

JEDNORODNE GRUPY PACJENTÓW

materiał szkoleniowy

wersja 3.1



TEMATY

(kliknij odpowiednią pozycję)

1. Ogólne informacje o systemie Jednorodnych Grup Pacjentów

1a Przesłanki wprowadzenia JGP

1b Zarys historii systemu JGP

1c Konsultacje merytoryczne projektu JGP

2. Podstawowe zasady systemu JGP

3. Opis budowy JGP

4. Opis sposobu ustalania taryf i mechanizmów finansowania dla pierwszej edycji JGP

5. Dodatkowe informacji o systemie JGP aktualnej wersji

6. Opis zasad grupowania w systemie JGP

7. Zarządzanie rozwojem systemu JGP

8. Zasady kodowania przyczyn hospitalizacji

UWAGA !

Niniejsza prezentacja ilustruje treści zawarte w projekcie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, z dnia 5 maja 2008 roku (zwane dalej projektem zarządzenia szpitalnego).

W celu uzyskania pełnej informacji prezentację należy analizować łącznie z załącznikami zarządzenia, w szczególności:

„Charakterystyka grup” – załącznik nr 9,
„Katalog grup” – załącznik nr 1a

Tematy poruszane w prezentacji będą przedmiotem szkoleń świadczeniodawców, które odbędą się we wszystkich oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w drugiej połowie maja 2008 r.

Wykorzystanie niniejszej prezentacji w całości lub w części do celów komercyjnych wymaga podania źródła

1. Ogólne informacje o systemie Jednorodnych Grup Pacjentów



1a Przesłanki wprowadzenia JGP

- Wady obecnego systemu:
 - brak skutecznej metody zarządzania katalogiem świadczeń szpitalnych
 - widoczne i narastające odchodzenie od pierwotnych założeń:
 - nadużywanie tzw. „sumowania”
 - tendencja rozdrobnienia i rozbudowy katalogu (liczne pozycje „martwe”, nazwy świadczeń niezrozumiałe i wymagające ciągłych interpretacji)
 - brak związku z podstawowymi klasyfikacjami (ICD-10, ICD-9 CM)

- Wady obecnego systemu cd.:
 - uzgodnieniowy tryb wyceny pozycji w katalogu:
 - podatność na lobbing – mechanizm corocznego „przeciągania liny”
 - brak kosztowych podstaw wyceny
 - nieefektywne rozliczenie, bardzo wysokie wskaźniki nadużyć (sięgające 15% w reprezentatywnych ogólnopolskich kontrolach), wymagające nieustannej kontroli dokumentacji:
 - „a’ la carte” (wybór korzystnych finansowo pozycji z katalogu)
 - „billing” (sumowanie pozycji w rozliczeniu)
 - komplikacja systemu: wzrost kosztów operacyjnych, korzyści odnoszone przez „przedsiębiorczych” powodują narastającą erozję systemu rozliczeń szpitalnych

- Oczekiwania wobec „nowego” systemu:
 - jednoznaczność definicji i opisu świadczenia
 - uproszczenie zasad i zmniejszenie liczby pozycji katalogowych
 - powiązanie finansowania z kosztami wytworzenia
 - ograniczenie możliwości oderwania rozliczeń finansowych od faktycznie realizowanej terapii
 - konieczność stosowania klasyfikatorów (ICD-10, ICD-9 CM) do celów statystycznych i modyfikacji systemu rozliczeń

- Dlaczego system JGP spełnia te oczekiwania:
 - zweryfikowane podstawy teoretyczne
 - model praktycznie sprawdzony w wielu krajach
 - elastyczność rozwiązania – możliwość dostosowania do:
 - różnych klasyfikatorów
 - różnych systemów finansowania szpitali (za usługę, budżet globalny i inne)
 - system kompatybilny z rachunkiem kosztów, w którym pacjent jest „nośnikiem kosztów”

1b Zarys historii systemu JGP

Robert B. Fetter (twórca systemu)– **Uniwersytet w Yale**

*Pierwszy system case-mix, w oryginalnej wersji nazwany **Diagnosis Related Groups (DRG)** – w polskim tłumaczeniu **Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP)***

HCFA-DRG

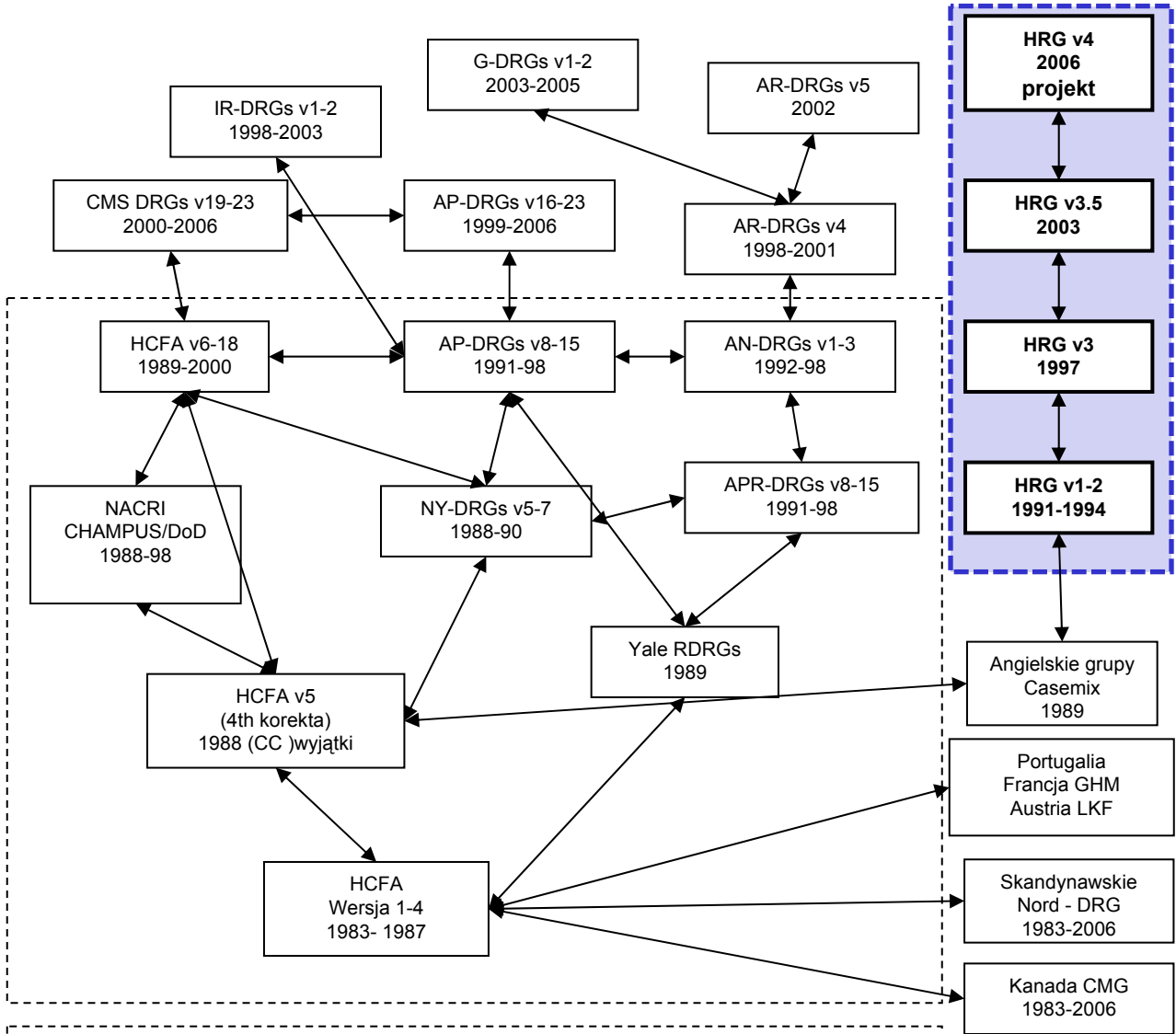
Health Care Financing Administration – 1983

Pierwszy system DRG, zawierał 470 grup opartych na:

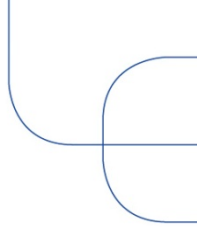
- danych klinicznych (rozpoznanie, procedura)
- danych demograficznych (wiek, płeć)
- zużyciu zasobów (koszty, czas pobytu)

HCFA-DRG stanowi początek 25 letniej drogi rozwoju systemów DRG

Międzynarodowy rozwój DRG



Adapted from Fetter R (1999) Casemix Classification Systems, Australian Health Review vol 22 no 2



Krótką charakterystyka wybranych systemów DRG

R-DRG (Refined-DRG)

Wprowadzono wtórne rozpoznania dotyczące powikłań i chorób współistniejących (pw) w postaci następujących kategorii: bez pw, umiarkowane pw, poważne pw, zagrażające pw.

AP-DRG (All Patient - DRG)

Uwzględniono dodatkowe grupy obejmujące: noworodki, zakażenia HIV, urazy wielonarządowe, przeszczepy, ostre białaczki, choroby żywieniowe, długotrwałą wentylację.

APR-DRG (All Patient Refined-DRG)

W metodyce grupowania dodatkowo uwzględniono częstość występowania poszczególnych przypadków oraz ryzyko zgonu.

IR-DRG (International Refined-DRG)

Uwzględniono możliwość zastosowania różnych systemów kodowania.

Systemy klasyfikacji pacjentów (PCS) w wybranych krajach Unii Europejskiej

kraj	PCS	kody rozpoznai	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 (Czech)
Dania	Nord-DRG, Dk-DRG	ICD-10	NCSP
Finlandia	Nord-DRG	ICD-10	NCSP
Francja	GHM, EfP	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	CVV
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 (Romanian)
Hiszpania	HCFA-DRG	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Szwecja	Nord-DRG	ICD-10	NCSP
Szwajcaria	AP-DRG	ICD-10	ICD-9-CM

Grupy JGP w ginekologii i położnictwie w Łódzkiej Kasie Chorych w 1999 roku, opracowane na podstawie danych o kosztach leczenia pacjentek z 10 szpitali z województwa warmińsko-mazurskiego,

Wdrożenie systemu JGP do rozliczeń świadczeń szpitalnych w Dolnośląskiej i Podkarpackiej Kasie Chorych w latach 1999-2003,

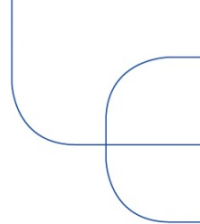
Projekt adaptacji austriackiego systemu LKF zrealizowany w ramach projektu Banku Światowego w latach 2000-2002.

Źródła informacji o systemie HRG (Healthcare Resource Groups):

- doświadczenia zebrane w trakcie trwania projektu VITAPOL – komponent 3: „Przegląd polskiego systemu ustalania kosztów w opiece zdrowotnej” – umowa twinningowa realizowana przez brytyjskich ekspertów,
- HRG to obszar publiczny – jawny i powszechnie dostępny (www.ic.nhs.uk/casemix).

Model HRG (Wielka Brytania), jako punkt wyjścia dla projektu polskiego systemu JGP posiadał liczne zalety:

- wieloletnia baza statystyczna,
- weryfikowane corocznie koszty świadczeń,
- akceptacja środowiska medycznego w Wielkiej Brytanii,
- sprawdzony model grupowania świadczeń,
- system publiczny.



Jednocześnie ujawniły się wady HRG:

- odrębny system klasyfikacji procedur (OPCS), co wymagało czasochłonnej translacji na klasyfikację ICD-9 CM,
- wyraźne różnice w relacjach cenowych, dostosowanie do polskiego modelu finansowania musi być stopniowe, ewolucyjne, wymaga krajowej weryfikacji kosztów świadczeń,
- powszechne przekonanie polskiego środowiska medycznego, że „brytyjski system ochrony zdrowia jest najgorszy” – choć argumenty (kolejki, brak personelu) nie mają związku z narzędziem rozliczeniowym.

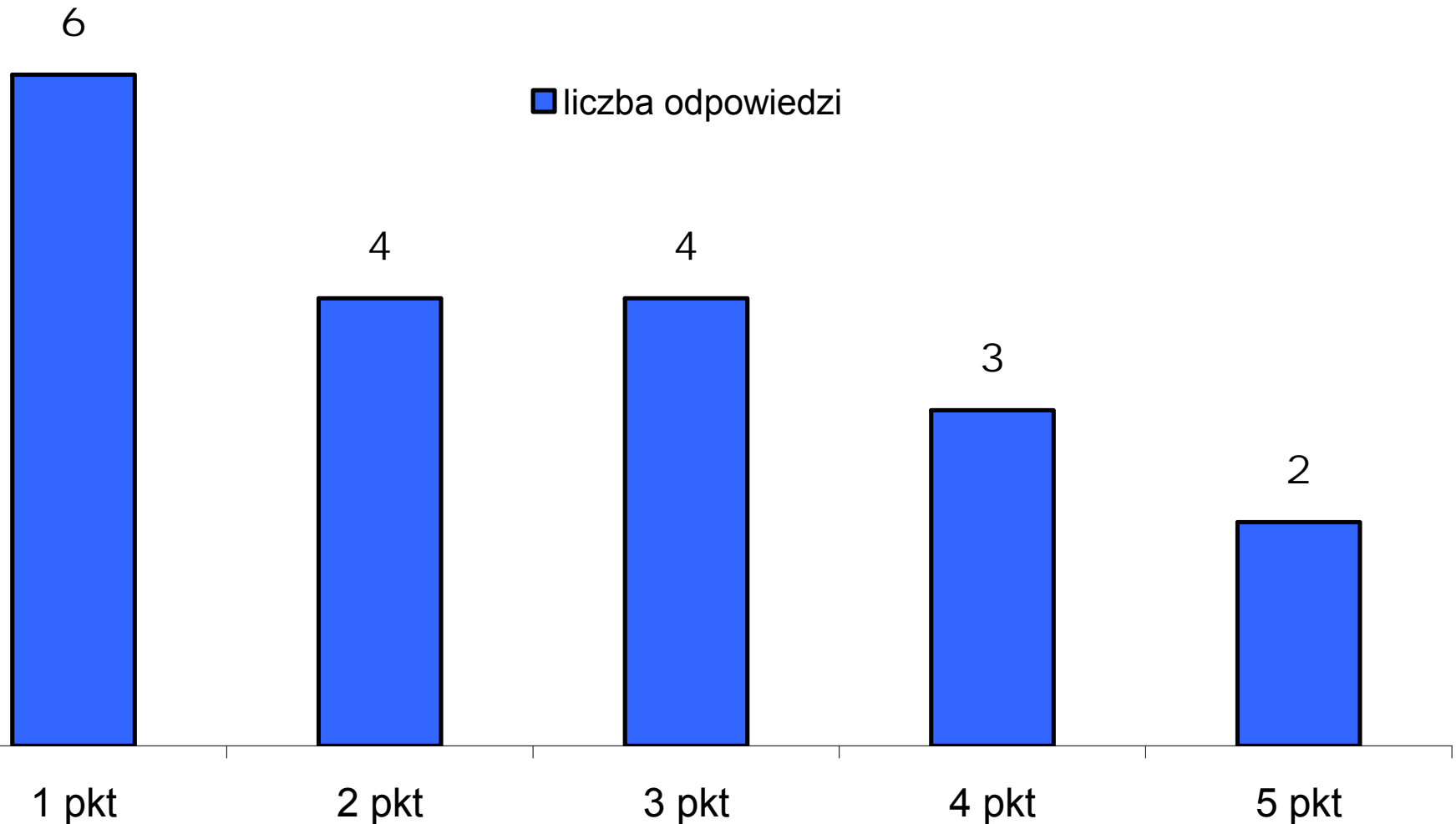
1c Konsultacje merytoryczne projektu JGP

- Proces tworzenia polskiego JGP był przedmiotem szerokiej konsultacji w środowisku konsultantów krajowych w okresie od września 2007 do maja 2008
- Publikacja projektu zarządzenia szpitalnego, zawierającego uzgodnione zmiany w stosunku do pierwszego projektu z sierpnia 2007, poprzedziło 51 spotkań z 34 konsultantami krajowymi (w większości przypadków były to grupy robocze lub zespoły konsultanta krajowego)
- Przebieg i efekty procesu konsultacji są przedmiotem odrębnego badania ankietowego, którego pytania skierowano do konsultantów krajowych – w kolejnych slajdach prezentujemy wstępne wyniki (stan na dzień 30.04.2008, 19 respondentów zwróciło wypełnione ankiety)

Konsultacje merytoryczne projektu JGP

Wyniki badania ankietowego (stan na dzień 30.04.2008)

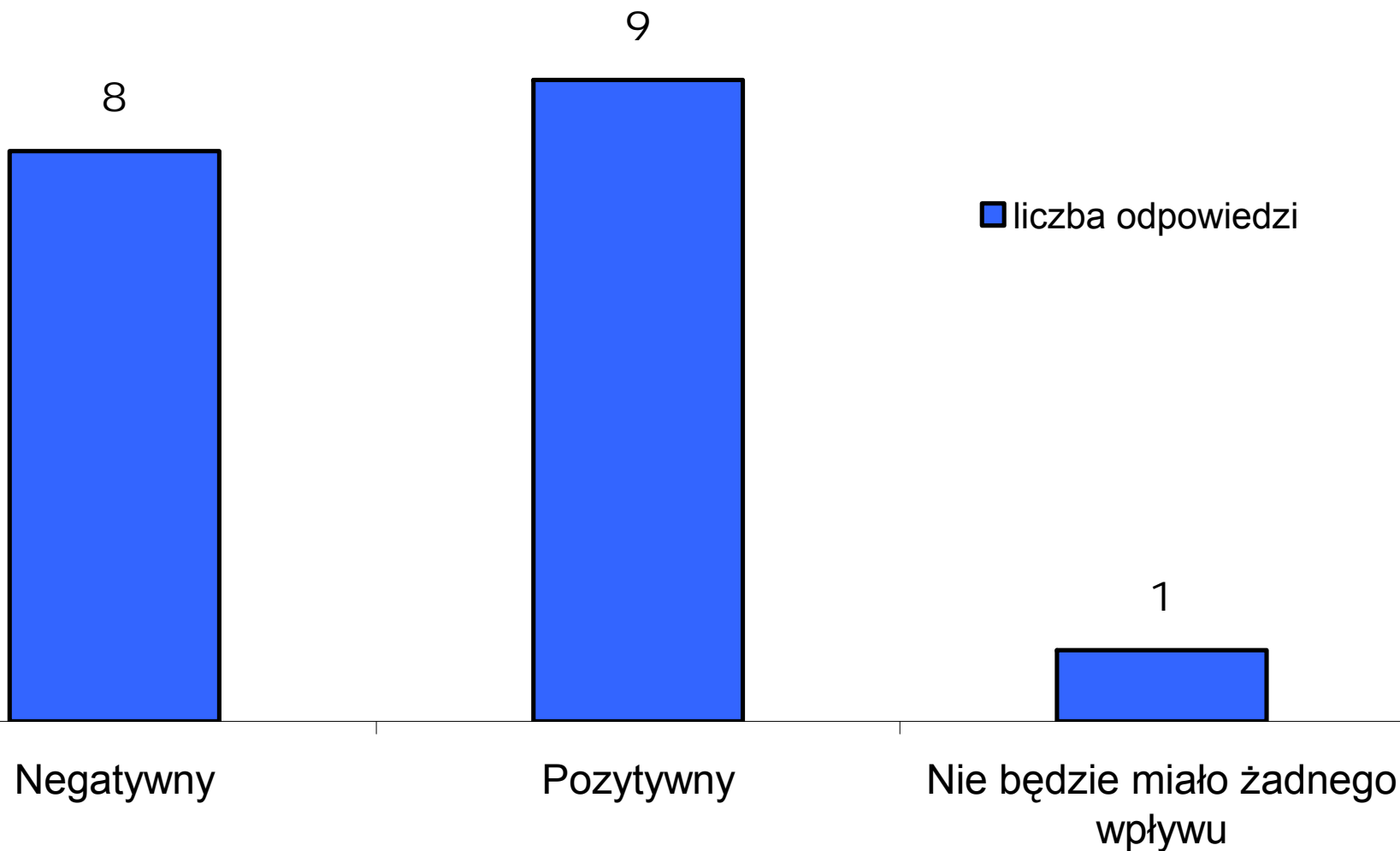
Jaka była, w skali od 1 do 5, Pani/ Pana ocena pierwszego projektu systemu Jednorodnych Grup Pacjentów?



