienia stosowania innych metod leczenia - aktywne uczestniczenie w społeczności (powrót do pracy, nauka, samodzielność) - wyleczenie
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	- zaburzenia metaboliczne elektrolitowe - biegunka - wzdęcie - wymioty - odbijania - powikłania związane z dostępem do przewodu pokarmowego
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	- gazometria żylna, jonogram, glikemia, stężenie triglicerydów cholesterolu, mocznika i kreatyniny w surowicy, białko i albuminy, bilirubina, AspAT, AIAT, GGTP, AP, Morfologia, CRP, układ krzepnięcia – co 1 – 3 miesiące - USG jamy brzusznej -w razie potrzeby - Badanie kontrastowe przewodu pokarmowego – w razie potrzeby - diagnostyka mikrobiologiczna – zależnie od potrzeb - badania kontrastowe naczyń – zależnie od potrzeb
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	- wyrównany stan metaboliczny ustroju i prawidłowa funkcja narządów
2.3	średni czas udzielania świadczenia	do czasu ustania przyczyny rozpoczęcia żywienia dojelitowego
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	Dostępne w miejscu udzielania świadczenia: <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorium diagnostyczne czynne całą dobę • Laboratorium mikrobiologiczne • Zakład radiologii czynny całą dobę • Waga lekarska • Blok operacyjny czynny całą dobę Rozpoczęcie i prowadzenie leczenia żywieniowego w warunkach domowych wymaga ponadto: <ul style="list-style-type: none"> - zapewnienia dostaw preparatów, sprzętu i niezbędnych środków opatrunkowych do domu chorego - zapewnienia ciągłego kontaktu z zespołem leczącym - zapewnienia odpowiedniego programu badań kontrolnych - zapewnienia hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	- apteka szpitalna - przychodnia dla chorych żywionych dojelitowo w warunkach domowych - ciągły kontakt telefoniczny z zespołem leczącym
2.6	kwalifikacje specjalistów wykonujących zawód w pracowni	Lekarz medycyny, pielęgniarka dyplomowana, mgr farmacji
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	2.letnie doświadczenie lub certyfikat kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych (lekarz, pielęgniarka, farmaceuta), docelowo umiejętność leczenia żywieniowe (lekarz).
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Chirurgia, pediatria, gastroenterologia, anestezjologia, interna, neurologia, onkologia, medycyna paliatywna
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	Tak jak w punkcie 2.7 oraz udokumentowane <ul style="list-style-type: none"> - program szkolenia chorego lub opiekuna w zakresie zasad leczenia - zapewnienie dostaw preparatów, sprzętu i niezbędnych środków opatrunkowych do domu chorego - zapewnienie ciągłego kontaktu z zespołem leczącym - zapewnienie odpowiedniego programu badań kontrolnych - zapewnienie hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
		Zależnie od założonego celu leczenia: <ul style="list-style-type: none"> - uzyskanie autonomii pokarmowej - poprawa/ utrzymanie stanu odżywienia - wyleczenie choroby podstawowej, jej powikłań lub powikłań leczenia Całkowity koszt utrzymania przy życiu chorego wymagającego żywienia dojelitowego jest w warunkach domowych o 70 - 80 % tańszy niż w szpitalu
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego PTŻPiD – PZWL 2005

