

Jednorodne Grupy Pacjentów – przewodnik po systemie

Jeżeli jest dobre działanie, z natury rzeczy pożyteczne, prawdziwe i sprawiedliwe, wówczas nie zwlekając i nie poddając się zniechęceniu, im więcej napotykasz przeszkód, tym bardziej powinieneś wzmocnić swoją odwagę i tym większy włożyć w to działanie wysiłek. Oto droga ludzi mądrych i dobrych.

(Bhikszu linii Śakjamuniego buddyzmu tybetańskiego XIV Dalajlama, Tenzin Gyatro)



Szanowni Państwo!

System jednorodnych grup pacjentów, oparty na sprawdzonych międzynarodowych klasyfikacjach chorób i procedur, to nowoczesne rozwiązanie, stosowane w większości krajów europejskich i zalecane przez Unię Europejską. Przed nami wprowadzili je już m.in. Czesi i Węgrzy, czyli przedstawiciele krajów od wielu lat porównywanych z Polską pod względem rozwoju gospodarczego i społecznego.

Przed nami zmiana systemu rozliczeń leczenia szpitalnego. Proces trudny zarówno dla urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i kadry zarządzającej polskimi szpitalami. Wprowadzenie nowych zasad jest konieczne, mimo że budzi wiele obaw związanych z praktycznymi aspektami sprawozdawczości.

Dlatego wprowadzamy system jednorodnych grup pacjentów miękko, z zachowaniem okresu przejściowego. Takie rozwiązanie pozwoli bezpiecznie wdrożyć nowy system rozliczeniowy, oswoić z nim pracowników szpitali, a co najważniejsze – zachować stabilność przepływów finansowych pomiędzy szpitalami a płatnikiem.

Prezentowany materiał zawiera praktyczne informacje o nowym systemie – podstawy teoretyczne, zasady funkcjonowania, zasady kodowania rozpoznań i procedur, a także przykłady niezbędne do zrozumienia opisanych zasad. To kolejny krok w upowszechnianiu wiedzy na temat systemu jednorodnych grup pacjentów w Polsce. Jestem przekonany, że jego wprowadzenie przyniesie korzyści polskiej ochronie zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia otrzymało znaczące środki unijne przeznaczone na szkolenie pracowników szpitali z zakresu rozliczeń. Program szkoleniowy będzie realizował NFZ przez ponad 2 lata, począwszy od ostatniego kwartału 2008 r.

Dziękuję ekspertom, specjalistom i konsultantom za wkład pracy włożony w przygotowanie polskiego systemu jednorodnych grup pacjentów, a redakcji za możliwość zaprezentowania publikacji.

*Jacek Paszkiewicz
prezes Narodowego Funduszu Zdrowia*

Oczekiwania wobec nowego systemu rozliczeń ze szpitalami

Oczekiwania płatnika oraz dyrektorów szpitali wobec nowego systemu to przede wszystkim wyeliminowanie czynników, które obecnie uniemożliwiają racjonalne finansowanie leczenia szpitalnego.

Od nowego systemu rozliczeń oczekujemy:

- jednoznacznych definicji i opisów świadczeń,
- uproszczenia zasad i zmniejszenia liczby pozycji katalogowych,
- powiązania finansowania z rzeczywistymi kosztami wytworzenia świadczenia,
- ograniczenia możliwości oderwania rozliczeń finansowych od faktycznie realizowanej terapii,
- obligatoryjnego stosowania klasyfikatorów (ICD-10, ICD-9-CM) do celów statystycznych i modyfikacji systemu rozliczeń,
- nowy system ma być narzędziem umożliwiającym wiarygodne analizy kosztowe funkcjonujące po obydwu stronach – płatnika i szpitala.

Dlaczego system JGP spełni te oczekiwania

Kluczem do wprowadzenia nowego systemu i nowego podejścia do rozliczenia pomiędzy płatnikiem a szpitalami jest zdefiniowanie produktu szpitala i odpowiedź na pytanie, co płatnik powinien w szpitalu kupować.

W systemie opartym na katalogu świadczeń szpitalnych nośnikiem kosztów jest świadczenie wyceńnione w punktach. Płatnik kupuje od szpitala pozycje katalogowe dopisane do pacjenta, które nie zawsze mają związek z rozpoznaniem schorzeniem. Świadczenie katalogowe w danym szpitalu kosztuje zawsze tyle samo i nie uwzględnia indywidualnego przebiegu leczenia, które w przypadku różnych pacjentów może wyglądać zupełnie inaczej. Zatem system, w którym nośnikiem kosztów jest procedura, nie uwzględnia indywidualnych aspektów leczenia i związanych z nimi określonych kosztów.

Jakie rozwiązanie zastosować w rozliczeniach, żeby szpital mógł otrzymać od płatnika środki finansowe odzwierciedlające realne koszty poniesione w związku z leczeniem różnych pacjentów?

Należy zastosować system rozliczeniowy, w którym nośnikiem kosztów jest hospitalizacja konkretnego pacjenta, z konkretnym schorzeniem, w konkretnej sytuacji, przy uwzględnieniu dodatkowych elementów, takich jak wiek czy choroby współistniejące lub powikłania. Taki właśnie jest system Jednorodnych Grup Pacjentów, który różnych pacjentów z różnymi dolegliwościami przyporządkowuje do grup o podobnej charakterystyce kosztowej i podobnym podejściu diagnostycznym i leczniczym.



Od amerykańskich DRG do polskich JGP

Założenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (ang. *Diagnosis Related Groups*) pod koniec lat 60. opracował prof. Robert Fetter z Uniwersytetu w Yale. W pierwotnym systemie pacjenci jednorodni (podobni) medycznie i kosztowo przyporządkowani zostali do 333 grup diagnostycznych, w 54 głównych kategoriach diagnostycznych. System grup został opracowany na podstawie analizy statystycznej danych 1 700 000 pacjentów wypisanych ze szpitali w New Jersey.

System rozliczania szpitali oparty na JGP funkcjonuje od wielu lat w różnych odmianach na całym świecie. Stosowany jest m.in. w USA, Francji, Wielkiej Brytanii, Bułgarii, Grecji, Rumunii, na Węgrzech, w Czechach, Finlandii, Norwegii, Szwecji, Austrii, Belgii, Holandii i we Włoszech. **System JGP jest zalecany przez Unię Europejską do rozliczeń ze szpitalami.**

Tab. 1. Systemy klasyfikacji pacjentów (PCS) w wybranych krajach Unii Europejskiej

Kraj	System klasyfikacji pacjentów	Kody rozpoznań	Kody procedur
Wielka Brytania	HRG	ICD-10	OPCS-4.4
Austria	LDF	ICD-10	ACP
Belgia	APR-DRG	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Bułgaria	IR-DRG	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Czechy	AP-DRG, IR-DRG	ICD-10	ICPM
Dania	Nord-DRG, Dk-DRG	ICD-10	NCSP
Finlandia	Nord-DRG	ICD-10	NCSP
Francja	GHM, Pfe	ICD-10	CDAM
Niemcy	G-DRG (AR-DRG)	ICD-10-SGBV	OPS-301 v.2.0
Grecja	HCFA-DRG	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Włochy	HCFA-DRG APR-DRG	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Holandia	DBC	ICD-9-CM	CW
Norwegia	Nord-DRG	ICD-10	NCSP
Portugalia	HCFA-DRG	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Rumunia	HCFA-DRG, AP-DRG, IR-DRG	ICD-10	ICPM
Hiszpania	HCFA-DRG	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Szwecja	Nord-DRG	ICD-10	NCSP
Szwajcaria	AP-DRG	ICD-10	ICD-9-CM

Polskie doświadczenia

Pierwsze próby wprowadzenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów do rozliczeń ze szpitalami miały miejsce w Polsce pod koniec lat 90. Przez kilka lat wg JGP rozliczano szpitale w województwach dolnośląskim i podkarpackim. W pracach nad systemem, który zacznie obowiązywać od 1 lipca 2008 r., brali udział eksperci, którzy zajmowali się rozliczaniem szpitali wg JGP na Dolnym Śląsku.

- 1999 r. – w Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych zostały opracowane Jednorodne Grupy Pacjentów w ginekologii i położnictwie. Opracowanie powstało na podstawie danych o kosztach leczenia pacjentek z 10 szpitali województwa warmińsko-mazurskiego.
- 2000–2003 – wdrożenie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów do rozliczeń świadczeń szpitalnych w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych i od 2001 r. w Podkarpackiej Regionalnej Kasie Chorych.
- 2000–2002 – projekt adaptacji austriackiego systemu LKF, realizowany w ramach projektu Banku Światowego w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych.
- Projekt VITAPOL – komponent 3: Przegląd polskiego systemu ustalania kosztów w opiece zdrowotnej – umowa twinningowa realizowana przez ekspertów brytyjskich.

Proces tworzenia polskiego JGP był przedmiotem szerokiej konsultacji w środowisku konsultantów krajowych od września 2007 r. do maja 2008 r. Publikację projektu zarządzenia szpitalnego, zawierającego uzgodnione zmiany w stosunku do pierwszego projektu z sierpnia 2007 r., poprzedziło 51 spotkań z 34 konsultantami krajowymi

(w większości przypadków były to grupy robocze lub zespoły konsultanta krajowego). W marcu 2008 r. rozpoczął się pilotaż nowego systemu w wybranych 44 szpitalach. W oparciu o zgromadzone informacje dokonano licznych zmian i uzupełnień w klasyfikacji procedur, charakterystyce grup oraz wycenie grup. Będzie to proces ciągły.

Podstawowe definicje terminów używanych w opisie systemu JGP

ICD-10

Kody Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta.

ICD-9-CM

Kody udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia IV wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych.

JGP

Charakterystyka JGP – zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, w tym w szczególności:

- rozpoznania wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
- procedury medyczne wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – Modyfikacji Klinicznej ICD-9-CM,
- wiek pacjenta,
- czas pobytu.

Algorytm JGP – określony sposób postępowania prowadzący do prawidłowego zakwalifikowania zakończonej hospitalizacji do właściwej grupy JGP.

Grupa – jedna z wielu kategorii hospitalizacji wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadająca kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami.

Gruper JGP – program informatyczny kwalifikujący określoną hospitalizację do jednej z grup systemu JGP, o ile rozliczenie tej hospitalizacji nie odbywa się w inny sposób.

W polskim systemie JGP wyodrębniono 472 grupy. Każda grupa ma określoną wartość punktową (taryfę).

Podstawowe cechy grupy JGP:

- każda grupa (JGP) ma znaczenie kliniczne, które kojarzy się ze zbliżonym sposobem leczenia oraz określoną charakterystyką leczonych pacjentów (w odniesieniu do czasu pobytu w szpitalu, rodzaju wykonanych procedur zabiegowych, diagnostycznych, leków itd.),
- poszczególne JGP obejmują pacjentów o podobnej kosztocłonności, w sensie zużycia zasobów szpitala związanych z leczeniem danego pacjenta,
- każda JGP jest definiowana na podstawie ogólnodostępnych danych występujących w dokumentacji szpitala, które odnoszą się do stanu pacjenta lub zastosowanej terapii,
- każda z grup JGP spełnia warunek minimalnej liczby wystąpień w skali kraju – w polskich warunkach nie mniej niż 300 przypadków w ciągu roku i/lub o sumarycznej wartości świadczeń powyżej 1,5 mln zł.

Opis każdej Jednorodnej Grupy Pacjentów (JGP) składa się z:

- kodu,
- nazwy,
- etykiety (zawiera oznaczenie tzw. warunków kierunkowych odsyłających do dodatkowych zbiorów kodów procedur lub rozpoznań, jeśli ich obecność jest wymagana dla pełnej charakterystyki grupy),
- odpowiednio – zbiorów kodów procedur (ICD-9-CM) lub rozpoznań (ICD-10), które są podstawą kwalifikacji pacjenta do określonej grupy.

B11 Usunięcie zaćmy metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczępieniem soczewki

f wymagana dodatkowa procedura z listy B1

kod i nazwa grupy

etykieta grupy

ICD-9-CM

13.41 Rozpuszczenie soczewki i aspiracja zaćmy

kod i nazwa procedury podstawowej

Listy dodatkowe do sekcji B

B1

ICD-9-CM

13.71 Wszczępienie soczewki przy usunięciu zaćmy (jednoetapowe)

kod i nazwa procedury dodatkowej

Wśród grup JGP wyróżniamy grupy zabiegowe (decydujące znaczenie o zakwalifikowaniu do grupy ma kod ICD-9-CM) i zachowawcze (decydujące znaczenie o zakwalifikowaniu do grupy ma kod ICD-10). Poniżej przedstawiamy przykład dwóch takich grup z sekcji G (Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony) wraz z przykładowymi zbiorami kodów ICD-10 i ICD-9-CM oraz wartościami punktowymi.

Grupa zachowawcza

G16

Ostre choroby wątroby
a grupa bazowa

ICD-10

przykładowe rozpoznania

B15.9 Wirusowe zapalenie wątroby A bez śpiączki wątrobowej

B17.1 Ostre wirusowe zapalenie wątroby C

B17.2 Ostre wirusowe zapalenie wątroby E

B17.8 Inne określone ostre wirusowe zapalenia wątroby

K72.0 Ostra i podostra niewydolność wątroby

K75.0 Ropień wątroby

K75.1 Zapalenie żyły wrotnej

Wartość punktowa grupy – 184

Grupa zabiegowa

G21

Kompleksowe zabiegi przewodów
żółciowych a grupa bazowa

ICD-9-CM

przykładowe procedury

51.31 Zespolecie pęcherzyk-przewód wątrobowy

51.32 Zespolecie pęcherzyk żółciowy-jelito

51.33 Zespolecie pęcherzyk żółciowy-trzustka

51.34 Zespolecie pęcherzyk żółciowy-żołądek

51.36 Zespolecie przewodu żółciowego wspólnego z jelitem

51.37 Zespolecie przewodu z przewodem pokarmowym

Wartość punktowa grupy – 701

Sekcja – zbiór grup (JGP) w układzie anatomiczno-fizjologicznym. W polskim systemie JGP 472 grupy zgromadzono w 16 sekcjach. Sekcje powiązane są z obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny. Podział ten ma charakter porządkujący, co ułatwia wyszukiwanie grup. Do każdej sekcji zostały dołączone listy dodatkowe rozpoznań lub procedur istotne dla grup umieszczonych z danej sekcji.

Oznaczenie sekcji	Nazwa sekcji	Liczba grup
A	Choroby układu nerwowego	38
B	Choroby oczu	28
C	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu	26
D	Choroby układu oddechowego	26
E	Choroby serca	56
F	Choroby przewodu pokarmowego	38
G	Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	23
H	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	45
J	Choroby piersi, skóry i oparzenia	29
K	Choroby układu dokrewnego	26
L	Choroby nerek i dróg moczowych	38
M	Choroby narządów rodnych	19
N	Położnictwo i opieka nad noworodkami	21
P	Choroby dzieci	25
Q	Choroby naczyń	20
S	Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	14

Przykładowa struktura sekcji.

G – Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	
G01	Rozległe zabiegi wątroby
G11	Kompleksowe zabiegi wątroby
G12	Duże zabiegi wątroby
G13	Średnie zabiegi wątroby
G14	Małe zabiegi wątroby
G16	Ostre choroby wątroby
G17	Przewlekłe choroby wątroby z powikłaniami i chorobami współistniejącymi
G18	Przewlekłe choroby wątroby bez powikłań i chorób współistniejących
G21	Kompleksowe zabiegi przewodów żółciowych
G22	Duże zabiegi przewodów żółciowych
G24	Wycięcie pęcherzyka żółciowego z powikłaniami i chorobami współistniejącymi
G25	Wycięcie pęcherzyka żółciowego bez powikłań i chorób współistniejących
G26	Choroby dróg żółciowych
G28	Nowotwory dróg żółciowych
G31	Kompleksowe zabiegi trzustki
G32	Duże zabiegi trzustki
G33	Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki z wprowadzeniem protezy samorozprężalnej
G34	Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki
G35	Zabiegi diagnostyczne dróg żółciowych i trzustki
G36	Ostre zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu
G37	Ostre zapalenie trzustki
G38	Przewlekłe choroby trzustki
G42	Zabiegi śledziony

Taryfa – zryczałtowana stawka w złotych wyznaczona dla **każdej** JGP, odzwierciedlająca uśrednione, rzeczywiste koszty leczenia przyporządkowanego do niej pacjenta. Taryfa to iloczyn wartości punktowej grupy i wartości punktu w złotych (ustalonego w drodze negocjacji dla lecznictwa szpitalnego).

Wartość punktowa odzwierciedla realne koszty leczenia pacjenta przyporządkowanego do konkretnej grupy JGP.

Grupa	Nazwa grupy	Wartość punktowa		
		hospitalizacja	hospitalizacja krótkoterminowa	chirurgia jednego dnia
G12	Duże zabiegi wątroby	177	–	–
G13	Średnie zabiegi wątroby	68	61	–
G14	Małe zabiegi wątroby	25	23	20

Warunki kierunkowe – kwantyfikatory określające warunki niezbędne do przyporządkowania pacjenta do określonej grupy JGP. W polskiej wersji systemu kwantyfikatory te określone są za pomocą kolejnych liter alfabetu. Przykłady działania warunków kierunkowych znajdują się na stronach 30-41.

Znak	Objaśnienie
a	grupa bazowa zdefiniowana rozpoznaniem albo procedurą; nie zawiera dodatkowych warunków
b	grupa zdefiniowana procedurą o randze =2; ograniczenie czasu hospitalizacji <2 dni; może mieć dodatkowy warunek (wiek)
c	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz dwoma rozpoznaniem: zasadniczym i współistniejącym
d	grupa zdefiniowana rozpoznaniem i dwiema procedurami o randze <2, z jednej listy, może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
e	grupa zdefiniowana procedurą i rozpoznaniem zasadniczym albo rozpoznaniem zasadniczym i procedurą o randze <2; może mieć dodatkowe warunki (czas hospitalizacji, wiek)
f	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i drugą procedurą (dodatkową) z innej listy
g	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i drugą procedurą (dodatkową) z innej listy oraz rozpoznaniem zasadniczym; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
h	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i drugą procedurą (dodatkową) alternatywnie z jednej z dwóch list dodatkowych
i	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i dwiema procedurami (dodatkowymi) z różnych list dodatkowych
j	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i dwiema procedurami dodatkowymi z różnych list oraz rozpoznaniem zasadniczym; może mieć dodatkowy warunek (czasu hospitalizacji)
k	grupa zdefiniowana procedurą podstawową oraz dwoma rozpoznaniem (zasadniczym i współistniejącym) odpowiednio z odrębnych list dodatkowych; może mieć dodatkowe warunki (czas hospitalizacji)
l	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz rozpoznaniem zasadniczym z listy dodatkowej i dwoma różnymi rozpoznaniem współistniejącymi z innej listy dodatkowej
m	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i dwiema procedurami dodatkowymi z różnych list oraz rozpoznaniem (zasadniczym i współistniejącym) z różnych list; dodatkowy warunek czasu hospitalizacji
n	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i rozpoznaniem zasadniczym alternatywnie z jednej z dwóch list oraz rozpoznaniem współistniejącym z listy dodatkowej
o	grupa zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym i rozpoznaniem współistniejącym z różnych list oraz dwiema procedurami z jednej listy; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
p	grupa bazowa; zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym; dodatkowy warunek wieku (<18. roku życia)
q	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i rozpoznaniem zasadniczym alternatywnie z jednej z dwóch list; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
r	warunek występuje w grupie zdefiniowanej alternatywnie; rozpoznanie zasadnicze z listy grupy musi być potwierdzone odpowiednim rozpoznaniem współistniejącym z listy ogólnej; może mieć dodatkowy warunek (drugie rozpoznanie współistniejące)
s	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz dwoma rozpoznaniem: zasadniczym alternatywnie z jednej z dwóch list i współistniejącym z innej listy
t	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz rozpoznaniem zasadniczym alternatywnie z jednej z dwóch list
u	grupa zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym i rozpoznaniem współistniejącym z listy dodatkowej; może mieć dodatkowy warunek (wiek)
v	grupa zdefiniowana procedurą podstawową oraz rozpoznaniem współistniejącym z listy dodatkowej
w	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i alternatywnie albo rozpoznaniem zasadniczym, albo procedurą dodatkową
x	grupa zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym i rozpoznaniem współistniejącym z listy dodatkowej oraz procedurą o randze <2 z listy dodatkowej; dodatkowe warunki (czas hospitalizacji, wiek)
y	grupa bazowa zdefiniowana rozpoznaniem albo procedurą; zawiera dodatkowe warunki (wiek, czas hospitalizacji)
z	grupa zdefiniowana trzema procedurami z różnych list i rozpoznaniem zasadniczym oraz dodatkową procedurą (wykazaną jako krotność) wykonaną w różnych terminach w czasie jednej hospitalizacji; dodatkowy warunek – czas hospitalizacji

Rekord pacjenta – zestaw danych dotyczących hospitalizacji pacjenta, zgromadzonych w komunikacie XML, niezbędnych do ustalenia JGP.

Podstawowe zasady grupowania

W systemie JGP płatnik rozlicza się ze szpitalem wg zryczałtowanych stawek (taryf), przypisanych jednorodnym klinicznie ze względu na rozpoznanie czy wykonane procedury medyczne oraz kosztowo przypadkom chorobowym, które tworzą określone grupy – JGP.

Szpital sprawozdaje płatnikowi zakończoną hospitalizację pacjenta. Hospitalizacja oznacza wszystkie świadczenia udzielone pacjentowi w czasie od przyjęcia do szpitala do dnia wypisu lub zgonu, niezależnie od tego, na ilu oddziałach szpitalnych pacjent był leczony (bez OIT). Rekord pacjenta zawiera kody rozpoznania, które było przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala (ICD-10) oraz kody istotnych elementów postępowania medycznego (ICD-9-CM) od momentu przyjęcia do momentu wypisu.