Konsultacje merytoryczne projektu JGP

Wyniki badania ankietowego (stan na dzień 30.04.2008)

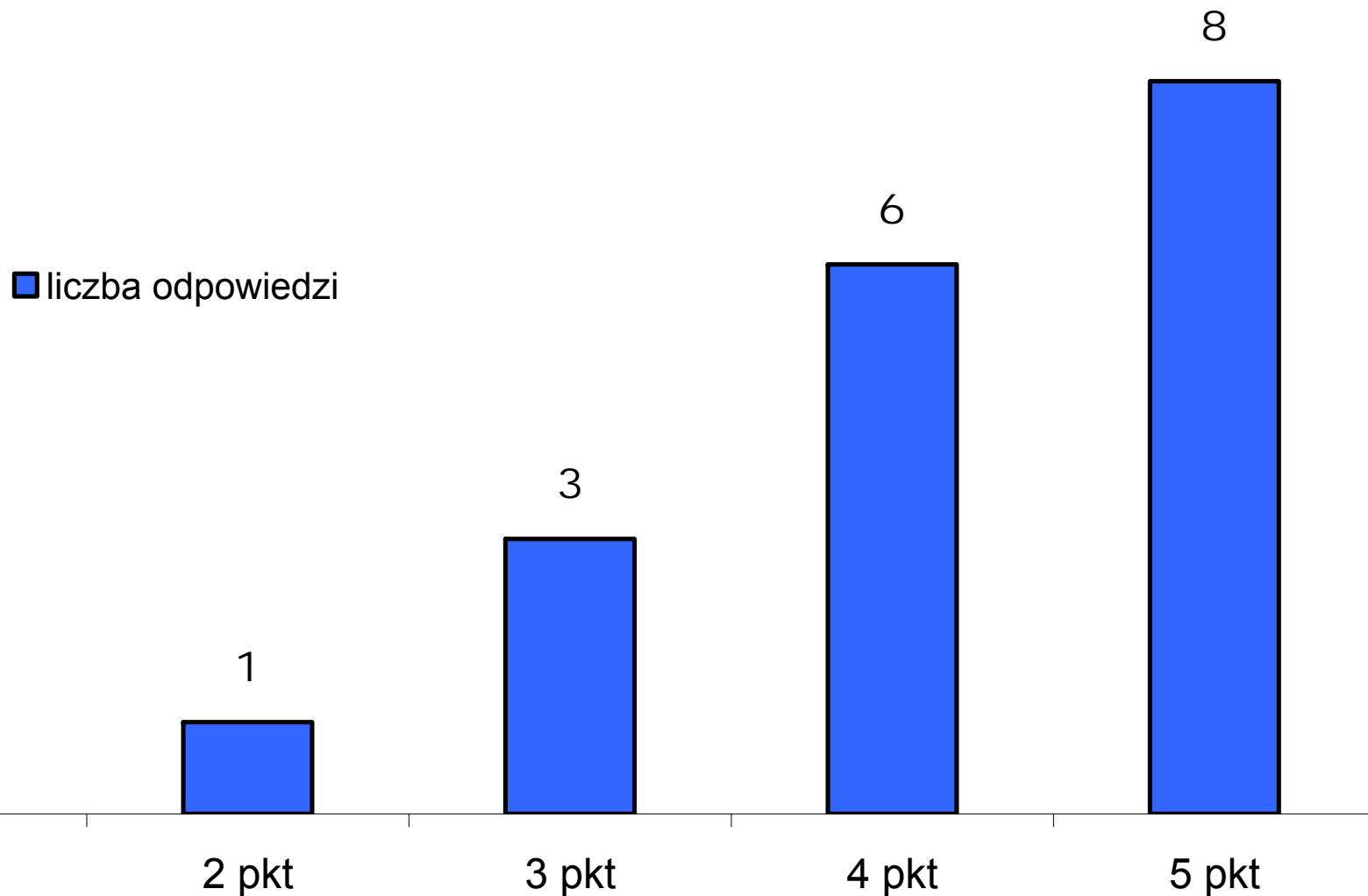
Jaki wpływ, w Pani/ Pana ocenie, będzie miało wprowadzenie systemu JGP na zmianę organizacji i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne?



Konsultacje merytoryczne projektu JGP

Wyniki badania ankietowego (stan na dzień 30.04.2008)

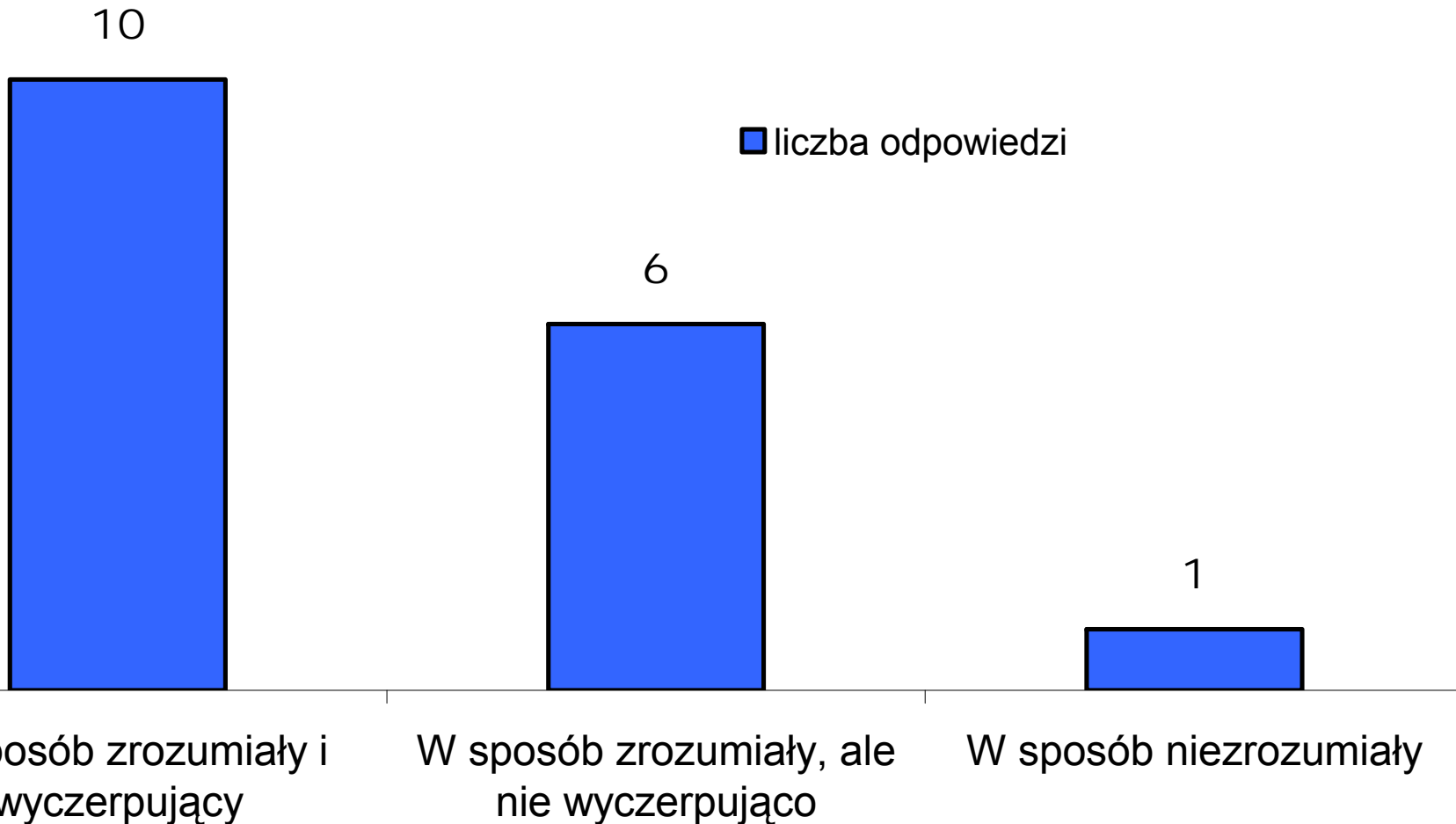
Jak, w skali od 1 do 5, ocenia Pani/ Pan przebieg spotkania/ spotkań z przedstawicielami Centrali NFZ oraz ustaleń podjętych w trakcie tego spotkania/ spotkań?



Konsultacje merytoryczne projektu JGP

Wyniki badania ankietowego (stan na dzień 30.04.2008)

Czy idea, zasada funkcjonowania oraz sposób konstrukcji JGP przedstawione w trakcie Pani/ Pana spotkania w pracownikami Centrali NFZ zostały objaśnione w sposób zrozumiały i wyczerpujący?

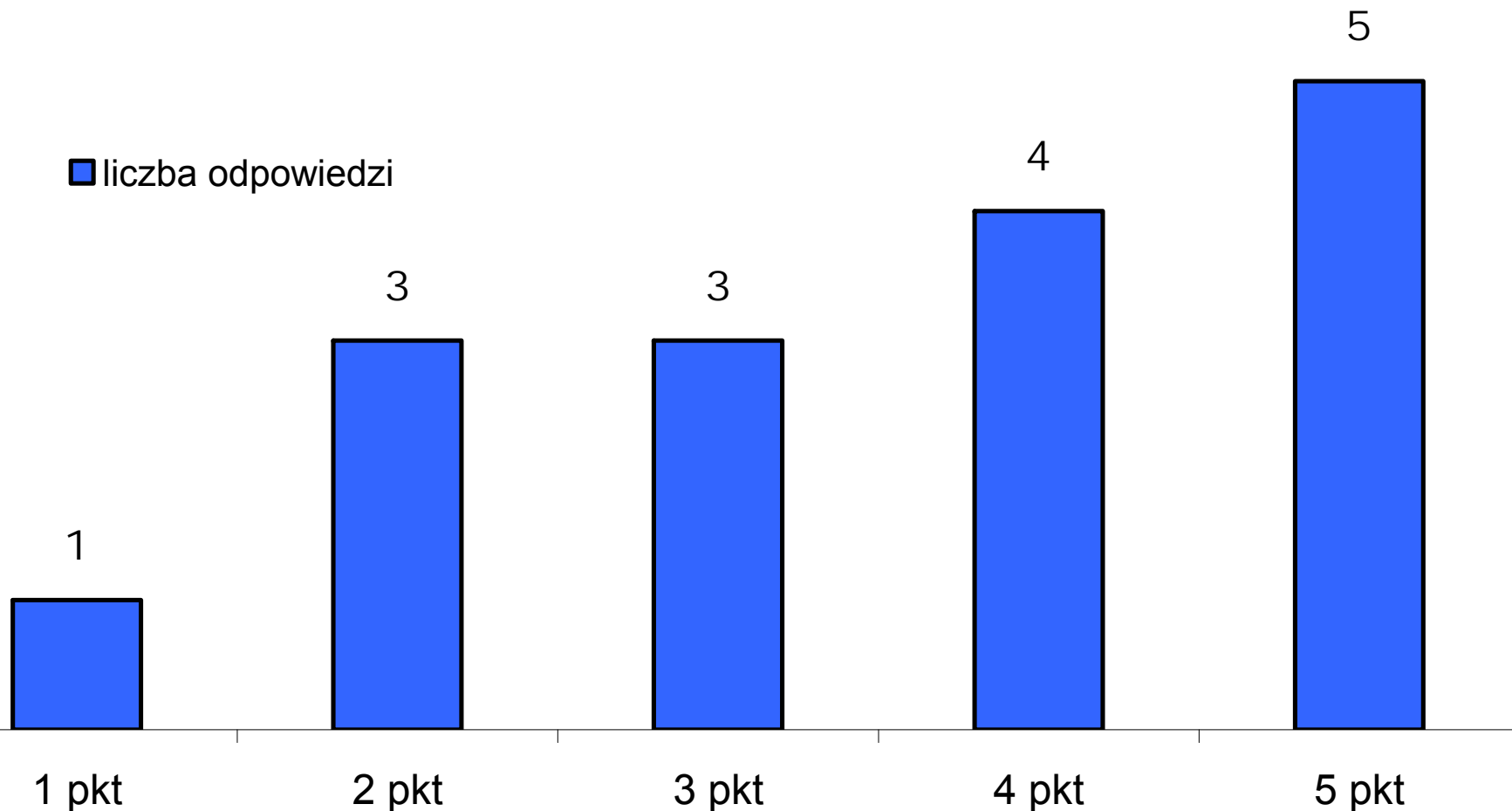


Konsultacje merytoryczne projektu JGP

Wyniki badania ankietowego (stan na dzień 30.04.2008)

W jakim stopniu, w skali od 1 do 5, zaproponowane przez Panią/ Pana zmiany do projektu zarządzenia Prezesa wpłynęły na jego zmianę (katalog grup świadczeń, charakterystyka grup)?

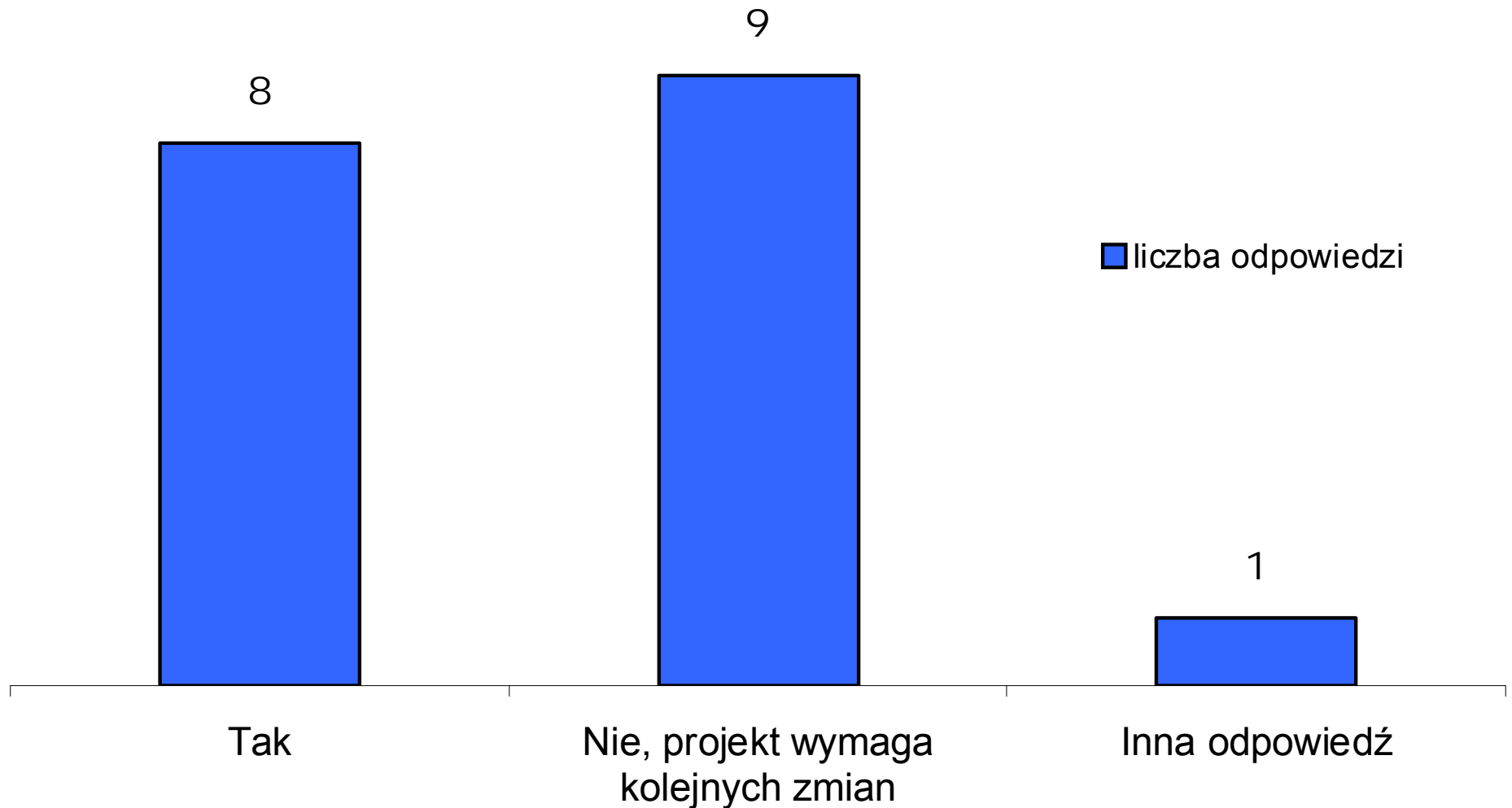
■ liczba odpowiedzi



Konsultacje merytoryczne projektu JGP

Wyniki badania ankietowego (stan na dzień 30.04.2008)

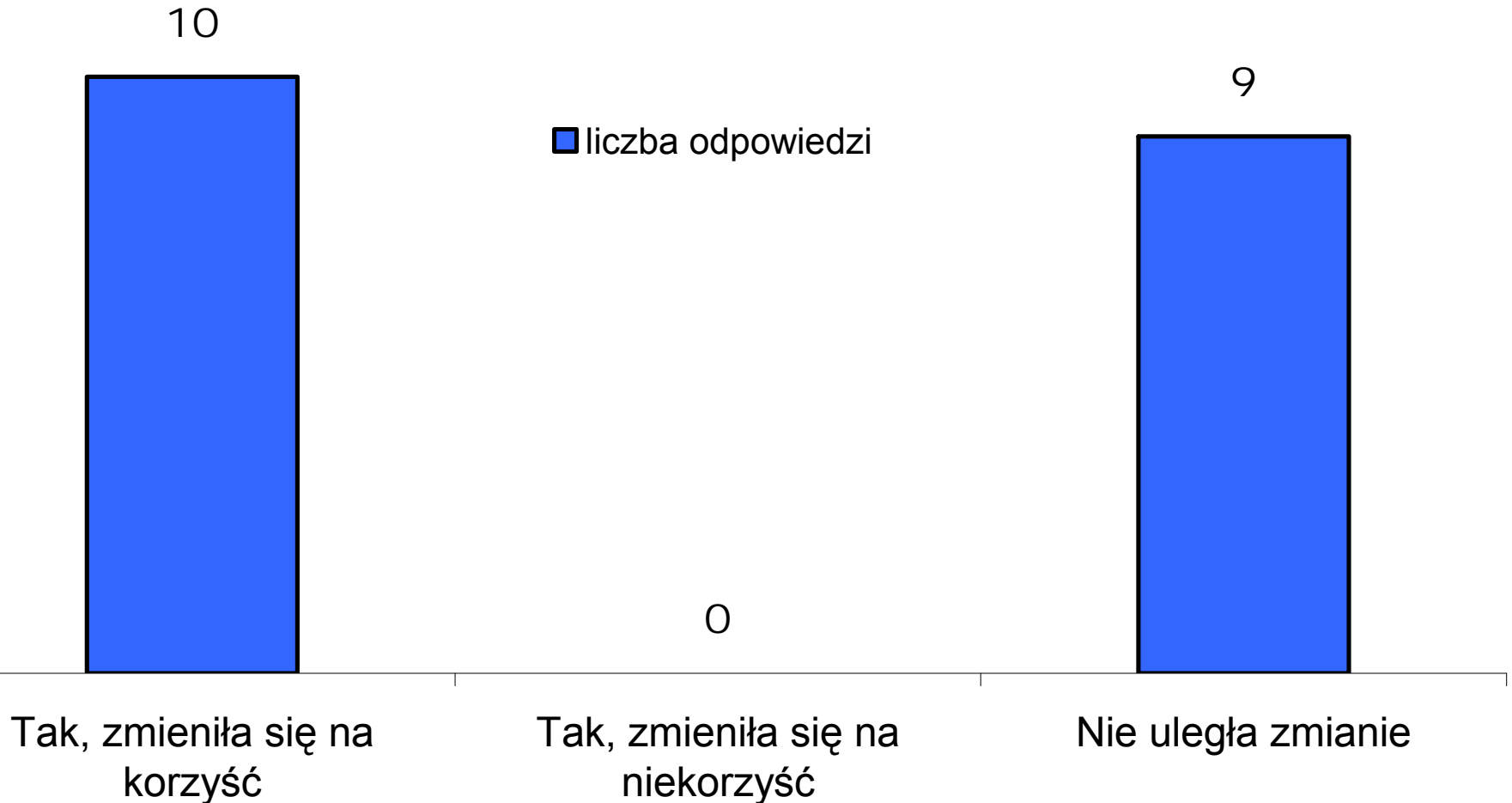
Czy zmiany w projekcie zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 20 września 2007 r. uzgodnione w trakcie Pani/ Pana spotkania z przedstawicielami Centrali NFZ dokonane zostały w sposób wyczerpujący?



Konsultacje merytoryczne projektu JGP

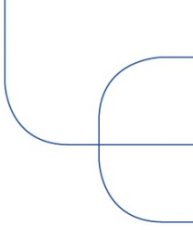
Wyniki badania ankietowego (stan na dzień 30.04.2008)

Czy spotkanie z przedstawicielami Centrali NFZ spowodowało zmianę w Pani/ Pana ocenie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów?



