

FINANSOWANIE LECZENIA ŻYWIENIOWEGO PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

ZASADY FINANSOWANIA I ROZLICZANIA
ŚWIADCZEŃ ŻYWIENIOWYCH¹
LECZENIE SZPITALNE – PACJENCI DOROŚLI

1. Stan na dzień 10.04.2026



Żywnienie dojelitowe przez sztuczny dostęp oraz żywienie pozajelitowe to tzw. świadczenia medyczne gwarantowane. Wg ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oznacza to, że świadczenie opieki zdrowotnej finansowane jest w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie.

Świadczenia medyczne polegające na odżywianiu pacjenta pozajelitowo i dojelitowo przez sztuczny dostęp są finansowane w całości przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach różnych rodzajów świadczeń. Procedury te powinny być więc dostępne bezpłatnie dla wszystkich ubezpieczonych w NFZ pacjentów, jeśli ich stan kliniczny wymaga zastosowania leczenia żywieniowego.

Żywnienie pozajelitowe i dojelitowe przez sztuczny dostęp może być prowadzone i finansowane przez publicznego płatnika u pacjentów:

1. hospitalizowanych w szpitalu (wyłączając tzw. leczenie jednego dnia)
2. przebywających w domu (dom oznacza także dom pomocy społecznej oraz inne jednostki, w których chory przebywa na stałe, ale nie jest objęty świadczeniem stacjonarnym finansowanym przez NFZ)
3. objętych opieką stacjonarnych zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych
4. objętych opieką oddziałów paliatywnych oraz stacjonarnych hospicjów
5. objętych programem zdrowotnym wybudzania ze śpiączki
6. objętych opieką stacjonarnych oddziałów rehabilitacji oraz stacjonarnych zakładów rehabilitacji.

Konieczność zainicjowania i prowadzenia leczenia żywieniowego najczęściej występuje u pacjentów podczas leczenia w szpitalach. Część chorych po zakończeniu hospitalizacji wymaga dalszego żywienia dojelitowego i pozajelitowego, dlatego płatnik finansuje leczenie żywieniowe poza szpitalem jako element opieki stacjonarnej oraz domowej w różnych rodzajach świadczeń.



Leczenie żywieniowe w szpitalu

W szpitalach, które realizują umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, obowiązkowo oceniany jest stan odżywienia wszystkich przyjmowanych na leczenie pacjentów. Przesiewowa Ocena Stanu Odżywienia powinna być wykonana podczas przyjęcia pacjenta, na wszystkich oddziałach szpitalnych (oprócz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć).

Jeśli chory przebywa w szpitalu krócej niż trzy dni, przesiewowa ocena stanu odżywienia nie jest wykonywana na oddziałach okulistycznym, otolaryngologicznym, alergologicznym oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Dokument oceniający stan odżywienia to obowiązkowy element indywidualnej dokumentacji medycznej każdego pacjenta leczonego w szpitalu.

Do oceny stanu odżywienia pacjentów dorosłych używana jest skala **NRS 2002** lub **SGA**. Większość polskich szpitali używa skali NRS 2002. Obie skale są dostępne w szpitalnych systemach informatycznych niezależnie od dostawcy, dlatego powinny być wykonywane w wersji elektronicznej przez uprawnione osoby.

Ocenę Stanu Odżywienia może wykonać dietetyk lub alternatywnie pielęgniarka lub lekarz.

Ryc. 1. Skala NRS 2002

NRS 2002 - Wstępne badanie przesiewowe

	Pytanie	Tak	Nie
1	BMI <20,5		
2	utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 mies.		
3	zmniejszone przyjmowanie posiłków w ciągu ostatniego tygodnia		
4	czy pacjent jest ciężko chory? (np. przebywa na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM))		

Tak - w przypadku odpowiedzi twierdzącej na przynajmniej jedno pytanie, konieczne jest wykonanie kolejnego etapu badania przesiewowego przy użyciu drugiej części tabeli NRS 2002

Nie - jeżeli odpowiedź na wszystkie pytania brzmi "nie", badanie przesiewowe należy powtórzyć po tygodniu pobytu w szpitalu lub innej jednostce opieki zdrowotnej.

Nutritional Risk Screening 2002

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie ciężkości choroby (zwiększone zapotrzebowanie na składniki odżywcze)	
0 pkt	stan odżywienia prawidłowy	0 pkt	normalne zapotrzebowanie na składniki odżywcze
1 pkt	utrata mc. >5% w ciągu 3 mies. lub przyjmowanie pożywienia < 50-75% zapotrzebowania w ciągu ostatniego tygodnia	1 pkt lekkie	złamanie kości biodrowej choroby przewlekłe z ostrymi powikłaniami: marskość wątroby, POChP, przewlekła hemodializa, cukrzyca, choroby nowotworowe
2 pkt	utrata mc >5% w ciągu 2 mies. lub BMI 18,5-20,5 z towarzyszącym pogorszeniem stanu ogólnego lub przyjmowanie pożywienia w granicach 25-60% normalnego zapotrzebowania w ciągu ostatniego tyg.	2 pkt średnie	duże operacje brzuszne, udar mózgu, ciężkie zapalenie płuc, złożone choroby hematologiczne, chemioterapia,
3 pkt	utrata mc. >5% w ciągu 1 mies. (>15% w ciągu 3 mies.) lub BMI <18,5 z towarzyszącym pogorszeniem stanu ogólnego lub przyjmowanie pożywienia w granicach 0-25% normalnego zapotrzebowania w ciągu ostatniego tyg.	3 pkt ciężkie	uraz głowy, przeszczep szpiku, przeszczep narządu, pacjenci wymagający intensywnej terapii (stan oceny w skali APACHE na >10 pkt)
Razem	pkt	Razem	pkt

jeżeli chory ma >70 lat, dodaj 1 punkt do sumy punktów

Suma punktów	
	1. Wybierz jeden odpowiedni stopień nasilenia zaburzeń stanu odżywienia i ciężkości choroby 2. Sumuj punkty Wyniki: ≥ 3 – należy powiadomić lekarza leczącego, wdrożyć interwencję żywieniową < 3 – niedożywienie mało prawdopodobne, powtórz ocenę za 7 dni