Rozliczenie leczenia pacjenta polega na przyporządkowaniu go do określonej grupy (JGP) na podstawie zbioru danych zawartych w jego rekordzie. Przyporządkowanie następuje automatycznie poprzez zastosowanie algorytmu grupera.

NFZ udostępnia pełną informację niezbędną do zrozumienia procesu grupowania oraz tworzenia oprogramowania na potrzeby szpitalnych systemów informacyjnych. Oprogramowanie szpitalne wspierające mechanizm grupowania hospitalizacji pozwoli na nadzorowanie jakości kodowania na etapie przed wysłaniem sprawozdania do płatnika.

Przegląd algorytmu grupowania

Dane zawarte w rekordzie pacjenta, których parametry mają znaczenie dla grupowania, oceniane są przez gruper pod względem:

- procedury o najwyższej randze (wartości) – ICD-9-CM,
- procedury dodatkowej – ICD-9-CM,
- rozpoznania zasadniczego – ICD-10,
- rozpoznania współistniejącego – ICD-10,
- wieku pacjenta,
- czasu hospitalizacji.

W celu zachowania jednolitości kodowania, m.in. na potrzeby wdrożenia systemu JGP, Narodowy Fundusz Zdrowia zlecił i zweryfikował tłumaczenie najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9. NFZ dokonał też niezbędnych uzupełnień ww. klasyfikacji w celu jej dostosowania do systemu JGP.

Klasyfikacja zostanie udostępniona wszystkim zainteresowanym na zasadach *public domain* wraz z opublikowaniem zarządzenia.

Kolejność czynności w algorytmie grupowania wykonywanych przez gruper dla grup zabiegowych:

1. Kwalifikacja poszczególnych rekordów pacjentów do grupy JGP rozpoczyna się od sprawdzenia, czy wystąpiła znacząca procedura zabiegowa (co najmniej jedna spośród procedur zawartych w opisie grup).
2. Jeżeli zarejestrowano więcej niż jedną znaczącą procedurę, program grupujący wybiera procedurę o najwyższej randze.
3. W systemie JGP ustalono hierarchie procedur – ranking procedur wynika z ich powiązania z grupami o zróżnicowanych ryczałtach.
4. Następnym krokiem jest przypisanie wybranej procedury do właściwej grupy. W przypadku 118 grup zabiegowych wystarczy jedna znacząca procedura, aby zakwalifikować rekord pacjenta do jednej z tych grup.
5. W pozostałych 164 grupach zabiegowych konieczne jest uwzględnienie dodatkowych informacji zawartych w rekordzie pacjenta (występowanie procedur dodatkowych, rozpoznań, czasu pobytu, wieku pacjenta).

Kolejność czynności w algorytmie grupowania wykonywanych przez gruper dla grup zachowawczych:

1. Program grupujący przypisze grupę JGP na podstawie zarejestrowanych kodów rozpoznania zasadniczego ICD-10, jeśli spełniony jest jeden z następujących warunków:
 - a) w rekordzie pacjenta nie zarejestrowano żadnej procedury zabiegowej,
 - b) wartość procedury wynosi 0 lub 1 (procedura nie jest znacząca pod względem ponoszonych przez szpital kosztów).

2. W przypadku ponad 163 grup zachowawczych wystarczy rozpoznanie zasadnicze ICD-10, aby zakwalifikować rekord do jednej z tych grup. Dalszych 27 grup wymaga dodatkowych informacji.

Każda grupa zdefiniowana jest listą procedur lub rozpoznań (tzw. bazową), jednak mogą być wymagane listy dodatkowe (jedna lub więcej):

- a) procedur lub rozpoznań,
- b) powikłań lub schorzeń współistniejących (pw) – specyficzne dla każdej sekcji,
- c) rozpoznań z listy ogólnej (wspólnej dla wszystkich grup JGP).

Warunki kierunkowe związane z każdą z grup JGP wskazują ewentualne dodatkowe wymagania i decydują o przebiegu grupowania. Warunki te znajdują się w etykietach i oznaczone są kolejnymi literami alfabetu. Wzór etykiety oraz opis warunków kierunkowych znajdują się w rozdziale *Podstawowe definicje terminów* używanych w opisie systemu JGP. Etykieta rozpoczyna się od małej litery, która wskazuje na kategorię warunku, a następujący po niej tekst odsyła do właściwych list dodatkowych.

Liczba rozpoznań i procedur istotnych dla procesu grupowania – obecnych w charakterystyce grup

- ICD-10: 7357 (z 14 201)
- ICD-9-CM: 2992 (z 4800)

Sekcja	Liczba grup zachowawczych bazowych	Liczba grup zachowawczych z warunkiem	Liczba grup zabiegowych bazowych	Liczba grup zabiegowych z warunkiem
A	18	3	6	11
B	2		18	8
C	2		20	4
D	20	1	4	1
E	19	7	17	13
F	10		10	18
G	6	2	11	4
H	9			36
J	9	1	3	16
K	11	4	2	9
L	11		15	12
M	7	2	1	9
N	2	7	1	11
P	25			
Q	1		10	9
S	11			3
RAZEM	163	27	118	164
%	34,53%	5,72%	25,00%	34,75%

Przykłady kwalifikacji pacjentów do grup JGP

Przykład 1.

Chory, lat 72, z cukrzycą typu 2, zmianami troficznymi goleni, leczony na oddziale kardiologii z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego, potwierdzonego markerami martwicy mięśnia serca. Leczony zachowawczo bez wdrożenia leczenia fibrynolitycznego. Zwolniony po 25 dniach do domu.

W historii choroby i karcie informacyjnej wpisano następujące rozpoznania wg ICD-10:

I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej

E10.5 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego) oraz następujące procedury wg ICD-9-CM:

89.541 Monitorowanie elektrokardiograficzne przyłóżkowe

99.297 24-godzinny dożylny wlew – innych leków inotropowododatnich

88.721 Echokardiografia

93.89 Rehabilitacja – inne

W raporcie statystycznym odnotowano m.in. następujące informacje:

pleć – 1

wiek – 72

dni leczenia – 24

kod trybu przyjęcia – 2

kod trybu wypisu – 2

identyfikator komórki organizacyjnej – 4100

przyczyna główna – I211

przyczyna współistniejąca 1. – E105

procedura 1. – 89541

procedura 2. – 99297

procedura 3. – 88721

procedura 4. – 93.89

Na podstawie powyższych danych, gruper wskazał na następujące możliwe do rozliczenia grupy: ze względu na procedurę:

E52 – weryfikacja negatywna do grupy ze względu na brak rozpoznania z listy rozpoznań E52 ze względu na rozpoznanie zasadnicze;

E79 – weryfikacja negatywna do grupy ze względu na wiek;

E17 – weryfikacja negatywna do grupy ze względu na wiek;

E16 – weryfikacja **pozytywna** do grupy ze względu na rozpoznanie współistniejące (z listy dodatkowej Epw) oraz ze względu na wiek (>69. roku życia), a także zakres świadczeń (4100), przy braku ograniczeń (czas pobytu).

Do rozliczenia wskazano grupę E16 – OZW >69. roku życia lub z pw o wartości **55 pkt**.

Jednocześnie gruper wskazał na konieczność rozliczenia 5 osobodni ponad liczbę dni finansowaną grupą (19) o wartości **4 pkt każdy**.

Łączna wartość świadczeń udzielonych w trakcie hospitalizacji – **75 pkt**.

Przykład 2.

Chora, lat 35, przywieziona przez rodzinę do SOR z powodu krótkotrwałej utraty przytomności i bólu głowy, następnie niedowładu połowicznego z afazją. Po konsultacji neurologicznej i TK głowy skierowana na oddział neurochirurgii z rozpoznaniem udaru krwotocznego. W pracowni radiologii zabiegowej wykonano embolizację tętniaka przy pomocy 4 spiral, a następnie przekazano do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Piątego dnia przekazana do dalszego leczenia na oddziale neurologii, poddana wczesnej rehabilitacji neurologicznej i w 22. dniu przekazana do późnej rehabilitacji neurologicznej w szpitalu rehabilitacyjnym.

W historii choroby i karcie informacyjnej wpisano następujące rozpoznania wg ICD-10:

I61.0 Krwotok mózgowy do półkul, podkorowy

I69.1 Następstwa krwotoku mózgowego (niedowład połowiczny z afazją) oraz następujące procedury wg ICD-9-CM:

39.724 Endowaskularny zabieg naprawczy i/lub zamknięcie tętniaka, wad tętniczo-żylnych (AVM) lub przetok – inne

00.492 Embolizacja tętniaków wewnątrzczaszkowych (założenie dwóch do pięciu spiral)

93.89 Rehabilitacja – inne.

Zaznaczono również pobyty na:

Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (3300)

Oddziale Neurochirurgii (4570)

Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (4260)

Oddziale Neurologii – Pododdział Udarowy (4222)

W raporcie statystycznym odnotowano m.in. następujące informacje:

płeć – 2

wiek – 35

dni leczenia – 21

kod trybu przyjęcia – 3

kod trybu wypisu – 3

identyfikator komórki organizacyjnej – 3300

dni leczenia – 1

przyczyna główna – I61

przyczyna współistniejąca 1. – I69.1

procedura 1. – 87.03

procedura 2. – 89.00

identyfikator komórki organizacyjnej – 4570

dni leczenia – 1

przyczyna główna – I61.0

przyczyna współistniejąca 1. – I69.1

procedura 1. – 39.724

procedura 2. – 00.492

identyfikator komórki organizacyjnej – 4260

dni leczenia – 4

przyczyna główna – I69.1

przyczyna współistniejąca 1. – R29.8

procedura 1. – 100.51

procedura 2. – 96.781

procedura 3. – 89.61

świadczenia:

5.06.00.0002031 – 31,35 pkt TISS+

5.06.00.0002033 – 33,51 pkt TISS+

5.06.00.0002030 – 30,29 pkt TISS+

5.06.00.0002028 – 28,19 pkt TISS+

5.06.00.0002025 – 25,10 pkt TISS+

identyfikator komórki organizacyjnej – 4222

dni leczenia – 16

przyczyna główna – I69.1

procedura 1. – 89.601

procedura 2. – 89.601

procedura 3. – 93.89

Na podstawie powyższych danych, gruper wskazał na następujące możliwe do rozliczenia grupy:

ze względu na procedurę:

Q31 – weryfikacja negatywna do grupy ze względu na brak procedury z listy dodatkowej Q5 oraz ze względu na zakres,

Q32 – weryfikacja negatywna do grupy ze względu na brak procedury z listy dodatkowej Q1,

A43 – weryfikacja pozytywna do grupy ze względu na procedurę dodatkową (z listy dodatkowej A3) i rozpoznanie zasadnicze (z listy dodatkowej A1) oraz ze względu na zakres świadczeń (4570), przy braku ograniczeń (czas pobytu i wiek),

N22 – weryfikacja negatywna do grupy ze względu na brak drugiej procedury z listy procedur N22 i rozpoznań z listy dodatkowej N7 oraz ze względu na wiek i zakres,

N24 – weryfikacja negatywna do grupy ze względu na brak drugiej procedury z listy procedur N25 i rozpoznań z listy dodatkowej N8 oraz ze względu na wiek i zakres,

N25 – weryfikacja negatywna do grupy ze względu na brak drugiej procedury z listy procedur N25 i rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej N8 oraz ze względu na wiek i zakres,

E86 – weryfikacja negatywna do grupy ze względu na warunki logiczne (x – kierunkowe jest rozpoznanie, wymagana procedura z listy procedur E86 nie jest istotna) oraz ze względu na zakres;

ze względu na rozpoznanie zasadnicze:

Weryfikacja niepodjęta z uwagi na fakt, że istnieje procedura dominująca (39.724).

Gruper nie uwzględnił procedur: 89.00, 100.51, 93.89 (brak na listach grup) i 87.03, 00.492 (procedury nieistotne o randze <2).

Nieuwzględniony został także pobyt w SOR, rozliczany ryczałtem dobowym.

Do rozliczenia wskazano grupę **A43** – Choroby krwotoczne naczyń mózgowych – średni endowaskularny zabieg naprawczy, o wartości 539 pkt.

Jednocześnie gruper wskazał na konieczność rozliczenia 3 osobodni w OAiIT (3., 4. i 5.) o wartości 83,58 pkt.

Łączna wartość świadczeń udzielonych w trakcie hospitalizacji – **622,58 pkt.**

Przykład błędnego kodowania

Chory, lat 49, przewlekle dializowany, przyjęty na oddział chirurgii ogólnej z powodu ostrych objawów brzusznych. W 6. dobie, z powodu niedrożności, wykonano częściową resekcję jelita cienkiego. Po zabiegu przeniesiony na oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Rozpoznano posocznicę. Rozpoczęto ciągłe leczenie nerkozastępcze, podawano preparaty krwi. W 12. dobie wykonano relaparotomię.

5.06.00.0000163	wycięcie jelita cienkiego całkowite/częściowe (dwukrotnie × 60%)	6 776,00
5.06.00.0000186	wycięcie jelita grubego – częściowe (60%)	2 772,00
5.06.00.0000258	leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28	15 840,00
5.06.00.0000940	przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych (9)	1 188,00
5.06.00.0000943	przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej (5)	302,50
5.06.00.0001322	przetoczenie osocza (23 j.)	2 024,00
5.06.00.0001354	ciężkie zakażenia bakteryjne niebędące powodem przyjęcia	1 760,00
5.06.00.0001436	ciągła hemofiltracja/hemodiafiltracja żylna-żylna (7)	15 400
5.10.00.0000052	hemodializa (2)	740,00

Do rozliczenia przedstawiono świadczenia o łącznej wartości **46 802,50 zł:**

Rozliczenie zgodne z warunkami określonymi w materiałach informacyjnych powinno obejmować jedynie pozycje zacięte, o łącznej wartości 35 494,50 zł.

W raporcie statystycznym wykazano trzy pobyty:

oddział chirurgii ogólnej (4500):

procedury: 45.62 częściowa resekcja jelita cienkiego

rozpoznanie zasadnicze: **K56.5** zrosty jelitowe z niedrożnością

oddział anestezjologii i intensywnej terapii (4260):

rozpoznanie zasadnicze: 18.0 schyłkowa niewydolność nerek

rozpoznanie współistniejące: **A41.9** posocznica, nieokreślona

K63.1 przedziurawienie jelita (nieurazowe)

T81.1 wstrząs w trakcie lub będący wynikiem zabiegu, NOS

oddział chirurgii ogólnej (4500):

procedury: 54.12 laparotomia przez ranę pooperacyjną

rozpoznanie zasadnicze: **N18.0** schyłkowa niewydolność nerek

rozpoznanie współistniejące: **A41.9** posocznica, nieokreślona

K63.1 przedziurawienie jelita (nieurazowe)

T81.1 wstrząs w trakcie lub będący wynikiem zabiegu, NOS

Gruper zidentyfikował dwie grupy spełniające warunki i wybrał grupę o najwyższej wartości: **L83** Przewlekła niewydolność nerek, o wartości 36 punktów (1728 zł).

Analiza raportu wykazuje:

- 1) błędna identyfikacja grupy jest wynikiem:
 - a) nieprawidłowego wskazania rozpoznania zasadniczego – niewydolność nerek jest przyczyną wyjściową, natomiast powodem przyjęcia i ostatecznego zabiegu było nieurazowe przedziurawienie jelita – niezbędną jest przyczynowo-skutkowa relacja zabiegu i rozpoznania;
 - b) kodowania procedur mających rozszerzenia do pięciu znaków (45.622 Resekcja jelita czczego) przez kod czteroznakowy (45.62 Częściowa resekcja jelita cienkiego) – w okresie raportowania nie było jeszcze klasyfikacji ICD-9 z rozszerzeniami;
 - c) braków w charakterystyce grupy – charakterystyka grupy F22 powinna zawierać również potwierdzenie rozpoznaniem zarówno z grupy F26, jak i F46 (dokonano korekty);
- 2) nieprawidłowe wskazanie warunków do rozliczenia procedury spowoduje identyfikację grupy zachowawczej. Zgodnie z systemem JGP hospitalizacja powinna być rozliczona następująco:

F22	Duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego	5 184,00
5.06.00.0000258	leczenie w OAiT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28	20 477,50
5.06.00.0000940	przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych (9)	1 296,00
5.06.00.0000943	przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej (5)	336,00
5.06.00.0001322	przetoczenie osocza (23 j.)	2 208,00
5.06.00.0001436	ciągłe leczenie nerkozastępcze (7)	16 128,00
5.10.00.0000052	hemodializa (2)	740,00

Prawidłowe rozliczenie zgodnie z systemem JGP powinno przedstawiać wartość 46 370 zł.

Zasady łączenia świadczeń (sumowanie)

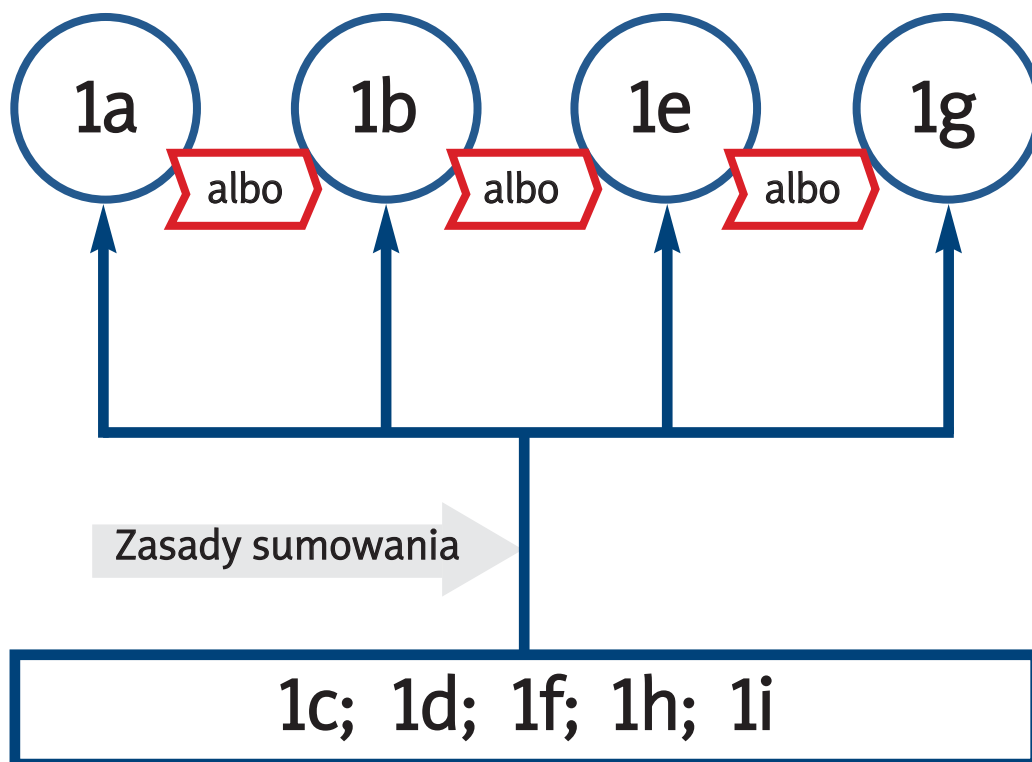
W systemie JGP przyjęto zasadę finansowania poprzez grupę wszystkich kosztów postępowania w czasie całej hospitalizacji. Identyfikowana jest grupa generująca najwyższe koszty, nie można więc sumować ze sobą grup z katalogu grup JGP (1a). Istnieją także świadczenia, których nie można zdefiniować poprzez rozpoznania i procedury. Zostały one umieszczone w katalogu świadczeń odrębnych (1b). Ze względu jednak na wysokie koszty niektórych specyficznych elementów postępowania, szczególnie związanych kompleksowym leczeniem onkologicznym oraz intensywną terapią, a także z podawaniem kosztownych leków czy zastosowanych wyrobów medycznych, dopuszcza się łączne rozliczanie grup ze świadczeniami zawartymi w pozostałych katalogach (1c, 1d, 1e, 1f, 1g, 1h lub ryczałtów miesięcznych za diagnostykę w programach terapeutycznych – katalog 1i). Możliwość sumowania świadczeń jest wyraźnie wskazana w treści materiałów i katalogach.

Finansowanie intensywnej terapii odbywa się odrębnie. Świadczenia intensywnej terapii zawiera katalog świadczeń do sumowania (1c) – należy wskazać wszystkie świadczenia, a w przypadku, gdy leczenie przebiega wyłącznie na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, poprzez świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych (1b) o zerowej wartości, które należy wykazać dodatkowo. Jeżeli hospitalizacja obejmuje leczenie wyłącznie na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, możliwe jest sumowanie rozliczenia w intensywnej terapii z grupą zabiegową, ale wówczas nie można wykazać w tym dniu do rozliczenia świadczeń na podstawie punktów TISS 28 transformowanych.

Świadczenia radioterapii (teleradioterapii, brachyterapii i z zakresu terapii izotopowej) zawiera katalog radioterapii (1d). Świadczenia te mogą być rozliczane samodzielnie, jeżeli wykonywane są w warunkach ambulatoryjnych, albo łącznie z odpowiednią grupą, jeżeli są częścią postępowania kompleksowego w warunkach szpitalnych, albo ze świadczeniami do sumowania z katalogu 1c (hospitalizacja do radioterapii). Nie można sumować jednocześnie grupy, radioterapii i hospitalizacji do radioterapii.