2. Podstawowe zasady systemu JGP





Podstawowe cechy finansowania świadczeń w systemie JGP:

- system zwrotu poniesionych kosztów, w którym zryczałtowane stawki (taryfy) przypisane są jednorodnym - z uwagi na postawione rozpoznanie czy wykonane procedury medyczne - przypadkom chorobowym
- każda z grup została jednoznacznie zdefiniowana przez zbiory kodów ICD-9 CM (grupy zabiegowe) lub ICD-10 (grupy zachowawcze)
- rozliczenie wymaga sprawozdania zakończonej hospitalizacji pacjenta, obejmującej kody istotnych elementów postępowania medycznego od momentu przyjęcia do momentu wypisu oraz zasadniczej przyczyny przyjęcia do szpitala

Klasyczne cechy systemu JGP (wg Fettera) obejmują trzy grupy zagadnień:

- każda grupa powinna posiadać 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, itp.
- poszczególne grupy powinny obejmować pacjentów o podobnej "kosztochłonności", w sensie zużycia zasobów szpitala
- grupy są definiowane na podstawie ogólnodostępnych danych występujących w dokumentacji szpitala , które odnoszą się do stanu pacjenta lub zastosowanej terapii

Istotne kryteria tworzenia grup systemu JGP:

- każda z grup JGP powinna spełniać warunek minimalnej liczby wystąpień w skali kraju, w polskich warunkach nie mniej niż 300 przypadków w ciągu roku lub/ i o sumarycznej wartości świadczeń powyżej 1,5 mln. zł.
- liczba grup powinna być „rozsądna”, czyli obejmować raczej setki niż tysiące pozycji
- system JGP powinien mieć charakter możliwie uniwersalny i służyć rozliczaniu ogółu szpitali w zakresie powtarzalnych i typowych zjawisk chorobowych (żadna grupa nie może być dedykowana jednemu świadczeniodawcy, a zjawiska wyraźnie wykraczające poza zakres ryczałtowy powinny być rozliczane poza JGP)

Dodatkowe zasady zarządzania systemem JGP:

- system JGP powinien być tak zaprojektowany, aby umożliwić w kolejnych latach monitorowanie grup, ocenę ich charakterystyki oraz proporcje grupowanych przypadków (case-mix), koszty ich wytworzenia po stronie szpitali, a w konsekwencji powinien wspierać podział grup nadmiernie zróżnicowanych oraz łączenie podobnych
- realizacja wymogu homogenności kosztowej grup wymaga aby taryfy JGP były ustalane, przy założeniu utrzymania zróżnicowania kosztów (poniesionych na ich realizację w szpitalach) nie przekraczającego 25% pomiędzy świadczeniodawcami
- grupy powinny być użyteczne dla płatnika w celu alokacji zasobów, ale również powinny wspierać zarządzanie szpitalem, planowanie oraz kontrolę zużycia zasobów



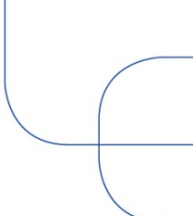
3. Opis budowy JGP

Zrozumienie i sprawne poruszanie się po systemie JGP wymaga poznania jego budowy i zastosowanych reguł opisu (treść tego rozdziału prezentacji odnosi się do „Charakterystyki grup” z załącznika nr 9 projektu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, z dnia 5 maja 2008 roku

Sekcje:

- poszczególne grupy JGP podzielone są pomiędzy klinicznie uwarunkowane sekcje (zbiory grup w układzie anatomiczno – fizjologicznym)
- sekcje powiązane są z obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny - podział ten ma charakter porządkujący, co ułatwia wyszukiwanie grup
- do każdej sekcji zostały dołączone na jej końcu listy dodatkowe rozpoznań lub procedur istotne dla grup umieszczonych wyłącznie z danej sekcji

Oznaczenie sekcji	Nazwa sekcji
A	Choroby układu nerwowego
B	Choroby oczu
C	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
D	Choroby układu oddechowego
E	Choroby serca
F	Choroby przewodu pokarmowego
G	Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony
H	Choroby układu mięśniowo - szkieletowego
J	Choroby piersi, skóry i oparzenia
K	Choroby układu dokrewnego
L	Choroby nerek i dróg moczowych
M	Choroby narządów rodnych
N	Położnictwo i o pieka nad noworodkiem
P	Choroby dzieci
Q	Choroby naczyń
S	Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne



Grupy

- w obrębie sekcji grupy uporządkowane są zgodnie z wartością taryf od największych do najmniejszych oraz według narządów lub części ciała
- grupy zabiegowe podzielono tam, gdzie było to możliwe, na kompleksowe, duże, średnie i małe
- grupy zachowawcze związane są z leczeniem określonego schorzenia lub stanem klinicznym
- każda z grup JGP zdefiniowana jest poprzez związaną z nią listę procedur ICD-9 CM dla grup zabiegowych lub listę rozpoznań ICD-10 dla grup zachowawczych
- nazwy list odwołują się do kodów grup (np. lista procedur A02), co oznacza, że w tekście „Charakterystyki grup” należy jej szukać poniżej kodu i nazwy grupy, gdzie zawsze poprzedzone są właściwym skrótem klasyfikacji (ICD-10 lub ICD-9 CM)

Przykłady grupy zabiegowej i zachowawczej

C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani a grupa bazowa

ICD-9 CM

25.3X Całkowite usunięcie języka
25.4X Radykalne usunięcie języka
26.31 Częściowe wycięcie ślinianki
26.32 Całkowite usunięcie ślinianki kamiczej
26.39 Wycięcie ślinianki - inne
27.54 Zabieg naprawczy rozszczepionej wargi
27.62 Korekcja rozszczepu podniebienia
29.33 Częściowa faryngektomia
30.1X Hemilaryngektomia
30.21 Wycięcie nagłośni
30.22 Wycięcie strun głosowych
30.29 Częściowa laryngektomia - inne
30.31 Blokowe wycięcie krtani z tyroidektomią z jednoczasową tracheostomią
30.32 Wycięcie krtani i gardła
30.4X Radykalna laryngektomia
40.31 Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych
40.32 Wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej
40.41 Jednostronna radykalna dissekcja szyi
40.42 Obustronna radykalna dissekcja szyi
40.49 Radykalna dissekcja szyi - inne
76.31 Częściowe wycięcie żuchwy

D49 Uszkodzenia inhalacyjne płuc

a grupa bazowa

ICD-10

J68.0 Zapalenie oskrzeli i płuc wywołane czynnikami chemicznymi, gazami lub parami
J68.1 Ostry obrzęk płuc wywołany czynnikami chemicznymi, gazami lub parami
J68.2 Zapalenie górnych dróg oddechowych wywołane czynnikami chemicznymi, gazami lub parami niesklasyfikowane gdzie indziej
J68.3 Inne ostre lub podostre stany układu oddechowego wywołane przez czynniki chemiczne, gazy lub pary
J68.8 Inne choroby układu oddechowego wywołane przez czynniki chemiczne, gazy lub pary
J68.9 Nieokreślona choroba układu oddechowego wywołana czynnikami chemicznymi, gazami lub parami
J69.0 Zapalenie płuc wywołane zachłyśnięciem się pokarmem lub wymiocinami
J69.1 Zapalenie płuc wywołane wdychaniem olejów lub smarów
J69.8 Zapalenie płuc wywołane innymi ciałami stałymi lub ciekłymi
J70.8 Zaburzenia układu oddechowego wywołane innymi określonymi czynnikami zewnętrznymi
J70.9 Zaburzenia układu oddechowego wywołane nieokreślonymi czynnikami zewnętrznymi
J95.4 Zespół Mendelсона
T17.4 Ciało obce tchawicy
T17.5 Ciało obce oskrzeli
T17.8 Ciało obce innej lub mnogich części dróg oddechowych
T17.9 Ciało obce dróg oddechowych, część nieokreślona

Charakterystyka „grup bazowych” oparta jest na pojedynczej liście rozpoznań lub procedur

- Opis każdej grupy JGP składa się z jej kodu, nazwy, etykiety oraz odpowiednio zbiorów kodów procedur lub rozpoznań, kwalifikujących do grupy.
- Etykieta grupy - część opisu grupy, zawierająca oznaczenie warunków kierunkowych – kierujących do dodatkowych zbiorów kodów procedur lub rozpoznań, jeśli ich obecność jest wymagana dla pełnej charakterystyki grupy.

**B11 Usunięcie zaćmy metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki
*f wymagana dodatkowa procedura z listy B1***

ICD-9 CM

13.41 Rozpuszczenie soczewki i aspiracja zaćmy

etykieta grupy

kod i nazwa grupy

kod i nazwa procedury podstawowej

Listy dodatkowe do sekcji B

B1

ICD-9 CM

13.71 Wszczepienie soczewki przy usunięciu zaćmy (jednoetapowe)

kod i nazwa procedury dodatkowej

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

- ♦ **ICD-10: 7 357** (z 14 201)
- ♦ **ICD-9: 2 992** (z 4 800)



Opis budowy JGP

sekcja	liczba grup zachowawczych bazowych	liczba grup zachowawczych z warunkiem	liczba grup zabiegowych bazowych	liczba grup zabiegowych z warunkiem
A	18	2	7	11
B	2		18	8
C	2		20	4
D	20	1	4	1
E	20	6	19	10
F	10		10	18
G	6	2	11	4
H	9			36
J	9	1	3	16
K	11	7	3	5
L	11		15	12
M	7	2	1	9
N	2	7	1	11
P	25			
Q	1		10	9
S	11			3
RAZEM	164	28	122	157
%	34,82%	5,94%	25,90%	33,33%

Dokładny opis zasad kwalifikacji udzielonych świadczeń do JGP w oparciu o warunki kierunkowe znajduje się w rozdziale

„Opis zasad grupowania w systemie JGP”

4. Opis sposobu ustalania taryf i mechanizmów finansowania dla pierwszej edycji JGP



- Zmienne wpływające na koszty świadczeń – wartość grupy
 - rozpoznanie
 - wykonane procedury medyczne
 - powikłania i choroby współistniejące
 - wiek pacjenta
 - tryb przyjęcia
 - czas pobytu w szpitalu
- Dodatkowe mechanizmy korygujące finansowanie świadczeń:
 - osobodni ponad określony czas pobytu
 - konieczność intensywnej terapii
 - świadczenia do sumowania

Omówienie kolejnych kroków i zasad ustalenia nowych taryf JGP:

- dopasowanie świadczeń katalogu szpitalnego 2007 do JGP pod względem:
 - merytorycznej zawartości odpowiadającej opisowi i definicji poszczególnych grup JGP,
 - 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 homogenności taryf nowych grup JGP w stosunku do elementów składowych.

Zasady ustalenia nowych taryf JGP:

- wyliczenie proponowanej wartości w PLN dla każdej grupy JGP przy uwzględnieniu m.in. specyfiki polskiego systemu opieki zdrowotnej tj:
 - uwzględnienie kosztów intensywnej terapii w najbardziej złożonych grupach zabiegów,
 - uwzględnienie kosztów zastosowania drogich wyrobów medycznych,
- oszacowanie dla poszczególnych sekcji skutków finansowych nowych grup świadczeń wg wartości grup i szacowanej liczby wykonania w stosunku do dotychczasowej wartości zrealizowanych świadczeń dla:
 - globalnego (ogólnopolskiego) wykonania świadczeń sprawozdawanych do NFZ,
 - wykonania świadczeń dla wybranych OW NFZ,
 - realizacji świadczeń dla wybranych świadczeniodawców – zadanie aktualnie realizowane w ramach pilotażu

Zasady dochodzenia do 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 nie wpływających na liczbę zdarzeń oraz prawdopodobieństwo konieczności intensywnej terapii.

Wartości grup zostały następnie dostosowane do poziomu finansowania w 2008 r. (zakładany wzrost ceny jednostki rozliczeniowej w 2008 r. o 11,5% w stosunku do średniej ceny w 2007 r.), chyba, że zawierają w kosztach wysokokosztowy wyrób medyczny lub jedynym kosztem jest produkt leczniczy.

Opis sposobu ustalania taryf i mechanizmów finansowania...

kod grupy/ świadczenia	nazwa grupy/ świadczenia z katalogu	liczba świadczeń	liczba świadczeń uwzględniona	częstość wystąpień	wartość świadczeń uwzględnionych	średnia ważona	cena grupy	cena zweryfikowana	wartość pkt
K01	Zabiegi radykalne w rakach gruczołów dokrewnych		1 956		12 957 938	6 625	6 610	10 992	229
5.06.00.0000112	wycięcie tarczycy (częściowe lub całkowite)	19 472	1 129	5,8%	2 305 830	2 043	uwaga: w tym 1.800 zł OAiT		
5.06.00.0000113	wycięcie węzłów chłonnych blokowe	1 490	370	24,8%	835 090	2 257			
5.06.00.0000147	reoperacja tarczycy i przytarczyc (w raku tarczycy lub nowotworach przytarczyc)	409	409	100,0%	1 041 838	2 546			
5.06.00.0000149	wycięcie przytarczyc całkowite	322	48	15,0%	124 416	2 576			
5.06.00.0000173	wycięcie nadnercza	482	7	1,5%	22 596	3 128			
5.06.00.0000692	wycięcie węzłów chłonnych selektywne	1 918	700	36,5%	3 179 400	4 542	uwaga: w polach zacienionych umieszczono świadczenia, których wartość uwzględniono w cenie grupy (świadczenia sumowane do liczby hospitalizacji)		
5.06.00.0000895	nowotwory hormonalnie czynne układu dokrewnego (przysadka, tarczyca, przytarczycy, nadnercza, gonady) - leczenie w okresie niewyrównania hormonalnego przed przekazaniem do zabiegu operacyjnego	3 397	1 151	33,9%	2 878 779	2 501			
5.06.00.0001239	nowotwory hormonalnie czynne układu dokrewnego (przysadka, tarczyca, nadnercza, gonady) leczenie uzupełniające po leczeniu operacyjnym	3 415	1 093	32,0%	2 569 991	2 352			

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

Grupy zawierające dodatkowo dodane koszty dwudniowej intensywnej opieki pooperacyjnej

A11	Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe	H41	Rekonstrukcja funkcji ręki, w tym mikrochirurgiczna
A12	Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe	H51	Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa
A44	Choroby naczyń mózgowych wymagające interwencji zabiegowej	H52	Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów
C01	Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją > 10 dni	H53	Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów
C21	Kompleksowe zabiegi szczękowo-twarzowe	J01	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją
D01	Złożone zabiegi klatki piersiowej	L01	Kompleksowe otwarte zabiegi nerek
D02	Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej	L02	Duże otwarte zabiegi nerek
E03	Inne zabiegi kardiochirurgiczne < 19 r.ż.	L12	Duże otwarte zabiegi moczowodu
E04	Pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką	L21	Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytw. przetoki
E05	Pomostowanie naczyń wieńcowych > 69 r.ż. lub z pw	L31	Otwarte zabiegi gruczołu krokowego i szyi pęcherza moczowego
E06	Pomostowanie naczyń wieńcowych < 70 r.ż. bez pw	M11	Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego
E11	OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni	N31	Kompleksowe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia
E12	OZW - leczenie inwazyjne złożone	N32	Duże zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia
F01	Kompleksowe zabiegi przelyku	N33	Średnie zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia
G01	Rozległe zabiegi wątroby	N34	Małe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia
G11	Kompleksowe zabiegi wątroby	N35	Leczenie wrodzonego wytrzewienia
G31	Kompleksowe zabiegi trzustki	N36	Operacja przepukliny oponowo-rdzeniowej z drenażem komory mózgu
H31	Kompleksowe zabiegi na kończynie dolnej	Q02	Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z pw i reoper.

Opis sposobu ustalania taryf i mechanizmów finansowania...

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	100,00%	48	20

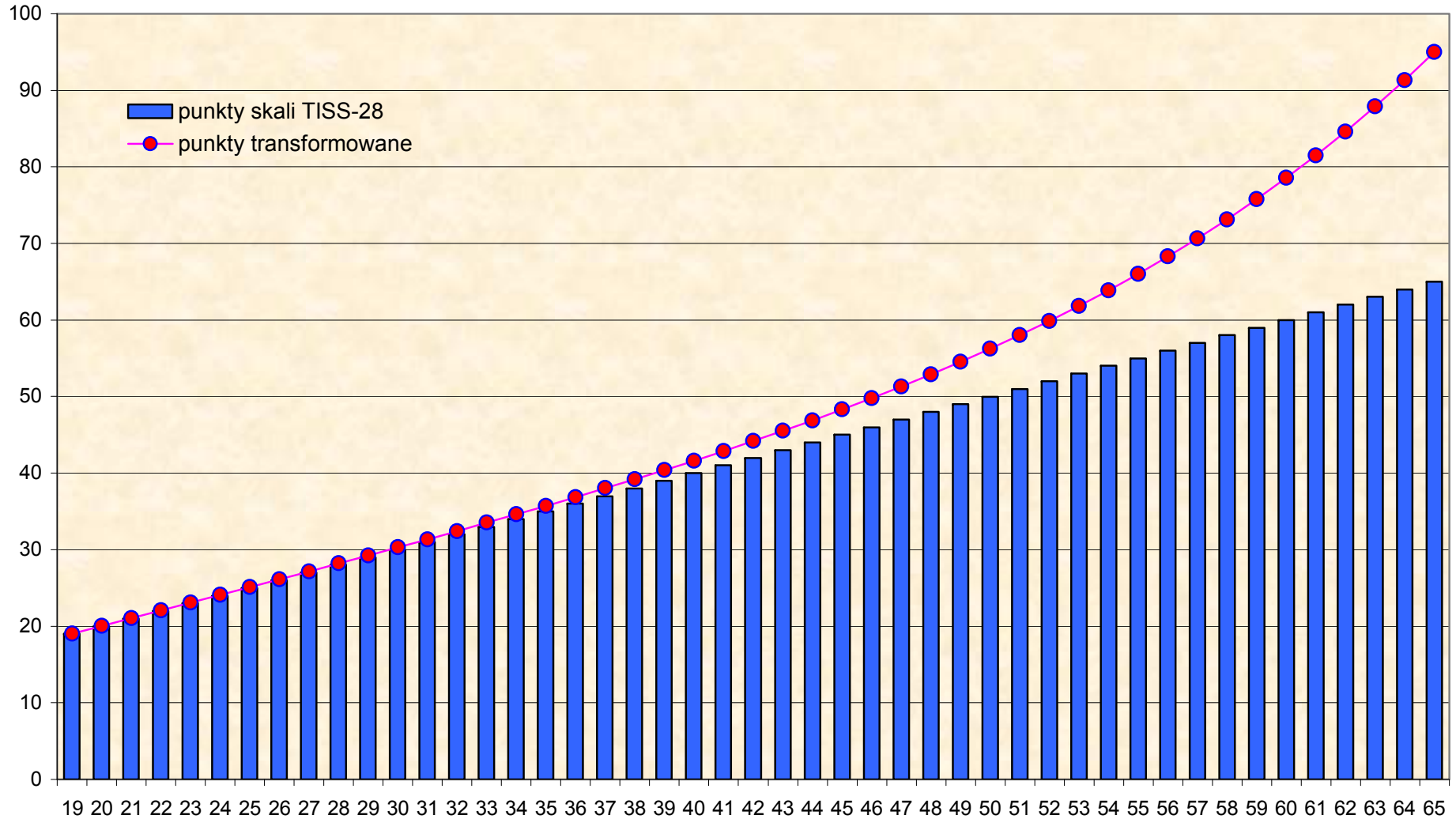
Finansowanie intensywnej terapii:

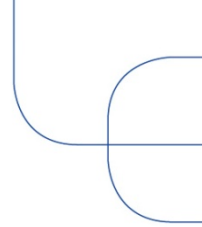
- finansowanie odbywa się w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci, a w szczególności poprzez finansowanie punktu transformowanego, obliczonego poprzez transformację oceny uzyskanej w skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci
- do odrębnego rozliczenia kwalifikują się wyłącznie świadczenia udzielone pacjentom, którzy przynajmniej w jednym dniu pobytu w OAiT osiągnęli co najmniej 25 pkt w skali TISS-28 lub 19 pkt w skali TISS-28 dla dzieci
- wartości punktowe grup zabiegowych z Katalogu grup uwzględniają uśrednione koszty leczenia pacjenta w OAiT w czasie do 48 godzin po wykonanym zabiegu

Finansowanie intensywnej terapii c.d.:

- W przypadku pacjentów, u których przed przeniesieniem do OAiT wykonywane były świadczenia zabiegowe finansowanie leczenia w OAiT odbywa się od trzeciej 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 w OAiT możliwe jest w odniesieniu do sprawozdanej grupy, a jeśli pacjent przebywał wyłącznie w OAiT, w odniesieniu do świadczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (5.06.00.00001465) z katalogu 1b

Skala TISS - 28 i TISS - 28 dla dzieci oraz punkty TISS transformowane





Odrębne finansowanie osobodni ponad określony czas pobytu:

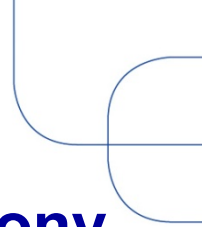
- dotyczy: osobodni przekraczających czas pobytu ustalony jako zryczałtowany koszt hospitalizacji w określonej grupie
- cel: pokrycie kosztów indywidualnych przypadków wymagających szczególnego postępowania
- założenie: średni koszt osobodnia ponad ustalony limit jest niższy (ze względu na zmniejszenie intensywności opieki)
- ustalono jego wartość na 80% średniego kosztu osobodnia określonego dla grupy (nie więcej jednak niż ok. 300 zł)

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.)