DATA

PODPIS OSOBY WYKONUJACEJ OCENĘ
dietetyk
(alternatywnie pielęgniarka lub lekarz)
nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko,
numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis

Ryc. 2. Skala SGA

SUBIEKTYWNA SKALA OCENY STANU ODŻYWIENIA(SGA)		
I. Wywiad		
1.	Wiek (lata) płeć ☐ K ☐ M	wzrost (cm) masa ciała (kg)
2.	Zmiana masy ciała	utrata masy w ostatnich 6 miesiącach (kg)(%) zmiana masy ciała w ostatnich 2 tygodniach: ☐ zwiększenie ☐ bez zmian ☐ zmniejszenie
3.	Zmiany w przyjmowaniu pokarmów	☐ bez zmian ☐ zmiany: czas trwania (tygodnie) Rodzaj diety: ☐ zbliżona do optymalnej dieta oparta na pokarmach stałych ☐ dieta płynna kompletna ☐ dieta płynna hipokaloryczna ☐ głodzenie
4.	Objawy ze strony przewodu pokarmowego (utrzymujące się ponad 2 tygodnie)	☐ bez objawów ☐ Nudności ☐ Wymioty ☐ Biegunka ☐ Jadłowstręt
5.	Wydolność fizyczna	☐ bez zmian ☐ zmiany: czas trwania (tygodnie) rodzaj: ☐ praca w ograniczonym zakresie ☐ chodzi ☐ leży
6.	Choroba a zapotrzebowanie na składniki odżywcze:	wzrost zapotrzebowania metabolicznego wynikające z choroby ☐ brak ☐ mały ☐ średni ☐ duży
II. Badania fizykalne		
1.	należy określić stopień zaawansowania: 0 – bez zmian, 1 – lekki, 2 – średni, 3 – ciężki	☐ utrata podskórnej tkanki tłuszczowej nad mięśniem trójgłowym i na klatce piersiowej ☐ zanik mięśni (czworogłowy, naramienny) ☐ obrzęk nad kością krzyżową ☐ obrzęk kostek ☐ wodobrzusze
III. Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)		
☐ A. prawidłowy stan odżywienia ☐ B. podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia ☐ C. wyniszczenie		
DATA		PODPIS OSOBY WYKONUJACEJ OCENĘ dietetyk (alternatywnie pielęgniarka lub lekarz) nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis



Jeśli ocena stanu odżywienia wskazuje, że pacjent może być niedożywiony lub jest zagrożony niedożywieniem, należy wykonać pogłębioną ocenę stanu odżywienia, a następnie wdrożyć adekwatną do stanu klinicznego pacjenta interwencję żywieniową. Wszystkie interwencje żywieniowe powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta.

Leczenie żywieniowe może inicjować i prowadzić każdy lekarz oddziału szpitalnego. W części jednostek interwencje żywieniowe prowadzą i odnotowują w dokumentacji medycznej także dietetycy. Kwalifikację do żywienia dojelitowego przez sztuczny dostęp i pozajelitowego zawsze wykonuje lekarz.

UWAGA: Doustne preparaty odżywcze typu Nutridrink, fortifikacja diety standardowej i konsultacje dietetyczne nie podlegają odrębnemu rozliczeniu z płatnikiem i są finansowane w ramach zryczałtowanych stawek za hospitalizacje opisanych w formule Jednorodnych Grup Pacjentów w katalogu 1a, a także w ramach innych produktów pokrywających koszty hospitalizacji (katalog 1b, 1e i 1g). Odrębnemu rozliczeniu podlegają istotne kosztowo procedury – żywienie dojelitowe przez sztuczny dostęp i żywienie pozajelitowe.

Prezes NFZ wskazuje w zarządzeniu dotyczącym leczenia szpitalnego dwie kluczowe kwestie dotyczące odrębnie finansowanych procedur – żywienia dojelitowego i pozajelitowego: obowiązkową dokumentację dodatkową oraz zasady merytoryczne realizacji świadczeń:

**Aktualne bazowe ZARZĄDZENIE PREZESA NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA w sprawie określenia warunków
zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne**

1. W sytuacji rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym lub żywieniem pozajelitowym, finansowanych w ramach produktów określonych w załączniku nr 1c do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach nr 6a–6g do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym dołącza się do historii choroby.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, winny być realizowane przez świadczeniodawcę zgodnie z aktualnymi zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego lub – w przypadku dzieci – zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci.





Załącznik nr 6a do zarządzenia nr 101/2025/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 23 grudnia 2025 r.