Podobne zasady obowiązują w przypadku chemioterapii i programów terapeutycznych. Koszty leków z wykazu substancji czynnych (katalog 1f) można sumować z grupami, o ile są wynikiem decyzji terapeutycznych w kompleksowym postępowaniu w czasie jednej hospitalizacji i wówczas można je sumować także z zabiegami radioterapii (katalog 1d). Dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń chemioterapii (1e), substancji czynnych (1f i 1h). W przypadku przyjęcia wyłącznie do chemioterapii w warunkach szpitalnych albo w warunkach ambulatoryjnych, można je sumować tylko ze świadczeniami z katalogu chemioterapii (1e). Ryczałty miesięczne za diagnostykę w programach terapeutycznych można sumować wyłącznie ze świadczeniami terapeutycznych programów zdrowotnych (1g) lub z lekami z wykazy substancji czynnych.

Proces wyznaczania danych do rozliczenia epizodu polega na ustaleniu podstawowego katalogu, w tym także świadczenia/grupy systemu JGP, jakim rozliczany będzie dany przypadek (hospitalizacja). Następnie, w przypadkach dozwolonych w Zarządzeniu, z katalogów dodatkowych wskazane zostają świadczenia uzupełniające, które mogą być rozliczane łącznie ze świadczeniem podstawowym. Hierarchię i relacje katalogów przedstawia rysunek:



- 1a – Katalog grup systemu JGP
- 1b – Katalog świadczeń odrębnych
- 1c – Katalog świadczeń pomocniczych
- 1d – Katalog świadczeń radioterapii
- 1e – Katalog świadczeń i zakresów – chemioterapia
- 1f – Wykaz substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów
- 1g – Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne
- 1h – Wykaz substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych
- 1i – Wykaz ryczałtów miesięcznych za diagnostykę w programach terapeutycznych (może być sumowany tylko z 1g i 1h)

Metodologia ustalania taryf i mechanizmy finansowania dla pierwszej edycji JGP

Zmienne wpływające na koszty świadczeń wyrażone jako wartość grupy to:

- rozpoznanie,
- wykonane procedury medyczne podstawowe i dodatkowe,
- powikłania i choroby współistniejące,
- wiek pacjenta,
- tryb przyjęcia,
- czas hospitalizacji.

Dodatkowe mechanizmy korygujące finansowanie świadczeń obejmują:

- osobodni ponad określony czas pobytu,
- konieczność intensywnej terapii,
- świadczenia do sumowania.

Zasady ustalenia taryf JGP

Ustalenie nowych taryf (definicja na str. 7) wymagało dopasowania świadczeń katalogu szpitalnego 2007 do JGP pod względem merytorycznej zawartości odpowiadającej opisowi i definicji poszczególnych grup JGP oraz oceny jednorodności kosztowej świadczeń katalogowych umieszczonych w jednej grupie JGP, opartej na:

- wyliczeniu średniej wartości ważonej liczbą wystąpień w ciągu rocznego okresu rozliczeniowego dla grupy świadczeń przypisanych do poszczególnych JGP,
- porównaniu średniej wartości dla grupy JGP w stosunku do wartości danej grupy w układzie relacji brytyjskich,
- ocenie jednorodności taryf nowych grup JGP w stosunku do elementów składowych.

Ustalenie nowej taryfy JGP polegało na wyliczeniu proponowanej wartości w złotych dla każdej grupy JGP, przy uwzględnieniu m.in. specyfiki polskiego systemu opieki zdrowotnej, tj.:

- kosztów intensywnej terapii w najbardziej złożonych grupach zabiegów,
- kosztów zastosowania drogich wyrobów medycznych.

Dla poszczególnych sekcji oszacowano skutki finansowe nowych grup świadczeń wg wartości grup i szacowanej liczby wykonania w stosunku do dotychczasowej wartości zrealizowanych świadczeń dla:

- ogólnopolskiego wykonania świadczeń,
- sprawozdawanych do NFZ,
- realizacji świadczeń dla wybranych świadczeniodawców w ramach pilotażu.

Zasady kształtowania ceny i wartości punktowej grupy

Wartości dotychczasowych świadczeń katalogowych zostały przypisane do odpowiednich grup i następnie zważone liczbą świadczeń z uwzględnieniem częstości wystąpień w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Uwzględniono także wartość świadczeń współwystępujących a niewpływających na liczbę zdarzeń oraz prawdopodobieństwo konieczności intensywnej terapii.

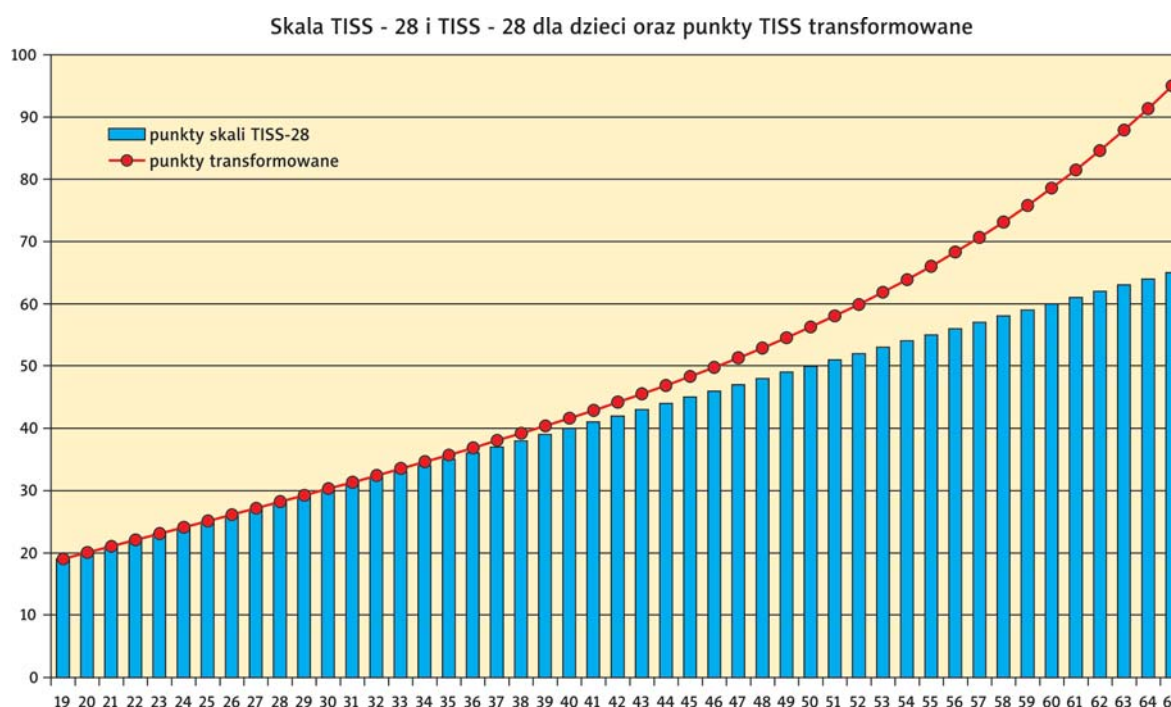
Wartości grup zostały następnie dostosowane do przewidywanego poziomu finansowania w 2008 r., chyba że zawierają w kosztach wysokokosztowy wyrób medyczny lub jedynym kosztem jest produkt leczniczy.

W grupach zabiegowych uwzględniono koszty dwudniowej opieki intensywnej w okresie pooperacyjnym u części pacjentów z niewydolnością jednego lub więcej narządów.

Sekcja	Liczba grup	Udział w ogólnej liczbie grup [%]	Liczba grup z kosztami OIT	Liczba grup obejmujących powikłania i choroby współistniejące
A	38	8,07	5	
B	28	5,94		
C	26	5,52	2	
D	26	5,52	2	1
E	55	11,68	6	9
F	38	8,07	6	1
G	23	4,88	6	2
H	45	9,55	5	
J	29	6,16	1	4
K	26	5,52	2	
L	38	8,07	5	1
M	19	4,03	1	1
N	21	4,46	6	
P	25	5,31		
Q	20	4,25	1	1
S	14	2,97		
RAZEM	471	100	48	20

Zasady finansowania intensywnej terapii:

- finansowanie odbywa się w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci (finansowanie punktu transformowanego, obliczonego poprzez transformację oceny uzyskanej w skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci),
- do odrębnego rozliczenia kwalifikują się wyłącznie świadczenia udzielone pacjentom, którzy przynajmniej w jednym dniu pobytu na OAiIT osiągnęli co najmniej 19 pkt w skali TISS-28 lub 19 pkt w skali TISS-28 dla dzieci,
- wartości punktowe grup zabiegowych z katalogu grup JGP uwzględniają uśrednione koszty leczenia pacjenta na OAiIT do 48 godz. po wykonanym zabiegu,
- w przypadku pacjentów, u których przed przeniesieniem do OAiIT wykonywane były świadczenia zabiegowe, finansowanie leczenia na OAiIT odbywa się od 3. doby pobytu,
- rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się poprzez świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c,
- sumowanie świadczeń zrealizowanych na OAiIT możliwe jest w odniesieniu do sprawozdanej grupy, a jeśli pacjent przebywał wyłącznie na OAiIT, w odniesieniu do świadczenia na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (5.06.00.00001465) z katalogu 1b.



Odrębne finansowanie osobodni ponad określony czas pobytu

Odrębne finansowanie osobodni ponad określony czas pobytu dotyczy osobodni przekraczających czas pobytu ustalony jako zryczałtowany koszt hospitalizacji w określonej grupie. Rozwiązanie to ma na celu pokrycie kosztów indywidualnych przypadków pacjentów, którzy wymagają szczególnego postępowania i zostało oparte na założeniu, że średni koszt osobodnia ponad ustalony limit jest niższy (ze względu na zmniejszenie intensywności opieki).

Szczegółowe zasady finansowania osobodni ponad określony czas pobytu:

- wartość osobodnia ponad określony czas pobytu ustalono na 80% średniego kosztu osobodnia ustalonego dla grupy (nie więcej jednak niż ok. 300 zł za osobodzień),
- limit dni pobytu, dla którego określono wartość grupy, scharakteryzowany jest wzorem opartym o miary rozproszenia przypadków w grupie (w oparciu o ogólnopolskie dane o wykonaniu świadczeń szpitalnych za 2007 r.),

- finansowane osobodniami będą grupy, dla których mediana przekracza 3 dni lub średnia arytmetyczna jest wyższa niż 6 dni,
- w celu wyeliminowania hospitalizacji trwających krócej niż 2 dni w sytuacjach klinicznych i przy określonych warunkach, które nie przewidują możliwości udzielenia świadczenia w jednym dniu bez naruszenia zasad postępowania medycznego, przyjęto zasadę finansowania podobnych przypadków na poziomie 20% wartości grupy. Z odrębnego finansowania osobodni ponad określony czas pobytu wyłączono grupy, w których:
 - rekomendowane postępowanie ogranicza się do rutynowej diagnostyki i leczenia,
 - z założenia (określonego w charakterystyce) czas pobytu jest krótszy niż 2 dni,
 - przewidziano możliwość leczenia jednodniowego,
 - istotną część kosztów stanowią koszty leków i wyrobów medycznych,
 - nie można na podstawie dostępnych danych z realizacji świadczeń oznaczyć miar rozproszenia.

Grupa	Nazwa grupy	Cena	Wartość punktowa – hospitalizacja	Czas pobytu finansowany grupą	Wartość punktowa hospitalizacji <2 dni	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą	Mediana długości pobytu	Średnia długości pobytu	Górne odcięcie długości pobytu
J01	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją	6 103	127	17		6	6	7,90	17
J02	Radykalne odjęcie piersi	3 897	81	18		6	7	8,26	18
J03	Proste odjęcie piersi	2 291	48				3	4,33	10
J04	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi	2 931	61	14	12	6	5	7,43	14
J05	Średnia chirurgia piersi	1 053	22				3	4,05	10

Rozliczanie urazów wielonarządowych

Rozliczenie urazów wielonarządowych odbywa się poprzez wskazanie świadczenia w katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c) odpowiadającemu rozległości urazu (uszkodzenie dwóch, trzech albo czterech i więcej narządów). Świadczeniom tym przypisano wartości ułamkowe odpowiednio 1,54; 1,78 i 1,85). Świadczenie musi zdefiniowane rozpoznaniem urazowym wg ICD-10 z przedziału T00–T07. Jednocześnie, na podstawie danych z raportu statystycznego, gruper wyznacza grupę z katalogu 1a o najwyższej wartości ze względu na wykonaną procedurę dominującą w czasie całej hospitalizacji, przy zachowaniu warunków kierunkowych (rozpoznanie, wiek, czas pobytu).

Łączna wartość rozliczanego świadczenia stanowi iloczyn wartości wskazanego świadczenia urazowego z katalogu 1c i wartości grupy z katalogu 1a, wyznaczonej przez gruper [np. w przypadku urazu obejmującego trzy narządy, przy rozpoznaniu T06.8 Inne określone urazy obejmujące liczne okolice ciała oraz wyznaczeniu przez gruper grupy A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu, wartość świadczenia określa iloczyn wartości grupy A02 (127 pkt) i wskaźnika 1,78 i wynosi 226,06 pkt].

Ostateczna wartość hospitalizacji z powodu urazu wielonarządowego może ewentualnie dodatkowo obejmować wartość innych świadczeń do sumowania z katalogu 1c, np. pobytu w OAiIT (z wyłączeniem dwóch pierwszych dni po zabiegu), podanych preparatów krwi, żywienia pozajelitowego.

Dodatkowe informacje o systemie JGP

Poszczególne grupy JGP powiązane są z wybranymi zakresami świadczeń, dla których ustalono wzorem lat poprzednich wymagania obejmujące:

- kwalifikacje i doświadczenie personelu,
- wyposażenie w sprzęt/aparaturę medyczną,

- organizację udzielania świadczeń,
- dla wybranych grup JGP ustalamy dodatkowe wymagania, jeśli do ich realizacji niezbędne są szczególne umiejętności, doświadczenie, wyposażenie – w ten sposób realizowana jest zasada powiązania *poziomów referencyjnych* z wymaganiami i odrębnym finansowaniem.

Przyjęte rozwiązania zapewnia właściwą jakość świadczeń, ich powtarzalność i jednolitość wykonania na terenie całego kraju, eliminując jednocześnie element subiektywności opinii oraz konieczność uzyskiwania opinii przez ośrodki wysokospecjalistyczne.

Tab. 3. Grupy, dla których ustalono dodatkowe wymagania

A03	Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu	E21	Przejskórne zamknięcie nieprawidłowych połączeń wewnątrzsercowych i zewnątrzsercowych >17. roku życia
A04	Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu	E22	Przejskórne walwuloplastyki >17. roku życia
A41	Choroby krwotoczne naczyń mózgowych – remodeling naczyń z zastosowaniem stentu	E23	Angioplastyka wieńcowa z implantacją DES lub urządzeń ochrony odległej
A42	Choroby krwotoczne naczyń mózgowych – duży endowaskularny zabieg naprawczy	E24	Angioplastyka z implantacją nie mniej niż dwóch stentów lub wielonaczyniowa
A43	Choroby krwotoczne naczyń mózgowych – średni endowaskularny zabieg naprawczy	E25	Angioplastyka z zastosowaniem jednego stentu – inne zabiegi
A44	Choroby naczyń mózgowych wymagające interwencji zabiegowej *	E26	Angioplastyka wieńcowa balonowa
A48	Kompleksowe leczenie udarów mózgu >7 dni na oddziale udarowym	E27	Koronarografia inne zabiegi inwazyjne
B01	Leczenie wysiękowej postaci AMD werterporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej	E86	Ciężkie nadciśnienie tętnicze >17. roku życia z pw
B11	Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze N03	E87	Ciężkie nadciśnienie tętnicze >17. roku życia bez pw
B12	Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	L91	Implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (AUS)
B13	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	N02	Poród mnogi lub przedwczesny
B14	Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	N03	Ciężka patologia ciąży, płodu, zakończona porodem
B15	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	N06	Patologia ciąży i potogu, diagnostyka, leczenie >11 dni
B72	Duże zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	N07	Ciężka patologia ciąży – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe
B73	Średnie zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	N08	Ciężka patologia płodu – diagnostyka, leczenie
B74	Małe zabiegi w jaskrze i na naczyniówce	N21	Ciężka patologia noworodka >30 dni
C05	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych	N22	Noworodek wymagający intensywnej terapii
C06	Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu	N31	Kompleksowe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
C07	Wymiana procesora mowy	N32	Duże zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
D02	Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej *	N33	Średnie zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
D03	Duże zabiegi klatki piersiowej	N34	Małe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
E11	OZW – leczenie inwazyjne dwuetapowe >3 dni *	N35	Leczenie wrodzonego wytrzewienia *
E12	OZW – leczenie inwazyjne złożone *	N36	Operacja przepukliny oponowo-rdzeniowej z drenażem komory mózgu *
E13	OZW – leczenie inwazyjne >3 dni	Q01	Endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty
E14	OZW – leczenie inwazyjne <4 dni	Q02	Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z pw i reoperacje *
		Q03	Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny
		Q16	Inne zabiegi na naczyniach
		Q31	Zabiegi endowaskularne złożone
		Q32	Zabiegi endowaskularne
		S01	Intensywne leczenie ostrych białaczek >10 dni

Wyodrębnienie ze zobowiązania kwoty na realizację wyłącznie niektórych grup świadczeń następuje w przypadku, gdy wartość świadczeń z poniższych grup przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Zwiększeniu ulegają wówczas liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

- E11 – Ostry zespół wieńcowy – leczenie inwazyjne dwuetapowe >3 dni,
- E12 – Ostry zespół wieńcowy – leczenie inwazyjne złożone,
- E13 – Ostry zespół wieńcowy – leczenie inwazyjne >3 dni,
- E14 – Ostry zespół wieńcowy – leczenie inwazyjne <4 dni,
- N01 – Poród,
- N02 – Poród mnogi lub przedwczesny,
- NOS – Ciężka patologia ciąży, płodu, zakończona porodem,
- N10 – Noworodek zdrowy,
- N20 – Noworodek wymagający normalnej opieki,
- N21 – Ciężka patologia noworodka >30 dni,
- N22 – Noworodek wymagający intensywnej terapii,
- N23 – Noworodek wymagający intensywnej opieki,
- N24 – Noworodek wymagający szczególnej opieki,
- N25 – Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru.

Poza grupami znalazły się następujące świadczenia, które należy sumować ze świadczeniami z grup JGP lub OIT:

- świadczenia, których nie można było zdefiniować poprzez rozpoznania i procedury, np. padaczka lekooporna (rozliczane jako samodzielne świadczenia – zostały umieszczone w odrębnym katalogu 1b),
- świadczenia, których nie można było przypisać do właściwych grup świadczeń (np. żywienie, preparaty krwi, przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie) z możliwością łączenia z innymi świadczeniami lub grupami – zostały umieszczone w odrębnym katalogu 1c,
- koszt tych świadczeń wyrażony w punktach z katalogu 1c dodaje się do kosztu grupy po wskazaniu jej przez grupę.

Materiały informacyjne zawierają zobowiązanie świadczeniodawców do:

- wykazywania w raportach statystycznych (komunikatach zgodnych z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie gromadzenia danych) wszystkich istotnych, z punktu widzenia postępowania medycznego, wykonanych procedur medycznych,
- przestrzegania zasad postępowania medycznego zgodnie z opublikowanymi i obowiązującymi w środowisku medycznym rekomendacjami, wytycznymi i zaleceniami opracowanymi przez towarzystwa naukowe.

Zarządzanie rozwojem systemu JGP

W kolejnych latach ustalanie taryf JGP w relacji do kosztów szpitali powinno odbywać się na następujących poziomach analitycznych:

- porównanie kosztu wytworzenia punktu JGP we wszystkich szpitalach gotowych dostarczać dane,
- porównanie kosztu wytworzenia punktu JGP dla poszczególnych oddziałów szpitalnych wraz z oceną ich rentowności.

Warunkiem jest unifikacja sposobu prowadzenia rachunku kosztów w stopniu zapewniającym porównywalność danych kosztowych.

Zasady kodowania przyczyn hospitalizacji i procedur medycznych

(opracowanie: dr Adam Kozierkiewicz, Instytut Zdrowia Publicznego CMUJ, redakcja: NFZ)

Informacje ogólne

Zasady kodowania opisano szczegółowo w wytycznych kodowania chorób i procedur medycznych, opublikowanych odrębnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wytyczne zostały opracowane na podstawie Oficjalnych Wytycznych dotyczących Kodowania i Sprawozdawczości ICD-9-CM obowiązujących od 1 października 2003 r., Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – Rewizja dziewiąta, Modyfikacja Kliniczna (ICD-9-CM), wydanie szóste 2007 oraz tomu 2 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta (ICD-10) wydanego przez Światową Organizację Zdrowia.

Uwagi do celów praktycznych:

- ilekroć jest mowa o ICD-10 dotyczy to Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta;
- ilekroć jest mowa o ICD-9 dotyczy to udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia IV wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych;
- do celów rozliczeniowych należy korzystać wyłącznie ze słowników udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w wersji elektronicznej.

Podstawowe zalecenia metodyczne

Należy korzystać zarówno z indeksu alfabetycznego, jak i listy tabelarycznej. Opieranie się wyłącznie na indeksie alfabetycznym lub na liście tabelarycznej prowadzi do:

- błędnego przypisania kodu,
- mniejszej dokładności w wyborze kodu.

Po odnalezieniu określonego terminu w indeksie alfabetycznym należy zweryfikować kod wybrany z listy tabelarycznej. Należy koniecznie przeczytać i kierować się wskazówkami występującymi zarówno w indeksie alfabetycznym, jak i w liście tabelarycznej.

