

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część I

Dializoterapia wątrobowa

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.53.01.0001479 - Dializoterapia wątrobowa
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<p>K 72.0 Ostra i podostra niewydolność wątroby Metoda wybiórczego eliminowania toksyn, umożliwia podtrzymywanie i stabilizację funkcji wątroby. Eliminacja z krwi pacjenta egzotoksyn jak i endotoksyn powstających w przebiegu uszkodzenia narządowego (wątroby, nerek) zarówno fizycznie rozpuszczonych w osoczu jak i będących w połączeniu z białkami krwi (albuminami).</p> <p>K72.1 Przewlekła niewydolność wątroby</p>
1.3	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Do wykonania świadczenia kwalifikowani są pacjenci m.in. z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ostrą niewydolnością wątroby – zaostrzeniem przewlekłego uszkodzenia wątroby (głównie polekowego lub poalkoholowego)
1.4	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	50.921 dializa wątrobowa
1.5	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania – kryteria wyjścia)	<ul style="list-style-type: none"> – samoistna poprawa czynności wątroby także innych współwystępujących powikłań narządowych – stabilizacja stanu chorego oczekującego na transplantację wątroby – w praktyce klinicznej kontynuowane są zabiegi do czasu pozyskania dawcy wątroby lub utraty kwalifikacji pacjenta do przeszczepu wątroby lub możliwości przeprowadzania zabiegu (śmierć mózgu, wstrząs, czynne krwawienie, DIC)
2.	Warunki wykonania świadczenia	
2.1	warunki wykonania świadczenia	<p>Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz</p> <p>zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.</p>
2.2	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> – toksykologia – nefrologia – transplantologia – anestezjologia i intensywna terapia

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część II

Przeszczepienie nerki > 17 r.ż.

Przeszczepienie nerki < 18 r.ż.

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.51.01.0011094 - Przeszczepienie nerki > 17 r.ż. 5.51.01.0011096 - Przeszczepienie nerki < 18 r.ż.
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek
1.3	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	Kryteria kwalifikacji do przeszczepu nerki : – Pacjent przewlekłe dializowany lub przygotowywany do leczenia nerkozastępczego – z rozpoznaną schyłkową niewydolnością nerek (klirens kreatyniny poniżej 15 ml/min/1,75 m ² , a w cukrzycy < 20ml/min/1,75m ²) – zgłoszenie do Krajowej Listy Osób oczekujących na przeszczepienie, po wykluczeniu przeciwwskazań do zabiegu tj. zgodnie z zasadami kwalifikacji i zgłoszenia chorego do krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie nerki
1.4	świadczenia skojarzone	Leczenie immunosupresyjne
1.5	częstość występowania procedury	Średniorocznie w Polsce wykonuje się obecnie 500-1000 zabiegów przeszczepienia nerki.
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	55.691 Alloprzeszczep nerki
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<ul style="list-style-type: none"> - leczenie immunosupresyjne - stała opieka nefrologiczna - stała opieka transplantologiczna - leczenie powikłań - edukacja pacjenta
1.8	oczekiwane wyniki postępowania	<ul style="list-style-type: none"> - poprawa stanu klinicznego - poprawa jakości życia chorych i powrót do normalnej aktywności życiowej - wydłużenie czasu przeżycia pacjenta
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	<p>Odrzucenie przeszczepu przez biorcę.</p> <p>Zakażenia oportunistyczne (wirusowe, pierwotniakowe i grzybicze).</p> <p>Powikłania urologiczne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - przeciekanie moczu

