

DARIUSZ GILEWSKI

JEDNORODNE
GRUPY
PACJENTÓW
PODSTAWY SYSTEMU

Człowiek – najlepsza inwestycja

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

SPIS TREŚCI

1. STRUKTURA SYSTEMU JEDNORODNYCH GRUP PACJENTÓW	3
1.1. Jednorodne Grupy Pacjentów jako metoda finansowania lecznictwa szpitalnego	5
1.2. Elementy polskiego systemu JGP	5
1.3. Cechy systemu JGP	6
1.4. Świadczenia szpitalne finansowane odrębnie	7
1.5. Rozwój systemu JGP	9
2. MECHANIZMY WYZNACZANIA JGP W SYSTEMIE	11
2.1. Rozliczanie i finansowanie szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej	13
2.1.1. Sumowanie świadczeń	13
2.1.2. Świadczenia udzielane na szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć	13
2.1.3. Świadczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii	14
2.1.4. Leczenie i diagnostyka obrażeń	15
2.1.5. Świadczenia w zakresie chemio- i radioterapii	16
2.2. Dokumenty NFZ wspomagające proces grupowania	17
2.2.1. Katalog JGP	17
2.2.2. Charakterystyka JGP	18
2.2.3. Plik parametryzujący	18
2.3. Algorytm grupera JGP	21
2.3.1. Grupowanie – grupy zabiegowe	21
2.3.2. Grupowanie – grupy zachowawcze	21
2.3.3. Warunki kierunkowe	22
3. PIERWSZE DOŚWIADCZENIA W STOSOWANIU SYSTEMU JEDNORODNYCH GRUP PACJENTÓW	23
3.1. Zmiany w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów	27
3.2. Efekty wdrażania systemu Jednorodnych Grup Pacjentów	28
ANEKS	30
Słowniczek	30
DOKUMENTY	32
Dokument 1. Opis funkcji procesów systemu JGP	32
Opis funkcji w procesie wyznaczenia danych do rozliczenia epizodu (Rysunek 2)	32
Opis funkcji w procesie wyznaczenia grupy systemu JGP (Rysunek 3)	36
Opis funkcji w procesie ustalenia rozliczeniowej grupy systemu JGP (Rysunek 4)	42
Opis funkcji w procesie badania wybranej JGP mechanizmem przeliczenia (Rysunek 5)	43
Dokument 2. Informacja dotycząca zasad kodowania i rozliczania hospitalizacji onkologicznych	47
WYKAZ RYSUNKÓW I TABEL	50

STRUKTURA
SYSTEMU
JEDNORODNYCH
GRUP PACJENTÓW

1

System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) został wprowadzony w Polsce 1 lipca 2008 r. na mocy zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Przedstawione poniżej informacje odnoszące się do systemu JGP uwzględniają przepisy obowiązujące w lutym 2010 r., zawarte w zarządzeniu nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. ■

1.1. JEDNORODNE GRUPY PACJENTÓW JAKO METODA FINANSOWANIA LECZNICTWA SZPITALNEGO

Przyjęta przez płatnika metoda finansowania świadczeń opieki zdrowotnej powinna dążyć do zapewnienia obiektywnego pomiaru statutowej działalności jednostek. Jednocześnie powinna motywować świadczeniodawców do zwiększania dostępności do odpowiedniej jakości świadczeń, jak również ograniczać – przez wdrożenie efektywnych mechanizmów rozliczania i kontroli realizacji zawartych umów – nieuzasadniony wzrost kosztów opieki zdrowotnej.

Dotychczasowe doświadczenia światowe wskazują, że najlepszą metodą finansowania świadczeń lecznictwa szpitalnego jest system Jednorodnych Grup Pacjentów łączący aspekt medyczny i finansowy. Istotą poszczególnych systemów tego rodzaju, obowiązujących w USA i w wielu krajach europejskich, jest ich otwarty charakter. Corocznie poszczególne kraje przyjmują nową wersję systemu, a działania podejmowane przez wszystkie jego podmioty stanowią proces polegający na ciągłym doskonaleniu i rozwoju stosowanych mechanizmów. ■

1.2. ELEMENTY POLSKIEGO SYSTEMU JGP

Nadrzędną kategorią w strukturze systemu JGP jest sekcja (patrz: Tabela 1.1., str. 53) stanowiąca zbiór jednorodnych grup pacjentów, występujących w układzie anatomiczno-fizjologicznym. Każda sekcja jest powiązana z obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny.

Sekcje w systemie JGP odpowiadają pojęciu Głównych Kategorii Diagnostycznych (Majors Diagnostic Categories – MDC) w systemie DRG, amerykańskim pierwowzorze systemów typu case-mix. Obecnie w 16 sekcjach znajduje się 511 grup, w tym 285 zabiegowych i 226 zachowawczych.

Grupy danej sekcji są scharakteryzowane w szczególności za pomocą listy procedur i (lub) rozpoznań istotnych w jej identyfikacji oraz, jeżeli zachodzi potrzeba, za pomocą list dodatkowych procedur i (lub) rozpoznań. Listy dodatkowe znajdują się w charakterystyce sekcji poniżej wyszczególnionych grup (patrz: Tabela 1.2., str. 54).

Jednorodna grupa pacjentów stanowi wyodrębnioną kategorię hospitalizacji posiadającą kod, nazwę oraz charakterystykę, na którą składają się takie elementy, jak procedura medyczna, rozpoznanie, wiek pacjenta oraz czas pobytu.

W systemie JGP można wyróżnić grupy o charakterze zabiegowym oraz grupy o charakterze zachowawczym (patrz: Tabela 1.3., str. 55). Decydujące znaczenie w zakwalifikowaniu danej hospitalizacji do grupy zabiegowej mają kody procedur medycznych Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – Modyfikacji Klinicznej ICD-9-CM, a do grupy zachowawczej – kody rozpoznań Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

W opisie skatalogowanych jednorodnych grup pacjentów znajduje się kod, nazwa, etykieta oraz zbiór kodów rozpoznań lub procedur kwalifikujących daną hospitalizację do odpowiedniej grupy. ►

W etykietach wielu jednorodnych grup pacjentów (patrz: Rysunek 1.1., str. 51) znajduje się zapis dodatkowych wymagań, których spełnienie jest brane pod uwagę podczas kwalifikowania danej hospitalizacji do określonej grupy – tzw. warunki kierunkowe. Oznaczone kolejnymi literami alfabetu (patrz: Tabela 1.4., str. 56) odsyłają do dodatkowych zbiorów rozpoznań i (lub) procedur medycznych, jeżeli jest to niezbędne w uzyskaniu pełnej charakterystyki danej grupy.