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta: PESEL: Wiek:
Data badania: dzień: miesiąc: rok:

1.	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA	BMI
2.	Szczegółowa ocena stanu odżywienia		
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	☐ powyżej 10% masy ciała wyjściowej	☐ poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	☐	☐ norma
	Albumina	☐ poniżej normy	☐ norma
	Cholesterol całkowity	☐ poniżej normy	☐ norma
Możliwe skuteczne odżywianie doustne		☐ nie	Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego		☐ nie	Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	☐ dysfagia ☐ niedrożność górnej części przewodu pokarmowego ☐ śpiączka niemetaboliczna ☐ inne	
4.	Dostęp dojelitowy	zgłębnik: ☐ nosowo – żołądkowy, ☐ nosowo – dwunastniczy, ☐ nosowo – jelitowy ☐ gastrostomia ☐ jejunostomia	
5.	Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	☐ niedożywienie ☐ okres okołoperacyjny u dorosłych ☐ wyniszczenie (BMI <17) ☐ niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni ☐ BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni ☐ powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego ☐ reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji ☐ niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła ☐ inne	
6.	Dostęp pozajelitowy	☐ żyły obwodowe, ☐ PICC, ☐ żyła centralna ☐ cewnik nietunelizowany, ☐ port ☐ cewnik permanentny, typ cewnika	
7.	Cel leczenia żywieniowego:	☐ utrzymanie stanu odżywienia, ☐ poprawa stanu odżywienia, ☐ leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań	
8.	Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia:		
9.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni leczenie żywieniowe immunomodulujące dni	

.....
Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko,
numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza

Ryc. 4. Karta leczenia żywieniowego dorosłych

Załącznik nr 6b do zarządzenia nr 101/2025/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 23 grudnia 2025 r.

Karta leczenia żywieniowego dorosłych

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Wiek:

I. Data

Dieta przemysłowa* (nazwa)
lub Mieszanina żywieniowa gotowa (nazwa)
lub Worek indywidualny**

**Aminokwasy (g)

**Glukoza (g)

**Tłuszcze (g)

Objętość (ml)

Droga podawania pozajelitowego
Żyła centralna/żyła obwodowa

Dostęp do przewodu pokarmowego
(zgłębnik/gastrotomia/jejunostomia)

Sposób podawania diety przemysłowej
(bolus/wlew ciągły-szybkość)

II. Dodatki - nazwa preparatu

Dawka

Witaminy

Pierwiastki śladowe

Sód

Fosforany

Magnez

Wapń

Potas

Witamina B1

Inne

Insulina jedn.

Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza

* brak konieczności wypełniania II części tabeli w przypadku braku dodatków do diety przemysłowej

** w przypadku dołączenia recepty na worek indywidualny – brak konieczności wypełniania II części tabeli

III.

Podstawowe badania kontrolne

zaznaczyć wykonanie (+/-)

Nazwa badania

Data

Białko całkowite/Albumina

Cholesterol całkow./Trójglicerydy

WBC/RBC/Hb

Na mmol/ K mmol

Ca mmol/Mg/Pi

Bilirubina/AspAl/AlAl

Kreatynina/mocznik

Glikemia

Inne

Bilans N/g 24h

*** wyniki badań laboratoryjnych należy dołączyć do historii choroby

Finansowanie leczenia żywieniowego dorosli-NFZ-260416.indd 8

17.04.2026 11:01:07

Ryc. 5. Karta obserwacji centralnego cewnika naczyniowego

Załącznik nr 6g do zarządzenia nr 101/2025/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 23 grudnia 2025 r.

Karta obserwacji centralnego cewnika naczyniowego

Data#		Nazwisko i imię pacjenta: PESEL: Data ur.:	
Nr Ks. Gł.:		Wskazania#	
Metoda wprowadzania#		Pielęgniarka asystująca (pieczętka i podpis)#	
Lekarz wprowadzający cewnik (pieczętka i podpis)#		Cewnik#	
Żyłka#		Miejsce wprowadzenia cewnika# ☐ Blok operacyjny ☐ Inne:	
Data usunięcia cewnika		Przyczyna usunięcia cewnika	
Wynik posiewu krwi i koniec wewnętrzny cewnika		Polożenie cewnika w rtg# ☐ Tak ☐ Nie	

wypełnia lekarz zakładający cewnik naczyniowy; pozostałe pola w karcie wypełnia pielęgniarka

Ocena drożności cewnika / zmiana opatrunku																			
Data	D**)	P	M	D	P	M	D	P	M	D	P	M	D	P	M	D	P	M	D
Obserwacje drożności*) D – drożny U – upośledzona drożność N – niedrożny																			
Podpis pielęgniarki ¹⁾																			
Zmiana opatrunku [+/-]																			
Obserwacja miejsca wprowadzenia cewnika (uwagi)																			
Podpis pielęgniarki ¹⁾																			

*) D – możliwość podania płynu i pobrania krwi; U – możliwość podania płynu bez możliwości odciągnięcia krwi; N – niemożność podania płynu i odciągnięcia krwi;
**) Kanaly cewnika: D-dystal, P- proxymal, M- middle



Żywienie dojelitowe i pozajelitowe (w 3 wersjach) to procedury umieszczone w **katalogu 1 c – świadczenia do sumowania**. Mogą one być rozliczane łącznie ze świadczeniami z 4 podstawowych katalogów szpitalnych:

1a – procedury JGP we wszystkich zakresach szpitalnych (oprócz OAiT, gdzie żywienie dojelitowe i pozajelitowe wlicza się do oceny pacjentów w skali TISS-28 która z kolei przekłada się na wycenę osobodnia w OAiT)

1b – świadczenia odrębne (np. osobodni do radioterapii),

1e – świadczenia chemioterapia,

1g – świadczenia programu lekowe.