		<ul style="list-style-type: none"> - przetoki moczowe - upośledzony odpływ moczu spowodowany zatkaniem, uciskiem, skręceniem lub zwężeniem moczowodu - odpływ pęcherzowo-moczowodowy - zakażenie dróg moczowych. Powikłania naczyniowe : <ul style="list-style-type: none"> - zakrzep żylny lub tętniczy - zwężenie zespołów naczyniowych.
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	warunki wykonania świadczenia	Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.
2.2	warunki finansowania świadczenia	Finansowanie świadczenia obejmuje w szczególności : <ol style="list-style-type: none"> 1) transport i przechowywanie nerki lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia 2) typowanie tkankowe 3) przygotowanie biorcy do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy 4) wykonanie zabiegu przeszczepienia nerki z zastosowaniem koniecznych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych 5) leczenie biorcy w okresie pooperacyjnym do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia 6) ocenę wyników 7) inne czynności niezbędne do organizacji i koordynacji wykonania świadczenia 8) raportowanie wyników przeszczepienia do Rejestru Przeszczepień. Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców oraz żywego dawcy.
2.3	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	transplantologia kliniczna
3	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	Zespół ekspertów w dziedzinie transplantologii klinicznej. Transplantologia kliniczna pod redakcją W. Rowińskiego, J. Wałaszewskiego, L. Paczka. PZWL, 2004

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część III

Przeszczepienie nerki i trzustki

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.51.01.0011097 - Przeszczepienie nerki i trzustki
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek E10.2 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi)
1.3	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Kryteria kwalifikacji do przeszczepu nerki :</p> <ul style="list-style-type: none"> – pacjent przewlekłe dializowany lub przygotowywany do leczenia nerkozastępczego – z rozpoznaną schyłkową niewydolnością nerek (klirens kreatyniny poniżej 15 ml/min/1,75 m², a w cukrzycy < 20ml/min/1,75m²) – zgłoszony do Krajowej Listy Osób oczekujących na przeszczepienie, po wykluczeniu przeciwwskazań do zabiegu tj. zgodnie z zasadami kwalifikacji i zgłoszenia chorego do krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie nerki. <p>Wskazaniem do równoczesnej transplantacji trzustki jest cukrzyca typu 1 powikłana schyłkową niewydolnością nerek na tle nefropatii cukrzycowej.</p>
1.4	świadczenia skojarzone	Leczenie immunosupresyjne.
1.5	częstość występowania procedury	W Polsce średniorocznie wykonuje się około 20 zabiegów przeszczepienia nerki i trzustki.
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	00.181 Terapia przeciwciałami monoklonalnymi 00.182 Terapia przeciwciałami poliklonalnymi 39.958 Ciągła perfuzja pulsacyjna nerki w hipotermii 52.82 Alloprzeszczep trzustki 55.691 Alloprzeszczep nerki 56.511 Wytworzenie wstawki (conduit) z jelita biodrowego 56.512 Zewnętrzne odprowadzenie moczu przez przetokę moczowodowo-jelitową 56.515 Wytworzenie przetoki metodą Brickera 56.516 Odprowadzenie moczu metodą Kocka 56.517 Wszczepienie moczowodu do jelita biodrowego z zewnętrznym odprowadzeniem moczu 56.711 Zespolenie moczowodu z jelitem 56.741 Przeszczepienie moczowodu z wytworzeniem płata pęcherzowego 56.891 Uzupełnienie moczowodu wszczepem 56.892 Zastąpienie moczowodu pętlą jelita biodrowego wszczepioną do pęcherza 57.871 Zespolenie pęcherza z izolowaną pętlą jelita biodrowego 57.872 Powiększenie pęcherza

		57.873 Zastąpienie pęcherza z użyciem jelita biodrowego lub esicy (zastępczy pęcherz jelitowy) 57.874 Rekonstrukcja pęcherza moczowego z wytworzeniem szczelnego zbiornika
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<ul style="list-style-type: none"> - leczenie immunosupresyjne - stała opieka nefrologiczna - stała opieka diabetologiczna - stała opieka transplantologiczna - leczenie powikłań - edukacja pacjenta
1.8	oczekiwane wyniki postępowania	<ul style="list-style-type: none"> - poprawa stanu klinicznego - poprawa jakości życia chorych i powrót do normalnej aktywności życiowej - wydłużenie czasu przeżycia pacjenta
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	<p>Odrzucenie przeszczepu przez biorcę.</p> <p>Zakażenia oportunistyczne (wirusowe, pierwotniakowe i grzybicze).</p> <p>Zapalenie trzustki, przetoka trzustkowa.</p> <p>Powikłania urologiczne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - przeciekanie moczu - przetoki moczowe - upośledzony odpływ moczu spowodowany zatkaniem, uciskiem, skręceniem lub zwężeniem moczowodu - odpływ pęcherzowo-moczowodowy - zakażenie dróg moczowych. <p>Powikłania naczyniowe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - zakrzep żylny lub tętniczy - zwężenie zespoleń naczyniowych.
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	warunki wykonania świadczenia	Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.
2.2	warunki finansowania świadczenia	<p>Finansowanie świadczenia obejmuje w szczególności :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) transport i przechowywanie nerki oraz trzustki lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia 2) typowanie tkankowe 3) przygotowanie biorcy do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy 4) wykonanie zabiegu przeszczepienia nerki i trzustki, z zastosowaniem koniecznych produktów leczniczych wyrobów medycznych i środków pomocniczych 5) leczenie biorcy w okresie pooperacyjnym do 30 dni od