Każda grupa posiada taryfę stanowiącą iloczyn wartości punktowej jednorodnej grupy pacjentów oraz stawki za punkt wyrażonej w złotych, ustalonej podczas negocjacji płatnika ze świadczeniodawcami. ■

1.3. CECHY SYSTEMU JGP

System Jednorodnych Grup Pacjentów powstał w oparciu o dane medyczne związane ze stanem zdrowia pacjenta i zastosowaną terapią, znajdujące się w dokumentacji szpitalnej. Poszczególne grupy mają określone znaczenie kliniczne wiążące się ze zbliżonym sposobem leczenia oraz profilem pacjentów. Obejmują przypadki medyczne o podobnej kosztochłonności związanej z przyjętym sposobem leczenia. W systemie JGP znalazły się przypadki, których liczba w ciągu roku wyniosła co najmniej 300 i (lub) osiągnęła łączną wartość przekraczającą 1,5 miliona zł. Jeżeli w systemie informatycznym NFZ nie odnotowano wiarygodnych danych dotyczących kosztów części świadczeń szpitalnych, przyjęto rozwiązania obowiązujące w systemie brytyjskim (HRG).

System Jednorodnych Grup Pacjentów wymaga od świadczeniodawcy zapewnienia odpowiednich kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia jednostki w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną, a także właściwej organizacji udzielania świadczeń. Jest to warunek zawarcia umowy z oddziałami wojewódzkimi NFZ, który m.in. umożliwi przyporządkowanie zakładom opieki zdrowotnej odpowiednich poziomów referencyjnych. Tego rodzaju rozwiązanie zapewnia obiektywną jakość, powtarzalność i jednolitość świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych we wszystkich placówkach w kraju.

Warunek spełnienia dodatkowych wymagań występuje w grupach zawierających świadczenia, do udzielania których niezbędne są szczególne umiejętności i doświadczenie personelu medycznego oraz specjalistyczne wyposażenie zakładu opieki zdrowotnej (patrz: Tabela 1.5., str. 57).

W systemie JGP rozliczenie świadczeń wymaga wykazania kodów wszystkich podjętych działań w ramach zakończonego leczenia szpitalnego, od chwili przyjęcia pacjenta do placówki do jego wypisu, a także podania zasadniczej przyczyny hospitalizacji.

Zgodnie z postawionym rozpoznaniem i zrealizowanymi procedurami medycznymi finansowanie wykazanych przez zakład opieki zdrowotnej świadczeń polega na przekazywaniu przez oddział wojewódzki NFZ kwoty ryczałtu za przyjęty w danej grupie systemu JGP czas hospitalizacji wyrażony w osobodniach. Kwota ryczałtu w założeniu stanowi zwrot wartości świadczeń udzielonych w ramach poszczególnych jednorodnych grup pacjentów w określonym czasie.

Liczbę osobodni finansowanych za pomocą grupy (LOsP) obliczono w oparciu o ogólnopolskie dane sprawozdawcze, stosując statystyczne miary położenia (miary pozycyjne – kwartył pierwszy, kwartył trzeci), według wzoru:

$$LOsP = Q_3 + 1,5(Q_3 - Q_1)$$

gdzie:

Q_1 – pierwszy kwartył czasu hospitalizacji, obejmującej świadczenia zakwalifikowane do danej JGP, wyrażone w dniach,

Q_3 – trzeci kwartył czasu hospitalizacji, obejmującej świadczenia zakwalifikowane do danej JGP, wyrażone w dniach.

Z uwagi na dodatkowe koszty związane z przedłużonym leczeniem szpitalnym indywidualnych przypadków medycznych wymagających szczególnego postępowania, np. leczenie powikłań, rehabilitacja, osobodzeń przekraczający ustalony czas pobytu (zryczałtowany koszt hospitalizacji w określonej grupie) podlega dodatkowemu finansowaniu. Ze względu na niższy średni koszt osobodnia ponad limit objęty ryczałtem (mniejsza intensywność opieki) ustalono jego wartość na poziomie 80% średniej wartości osobodnia danej grupy, z zastrzeżeniem grup, dla których wartość została określona odrębnie.

Z finansowania osobodni ponad ustalony limit zostały wyłączone świadczenia:

- realizowane w ramach hospitalizacji planowej oraz „leczenia jednego dnia”,
- należące do grup, w których nie było możliwe określenie miar położenia na podstawie dostępnych danych,
- należące do grup, w których przewidywany czas leczenia wynosi poniżej dwóch dni,
- należące do grup, w których istotą postępowania jest szybka diagnostyka i ewentualne leczenie,
- należące do grup, w przypadku których przewidziano możliwość zawarcia umowy na „leczenie jednego dnia”,
- należące do grup, w których koszt leku lub wyrobu medycznego stanowi istotną część wartości punktowej.

W oparciu o statystyczne miary położenia (miara pozycyjna – mediana, miara przeciętna – średnia arytmetyczna) przyjęto, że finansowanie osobodni ponadlimitowych będzie realizowane w grupach, w których mediana czasu hospitalizacji przekracza trzy dni lub średnia arytmetyczna czasu hospitalizacji jest wyższa niż sześć dni (patrz: Tabela 1.6., str. 58).

Jeżeli w hospitalizacjach, których czas – zgodnie z zasadami postępowania medycznego – powinien przekraczać jeden dzień, faktyczny czas leczenia wyniesie wyłącznie jeden dzień, to wartość rozliczenia hospitalizacji tego rodzaju ustalono na poziomie 20% wartości grupy, do której została zakwalifikowana (z wyłączeniem zgonów).

Zasada rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej należących do jednorodnych grup pacjentów o priorytetowym znaczeniu ma charakter bezlimitowy. Oznacza to, że kwota przeznaczona na realizację określonego zakresu świadczeń (patrz: Tabela 1.7., str. 59), wyodrębniona z kwoty zobowiązania ustalonej w umowie, zostaje zwiększona na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, jeżeli podana w planie rzeczowo-finansowym wartość tych świadczeń ulegnie przekroczeniu. ■

1.4. ŚWIADCZENIA SZPITALNE FINANSOWANE ODRĘBIE

Obok katalogu jednorodnych grup pacjentów (załącznik nr 1a do zarządzenia Prezesa NFZ nr 69/2009/DSOZ z późn. zm.) występują w systemie katalogi dodatkowe zawierające szpitalne świadczenia opieki zdrowotnej finansowane odrębnie. Wśród dziewięciu katalogów dodatkowych znajdują się:

- katalog świadczeń odrębnych (załącznik nr 1b do zarządzenia Prezesa NFZ nr 69/2009/DSOZ z późn. zm.) – zawiera świadczenia, których nie można sparametryzować, np. padaczka lekooporna, albo takie, za pomocą których można rozliczyć inne świadczenia z katalogu 1c, np. intensywną terapię w przypadku pobytu pacjenta wyłącznie na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii;
- katalog świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c do zarządzenia Prezesa NFZ nr 69/2009/DSOZ z późn. zm.) – obejmuje świadczenia będące elementem kompleksowego postępowania, których nie można przyporządkować do odpowiedniej grupy ze względu na brak danych umożliwiających identyfikację grup posiadających oszacowane koszty, a których wartość należałoby zwiększyć o koszty dodatkowych czynności, np. żywienie dojelitowe, przetaczanie preparatów krwi, przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie.