Aktualnie finansowane są odrębnie przez NFZ następujące procedury żywieniowe z katalogu 1c:

- **5.53.01.0000006** – Żywienie dojelitowe (**108 punktów rozliczeniowych – dalej p. r.**)
- **5.53.01.0001434** – Żywienie pozajelitowe immunomodulujące (**324 p. r.**)
- **5.53.01.0001468** – Kompletnie żywienie pozajelitowe (**216 p. r.**)
- **5.53.01.0001416** – Częściowe niekompletne żywienie pozajelitowe (**108 p. r.**)

Aktualne bazowe ZARZĄDZENIE PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

W UWAGACH do procedury żywienia dojelitowego zamieszczono następujące informacje istotne dla rozliczania pacjentów:

- za każdy dzień żywienia (oznacza, że świadczenie obejmuje 1 dobę żywienia i należy rozliczyć tyle dni, ile pacjent był żywiony)
- zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego i Metabolizmu





Aktualnie wartość 1 punktu rozliczeniowego w szpitalu wynosi ok. 1,9 zł (wartość punktu może być różna w różnych zakresach świadczeń), zatem wartość procedury liczymy mnożąc wycenę punktową procedury np. 108 punktów za 1 dzień żywienia dojelitowego razy 1,9 zł, co daje wartość ok. 205 zł. Stawka może być odpowiednio niższa lub wyższa, jeśli wartość punktu rozliczeniowego jest różna w poszczególnych zakresach świadczeń.

Jeśli leczony w szpitalu pacjent jest żywiony dojelitowo przez sztuczny dostęp lub pozajelitowo, to oprócz stawki za podstawową grupę JGP czy osobodzień (chemioterapia, radioterapia), szpital ma prawo zsumować i rozliczyć np. procedurę **5.53.01.0000006 – Żywienie dojelitowe** za każdy dzień żywienia oznaczony datą. Procedury żywieniowe „zużywają” punkty z zakresu szpitalnego, do którego zostały zsumowane i jednocześnie podnoszą wartość rozliczonych hospitalizacji.

Zasady sprawozdawania i rozliczania świadczeń żywieniowych określa aktualne ZARZĄDZENIE PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

Sprawozdawanie leczenia żywieniowego pacjentów dorosłych w celu uzyskania finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia wygląda następująco:

1. Wykonanie przesiewowej oceny stanu odżywienia – jeśli wynik badania wskazuje na zasadność wdrożenia żywienia dojelitowego przez sztuczny dostęp, należy dokonać kwalifikacji wypełniając w systemie załącznik 6a
2. Podczas prowadzenia leczenia żywieniowego należy systematycznie wypełniać załącznik 6b (Karta leczenia żywieniowego dorosłych)
3. W przypadku zastosowania żywienia pozajelitowego, należy wypełniać załącznik 6g – Kartę obserwacji centralnego cewnika naczyniowego.

UWAGA:

U pacjentów onkologicznych żywienie dojelitowe i pozajelitowe może być rozliczane w zakresach nielimitowanych w ramach tzw. pakietu onkologicznego. znajdują się także w katalogu 3b jako PRODUKTY ROZLICZENIOWE DEDYKOWANE DLA ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH NA PODSTAWIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO. W praktyce oznacza to, że nawet jeśli dany oddział wykona więcej świadczeń niż zakładał plan, Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zapłaci za wszystkie wykonane świadczenia.

Leczenie żywieniowe na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAiT) posługują się odrębnym systemem rozliczeniowym opartym na codziennej ocenie stanu ciężkości pacjenta na podstawie skali TISS-28 (załącznik 4a). W zależności od liczby wykonanych, sprawozdanych, a określonych w punktach czynności wykonanych przy pacjencie, rozliczany jest osobodzień leczenia na OAiT. Im cięższy pacjent, wymagający zastosowania większej liczby różnych czynności medycznych, tym więcej punktów danego dnia punktów TISS zostanie mu przypisanych, co oznacza wyższą wycenę danego osobodnia.

Leczenie żywieniowe stosowane na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAiT) podnosi wartość punktową oceny stanu pacjenta w skali TISS-28, a zatem podwyższa wartość rozliczanego osobodnia.

b) Żywnienie pozajelitowe – 3 pkt.

c) Żywnienie enteralne (sonda) – 2 pkt

Suma punktów, jakie należy doliczyć pacjentowi żywionemu pozajelitowo na OAiT to 6 (3 za samo żywienie pozajelitowe plus 1 pkt za opatrunki plus 2 za cewnik w żyłę centralnej)

Pacjent żywiony dojelitowo przez PEG to w sumie 5 punktów w skali TISS-28 (2 za żywienie enteralne plus 3 za pielęgnację drenażu).

Aktualne bazowe ZARZĄDZENIE PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

W sytuacji udzielania świadczeń w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii związanych z żywieniem dojelitowym lub żywieniem pozajelitowym, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach nr 6a–6g do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym dołącza się do historii choroby.

Należy podkreślić, że żywienie dojelitowe może być rozliczone tylko wtedy, jeśli pacjent jest żywiony dietą przemysłową (nie można rozliczać procedury żywienia do sumowania, jeśli pacjent otrzymuje zmięszowaną dietę kuchenną). Opis świadczenia znajduje się w skali TISS-28 (vide poniżej).

Od 1 stycznia 2019 r. dla każdej doby pobytu pacjenta w OAiT szpitalu sprawozdają w raportach statystycznych **szczegółowe czynności wykonywane w opiece nad pacjentem, poprzez produkty statystyczne**, określone w załączniku nr 4a (skala TISS-28) do zarządzenia. Karta jest elementem historii choroby. W przypadku leczenia żywieniowego, najnowsza wersja skali TISS-28 uzupełniona o kody świadczeń wygląda następująco:

5. Metabolizm		
5.57.01.0005001	METABOLIZM – ŻYWIENIE POZAJELITOWE	b) Żywienie pozajelitowe – 3 pkt. Podaż drogą cewnika założonego do żyły centralnej kompletnych mieszanin do żywienia pozajelitowego. Do punktacji nie wlicza się podaży samej glukozy lub roztworów o niskiej osmolarności drogą żył obwodowych. Zalecana podaż energii to 7,5–20 kcal/kg mc/dobę (w ostrej fazie katabolicznej) oraz > 20 kcal/kg mc/dobę (w fazie anabolicznej). Konieczność prowadzenia dodatkowej dokumentacji zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach nr 6a–6g do zarządzenia.
5.57.01.0005002	METABOLIZM – ŻYWIENIE DOJELITOWE (ENTERALNE)	c) Żywienie dojelitowe (enteralne) – 2 pkt. Żywienie dietą przemysłową drogą dostępu sztucznego niezależnie od jego wprowadzenia: przez usta, nos, PEG, gastrostomia, jejunostomia. Zalecana podaż energii to 7,5–20 kcal/kg mc/dobę (w ostrej fazie katabolicznej) oraz > 20 kcal/kg mc/dobę (w fazie anabolicznej). Konieczność prowadzenia dodatkowej dokumentacji zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach nr 6a–6g do zarządzenia.