		<p>daty wykonania przeszczepienia</p> <p>6) ocenę wyników</p> <p>7) inne czynności niezbędne do organizacji i koordynacji wykonania świadczenia</p> <p>8) raportowanie wyników przeszczepienia do Rejestru Przeszczepień.</p> <p>Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców oraz żywego dawcy.</p>
2.3	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	transplantologia kliniczna
3	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	Zespół ekspertów w dziedzinie transplantologii klinicznej. Transplantologia kliniczna pod redakcją W. Rowińskiego, J. Wałaszewskiego, L. Paczka. PZWL, 2004

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część IV

Przeszczepienie trzustki

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.51.01.0007030 - Przeszczepienie trzustki
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<p>E10.2 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi)</p> <p>E11.2 Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami nerkowymi)</p> <p>T86.8 Niepowodzenie i odrzut innych przeszczepionych narządów i tkanek</p> <p>G63.2 Polineuropatia cukrzycowa (E10-E14+ zwykle ze wspólnym czwartym znakiem kodu .4)</p> <p>H36.0 Retinopatia cukrzycowa (E10-E14+ z wspólną czwartą częścią. 3)</p> <p>I79.2 Angiopatia obwodowa w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej</p> <p>N08.3 Zaburzenia kłębuszków nerkowych w cukrzycy (E10-E14+ ze wspólnym czwartym znakiem .2)</p>
1.3	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Wskazaniem do równoczesnej transplantacji trzustki jest cukrzyca powikłana niewydolnością nerek na tle nefropatii cukrzycowej oraz innymi powikłaniami.</p> <p>Pacjent zgłoszony do Krajowej Listy Osób oczekujących na przeszczepienie</p>
1.4	świadczenia skojarzone	Leczenie immunosupresyjne.
1.5	częstość występowania	W Polsce wykonuje się zabiegi przeszczepienia trzustki

	procedury	jedynie sporadycznie.
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	52.82 Alloprzeszczep trzustki
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<ul style="list-style-type: none"> - leczenie immunosupresyjne - stała opieka diabetologiczna - stała opieka transplantologiczna - leczenie powikłań - edukacja pacjenta
1.8	oczekiwane wyniki postępowania	<ul style="list-style-type: none"> - poprawa stanu klinicznego - poprawa jakości życia chorych - wydłużenie czasu przeżycia pacjenta
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	<p>Odrzucenie przeszczepu przez biorcę</p> <p>Zakażenia oportunistyczne (wirusowe, pierwotniakowe i grzybicze).</p> <p>Zapalenie trzustki, przetoka trzustkowa.</p> <p>Powikłania naczyniowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zakrzep żylny lub tętniczy - zwężenie zespoleń naczyniowych.
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	warunki wykonania świadczenia	<p>Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz</p> <p>zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.</p>
2.2	warunki finansowania świadczenia	<p>Finansowania świadczenia obejmuje w szczególności :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) transport i przechowywanie trzustki lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia; 2) typowanie tkankowe; 3) przygotowanie biorcy do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy; 4) wykonanie zabiegu przeszczepienia trzustki z zastosowaniem koniecznych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych; 5) leczenie biorcy w okresie pooperacyjnym do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia; 6) ocenę wyników; 7) inne czynności niezbędne do organizacji i koordynacji wykonania świadczenia; 8) raportowanie wyników przeszczepienia do Rejestru Przeszczepień. <p>Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców oraz żywego dawcy.</p>