Zasady finansowania osobodni ponad określony czas pobytu c.d.:

- 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 dwa 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

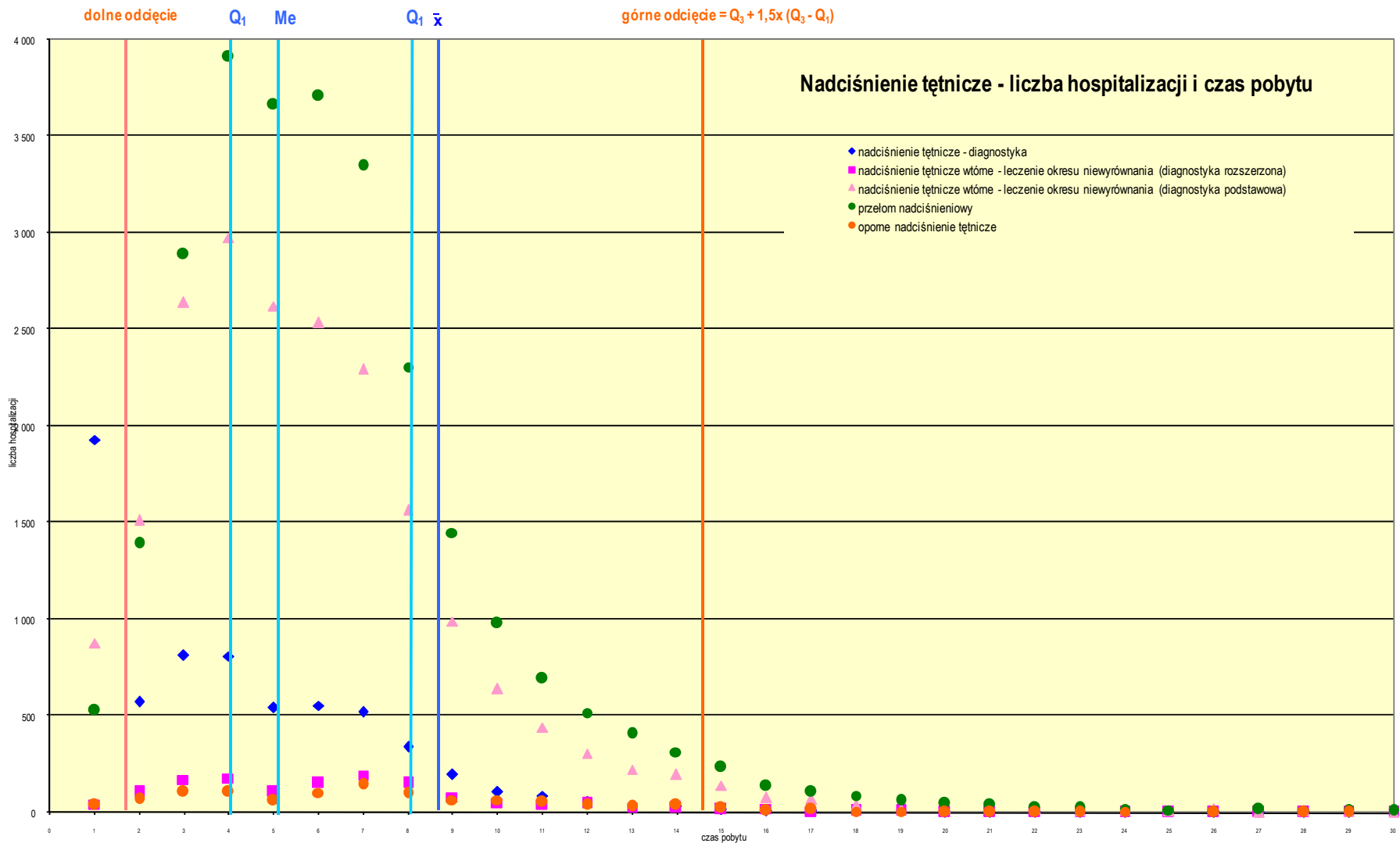
Przykład katalogu grup i miar rozproszenia, jako kryteriów ustalenia sposobu finansowania osobodni (na podstawie danych ogólnopolskich za 2007 r.)

grupa	nazwa grupy	cena	wartość punktowa - hospitalizacja	wartość punktowa - leczenie jednodniowe	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	18				3	4,05	10

Kolejne slajdy obrazują sposób analizy danych i wyboru mechanizmu finansowania w odniesieniu do grupy świadczeń związanych z leczeniem nadciśnienia tętniczego w warunkach szpitalnych

W szczególności analizowano miary rozproszenia długości pobytu pacjenta z ww. rozpoznaniem oraz częstość wykazywania do rozliczenia określonych świadczeń, ich cen oraz spójności w zakresie taryf

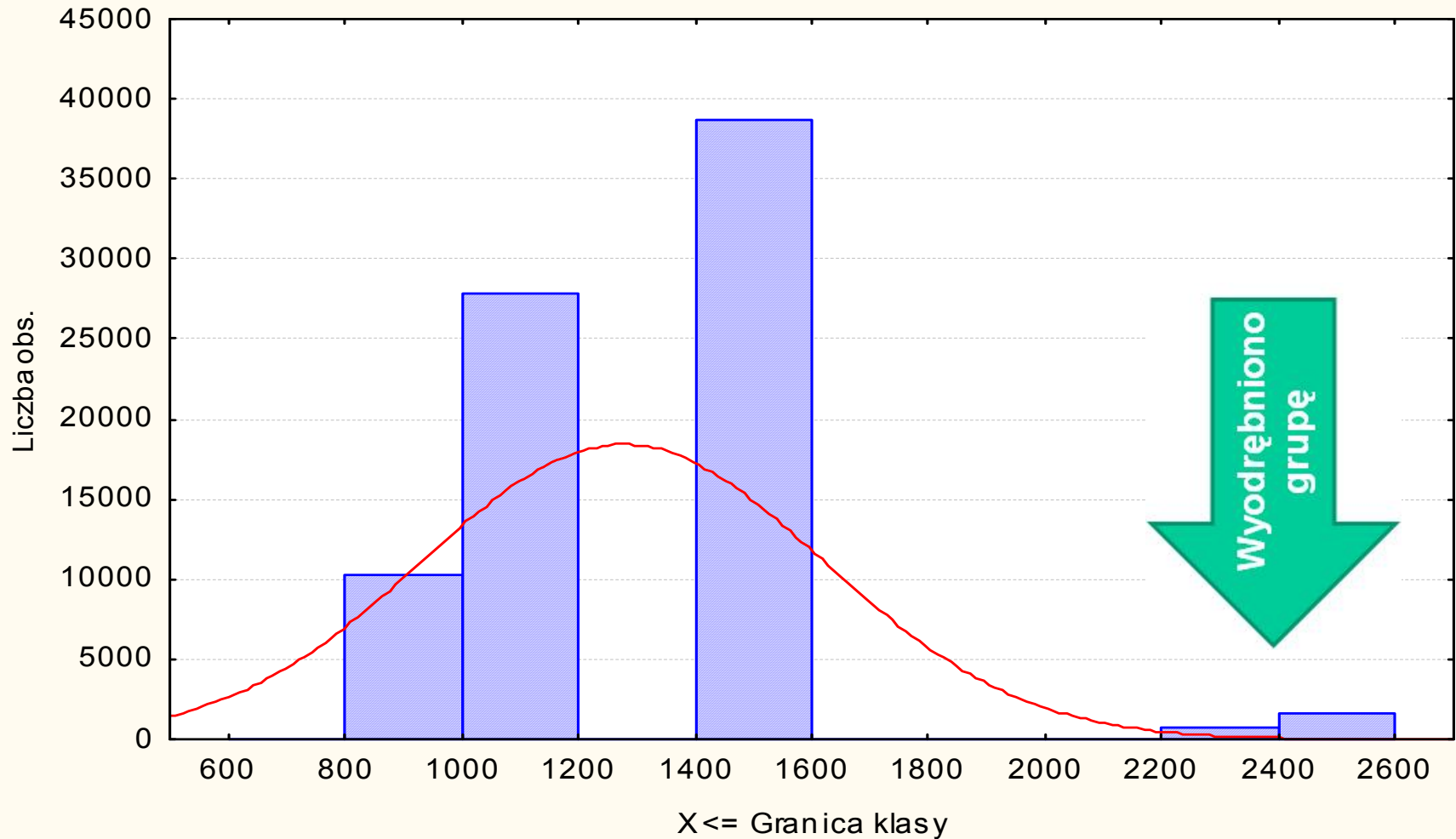
Opis sposobu ustalania taryf i mechanizmów finansowania... Analiza czasu pobytu dla wybranych pozycji katalogu świadczeń



Opis sposobu ustalania taryf i mechanizmów finansowania...

Wykorzystanie danych o wykonaniu świadczeń do tworzenia grupy - przykład

Histogram: średnia ważona
K-S $d=,28092$, $p<,01$; Lilliefors $p<,01$
— Oczekiwana normalna



- Nie stwierdzono związku pomiędzy wagą problemu zdrowotnego, wyrażonego sprawozdanymi świadczeniami z katalogu, a czasem pobytu – liczne krótkie pobyty dla, przełomu nadciśnieniowego, opornego nadciśnienia tętniczego
- Stwierdzono niewystarczającą homogenność w zakresie cen świadczeń katalogowych do utworzenia jednej grupy JGP związanej z leczeniem nadciśnienia:
 - utworzono trzy grupy związane z leczeniem nadciśnienia, w tym grupę dotyczącą leczenia ciężkiego nadciśnienia z powikłaniami

Opis sposobu ustalania taryf i mechanizmów finansowania...

Analiza czasu pobytu dla wybranych pozycji katalogu świadczeń

Przykład oszacowania wartości grup (nadciśnienie tętnicze) - na podstawie realizacji w Polsce w 2007 r.

grupa/ świadczenie	nazwa grupy/ świadczenia	liczba świadczeń	wartość świadczeń	cena średnia	cena w JGP
	Nadciśnienie tętnicze	81191	105 826 508	1 303	1560
E86	Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. z pw				3 456
E87	Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. bez pw	3662	8 815 822	2 407	1 880
5.06.00.0000963	nadciśnienie tętnicze wtórne - leczenie okresu niewyrównania	2199	5 263 672	2 394	
5.06.00.0001331	oporne nadciśnienie tętnicze - diagnostyka z badaniami w kierunku wtórnych postaci nadciśnienia	1463	3 552 150	2 428	
E88	Nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż.	77529	97 010 686	1 251	1 344
5.06.00.0000958	nadciśnienie tętnicze - u pacjenta ze stwierdzonym po raz pierwszy nadciśnieniem	9156	7 517 389	821	
5.06.00.0000964	nadciśnienie tętnicze wtórne - leczenie okresu niewyrównania (diagnostyka podstawowa)	28674	29 083 775	1 014	
5.06.00.0000965	przełom nadciśnieniowy	39699	60409522,5	1521,69	

Opis sposobu ustalania taryf i mechanizmów finansowania...

Analiza czasu pobytu dla wybranych pozycji katalogu świadczeń

Przykład oszacowania kosztów i parametrów grup (nadciśnienie tętnicze) - na podstawie realizacji w Polsce w 2007 r.

grupa/ świadczenie	nazwa grupy/ świadczenia	cena	wartość punktowa - hospitalizacja	wartość punktowa - leczenie jednodniowe	czas pobytu finansowany grupą	wartość punktowa - hospitalizacja < 2 dni	wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą	mediana liczby dni pobytu	średnia liczby dni pobytu	górne odcięcie liczby dni pobytu
	Nadciśnienie tętnicze	1 560	33		14	7	4	5,00	7,19	14,00
E86	Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. z pw	3 456	72		17		6	7,00	7,74	16,50
E87	Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. bez pw	1 880	60		14	6	3	7,00	7,74	16,50
5.06.00.0000963	nadciśnienie tętnicze wtórne - leczenie okresu niewyrównania	2 394						6,00	7,63	16,50
5.06.00.0001331	oporne nadciśnienie tętnicze - diagnostyka z badaniami w kierunku wtórnych postaci nadciśnienia	2 428						7,00	7,88	19,00
E88	Nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż.	1 344	28	27	14	6	3	5,00	7,16	14,00
5.06.00.0000958	nadciśnienie tętnicze - u pacjenta ze stwierdzonym po raz pierwszy nadciśnieniem	817						4,00	10,41	16,00
5.06.00.0000964	nadciśnienie tętnicze wtórne - leczenie okresu niewyrównania (diagnostyka podstawowa)	1 014						5,00	6,35	11,50
5.06.00.0000965	przełom nadciśnieniowy	1522						6,00	6,86	14,00

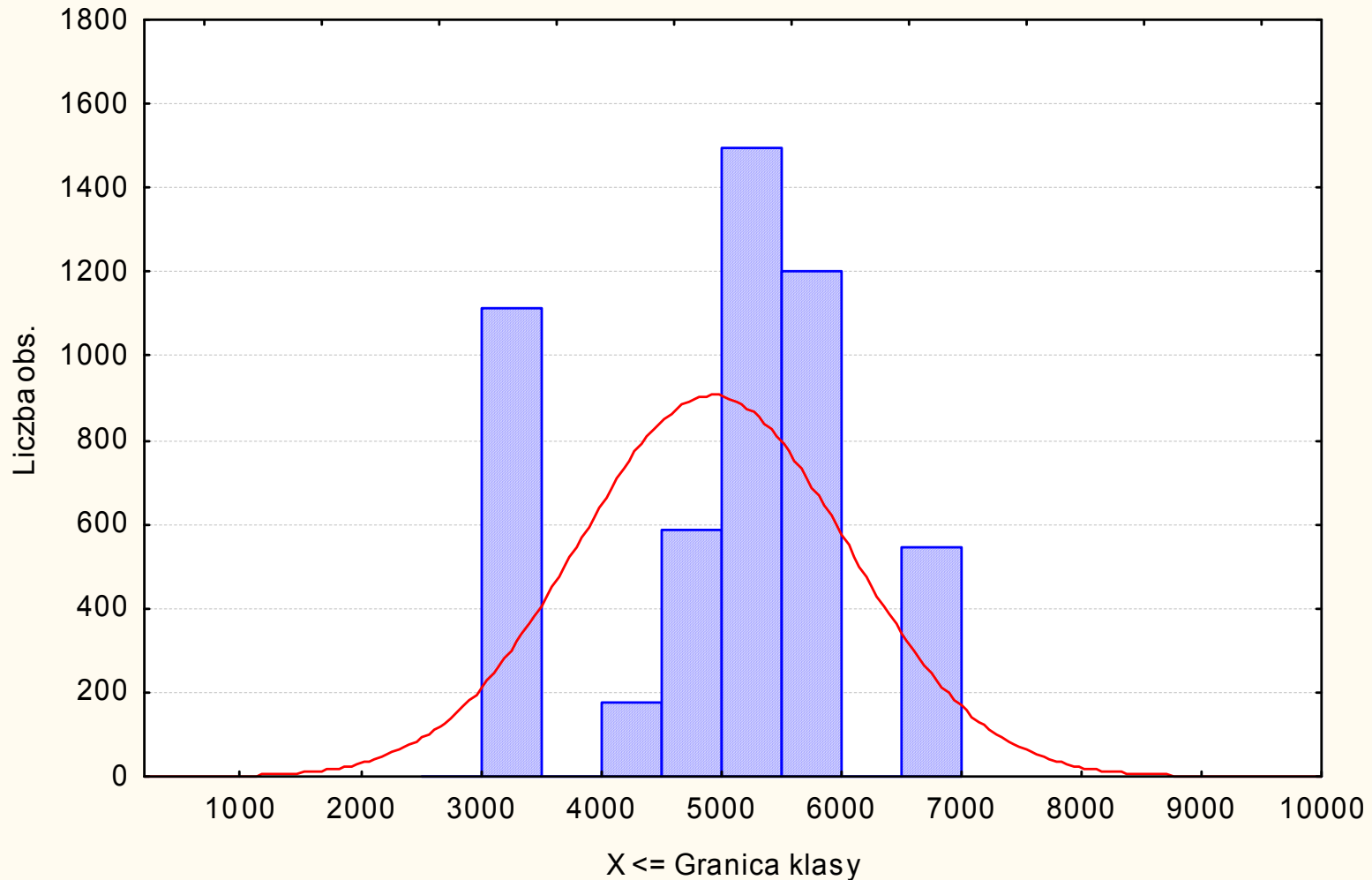
Przykład grupy homogennej

		liczba	wartość (zł)	średnia ważona (zł)
C11	Kompleksowe zabiegi jamy ustnej i gardła i krtani	5 124	25 257 189	4 929
C54 Complex Major Mouth or Throat Procedures				
5.06.00.0000478	wycięcie nowotworu dna jamy ustnej, języka, podniebienia miękkiego, policzka i gardła środkowego	404	2 288 798	5 671
5.06.00.0000366	operacje w zwężeniach krtaniowo tchawicznych - rozszczepienie z założeniem stentu (rekonstrukcja krtani i tchawicy)	26	126 288	4 857
5.06.00.0000482	wycięcie nowotworu ślinianki z usunięciem węzłów szyi	159	899 102	5 669
5.06.00.0000484	wycięcie nowotworu ślinianki przyusznej z rekonstrukcją nerwu twarzowego lub z zachowaniem nerwu twarzowego	1 195	6 073 823	5 084
5.06.00.0000280	wycięcie ślinianki podżuchwowej	811	2 491 359	3 073
5.06.00.0000675	wycięcie krtani częściowe	301	1 015 050	3 377
5.06.00.0000682	wycięcie krtani całkowite lub częściowe z operacją węzłową szyi/ z użyciem lub bez lasera CO2/ z tracheotomią	642	3 748 682	5 843
5.06.00.0000683	wycięcie krtani całkowite	156	646 340	4 143
5.06.00.0000684	wycięcie krtani prawie całkowite z rekonstrukcją drogi pokarmowej i oddechowej	22	90 840	4 129
5.06.00.0000689	wycięcie radykalne i zmodyfikowane układu chłonnego szyi	302	1 640 633	5 429
5.06.00.0000692	wycięcie węzłów chłonnych selektywne	563	2 550 504	4 529
5.06.00.0000697	wycięcie guza przestrzeni przygardłowej	82	566 346	6 907
5.06.00.0000699	wycięcie krtani całkowite z resekcją części języka i/ lub płata tarczycy i/ lub z częściową faryngektomią i/ lub z węzłami chłonnymi	463	3 119 424	6 743

Opis sposobu ustalania taryf i mechanizmów finansowania...

Przykład skupionego rozkładu świadczeń – wynik: jedna grupa

Histogram: średnia ważona
K-S $d=,18780$, $p<,01$; Lilliefors $p<,01$
— Oczekiwana normalna



Zasada Pareto nadal będzie obowiązywać, choć w znacznie mniejszym stopniu – 16,5% liczby procedur katalogowych generowało 80% kosztów

sekcja	liczba grup generujących 80% kosztów 2007r.	generowane koszty szczegółowo
A	12	80,97%
B	6	81,80%
C	11	81,60%
D	7	81,41%
E	14	81,37%
F	10	79,26%
G	6	81,91%
H	19	80,61%
J	10	78,56%
K	5	79,37%
L	13	79,13%
M	6	79,70%
N	6	78,01%
P	8	80,89%
Q	8	82,37%
S	8	82,54%
RAZEM	149	
%	31,63%	



5. Dodatkowe informacje o systemie JGP aktualnej wersji

- 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 (pełna lista w tabeli na następnym slajdzie) ustalono dodatkowe wymagania, jeśli do ich realizacji niezbędne są szczególne umiejętności, doświadczenie, wyposażenie

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

Dodatkowe informacje o systemie JGP

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

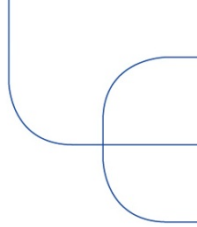
- Wyodrębnienie w kwocie zobowiązania kwoty na realizację wyłącznie niektórych grup świadczeń - w przypadku, gdy wartość świadczeń z grup:
 - E11 - OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni,
 - E12 - OZW - leczenie inwazyjne złożone,
 - E13 - OZW - leczenie inwazyjne > 3 dni,
 - E14 - OZW - leczenie inwazyjne < 4 dni,
 - N01 - Poród,
 - N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,
 - N03 - 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,przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy

- **Poza grupami znalazły się świadczenia, których:**
 - nie można było zdefiniować poprzez rozpoznania i procedury (np. padaczka lekooporna), rozliczane jako samodzielne świadczenia - zostały umieszczone w odrębnym katalogu 1b,
 - 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.