Katalog 1b oraz katalog 1c mają w zasadzie charakter tymczasowy. W przypadku większości pozycji będą obowiązywać do momentu uzyskania niezbędnych danych na temat kosztów związanych z realizacją określonych świadczeń. Część pozycji katalogu 1b ma jednak charakter łącznikowy, tzn. umożliwiałoby rozliczanie świadczeń z innych katalogów, np. 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie na oddziale anesteziologii i intensywnej terapii lub 5.52.01.0001468 – Teleradioterapia/brachyterapia i terapia izotopowa w trybie ambulatoryjnym, albo stanowi rozwiązanie systemowe umożliwiające rozliczanie świadczeń niestandardowych: 5.52.01.0001363 – Rozliczenie za zgodą płatnika. Podobnie w katalogu 1c znajdują się świadczenia będące podstawą finansowania świadczeń intensywnej terapii oraz takie, które dają możliwość rozliczania wartości leków i wyrobów medycznych szczególnie kosztownych lub o bardzo zróżnicowanych kosztach.

Świadczenia występujące w pozostałych katalogach dodatkowych nie są objęte mechanizmem grupowania, ale stanowią uzupełnienie systemu JGP.

- katalog radioterapii (załącznik nr 1d do zarządzenia Prezesa NFZ nr 69/2009/DSOZ z późn. zm.) – obejmuje świadczenia radioterapii (teleradioterapii, brachyterapii oraz terapii izotopowej);
- katalog świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia (załącznik nr 1e do zarządzenia Prezesa NFZ nr 66/2009/DGL);
- katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii (załącznik nr 1f do zarządzenia Prezesa NFZ nr 66/2009/DGL);
- katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne (załącznik nr 1g do zarządzenia Prezesa NFZ nr 71/2009/DGL);
- katalog substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych (załącznik nr 1h do zarządzenia Prezesa NFZ nr 71/2009/DGL);
- katalog ryczałtów za diagnostykę w terapeutycznych programach zdrowotnych (załącznik nr 1i do zarządzenia Prezesa NFZ nr 71/2009/DGL);
- katalog świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne – chemioterapia (załącznik nr 1j do zarządzenia Prezesa NFZ nr 66/2009/DGL).

Jeżeli w ramach leczenia szpitalnego realizowane jest świadczenie:

- którego koszt przekracza wartość 5000 zł i wartość świadczenia przekracza co najmniej trzykrotnie wartość punktową grupy właściwej ze względu na rozliczenie, albo
- które dopuszczone jest do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny udzielającej je placówki (stan nagły pacjenta), albo które spełnia jednocześnie następujące warunki:
- podczas hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala,
- zdiagnozowany problem zdrowotny nie występuje na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
- zdiagnozowany problem zdrowotny jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- zdiagnozowany problem zdrowotny nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
- zdiagnozowany problem zdrowotny nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
- zdiagnozowany problem zdrowotny kwalifikuje do grupy znajdującej się w innej sekcji oraz w innym zakresie,

wtedy rozliczenie i sfinansowanie świadczenia tego rodzaju może być dokonane za zgodą dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Odrębnemu finansowaniu podlegają także świadczenia z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii oraz świadczenia udzielane w izbie przyjęć albo na szpitalnym oddziale ratunkowym. ■

1.5. ROZWÓJ SYSTEMU JGP

Główne założenia towarzyszące budowie polskiego systemu Jednorodnych Grup Pacjentów:

- 1) system JGP powinien mieć charakter możliwie uniwersalny – służyć finansowaniu ogółu szpitali w zakresie powtarzalnych i typowych zjawisk chorobowych; żadna grupa nie może być dedykowana konkretnemu świadczeniodawcy, a przypadki medyczne i towarzyszące im działania, wyraźnie wykraczające poza zakres ryczałtowy, powinny być rozliczane poza systemem;
- 2) system JGP powinien umożliwiać w bliskiej przyszłości monitorowanie grup, ocenę ich charakterystyki oraz proporcje grupowanych przypadków, szpitalne koszty ich wytworzenia, a w konsekwencji – wspierać podział grup nadmiernie zróżnicowanych oraz łączenie podobnych;
- 3) system JGP powinien być wykorzystywany nie tylko przez płatnika do alokacji środków finansowych, ale również przez kierownictwo w zarządzaniu szpitalem – planowaniu oraz kontroli zużycia zasobów.

W procesie ustalania tariff JGP systemowa zasada jednorodności kosztów poszczególnych grup wymagała utrzymania zróżnicowania kosztów, ponoszonych przez świadczeniodawców na hospitalizację w ramach określonych JGP, na poziomie nieprzekraczającym 25% wartości udzielanych świadczeń.

Działania związane z realizacją tego procesu dotyczyły włączenia istniejących, skatalogowanych świadczeń szpitalnych do systemu JGP. Uzgodniono merytoryczną zawartość katalogu świadczeń szpitalnych w relacji z katalogiem JGP w zakresie opisu i definicji poszczególnych grup. Poddano ocenę jednorodności kosztów świadczeń w ramach jednej JGP (patrz: Tabela 1.8., str. 59): obliczono średnią wartość grupy świadczeń przypisanych poszczególnym JGP, ważoną liczbą wystąpień w ciągu rocznego okresu rozliczeniowego; porównano średnią wartość JGP w stosunku do wartości odpowiadającej jej grupy w układzie relacji systemu brytyjskiego; oceniono jednorodność tariffy nowych JGP w stosunku do elementów składowych; obliczono proponowaną wartość każdej JGP wyrażoną w złotych, uwzględniając m.in. specyfikę polskiego systemu opieki zdrowotnej (uwzględnienie – w najbardziej złożonych grupach zabiegów – kosztów intensywnej opieki pooperacyjnej, a także kosztów zastosowania drogich wyrobów medycznych); oszacowano skutki finansowe funkcjonowania nowych grup świadczeń w systemie, zgodnie z wartością grup i przewidywaną liczbą świadczeń w stosunku do ich dotychczasowej wartości – uwzględniono dane dotyczące liczby udzielonych świadczeń szpitalnych sprawozdanych do NFZ, analizowane na trzech poziomach: ogólnopolskim, wybranych oddziałów wojewódzkich NFZ oraz wybranych świadczeniodawców.