Podsumowując: wszystkie informacje dotyczące leczenia pacjentów, w tym leczenia żywieniowego, powinny być na bieżąco uzupełniane w dokumentacji medycznej w formie elektronicznej przez osoby do tego uprawnione.

Załączone do tekstu formularze znajdują się w każdym systemie informatycznym szpitala niezależnie od dostawcy oprogramowania, dlatego powinny być generowane w formie elektronicznej.

Dokumentowanie i rozliczanie zakładania sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego

Świadczenie do sumowania

Od października 2023 roku w katalogu 1c świadczeń do sumowania figuruje nowe świadczenie: **Wytworzenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego przeznaczonego do użytku długoterminowego (kod świadczenia 5.53.01.0001657)**. Wartość punktowa świadczenia wynosi 1496 punktów, można je zrealizować i dosumować do podstawowej hospitalizacji (tryb jednodniowy lub tryb hospitalizacja). Procedura jako świadczenie do sumowania jest stosowana głównie w sytuacjach, kiedy podczas hospitalizacji bazowej okazuje się, że pacjent oprócz leczenia choroby podstawowej dodatkowo wymaga założenia sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego.

Aktualne bazowe ZARZĄDZENIE PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne

UWAGI DOTYCZĄCE REALIZACJI ŚWIADCZENIA zawierają najbardziej istotne warunki elementy wykonania procedury:

- obejmuje koszt wyrobu medycznego (zestaw do gastrostomii przezskórnej, gastrostomii balonowej, jejunostomii);
- nie obejmuje założenia zgłębnika;
- nie podlega rozliczeniu użycie drenu typu Pecier i Foley;
- nie podlega odrębnemu rozliczeniu jednoczasowe założenie gastrostomii podczas innego zabiegu na przewodzie pokarmowym;
- nie można sumować z produktami o kodach 5.51.01.0006013, 5.51.01.0018034
- wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 43.11 Przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej [PEG] lub 43.19 Gastrostomia – inna lub 46.32 Przezskórna (endoskopowa) jejunostomia [PEJ]

Obowiązkowym dokumentem, który należy generować przy realizacji świadczenia do sumowania jest załącznik 6h – karta obserwacji pielęgniarskiej.



Ryc. 6. Karta obserwacji pielęgniarstwa

[illegible]



Świadczenie nr **5.53.01.0001657** mogą dosumować do podstawowej hospitalizacji i przedstawić do rozliczenia następujące oddziały szpitalne:

1. chirurgia dziecięca
2. chirurgia ogólna
3. chirurgia onkologiczna/chirurgia onkologiczna specjalistyczna/chirurgia onkologiczna dla dzieci
4. choroby wewnętrzne
5. choroby zakaźne/choroby zakaźne dla dzieci
6. gastroenterologia/gastroenterologia specjalistyczna/gastroenterologia dla dzieci
7. geriatria
8. ginekologia onkologiczna
9. hematologia
10. kardiologia/kardiologia dla dzieci/kardiologia specjalistyczna/kardiologia dla dzieci specjalistyczna
11. nefrologia/nefrologia specjalistyczna/nefrologia dla dzieci
12. neurochirurgia/neurochirurgia dla dzieci
13. neurologia/neurologia specjalistyczna/neurologia dla dzieci/neurologia dla dzieci specjalistyczna
14. onkologia i hematologia dziecięca
15. onkologia kliniczna/onkologia kliniczna specjalistyczna
16. otorynolaryngologia/otorynolaryngologia dla dzieci
17. pediatria
18. radioterapia/med. Nuklearna

UWAGA:

Założenie sztucznego dostępu jest wykonywane na bloku operacyjnym bądź w pracowni endoskopowej, ale pacjent nie jest z tego powodu przenoszony na inny oddział, tylko wyjeżdża na zabieg i wraca. Rozliczenie kosztów zabiegu między jednostką organizacyjną wykonującą zabieg a jednostką przedstawiającą zabieg do rozliczenia razem z podstawową hospitalizacją, powinno się odbyć zgodnie z wewnętrznymi procedurami danego szpitala.





Odrębna hospitalizacja w katalogu 1a – F06 – Średnie i endoskopowe zabiegi górnego odcinka przewodu pokarmowego (Kod świadczenia – 5.51.01.0006006)

Jeśli pacjent wymaga założenia sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego, ale np. jest leczony w trybie ambulatoryjnym lub znajduje się pod całodobową opieką Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego lub innej tego typu jednostki, należy go przyjąć do szpitala, założyć sztuczny dostęp i rozliczyć świadczenie grupą F06 (5.51.01.0006006). Takie rozliczenie jest zasadne wówczas, gdy założenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego jest głównym powodem przyjęcia pacjenta do szpitala.