2.3	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	transplantologia kliniczna
3	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	Zespół ekspertów w dziedzinie transplantologii klinicznej. Transplantologia kliniczna pod redakcją W. Rowińskiego, J. Wałaszewskiego, L. Paczka. PZWL, 2004

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część V

Leczenia ciężkiej łuszczycy

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwy świadczeń	5.52.01.0001490 – Hospitalizacja związana z terapią biologiczną ciężkiej łuszczycy 5.53.01.0001430 - Lek lub wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	L40.0 Łuszczyca pospolita
1.3	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Kwalifikacja do udzielenia świadczenia może nastąpić gdy:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem przynajmniej dwóch różnych metod klasycznej terapii ogólnej (leczenie PUVA lub metotreksatem lub cyklosporyną lub retinoidami), brak poprawy po klasycznym leczeniu ogólnym może być stwierdzony dopiero w przypadku zastosowania maksymalnych dopuszczalnych dawek danego leku przez okres 3 miesięcy albo – występują przeciwwskazania do stosowania wyżej wymienionych metod terapii ogólnej, przeciwwskazanie do stosowania terapii ogólnej musi być oparte na charakterystyce danego produktu leczniczego lub aktualnej wiedzy medycznej <p>i jednocześnie uzyskano następujące oceny nasilenia procesu łuszczycowego :</p> <ul style="list-style-type: none"> – według skali PASI >10 – według skali BSA>10% – według skali DLQI>10 <p>Przeciwwskazaniami do świadczenia są :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nadwrażliwość na lek lub składniki preparatu 2) ciąża i okres karmienia piersią 3) równoczesne stosowanie innego leczenia

		<p>immunosupresyjnego (za wyjątkiem skojarzonego stosowania metotreksatu z infliksymabem)</p> <p>4) stwierdzenie :</p> <ul style="list-style-type: none"> – czynnej lub utajonej infekcji wirusowej, bakteryjnej, grzybiczej i pierwotniakowej, zwłaszcza zakażenia wirusami HIV, wirusowego zapalenia wątroby B i C oraz <i>Mycobacterium tuberculosis</i> – tocznia rumieniowatego układowego – choroby demielinizacyjnej – ciężkiej niewydolności układu krążenia (NYHA III i IV) – czynnej choroby nowotworowej lub choroby nowotworowej, której leczenie zakończone zostało w ciągu ostatnich 5 lat (z wyjątkiem raka podstawnkomórkowego skóry).
1.4	częstość występowania procedury	<p>Łuszczyca dotyczy około 1- 3 % populacji.</p> <p>Łuszczyca zwykła (plackowata, postaci umiarkowane i ciężkie) – częstość tych postaci w populacji (chorobowość) to ok. 1-1,5% (wszystkie postaci 1-3%); zapadalność – 1000-1500 przypadków rocznie.</p>
1.5	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9)	<p>00.181 Terapia przeciwciałami monoklonalnymi</p> <p>99.293 Wstrzyknięcie rekombinowanych białek</p>
1.6	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<p>Stała opieka dermatologiczna:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w pierwszym roku terapii kontrola raz w miesiącu, w późniejszym okresie kontrole powinny odbywać się nie rzadziej niż raz na trzy miesiące – kontrola powinna obejmować ocenę nasilenia procesu łuszczycowego według skali PASI oraz dokładne badanie pod kątem obecności ewentualnej infekcji, raz na trzy miesiące ocenę poziomu jakości życia – w ciągu pierwszych 6 miesięcy terapii wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych (CRP, morfologia, ocena funkcji wątroby, poziom kreatyniny oraz badanie ogólne moczu) raz w miesiącu – po 6 miesiącu terapii ww. badania powinny być wykonywane raz na 3 miesiące – raz w roku należy wykonać: zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej oraz próbę tuberkulinową (lub badanie Quantiferon TBGold) . <p>Edukacja pacjenta.</p>
1.7	oczekiwane wyniki postępowania	<ul style="list-style-type: none"> – oceny skuteczności stosowanego leczenia dokonuje się pomiędzy 12 a 16 tygodniem terapii w zależności od stosowanego leku – za zadowalającą poprawę kliniczną uznaje się: <ul style="list-style-type: none"> - zmniejszenie wartości PASI o 75% (PASI-75) w porównaniu do wartości przed rozpoczęciem terapii biologicznej lub - poprawę wskaźnika PASI mieszczącą się w przedziale 50% - 75%, jeżeli równocześnie obserwuje się poprawę jakości życia ocenioną za pomocą skali DLQI o minimum 5 punktów,