Różnicowanie i – dalej – tworzenie jednorodnej grupy pacjentów polega na tym, że w systemie pozostaje grupa bazowa, z której wyodrębnia się grupę bardziej skomplikowaną, np. o bardziej intensywnej, ale określonej diagnostyce. Wówczas zwiększeniu ulega liczba grup z dodatkowymi warunkami.

Wśród czynników mających wpływ na różnicowanie grup, ich wartość, znajdują się: rozpoznanie, procedury medyczne, powikłania i choroby współistniejące, czas hospitalizacji, wiek pacjenta, a także tryb przyjęcia oraz tryb wypisu ze szpitala. W chwili wprowadzenia w życie systemu JGP w Polsce (lipiec 2008 r.) dwa ostatnie czynniki miały wyłącznie charakter potencjalny, zakładający możliwość dokonywania stosownych uzupełnień w kolejnych wersjach systemu. Na mocy zarządzenia Prezesa NFZ nr 110/2008/DSOZ w dziesiątej wersji pliku parametryzującego, wprowadzonego komunikatem z dnia 30 grudnia 2008 r., dokonano uzupełnienia w zakresie parametru „tryb wypisu”. Dotyczy ono włączenia do procesu wyznaczania właściwej jednorodnej grupy pacjentów następujących kategorii trybu wypisu:

- kod 1 – zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego,
- kod 2 – skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym,
- kod 3 – skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej,
- kod 4 – skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej,
- kod 5 – skierowanie do dalszego leczenia – inne przypadki,

kod 6 – wypisanie na własne żądanie,

kod 9 – zgon pacjenta.

Zgodnie z otwartym charakterem systemu JGP w jego kolejnych wersjach można się spodziewać dalszych aktualizacji parametrów posiadających istotny wpływ na wartościowanie poszczególnych grup, a także – wraz z doskonaleniem systemu – redukcji świadczeń występujących w katalogach dodatkowych i przenoszenia ich do katalogu JGP w postaci nowych grup.

Jak wynika z powyższego, dysponowanie przez płatnika wiarygodnymi, rzeczywistymi danymi dotyczącymi kosztów udzielonych świadczeń szpitalnych stanowi podstawę logiki systemu JGP oraz istotne narzędzie w tworzeniu i aktualizowaniu katalogu JGP.

W kolejnych latach obowiązywania systemu JGP ustalanie taryf poszczególnych grup – w relacji do kosztów ponoszonych przez szpitale – powinno się odbywać na trzech poziomach analitycznych:

- 1) porównania „kosztów wytworzenia” wartości punktu JGP wszystkich szpitali gotowych dostarczać dane,
- 2) porównania „kosztów wytworzenia” wartości punktu JGP poszczególnych oddziałów szpitalnych wraz z oceną ich rentowności,
- 3) porównania kosztów leczenia poszczególnych pacjentów w wybranej grupie szpitali referencyjnych, które wdrożyły zasady rachunku kosztów leczenia szpitalnego, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – pod warunkiem ujednoczenia przez te szpitale sposobu prowadzenia rachunku kosztów w stopniu zapewniającym porównywalność danych. ■

MECHANIZMY
WYZNACZANIA JGP
W SYSTEMIE

2

2.1. ROZLICZANIE I FINANSOWANIE SZPITALNYCH ŚWIADCZEN OPIEKI ZDROWOTNEJ

W systemie Jednorodnych Grup Pacjentów finansowanie udzielonych przez szpitale świadczeń następuje w oparciu o taryfę – iloczyn wartości punktowej JGP oraz stawki za punkt wyrażonej w złotych – przyjętą w określonej grupie.

W sprawozdaniach rozliczeniowych występują wyłącznie zakończone hospitalizacje pacjenta. Hospitalizacją jest leczenie szpitalne obejmujące wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentowi od chwili przyjęcia do szpitala do wypisu lub zgonu, niezależnie od liczby oddziałów, na których pacjent był leczony. Odrębne zasady dotyczą szpitalnego oddziału ratunkowego oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

Świadczenia udzielone podczas hospitalizacji zapisywane są w postaci danych tworzących rekord pacjenta, wśród których znajdują się m.in. kody rozpoznań (klasyfikacja ICD-10) oraz kody procedur medycznych (ICD-9-CM).

Rozliczenie leczenia szpitalnego polega na wprowadzeniu danych zawartych w rekordzie pacjenta (kody wszystkich świadczeń udzielonych w trakcie hospitalizacji) do grupera JGP, aplikacji informacyjnej wspomagającej kwalifikowanie hospitalizacji do właściwej jednorodnej grupy pacjentów, o ile rozliczenie leczenia szpitalnego nie odbywa się w sposób odrębny. Tu automatycznie następuje proces wyznaczania grupy, zgodnie z przyjętym algorytmem (patrz: Dokument nr 1, str. 32). Teoretycznie możliwa jest sytuacja (błąd w założeniach konstrukcji grup), że w odniesieniu do tych samych kodów udzielonych świadczeń wyznaczana jest więcej niż jedna jednorodna grupa pacjentów. ■

2.1.1. SUMOWANIE ŚWIADCZEŃ

System JGP zakłada rozliczanie kosztów leczenia szpitalnego, składających się na cały okres hospitalizacji pacjenta, za pomocą taryfy danej grupy wyznaczonej przez gruper. Jeżeli gruper wskazuje kilka alternatyw w postaci określonych grup, rozliczenie hospitalizacji następuje przez wykazanie w sprawozdaniu do NFZ tej grupy, która generuje najwyższe koszty leczenia. Nie można bowiem sumować grup występujących w katalogu JGP (katalog 1a). Jednak z uwagi na wysokie koszty specyficznych świadczeń opieki zdrowotnej lub postępowania medycznego, zwłaszcza związanych z kompleksowym leczeniem onkologicznym oraz intensywną terapią, a także z podawaniem kosztownych leków lub zastosowanych wyrobów medycznych, dopuszczono łączne rozliczanie jednorodnych grup pacjentów ze świadczeniami występującymi w pozostałych katalogach (katalogi: 1c, 1d, 1e, 1f, 1g, 1h, 1i, 1j) Rysunek 1., str. 32. ■

2.1.2. ŚWIADCZENIA UDZIELANE NA SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM LUB IZBIE PRZYJĘĆ

Świadczenia realizowane na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) udzielane są całodobowo osobom będącym w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Obejmują procedury diagnostyczno-terapeutyczne polegające na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w celu stabilizacji funkcji życiowych pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia wywołanego przyczynami wewnętrznymi lub zewnętrznymi, jak wypadek, uraz, zatrucie. Obok zabezpieczenia medycznego SOR zapewnia transport pacjentów w celu zachowania ciągłości procesu leczenia. Pobyt na oddziale ratunkowym powinien zostać zakończony wypisem, z wyłączeniem przekazania pacjenta do dalszego leczenia na oddziale szpitalnym świadczeniodawcy. ►

Świadczenia wykonywane w szpitalnej izbie przyjęć (IP) udzielane są całodobowo w trybie natęym. Obejmują procedury diagnostyczno-terapeutyczne niezakończonych hospitalizacją. Mogą również obejmować procedury medyczne realizowane na oddziale ratunkowym, a w razie konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego – zabezpieczenie medyczne pacjentów oraz zapewnienie im transportu.