Zasada swoistości i szczegółowości kodowania

- Każde stwierdzenie diagnostyczne powinno zawierać jak najwięcej informacji, tak by móc przyporządkować stan do najbardziej szczegółowej kategorii Klasyfikacji.
- Należy ująć jak najwięcej szczegółów podczas kodowania zarówno rozpoznania, jak i procedury poprzez zastosowanie jak największej liczby dostępnych cyfr.

W każdym przypadku kodowanie rozpoznań powinno być zgodne z faktycznym stanem pacjenta, ponieważ stan zdrowia pacjenta decyduje o zastosowanych procedurach medycznych – operacyjnych, zachowawczych i diagnostycznych:

ICD-10 spełnia w systemie funkcję nadrzędną wobec ICD-9.

Uwagi techniczne:

- w określeniach długości kodu kropka nie jest znakiem;
- kody trzyznakowe mogą być stosowane tylko w przypadku, gdy nie mają rozwinięcia czteroznakowego (np. C20, G10 albo 11.1,25.4);
- kod trzyznakowy ma strukturę:
 - dla rozpoznań: litera cyfra cyfra (np. C37),
 - dla procedur: cyfra cyfra kropka cyfra (np. 67.2);
- kod czteroznakowy ma strukturę:
 - dla rozpoznań: litera cyfra cyfra kropka cyfra (np. C38.2),
 - dla procedur: cyfra cyfra kropka cyfra cyfra (np. 79.80);
- w przypadku zapisywania kodów należy przestrzegać formatu właściwego dla ICD-10 i odpowiednio dla ICD-9: bez spacji i znaków innych niż duże litery, cyfry i kropka.

Kodowanie rozpoznań

Rozpoznanie zasadnicze (podstawowe, główne) to stan, który w momencie wypisu pacjenta ze szpitala został uznany za główny powód przyjęcia.

Jeśli istnieje więcej stanów, którym można przypisać cechę głównego powodu przyjęcia, to jako rozpoznanie zasadnicze przyjmuje się stan, na którego leczenie zużyto najwięcej zasobów (leków, pracy itp.).

Rozpoznania (choroby, stany) **współistniejące** (wtórne) to wszystkie stany, które:

- występują u pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala;
- powstały w trakcie leczenia i/lub wpływają na proces terapeutyczny lub czas pobytu.

1. Kod złożony

Kod złożony to pojedynczy kod używany do klasyfikowania:

- dwóch rozpoznań jednocześnie,
- rozpoznania z powiązaniem procesem wtórnym (objawy podmiotowe i przedmiotowe),
- rozpoznania z powiązaniem powikłaniem (np. choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek).

Gdy Klasyfikacja ICD-10 w liście tabelarycznej i/lub indeksie alfabetycznym podaje kod złożony, jasno określający wszelkie elementy potwierdzone w rozpoznaniu, nie należy stosować wielu kodów dla danego przypadku, a jedynie kod złożony. W przypadku, gdy w kodzie brakuje niezbędnych szczegółów do opisanego objawu lub powikłania, należy zastosować inny kod Klasyfikacji w pozycji „Rozpoznanie współistniejące”.

2. Powiązane stany chorobowe

Jeżeli dwa lub więcej stanów, które nie mogą być kodowane razem, zostaną uznane za „Rozpoznanie zasadnicze”, a indeks alfabetyczny lub lista tabelaryczna i inne wytyczne nie podają wskazówek różnicujących, to w pozycji „Rozpoznanie zasadnicze” należy umieścić kod schorzenia zgodny z medycznym profilem oddziału/szpitala. Jeżeli wszystkie rozpoznania odpowiadają profilowi oddziału/szpitala, to w pozycji „Rozpoznanie zasadnicze” można umieścić dowolny kod (decyzja kodującego).

3. Zasada notowania stanów mnogich

Gdy epizod dotyczy licznych stanów powiązanych ze sobą (np. mnogie urazy, mnogie następstwa poprzedniej choroby itp.) za chorobę zasadniczą należy uznać stan, który jest wyraźnie najpoważniejszy. Pozostałe stany należy zapisać jako choroby współistniejące.

Jeśli żaden ze stanów nie dominuje w stopniu wystarczającym, wtedy należy użyć terminu „mnogie urazy”.

4. Pierwotny plan hospitalizacji nie został zrealizowany

Jeśli plan hospitalizacji założony przy przyjęciu nie został zrealizowany (np. nie wykonano zaplanowanej operacji/diagnostyki) z uwagi na nieprzewidziane okoliczności (np. pogorszenie stanu chorego), jako „Rozpoznanie zasadnicze” należy zakodować stan, który w momencie wypisu pacjenta ze szpitala został uznany za główny powód przyjęcia.

5. Niepewna diagnoza

Jeżeli rozpoznanie udokumentowane w chwili wypisania pacjenta określane jest jako „prawdopodobne”, „podejrzewane”, „możliwe” lub „nadal niemożliwe do wykluczenia”, należy zakodować stan chorobowy, jak gdyby nadal był obecny lub został stwierdzony. Podstawę takiego kodowania stanowią badania diagnostyczne, zalecenia co do dalszych badań lub obserwacji czy początkowy kierunek leczenia.

6. Objawy i nieprawidłowe wyniki badań

Nie można stosować kodów objawów, cech chorobowych oraz nieprawidłowych wyników badań (rozdział XVI 11ICD-10) jako rozpoznania zasadniczego, jeżeli postawione zostało rozpoznanie określające schorzenie, z powodu którego objawy te najprawdopodobniej wystąpiły:

120.1 Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych

R07.2 Ból w okolicy przedsercowej

Kody opisujące objawy i cechy chorobowe można stosować tylko wtedy, jeśli odpowiednie rozpoznanie ostateczne nie zostało postawione do końca pobytu pacjenta w szpitalu.

7. Objawy chorobowe

Jeśli użyto kodu jednostki chorobowej, to nie stosuje się dodatkowo kodów objawów i cech chorobowych będących integralnym elementem danego procesu chorobowego.

Jeśli wystąpiły dodatkowe objawy chorobowe niekojarzone typowo z danym procesem chorobowym, powinny być zakodowane jako kody uzupełniające w pozycji/pozycjach „Rozpoznanie współistniejące”.

Jeśli pod koniec pobytu w szpitalu nie ustalono ostatecznego rozpoznania, należy wpisać nazwę objawu, nieprawidłowego wyniku badań lub problemu zdrowotnego, a unikać kwalifikowania diagnozy jako „przypuszczalnej”, „podejrzewanej” itp., jeśli jest ona tylko rozważana, lecz nie została ustalona, np. R62.0 Opóźnienie etapów rozwoju fizjologicznego.

8. Wcześniejsze/przebyte stany chorobowe

Rozpoznania związane z poprzednimi epizodami opieki medycznej, a niewpływające na aktualny pobyt w szpitalu, należy pominąć do celów rozliczeniowych.

Kody określające przeszły stan chorobowy, zawarte w rozdziale XX (kody Z), pozostają elementem sprawozdawczości statystycznej i mogą być wpisane do dokumentacji indywidualnej (Historia choroby, Karta informacyjna).

9. Nieprawidłowe wyniki badań

Nieprawidłowe wyniki badań – laboratoryjne, obrazowe, patomorfologiczne oraz inne wyniki diagnostyczne, nie są kodowane, chyba że lekarz wskaże na ich istotność kliniczną, np. R73.9 Hiperglikemia, nieokreślona.

10. Następstwa chorób

ICD-10 zawiera liczne kategorie oznaczone „Następstwa...”. Oznaczają one efekty wywołane przez stan chorobowy, pozostałe po ustąpieniu fazy ostrej choroby lub urazu. Nie ma określonego limitu czasowego, od którego można stosować kody późnych następstw. Pozostaje to w gestii osoby kodującej. Następstwa mogą pojawić się wcześniej, jak w przypadkach udaru naczyniowego mózgu, lub wiele miesięcy, a nawet lat później, jak np. w rezultacie wcześniejszego urazu lub schorzeń układu kostno-szkieletowego.

Kodowanie późnych następstw wymaga dwóch kodów występujących w następujących pozycjach:

- rozpoznanie zasadnicze – kod stanu chorobowego będącego następstwem i zarazem przyczyną aktualnej hospitalizacji,
- rozpoznanie współistniejące – kod stanu chorobowego pierwotnego z określeniem „Następstwa...”.

Kod fazy ostrej choroby lub urazu, które doprowadziły do późnych następstw, nigdy nie jest stosowany z kodem późnego następstwa.

Jeżeli występuje duża liczba różnych określonych następstw i żadne z nich nie dominuje pod względem ciężkości i poziomu wykorzystania zasobów szpitala w trakcie leczenia, dopuszczalne jest zastosowanie kodu „Następstwa...” w pozycji „Rozpoznanie zasadnicze”.

11. Rozpoznania etiologiczne i objawowe

W systemie ICD-10 występują kody oznaczone gwiazdką (*).

Kod oznaczony gwiazdką nie może być użyty jako jedyny – jest zawsze kodem towarzyszącym, uściślającym znaczenie kodu jednostki chorobowej zasadniczej.

Kod oznaczony gwiazdką nie może występować w pozycji „Rozpoznanie zasadnicze”.

Dla części kodów oznaczonych gwiazdką przyporządkowane są konkretne kody oznaczone krzyżykiem (†). Oznacza to, że jeżeli w pozycji „Rozpoznanie współistniejące” pojawia się jeden z kodów oznaczonych gwiazdką, to w pozycji „Rozpoznanie zasadnicze” może wystąpić jeden lub kilka ściśle określonych kodów.

W charakterystyce JGP niektóre grupy mają wariantowe warunki logiczne oznaczone literą „r”. Odwołują się one do przedstawionej zasady skojarzenia rozpoznania zasadniczego (etiologia) i rozpoznania współistniejącego (objawy).

12. Zasada notowania przyczyn innych niż choroba

Epizody kontaktu ze służbą zdrowia, które mają miejsce z powodu innego niż choroba pacjenta, powinny zostać odnotowane, tak by precyzyjnie określić okoliczności takiego kontaktu (patrz: rozdział XXI), np.:

Z08.2 Badanie kontrolne po chemioterapii nowotworu złośliwego

Z20.0 Styczność i narażenie na choroby zakaźne przewodu pokarmowego

Z53.0 Zabiegi niewykonane z powodu przeciwwskazań

13. Zasada notowania czynników zewnętrznych

Jeżeli opieka medyczna wynika ze stanu (urazu, zatrucia itp.) spowodowanego przez czynniki zewnętrzne, również jatrogenne, należy w pełni opisać w celach statystycznych rodzaj dolegliwości, jak i okoliczności, które je spowodowały, np.

T28.0 Oparzenie termiczne jamy ustnej i gardła

T52.3 Efekt toksyczny rozpuszczalników organicznych – glikole

T80.2 Infekcja w następstwie wlewu, transfuzji i wstrzyknięcia

14. Szczegółowe zasady kodowania rozpoznań

Zakażenia wirusem nabytego niedoboru odporności (HIV)

- Jeżeli pacjent jest przyjęty z chorobą związaną z zakażeniem wirusem HIV, należy przyjąć kod z zakresu B20-B24 jako „Rozpoznanie zasadnicze”.
- Jeżeli pacjent z chorobą wywołaną wirusem HIV jest przyjęty z powodu choroby niepowiązanej (jak np. uraz), kod choroby niepowiązanej (np. kod urazu) powinien stanowić „Rozpoznanie zasadnicze”. „Rozpoznanie współistniejące” będzie kodowane kodem z zakresu B20-B24.
- Jeżeli pacjent jest badany w celu określenia jego statusu, należy używać kodu Z11.4 Specjalne badanie przesiewowe w kierunku zakażenia wirusem HIV.

Posocznica i wstrząs septyczny

- Jeżeli terminy, takie jak sepsa, ciężka sepsa pojawiają się przy zakażeniu głównym, takim jak np. zapalenie płuc, zapalenie tkanki łącznej lub nieokreślone zakażenie dróg moczowych, w pierwszej kolejności należy przypisać kod z zakresu A40-A41, następnie kod zakażenia podstawowego.
- Jeżeli wstrząs septyczny został udokumentowany, należy koniecznie w pierwszej kolejności zastosować kod z zakresu A40-A41, a następnie nieswoisty kod A41.9 Wstrząs septyczny.
- Posocznica oraz wstrząs septyczny powiązane z aborcją, ciążą pozamaciczną i zaśnadem groniastym są sklasyfikowane pośród kodów w zakresie O03-O07, O08.0.

Nowotwory

- Jeżeli leczenie związane jest z leczeniem nowotworu o złośliwym charakterze, „Rozpoznanie zasadniczym” powinien być nowotwór złośliwy.
- W przypadku, gdy pacjent jest przyjmowany z nowotworem pierwotnym z przerzutami, natomiast leczenie koncentruje się wyłącznie na miejscach przerzutów, nowotwór wtórny oznaczany jest jako „Rozpoznanie zasadnicze”, mimo iż pierwotny nowotwór złośliwy wciąż jest obecny.
- Jeżeli przyjęcie ma na celu leczenie niedokrwistości będącej rezultatem choroby nowotworowej lub terapii nowotworu (chemioterapia, radioterapia), a leczenie obejmuje wyłącznie anemię, powinna być ona zaznaczona jako „Rozpoznanie zasadnicze” (kody D60.-, D61.-, D64.-), a kod nowotworu powinien być w pozycji „Rozpoznanie współistniejące”.
- Jeżeli przyjęcie ma na celu leczenie powikłania będącego rezultatem zabiegu chirurgicznego wykonanego w celu usunięcia złośliwego nowotworu, należy oznaczyć powikłanie jako „Rozpoznanie zasadnicze”.
- W przypadku, gdy powodem przyjęcia jest chęć określenia stopnia złośliwości, lub wykonanie zabiegu, takiego jak np. nakłucie klatki piersiowej, pierwotna lokalizacja komórek złośliwych lub miejsce przerzutów powinno być oznaczone jako „Rozpoznanie zasadnicze”, pomimo zastosowania zabiegów chemioterapii i radioterapii.

Przyjęcia w celu wykonania chemioterapii i radioterapii

- Jeżeli fragment cyklu leczenia polega na usunięciu chirurgicznym nowotworu – pierwotnego lub wtórnego, po którym następuje leczenie chemioterapeutyczne lub radioterapeutyczne, kod nowotworu powinien stanowić „Rozpoznanie zasadnicze”.
- Jeżeli przyjęcie ma na celu wykonanie zabiegu chemioterapii lub radioterapii, kody Z51.1 Cykle chemioterapii nowotworów lub Z51.0 Seanse radioterapii powinny stanowić „Rozpoznanie zasadnicze”. Jeżeli zastosowano oba sposoby leczenia, należy uwzględnić oba kody, zachowując kolejność przeprowadzonych terapii.

Zaburzenia wydzielania wewnętrznego

- Kody cukrzycy, tak jak większość pozostałych kodów Klasyfikacji, muszą być używane w postaci 4-znakowej. Dla kategorii z zakresu E10-E14 wprowadzono jednolite rozszerzenia czteroznakowe, na stronach 266-267 I tomu Klasyfikacji.

Nadciśnienie tętnicze

- Choroby serca powiązane z nadciśnieniem, czyli takie, w których stwierdzono lub sugeruje się ich związek przyczynowy z nadciśnieniem tętniczym, wymagają nadania kodu z zakresu 111.-.
- Choroby nerek powiązane z nadciśnieniem, czyli takie, w których stwierdzono lub sugeruje się ich związek przyczynowy z nadciśnieniem tętniczym, wymagają nadania kodu z zakresu 112.-.
- Nadciśnienie przejściowe – należy użyć kodu R03.0 Podwyższone ciśnienie bez rozpoznanego nadciśnienia, chyba że pacjentowi postawiono rozpoznanie nadciśnienia. Dla nadciśnienia przejściowego podczas ciąży należy użyć kodu 016.

Niewydolność serca

- Jeżeli niewydolność serca spowodowana jest nadciśnieniem, w pierwszej kolejności należy podać poprawny kod choroby serca spowodowanej nadciśnieniem z kategorii 111.-.
- Jeżeli występuje również powiązana choroba nerek, zamiast wymienionego wyżej kodu należy podać poprawny kod z kategorii 113.-.

W obu przypadkach należy zastosować kod pomocniczy z kategorii I50.- w celu zidentyfikowania rodzaju niewydolności serca. Można przypisać więcej niż jeden kod z kategorii I50.-, jeżeli pacjent cierpi na obie formy niewydolności serca.

- Jeżeli pacjent przyjmowany jest do szpitala w stanie niewydolności oddechowej spowodowanej lub powiązanej z zaostrzeniem przewlekłej choroby niebędącej schorzeniem oddechowym, np. niewydolności serca, wtedy ta choroba stanowi „Rozpoznanie zasadnicze”.
- Odwrotnie, jeśli niewydolność oddechowa jest rozwinięciem choroby układu oddechowego – wtedy niewydolność oddechowa jest „Rozpoznanie zasadniczym”.

Niewydolność oddechowa

- Zespół ostrej niewydolności oddechowej dorosłych (ARDS), znany również jako zespół ostrej niewydolności oddechowej, jest rodzajem niewydolności spowodowanej rozległymi uszkodzeniami płuc w takich okolicznościach, jak ostre zakażenie, udar i poparzenia. Odpowiedni kod to J80.
- W stanach pooperacyjnych ograniczających możliwość wzięcia głębokiego oddechu oraz po przedawkowaniu środków uspokajających, należy nadać kod z zakresu J95.-.
- Jeżeli pacjent jest przyjęty w stanie niewydolności oddechowej spowodowanej lub powiązanej z ostrym schorzeniem poza układem oddechowym, to właśnie ostre schorzenie stanowi „Rozpoznanie zasadnicze”.
- Jeżeli pacjent jest przyjęty z ostrą niewydolnością oddechową spowodowaną lub powiązaną z poważnym zaostrzeniem przewlekłego schorzenia poza układem oddechowym, to zaostrzone schorzenie stanowi „Rozpoznanie zasadnicze”.
- Jeżeli pacjent przyjęty jest w stanie niewydolności oddechowej spowodowanej przewlekłym schorzeniem poza układem oddechowym, które nie uległo zaostrzeniu w ostatnim czasie, niewydolność oddechowa stanowi „Rozpoznanie zasadnicze”.

Ciąża i noworodki

- Przypadki położnicze wymagają kodów pochodzących z rozdziału XV – Ciąża, poród połów.
- Stwierdzenie, czy leczona choroba nie wpływa na ciążę lub odwrotnie – należy do obowiązków lekarza. Kody z rozdziału XV mają pierwszeństwo przed kodami z pozostałych rozdziałów.

- Kody z pozostałych rozdziałów można stosować jako kody „Rozpoznań współistniejących” w celu dalszego sprecyzowania chorób.
- Kodu z rozdziału XV mogą być umieszczane wyłącznie w dokumentacji matki, natomiast nigdy nie powinny być umieszczane w dokumentacji noworodka.
- Kod rodzaju porodu z zakresu O80-O84 powinien znajdować się w karcie każdej matki w przypadku porodu szpitalnego. Dodatkowym kodem stosowanym w dokumentacji matki jest kod z zakresu Z37.-, który wskazuje czy poród był pojedynczy, czy mnogi oraz czy noworodek jest żywo czy martwo urodzony.
- Kod porodu samoistnego: O80.- używa się w przypadkach, kiedy kobieta jest przyjęta do porodu o czasie i rodzi jedno, zdrowe niemowlę bez żadnych powikłań.
- Można używać kodów pomocniczych z innych rozdziałów wraz z kodem O80.-, jeżeli nie są one związane z ciążą lub w żaden sposób nie powodują powikłań ciąży.
- Kody z kategorii O32.-, i O33.- są przypisywane jedynie w przypadkach, gdy stan płodu jest rzeczywiście przyczyną zmiany opieki położniczej nad matką. Takie przypadki obejmują badania diagnostyczne, mające na celu ocenę nieprawidłowości lub zaburzenia, dodatkową obserwację, specjalną opiekę lub przerwanie ciąży.
- Sam fakt istnienia choroby płodu nie stanowi podstawy do zastosowania kodu z tej serii.
- Okres połogu zaczyna się bezpośrednio po porodzie i trwa przez 6 kolejnych tygodni.
- Powikłanie w połogu to takie, które wystąpi podczas tego okresu.
- Kody z rozdziału XV mogą być stosowane do opisu powikłania poporodowego, które wystąpiło po 6 tygodniach, jeżeli lekarz potwierdzi, że jest ono związane z ciążą.
- Okres okołoporodowy określany jest jako okres od chwili narodzin do 28. dnia po urodzeniu.
- Należy zakodować wszelkie stany istotne klinicznie zauważone podczas standardowego badania noworodka.
- **Stan jest istotny klinicznie, jeżeli wymaga:**
 - oceny klinicznej,
 - leczenia,
 - badań diagnostycznych,
 - wydłużonego pobytu w szpitalu,
 - wzmożonej opieki i kontroli pielęgniarstwa,
 - lub pociąga za sobą implikacje dla przyszłego leczenia.

Kodowanie procedur medycznych

Szczegółowe zasady kodowania i sporządzania raportów z przeprowadzonych zabiegów leczniczych czy badań laboratoryjnych zależą od odbiorcy informacji. Odbiorca informacji może dość dowolnie zdefiniować format, zakres i szczegółowość raportowania z zastrzeżeniem respektowania odpowiednich przepisów prawa.

W przypadku Narodowego Funduszu Zdrowia raporty z przeprowadzonych zabiegów będą miały charakter załączników do rachunków lub faktur i niejednokrotnie sposób/technika zabiegu będzie wpływała na kwoty refundowane przez NFZ. W celu opisanego znaczenia poszczególnych procedur nadano im rangi.

Rangi procedury

Ranga procedury określa jej znaczenie dla przebiegu grupowania i wyznaczenia grupy.