		<ul style="list-style-type: none"> – w przypadku nie uzyskania zadowalającej poprawy, leczenie należy przerwać – ustąpienie objawów klinicznych ciężkiej łuszczycy oraz poprawa jakości życia pacjenta i powrót do normalnej aktywności życiowej
1.8	ryzyko powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	<ul style="list-style-type: none"> - wzrost częstości infekcji - zwiększenie ryzyka zgonu u pacjentów z niewydolnością krążenia
2.	Warunki wykonania świadczenia	
2.1	warunki wykonania świadczenia	Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.
2.2	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> – dermatologia i wenerologia

3	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	<ol style="list-style-type: none"> 1) Szepietowski J, Adamski Z, Chodorowska G, Gliński W, Kaszuba A, Placek W, Rudnicka L, Reich A: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego dotyczące stosowania leków biologicznych w łuszczycy zwyczajnej i stawowej (łuszczycowym zapaleniu stawów). <i>Przegląd Dermatologiczny</i> 2010; 97: 1-13 2) Menter A, Chair A, Gottlieb A, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. <i>J Am Acad Dermatol</i>, 2008, 58/5, 826-850. 3) Furst DE, Keystone EC, Kirkham B, et al. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, Downloaded from ard.bmj.com on 5 January 2009 4) Smith CH, Anstey AV, Barker JNWN, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for biologic interventions for psoriasis 2009. <i>BJD</i>, 2009, 161, 987-1019. 5) Woolacott N, Bravo Vergel Y, Hawkins N, et al. Etanercept and infliximab for the treatment of psoriatic arthritis: a systematic review and economic evaluation. <i>Health Technology Assessment</i> 2006;10: 31; 1-258 6) Woolacott NF, Khadjesari ZC, Bruce IN, Riemsma RP. Etanercept and infliximab for the treatment of psoriatic arthritis: a systematic review. <i>Clin Exp Rheumatol</i>. 2006 Sep-Oct;24(5):587-93. 7) Work Group: Gottlieb A, Korman NJ, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 2. Psoriatic arthritis: Overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. <i>J Am Acad Dermatol</i> 2008;58:851-64 8) Reich K, Griffiths C, Barker J, et al. Recommendations for the Long-Term Treatment of Psoriasis with Infliximab: A Dermatology Expert Group Consensus. <i>Dermatology</i>, 2008, 217, 268–275 9) Gottlieb A, Menter A, Mendelsohn A, Shen YK, Li S, Guzzo C, Fretzin S, Kunyetz R, Kavanaugh A: Ustekinumab, a human interleukin 12/23 monoclonal antibody, for psoriatic arthritis: randomised, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. <i>Lancet</i> 2009; 373: 633-640 10) Gladman DD, Mease PJ, Ritchlin CT, Choy EHS, Sharp JT, Ory PA, Perdok RP, Sasso EH: Adalimumab for long-term treatment of psoriatic arthritis: Forty-eight week data from the adalimumab effectiveness in psoriatic arthritis trial. <i>Arthritis Rheum</i> 2007; 56: 476-488
---	---	--

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część VI

Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF.