W katalogu 1a określono tryby realizacji grupy F06 i przyporządkowano im różne wartości punktowe:

- Wartość punktowa – hospitalizacja – 3 754 pkt
- Wartość punktowa – hospitalizacja planowa – 3 454 pkt
- Wartość punktowa – „leczenie jednego dnia” – 3 191 pkt
- Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu – typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa – 3 454 pkt
- Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej – typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa – 3 554 pkt
- Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej – typ umowy hospitalizacja/hospitalizacja planowa – 3 654 pkt

Grupę mogą realizować i przedstawić do rozliczenia następujące oddziały szpitalne:

1. chirurgia klatki piersiowej
2. chirurgia ogólna
3. chirurgia onkologiczna
4. choroby wewnętrzne
5. choroby zakaźne
6. gastroenterologia
7. geriatrya
8. onkologia i hematologia dziecięca
9. onkologia kliniczna
10. otorynolaryngologia.



Ryc. 7. Skala TISS-28

Załącznik nr 4a do zarządzenia nr 101/2025/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 23 grudnia 2025 r.

Skala TISS-28

Kod produktu	Nazwa produktu	1. Czynności podstawowe
5.57.01.0001000	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE - MONITOROWANIE	a) Monitorowanie - 5 pkt. Pomiar i rejestracja podstawowych parametrów życiowych co 1 h oraz obliczanie bilansu plynowego co najmniej 2 x dziennie.
5.57.01.0001001	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE - LABORATORIUM	b) Laboratorium - 1 pkt. Pobieranie próbek krwi do badań laboratoryjnych biochemicznych lub mikrobiologicznych.
5.57.01.0001002	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE - JEDEN LEK	c) Jeden lek - 1 pkt. Podanie 1 leku każdą drogą (wlew elektrolitu bez dodatku leków lub immunoglobulin nie wlicza się do punktacji). (punktacja 1c wyklucza 1d i 1e)
5.57.01.0001003	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE - DWA LEKI	d) Dwa leki - 2 pkt. Podanie 2 leków każdą drogą (wlew elektrolitu bez dodatku leków lub immunoglobulin nie wlicza się do punktacji). (punktacja 1d wyklucza 1c i 1e)
5.57.01.0001004	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE - WIELE LEKÓW	e) Wiele leków - 4 pkt. Podanie więcej niż 2 leków – nie dotyczy immunoglobulin (punktacja 1e wyklucza 1c i 1d). Zaliczenie tego punktu nie wyklucza uzyskania dalszych punktów: leki wazoaktywne, wymuszona diureza.
5.57.01.0001005	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE - OPATRUNKI – STANDARD	f) Opatrunki - standard - 1 pkt. Codzienna zmiana opatrunków (cewniki naczyniowe) oraz profilaktyka i leczenie odleżyn. Nie wlicza się czynności polegającej na obserwacji miejsca wkłucia (cewniki naczyniowe) przez opatrunek przezroczysty.
5.57.01.0001006	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE - CZĘSTA ZMIANA OPATRUNKÓW	g) Częsta zmiana opatrunków - 1 pkt. Konieczna zmiana opatrunków co najmniej 3 x na zmianę pielęgnarską. Nie liczy się leczenia i profilaktyki odleżyn oraz zmiany opatrunków przy cewnikach naczyniowych i drenażach.
5.57.01.0001007	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE - PIELEGNACJA DRENAŻY	h) Pielęgnacja drenaży - 3 pkt. Dotyczy pielęgnacji drenów, które wprowadzone zostały przez nienaturalne otwory w ludzkim ciele: drenaże ran operacyjnych, jamy opłucnowej, przeżskoma stomia (PEG), gastrostomia, jejunostomia, cewnik nadłonowy, itp. Do punktacji nie wlicza się sondy żołądkowej i cewnika moczowego.
5.57.01.0001008	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE - LECZENIE NOWORODKA W INKUBATORZE	i) Leczenie noworodka w inkubatorze - 5 pkt. (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
5.57.01.0001009	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE - FOTOTERAPIA NOWORODKA	j) Fototerapia noworodka - 3 pkt. (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
		2. Oddychanie
5.57.01.0002000	ODDYCHANIE - WENTYLACJA MECHANICZNA	a) Wentylacja mechaniczna - 5 pkt. Wszystkie formy wentylacji mechanicznej.
5.57.01.0002001	ODDYCHANIE – WSPOMAGANIE ODDYCHANIA	b) Wspomaganie oddychania przy użyciu wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej lub CPAP - 3 pkt. (punktacja 2b wyklucza punktację 2a)
5.57.01.0002002	ODDYCHANIE - PODTRZYMYWANIE ODDYCHANIA	c) Podtrzymywanie oddychania - 2 pkt. Oddychanie przez sztuczne drogi oddechowe, leczenie tlenem, ale bez wspomagania mechanicznego. (punktacja 2c wyklucza punktację 2a i 2b).
5.57.01.0002003	ODDYCHANIE - SZTUCZNE DROGI ODDECHOWE	d) Sztuczne drogi oddechowe - 1 pkt. Zabiegi pielęgnacyjne przy sztucznych drogach oddechowych (rurka dotchawicza, tracheostomia), w tym odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych.
5.57.01.0002004	ODDYCHANIE - FIZJOTERAPIA ODDECHOWA	e) Fizjoterapia oddechowa - 1 pkt. Fizykoterapia, inhalacje, nebulizacje.
5.57.01.0002005	ODDYCHANIE - LECZENIE SURFAKTANTEM	f) Leczenie surfaktantem - 5 pkt. (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
5.57.01.0002006	ODDYCHANIE - LECZENIE TLENKIEM AZOTU	g) Leczenie tlenkiem azotu - 8 pkt. (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
		3. Krążenie