Opis świadczenia

ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.10.00.0000049 - żywienie pozajelitowe w warunkach domowych
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<p>Program realizowany w środowisku domowym pacjenta przez zespół przeszkolony w zakresie żywienia pozajelitowego</p> <p>Leczenie żywieniowe (żywienie kliniczne): postępowanie lekarskie obejmujące ocenę stanu odżywienia, ocenę zapotrzebowania na substancje odżywcze, zlecenie i podawanie odpowiednich dawek energii, białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody w postaci zwykłych produktów odżywczych, płynnych diet doustnych lub sztucznego odżywiania, monitorowanie stanu klinicznego i zapewnienie optymalnego wykorzystania wybranej drogi karmienia.</p> <p>żywienie pozajelitowe w warunkach domowych - podawanie źródeł białka i energii oraz elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody drogą dożylną w domu chorego wraz z kompleksową opieką nad chorym wynikającą z choroby podstawowej i prowadzonego leczenia, obejmującą:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przygotowanie chorego do leczenia w warunkach domowych - zapewnienie ciągłego kontaktu z chorym - program badań kontrolnych - dostarczanie preparatów, sprzętu i niezbędnych środków opatrunkowych do domu chorego - hospitalizację w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego.
1.3	świadczenia skojarzone (jednoczesne finansowanie – sumowanie świadczeń)	<ul style="list-style-type: none"> - zakładanie portów do radykalnej chemioterapii lub kontaktu centralnego - wszczepienie permanentnego cewnika z mankietem do żywienia pozajelitowego - naprawa „in situ” permanentnego cewnika z mankietem do żywienia pozajelitowego - wszczepienie tunelizowanego cewnika do żywienia pozajelitowego - wszczepienie zwykłego cewnika do żywienia pozajelitowego - inne świadczenia w czasie wykonywania których wystąpią wskazania do żywienia pozajelitowego - przygotowanie chorego do leczenia w warunkach domowych (ogólne, metaboliczne oraz szkolenie w zakresie przedmiotu leczenia) - hospitalizacja w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego - profilaktyczne leczenie p-zakrzepowe
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	około 6 – 10 osób na milion mieszkańców
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Żywienie pozajelitowe w warunkach domowych jest wskazane u chorych, których nie można w wystarczającym zakresie odżywiać drogą przewodu pokarmowego a których ze względu na stan zdrowia można wypisać do domu (najczęstsze wskazania: zespół krótkiego jelita, zespół jejunostomii końcowej, choroba zrostowa i wielopoziomowa niedrożność przewodu pokarmowego, nie poddające się leczeniu operacyjnemu, przetoki przewodu pokarmowego w okresie oczekiwania na zabieg operacyjny, niedrożność rzekoma, zespoły złego wchłaniania, wady wrodzone przewodu pokarmowego, krańcowe wyniszczenie wymagające długotrwałego żywienia pozajelitowego, oporne na leczenie klasyczne przypadki nieswoistych chorób zapalnych jelit).</p> <p>Rozpoczęcie i prowadzenie leczenia żywieniowego w warunkach domowych wymaga :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stwierdzenia, że chorego nie można skutecznie odżywiać drogą przewodu pokarmowego; - ustalenie lub zmodyfikowanie leczenia choroby podstawowej i chorób towarzyszących; - wytworzenie permanentnego dostępu żylnego; - dobrania odpowiedniego programu leczenia zapewniającego stabilny

		<ul style="list-style-type: none"> - stan metaboliczny chorego; - poziomu intelektualnego chorego lub opiekuna umożliwiającego przeszkolenie w zakresie zasad leczenia; - przeszkolenia chorego lub opiekuna w zakresie zasad leczenia; - wypełnienie protokołu kwalifikacji pacjenta do żywienia pozajelitowego; - uzyskanie oświadczenia pacjenta/ opiekunów o świadomej zgodzie na prowadzenie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	<p>99.9 – inne procedury::</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wlew mieszaniny odżywczej, 2) monitorowanie kliniczne i metaboliczne, 3) opieka nad cewnikiem lub kaniulą. <p>Program żywienia pozajelitowego w warunkach domowych obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) opracowanie planu leczenia żywieniowego i planu opieki; 2) dostarczanie leków i sprzętu do żywienia pozajelitowego do domu chorego; 3) transport do wykonania badań kontrolnych i z powrotem; 4) koszty badań niezbędnych do monitorowania leczenia żywieniowego; 5) zapewnienie stałego kontaktu z zespołem leczącym; 6) zapewnienie niezwłocznej hospitalizacji (wraz kosztami transportu, o ile zachodzą wskazania do transportu, bez kosztów hospitalizacji) w przypadku: <ol style="list-style-type: none"> a) podejrzenia wystąpienia powikłań żywienia pozajelitowego, b) wystąpienia innej choroby wymagającej doraźnej hospitalizacji, uniemożliwiającej prowadzenie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych; 7) wizyty domowe lekarza/ pielęgniarki.
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<ul style="list-style-type: none"> - zabiegowe (np. leczenie operacyjne przetoki przewodu pokarmowego - odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego, wytworzenie przetoki odżywczej do żywienia dojelitowego; - wymiana, naprawa dostępu; - przejście na żywienie dojelitowe; - przejście na żywienie doustne; - zakończenie żywienia pozajelitowego.
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia	<ul style="list-style-type: none"> - utrzymanie stanu odżywienia; - poprawa stanu odżywienia; - umożliwienia stosowania innych metod leczenia - aktywne uczestniczenie w społeczności (powrót do pracy, nauka, samodzielność) - wyleczenie
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	<ul style="list-style-type: none"> - zakażenie dostępu żylnego (od 0,2 do 0,6 / rok leczenia) - zakrzepica żył obwodowych lub centralnych - zaburzenia metaboliczne elektrolitowe - zaburzenia wątrobowe - hipo- hiperglikemia - metaboliczna choroba kości - inne zaburzenia niedoborowe lub toksyczne)
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> - gazometria żylna, jonogram, glikemia, stężenie triglicerydów, cholesterolu, mocznika i kreatyniny w surowicy, białko i albuminy, bilirubina, AspAT, AIAT, GGTP, AP, morfologia krwi, CRP, układ krzepnięcia – co 1 – 3 miesiące - densytometria – raz w roku - USG jamy brzusznej - raz w roku - diagnostyka mikrobiologiczna – zależnie od potrzeb - badania kontrastowe naczyń – zależnie od potrzeb
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	<ul style="list-style-type: none"> - wyrównany stan metaboliczny ustroju i prawidłowa funkcja narządów
2.3	minimalny czas udzielania świadczenia	do czasu ustania przyczyny rozpoczęcia żywienia pozajelitowego
2.4	konieczne i niezbędne wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną dla udzielenia świadczenia	<p>Dostępne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - laboratorium diagnostyczne biochemiczne, czynne całą dobę; - laboratorium mikrobiologiczne z możliwością wykonywania szybkich posiewów krwi bakterii i grzybów, czynne całą dobę; - zakład radiologii czynny całą dobę;