W szczególności wyróżnia procedury istotne i nieistotne dla procesu grupowania:

- **procedura podstawowa** – znacząca procedura zabiegowa, kierująca do grupy, oznaczona rangą >2.
- **procedura dodatkowa** – procedura wymagana dla spełnienia dodatkowych warunków określonych w etykiecie poszczególnych grup, oznaczona rangą 1;
- **procedura z rangą 2** – drobna procedura przeznaczona do realizacji w czasie pobytu <2 dni, gdy stanowi jedyny element sterujący;
- **procedura nieistotna** – procedura niemająca znaczenia dla przebiegu grupowania, oznaczona rangą 0.

Procedury nieistotne mogą być gromadzone w systemach szpitalnych (jest to wyłącznie decyzja świadczeniodawców), a nawet powinny, jeżeli mają znaczenie dla prowadzenia rachunku kosztów. Jednocześnie należy pamiętać, że część z tych procedur może mieć znaczenie w kolejnych etapach rozwoju systemu i zostanie włączona do opisu grup.

Przykłady

89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta

38.99 Nakłucie żyły – inne nie będą miały znaczenia dla systemu JGP

93.12 Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane mogą mieć znaczenie dla systemu JGP w przyszłości.

Tab. 4. Przykład procedur oznaczonych rangą (w udostępnionym pliku parametryzującym)

Wersja grupera		Elementy list procedur		
Kod listy	Typ listy G – globalna U – do sekcji H – do grupy	Kod procedury ICD-9	Ranga procedury ICD-9	Nazwa procedury ICD-9 (kolumna opcjonalna)
Q2	U	39.54	>2	Operacja tętniaka aorty (<i>re-entry</i>)
Q3	U	38.596	1	Podwiązanie i wycięcie żyłaków – żył kończyny dolnej (przeszywające)

Ogólne zasady kodowania procedur medycznych

- Kodowaniu podlegają procedury i zabiegi wykonane pacjentowi w czasie jego pobytu w szpitalu, a w szczególności te, które:
 - mają charakter zabiegów chirurgicznych,
 - niosą za sobą istotne ryzyko związane z wykonywaniem danego zabiegu,
 - niosą za sobą ryzyko związane ze znieczuleniem przed zabiegiem,
 - wymagają specjalnego przygotowania personelu.
- Zalecane jest kodowanie zabiegów wpływających istotnie na koszty pobytu pacjenta w szpitalu. W związku z tym jako zasadę należy przyjąć, że nie są nadawane kody z rozdziału XVI Klasyfikacji, chyba że płatnik w wybranych przypadkach wskaże inaczej (w charakterystyce grup).
- Jeśli wystąpi kilka zabiegów podlegających kodowaniu u danego pacjenta w czasie jednego pobytu w szpitalu, wtedy w pierwszej kolejności należy kodować te procedury, które mają ścisły związek z główną przyczyną pobytu pacjenta w szpitalu, czyli z rozpoznaniem zasadniczym (diagnozą). W następnej kolejności należy kodować dodatkowe procedury wykonane podczas pobytu pacjenta, niezwiązane bezpośrednio z przyczyną przyjęcia.
- Na pierwszym miejscu należy umiejscawiać procedury terapeutyczne (w tym chirurgiczne). Powinny one się znajdować przed procedurami diagnostycznymi, niezależnie jak ściśle związane są z rozpoznaniem zasadniczym (diagnozą).
- Jeśli dwa lub więcej zabiegów podlegających kodowaniu są w taki sam sposób związane z głównym rozpoznaniem, pierwszeństwo kodowania należy się temu zabiegowi, który wystąpił chronologicznie wcześniej. Jeśli oba (lub więcej) zabiegi wystąpiły równocześnie, najpierw należy kodować ten, który pociągnął za sobą usunięcie tkanki lub organu.

W celu zakodowania zabiegu należy:

- zapoznać się ze strukturą Klasyfikacji procedur,
- zapoznać się z głównymi zasadami kodowania procedur,
- określić, jakiego organu lub części ciała dotyczy dana procedura w pierwszej kolejności,
- odszukać wg struktury Klasyfikacji (lub w indeksie alfabetycznym) właściwy organ (część ciała) i odpowiednie kody,
- w liście tabelarycznej Klasyfikacji odszukać właściwy kod dwucyfrowy i poszukać w jego obrębie najbardziej precyzyjnego określenia opisującego wykonany zabieg,
- zwrócić uwagę czy pod właściwym kodem występują komentarze typu „obejmuje” lub „nie obejmuje” i zastosować się do nich przy kodowaniu,
- jeśli zabieg podlegający kodowaniu znalazł się w obrębie wyłączeń (komentarz: „nie obejmuje”) – przejść do rubryki wskazanej w komentarzu,
- dążyć do zakodowania zabiegu z największą możliwą precyzją, czyli przy użyciu kodu czterocyfrowego (pięcicyfrowego lub sześciocyfrowego, jeśli występuje),
- jeśli dany zabieg posiada swój kod czterocyfrowy lub bardziej szczegółowy – wprowadzić go do dokumentacji (najlepiej wraz z pełnym brzmieniem nazwy zaczerpniętej z Klasyfikacji),
- jeżeli dany zabieg nie posiada swojego kodu czterocyfrowego – zakodować go przy pomocy najbardziej właściwego kodu trzycyfrowego,

- jeśli zabieg nie posiada własnego kodu – zakodować go ostatnim występującym kodem,
- jeśli wykonany zabieg nie posiada w Klasyfikacji określenia jednoznacznie dla niego właściwego – w rubryce o najbardziej zbliżonym charakterze odszukać punkt z określeniem „inne”, który zawiera w sobie wszystkie zbliżone, a niesklasyfikowane jednoznacznie procedury.

W kategoriach kodów 38, 77, 78, 79, 80, 90, 91 zastosowano rozszerzającą kolejną cyfrę kodu do uszczegółowienia wykonywanej procedury o lokalizację.

78.0 Przeszczep kości	78.01 Przeszczep kostny z banku kości	78.010 Przeszczep kostny z banku kości – nieokreślone miejsce
78.0 Przeszczep kości	78.01 Przeszczep kostny z banku kości	78.011 Przeszczep kostny z banku kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)
78.0 Przeszczep kości	78.01 Przeszczep kostny z banku kości	78.012 Przeszczep kostny z banku kości – kość ramienna

Przyjęto rozwiązanie kodowania ostatniej możliwej istniejącej kategorii procedury. Oznacza to, że aplikacja szpitalna nie powinna dopuszczać wyboru procedury o wyższej kategorii, o ile istnieją odpowiadające jej procedury niższej kategorii, np.:

12.1 Nacięcie tęczówki i proste wycięcie tęczówki	12.12 Nacięcie tęczówki – inne	12.121 Częściowe wycięcie tęczówki
12.1 Nacięcie tęczówki i proste wycięcie tęczówki	12.12 Nacięcie tęczówki – inne	12.122 Nacięcie tęczówki
12.1 Nacięcie tęczówki i proste wycięcie tęczówki	12.12 Nacięcie tęczówki – inne	12.123 Nacięcie tęczówki nieokreślone

B73 Średnie zabiegi w jaskrze i na naczyniówce a grupa bazowa

ICD-9-CM

12.121 Częściowe wycięcie tęczówki

12.13 Wycięcie wypadniętej tęczówki

Prawidłowe korzystanie ze słownika wymaga:

- odnalezienia procedury w arkuszu Klasyfikacja,
- sprawdzenia w odpowiednich arkuszach Włączenia/Wyłączenia (wł_wył_rozdz, wł_wył_podrozd, wł_wył_kat_gl),
- sprawdzenia w arkuszu Uwagi, czy możliwość zakodowania procedury ma jakiegokolwiek ograniczenia, np.:

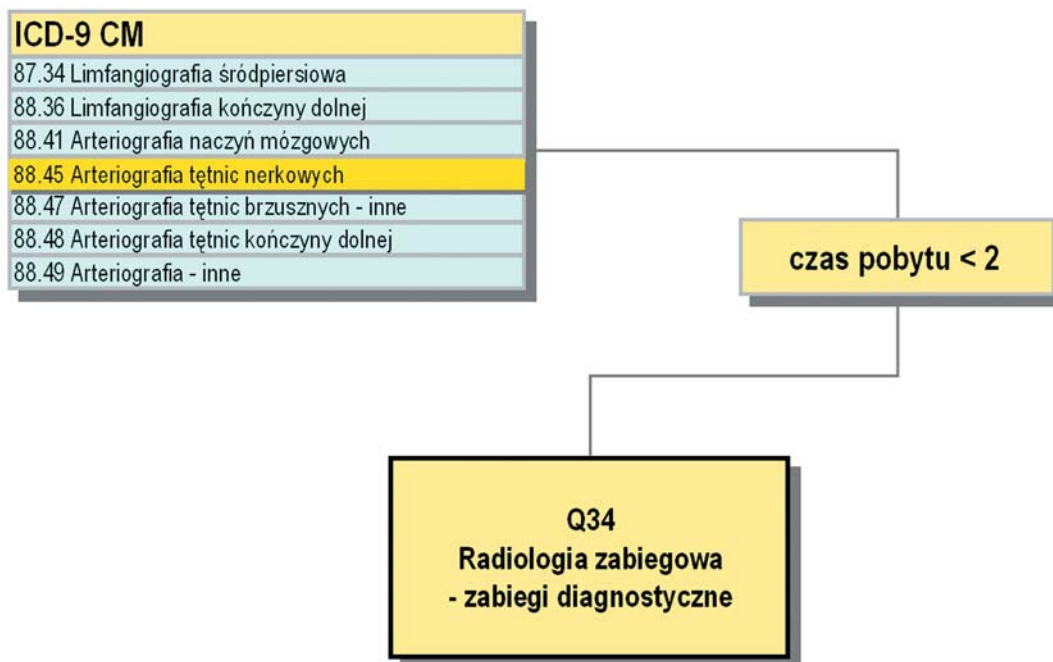
00.6 Procedury na naczyniach krwionośnych	00.64 Przeszkórne wprowadzenie stentu(-ów) do innej tętnicy przedmózgowej (zewnątrczaszkowej)	00.642 Przeszkórne wprowadzenie stentu(-ów) do tętnicy podstawnej
00.6 Procedury na naczyniach krwionośnych	00.64 Przeszkórne wprowadzenie stentu(-ów) do innej tętnicy przedmózgowej (zewnątrczaszkowej)	00.643 Przeszkórne wprowadzenie stentu(-ów) do tętnicy kręgosłupowej
	00.64 Przeszkórne wprowadzenie stentu(-ów) do innej tętnicy przedmózgowej (zewnątrczaszkowej)	nie obejmuje Angioplastyka i atektomia naczyń innych niż wieńcowe (39.50)
	00.64 Przeszkórne wprowadzenie stentu(-ów) do innej tętnicy przedmózgowej (zewnątrczaszkowej)	nie obejmuje Wprowadzenie stentów powlekanych lekiem do naczyń obwodowych (00.55)
	00.64 Przeszkórne wprowadzenie stentu(-ów) do innej tętnicy przedmózgowej (zewnątrczaszkowej)	uwagi Zawiera użycie dowolnego urządzenia zapobiegającego zatorom, urządzenia ochrony odległej, urządzenia filtrującego oraz systemu wprowadzania stentu

W przypadku procedur o niższych kategoriach, mających takie same nazwy, które są zrozumiałe, jeżeli uwzględnia się układ hierarchiczny Klasyfikacji, ze względów praktycznych dodano rozszerzenia nazwy z wyższej kategorii, aby nazwy nie powtarzały się, np.:

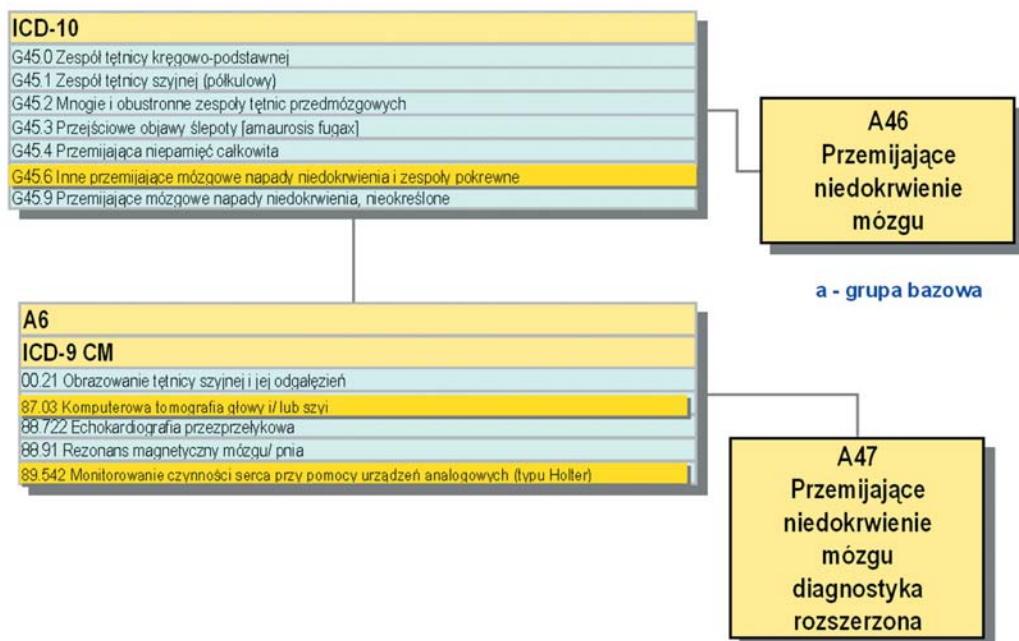
81.0 Operacyjne usztywnienie kręgosłupa	81.01 Spondylodeza szczytowo-obrotowa	81.011 Spondylodeza czaszkowo-szyjna z dojścia przedniego, tylnego lub przez jamę ustną
81.3 Powtórne operacyjne usztywnienie kręgosłupa	81.31 Powtórna spondylodeza szczytowo-obrotowa	81.311 Powtórna spondylodeza czaszkowo-szyjna z dojścia przedniego, tylnego lub przez jamę ustną

Przykłady działania warunków kierunkowych

Przykłady – warunek: b



Przykłady – warunki: a lub d



d - wymagane wskazanie rozpoznania z grupy A46 oraz dwóch procedur z listy dodatkowej A6

Przykłady – warunek: f

ICD-9 CM

06.01 Aspiracja w zakresie tarczycy
 06.09 Nacięcie w zakresie tarczycy - inne
 06.11 Zamknięta [przezskórna] [igłowa] biopsja tarczycy
 06.12 Otwarta biopsja tarczycy
 06.13 Biopsja przytarczyc
 06.31 Wycięcie zmiany tarczycy
 07.12 Otwarta biopsja nadnerczy

K3

ICD-9 CM

88.716 USG tarczycy/ przytarczyc
 92.011 Podanie jodu 131
 92.18 Scyntygrafia całego ciała
 92.19 Scyntygrafia w innych umiejscowieniach

K05

Zabiegi diagnostyczne
 tarczycy, przytarczyc,
 nadnerczy

f - wymagane wskazanie procedury z listy procedur K05 oraz procedury z listy dodatkowej K3

Przykłady – warunek: h

ICD-9 CM

00.664 Polipowyczerpanie błony śluzowej
 00.662 Aterektomia wieńcowa
 36.09 Usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej - inne

E2

ICD-9 CM

00.46 Wszczepienie dwóch stentów
 00.47 Wszczepienie trzech stentów naczyniowych
 00.48 Wszczepienie czterech lub więcej stentów naczyniowych

E3

ICD-9 CM

00.40 Zabieg na pojedynczym naczyniu
 00.41 Zabieg na dwóch naczyniach
 00.43 Zabieg na czterech lub więcej naczyniach

E24

Angioplastyka
 z implantacją
 nie mniej niż
 dwóch stentów
 lub wielonaczyniowa

h - wymagane wskazanie procedury z listy E25 oraz procedury z listy dodatkowej E2 lub E3

Przykłady – warunek: r

ICD-10
G65.0 Uciśk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w chorobach nowotworowych (C00-D48-)
G65.1 Uciśk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w zaburzeniach krążka międzykręgowego (M50-M5)
G65.2 Uciśk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w zmianach zwyrodnieniowych kręgow (M47 -)
G65.3 Uciśk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w innych (doległościach kręgosłupa) dorsopatiach (M45-M46, M48)
G65.8 Uciśk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
G69.0 Mononeuropatia cukrzycowa (E10-E14+ zwykle ze wspólnym czwartym znakiem kodu 4)
G69.8 Inne mononeuropatie w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
G63.1 Polineuropatia w chorobach nowotworowych (C00-D48+)
G63.1 Polineuropatia w chorobach nowotworowych (C00-D48-)
G63.2 Polineuropatia cukrzycowa (E10-E14+ zwykle ze wspólnym czwartym znakiem kodu 4)
G63.3 Polineuropatia w innych chorobach układu wewnątrzwydzielniczego i metabolicznego (E00-E07+, E15-E16+, E20-E34+, E70-E74)
G63.4 Polineuropatia w niedoborach żywieniowych (E40-E64-)
G63.5 Polineuropatia w układowych stanach chorobowych tkanki łącznej (M30-M35+)
G63.6 Polineuropatia w innych zaburzeniach układu kostno-mięśniowego (M20-M25+, M40-M46-)
G63.8 Polineuropatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej

A31
Choroby
nerwów
obwodowych

ICD-10
E10.4 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)
E11.4 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)
E12.4 Cukrzyca związana z niedozwoleniem (z powikłaniami neurologicznymi)
E13.4 Inne określone postaci cukrzycy (z powikłaniami neurologicznymi)
E14.4 Cukrzyca nieokreślona (z powikłaniami neurologicznymi)
G54.0 Zaburzenia splotu ramiennego
G54.1 Zaburzenia splotu łokciowo-brzołowego
G54.2 Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych szyjnych niesklasyfikowanych gdzie indziej
G54.3 Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych piersiowych niesklasyfikowanych gdzie indziej
D04.4 Skóra owłosiona głowy i szyi
G54.7 Zespół bólu fantomowego kończyny bez bólu
G54.8 Inne zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych
G54.9 Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych, nieokreślone
G56.0 Zespół cieśni nadgarstka
G56.1 Inne uszkodzenia nerwu pośrodkowego
G56.2 Uszkodzenie nerwu łokciowego
G56.3 Uszkodzenie nerwu promieniowego
G56.4 Nuzakcja

r - jako rozpoznanie współistniejące
wymagany kod z Listy Ogólnej

Przykłady – warunki: c lub l

ICD-9 CM
00.12 Podanie tlenu do szlaku
00.17 Mieszanie wazelinowe
14.24 Fotokoagulacja (laser) z zmiany naczyniówki/siatkówki
31.36 Podanie lecznicze surfaktantu
35.371 Przekłucie oszerzenie tęcznicy oknej i z zabiegiem szczytowej wewnątrzokornej
35.372 Przekłucie oszerzenie szlaczekowych osłonek wewnątrzokornej lub naczyniowo-sercowej
39.27 Arterio- i wenektomia dla dializy
39.42 Renktomia szczytowej tęcznicy-złoty dla dializy
39.43 Usunięcie szczytowej tęcznicy-silver dla dializy
39.65 Pozostawienie okluzji membranowej (ECMO)
39.951 Hemodializa
54.58 Dializa otrzewnowa
86.07 Wprowadzenie wszczepialnego dostępu do naczyń żyłowego
93.91 Przerwana wentylacja dodatkim ciśnieniem
93.95 Okluzja histerbaryczna
96.781 Opał mechaniczna wentylacja trwająca mniej niż 96 godzin
96.782 Opał mechaniczna wentylacja trwająca 96 lub więcej godzin
99.01 Transfuzja wymienna
99.22-23 Ciwinięcie z miazgi rozpraszającej
99.82 Inne rodzaje amiotektomii elektrycznej serca
99.71 Plazmafereza lecznicza
99.79 Inne lecznicze rozdzielanie i pobieranie składowi krwi

N7
ICD-10
A33.X Tęczę noworodków
B68.0 Okulopatia toksoplazmowa
B68.1 Toksoplazmowe zapalenie wnętrza (K77.0*)
B68.2 Toksoplazmowe zapalenie opon mózgowych i mózgu (G05.2*)
B68.3 Toksoplazmoza płucna (J17.3*)
B68.8 Toksoplazmoza z zajęciem innych narządów
B68.9 Toksoplazmoza, nieokreślona
J10.8 Grypa z innymi objawami wywołana zidentyfikowanym wirusem grypy
J11.8 Grypa z innymi objawami wywołana niezidentyfikowanym wirusem
P07.0 Skrajnie niska urodzeniowa masa ciała
P07.1 Inna niska urodzeniowa masa ciała
P07.2 Skrajnie wcześniactwo
P10.0 Kniwetki podwielokowate spowodowane urazem porodowym
P10.1 Kniwetki do mózgu spowodowane urazem porodowym
P10.2 Kniwetki do komorowy spowodowane urazem porodowym
P10.3 Kniwetki podskórny spowodowane urazem porodowym
P10.4 Rozdzielenie narządu mózgu spowodowane urazem porodowym
P10.8 Inne rozwarzenie struktur trójkątowych i kniwetki spowodowane urazem porodowym
P10.9 nieokreślone rozwarzenie struktury trójkątowej i kniwetki spowodowane urazem porodowym
P21.0 Ciężka zamartwica urodzeniowa
P22.0 Zespół zaburzeń oddychania noworodka