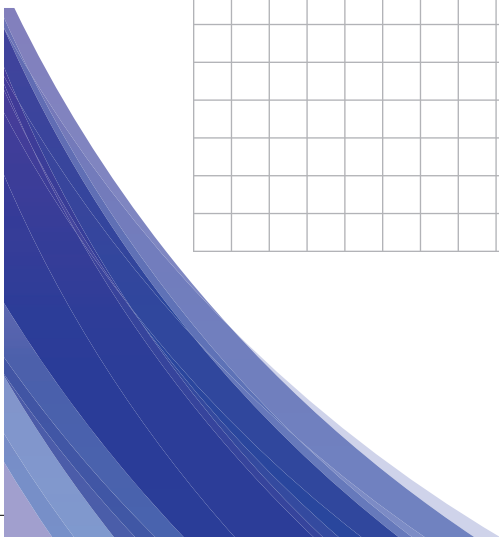
5.57.01.0003000	KRĄŻENIE - POJEDYNCZY LEK WAZOAKTYWNY	a) Pojedynczy lek wazoaktywny - 3 pkt. Zalicza się: wazopresory (adrenalina, noradrenalina, dopamina, wazopresyna, terlipresyna), inodilatory (amrinon, dobutamina, lewosimendan, milrinon, enoksymon), wazodilatory (nitrogliceryna, urapidyl, nitroprusydek sodu). Do grupy tej nie zalicza się leków podawanych doustnie, przez sondę oraz podskómic.
5.57.01.0003001	KRĄŻENIE - WIELE LEKÓW WAZOAKTYWNYCH	b) Wiele leków wazoaktywnych - 4 pkt. (punktacja 3b wyklucza punktację 3a)
5.57.01.0003002	KRĄŻENIE - MASYWNA UTRATA PŁYNÓW	c) Masywna utrata płynów - 4 pkt. Podaż płynów większa od 3l/m ² pow. ciała/dobę (tj. ok. 5-6 litrów na dobę u dorosłego pacjenta ważącego ok. 70kg) niezależnie od rodzaju. Do punktacji nie wlicza się podaży płynów przy hemofiltracji i hemodializie.
5.57.01.0003003	KRĄŻENIE - CEWNIK TĘTNICZY	d) Cewnik tętniczy - 5 pkt. Obwodowy cewnik tętniczy wprowadzony w celu inwazyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego oraz pobierania próbek krwi do badań laboratoryjnych. Nie dotyczy inwazyjnego monitorowania i oceny układu krążenia. Punktację liczy się od dnia założenia do dnia usunięcia cewnika.
5.57.01.0003004	KRĄŻENIE - CEWNIK W TĘTNICY PŁUCNEJ	e) Cewnik w tętnicy płucnej - 8 pkt. Inwazyjne monitorowanie i ocena układu krążenia z użyciem cewnika Swana-Ganza z pomiarem rzutu serca. Założenie cewnika Swana-Ganza liczy się także jako interwencja terapeutyczna (punktacja 6a lub 6b).
5.57.01.0003005	KRĄŻENIE - CEWNIK W ŻYŁE CENTRALNEJ	f) Cewnik w żyłę centralnej - 2 pkt. Niezależnie od miejsca założenia. Kontrola RTG położenia cewnika (nie dotyczy cewnika założonego do żyły udowej). Punktację liczy się od dnia założenia do dnia usunięcia cewnika. Nie dotyczy inwazyjnego monitorowania i oceny układu krążenia.
5.57.01.0003006	KRĄŻENIE - RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO – ODDECHOWA	g) Resuscytacja krążeniowo – oddechowa - 3 pkt. Czynności resuscytacyjne po nagłym zatrzymaniu krążenia (niezależnie od mechanizmu) w ciągu ostatnich 24h, ale już po przyjęciu do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Do punktacji wlicza się także defibrylację. Do punktacji nie wlicza się uderzenia w klatkę piersiową.
5.57.01.0003007	KRĄŻENIE - MONITOROWANIE HEMODYNAMICZNE ZA POMOCĄ METOD MAŁOINWAZYJNYCH (ODM)	h) Monitorowanie hemodynamiczne za pomocą metod małoinwazyjnych - 8 pkt. Monitorowanie i ocena układu krążenia z użyciem metod kalibrowanych (termodylucja przezciłnca, dylucja litu) oraz dopplerowskie monitorowanie przepływu krwi w aorcie (ODM).
5.57.01.0003008	KRĄŻENIE - MONITOROWANIE HEMODYNAMICZNE ZA POMOCĄ METOD MAŁOINWAZYJNYCH	i) Monitorowanie hemodynamiczne za pomocą metod małoinwazyjnych - 2 pkt. Do punktacji wlicza się monitorowanie rzutu serca za pomocą kardiografii impedancyjnej, bioreaktancji, kardiometrii elektrycznej lub metodami opartymi na zastosowaniu mankietu owiniętego wokół palca.
5.57.01.0003009	KRĄŻENIE - MONITOROWANIE HEMODYNAMICZNE ZA POMOCĄ METOD NIEKALIBROWANYCH	j) Monitorowanie hemodynamiczne za pomocą metod niekalibrowanych - 6 pkt.
		4. Nerki
5.57.01.0004000	NERKI - LECZENIE NERKOZASTĘPCZE	a) Leczenie nerkozastępcze - 1 pkt. Leczenie nerkozastępcze rozliczane jest każdorazowo właściwym produktem z katalogu produktów do sumowania.
5.57.01.0004001	NERKI - POMIAR DIUREZY	b) Pomiar diurezy - 2 pkt. Ilościowy pomiar oddanego moczu z wykorzystaniem cewnika lub bez (pomiar min. co 8h).
5.57.01.0004002	NERKI - DIUREZA WYMUSZONA	c) Diureza wymuszona - 3 pkt. Wymuszanie farmakologiczne (furosemid>0,5mg/kg/d, spironolakton, torasemid, mannitol) w postaci pojedynczych dawek (podaż drogą i.v.) lub w ciągłym wlewie (podaż drogą i.v.).
5.57.01.0004003	NERKI - ZAŁOŻENIE CEWNIKA DIALIZACYJNEGO	d) Założenie cewnika dializacyjnego - 3 pkt. Zalicza się czynność polegającą na założeniu cewnika dializacyjnego. Możliwość jednorazowego rozliczenia.
		5. Metabolizm
5.57.01.0005000	METABOLIZM - KWASICA / ZASADOWICA	a) Kwasica / zasadowica - 4 pkt. Konieczność leczenia znacznej tkankowej kwasicy lub zasadowicy poprzez alkalizację (podaż roztworu wodorowęglanu sodu, TRIS lub zakwaszanie). Musi istnieć udokumentowane potwierdzenie patologii, np. pH krwi<7,33 lub >7,49 i odpowiednie odchylenia wartości BE. Do punktacji nie wlicza się kompensacji oddechowej oraz leczenia choroby podstawowej.
5.57.01.0005001	METABOLIZM - ŻYWIENIE POZAJELITOWE	b) Żywienie pozajelitowe - 3 pkt. Podaż drogą cewnika założonego do żyły centralnej kompletnych mieszanin do żywienia pozajelitowego. Do punktacji nie wlicza się podaży samej glukozy lub roztworów o niskiej osmolarności drogą żył obwodowych. Zalecana podaż energii to 7,5 – 20 kcal/kg mc/dobę (w ostrej fazie katabolicznej) oraz > 20 kcal/kg mc/dobę (w fazie anabolicznej). Konieczność prowadzenia dodatkowej dokumentacji zgodnie ze wzorami określonymi w