		<ul style="list-style-type: none"> - pracownia tomografii komputerowej z możliwością uwidocznienia żył centralnych; - pracownia angiografii z możliwością badania układu żylnego w kolorowym Dopplerze; - pracowni densytometrycznej. <p>Dostęp do: bloku operacyjnego przez całą dobę; Rozpoczęcie i prowadzenie leczenia żywieniowego w warunkach domowych wymaga ponadto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zapewnienia dostaw preparatów, sprzętu i niezbędnych środków opatrunkowych do domu chorego, - zapewnienia ciągłego kontaktu z zespołem leczącym, - zapewnienia odpowiedniego programu badań kontrolnych, - zapewnienia hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych chorób wymagających leczenia szpitalnego.
2.5	konieczne i niezbędne warunki lokalowe dla udzielenia świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> - apteka szpitalna docelowo z pracownią żywienia pozajelitowego - poradnia dla chorych żywionych pozajelitowo w warunkach domowych - ciągły kontakt telefoniczny z zespołem leczącym
2.6	minimalne kwalifikacje pracowników fachowych udzielających świadczeń	lekarz medycyny, pielęgniarka dyplomowana, mgr farmacji
2.7	konieczne umiejętności i doświadczenie zawodowe pracowników fachowych udzielających świadczeń (certyfikaty)	doświadczenie lub certyfikat kursu z zakresu żywienia pozajelitowego w warunkach domowych (lekarz, pielęgniarka, farmaceuta)
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	chirurgia, pediatria, gastroenterologia, anestezjologia, interna
2.9	zastrzeżenia referencyjne dla świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	<p>jak w punkcie 2.7 oraz udokumentowane</p> <ul style="list-style-type: none"> - program szkolenia chorego lub opiekuna w zakresie zasad leczenia - zapewnienie dostaw preparatów, sprzętu i niezbędnych środków opatrunkowych do domu chorego - zapewnienie ciągłego kontaktu z zespołem leczącym - zapewnienie odpowiedniego programu badań kontrolnych - zapewnienie hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych chorób wymagających leczenia szpitalnego
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
3.1	specyfikacja kosztów świadczenia (zgodnie z załącznikiem)	<p>Finansowanie programu obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) koszty sprzętu, mieszanin żywieniowych i leków, w tym permanentnego cewnika lub portu; 2) koszty materiałów zużywalnych z dostawą do domu chorego; 3) koszty badań laboratoryjnych, niezbędnych do monitorowania leczenia żywieniowego; 4) koszty porad kontrolnych, ambulatoryjnych i domowych, w tym prowadzenie dokumentacji; 5) koszty transportu, w przypadku nadań diagnostycznych i skierowania do leczenia szpitalnego; 6) koszty kontroli i naprawy cewnika in situ; 7) koszty pracy innych pracowników medycznych, w związku z opieką nad chorym; 8) koszty całodobowego nadzoru leczenia domowego. <p>Finansowanie programu nie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kosztów kwalifikacji chorego do leczenia żywieniowego; 2) kosztów szkolenia chorego i opiekunów; 3) kosztów hospitalizacji, poprzedzającej rozpoczęcie leczenia żywieniowego w warunkach domowych; 4) kosztów hospitalizacji, związanych z leczeniem powikłań leczenia żywieniowego; 5) dodatkowych kosztów, wykraczających poza obowiązki związane z opieką i nadzorowaniem całodobowym leczeniem żywieniowego. <p>Korzyści medyczne zależnie są od założonego celu leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uzyskanie autonomii pokarmowej, - poprawa/ utrzymanie stanu odżywienia, - wyleczenie choroby podstawowej, jej powikłań lub powikłań leczenia <p>Całkowity koszt utrzymania przy życiu chorego wymagającego żywienia</p>