N8
ICD-10
D60.0 Płamica stercyjna
D60.1 Jak ołcowa dylatacja pMek
D60.2 Inna skazy niemiakoplazmowe
D60.3 Samotna płamica makrocyfotowa
D60.4 Inne pierwotne makrocyfotowości
D60.5 Makrocyfotowość wtórna
D60.6 Nieokreślona makrocyfotowość
D60.8 Inne określone skazy krwotoczne
D60.9 Skazy krwotoczne, nieokreślone
P28.2 Napady śliny u noworodka
P28.3 Pienotny bezdech w czasie snu u noworodka
P28.4 Inny bezdech u noworodka
P28.5 Niewydolność oddechowa noworodka
P28.6 Inne określone zaburzenia oddechowe u noworodka
P28.9 Zaburzenie oddychania u noworodka, nieokreślone
P29.1 Zaburzenia rytmu serca u noworodka
P29.2 Nadciśnienie u noworodków
P29.4 Przemijające niedotlenienie mięśnia sercowego u noworodków
P29.8 Inne zaburzenia sercowo-naczyniowe rozpoczynające się w okresie okołoporodowym
P29.9 Zaburzenie sercowo-naczyniowe rozpoczynające się w okresie okołoporodowym, nieokreślone

N22
Noworodek
wymagający
intensywnej
terapii

c - wymagane wskazanie co najmniej dwóch procedur z listy procedur
N22 oraz rozpoznania zasadniczego i współistniejącego z listy
dodatkowej N7
lub
l - wymagane wskazanie co najmniej dwóch procedur z listy procedur
N22 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej N8 i dwóch
rozpoznań współistniejących z listy dodatkowej N7

Przykłady – warunki: c lub g

ICD-9 CM
38.91 Cewnikowanie tętnic
38.93 Cewnikowanie żył - inne
89.54 Monitorowanie elektrokardiograficzne
89.652 Oksymetria
89.661 Gazometria mieszanej krwi żyłnej
89.662 pH-metria krwi płodu z owłosionej skóry głowy
93.94 Nebulizacja
93.96 Tlenoterapia - inne
99.18 Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów
99.843 Obserwacja noworodka w inkubatorze

N8
ICD-10
P08.2 Noworodek urodzony w wyliczonym terminie, nie wykazujący nadmiaru urodzeniowej masy ciała lub wielkości w stosunku do wieku płodowego
P22.1 Przemijający szybki oddech (tachypnoe) noworodka
P22.8 Inne zaburzenie oddychania noworodka
P22.9 Zespół zaburzeń oddychania noworodka, nieokreślony
P24.0 Zachłyśnięcie się smółką przez noworodka
P24.1 Zachłyśnięcie się wodami płodowymi i śluzem przez noworodka
P24.2 Zachłyśnięcie się mnią przez noworodka
P24.3 Zachłyśnięcie się mlekiem i zwróconym połamem przez noworodka
P24.8 Inne zespoły zachłyśnięcia u noworodka
P24.9 Zespół zachłyśnięcia u noworodka, nieokreślony
P28.0 Pierwotna niedodma u noworodka
P28.1 Inne i nieokreślone niedodomy u noworodka
P28.2 Napady sinicy u noworodka
P28.3 Pierwotny bezdech w czasie snu u noworodka
P28.4 Inny bezdech u noworodka
P28.5 Niewydolność oddechu noworodka
P28.8 Inne określone zaburzenia oddechu u noworodka
P28.9 Zaburzenie oddychania u noworodka, nieokreślone
P29.1 Zaburzenia rytmu serca u noworodków
P29.2 Nadośnienie u noworodków
P29.4 Przemijające niedoficzenie mięśnia sercowego u noworodków
P29.8 Inne zaburzenia sercowo-naczyniowe rozpoczynające się w okresie okołoporodowym
P29.9 Zaburzenie sercowo-naczyniowe rozpoczynające się w okresie okołoporodowym, nieokreślone
P36.0 Posocznica noworodka wywołana przez paciorkowca grupy B
P36.1 Posocznica noworodka wywołana przez inne i nieokreślone paciorkowce
P36.2 Posocznica noworodka wywołana przez gronkowca złocistego
P36.3 Posocznica noworodka wywołana przez inne i nieokreślone gronkowce
P36.4 Posocznica noworodka wywołana przez pałeczkę okrężnicy
P36.5 Posocznica noworodka wywołana przez bezłeczkowce
P36.8 Inna posocznica bakteryjna noworodka
P36.9 Posocznica wirusowa noworodka, nieokreślona

N7
ICD-10
B58.3 Tokoplazmoza płucna (H7.3*)
B58.8 Tokoplazmoza z zajęciem innych narządów
B58.9 Tokoplazmoza, nie określona
J10.8 Grypa z innymi objawami wywołana zidentyfikowanym wirusem grypy
J11.8 Grypa z innymi objawami wywołana niezidentyfikowanym wirusem
P07.0 Skrajnie niska urodzeniowa masa ciała
P07.1 Inna niska urodzeniowa masa ciała
P07.2 Skrajnie wczesniactwo
P07.3 Inne przypadki wczesniactwa
P10.0 Krwotok podwardłowy spowodowany urazem porodowym
P10.1 Krwawienie do mózgu spowodowane urazem porodowym
P10.2 Krwotok do komorowy spowodowany urazem porodowym
P10.3 Krwotok podpajęczynówkowy spowodowany urazem porodowym
P10.4 Rozdziarcie naczynia mózgu spowodowane urazem porodowym
P10.8 Inne rozzerwanie struktur śródczaszkowych i krwotok spowodowane urazem porodowym
P10.9 nie określone rozzerwanie struktur śródczaszkowej i krwotok spowodowany urazem porodowym
P21.0 Ciężka zamartwica urodzeniowa
P22.0 Zespół zaburzeń oddychania noworodka

g - wymagane wskazanie co najmniej dwóch procedur z listy procedur N23 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej N7

N23
Noworodek wymagający intensywnej opieki

lub
c - wymagane wskazanie co najmniej dwóch procedur z listy procedur N23 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej N8 i rozpoznania wspólnistniejącego z listy dodatkowej N7

Przykłady – warunek: g

ICD-9 CM
03.96 Przeskórne odnawienie powierzchni stawowej wyrostka kręgu
80.501 Nieswoiste zniszczenie krążka międzykręgowego (artroskopowo)
80.502 Nieswoiste zniszczenie krążka międzykręgowego (przeskórnie)
80.509 Nieswoiste wycięcie krążka międzykręgowego
80.511 Wycięcie dysku
80.512 Usunięcie orzepeklin i adra miążdźstewo
80.591 Zniszczenie krążka międzykręgowego -
80.592 Zniszczenie laserem krążka międzykręgowego

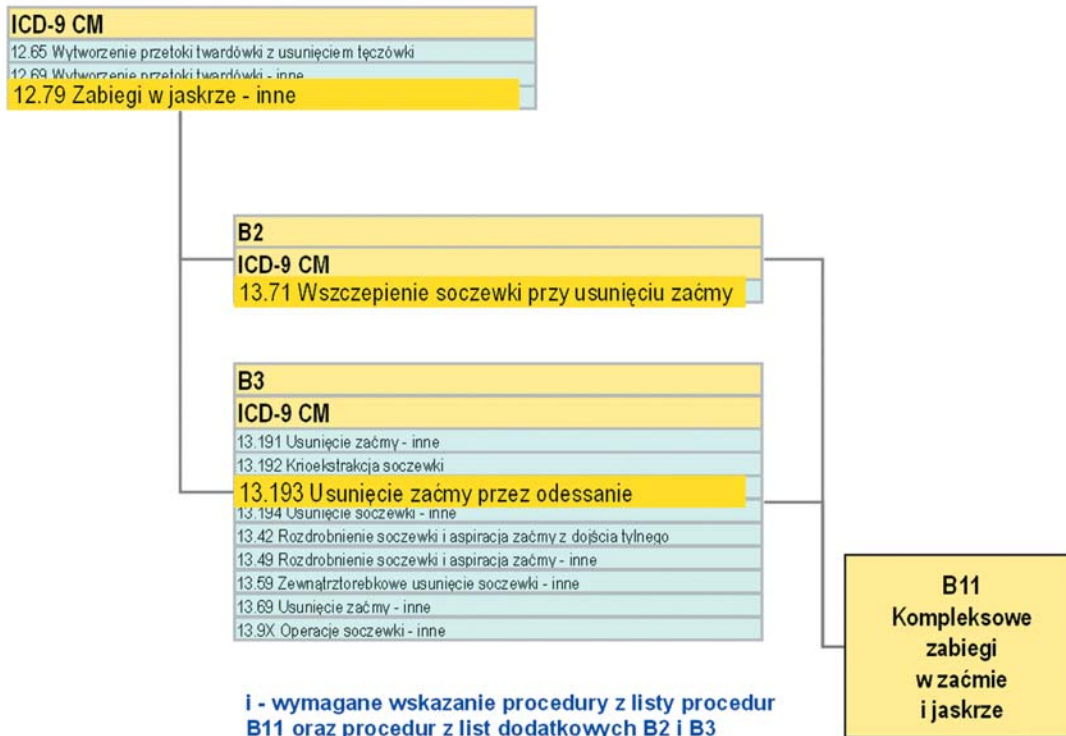
H23
ICD-9 CM
80.21 Artroskopia - bark
80.22 Artroskopia - łokieć
80.23 Artroskopia - nadgarstek
80.24 Artroskopia - ręka i palec
80.25 Artroskopia - biodro
80.26 Artroskopia - kolano
80.27 Artroskopia - kostka
80.28 Artroskopia - stopy i palec
80.29 Artroskopia - kręgosłup

H55
Zabiegi artroskopowe i przeskórne kręgosłupa

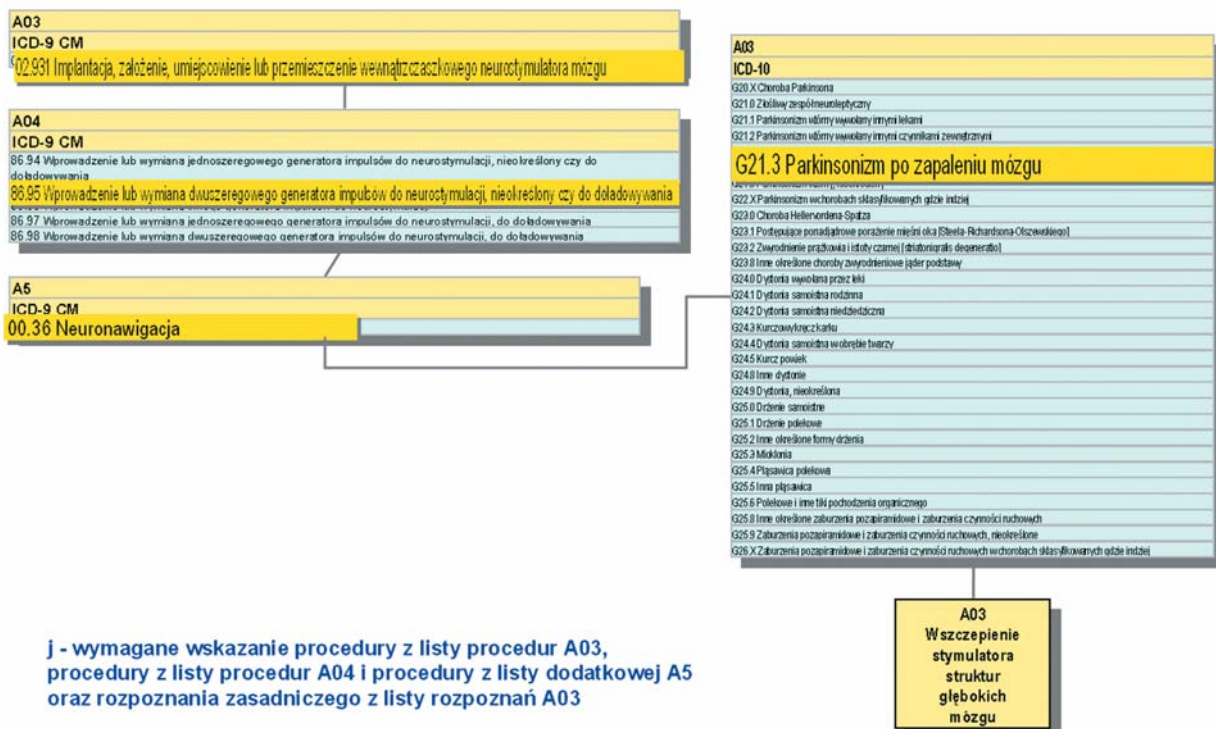
g - wymagane wskazanie procedury z listy procedur H55, procedury z listy procedur H23 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej H9

H9
ICD-10
M49.1 Zapalenie stawów kręgosłupa w przebiegu brucellozy (A23-+)
M49.2 Zapalenie stawów kręgosłupa w przebiegu infekcji bakteriami (elitowymi (A01-A04+)
M49.3 Spondylopatia w innych chorobach infekcyjnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
M49.4 Neuropatyczna spondylopatia
M49.5 Zapadnięcie kręgu w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
M49.8 Spondylopatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
M60.0 Choroba krążka międzykręgowego szynowego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (G99.2*)
M60.1 Choroba krążka międzykręgowego szynowego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych
M60.2 Inne przemieszczenia krążka międzykręgowego szynowego
M60.3 Inne zwyrodnienia krążka międzykręgowego szynowego
M60.8 Inne choroby krążka międzykręgowego szynowego
M61.0 Choroby krążków międzykręgowych ledźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (G99.2*)
M61.1 Choroby krążków międzykręgowych ledźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych
M61.2 Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego
M61.3 Inne określone zwyrodnienia krążka międzykręgowego
M61.4 Guzki Schmorla
M61.8 Inne określone choroby krążka międzykręgowego