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.51.01.0002002 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	H35.3 Zwyródnienie plamki i bieguna tylnego
1.3	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Kryteria kwalifikacji do udzielenia świadczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej; 2) wiek powyżej 50 roku życia; 3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego); 4) ostrość wzroku w leczonym oku 0,1-0,5 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych; 6) brak dominującego zaniku geograficznego; 7) brak dominującego wylewu krwi.
1.4	badania przy kwalifikacji do udzielenia świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa).
1.5	badania przeprowadzane przy kolejnym udzielaniu świadczenia oraz w trakcie monitorowania leczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) opcjonalnie - fotografia dna oka; 4) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia –angiografia indocyjaninowa). <p>Obowiązkowe jest wykonanie angiografii fluoresceinowej raz na 12 miesięcy (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – wykonanie angiografii indocyjaninowej).</p>

1.6	określenie czasu leczenia i kryteria wyłączenia	<p>Postępowanie terapeutyczne obejmuje minimum trzykrotne udzielenie świadczenia, trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Kryteria wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zapalenie wnętrza gałki; 2) odwarstwienie siatkówki; 3) okres ciąży lub karmienia piersią; 4) progresja choroby definiowana jako znaczne pogorszenie ostrości wzroku (spadek o więcej niż 3 linie na tablicy Snellena lub do wartości 0,02 to jest 1/50 określonej według tablic Snellena); 5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku, w tym wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancję czynną lub inne substancje pomocnicze.
1.7	określenie warunków dla możliwości kolejnego udzielania świadczenia i oczekiwane wyniki postępowania	Kolejne udzielanie świadczenia tylko wtedy, gdy po trzykrotnym jego udzieleniu, grubość siatkówki w OCT (optycznej koherentnej tomografii) zwiększy się o więcej niż 100 µm lub VA spada o więcej niż 1 linię na tablicy Snellena (5 liter na tablicy ETDRS).
2.	Warunki wykonania świadczenia	
2.1	warunki wykonania świadczenia	Zgodnie z właściwym załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.
2.2	uprawnienia do wykonania świadczenia	Świadczenie może być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki, posiadającego doświadczenie w wykonywaniu iniekcji do ciała szklistego. Iniekcja doszklistkowa preparatu musi być przeprowadzona w warunkach pełnej aseptyki w sali operacyjnej.

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część VII

Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	<p>5.51.01.0001048 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym</p> <p>5.51.01.0001051- Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym</p>

1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	G08 Zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył śródczaszkowych i w kanale kręgowym I60 Krwotok podpajęczynówkowy I61 Krwotok mózgowy I62 Inne nieurazowe krwotoki mózgowy I63 Zawał mózgu I64 Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy I67.0 Rozwarstwienie tętnic mózgowych, niepęknięte I67.7 Zapalenie tętnic mózgowych, niesklasyfikowanych gdzie indziej I 68.0 Skrobiawicza angiopatia mózgowa
1.3	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	Świadczenie udzielane jest pacjentom z rozpoznaniem świeżego udaru mózgu Kryteria rozpoznania udaru mózgu: 1) stwierdzenie nagłego wystąpienia ogniskowych objawów neurologicznych zwykle odpowiadających unaczynieniu OUN 2) wykluczenie innych przyczyn zespołu neurologicznego (m.in. poprzez badania neuroobrazowe)
1.4	świadczenia skojarzone	1) wczesna rehabilitacja; 2) konsultacje specjalistyczne; 3) wentylacja mechaniczna; 4) zapobieganie i leczenie odleżyn; 5) zapobieganie i leczenie innych powikłań pozamózgowych: a) zakażeń dróg oddechowych, b) zakażeń dróg moczowych, c) dysfagii, d) choroby zakrzepowo-zatorowej, e) nadciśnienia/niedociśnienia tętniczego, f) depresji 6) żywienie dojelitowe lub pozajelitowe ; 7) zabiegi neurochirurgiczne .
1.5	częstość występowania procedury	Współczynniki zapadalności na udar mózgu w Polsce wynoszą 177/100 000 dla mężczyzn i 125/100 000 dla kobiet.
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	96.71 wentylacja wspomagana przez rurkę intubacyjną 96.75 ciągła wentylacja przez tracheostomię 96.781 ciągła wentylacja mechaniczna trwająca mniej niż 96 godzin 89.540 monitorowanie podstawowych czynności życiowych 89.602 pulsoksymetria 87.031 TK głowy i/ lub szyi bez kontrastu 87.032 TK głowy i/ lub szyi z kontrastem 87.033 TK tętnic głowy i szyi