		pozajelitowego jest w warunkach domowych o 60 – 65 % tańszy niż w szpitalu
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego PTŻPiD – PZWL 2005 (obowiązujące)

Świadczenie zdrowotne w trybie jednodniowym – standardy i warunki realizacji

Postępowanie w trybie jednodniowym jest świadczeniem zdrowotnym realizowanym przez personel medyczny o kwalifikacjach i w liczbie niezbędnej do jego realizacji, którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta z rozpoznąną jednostką chorobową, określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego w trybie planowym w trakcie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej.

W przypadku konieczności wielokrotnych pobytów (w okresie 30 dni od dnia wypisu) uwarunkowanych wykonaniem tej samej procedury medycznej u tego samego pacjenta, lub kontynuacją wdrożonego postępowania diagnostyczno – terapeutycznego u tego samego pacjenta płatnik będzie traktował i finansował cykl procedur jako świadczenie jednorazowe (nie dotyczy światłolecznictwa).

Wzory dokumentacji medycznej dla świadczeń w trybie jednodniowym są zawarte w załącznikach 3a-1, 3a-2, 3a-3, 3a-4.

1. Standardy postępowania w trybie jednodniowym

1. Leczenie musi być zaplanowane wcześniej z ustaleniem terminu przyjęcia, skojarzonego z możliwościami wykonania konsultacji i badań.
2. Pacjent, a w przypadku dzieci opiekun prawny, jest poinformowany o proponowanym trybie wykonywanych badań diagnostycznych lub proponowanym procesie terapeutycznym.
3. Pacjent otrzymuje zrozumiałą informację w formie pisemnej dotyczącą pobytu w oddziale.
4. Warunki lokalowe, umeblowanie i wyposażenie zapewniają odpowiedni standard realizacji i zapewniają poczucie bezpieczeństwa dla pacjenta.
5. W przypadkach powikłanych, jednostka wykonująca świadczenie zdrowotne zapewnia możliwość przeniesienia chorego do właściwego oddziału szpitalnego w sytuacjach wymagających hospitalizacji, co potwierdzone jest stosownym porozumieniem między zakładami (w przypadku wyodrębnionych zakładów).

6. Cały proces diagnozowania i leczenia zapisany jest w odpowiedniej dokumentacji wypełnianej na bieżąco (dokumentacja prowadzona na nośnikach elektronicznych – system informatyczny).

2. Zakres świadczenia

Zakres świadczenia obejmuje:

1. przygotowanie i zakwalifikowanie pacjenta do wykonania świadczenia (w tym niezbędne konsultacje i badania diagnostyczne) z wyłączeniem badań potwierdzających wstępne rozpoznanie,
2. przyjęcie pacjenta i przeprowadzenie określonych procedur diagnostyczno – terapeutycznych, a w przypadkach tego wymagających także zastosowanie właściwego znieczulenia,
3. nadzór nad pacjentem (obserwacja) lub ewentualną hospitalizację pacjenta trwającą nie dłużej niż wymaga tego stan zdrowia pacjenta wraz z konieczną dodatkową diagnostyką,
4. wizyty kontrolne, wykonywane w ramach porad lekarskich, przeprowadzane w zakładzie lub w razie potrzeby w domu pacjenta w ciągu 7 dni od wypisu po przeprowadzeniu procesu diagnostyczno – terapeutycznego lub wykonaniu procedury zabiegowej, związanej z rozpoznaniem stanowiącym o jej wykonaniu. W przypadku wykonania procedur, których elementem jest potrzeba chirurgicznego zaopatrzenia ran, świadczenie obejmuje wszystkie wizyty kontrolne aż do usunięcia szwów.