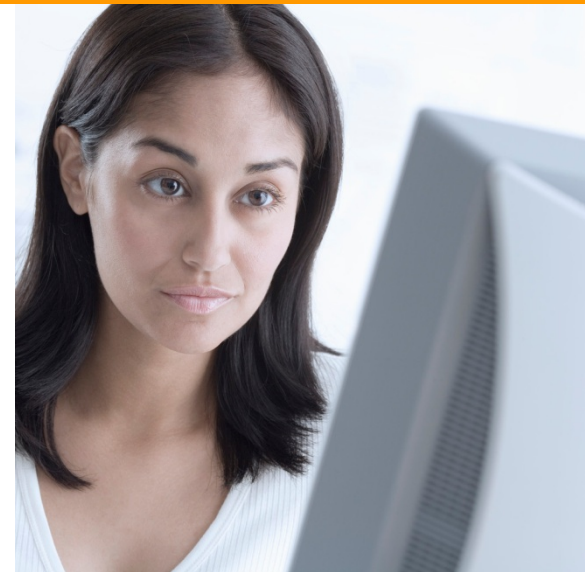
Dodatkowe informacje o systemie JGP

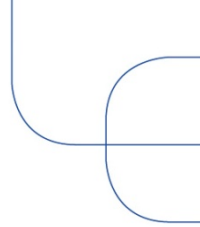
katalogi świadczeń	liczba świadczeń	liczba świadczeń generujących 80% kosztów 2007r.	generowane koszty szczegółowo	liczba świadczeń generujących 80% kosztów 2008r.	generowane koszty szczegółowo
Katalog świadczeń (zał. 1b)	25	3	79,64%	3	80,49%
Katalog świadczeń do sumowania (zał. 1c)	88	11	79,41%	11	79,72%
suma	113	14		14	
		12,39%		12,39%	

- Materiały informacyjne zawierają zobowiązanie świadczeniodawców do:
 - wykazywania w raportach statystycznych (komunikatach zgodnie 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

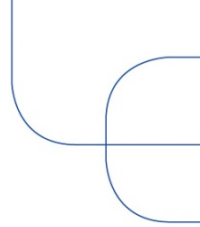


6. Opis zasad grupowania w systemie JGP

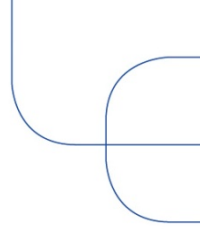




- Zadaniem procesu grupowania rekordów pacjenta jest wskazanie grupy JGP przy wykorzystaniu minimalnego zestawu danych zawartych w rekordzie pacjenta
- Aplikację umożliwiającą automatyczną kwalifikację rekordu pacjenta do właściwej grupy JGP, określa się w międzynarodowej terminologii systemów case-mix jako „gruper”
- NFZ udostępni pełną informację niezbędną do zrozumienia procesu grupowania oraz tworzenia oprogramowania na potrzeby szpitalnych systemów informacyjnych.



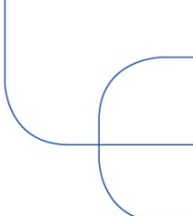
- **Minimalny zestaw danych** niezbędnych i koniecznych dla ustalenia JGP zawiera rekord pacjenta przedstawiony w komunikacie XML:
 - *rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych*
- **Hospitalizacja**, opisana w sprawozdanym rekordzie pacjenta, oznacza:
 - wszystkie świadczenia udzielone pacjentowi w czasie od przyjęcia do szpitala do dnia wypisu (lub zgonu),
 - niezależnie od tego w ilu oddziałach szpitalnych pacjent był leczony (w tym znaczeniu, hospitalizacja jest zestawem kolejnych świadczeń)



Dane zawarte w rekordzie pacjenta, których parametry mogą mieć znaczenie dla grupowania:

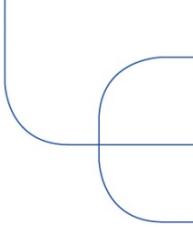
- procedura o najwyższej randze (wartości) – ICD-9 CM
- procedura dodatkowa – ICD-9 CM
- rozpoznanie kliniczne zasadnicze – ICD 10
- rozpoznanie kliniczne wtórne – ICD 10
- wiek pacjenta
- czas pobytu

- **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,
 - dokonał niezbędnych uzupełnień ww. klasyfikacji w celu jej dostosowania do systemu JGP
 - udostępni klasyfikację wszystkim zainteresowanym na zasadach „public domain” wraz z opublikowaniem zarządzenia szpitalnego (ok. 20 maja 2008)



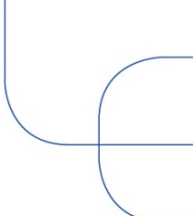
Kolejne kroki w algorytmie grupowania – dla grup zabiegowych:

- kwalifikacja poszczególnych rekordów pacjentów do grupy JGP, rozpoczyna się od sprawdzenia, czy wystąpiła znacząca procedura zabiegowa (najmniej jedna spośród procedur zawartych w opisie grup).
- jeżeli zarejestrowano więcej niż jedną znaczącą procedurę, program grupujący wybiera procedurę o najwyższej randze
- w systemie JGP ustalono hierarchie procedur – ranking procedur wynika z powiązania ich z grupami o zróżnicowanych ryczałtach.



Kolejne kroki w algorytmie grupowania – dla grup zabiegowych c.d. :

- następnym krokiem jest przypisanie wybranej procedury do właściwej grupy. W przypadku 122 grup zabiegowych wystarczy jedna znacząca procedura, aby zakwalifikować rekord pacjenta do jednej z tych grup.
- w pozostałych 157 grupach zabiegowych konieczne jest uwzględnienie dodatkowych informacji zawartych w rekordzie pacjenta (występowanie procedur dodatkowych, rozpoznań, czasu pobytu, wieku pacjenta).



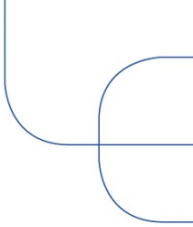
Kolejne kroki w algorytmie grupowania – dla grup zachowawczych:

- program grupujący przypisze grupę JGP na podstawie zarejestrowanych kodów rozpoznania zasadniczego ICD-10, jeśli spełniony jest jeden z następujących warunków:
 - w rekordzie pacjenta nie zarejestrowano żadnej procedury,
 - wartość procedury wynosi 0 lub 1 (procedura nie jest znacząca pod względem ponoszonych przez szpital kosztów).
- w przypadku ponad 164 grup zachowawczych wystarczy rozpoznanie zasadnicze ICD-10, aby zakwalifikować rekord do jednej z tych grup. Dalszych 28 grup wymaga dodatkowych informacji.

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

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

Warunki logiczne związane z każdą z grup JGP wskazują na ewentualne dodatkowe wymagania i decydują o przebiegu grupowania.



Warunki logiczne, nazwane warunkami kierunkowymi znajdują się w opisie grup – etykietach.

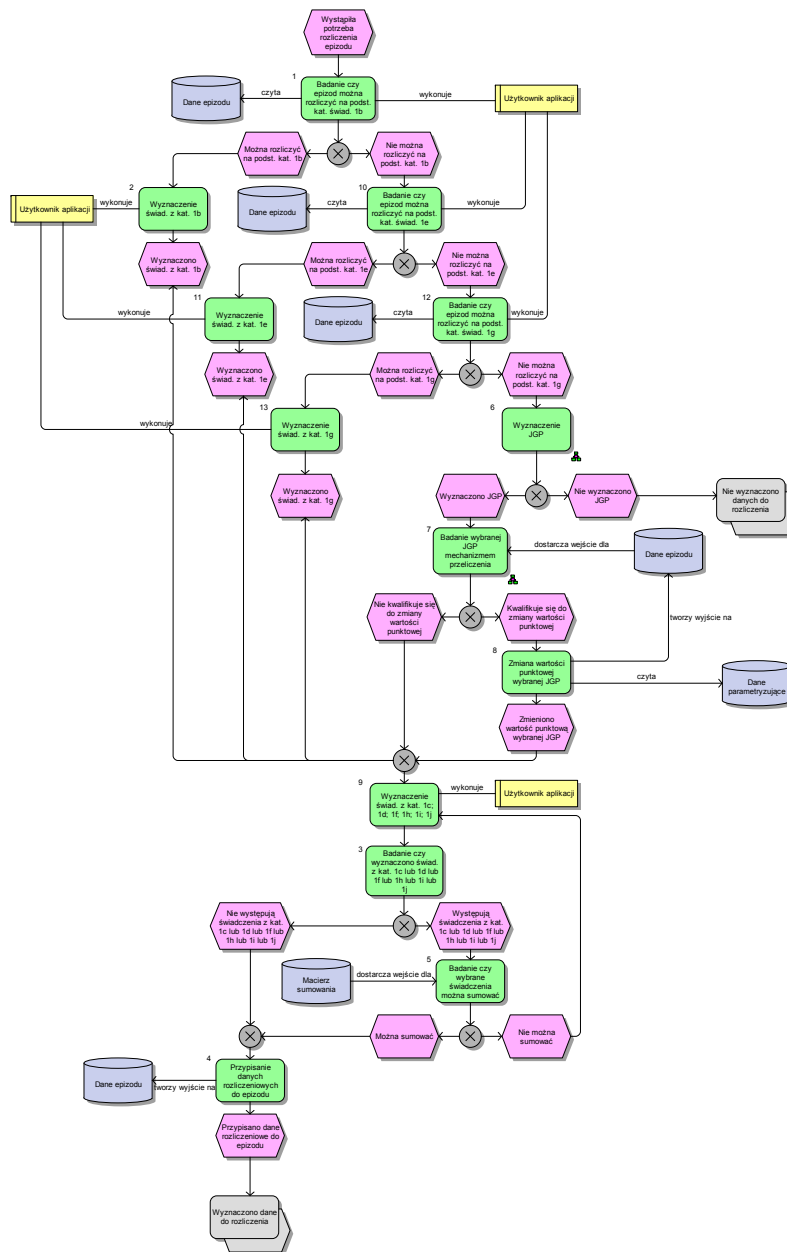
Oznaczone są kolejnymi literami alfabetu.

Etykieta rozpoczyna się od małej litery, która wskazuje na kategorię warunku, a następujący po niej tekst odsyła do właściwych list dodatkowych

(przykład: f - wymagana dodatkowa procedura z listy B1)

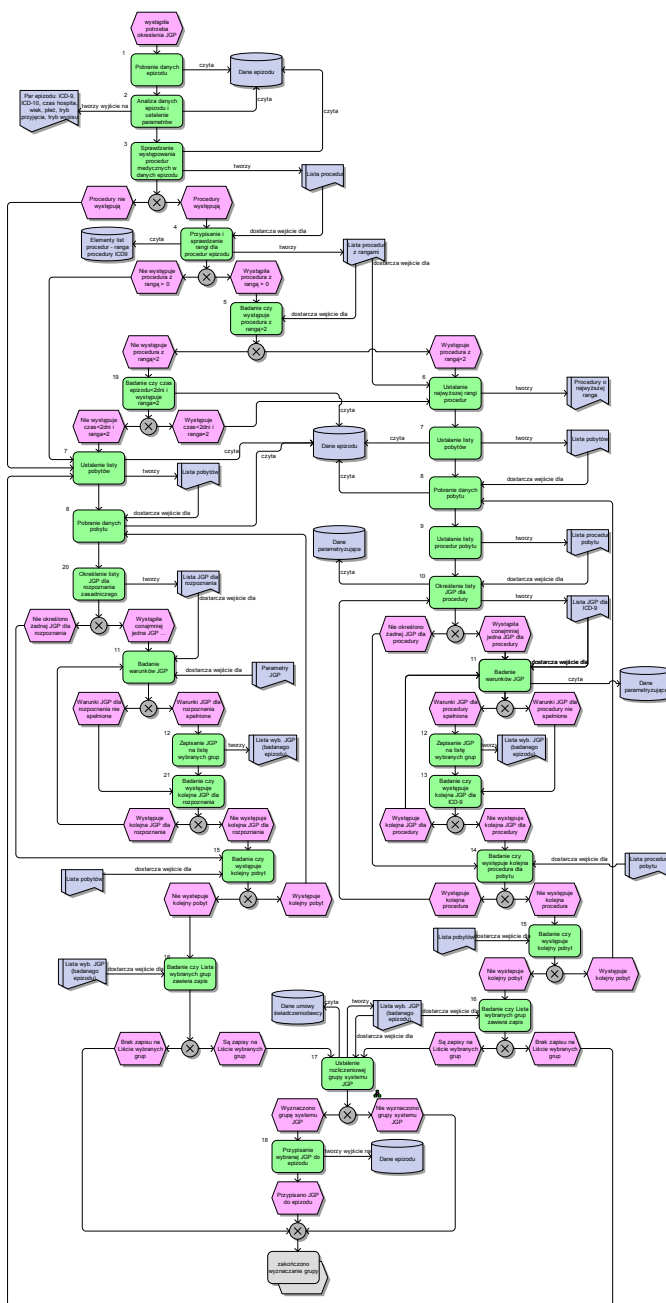
Opis zasad grupowania

Proces wyznaczania danych do rozliczenia epizodu



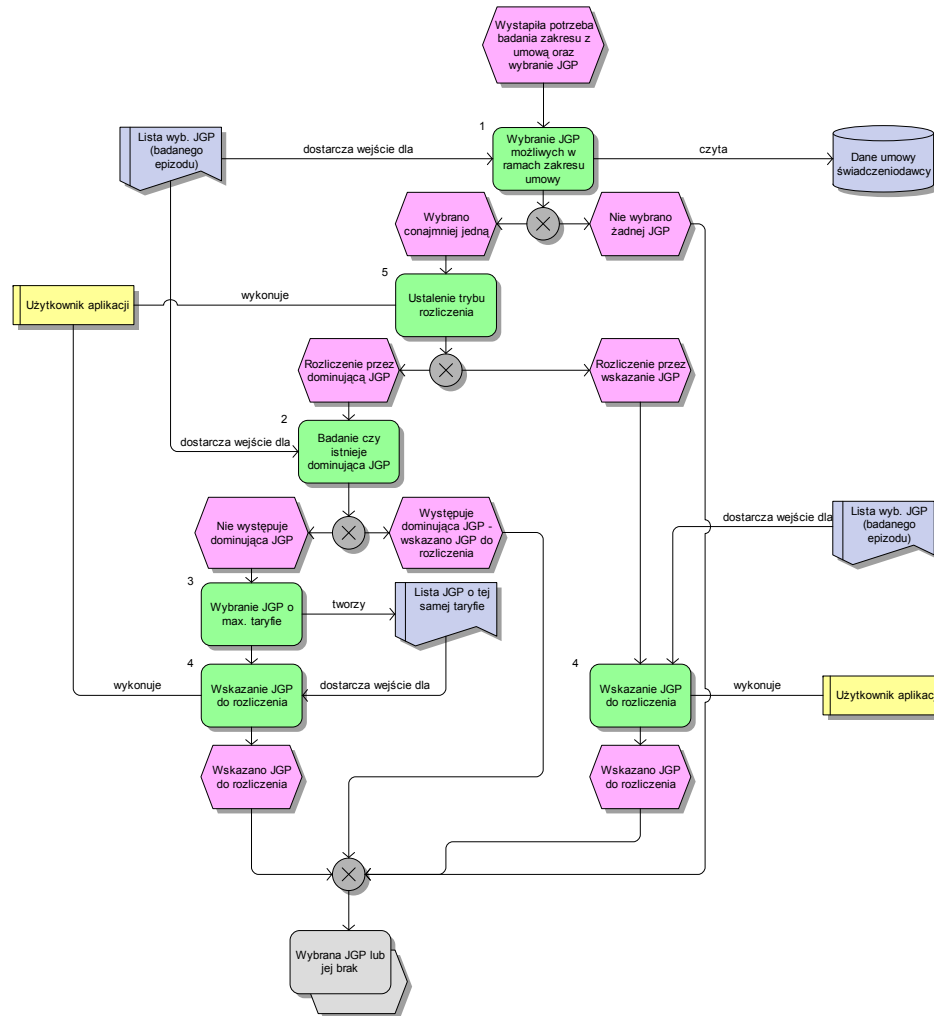
Opis zasad grupowania

Proces wyznaczania grupy systemu JGP



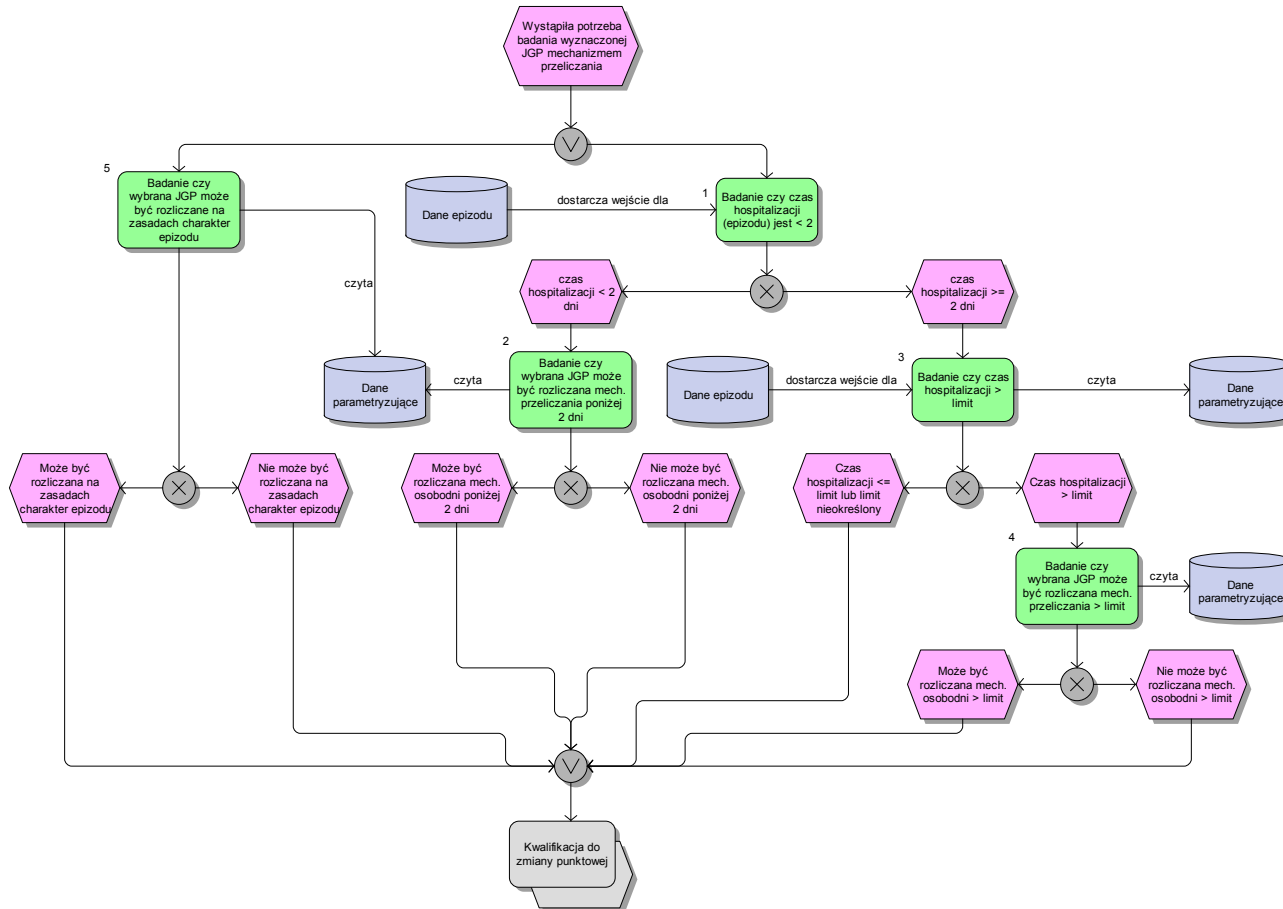
Opis zasad grupowania

Proces ustalenia rozliczeniowej grupy systemu JGP



Opis zasad grupowania

Proces badania wybranej JGP mechanizmem przeliczenia



W kolejnych slajdach dokonano przeglądu wszystkich kategorii warunków kierunkowych (oznaczonych literami alfabetu), na przykładzie ich zastosowań widocznych w etykietach wybranych grup

Uwaga!