		88.91 rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu 88.977 angiografia MR 88.978 angiografia z kontrastem MR 88.41 arteriografia naczyń mózgowych 88. 721 Echokardiografia 88.714 USG naczyń szyi- doppler 88.716 USG przezczaszkowa- doppler 89.502 monitorowanie czynności serca przy użyciu urządzeń analogowych lub cyfrowych Holter EKG 89.501 monitorowanie ciśnienia tętniczego przy użyciu urządzeń analogowych lub cyfrowych Holter RR 99.102 podanie leku trombolitycznego drugiej generacji 99.103 podanie leku trombolitycznego trzeciej generacji 03.311 nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego 43.11 PEG przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej 93.86 terapia psychologiczna lub neurologopedyczna 94.08 testy/ocena psychologiczna
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	1) opieka neurologiczna; 2) profilaktyka powstawania powikłań; 3) leczenie powikłań; 4) rehabilitacja poudarowa (późna); 5) edukacja pacjenta; 6) profilaktyka wtórna udaru.
1.8	oczekiwane wyniki postępowania	- zmniejszenie ryzyka kolejnego udaru - poprawa stanu klinicznego - poprawa jakości życia chorych i powrót do normalnej aktywności życiowej
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	- zachłyśnięcia (u 50% pacjentów) - zakażenia dróg oddechowych (u 25% pacjentów w ciągu 2 miesięcy od udaru) - zakażenia dróg moczowych (u 40% pacjentów) - odleżyny - choroba zatorowo-zakrzepowa (<5% pacjentów) - wtórne ukrwotoczenie ogniska udarowego - krwawienia z przewodu pokarmowego - krwawienia z pęcherza moczowego - powstawanie krwiaków śródmięśniowych
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	warunki wykonania świadczenia	Wyodrębniony oddział udarowy -wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą część VIII kodu resortowego: 4222 Oddział udarowy. Spełnienie pozostałych wymagań określonych w właściwym załączniku rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego L.p. 2 w pozycjach: personel, organizacja udzielania świadczeń, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, zapewnienie realizacji badań oraz zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do

		obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.
2.2	warunki finansowania świadczenia	<p>Finansowanie świadczenia obejmuje:</p> <p>Leczenie pacjenta z rozpoznanym udarem w oddziale udarowym trwający co najmniej 7 dni.</p> <p>1) leczenie na sali intensywnego nadzoru- co najmniej 24h</p> <p>a) stałe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych - karta obserwacji zgodnie z rozporządzeniem,</p> <p>b) wykonywanie elektrokardiogramu oraz badań biochemicznych,</p> <p>c) rozpoczęcie wczesnej i przygotowanie planu dalszej rehabilitacji,</p> <p>d) profilaktykę i leczenie powikłań,</p> <p>e) wykonanie niezbędnych badań w celu potwierdzenia rozpoznania (w przypadku niewidocznienia świeżego ogniska w pierwszym TK/MR zalecane wykonanie jednego z następujących badań: MR, dyfuzja MR, perfuzja TK) lub dodatkowo angiografia naczyń mózgu/angioMR/ angioTK w przypadku udaru krwotocznego z podejrzeniem malformacji naczyniowej,</p> <p>f) w przypadku spełnienia kryteriów- podanie leku trombolitycznego i związanych z tym procedur (wykonanie kontrolnego TK, monitorowanie RR co 15 min w pierwszych 2h od rozpoczęcia wlewu, następnie co 1h przez 24 h, kontrola stanu neurologicznego).</p> <p>2) łóżko/sala wczesnej rehabilitacji neurologicznej (udarowej):</p> <p>a) realizacja planu rehabilitacji obejmujący minimum 1 godzinę rehabilitacji indywidualnej w ciągu doby,</p> <p>b) testy/ocena psychologiczna(opis w dokumentacji medycznej),</p> <p>c) terapia neurologopedyczna,</p> <p>d) prowadzenie diagnostyki w celu określenia przyczyny udaru (badania: USG tętnic szyjnych, USG przezczaszkowe, ECHO serca, Holter RR, Holter EKG, RTG klatki piersiowej i in.- w razie potrzeby),</p> <p>e) rozpoczęcie wtórnej profilaktyki udaru,</p> <p>f) profilaktykę i leczenie powikłań.</p> <p>Świadczenie nie obejmuje: Diagnostyki i leczenia pacjentów z objawami przemijającego napadu niedokrwinnego tj. ostrego epizodu ogniskowego zaburzenia czynności mózgu pochodzenia naczyniowego o czasie trwania poniżej 24h.</p>
2.3	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	neurologia
3	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	1) Zalecenia EUSI (European Stroke Initiative)- European Stroke Initiative Recommendations for Stroke- Management- Update 2003.Cerebrovasc.