		załącznikach nr 6a–6g do zarządzenia.
5.57.01.0005002	METABOLIZM - ŻYWIENIE DOJELITOWE (ENTERALNE)	c) Żywienie dojelitowe (enteralne) - 2 pkt. Żywienie dietą przemysłową drogą dostępu sztucznego niezależnie od jego wprowadzenia: przez usta, nos, PEG, gastrostomia, jejunostomia. Zalecana podaż energii to 7,5 – 20 kcal/kg mc/dobę (w ostrej fazie katabolicznej) oraz > 20 kcal/kg mc/dobę (w fazie anabolicznej). Konieczność prowadzenia dodatkowej dokumentacji zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach nr 6a–6g do zarządzenia.
		6. Inne interwencje
5.57.01.0006000	INNE INTERWENCJE - POJEDYNCZA INTERWENCJA W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	a) Pojedyncza interwencja w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii - 3 pkt. Wykonana wyłącznie w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii: intubacja dotchawicza, tracheotomia, kardiowersja elektryczna, stymulacja elektryczna serca, endoskopia, płukanie żołądka, założenie sondy Sengstakena, cewnika Swana-Ganza, balonu wewnątrzaoortalnego, bronchoskopia, punkcja łędźwiowa, punkcja i drenaż jamy opłucnowej, otrzewnej, osierdzia, znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe, hipotermia wewnątrznaczyniowa (procedura ICD-9: 99.810), kalorymetria pośrednia, echokardiografia, pomiar ciśnienia śródbrzusznego (procedura ICD-9: 89.397). Nie wlicza się rutynowych pomiarów parametrów i zabiegów diagnostycznych: RTG, EKG, USG, zmiany opatrunków, cewnikowanie żył, cewnikowanie tętnic.
5.57.01.0006001	INNE INTERWENCJE - INTERWENCJE W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	b) Interwencje w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii - 5 pkt. Co najmniej dwie z wymienionych w pkt 6a interwencji wykonanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. (punktacja 6b wyklucza punktację 6a)
5.57.01.0006002	INNE INTERWENCJE - CZYNNOŚCI POZA OAIIT	c) Czynności poza OAIIT - 5 pkt. Każdy zabieg diagnostyczny lub terapeutyczny wymagający transportu z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii i z powrotem, np. zabieg operacyjny, tomografia komputerowa. Nie wlicza się interwencji wykonanych przed przyjęciem do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub podczas przekazania chorego do innego oddziału.
5.57.01.0006003	INNE INTERWENCJE - HIPOTERMIA ZEWNĘTRZNA OGÓLNOUSTROJOWA – POD KONTROLĄ URZĄDZEŃ STERUJĄCYCH (PROCEDURA ICD-9: 99.811)	d) Hipotermia zewnętrzna ogólnoustrojowa – pod kontrolą urządzeń sterujących (procedura ICD-9: 99.811) - 1 pkt. Konieczność prowadzenia dodatkowej dokumentacji – Karta monitorowania pacjenta podczas hipotermii leczniczej.
5.57.01.0006004	INNE INTERWENCJE - HIPOTERMIA ZEWNĘTRZNA MIEJSCOWA – POD KONTROLĄ URZĄDZEŃ STERUJĄCYCH (PROCEDURA ICD-9: 99.813)	e) Hipotermia zewnętrzna miejscowa – pod kontrolą urządzeń sterujących (procedura ICD-9: 99.813) - 1 pkt. Konieczność prowadzenia dodatkowej dokumentacji – Karta monitorowania pacjenta podczas hipotermii leczniczej.
		7. OUN
5.57.01.0007000	OUN - POMIAR ICP	a) Pomiar ICP - 4 pkt. Monitorowanie i rejestracja w sposób ciągły ciśnienia śródczaszkowego (podtwardówkowo, śródmiaższowo lub śródkomorowo). Koszt jednorazowego zestawu do pomiaru ICP rozliczany produktem o kodzie: 5.53.01.0001435 Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia.









ICU/10/04/2026