Aby przejść do przykładu kliknij właściwą literę w tabeli

Przegląd algorytmu grupowania warunków kierunkowe

znak	objaśnienie
<u>a</u>	grupa bazowa zdefiniowana rozpoznaniem albo procedurą; nie zawiera dodatkowych warunków
<u>b</u>	grupa zdefiniowana procedurą o randze =2; ograniczenie czasu hospitalizacji < 2 dni; może mieć dodatkowy warunek (wiek)
<u>c</u>	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz dwoma rozpoznaniem: zasadniczym i współlistniejącym
<u>1, 2</u>	grupa zdefiniowana rozpoznaniem i dwiema procedurami o randze < 2, z jednej listy, może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
<u>d</u>	grupa zdefiniowana procedurą i rozpoznaniem zasadniczym albo rozpoznaniem zasadniczym i procedurą o randze < 2; może mieć dodatkowe warunki (czas hospitalizacji, wiek)
<u>e</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i drugą procedurą (dodatkową) z innej listy
<u>f</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i drugą procedurą (dodatkową) z innej listy oraz rozpoznaniem zasadniczym; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
<u>g</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i drugą procedurą (dodatkową) alternatywnie z jednej z dwóch list dodatkowych
<u>h</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i dwiema procedurami (dodatkowymi) z różnych list dodatkowych
<u>i</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i dwiema procedurami dodatkowymi z różnych list oraz rozpoznaniem zasadniczym; może mieć dodatkowy warunek (czasu hospitalizacji)
<u>1, 2</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową oraz dwoma rozpoznaniem (zasadniczym i współlistniejącym) odpowiednio z odrębnych list dodatkowych; może mieć dodatkowe warunki (czas hospitalizacji)
<u>k</u>	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz rozpoznaniem zasadniczym z listy dodatkowej i dwoma różnymi rozpoznaniem współlistniejącymi z innej listy dodatkowej
<u>l</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i dwiema procedurami dodatkowymi z różnych list oraz rozpoznaniem (zasadniczym i współlistniejącym) z różnych list; dodatkowy warunek czasu hospitalizacji
<u>m</u>	

Przegląd algorytmu grupowania

warunki kierunkowe

znak	objaśnienie
<u>n</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i rozpoznaniem zasadniczym alternatywnie z jednej z dwóch list oraz rozpoznaniem współlistniejącym z listy dodatkowej
<u>o</u>	grupa zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym i rozpoznaniem współlistniejącym z różnych list oraz dwiema procedurami z jednej listy; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
<u>p</u>	grupa bazowa; zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym; dodatkowy warunek wieku (< 18 r. ż.)
<u>q</u> <u>1, 2</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i rozpoznaniem zasadniczym alternatywnie z jednej z dwóch list; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
<u>r</u>	warunek występuje w grupie zdefiniowanej także innym warunkiem kierunkowym; rozpoznanie z listy grupy musi występować jako rozpoznanie współlistniejące i być potwierdzone odpowiednim rozpoznaniem zasadniczym z listy ogólnej; może mieć dodatkowy warunek (drukie rozpoznanie współlistniejące)
<u>s</u>	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz dwoma rozpoznaniem: zasadniczym alternatywnie z jednej z dwóch list i współlistniejącym z innej listy
<u>t</u>	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz rozpoznaniem zasadniczym alternatywnie z jednej z dwóch list
<u>u</u>	grupa zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym i rozpoznaniem współlistniejącym z listy dodatkowej; może mieć dodatkowy warunek (wiek)
<u>v</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową oraz rozpoznaniem współlistniejącym z listy dodatkowej
<u>w</u>	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i alternatywnie albo rozpoznaniem zasadniczym albo procedurą dodatkową
<u>x</u>	grupa zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym i rozpoznaniem współlistniejącym z listy dodatkowej oraz procedurą o randze < 2 z listy dodatkowej; dodatkowe warunki (czas hospitalizacji, wiek)
<u>y</u>	grupa bazowa zdefiniowana rozpoznaniem albo procedurą; zawiera dodatkowe warunki (wiek, czas hospitalizacji)
<u>z</u>	warunek dotyczy świadczenia dwuetapowego i polega na wskazaniu dwóch procedur, każda z innej listy, wykonanych w jednym czasie oraz rozpoznania zasadniczego, a następnie wskazaniu dwóch procedur z dwóch list w innym czasie (w szczególnym przypadku może być to krotność)

Przykłady – warunek: b

ICD-9 CM

87.34 Limfangiografia śródpiersiowa

88.36 Limfangiografia kończyny dolnej

88.41 Arteriografia naczyń mózgowych

88.45 Arteriografia tętnic nerkowych

88.47 Arteriografia tętnic brzusznych - inne

88.48 Arteriografia tętnic kończyny dolnej

88.49 Arteriografia - inne

czas pobytu < 2

Q34
Radiologia zabiegowa
- zabiegi diagnostyczne

b - grupa bazowa; czas pobytu < 2 dni

Przykłady – warunki: a lub d

ICD-10

G45.0 Zespół tętnicy kręgowo-podstawnej
G45.1 Zespół tętnicy szyjnej (półkulowy)
G45.2 Mnogie i obustronne zespoły tętnic przedmózgowych
G45.3 Przejściowe objawy ślepoty [amaurosis fugax]
G45.4 Przemijająca niepamięć całkowita
G45.6 Inne przemijające mózgowo napady niedokrwienia i zespoły pokrewne
G45.9 Przemijające mózgowo napady niedokrwienia, nieokreślone

A46
Przemijające
niedokrwienie
mózgu

a - grupa bazowa

A6

ICD-9 CM

00.21 Obrazowanie tętnicy szyjnej i jej odgałęzień
87.03 Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi
88.722 Echokardiografia przezprzelykowa
88.91 Rezonans magnetyczny mózgu/ pnia
89.542 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter)

A47
Przemijające
niedokrwienie
mózgu
diagnostyka
rozszerzona

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

Przykłady – warunki: e lub y

A50
ICD-10
G08.X Zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył śródczaszkowych i w kanale kręgowym
I60.0 Krwotok podpajęczynówkowy z syfonu lub rozwidlenia tętnicy szyjnej wewnętrznej
I60.1 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy środkowej mózgu
I60.2 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej przedniej
I60.3 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy łączącej tylnej
I60.4 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy podstawnej
I60.5 Krwotok podpajęczynówkowy z tętnicy kręgowej
I60.6 Krwotok podpajęczynówkowy z innych tętnic wewnątrzczaszkowych
I65.8 Niedrożność i zwężenie innych tętnic przedmózgowych
I65.9 Niedrożność i zwężenie nieokreślonych tętnic przedmózgowych
I66.0 Niedrożność i zwężenie tętnicy środkowej mózgu
I66.1 Niedrożność i zwężenie tętnicy przedniej mózgu
I66.2 Niedrożność i zwężenie tętnicy tylnej mózgu
I66.3 Niedrożność i zwężenie tętnic mózdzku
I66.4 Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych, mnogie i obustronne
I66.8 Niedrożność i zwężenie innych tętnic mózgowych
I66.9 Niedrożność i zwężenie nieokreślonych tętnic mózgowych
I67.0 Rozwarstwienie tętnic mózgowych, niepeknięte
I67.2 Miażdżycza tętnic mózgowych
I67.5 Choroba Moyamoya
I67.6 Nieropny zakrzep układu żylnego wewnątrzczaszkowego
I67.7 Zapalenie tętnic mózgowych, niesklasyfikowanych gdzie indziej
I67.8 Inne określone choroby naczyń mózgowych
I67.9 Choroba naczyń mózgowych, nieokreślona
I69.8 Następstwa innych i nieokreślonych chorób naczyń mózgowych
R47.0 Dysfazja i afazja

A48
ICD-9 CM
39.51 Klipsowanie tętniaka
39.52 Podanie leku trombolitycznego drugiej generacji
99.102 Podanie leku trombolitycznego drugiej generacji

A48
Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym

czas pobytu > 7

A49
Udar mózgu - leczenie > 3 dni

e - wymagane wskazanie procedury z listy procedur A48 oraz rozpoznania zasadniczego z grupy A50; czas pobytu > 7 dni

czas pobytu < 4

A50
Udar mózgu - leczenie < 4 dni

y grupa bazowa z warunkiem

A49
ICD-9 CM
31.1X Tracheostomia czasowa
89.60 Ciągłe monitorowanie gazometrii krwi tętnicznej
93.72 Terapia afazji (i dysfazji)
99.102 Podanie leku trombolitycznego drugiej generacji

czas pobytu > 3

e - wymagane wskazanie procedury z listy procedur A49 oraz rozpoznania zasadniczego z grupy A50; czas pobytu > 3 dni

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

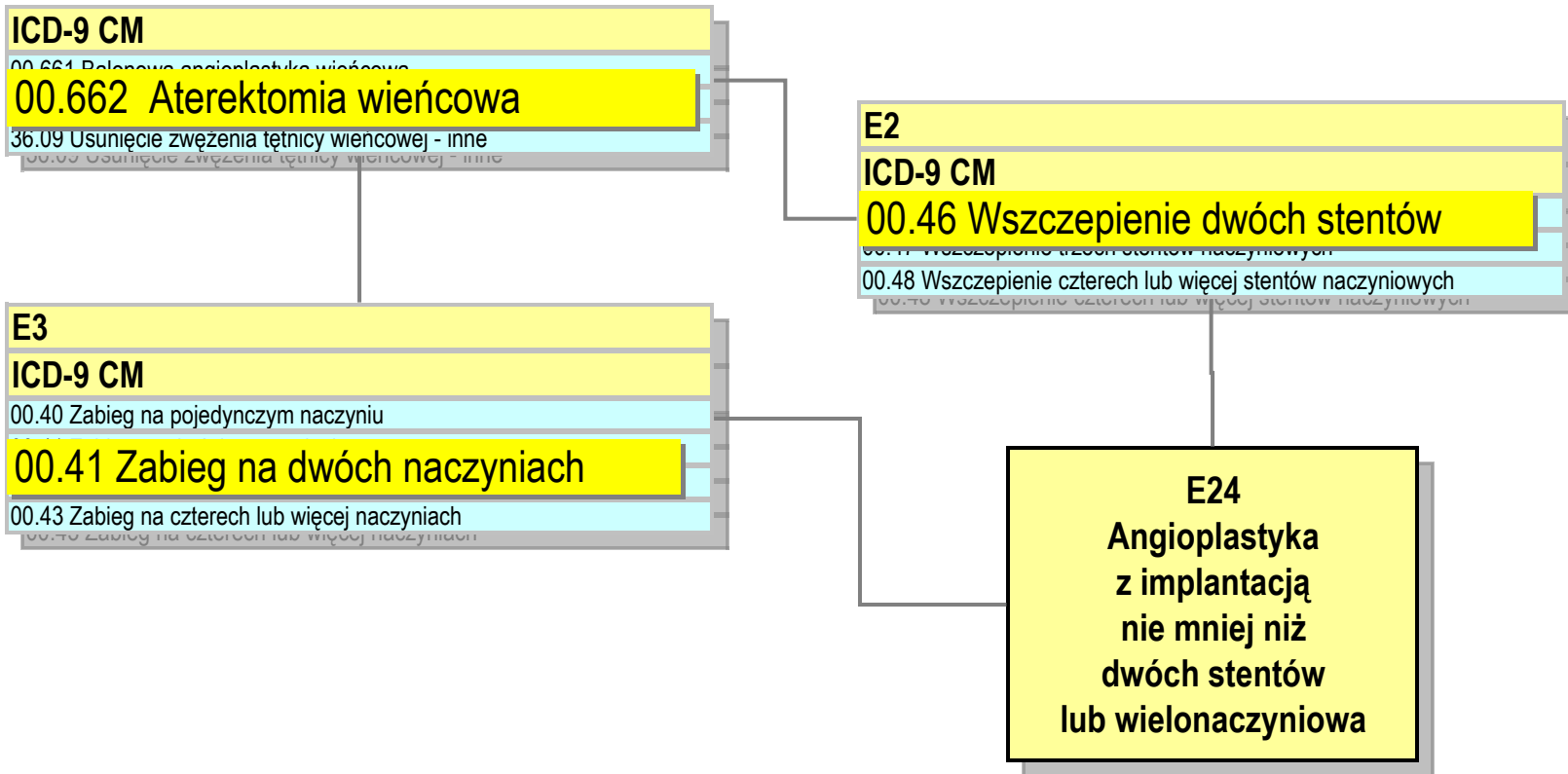
92.19 Scyntygrafia w innych umiejscowieniach

K05

Zabiegi diagnostyczne
tarczycy, przytarczyc,
nadnerczy

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

Przykłady – warunek: h



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

Przykłady – warunek: r

ICD-10

G55.0 Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w chorobach nowotworowych (C00-D48+)

G55.1 Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w zaburzeniach krążka międzykręgowego (M50-M5)

G55.2 Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w zmianach zwyrodnieniowych kręgow (M47.-+)

G55.3 Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w innych (dolegliwościach kręgosłupa) dorsopatiach (M45-M46, M48)

G55.8 Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej

G59.0 Mononeuropatia cukrzycowa (E10-E14+ zwykle ze wspólnym czwartym znakiem kodu .4)

G59.8 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 metabolicznych (E00-E07+, E15-E16+, E20-E34+, E70-E71+)

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 (M00-M25+, M40-M96+)

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 insulinoniezależna (z powikłaniami neurologicznymi)

E12.4 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z powikłaniami neurologicznymi)

E13.4 Inne określone postacie cukrzycy (z powikłaniami neurologicznymi)

E14.4 Cukrzyca nieokreślona (z powikłaniami neurologicznymi)

G54.0 Zaburzenia splotu ramiennego

G54.1 Zaburzenia splotu lędźwiowo-krzyżowego

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 Kauzalgia

r - jako rozpoznanie współistniejące
wymagany kod z Listy Ogólnej

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

N7

ICD-10

- B58.3 Toksoplazmoza płucna (J17.3*)
- B58.8 Toksoplazmoza z zajęciem innych narządów
- B58.9 Toksoplazmoza, 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 wcześniactwo
- P07.3 Inne przypadki wcześniactwa
- P10.0 Krwotok podtwardówkowy spowodowany urazem porodowym
- P10.1 Krwawienie do mózgu spowodowane urazem porodowym
- P10.2 Krwotok dokomorowy spowodowany urazem porodowym
- P10.3 Krwotok podpajęczynówkowy spowodowany urazem porodowym
- P10.4 Rozdarcie namiotu mózdzku spowodowane urazem porodowym
- P10.8 Inne rozerwanie struktur śródczaszkowych i krwotoki spowodowane urazem porodowym
- P10.9 nieokreślone rozerwanie struktury śródczaszkowej i krwotok spowodowany urazem porodowym
- P21.0 Ciężka zamartwica urodzeniowa
- P22.0 Zespół zaburzeń oddychania noworodka

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 krwią przez noworodka
- P24.3 Zachłyśnięcie się mlekiem i zwróconym pokarmem 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 siny u noworodka
- P28.3 Pierwotny bezdech w czasie snu u noworodka
- P28.4 Inny bezdech u noworodka
- P28.5 Niewydolność oddechowa noworodka
- P28.8 Inne określone zaburzenia oddechowe u noworodka
- P28.9 Zaburzenie oddychania u noworodka, nieokreślone
- P29.1 Zaburzenia rytmu serca u noworodków
- 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
- 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 beztlenowce
- P36.8 Inna posocznica bakteryjna noworodka

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 współistniejącego z listy dodatkowej N7

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

Przykłady – warunek: g

ICD-9 CM

03.96 Przeskórne odnerwienie 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 przepukliny jądra miazdżystego
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 palce
80.25 Artroskopia - biodro
80.26 Artroskopia - kolano
80.27 Artroskopia - kostka
80.28 Artroskopia - stopy i palce
80.29 Artroskopia - kręgosłup

H55

**Zabiegi artroskopowe
i przezskórne
kręgosłupa**

H9

ICD-10

M49.1 Zapalenie stawów kręgosłupa w przebiegu brucellozy (A23.-+)
M49.2 Zapalenie stawów kręgosłupa w przebiegu infekcji bakteriami jelitowymi (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
M50.0 Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (G99.2*)
M50.1 Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych
M50.2 Inne przemieszczenia krążka międzykręgowego szyjnego
M50.3 Inne zwyrodnienia krążka międzykręgowego szyjnego
M50.8 Inne choroby krążka międzykręgowego szyjnego
M51.0 Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (G99.2*)
M51.1 Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych
M51.2 Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego
M51.3 Inne określone zwyrodnienia krążka międzykręgowego
M51.4 Guzki Schmorla
M51.8 Inne określone choroby krążka międzykręgowego

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

Przykłady – warunek: i

ICD-9 CM

12.65 Wytworzenie przetoki twardówki z usunięciem tęczy

12.69 Wytworzenie przetoki twardówki - inne

12.79 Zabiegi w jaskrze - inne

B2

ICD-9 CM

13.71 Wszczepienie soczewki przy usunięciu zaćmy

B3

ICD-9 CM

13.191 Usunięcie zaćmy - inne

13.192 Krioekstrakcja soczewki

13.193 Usunięcie zaćmy przez odessanie

13.194 Usunięcie soczewki - inne

13.42 Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy z dościa tylnego

13.49 Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy - inne

13.59 Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki - inne

13.69 Usunięcie zaćmy - inne

13.9X Operacje soczewki - inne

B1
Kompleksowe
zabiegi
w zaćmie
i jaskrze

i - wymagane wskazanie procedury z listy procedur B11 oraz procedur z list dodatkowych B2 i B3

Przykłady – warunek: j

A03
ICD-9 CM
02.931 Implantacja, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu

A04
ICD-9 CM
86.94 Wprowadzenie lub wymiana jednoszeregowego generatora impulsów do neurostymulacji, nieokreślony czy do doładowywania
86.95 Wprowadzenie lub wymiana dwuszeregowego generatora impulsów do neurostymulacji, nieokreślony czy do doładowywania
86.97 Wprowadzenie lub wymiana jednoszeregowego generatora impulsów do neurostymulacji, do doładowywania
86.98 Wprowadzenie lub wymiana dwuszeregowego generatora impulsów do neurostymulacji, do doładowywania
86.99 Wprowadzenie lub wymiana dwuszeregowego generatora impulsów do neurostymulacji, do doładowywania

A5
ICD-9 CM
00.36 Neuronawigacja

A03
ICD-10
G20.X Choroba Parkinsona
G21.0 Złośliwy zespół neuroleptyczny
G21.1 Parkinsonizm wtórny wywołany innymi lekami
G21.2 Parkinsonizm wtórny wywołany innymi czynnikami zewnętrznymi
G21.3 Parkinsonizm po zapaleniu mózgu
G22.X Parkinsonizm w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
G23.0 Choroba Hellervordena-Spatza
G23.1 Postępujące ponadjądrowe porażenie mięśni oka [Steele-Richardsona-Olszewskiego]
G23.2 Wyrodnienie prążkowie i istoty czarnej [striatonigralis degeneratio]
G23.8 Inne określone choroby zwyrodnieniowe jąder podstawy
G24.0 Dystonia wywołana przez leki
G24.1 Dystonia samoistna rodzinna
G24.2 Dystonia samoistna niedziedziczna
G24.3 Kurczowy kręcz karku
G24.4 Dystonia samoistna w obrębie twarzy
G24.5 Kurcz powiek
G24.8 Inne dystonie
G24.9 Dystonia, nieokreślona
G25.0 Drżenie samoistne
G25.1 Drżenie polekowe
G25.2 Inne określone formy drżenia
G25.3 Mioklonia
G25.4 Płaszawica polekowa
G25.5 Inna płaszawica
G25.6 Polekowe i inne tiki pochodzenia organicznego
G25.8 Inne określone zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych
G25.9 Zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych, nieokreślone
G26.X Zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
G26.X Zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej

A03
Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu

j - wymagane wskazanie procedury z listy procedur A03, procedury z listy procedur A04 i procedury z listy dodatkowej A5 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań A03