Rozliczenie świadczeń wykonanych w IP albo na SOR uwzględnia warunki techniczne, liczbę personelu oraz średnią liczbę i wagę świadczenia udzielonego w okresie rozliczeniowym. Dlatego finansowanie tych świadczeń odbywa się w oparciu o stawkę ryczałtu dobowego (R) złożonego z kwoty ryczałtu za funkcję (patrz: Tabela 2.1., str. 60) oraz z kwoty ryczałtu za strukturę (patrz: Tabela 2.2., str. 61):

$$R = R_s + R_f$$

gdzie:

R – stawka ryczałtu dobowego,

R_s – składowa ryczałtu za strukturę,

R_f – składowa ryczałtu za funkcję.

Kwotę ryczałtu za strukturę stanowi iloczyn dobowej wartości stawki bazowej dla IP lub SOR, określonej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, oraz wskaźnika procentowego spełnionego standardu warunków technicznych, organizacyjnych i kadrowych.

Suma punktów przyjętych do określenia kwoty ryczałtu za funkcję jest iloczynem średniej dobowej liczby pacjentów, zaopatrzonych w IP albo na SOR, oraz średniej wagi punktowej każdego pacjenta wyznaczonej dla poprzedniego okresu rozliczeniowego, nie wyższej jednak niż wielkość określona w charakterystyce pacjenta (patrz: Tabela 2.3., str. 63).

Wartość kwoty ryczałtu za funkcję określa się według wzoru:

$$R_f = \frac{a}{l_d} \times \sum_{i=1}^5 P_i \times W_i$$

gdzie:

a – stawka za punkt (wyrażona w złotych),

l_d – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji,

P_i – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej grupy w charakterystyce,

W_i – waga odpowiedniej grupy w charakterystyce.

Dla nowych świadczeniodawców kwota ryczałtu za funkcję ustalana jest na podstawie przewidywanego obciążenia. ■

2.1.3. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

Finansowanie świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się na podstawie skali punktacji stanu zdrowia pacjenta (patrz: Tabela 2.4., str. 64) TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci.

Archiwizowana w historii choroby ocena stanu zdrowia pacjenta, prowadzona w celu ustalenia punktacji w skali TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci, powinna być przeprowadzana codziennie.

Świadczenia mogą być rozliczane odrębnie, jeśli hospitalizowany pacjent przynajmniej w jednym dniu pobytu na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT) osiągnął co najmniej 19 punktów w skali TISS-28 albo co najmniej 16 punktów w skali TISS-28 dla dzieci.

Finansowanie leczenia na OAIIT pacjenta, który bezpośrednio przed przeniesieniem na oddział został poddany świadczeniom zabiegowym, rozpoczyna się od trzeciego dnia pobytu, o ile jego stan

zdrowia osiągnął co najmniej 19 punktów w skali TISS-28 albo co najmniej 16 punktów w skali TISS-28 dla dzieci.

Dzień przyjęcia na oddział oraz dzień wypisu wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień. Dniem przyjęcia na OAiIT oraz dniem wypisu z oddziału są dni, w których pacjent osiągnął co najmniej 19 punktów w skali TISS-28 albo co najmniej 16 punktów w skali TISS-28 dla dzieci.

Finansowanie świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się za pomocą punktu transformowanego, będącego jednostką rozliczeniową stanowiącą transformację oceny stanu zdrowia pacjenta w skali TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci w określonym dniu, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, według wzoru:

dla $16 \leq x \leq 50$

$$x^+ = f(x) = [35 \left(\frac{x}{50}\right)^4 + x - 4]W$$

dla $x > 50$

$$x^+ = f(x) = (81,00)W$$

gdzie:

$f(x)$ – transformacja,

x^+ – liczba punktów w nowej skali TISS+,

x – liczba punktów w skali TISS-28,

W – współczynnik uzależniony od poziomu referencyjnego OAiIT

($W = 1,0$ dla I poziomu, $W = 1,12$ dla II poziomu oraz OAiIT dla dzieci).

Rozliczanie świadczeń dotyczących pacjentów, którzy bezpośrednio przed przeniesieniem na OAiIT poddani byli leczeniu odpowiadającemu świadczeniom z katalogu JGP (katalog 1a) albo świadczeniom z katalogu świadczeń odrębnych (katalog 1b), odbywa się w oparciu o świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (katalog 1c) zawierającego transformację oceny stanu zdrowia pacjenta w skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci na liczbę punktów transformowanych wraz z odpowiadającą im wartością punktową.

Jeżeli pacjent był leczony wyłącznie na OAiIT, rozliczanie świadczeń odbywa się w oparciu o świadczenie „hospitalizacja wyłącznie na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii” z katalogu świadczeń odrębnych (katalog 1b) oraz ewentualnie w formie łącznego rozliczenia innych świadczeń możliwych do sumowania na OAiIT z katalogu świadczeń do sumowania (katalog 1c). Niezależnie od tego do rozliczenia wykazuje się, odrębnie dla każdego dnia pobytu, świadczenia związane z oceną stanu zdrowia pacjenta w skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci z katalogu świadczeń do sumowania (katalog 1c). ■

2.1.4. LECZENIE I DIAGNOSTYKA OBRAŹEŃ

Jeżeli udzielane są świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem obrażeń, świadczeniodawca zobowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym wszystkich rozpoznań ICD-10, spośród których rozpoznanie współistniejące odpowiada urazowi z przedziału kodów rozpoznań T00–T07, oraz wszystkich zrealizowanych istotnych procedur medycznych ICD-9-CM w celu wyznaczenia grupy o najwyższej wartości punktowej z katalogu JGP (katalog 1a). Rozliczenie tych świadczeń odbywa się za pomocą grupy należącej do katalogu JGP oraz ewentualnie przypisanych do niej osobodni ponadlimitowych, z uwzględnieniem korekty wartości grupy dokonanej za pomocą jednego z trzech wskaźników związanych z charakterem obrażeń: ►

- 1) 4 obrażenia i więcej – 1,85,
- 2) 3 obrażenia – 1,78,
- 3) 2 obrażenia – 1,54.