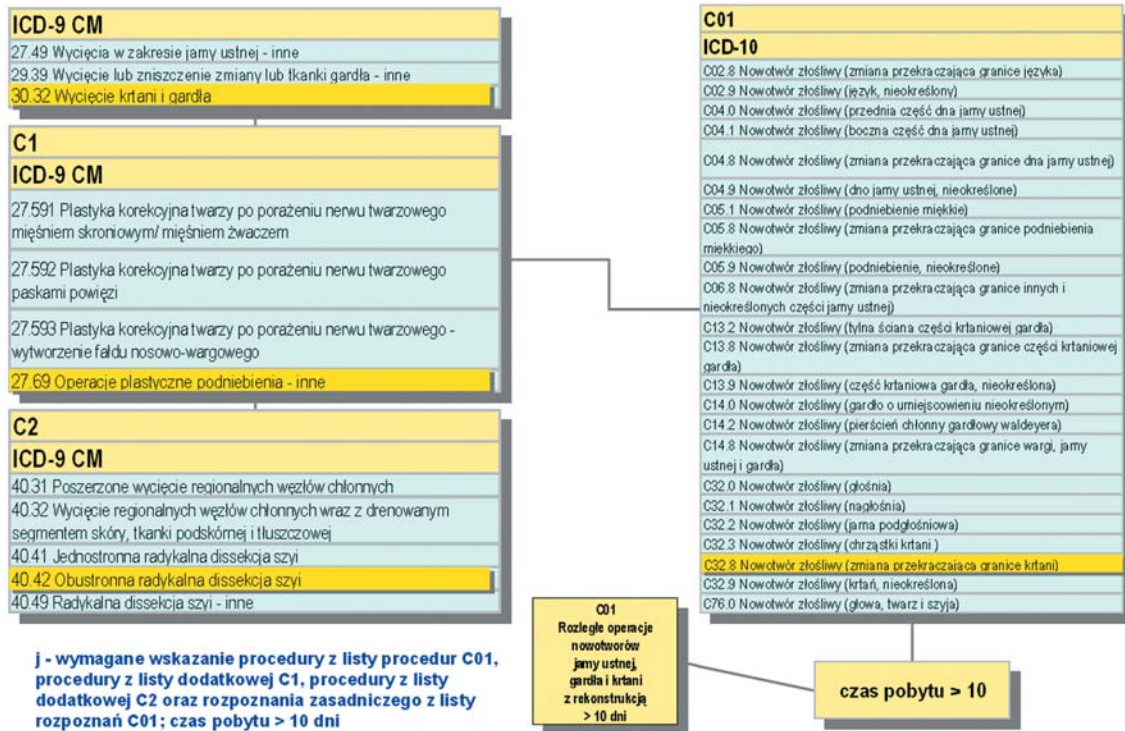
Przykłady – warunek: i



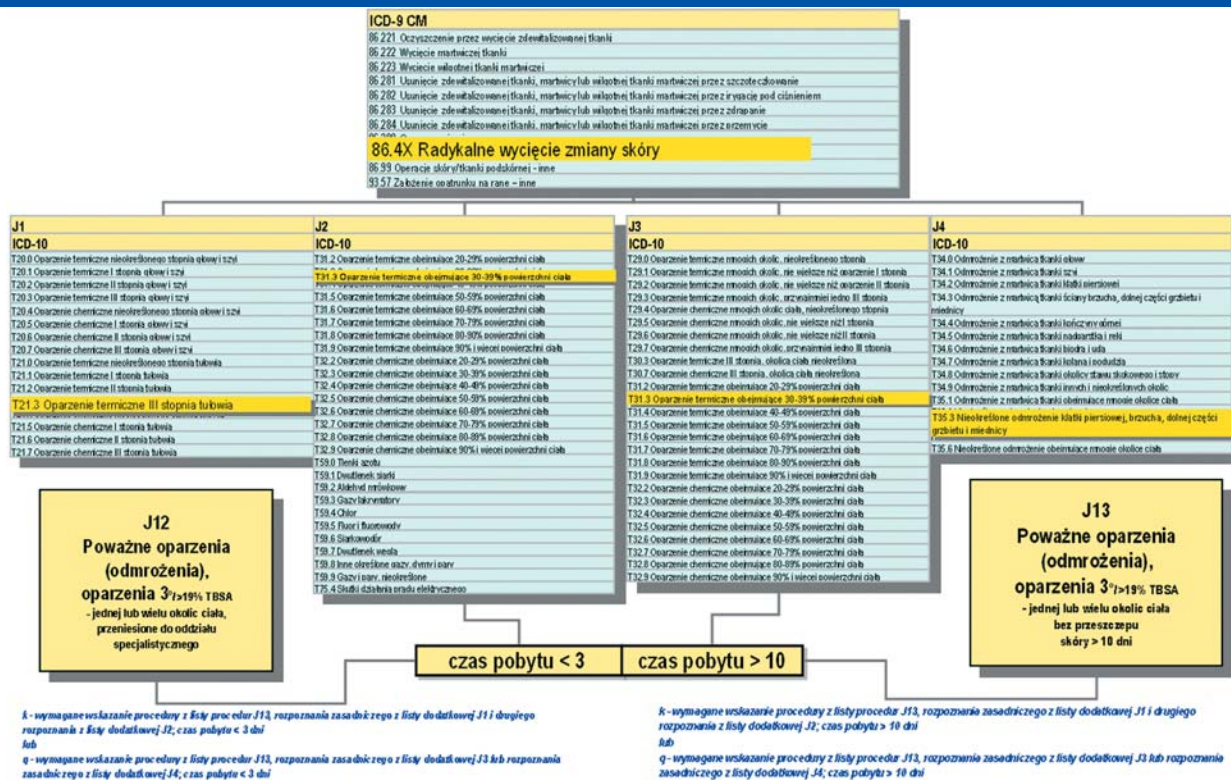
Przykłady – warunek: j



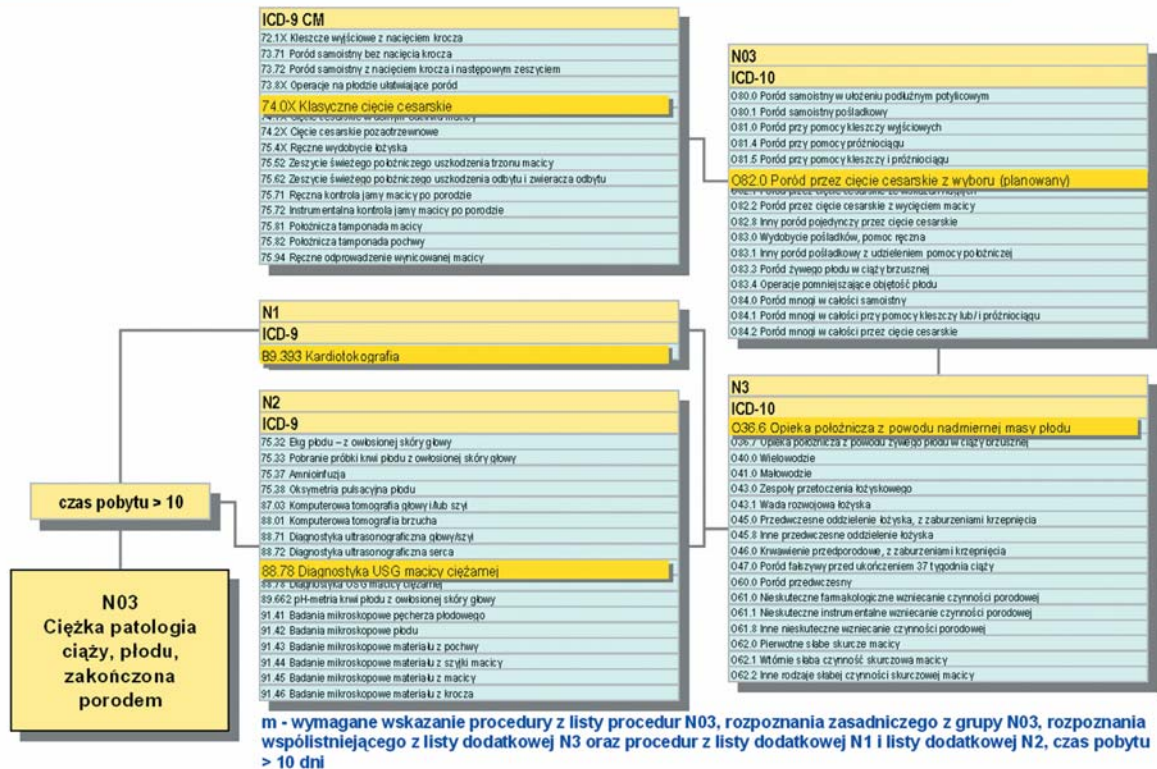
Przykłady – warunek: j



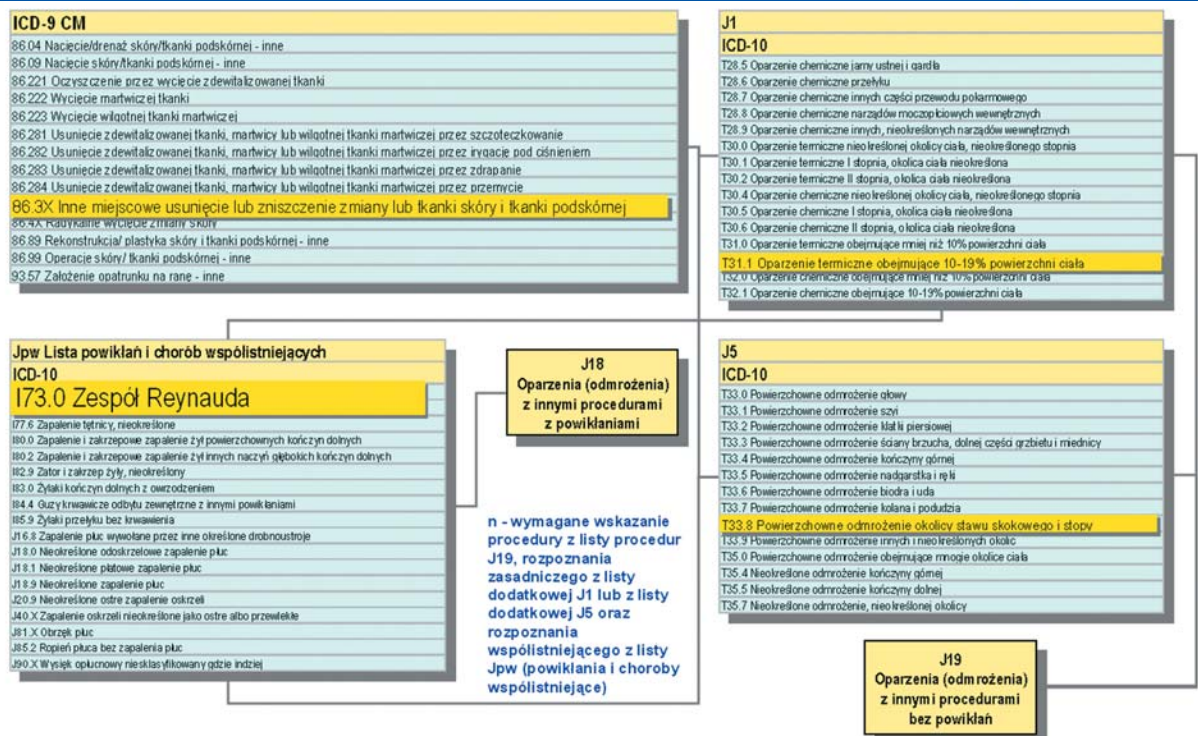
Przykłady – warunki: k lub q



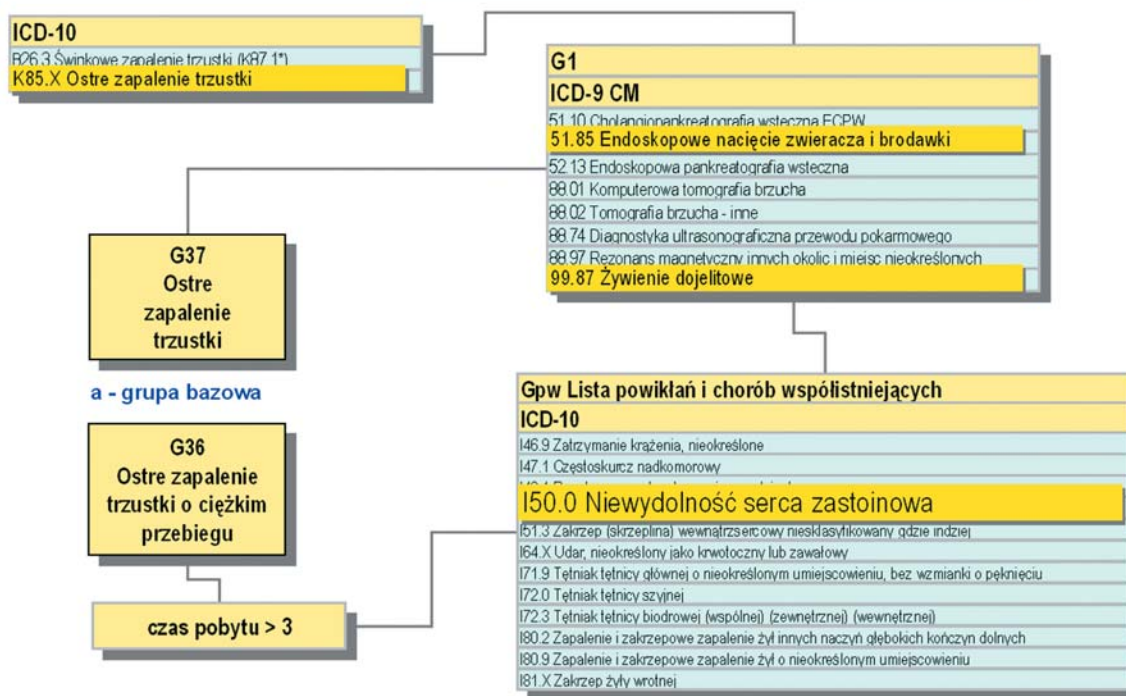
Przykłady – warunek: m



Przykłady – warunki: n lub q

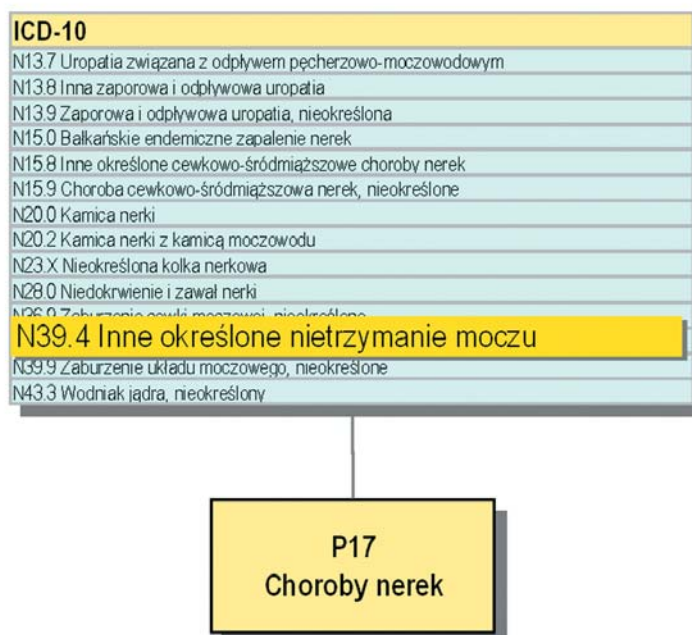


Przykłady – warunek: o



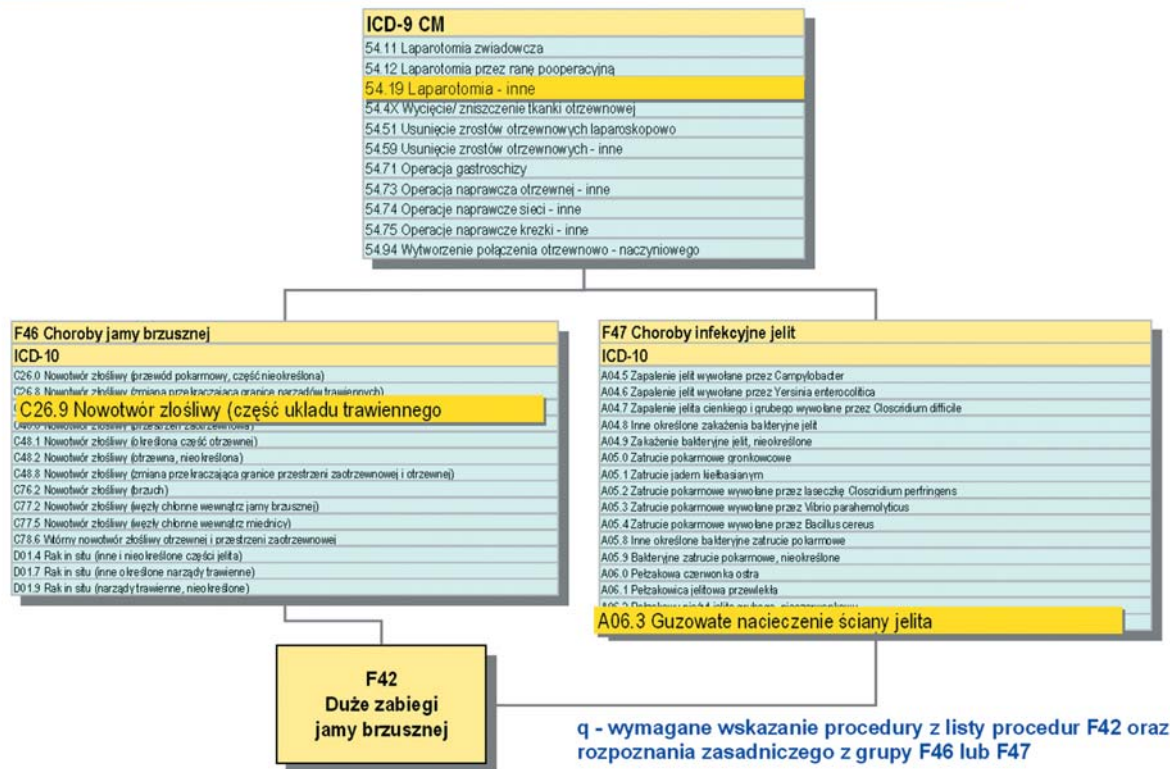
o - wymagane wskazanie rozpoznania z grupy G37 oraz dwóch procedur z listy dodatkowej G1 oraz rozpoznania współistniejącego z listy Gpw (lista powikłań i chorób współistniejących); czas pobytu > 3 dni

Przykłady – warunek: p

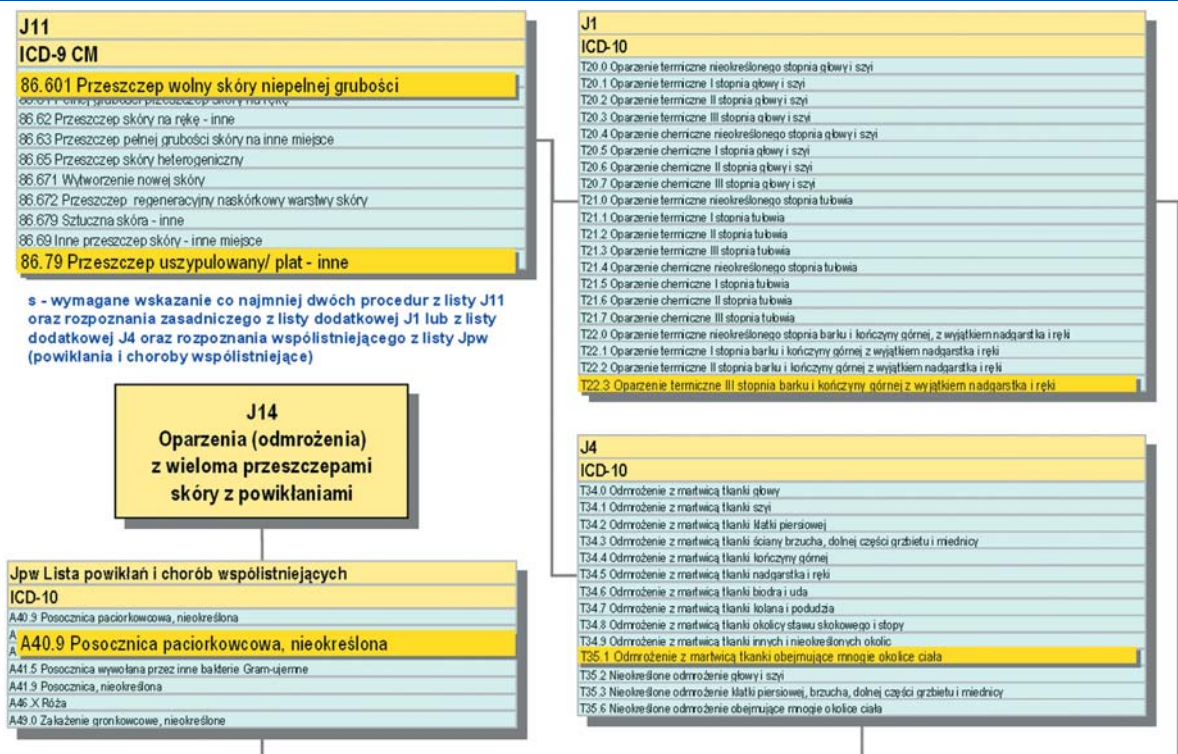


p - grupa bazowa

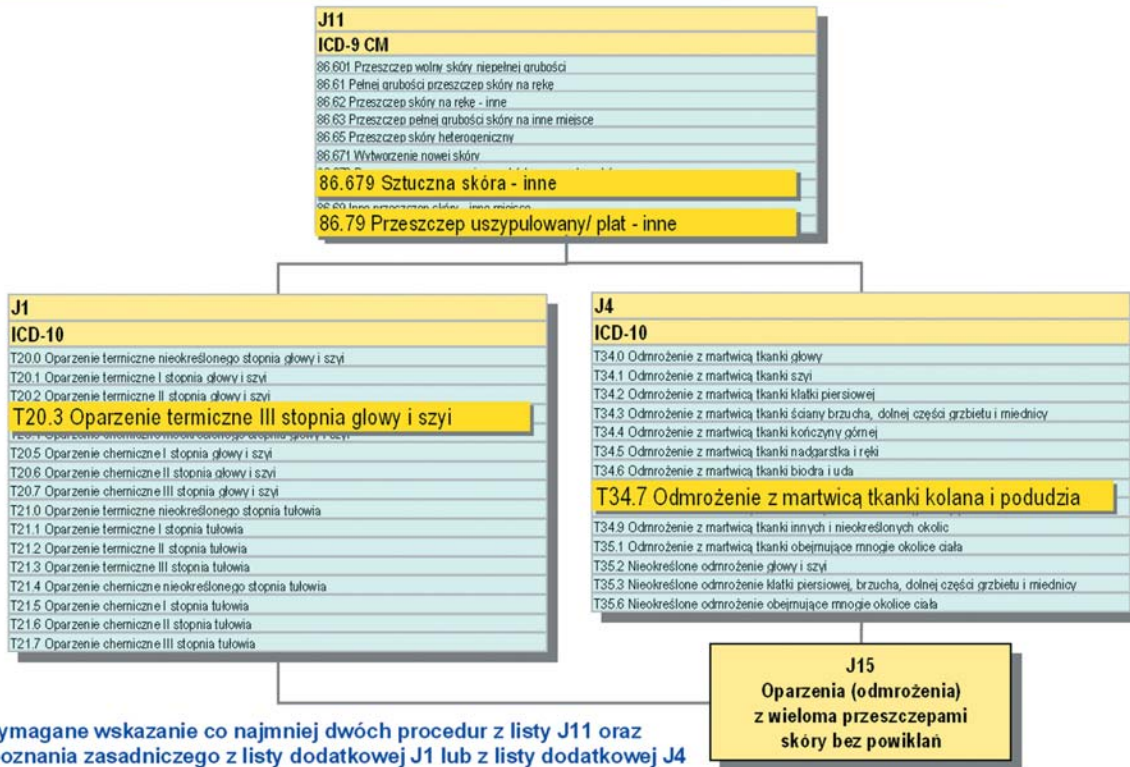
Przykłady – warunek: q



Przykłady – warunek: s

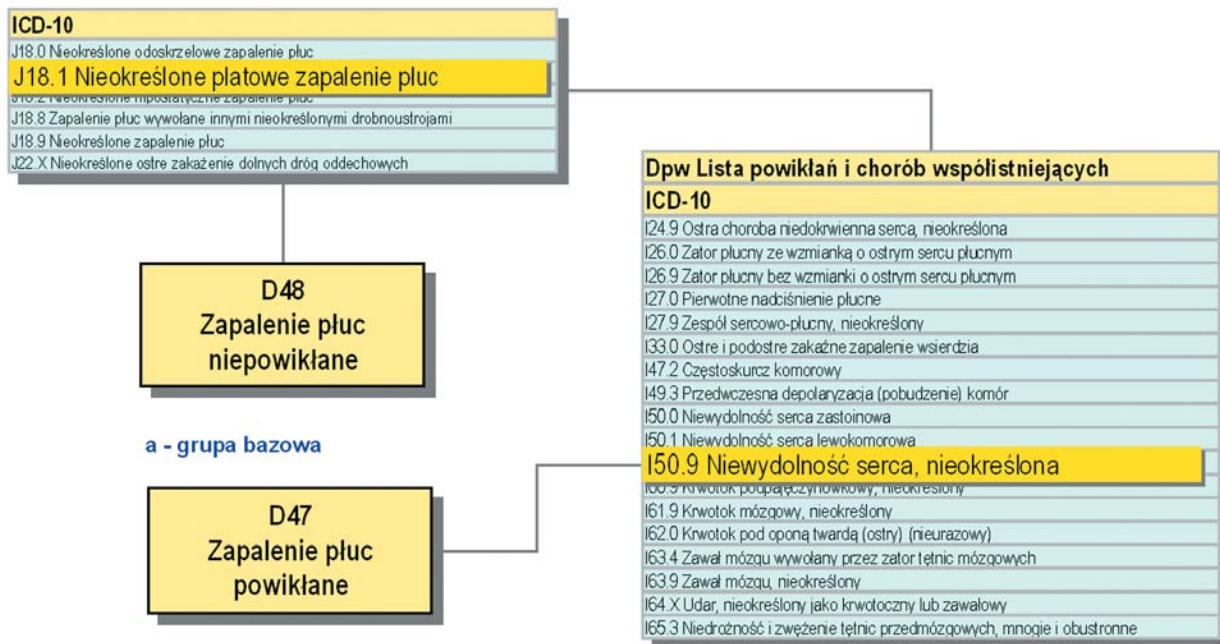


Przykłady – warunek: t



t - wymagane wskazanie co najmniej dwóch procedur z listy J11 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej J1 lub z listy dodatkowej J4

Przykłady – warunek: u



u - wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań D48 oraz rozpoznania współistniejącego z listy Dpw (powikłania i choroby współistniejące)

Przykłady – warunek: v

ICD-9 CM

51.01 Przesłoma aspiracja pęcherzyka żółciowego
 51.02 Cholecytostomia trójgrańcem
 51.04 Nacięcie pęcherzyka żółciowego - inne
 51.13 Otwarta biopsja pęcherzyka/przewodu żółciowego
 51.211 Rewizja po cholecystektomii
 51.219 Częściowa cholecystektomia - inne
 51.22 Cholecystektomia
 51.211 i inne cholecystektomia laserowa
51.239 Laparoskopowa cholecystektomia - inne
 51.234 Cholecystektomia laserowa
 51.41 Cholechodochodienocetomia w celu usunięcia kamieni
 51.42 Eksplozja przewodu żółciowego wspólnego/ usunięcie innej blokady przepływu
 51.43 Wprowadzenie drenażu do przewodu żółciowego wspólnego/ wątrobowego celem odbarczenia
 51.48 Nacięcie dróg żółciowych celem usunięcia przeszkody - inne
 51.61 Wycięcie pozostałości przewodu pęcherzykowego
 51.71 Proste szycie przewodu żółciowego wspólnego
 51.72 Płastyka przewodu żółciowego wspólnego
 51.79 Zabiegi naprawy dróg żółciowych - inne
 51.811 Rozszerzenie brodawki Vater
 51.819 Rozszerzenie zwieracza Oddiego - inne
 51.91 Zaopatrzenie rany pęcherzyka żółciowego
 51.92 Zamknięcie przetoki pęcherzyka żółciowego
 51.93 Zamknięcie przetoki żółciowej - inne

Gpw Lista powikłań i chorób współistniejących

ICD-10

K90.3 Tuszczowa biegunka trzustkowa
 K91.8 Inne pooperacyjne zaburzenia układu pokarmowego niesklasyfikowane gdzie indziej
 K91.9 Pooperacyjne zaburzenia układu pokarmowego, nieokreślone
 M4.8 Inne postacie stwardnienia układowego
 M5.8 Inne określone układowe zajęcie tkanki łącznej
 N07.8 Nefropatia dziedziczna, niesklasyfikowana gdzie indziej (nieokreślone)
 N13.3 Inne i niesklasyfikowane wodonercze
 N13.6 Roponercze
 N18.9 Przewlekła niewydolność nerek, nieokreślona
 N19.X Nieokreślona niewydolność nerek
 N39.0 Zakażenie układu moczowego w części nieokreślonej
 N39.0 Pozabiegowa niewydolność nerek
 N39.4 Pozabiegowe zrosty otrzewnej i miednicy
 R04.9 Krwotok z dróg oddechowych, nieokreślony
 T81.0 Kwatki i kłaski wkrzywki zabiegów, niesklasyfikowane gdzie indziej

T81.2 Przypadkowe przebiecie lub rozdarcie podczas zabiegu, niesklasyfikowane gdzie indziej