Przykłady – warunek: j

ICD-9 CM

27.49 Wycięcia w zakresie jamy ustnej - inne

29.39 Wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki gardła - inne

30.32 Wycięcie krtani i gardła

C1

ICD-9 CM

27.591 Plastyka korekcyjna twarzy po porażeniu nerwu twarzowego mięśniami skroniowym/ mięśniami żwaczem

27.592 Plastyka korekcyjna twarzy po porażeniu nerwu twarzowego paskami powięzi

27.593 Plastyka korekcyjna twarzy po porażeniu nerwu twarzowego - wytworzenie fałdu nosowo-wargowego

27.69 Operacje plastyczne podniebienia - inne

C2

ICD-9 CM

40.31 Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych

40.32 Wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej

40.41 Jednostronna radykalna dissekcja szyi

40.42 Obustronna radykalna dissekcja szyi

40.49 Radykalna dissekcja szyi - inne

j - wymagane wskazanie procedury z listy procedur C01, procedury z listy dodatkowej C1, procedury z listy dodatkowej C2 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznania C01; czas pobytu > 10 dni

C01

ICD-10

C02.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice języka)

C02.9 Nowotwór złośliwy (język, nieokreślony)

C04.0 Nowotwór złośliwy (przednia część dna jamy ustnej)

C04.1 Nowotwór złośliwy (boczna część dna jamy ustnej)

C04.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice dna jamy ustnej)

C04.9 Nowotwór złośliwy (dno jamy ustnej, nieokreślone)

C05.1 Nowotwór złośliwy (podniebienie miękkie)

C05.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice podniebienia miękkiego)

C05.9 Nowotwór złośliwy (podniebienie, nieokreślone)

C06.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice innych i nieokreślonych części jamy ustnej)

C13.2 Nowotwór złośliwy (tylna ściana części krtaniowej gardła)

C13.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice części krtaniowej gardła)

C13.9 Nowotwór złośliwy (część krtaniowa gardła, nieokreślona)

C14.0 Nowotwór złośliwy (gardło o umiejscowieniu nieokreślonym)

C14.2 Nowotwór złośliwy (pierścień chłonny gardłowy waldeyera)

C14.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice wargi, jamy ustnej i gardła)

C32.0 Nowotwór złośliwy (głośnia)

C32.1 Nowotwór złośliwy (nagłośnia)

C32.2 Nowotwór złośliwy (jama podgłośniowa)

C32.3 Nowotwór złośliwy (chrząstki krtani)

C32.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice krtani)

C32.9 Nowotwór złośliwy (krtani, nieokreślona)

C76.0 Nowotwór złośliwy (głowa, twarz i szyja)

C01
Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją > 10 dni

czas pobytu > 10

Przykłady – warunek: m

ICD-9 CM
72.1X Kleszcze wyjściowe z nacięciem krocza
73.71 Poród samoistny bez nacięcia krocza
73.72 Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym zeszcieniem
73.8X Operacje na płodzie ułatwiające poród
74.0X Klasyczne cięcia cesarskie
74.1X Cięcia cesarskie w dolnym odcinku macicy
74.2X Cięcia cesarskie pozaotrzewnowe
75.4X Ręczne wydobycie łożyska
75.52 Zeszcienie świeżego położniczego uszkodzenia trzonu macicy
75.62 Zeszcienie świeżego położniczego uszkodzenia odbytu i zwieracza odbytu
75.71 Ręczna kontrola jamy macicy po porodzie
75.72 Instrumentalna kontrola jamy macicy po porodzie
75.81 Położnicza tamponada macicy
75.82 Położnicza tamponada pochwy
75.94 Ręczne odprowadzenie wyciwowanej macicy
75.94 Ręczne odprowadzenie wyciwowanej macicy

N1
ICD-9
89.393 Kardiotokografia

N2
ICD-9
75.32 Ekg płodu – z owłosionej skóry głowy
75.33 Pobranie próbki krwi płodu z owłosionej skóry głowy
75.37 Amnioinfuzja
75.38 Oksymetria pulsacyjna płodu
87.03 Komputerowa tomografia głowy i/lub szyi
88.01 Komputerowa tomografia brzucha
88.71 Diagnostyka ultrasonograficzna głowy/szyi
88.72 Diagnostyka ultrasonograficzna serca
88.78 Diagnostyka USG macicy ciężarnej
88.78 Diagnostyka USG macicy ciężarnej
89.662 pH-metria krwi płodu z owłosionej skóry głowy
91.41 Badania mikroskopowe pęcherza płodowego
91.42 Badania mikroskopowe płodu
91.43 Badanie mikroskopowe materiału z pochwy
91.44 Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy
91.45 Badanie mikroskopowe materiału z macicy
91.46 Badanie mikroskopowe materiału z krocza
91.46 Badanie mikroskopowe materiału z krocza

N03
ICD-10
O80.0 Poród samoistny w ułożeniu podłużnym potylicowym
O80.1 Poród samoistny pośladkowy
O81.0 Poród przy pomocy kleszczy wyjściowych
O81.4 Poród przy pomocy próżniociągu
O81.5 Poród przy pomocy kleszczy i próżniociągu
O82.0 Poród przez cięcie cesarskie z wyboru (planowany)
O82.1 Poród przez cięcie cesarskie ze wskazaniami nagłym
O82.2 Poród przez cięcie cesarskie z wycięciem macicy
O82.8 Inny poród pojedynczy przez cięcie cesarskie
O83.0 Wydobycie pośladków, pomoc ręczna
O83.1 Inny poród pośladkowy z udzieleniem pomocy położniczej
O83.3 Poród żywego płodu w ciąży brzusznej
O83.4 Operacje pomniejszające objętość płodu
O84.0 Poród mnogi w całości samoistny
O84.1 Poród mnogi w całości przy pomocy kleszczy lub/ i próżniociągu
O84.2 Poród mnogi w całości przez cięcie cesarskie
O84.2 Poród mnogi w całości przez cięcie cesarskie

N3
ICD-10
O36.6 Opieka położnicza z powodu nadmiernej masy płodu
O36.7 Opieka położnicza z powodu żywego płodu w ciąży brzusznej
O40.0 Wielowodzie
O41.0 Małowodzie
O43.0 Zespoły przetoczenia łożyskowego
O43.1 Wada rozwojowa łożyska
O45.0 Przedwczesne oddzielenie łożyska, z zaburzeniami krzepnięcia
O45.8 Inne przedwczesne oddzielenie łożyska
O46.0 Krwawienie przedporodowe, z zaburzeniami krzepnięcia
O47.0 Poród fałszywy przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży
O60.0 Poród przedwczesny
O61.0 Nieskuteczne farmakologiczne wzniecanie czynności porodowej
O61.1 Nieskuteczne instrumentalne wzniecanie czynności porodowej
O61.8 Inne nieskuteczne wzniecanie czynności porodowej
O62.0 Pierwotne słabe skurcze macicy
O62.1 Wtórnie słaba czynność skurczowa macicy
O62.2 Inne rodzaje słabej czynności skurczowej macicy
O62.2 Inne rodzaje słabej czynności skurczowej macicy

czas pobytu > 10

N03
Ciężka patologia ciąży, płodu, zakończona porodem

m - wymagane wskazanie procedury z listy procedur N03, rozpoznania zasadniczego z grupy N03, rozpoznania współistniejącego z listy dodatkowej N3 oraz procedur z listy dodatkowej N1 i listy dodatkowej N2, czas pobytu

> 10 dni

Przykłady – warunek: n lub q

ICD-9 CM

86.04 Nacięcie/drenaż skóry/tkanki podskórnej - inne
86.09 Nacięcie skóry/tkanki podskórnej - inne
86.221 Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki
86.222 Wycięcie martwiczej tkanki
86.223 Wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej
86.281 Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez szczołeczkowanie
86.282 Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez irygację pod ciśnieniem
86.283 Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez zdrapanie
86.284 Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie
86.3X Inne miejscowe usunięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki skóry i tkanki podskórnej

86.4X Kauteryzacja wycięcia zmiany skóry
86.89 Rekonstrukcja/ plastyka skóry i tkanki podskórnej - inne
86.99 Operacje skóry/ tkanki podskórnej - inne
93.57 Zażalenie opatrunku na ranę - inne

J1

ICD-10

T28.5 Oparzenie chemiczne jamy ustnej i gardła
T28.6 Oparzenie chemiczne przetyku
T28.7 Oparzenie chemiczne innych części przewodu pokarmowego
T28.8 Oparzenie chemiczne narządów moczopłciowych wewnętrznych
T28.9 Oparzenie chemiczne innych, nieokreślonych narządów wewnętrznych
T30.0 Oparzenie termiczne nieokreślonej okolicy ciała, nieokreślonego stopnia
T30.1 Oparzenie termiczne I stopnia, okolica ciała nieokreślona
T30.2 Oparzenie termiczne II stopnia, okolica ciała nieokreślona
T30.4 Oparzenie chemiczne nieokreślonej okolicy ciała, nieokreślonego stopnia
T30.5 Oparzenie chemiczne I stopnia, okolica ciała nieokreślona
T30.6 Oparzenie chemiczne II stopnia, okolica ciała nieokreślona
T31.0 Oparzenie termiczne obejmujące mniej niż 10% powierzchni ciała

T31.1 Oparzenie termiczne obejmujące 10-19% powierzchni ciała

T32.0 Oparzenie chemiczne obejmujące mniej niż 10% powierzchni ciała
T32.1 Oparzenie chemiczne obejmujące 10-19% powierzchni ciała
T32.2 Oparzenie chemiczne obejmujące 10-19% powierzchni ciała

Jpw Lista powikłań i chorób współistniejących

ICD-10

I73.0 Zespół Reynauda

I77.6 Zapalenie tętnicy, nieokreślone
I80.0 Zapalenie i zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych kończyn dolnych
I80.2 Zapalenie i zakrzepowe zapalenie żył innych naczyń głębokich kończyn dolnych
I82.9 Zator i zakrzep żyły, nieokreślony
I83.0 Żylaki kończyn dolnych z owrzodzeniem
I84.4 Guzy krwawicze odbytu zewnętrzne z innymi powikłaniami
I85.9 Żylaki przetyku bez krwawienia
J16.8 Zapalenie płuc wywołane przez inne określone drobnoustroje
J18.0 Nieokreślone odoskrzelowe zapalenie płuc
J18.1 Nieokreślone płątowe zapalenie płuc
J18.9 Nieokreślone zapalenie płuc
J20.9 Nieokreślone ostre zapalenie oskrzeli
J40.X Zapalenie oskrzeli nieokreślone jako ostre albo przewlekłe
J81.X Obrzęk płuc
J85.2 Ropień płuca bez zapalenia płuc
J90.X Wysiłek opłucnowy niesklasyfikowany gdzie indziej
J90.X Wysiłek opłucnowy niesklasyfikowany gdzie indziej

J18

Oparzenia (odmrożenia)
z innymi procedurami
z powikłaniami

n - wymagane wskazanie procedury z listy procedur J19, rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej J1 lub z listy dodatkowej J5 oraz rozpoznania współistniejącego z listy Jpw (powikłania i choroby współistniejące)

J5

ICD-10

T33.0 Powierzchowne odmrożenie głowy
T33.1 Powierzchowne odmrożenie szyi
T33.2 Powierzchowne odmrożenie klatki piersiowej
T33.3 Powierzchowne odmrożenie ściany brzucha, dolnej części grzbietu i miednicy
T33.4 Powierzchowne odmrożenie kończyny górnej
T33.5 Powierzchowne odmrożenie nadgarstka i ręki
T33.6 Powierzchowne odmrożenie biodra i uda
T33.7 Powierzchowne odmrożenie kolana i podudzia
T33.8 Powierzchowne odmrożenie okolicy stawu skokowego i stopy
T33.9 Powierzchowne odmrożenie innych i nieokreślonych okolic
T35.0 Powierzchowne odmrożenie obejmujące mnogie okolice ciała
T35.4 Nieokreślone odmrożenie kończyny górnej
T35.5 Nieokreślone odmrożenie kończyny dolnej
T35.7 Nieokreślone odmrożenie, nieokreślonej okolicy
T35.7 Nieokreślone odmrożenie, nieokreślonej okolicy

J19

Oparzenia (odmrożenia)
z innymi procedurami
bez powikłań

q - wymagane wskazanie procedury z listy procedur J19 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej J1 lub z listy dodatkowej J5

Przykłady – warunek: o

ICD-10

B26.3 Świnkowe zapalenie trzustki (K87.1*)

K85.X Ostre zapalenie trzustki

G1

ICD-9 CM

51.10 Cholangiopankreatografia wsteczna ECPW

51.85 Endoskopowe nacięcie zwieracza i brodawki

52.13 Endoskopowa pankreatografia wsteczna

88.01 Komputerowa tomografia brzucha

88.02 Tomografia brzucha - inne

88.74 Diagnostyka ultrasonograficzna przewodu pokarmowego

88.97 Rezonans magnetyczny innych okolic i miejsc nieokreślonych

99.87 Żywienie dojelitowe

G37
Ostre
zapalenie
trzustki

a - grupa bazowa

G36
Ostre zapalenie
trzustki o ciężkim
przebiegu

czas pobytu > 3

Gpw Lista powikłań i chorób współistniejących

ICD-10

I46.9 Zatrzymanie krążenia, nieokreślone

I47.1 Częstoskurcz nadkomorowy

I48.4 Blokady przewodów przekaźnych

I50.0 Niewydolność serca zastoinowa

I51.3 Zakrzep (skrzeplina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej

I64.X Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy

I71.9 Tętniak tętnicy głównej o nieokreślonym umiejscowieniu, bez wzmianki o pęknięciu

I72.0 Tętniak tętnicy szyjnej

I72.3 Tętniak tętnicy biodrowej (wspólnej) (zewnątrznej) (wewnętrznej)

I80.2 Zapalenie i zakrzepowe zapalenie żył innych naczyń głębokich kończyn dolnych

I80.9 Zapalenie i zakrzepowe zapalenie żył o nieokreślonym umiejscowieniu

I81.X Zakrzep żyły wrotnej

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

ICD-10

N13.7 Uropatia związana z odpływem pęcherzowo-moczowodowym

N13.8 Inna zaporowa i odpływowa uropatia

N13.9 Zaporowa i odpływowa uropatia, nieokreślona

N15.0 Bałkańskie endemiczne zapalenie nerek

N15.8 Inne określone cewkowo-śródmiąższowe choroby nerek

N15.9 Choroba cewkowo-śródmiąższowa nerek, nieokreślone

N20.0 Kamica nerki

N20.2 Kamica nerki z kamcią moczowodu

N23.X Nieokreślona kolka nerkowa

N28.0 Niedokrwienie i zawał nerki

N26.0 Zaburzenie cewki moczowej, nieokreślone

N39.4 Inne określone nietrzymanie moczu

N39.9 Zaburzenie układu moczowego, nieokreślone

N43.3 Wodniak jądra, nieokreślony

N43.0 Wodniak jądra, nieokreślony

P17

Choroby nerek

p - grupa bazowa

Przykłady – warunek: q

ICD-9 CM

- 54.11 Laparotomia zwiadowcza
- 54.12 Laparotomia przez ranę pooperacyjną
- 54.19 Laparotomia - inne**
- 54.4X Wycięcie/ zniszczenie tkanki otrzewnowej
- 54.51 Usunięcie zrostów otrzewnowych laparoskopowo
- 54.59 Usunięcie zrostów otrzewnowych - inne
- 54.71 Operacja gastroschizy
- 54.73 Operacja naprawcza otrzewnej - inne
- 54.74 Operacje naprawcze sieci - inne
- 54.75 Operacje naprawcze krezki - inne
- 54.94 Wytworzenie połączenia otrzewnowo - naczyniowego

F46 Choroby jamy brzusznej

ICD-10

- C26.0 Nowotwór złośliwy (przewód pokarmowy, część nieokreślona)
- C26.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice narządów trawiennych)
- C26.9 Nowotwór złośliwy (część układu trawiennego)**
- C48.0 Nowotwór złośliwy (przebieżka żołądkowa)
- C48.1 Nowotwór złośliwy (określona część otrzewnej)
- C48.2 Nowotwór złośliwy (otrzewna, nieokreślona)
- C48.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej)
- C76.2 Nowotwór złośliwy (brzuch)
- C77.2 Nowotwór złośliwy (węzły chłonne wewnątrz jamy brzusznej)
- C77.5 Nowotwór złośliwy (węzły chłonne wewnątrz miednicy)
- C78.6 Wtórny nowotwór złośliwy otrzewnej i przestrzeni zaotrzewnowej
- D01.4 Rak in situ (inne i nieokreślone części jelita)
- D01.7 Rak in situ (inne określone narządy trawienne)
- D01.9 Rak in situ (narządy trawienne, nieokreślone)

F47 Choroby infekcyjne jelit

ICD-10

- A04.5 Zapalenie jelit wywołane przez *Campylobacter*
- A04.6 Zapalenie jelit wywołane przez *Yersinia enterocolitica*
- A04.7 Zapalenie jelita cienkiego i grubego wywołane przez *Clostridium difficile*
- A04.8 Inne określone zakażenia bakteryjne jelit
- A04.9 Zakażenie bakteryjne jelit, nieokreślone
- A05.0 Zatrucie pokarmowe gronkowcowe
- A05.1 Zatrucie jadem kiełbasianym
- A05.2 Zatrucie pokarmowe wywołane przez laseczkę *Clostridium perfringens*
- A05.3 Zatrucie pokarmowe wywołane przez *Vibrio parahemolyticus*
- A05.4 Zatrucie pokarmowe wywołane przez *Bacillus cereus*
- A05.8 Inne określone bakteryjne zatrucie pokarmowe
- A05.9 Bakteryjne zatrucie pokarmowe, nieokreślone
- A06.0 Pełzakowa czerwonka ostra
- A06.1 Pełzakowica jelitowa przewlekła
- A06.2 Pełzakowica jelita grubego, nieczerniakowa

A06.3 Guzowate nacieczenie ściany jelita

F42
Duże zabiegi
jamy brzusznej

q - wymagane wskazanie procedury z listy procedur F42 oraz rozpoznania zasadniczego z grupy F46 lub F47

Przykłady – warunek: s

J11
ICD-9 CM
86.601 Przeszczep wolny skóry niepełnej grubości
86.62 Przeszczep skóry na rękę - inne
86.63 Przeszczep pełnej grubości skóry na inne miejsce
86.65 Przeszczep skóry heterogeniczny
86.671 Wytworzenie nowej skóry
86.672 Przeszczep regeneracyjny naskórkowy warstwy skóry
86.679 Sztuczna skóra - inne
86.69 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.79 Przeszczep uszypułowany/ płat - inne

s - wymagane wskazanie co najmniej dwóch procedur z listy J11 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej J1 lub z listy dodatkowej J4 oraz rozpoznania współistniejącego z listy Jpw (powikłania i choroby współistniejące)

J14
Oparzenia (odmrożenia)
z wieloma przeszczepami
skóry z powikłaniami

Jpw Lista powikłań i chorób współistniejących
ICD-10
A40.9 Posocznica paciorkowcowa, nieokreślona
A40.9 Posocznica paciorkowcowa, nieokreślona
A41.5 Posocznica wywołana przez inne bakterie Gram-ujemne
A41.9 Posocznica, nieokreślona
A46.X Róża
A49.0 Zakażenie gronkowcowe, nieokreślone

J1
ICD-10
T20.0 Oparzenie termiczne nieokreślonego stopnia głowy i szyi
T20.1 Oparzenie termiczne I stopnia głowy i szyi
T20.2 Oparzenie termiczne II stopnia głowy i szyi
T20.3 Oparzenie termiczne III stopnia głowy i szyi
T20.4 Oparzenie chemiczne nieokreślonego stopnia głowy i szyi
T20.5 Oparzenie chemiczne I stopnia głowy i szyi
T20.6 Oparzenie chemiczne II stopnia głowy i szyi
T20.7 Oparzenie chemiczne III stopnia głowy i szyi
T21.0 Oparzenie termiczne nieokreślonego stopnia tułowia
T21.1 Oparzenie termiczne I stopnia tułowia
T21.2 Oparzenie termiczne II stopnia tułowia
T21.3 Oparzenie termiczne III stopnia tułowia
T21.4 Oparzenie chemiczne nieokreślonego stopnia tułowia
T21.5 Oparzenie chemiczne I stopnia tułowia
T21.6 Oparzenie chemiczne II stopnia tułowia
T21.7 Oparzenie chemiczne III stopnia tułowia
T22.0 Oparzenie termiczne nieokreślonego stopnia barku i kończyny górnej, z wyjątkiem nadgarstka i ręki
T22.1 Oparzenie termiczne I stopnia barku i kończyny górnej z wyjątkiem nadgarstka i ręki
T22.2 Oparzenie termiczne II stopnia barku i kończyny górnej z wyjątkiem nadgarstka i ręki
T22.3 Oparzenie termiczne III stopnia barku i kończyny górnej z wyjątkiem nadgarstka i ręki