Niezależnie od wykazania do rozliczenia jednorodnej grupy pacjentów o najwyższej wartości punktowej skorygowanej odpowiednim wskaźnikiem można wymienić w raporcie statystycznym świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (katalog 1c), w tym udzielane na OAiIT. ■

2.1.5. ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHEMIO- I RADIOTERAPII

Rozliczenie hospitalizacji, podczas której udzielono świadczeń znajdujących się w katalogu JGP oraz np. chemioterapii lub radioterapii, polega na ich sumowaniu, zgodnie z zasadami systemu JGP (patrz: Dokument nr 2, str. 47). Jeżeli w czasie hospitalizacji nastąpiło rozpoznanie wyłącznie choroby nowotworowej, to należy taką hospitalizację rozliczyć jako grupę o charakterze zachowawczym.

Hospitalizację, podczas której wykonano radioterapię i chemioterapię, można przedstawić do rozliczenia łącznie:

- w dniu zastosowania chemioterapii – świadczenia z katalogu 1e oraz wartość substancji z katalogu 1f,
- w dniu zastosowania radioterapii – świadczenie „Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej” lub „Hospitalizacja do teleradioterapii” z katalogu 1b oraz świadczenia z katalogu 1d,
- w dniu zastosowania radiochemioterapii należy odnotować świadczenie Z51.0 – Seanse radio-terapii lub Z51.1 – Cykle chemioterapii nowotworów, jako rozpoznanie zasadnicze, zachowując w procesie kodowania kolejność przeprowadzonych terapii.

Jeżeli pacjent został poddany obydwu terapiom w tym samym dniu, do rozliczenia można przedstawić jeden osobodzień albo świadczenie z katalogu (katalog 1e), albo świadczenie „Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej” lub „Hospitalizacja do teleradioterapii” z katalogu 1b,

- wartość substancji z katalogu 1f,
- świadczenia z katalogu radioterapii 1d,
- świadczenia z katalogu 1c,
- świadczenia z katalogu 1j.

Leczenie wyłącznie radioterapią

Jeżeli pacjent przebywa w szpitalu i został poddany wyłącznie radioterapii, można rozliczyć następujące świadczenia:

- każdy dzień leczenia należy wykazać jako jeden osobodzień – świadczenie „Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej” lub „Hospitalizacja do teleradioterapii” z katalogu (katalog 1b),
- świadczenie z katalogu 1d,
- świadczenie z katalogu 1c.

Leczenie wyłącznie chemioterapią

Jeżeli pacjent przebywa w szpitalu i został poddany wyłącznie chemioterapii, można rozliczyć następujące świadczenia:

- każdy dzień leczenia należy wykazać jako jeden osobodzień – świadczenie z katalogu (katalog 1e); do rozliczenia należy wykazać wszystkie dni hospitalizacji, również te, podczas których nie była podawana pacjentowi chemioterapia,
- wartość substancji czynnej zastosowanej chemioterapii – katalog 1f; do rozliczenia należy wykazać wyłącznie dni, kiedy pacjent otrzymywał chemioterapię,

- świadczenie z katalogu 1j,
- świadczenie z katalogu 1c. ■

2.2. DOKUMENTY NFZ WSPOMAGAJĄCE PROCES GRUPOWANIA

Wśród dokumentów NFZ, które w istotny sposób wspomagają proces wyznaczania właściwej grupy w systemie JGP, znajdują się:

- katalog jednorodnych grup pacjentów,
- charakterystyka jednorodnych grup pacjentów,
- „plik parametryzujący” – gruper utworzony w formacie Microsoft Excel i w formacie komunikatu XML,
- „Informacje do przygotowania aplikacji grupera na potrzeby szpitalnych systemów informatycznych, umożliwiającego kwalifikację rekordu pacjenta do właściwej grupy systemu Jednorodnych Grup Pacjentów” – algorytm grupera JGP. ■

2.2.1. KATALOG JGP

Podstawowy dokument systemu JGP, w którym znajduje się komplet danych niezbędnych w wyznaczaniu jednorodnych grup pacjentów, w oparciu o które rozliczana jest hospitalizacja.

Katalog zawiera przede wszystkim kody jednorodnych grup pacjentów, kody „produktów”, nazwy jednorodnych grup pacjentów, wartości punktowe hospitalizacji, czas hospitalizacji finansowany za pomocą grup, zakres kompetencji i uwagi dotyczące w szczególności świadczeń szpitalnych takich specjalności, jak:

- alergologia,
- anestezjologia i intensywne terapie,
- angiologia,
- audiologia i foniatryka,
- chirurgia dziecięca,
- chirurgia klatki piersiowej,
- chirurgia naczyniowa,
- chirurgia ogólna,
- chirurgia onkologiczna,
- chirurgia plastyczna,
- chirurgia szczękowo-twarzowa,
- choroby płuc,
- choroby wewnętrzne,
- choroby zakaźne,
- dermatologia i wenerologia,
- diabetologia,
- endokrynologia,
- gastroenterologia,
- geriatria,
- ginekologia onkologiczna,
- hematologia,
- immunologia kliniczna,

- kardiologia,
- nefrologia,
- neonatologia,
- neurochirurgia,
- neurologia,
- okulistyka,
- onkologia i hematologia dziecięca,
- onkologia kliniczna,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu,
- otorynolaryngologia,
- pediatria,
- położnictwo i ginekologia,
- reumatologia,
- toksykologia kliniczna,
- transplantologia kliniczna,
- urologia. ■

2.2.2. CHARAKTERYSTYKA JGP

Zakresem danych odpowiada katalogowi JGP. Stanowi uporządkowany zbiór wszystkich jednorodnych grup pacjentów ujętych w sekcje, posiadających kod, nazwę oraz parametry służące do wyznaczania właściwej grupy, jak procedura medyczna, rozpoznanie, wiek pacjenta oraz czas pobytu, a także warunki kierunkowe (załącznik nr 9 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 69/2009/DSOZ z późn. zm.). ■

2.2.3. PLIK PARAMETRYZUJĄCY

Funkcjonalną formą katalogu JGP jest utworzony w formacie Microsoft Excel i w formacie komunikatu XML plik parametryzujący, pełniący rolę tzw. grupera umożliwiającego prawidłowe wyznaczenie odpowiedniej grupy i rozliczanie udzielonych świadczeń lecznictwa szpitalnego (zaktualizowana 17 wersja pliku parametryzującego została udostępniona w serwisie internetowym Centrali NFZ 29 stycznia 2010 r.).

Plik parametryzujący składa się z następujących arkuszy: „Wykaz specjalności komórek”, „JGP”, „Kat. 1b”, „Kat. 1c”, „Zakresy JGP”, „Parametry JGP”, „Listy procedur”, „Listy rozpoznań”, „Mechanizm osobodni”, „Ograniczenie pobytu”, „Ograniczenie wieku”, „Ograniczenie trybu przyjęcia”, „Ograniczenie trybu wypisu”.