3. Kwalifikacje personelu

1. Kierownik zakładu i jego zastępca – kwalifikacje zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim winny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. z dnia 31 maja 2000 r)
2. Personel pracujący w zakładzie musi posiadać kwalifikacje zawodowe (lekarz specjalista) oraz doświadczenie niezbędne do wykonywania określonych procedur medycznych
3. Dodatkowo, do wykonywania procedur określanych jako zabiegowe lub z zakresu diagnostyki inwazyjnej wymagane jest:

- lekarz specjalista w dziedzinie właściwej do rodzaju udzielanych świadczeń,
- lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
- pielęgniarki - co najmniej 10 % personelu pielęgniarskiego stanowią pielęgniarki anestezjologiczne (w przypadku realizacji świadczeń zabiegowych).

4. Warunki lokalowe

Oferent powinien spełniać wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 116 poz. 985)

5. Warunki techniczne dla zakładu

- Zakład musi być wyposażony w sprzęt znieczulający, monitorujący, diagnostyczny (w tym właściwy dla procedur diagnostyki inwazyjnej) i operacyjny (dla procedur zabiegowych) pozwalający, na bezpieczne dla pacjenta wykonanie oferowanych usług.
 - W przypadku wykonywania procedur zabiegowych jednostka organizacyjna musi posiadać:
 - a) Blok operacyjny i/lub salę operacyjną i/lub salę zabiegową wyposażoną co najmniej w aparat do znieczulenia z kardiomonitorem, pulsoksymetr, ssak mechaniczny i defibrylator,
 - b) salę wybudzeniowo – obserwacyjną wyposażoną w co najmniej kardiomonitor.
- z tym, że pkt. b) dotyczy również jednostek wykonujących procedury z zakresu diagnostyki inwazyjnej

pieczęć świadczeniodawcy

Oświadczenie pacjenta
ŚWIADOMA ZGODA NA OPERACJĘ W TRYBIE JEDNODNIOWYM

Nr Księgi Głównej..... /

Nazwisko i imię Data urodzenia

Rozpoznanie:

Proponowany zabieg operacyjny:

.....

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis lekarza operującego:

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne
- Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym/przewodowym w trybie jednodniowym
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji

Ewentualne uwagi pacjenta:

.....

...../...../.....

data

.....

podpis i pieczęć lekarza

.....

podpis pacjenta

.....
pieczęć świadczeniodawcy

**KARTA KWALIFIKACYJNA
DO ZABIEGU OPERACYJNEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM**

Nr identyfikacyjny w, dn.

Nazwisko i imię Data urodzenia

.....

Adres.....
.....

Telefon

WYWIAD:
.....
.....
.....

Masa ciała: Wzrost.....

BADANIE PRZEDMIOTOWE:
.....
.....
.....

STAN MIEJSCOWY:
.....
.....
.....

ROZPOZNANIE:

PLANOWANY ZABIEG:
.....

Aktualne szczepienia przeciw WZW B (przynajmniej 2 x)

Pacjent w klasie ASA:

I	II	III	IV	V
---	----	-----	----	---

Uwaga: Klasa I: Pacjent ogólnie zdrowy
Klasa II: Pacjent z łagodnym schorzeniem systemowym, które nie ma wpływu
na znieczulenie

Pacjent w klasie II wymaga dodatkowej konsultacji anestezjologa

KRYTERIA WYKLUCZAJĄCE Z OPERACJI W TRYBIE JEDNODNIOWYM

	TAK	NIE
• klasa ASA 3,4,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• choroby krwi, skazy krwotoczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• choroby metaboliczne (cukrzyca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aktywne zakażenie (szczeg. dróg oddechowych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• niezdiagnozowana lub nie skorygowana wada serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• drgawki w wywiadzie w ostatnich 6 miesiącach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• przewidywany czas operacji > 60 min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hipertermia złośliwa w wywiadzie rodzinnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zabiegi z otwarciem jam ciała *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zwiększone ryzyko krwawienia pooperacyjnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pacjent kwalifikuje się do zabiegu w trybie jednodniowym

Pacjent kwalifikuje się wyłącznie do operacji z hospitalizacją

Pacjent otrzymał prospekt informacyjny dotyczący operacji, znieczulenia oraz przygotowania do zabiegu i opieki pooperacyjnej.