T86.9 Niepowodzenie i odrzut przeszczepu nieokreślonego narządu i tkanki

G25
Wycięcie pęcherzyka
żółciowego
bez powikłań
i chorób
współistniejących

a - grupa bazowa

G24
Wycięcie pęcherzyka
żółciowego z powikłaniami
i chorobami
współistniejącymi

v - wymagane wskazanie procedury z listy G25 oraz rozpoznania współistniejącego z listy Gpw (powikłania i choroby współistniejące)

Przykłady – warunek: w

ICD-9 CM

38.014 Embolia Aorty
 38.016 Embolia - Tętnic brzuszných; żółdkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; peplkowe
 38.017 Embolia - Żył brzuszných; biodrowe; wrotne; nerkowe; śledzionowe; żyła główna dolna
38.024 Trombektomia - Aorty
 38.026 Trombektomia - Tętnic brzuszných; żółdkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; peplkowe
 38.027 Trombektomia - Żył brzuszných; biodrowe; wrotne; nerkowe; śledzionowe; żyła główna dolna
 38.114 Endarterektomia z embolotomią - Aorty
 38.116 Endarterektomia z embolotomią - Tętnic brzuszných; żółdkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; peplkowe
 38.121 Endarterektomia z białą naczyńnią - Naczyń wewnętrznych; mózgowych (przednich) (rodkowych); koła Willis; tylnej tętnicy łączącej
 38.124 Endarterektomia z białą naczyńnią - Aorty
 38.126 Endarterektomia z białą naczyńnią - Tętnic brzuszných; żółdkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; peplkowe
 38.134 Endarterektomia z czasowym by-passem - Aorty
 38.136 Endarterektomia z czasowym by-passem - Tętnic brzuszných; żółdkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; peplkowe
 38.144 Endarterektomia z trombektomią - Aorty
 38.146 Endarterektomia z trombektomią - Tętnic brzuszných; żółdkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; peplkowe

Qpw Lista powikłań i chorób współistniejących

ICD-10

E10.5 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)
 E11.5 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)
 E12.5 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)
 E13.5 Inne określone postacie cukrzycy (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)
 E14.1 Cukrzyca nieokreślona (z kwasicą ketonową)
 E14.4 Cukrzyca nieokreślona (z powikłaniami neurologicznymi)
 E14.5 Cukrzyca nieokreślona (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)
 E14.7 Cukrzyca nieokreślona (z wieloma powikłaniami)
 E14.8 Cukrzyca nieokreślona (z nieokreślonymi powikłaniami)
 E14.9 Cukrzyca nieokreślona (bez powikłań)
 I70.2 Miażdżycy tętnic kończyn
 I70.9 Uogólniona i nieokreślona miażdżycy
 M31.1 Zakrzepowa mikroangiopatia
 M34.8 Inne postacie stwardnienia układowego
 M86.2 Podostre zapalenie kości i szpiku
 M86.9 Neokreślone zapalenie kości i szpiku
 M87.9 Neokreślona martwica kości

T81.8 Inne powikłania zabiegów, niesklasyfikowane gdzie indziej

Q2

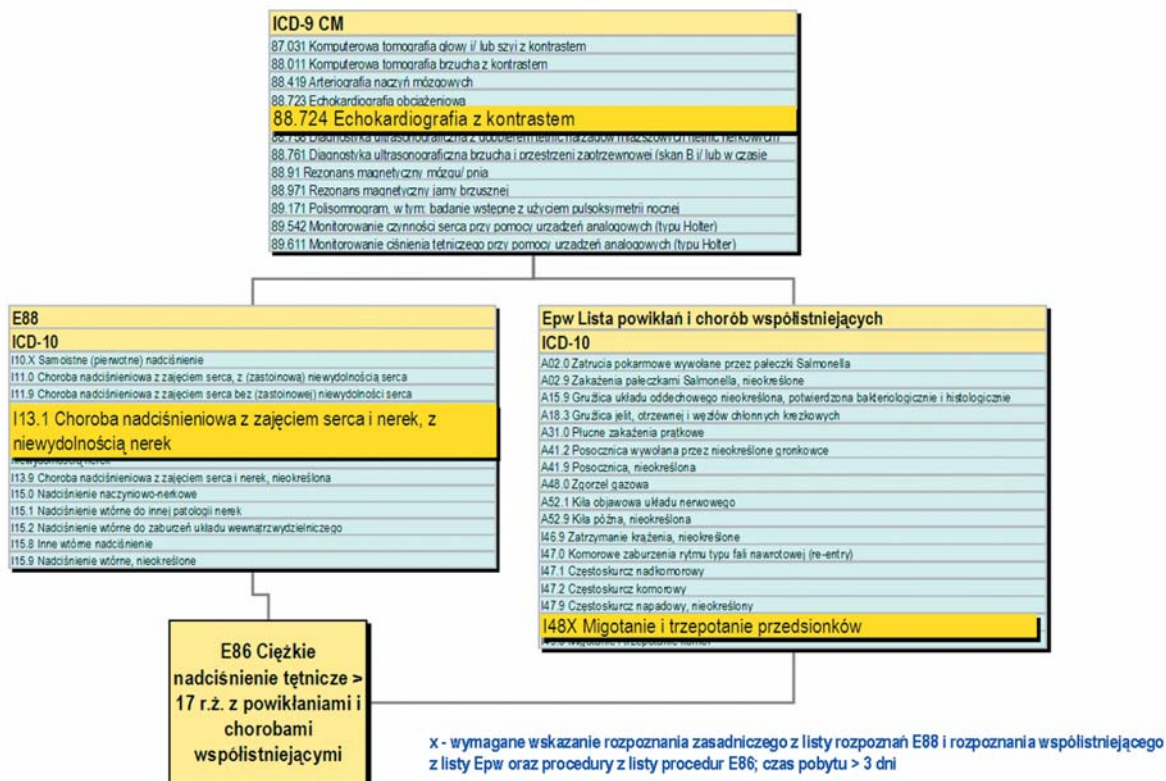
ICD-9 CM

39.491 Usunięcie zakrzepu z wszczepu
 39.492 Rewizja z zespolenia naczyniowego
39.493 Rewizja uprzedniego zabiegu naczyniowego
 39.594 Operacja tętnika dolnej kończyny

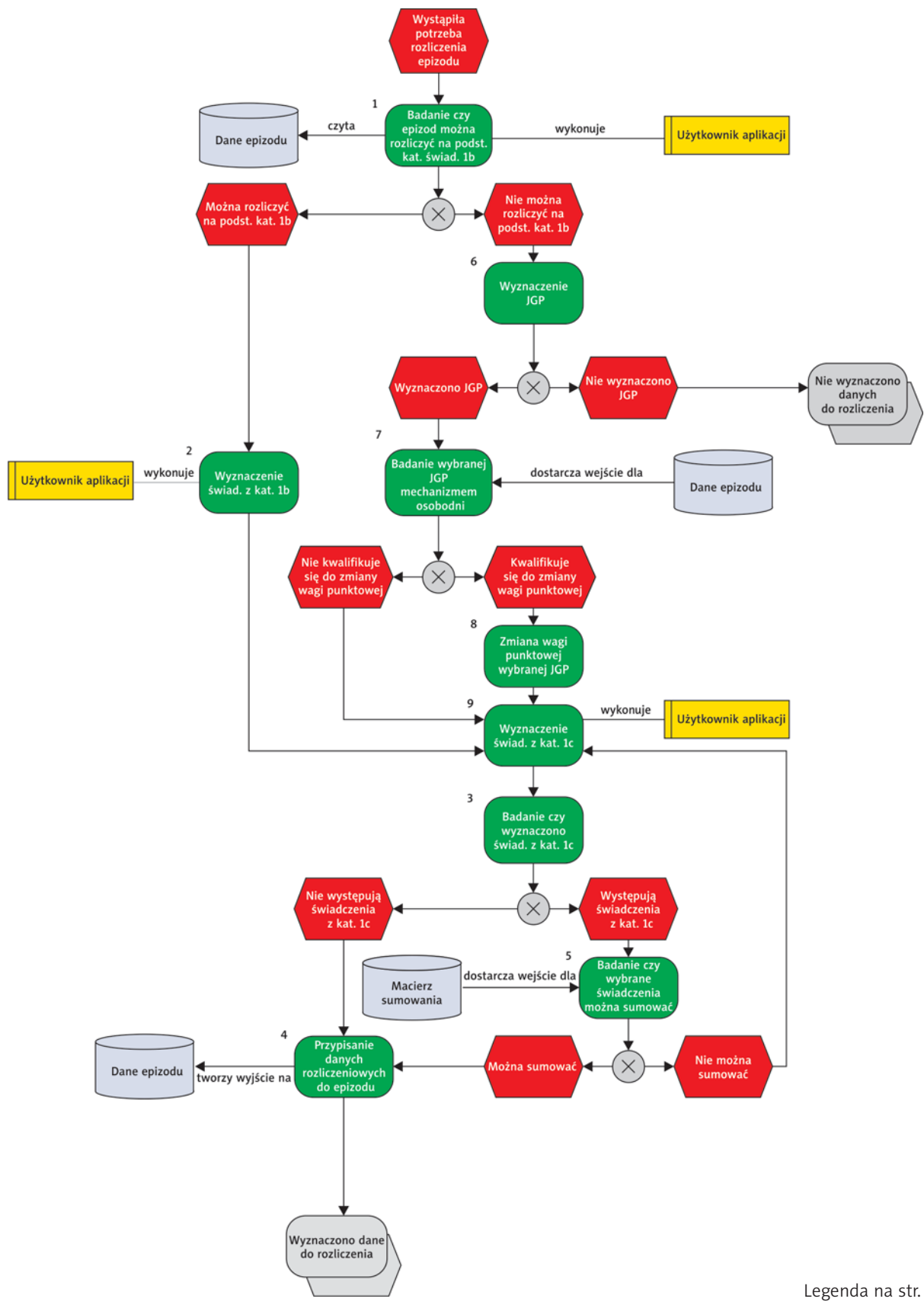
Q02
Zabiegi naczyniowe
w obszarze brzuszny
z powikłaniami lub
chorobami współistniejącymi
i reoperacje

w - wymagane wskazanie procedury z listy procedur Q02, rozpoznania zasadniczego z listy Qpw lub procedury z listy dodatkowej Q2

Przykłady – warunek: x

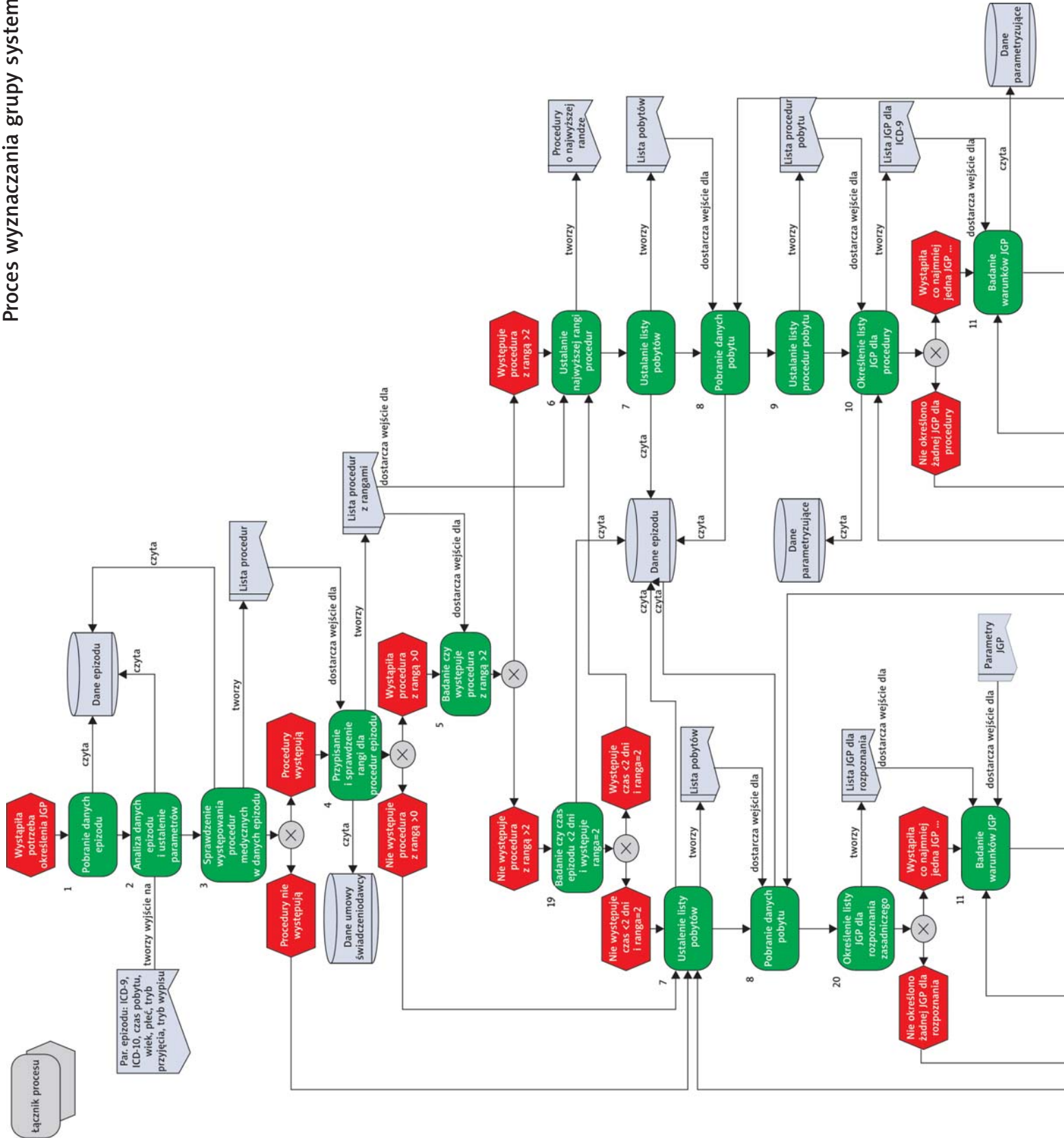


Proces wyznaczania danych do rozliczenia epizodu

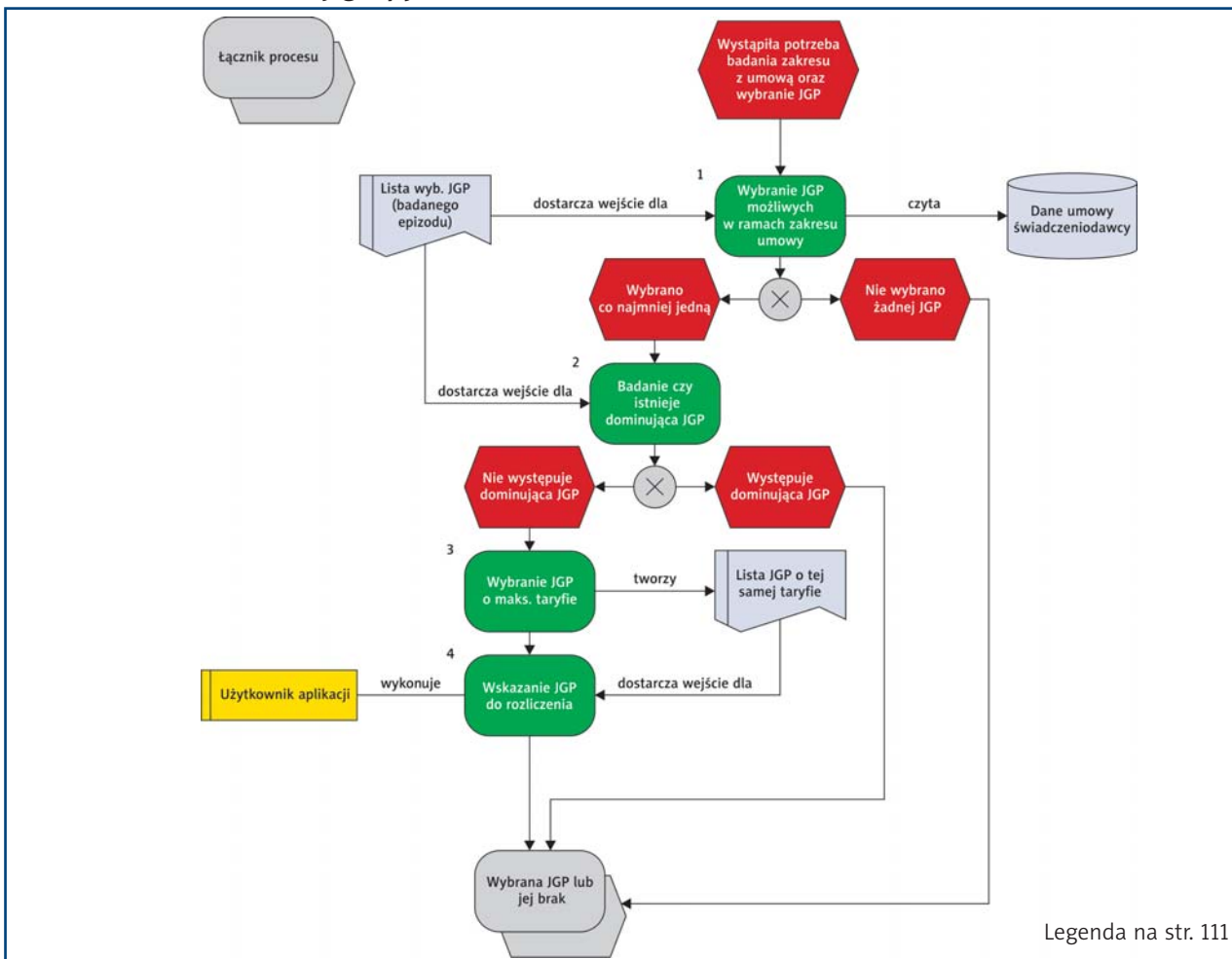


Legenda na str. 111

Proces wyznaczania grupy systemu JGP

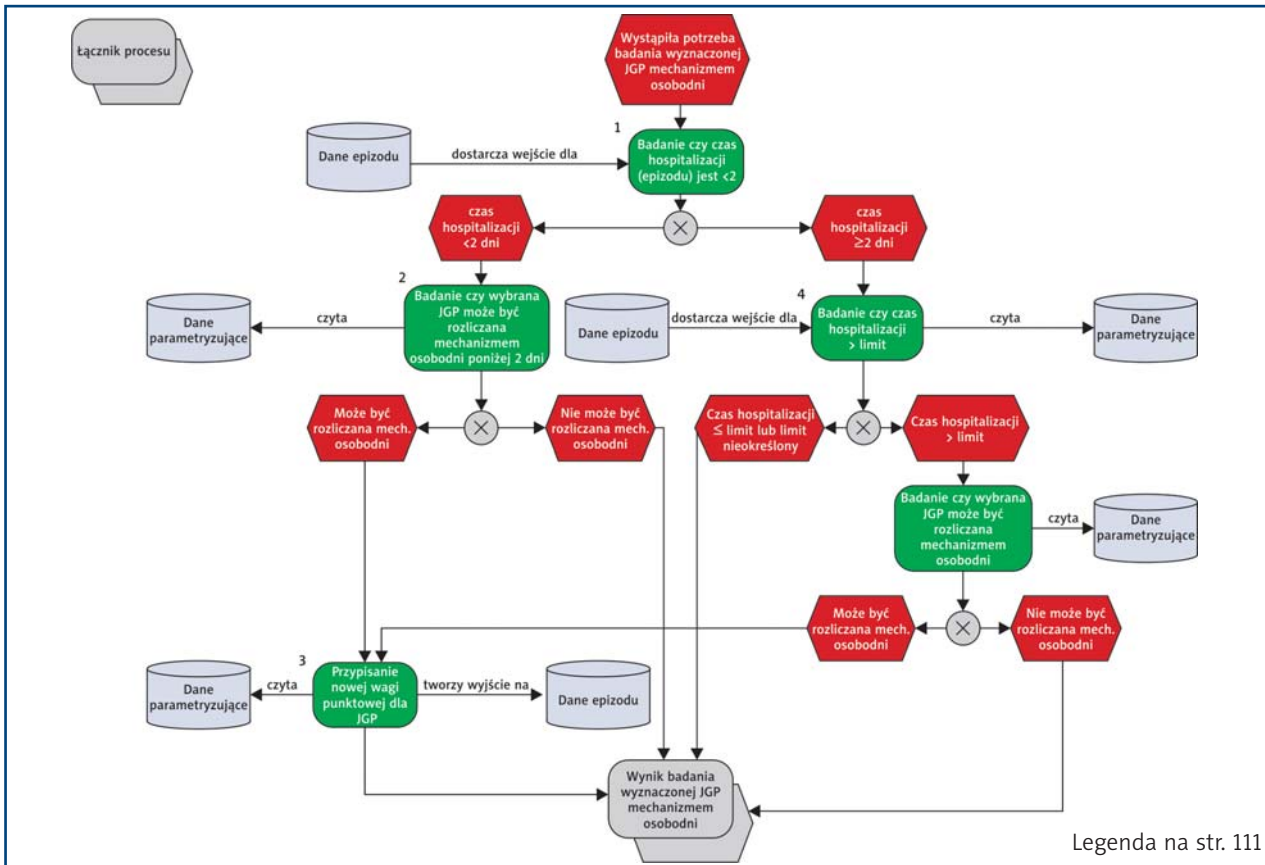


Ustalenia rozliczeniowej grupy JGP



Legenda na str. 111

Proces mechanizmu osobodni



Legenda na str. 111

Legenda



Zdarzenie



Funkcja



Tabela lub zmienna



Funkcja danych



Zakończenie lub łącznik procesu



Alternatywa wykluczająca [XOR - ALBO] - tylko jedno z działań może być podjęte/tylko jedno zdarzenie może mieć miejsce



Koniunkcja [AND - I] - jednocześnie muszą wystąpić wszystkie warunki



Alternatywa [OR – LUB] – jedna lub wiele czynności może być wykonanych/zdarzeń wystąpić