		<p>Dis.2003, 16, 311-37</p> <p>2) Wytyczne Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu- Neurologia i Neurochirurgia Polska 2004</p>
--	--	---

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Część VIII

Całościowa ocena geriatryczna

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	5.53.01.0001499 - Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	Wielochorobowość typowa dla wieku starszego, współistnienie u jednego pacjenta przynajmniej 3 schorzeń z różnych układów.
1.3	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	Świadczenie udzielane jest pacjentom hospitalizowanym w oddziałach geriatrycznych spełniających następujące kryteria: 1) co najmniej 3 punkty w skali VES-13, 2) przynajmniej 3 współistniejące schorzenia z różnych układów organizmu
1.4	częstość występowania procedury	Świadczenie obejmie ok. 10.000 pacjentów rocznie
1.5	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 porada/konsultacja lekarska 94.08 testy/ocena psychologiczna
1.6	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	Dalsze leczenie przez prowadzącego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej według zaleceń zawartych w informacyjnej karcie wypisowej wydanej pacjentowi
1.7	oczekiwane wyniki postępowania	<ul style="list-style-type: none"> - zmniejszenie wskaźnika re-hospitalizacji, - redukcja polifarmakoterapii, - wczesne wykrywanie i leczenie problemów zdrowotnych umożliwiające wcześniejszą terapię i zapobieganie progresji niesprawności; - redukcja niepożądanego działania leków dzięki właściwemu doborowi leków w wieku starszym, - całościowe podejście do problemów zdrowotnych sprzyjające zwiększeniu satysfakcji i jakości życia, - wydłużenie przeżycia.
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	warunki wykonania świadczenia	Spełnienie warunków zawartych we właściwym załączniku cz.I L.p.19 obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu

		leczenia szpitalnego oraz zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.
2.2	warunki finansowania świadczenia	<p>Finansowanie świadczenia obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocenę skalą VES-13, 2) wywiad poszerzony o dane (również od opiekuna) na temat omdleń, upadków, wahań masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy, aktualnie zażywane leki, 3) badanie fizykalne poszerzone o elementy oceny neurologicznej, ocenę hipotonii ortostatycznej, orientacyjną ocenę widzenia i słuchu, 4) ocenę funkcji: <ul style="list-style-type: none"> - fizycznych (skala Barthel lub ADL i I-ADL), - chodu i równowagi (skala Tinetti; test wstań i idź), - emocjonalnych (15-punktowa Geriatryczna Skala Oceny Depresji), - poznawczych (przynajmniej jedna z krótkich skal przesiewowych), 5) wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych zawartych w karcie całościowej oceny geriatrycznej, 6) udokumentowanie w/w czynności poprzez wypełnienie karty całościowej oceny geriatrycznej włączonej do historii choroby 7) umieszczenie zaleceń co dalszego postępowania w informacyjnej karcie wypisowej <p>Świadczenie może być rozliczone u jednego pacjenta 1 raz w roku kalendarzowym</p>
2.3	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	geriatria
3	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce opublikowane w Gerontologii Polskiej 2005, 13, 2, 67-83