Istotne ze względu na proces grupowania są arkusze: „Zakresy JGP”, „Parametry JGP”, „Listy procedur”, „Listy rozpoznań”, „Mechanizm osobodni”, „Ograniczenie pobytu”, „Ograniczenie wieku”, „Ograniczenie trybu przyjęcia”, „Ograniczenie trybu wypisu”, spośród których najistotniejsza jest tabela znajdująca się w arkuszu „Parametry JGP”.

ARKUSZ „PARAMETRY JGP”

Tabela znajdująca się w arkuszu składa się z następujących kolumn:

1) Typ listy (ICD-9-CM, ICD-10)

W kolumnie występują kody: ICD-9 CM lub ICD-10.

2) Kod listy (kod listy procedur ICD-9-CM lub rozpoznań ICD-10 adekwatny do wybranego typu)

Kolumna zawiera kody list przypisanych do szczegółowych kodów procedur ICD-9-CM lub szczegółowych kodów rozpoznań ICD-10.

3) Kod grupy JGP

W kolumnie znajdują się kody poszczególnych jednorodnych grup pacjentów.

4) Kod algorytmu

Kolumna zawiera kody algorytmów warunków kierunkowych – warunków logicznych wskazujących ewentualne dodatkowe wymagania i decydujących o przyporządkowaniu poszczególnych hospitalizacji do właściwej grupy.

5) Kod ograniczenia czasu pobytu

Kolumna podaje kody ograniczenia czasu hospitalizacji (epizodu).

6) Kod ograniczenia wiekowego

Kolumna podaje kody ograniczenia wynikające z wieku pacjenta.

7) Pierwszy warunek na procedury dodatkowe. Kod listy procedur

Kolumna zawiera kody list przypisanych do szczegółowych kodów procedur ICD-9-CM.

8) Pierwszy warunek na procedury dodatkowe. Minimalna liczba wystąpień procedur z listy o różnych datach realizacji

W kolumnie występuje wymagana minimalna wielokrotność wystąpienia procedur z listy o różnych datach realizacji.

9) Drugi warunek na procedury dodatkowe. Kod listy procedur

Kolumna zawiera kody list przypisanych do szczegółowych kodów procedur ICD-9-CM.

10) Drugi warunek na procedury dodatkowe. Minimalna liczba wystąpień procedur z listy o różnych datach realizacji

W kolumnie występuje wymagana minimalna wielokrotność wystąpienia procedur z listy o różnych datach realizacji.

11) Warunek na rozpoznanie zasadnicze. Kod listy rozpoznań

Kolumna zawiera kody list przypisanych do szczegółowych kodów rozpoznań ICD-10.

12) Pierwszy warunek na rozpoznania współistniejące. Kod listy rozpoznań

Kolumna zawiera kody list przypisanych do szczegółowych kodów rozpoznań ICD-10.

13) Drugi warunek na rozpoznania współistniejące. Kod listy rozpoznań

Kolumna zawiera kody list przypisanych do szczegółowych kodów rozpoznań ICD-10.

14) Ograniczenie ze względu na płeć pacjenta. K – kobieta, M – mężczyzna

Aktualnie w kolumnie nie występują żadne wartości.

15) Kod ograniczenia dla trybu przyjęcia

Aktualnie w kolumnie nie występują żadne wartości.

16) Kod ograniczenia dla trybu wypisu

Kolumna podaje kody wynikające z trybu wypisu.

17) Lista negatywna procedur. Kod listy procedur

Kolumna zawiera kody list przypisanych do szczegółowych kodów procedur ICD-9-CM.

18) Lista negatywna rozpoznań zasadniczych. Kod listy rozpoznań

Kolumna zawiera kody list przypisanych do szczegółowych kodów rozpoznań ICD-10.

Kolumny od 5 do 18 określają kolejne działania podejmowane zgodnie z algorytmem wyrażonym w kodzie poszczególnych warunków kierunkowych wskazujących ewentualne dodatkowe wymagania i decydujących o przyporządkowaniu poszczególnych hospitalizacji do właściwej grupy:

5) Odczytuje się wartość kodu ograniczenia wynikającego z czasu pobytu (hospitalizacji), a następnie wartości z przedziałów ograniczenia (arkusz „Ograniczenie pobytu”), np. dla kodu ograniczenia „1” otrzymuje się górną granicę hospitalizacji < 2 dni, co oznacza, że jest to warunek epizodu poniżej 2 dni.

6) Odczytuje się wartość kodu ograniczenia wynikającego z wieku pacjenta, a następnie wartości ►

z przedziałów ograniczenia (arkusz „Ograniczenie wieku”), np. kod ograniczenia „1” oznacza górną granicę wieku 18 lat.

7) Odczytuje się kod listy procedur oraz wymaganą minimalną wielokrotność wystąpienia procedur z listy o różnych datach realizacji (kolumna 8). Następnie odczytuje się listę procedur medycznych oznaczonych odpowiednim kodem listy (arkusz „Listy procedur”), wymaganych jako warunek dodatkowy. Sprawdza się, czy któryś kod procedur ICD-9-CM z rekordu pacjenta znajduje się na tej liście. Jeśli tak, wynik badania jest pozytywny. Jeżeli liczba w kolumnie 8 jest większa lub równa dwa, do uzyskania pozytywnego wyniku badania (procedury ze wskazanej w kolumnie 7 listy procedur) muszą wystąpić w rekordzie pacjenta (danych epizodu) minimum tyle razy, ile wskazuje liczba wykonań w różnym terminie (dniu).

9) Odczytuje się kod listy procedur oraz wymaganą minimalną wielokrotność wystąpienia procedur z listy o różnych datach realizacji (kolumna 10). Następnie odczytuje się listę procedur medycznych oznaczonych odpowiednim kodem listy (arkusz „Listy procedur”), wymaganych jako warunek dodatkowy. Sprawdza się, czy któryś kod procedury ICD-9-CM z rekordu pacjenta znajduje się na tej liście. Jeśli tak, wynik badania jest pozytywny. Jeżeli liczba w kolumnie 10 jest większa lub równa dwa, do uzyskania pozytywnego wyniku badania (procedury ze wskazanej w kolumnie 9 listy procedur) muszą wystąpić w rekordzie pacjenta (danych epizodu) minimum tyle razy, ile wskazuje liczba wykonań w różnym terminie (dniu).

11) Odczytuje się kod listy rozpoznań. Następnie odczytuje się listę rozpoznań oznaczonych odpowiednim kodem listy (arkusz „Listy rozpoznań”), wymaganych jako warunek dodatkowy. Sprawdza się, czy kod rozpoznania z rekordu pacjenta znajduje się na tej liście. Jeśli tak, wynik badania jest pozytywny.