J4
ICD-10
T34.0 Odmrożenie z martwicą tkanki głowy
T34.1 Odmrożenie z martwicą tkanki szyi
T34.2 Odmrożenie z martwicą tkanki klatki piersiowej
T34.3 Odmrożenie z martwicą tkanki ściany brzucha, dolnej części grzbietu i miednicy
T34.4 Odmrożenie z martwicą tkanki kończyny górnej
T34.5 Odmrożenie z martwicą tkanki nadgarstka i ręki
T34.6 Odmrożenie z martwicą tkanki biodra i uda
T34.7 Odmrożenie z martwicą tkanki kolana i podudzia
T34.8 Odmrożenie z martwicą tkanki okolicy stawu skokowego i stopy
T34.9 Odmrożenie z martwicą tkanki innych i nieokreślonych okolic
T35.1 Odmrożenie z martwicą tkanki obejmujące mnogie okolice ciała
T35.2 Nieokreślone odmrożenie głowy i szyi
T35.3 Nieokreślone odmrożenie klatki piersiowej, brzucha, dolnej części grzbietu i miednicy
T35.6 Nieokreślone odmrożenie obejmujące mnogie okolice ciała

Przykłady – warunek: t

J11
ICD-9 CM
86.601 Przeszczep wolny skóry niepełnej grubości
86.61 Pełnej grubości przeszczep skóry na rękę
86.62 Przeszczep skóry na rękę - inne
86.63 Przeszczep pełnej grubości skóry na inne miejsce
86.65 Przeszczep skóry heterogeniczny
86.671 Wytworzenie nowej skóry
86.672 Wytworzenie nowej skóry - inne
86.673 Wytworzenie nowej skóry - inne
86.674 Wytworzenie nowej skóry - inne
86.675 Wytworzenie nowej skóry - inne
86.676 Wytworzenie nowej skóry - inne
86.677 Wytworzenie nowej skóry - inne
86.678 Wytworzenie nowej skóry - inne
86.679 Sztuczna skóra - inne
86.680 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.681 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.682 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.683 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.684 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.685 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.686 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.687 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.688 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.689 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.690 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.691 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.692 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.693 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.694 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.695 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.696 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.697 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.698 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.699 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.700 Inne przeszczep skóry - inne miejsce
86.79 Przeszczep uszypułowany/ płat - inne

J1
ICD-10
T20.0 Oparzenie termiczne nieokreślonego stopnia głowy i szyi
T20.1 Oparzenie termiczne I stopnia głowy i szyi
T20.2 Oparzenie termiczne II stopnia głowy i szyi
T20.3 Oparzenie termiczne III stopnia głowy i szyi
T20.4 Oparzenie termiczne nieokreślonego stopnia głowy i szyi
T20.5 Oparzenie chemiczne I stopnia głowy i szyi
T20.6 Oparzenie chemiczne II stopnia głowy i szyi
T20.7 Oparzenie chemiczne III stopnia głowy i szyi
T20.8 Oparzenie chemiczne nieokreślonego stopnia głowy i szyi
T21.0 Oparzenie termiczne nieokreślonego stopnia tułowia
T21.1 Oparzenie termiczne I stopnia tułowia
T21.2 Oparzenie termiczne II stopnia tułowia
T21.3 Oparzenie termiczne III stopnia tułowia
T21.4 Oparzenie chemiczne nieokreślonego stopnia tułowia
T21.5 Oparzenie chemiczne I stopnia tułowia
T21.6 Oparzenie chemiczne II stopnia tułowia
T21.7 Oparzenie chemiczne III stopnia tułowia
T21.8 Oparzenie chemiczne nieokreślonego stopnia tułowia

J4
ICD-10
T34.0 Odmrożenie z martwicą tkanki głowy
T34.1 Odmrożenie z martwicą tkanki szyi
T34.2 Odmrożenie z martwicą tkanki klatki piersiowej
T34.3 Odmrożenie z martwicą tkanki ściany brzucha, dolnej części grzbietu i miednicy
T34.4 Odmrożenie z martwicą tkanki kończyny górnej
T34.5 Odmrożenie z martwicą tkanki nadgarstka i ręki
T34.6 Odmrożenie z martwicą tkanki biodra i uda
T34.7 Odmrożenie z martwicą tkanki kolana i podudzia
T34.8 Odmrożenie z martwicą tkanki ręki i nadgarstka
T34.9 Odmrożenie z martwicą tkanki innych i nieokreślonych okolic
T35.1 Odmrożenie z martwicą tkanki obejmujące mnogie okolice ciała
T35.2 Nieokreślone odmrożenie głowy i szyi
T35.3 Nieokreślone odmrożenie klatki piersiowej, brzucha, dolnej części grzbietu i miednicy
T35.4 Nieokreślone odmrożenie kończyny górnej
T35.5 Nieokreślone odmrożenie kończyny dolnej
T35.6 Nieokreślone odmrożenie obejmujące mnogie okolice ciała
T35.7 Nieokreślone odmrożenie obejmujące mnogie okolice ciała
T35.8 Nieokreślone odmrożenie obejmujące mnogie okolice ciała
T35.9 Nieokreślone odmrożenie obejmujące mnogie okolice ciała

J15
Oparzenia (odmrożenia)
z wieloma przeszczepami
skóry bez powikłań

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

ICD-10
J18.0 Nieokreślone odoskrzelowe zapalenie płuc
J18.1 Nieokreślone płatowe zapalenie płuc
J18.2 Nieokreślone hipokratyczne zapalenie płuc
J18.8 Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami
J18.9 Nieokreślone zapalenie płuc
J22.X Nieokreślone ostre zakażenie dolnych dróg oddechowych

D48
Zapalenie płuc
niewykłane

a - grupa bazowa

D47
Zapalenie płuc
powykłane

Dpw Lista powikłań i chorób współistniejących
ICD-10
I24.9 Ostra choroba niedokrwienna serca, nieokreślona
I26.0 Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym
I26.9 Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym
I27.0 Pierwotne nadciśnienie płucne
I27.9 Zespół sercowo-płucny, nieokreślony
I33.0 Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia
I47.2 Częstoskurcz komorowy
I49.3 Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komórek
I50.0 Niewydolność serca zastoinowa
I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa
I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona
I60.9 Krwotok podpajęczynówkowy, nieokreślony
I61.9 Krwotok mózgowy, nieokreślony
I62.0 Krwotok pod oponą twardą (ostry) (nieurazowy)
I63.4 Zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych
I63.9 Zawał mózgu, nieokreślony
I64.X Udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy
I65.3 Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych, mnogie i obustronne

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

Przykłady – warunki: v

ICD-9 CM

51.01 Przeszkorna aspiracja pęcherzyka żółciowego
51.02 Cholezystostomia trójgrańcem
51.04 Nacięcie pęcherzyka żółciowego - inne
51.13 Otwarta biopsja pęcherzyka/ przewodu żółciowego
51.211 Rewizja po cholezystektomii
51.219 Częściowa cholezystektomia - inne
51.22 Cholezystektomia
51.231 Laparoskopowa cholezystektomia laserowa
51.239 Laparoskopowa cholezystektomia - inne
51.24 Częściowa cholezystektomia laparoskopowa
51.41 Cholechoduodenostomia w celu usunięcia kamieni
51.42 Eksploracja przewodu żółciowego wspólnego/ usunięcie innej blokady przepływu
51.43 Wprowadzenie drenu do przewodu żółciowego wspólnego/ wątrobowego celem odbarczenia
51.49 Nacięcie dróg żółciowych celem usunięcia przeszkiody - inne
51.61 Wycięcie pozostałości przewodu pęcherzykowego
51.71 Proste szycie przewodu żółciowego wspólnego
51.72 Plastyka przewodu żółciowego wspólnego
51.79 Zabiegi naprawcze dróg żółciowych - inne
51.811 Rozszerzanie brodawki Vatera
51.819 Rozszerzanie zwieracza Oddiego - inne
51.91 Zaopatrzenie rany pęcherzyka żółciowego
51.92 Zamknięcie przetoki pęcherzyka żółciowego
51.93 Zamknięcie przetoki żółciowej - inne

G25
Wycięcie pęcherzyka
żółciowego
bez powikłań
i chorób
współistniejących

a - grupa bazowa

Gpw Lista powikłań i chorób współistniejących

ICD-10

K90.3 Tłuszczowa biegunka trzustkowa
K91.8 Inne pooperacyjne zaburzenia układu pokarmowego niesklasyfikowane gdzie indziej
K91.9 Pooperacyjne zaburzenia układu pokarmowego, nieokreślone
M34.8 Inne postacię stwardnienia układowego
M35.8 Inne określone układowe zajęcie tkanki łącznej
N07.9 Nefropatia dziedziczna, niesklasyfikowana gdzie indziej (nieokreślone)
N13.3 Inne i nieokreślone wodonercze
N13.6 Roponercze
N18.9 Przewlekła niewydolność nerek, nieokreślona
N19.X Nieokreślona niewydolność nerek
N39.0 Zakażenie układu moczowego w części nieokreślonej
N99.0 Pozabiegowa niewydolność nerek
N99.4 Pozabiegowe zrosty otrzewnej miednicy
R04.9 Krwotok z dróg oddechowych, nieokreślony
T81.0 Krwotok i krwiak wklaiacv zabieg. niesklasyfikowanv adzie indziej
T81.2 Przypadkowe przebicie lub rozdarcie podczas zabiegu, niesklasyfikowane gdzie indziej
T86.9 Niepowodzenie i odrzut przeszczepu nieokreślonego narządu i tkanki

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 Embolektomia - Aorty

38.016 Embolektomia - Tętnic brzusznych; żołądkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; pępkowe

38.017 Embolektomia - Żył brzusznych; biodrowe; wrotne; nerkowe; śledzionowe; żyła główna dolna

38.024 Trombektomia - Aorty

38.026 Trombektomia - Tętnic brzusznych; żołądkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; pępkowe

38.027 Trombektomia - Żył brzusznych; biodrowe; wrotne; nerkowe; śledzionowe; żyła główna dolna

38.114 Endarterektomia z embolektomią - Aorty

38.116 Endarterektomia z embolektomią - Tętnic brzusznych; żołądkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; pępkowe

38.121 Endarterektomia z łatką naczyniową - Naczyni wewnętrznych; mózgowych (przednich) (środkowych); koła Willisja; tylnej tętnicy łączącej

38.124 Endarterektomia z łatką naczyniową - Aorty

38.126 Endarterektomia z łatką naczyniową - Tętnic brzusznych; żołądkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; pępkowe

38.134 Endarterektomia z czasowym by-passem - Aorty

38.136 Endarterektomia z czasowym by-passem - Tętnic brzusznych; żołądkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; pępkowe

38.144 Endarterektomia z trombektomią - Aorty

38.146 Endarterektomia z trombektomią - Tętnic brzusznych; żołądkowe; krezkowe; trzewne; wątrobowe; biodrowe; nerkowe; śledzionowe; pępkowe

Q2

ICD-9 CM

39.491 Usunięcie zakrzepu z wszczepu

39.492 Rewizja zespolenia naczyniowego

39.493 Rewizja poprzedniego zabiegu naczyniowego

39.34 Operacja tętnika aorty (re-entry)

39.34 Operacja tętnika aorty (re-entry)

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 kwasicią 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 Miażdżyca tętnic kończyn

I70.9 Uogólniona i nieokreślona miażdżyca

M31.1 Zakrzepowa mikroangiopatia

M34.8 Inne postacie stwardnienia układułowego

M86.2 Podostre zapalenie kości i szpiku

M86.9 Nieokreślone zapalenia kości i szpiku

M87.9 Nieokreślona martwica kości

R02X Zespół (zespół) gdzie indziej nieklasyfikowany

T81.8 Inne powikłania zabiegów, niesklasyfikowane gdzie indziej

T81.8 Inne powikłania zabiegów, niesklasyfikowane gdzie indziej

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

ICD-9 CM
87.031 Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi z kontrastem
88.011 Komputerowa tomografia brzucha z kontrastem
88.419 Arteriografia naczyń mózgowych
88.723 Echokardiografia obciążeniowa
88.724 Echokardiografia z kontrastem
88.758 Diagnostyka ultrasonograficzna z dopplerem tętnic narządów mięśniowych (tętnic nerkowych)
88.761 Diagnostyka ultrasonograficzna brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej (skan B i/ lub w czasie
88.91 Rezonans magnetyczny mózgu/ pnia
88.971 Rezonans magnetyczny jamy brzusznej
89.171 Polisomnogram, w tym: badanie wstępne z użyciem pulsoksymetrii nocnej
89.542 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter)
89.611 Monitorowanie ciśnienia tętniczego przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter)

E88
ICD-10
I10.X Samoistne (pierwotne) nadciśnienie
I11.0 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca
I11.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca
I13.1 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek
I13.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona
I15.0 Nadciśnienie naczyniowo-nerkowe
I15.1 Nadciśnienie wtórne do innej patologii nerek
I15.2 Nadciśnienie wtórne do zaburzeń układu wewnątrzwydzielniczego
I15.8 Inne wtórne nadciśnienie
I15.9 Nadciśnienie wtórne, nieokreślone

Epw Lista powikłań i chorób współistniejących
ICD-10
A02.0 Zatrucia pokarmowe wywołane przez pałeczki Salmonella
A02.9 Zakażenia pałeczkami Salmonella, nieokreślone
A15.9 Gruźlica układu oddechowego nieokreślona, potwierdzona bakteriologicznie i histologicznie
A18.3 Gruźlica jelit, otrzewnej i węzłów chłonnych krezkowych
A31.0 Płucne zakażenia prątkowe
A41.2 Posocznica wywołana przez nieokreślone gronkowce
A41.9 Posocznica, nieokreślona
A48.0 Zgorzel gazowa
A52.1 Kila objawowa układu nerwowego
A52.9 Kila późna, nieokreślona
I46.9 Zatrzymanie krążenia, nieokreślone
I47.0 Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)
I47.1 Częstoskurcz nadkomorowy
I47.2 Częstoskurcz komorowy
I47.9 Częstoskurcz napadowy, nieokreślony
I48X Migotanie i trzepotanie przedsionków
I49.0 Migotanie i trzepotanie komór

E86 Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. z powikłaniami i chorobami współistniejącymi

x - wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań E88 i rozpoznania współistniejącego z listy Epw oraz procedury z listy procedur E86; czas pobytu > 3 dni

7. Zarządzanie rozwojem systemu JGP



- W kolejnych latach poczynając od 2008 roku ustalanie taryf JGP w relacji do kosztów szpitali powinno odbywać się na trzech 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,
 - wykorzystanie informacji o kosztach leczenia poszczególnych pacjentów w wybranej grupie szpitali referencyjnych, które wdrożyły rachunek kosztów leczenia szpitalnego zgodnie z rozporządzeniem MZ z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (warunkiem jest unifikacja sposobu prowadzenia rachunku kosztów w stopniu zapewniającym porównywalność danych kosztowych).



8. Zasady kodowania przyczyn hospitalizacji i procedur medycznych

Opracowanie:
dr Adam Kozierekiewicz
Instytut Zdrowia Publicznego CMUJ

- Jest to stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie **odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala** (lub innej instytucji opieki zdrowotnej).
- Jeśli istnieje więcej stanów o ww. cechach jako chorobę zasadniczą przyjmuje się stan, **na którego leczenie zużyto najwięcej zasobów** (leków, pracy itp.)

Są to wszystkie stany, które

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

Rozpoznanania związane z poprzednimi epizodami opieki medycznej, a nie wpływające na aktualny pobyt w szpitalu, należy pominąć.

- Każde stwierdzenie diagnostyczne powinno zawierać jak najwięcej informacji, tak by móc przyporządkować stan do najbardziej szczegółowej kategorii Klasyfikacji.

np.

- ostre ropne zapalenie wyrostka robaczkowego z perforacją
- opieka przedporodowa spowodowana nadciśnieniem wywołanym przez ciążę

- Jeśli pod koniec pobytu w szpitalu nie ustalono ostatecznej diagnozy, 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.

- „pacjentka przyjęta z powodu badań w kierunku raka szyjki macicy - brak potwierdzenia”

- 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.
 - monitorowanie stanu poprzednio leczonego
 - badanie osób zdrowych (np. dla potrzeb ubezpieczeniowych, zawodowych)
 - przyjęcie z powodów socjalnych

- Gdy epizod dotyczy licznych stanów powiązanych ze sobą (np. mnogie urazy, mnogie następstwa poprzedniej choroby itp.) za chorobę zasadniczą należy uznać ten 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”

- Jeżeli opieka medyczna wynika ze stanu (urazu, zatrucia itp.) spowodowanego przez czynniki zewnętrzne, należy w pełni opisać zarówno rodzaj dolegliwości jak i okoliczności, które go spowodowały (dla celów statystycznych)

np.

- złamanie szyjki kości udowej w wyniku poślizgnięcia na posadzce

- jeżeli opieka medyczna została spowodowana leczeniem następstw pewnego stanu, należy stan ten w pełni opisać i określić jego pochodzenie, wraz z wyraźnym wskazaniem, że choroba zasadnicza już nie występuje

np.

- skrzywiona przegroda nosa - złamanie nosa w dzieciństwie

- 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.

- Należy ująć jak najwięcej szczegółów podczas kodowania zarówno rozpoznania jak i procedury poprzez zastosowanie jak największej liczby dostępnych cyfr

- Kody opisujące objawy i cechy chorobowe, w przeciwieństwie do rozpoznań, można stosować w sprawozdawczości, tylko wtedy jeśli odpowiednie rozpoznanie ostateczne nie zostało postawione (potwierdzone) przez lekarza (Rozdział XVIII)

- Jeśli użyto kodu jednostki chorobowej to nie stosuje się dodatkowo kodów oznak i cech chorobowych będących integralnym elementem tego procesu chorobowego. Jeśli wystąpiły dodatkowe oznaki i objawy chorobowe nie kojarzone standardowo z danym procesem chorobowym powinny być zakodowane jako kody uzupełniające.

- Pewne stany chorobowe posiadają główne przyczyny (etiologię), które stanowią podłoże dla wielu objawów patologicznych.

Zgodnie z zasadami stosowania ICD-10 najpierw koduje się samą chorobę (jej etiologię), a następnie jej objawy.

Kody określające etiologię oznaczone są znakiem „†” (krzyżyk), natomiast kod objawu oznaczony jest znakiem „*” (gwiazdka).

- W przypadku, gdy u pacjenta występuje ostra lub przewlekła forma danej choroby, w pierwszej kolejności należy zakodować stan ostry, a następnie przewlekły

- Kod złożony to pojedynczy kod używany do klasyfikowania:
 - dwóch rozpoznań jednocześnie, lub
 - rozpoznania z powiązaniem procesem wtórnym (objawy podmiotowe i przedmiotowe)
 - rozpoznania z powiązaniem powikłaniem (np. „Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek”)
- Należy przypisać tylko kod złożony, jeżeli kod ten w pełni określa potrzebne warunki diagnostyczne.

- Późne następstwa oznaczają 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 i 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 na przykład w rezultacie wcześniejszego urazu lub schorzeń układu kostno-szkieletowego.

Kodowanie późnych następstw wymaga dwóch kodów występujących w następującej kolejności:

- kod stanu chorobowego lub charakteru późnych następstw, który znajduje się na pierwszym miejscu
- kod późnego następstwa, który zajmuje drugą pozycję.
- kodowanie późnych następstw wymaga dwóch kodów występujących w następującej kolejności:
 - kod stanu chorobowego lub charakteru późnych następstw, który znajduje się na pierwszym miejscu
 - kod późnego następstwa, który zajmuje drugą pozycję.

- **Zasada 1**

- 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.

- **Zasada 2**

- Zalecane jest kodowanie zabiegów wpływających istotnie na koszty pobytu pacjenta w szpitalu.

W związku z tym jako zasadę należy przyjąć, iż nie są nadawane kody z Rozdziału XVI Klasyfikacji, chyba że płatnik wskaże inaczej.

- **Zasada 3**

- 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 głównym rozpoznaniem (diagnozą).

W następnej kolejności należy kodować dodatkowe procedury wykonane podczas pobytu pacjenta, nie związane bezpośrednio z przyczyną przyjęcia.

- **Zasada 4**

- Na pierwszym miejscu należy umiejscawiać procedury terapeutyczne (w tym chirurgiczne).

Winny one się znajdować przed procedurami diagnostycznymi, niezależnie jak ściśle związane są one z głównym rozpoznaniem (diagnozą).

- **Zasada 5**

- Jeśli dwa lub więcej zabiegów podlegających kodowaniu jest w taki sam sposób związanych 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.