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego do zabiegu

Ewentualne uwagi lekarza anestezjologa:

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

.....
data

.....
podpis lekarza anestezjologa

.....

pieczęć świadczeniodawcy

**HISTORIA CHOROBY
PACJENTA LECZONEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM**

Nr identyfikacyjny, dn.

Nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

.....

ROZPOZNANIE:KOD ICD X

.....
.....

RODZAJ ZABIEGU:

.....

.....KOD ICD-9.....

Masa ciała Wzrost..... Ciepłota

WYWIAD I BADANIE PRZEDMIOTOWE BEZPOŚREDNIO PRZED ZABIEGIEM

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

Zlecona premedykacja:

.....
.....

Premedykację podano o godz: podpis pielęgniarki

OPIS ZABIEGU

Oper. Asys. Anest.

.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU ZNIECZULENIA

.....

.....

.....

.....

.....

.....
 podpis anestezyjologa

Czas trwania zabiegu od godz. do godz. = minut

OBSERWACJE NA SALI WYBUDZEŃ

Godzina przyjęcia:

Ciśnienie tętnicze	Tętno	Oddech	Saturacja	Temperatura

OBSERWACJE I UWAGI

STAN PO PRZYJĘCIU	Godzina	X	INTERWENCJE	
Zatrzymanie krążenia			Resuscytacja	
Nieprzytomny				
Otwiera oczy na ból				
Otwiera oczy na głos			Płyny dożylne (rodzaj, objętość)	
Przytomny			Tlenoterapia (minimalna saturacja)	
Zaburzenia oddychania			Reintubacja (godzina)	
Duszność			Sterydy iv. (rodzaj, dawka)	
Stridor			Paracetamol	
Dreszcze			Metoclopramid	
Pobudzenie			Sedacja	
Wymioty			Opiaty (rodzaj, dawka)	
Ból w ranie			Naloxon	

Uwagi pielęgniarki sali wybudzeń:

.....

podpis pielęgniarki

OCENA PACJENTA PRZED WYPISEM

Godzina

Ciśnienie tętnicze	Tętno	Oddech	Saturacja	Temperatura

Odpowiedź NIE uniemożliwia wypis

TAK NIE

Pełny powrót świadomości

Powrót odruchów obronnych (przełykanie, kaszel)

Powrót czynności motorycznych i normalnych zachowań

Odpowiedź TAK uniemożliwia wypis

NIE TAK

Nieprawidłowe parametry (ciśn. krwi, tętno)

Powikłania w czasie zabiegu

Niespodziewane przedłużenie zabiegu

Krwawienie pooperacyjne

Zaburzenia oddychania

Stridor

Nudności lub wymioty

WNIOSKI Z OBSERWACJI POOPERACYJNEJ W SALI WYBUDZEŃ

Pacjent kwalifikuje się do wypisu do domu

Pacjent kwalifikuje się do hospitalizacji

Wypisany o godzinie

Podpis lekarza operującego

Podpis lekarza anestezjologa.....

.....
pieczęć świadczeniodawcy

KARTA INFORMACYJNA
LECZENIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM

Nr identyfikacyjny, dn.

Nazwisko i imię Data urodzenia

Adres

.....

Data przyjęcia

ROZPOZNANIE:KOD ICD 10

.....

ZASTOSOWANE POSTĘPOWANIE

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

.....KOD ICD9CM

.....

ZALECENIA

Leżenie przez

Płyny doustnie od godz.

Pokarmy od godz.

Leki:

.....

.....

.....

Proszę ograniczyć aktywność do czasu kontroli.

Unikanie wysiłku fizycznego przez

Przy myciu (kąpieli) opatrunek nie może być zamoczony.

Inne zalecenia

.....

.....

Proszę zgłosić się do.....

w dniu....., o godzinie na badanie kontrolne.

Podpis i pieczęć lekarza