12) Odczytuje się kod listy rozpoznań. Następnie odczytuje się listę rozpoznań oznaczonych odpowiednim kodem listy (arkusz „Listy rozpoznań”), wymaganych jako warunek dodatkowy. Sprawdza się, czy kod rozpoznania z rekordu pacjenta znajduje się na tej liście. Jeśli tak, wynik badania jest pozytywny.

13) Odczytuje się kod listy rozpoznań. Następnie odczytuje się listę rozpoznań oznaczonych odpowiednim kodem listy (arkusz „Listy rozpoznań”), wymaganych jako warunek dodatkowy. Sprawdza się, czy kod rozpoznania z rekordu pacjenta znajduje się na tej liście. Jeśli tak, wynik badania jest pozytywny.

14) Odczytuje się warunek K–kobieta, M–mężczyzna. Warunek ten dopuszcza wybór danej grupy wyłącznie w odniesieniu do wskazanej płci.

15) Aktualnie w tych kolumnach nie występują żadne wartości.

16) Odczytuje się wartość kodu wynikającego z trybu wypisu. Następnie w arkuszu „Ograniczenie trybu wypisu” odnajduje się w kolumnie 1 kod ograniczenia i na podstawie kolumny 3 odczytuje się wymienione ograniczenia. Sprawdza się, czy warunek ograniczenia jest spełniony. Jeśli tak, wybrana grupa spełnia warunek.

17) Odczytuje się kod listy procedur. Następnie odczytuje się listę procedur medycznych oznaczonych odpowiednim kodem listy (arkusz „Listy procedur”), wymaganych jako warunek dodatkowy. Sprawdza się, czy kod procedur z rekordu pacjenta znajduje się na tej liście. Jeśli tak, wybrana grupa nie spełnia warunku.

18) Odczytuje się kod listy rozpoznań. Następnie odczytuje się listę rozpoznań oznaczonych odpowiednim kodem listy (arkusz „Listy rozpoznań”), wymaganych jako warunek dodatkowy. Sprawdza się, czy kod rozpoznania z rekordu pacjenta znajduje się na tej liście. Jeśli tak, wybrana grupa nie spełnia warunku. ■

2.3. ALGORYTM GRUPERA JGP

Właściwa nazwa dokumentu przygotowanego i okresowo uaktualnianego przez ekspertów Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia brzmi: „Informacje do przygotowania aplikacji grupera na potrzeby szpitalnych systemów informatycznych, umożliwiającego kwalifikację rekordu pacjenta do właściwej grupy systemu Jednorodnych Grup Pacjentów”.

Adresatem tych informacji jest kierownictwo szpitali oraz podmioty tworzące oprogramowanie informatyczne (tzw. gruper) wspomagające proces wyznaczania właściwej jednorodnej grupy pacjentów w oparciu o dane dotyczące hospitalizacji zawarte w rekordzie pacjenta.

Funkcjonowanie aplikacji tego rodzaju w szpitalnym systemie informatycznym ułatwia zarządzanie oraz bieżącą kontrolę procesu kodowania i sprawozdawania świadczeń zakontraktowanych przez oddziały wojewódzkie NFZ.

Określona grupa wyznaczana jest w oparciu o dane „wejściowe” dotyczące hospitalizacji pacjenta. Kompletny zestaw danych „wejściowych” zamieszczony jest w charakterystyce JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia Prezesa NFZ). ■

2.3.1. GRUPOWANIE – GRUPY ZABIEGOWE

Wyznaczanie jednorodnej grupy pacjentów rozpoczyna się od sprawdzenia, czy w rekordzie pacjenta wystąpiła znacząca procedura zabiegowa (przynajmniej jedna z procedur znajdujących się w opisie grup). Wersja 5.8. klasyfikacji ICD-9-CM z 2 lutego 2010 r. zawiera 6183 procedury medyczne, ale w procesie grupowania i wyznaczania JGP znaczenie ma 3717 procedur (patrz: plik parametryzujący – wersja 17). Jeżeli zarejestrowano więcej niż jedną istotną procedurę, program grupujący może przypisać więcej niż jedną JGP. W odniesieniu do 954 JGP o charakterze zabiegowym wystarczy jedna znacząca procedura, aby zakwalifikować rekord pacjenta do jednej z nich. Dalszych 190 JGP wymaga dodatkowych informacji z rekordu pacjenta (procedury dodatkowe, rozpoznania, czas hospitalizacji, wiek pacjenta). ■

2.3.2. GRUPOWANIE – GRUPY ZACHOWAWCZE

Jeżeli w rekordzie pacjenta nie zarejestrowano żadnej procedury albo ranga procedury < 2 lub $= 2$ i czas hospitalizacji > 1 dnia, gruper wyznaczy określoną JGP w oparciu o kod rozpoznania zasadniczego ICD-10.

W odniesieniu do 112 JGP nieoznaczonych jako zabiegowe wystarczy rozpoznanie zasadnicze, aby zakwalifikować rekord pacjenta do jednej z nich. Dalsze 114 wymaga dodatkowych informacji z rekordu pacjenta (rozpoznanie współistniejące, procedury, czas hospitalizacji, wiek pacjenta).

Każda grupa określana jest za pomocą listy procedur lub rozpoznań (tzw. bazową). Mogą być one jednak uzupełnione o listy dodatkowe:

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

Jeżeli dla wskazanej w danych epizodu procedury o randze > 2 (albo jeżeli ranga $= 2$, a czas hospitalizacji < 2 dni) nie została wyznaczona żadna grupa systemu JGP, to jest to przypadek w założeniu nieprawidłowy (rzadki). Uzupełnienia wymagać będzie plik parametryzujący, jednak nastąpi to przez wersjonowanie, a nowa wersja obowiązywać będzie od czasu naniesienia zmiany. W celu umożliwienia rozliczenia świadczeń takiego przypadku (epizodu) gruper przystępuje do wyznaczenia grupy systemu JGP za pomocą rozpoznania ICD-10. ■

2.3.3. WARUNKI KIERUNKOWE

O przebiegu grupowania decydują również warunki kierunkowe znajdujące się w opisie jednorodnej grupy pacjentów. Oznaczone kolejnymi literami alfabetu odsyłają do dodatkowych zbiorów kodów procedur lub rozpoznań, jeżeli ich obecność jest wymagana do pełnej charakterystyki grupy.

Szczegółowy opis funkcji procesów systemu JGP zawiera Dokument nr 1 (str. 32). ■

PIERWSZE
DOŚWIADCZENIA
W STOSOWANIU
SYSTEMU
JEDNORODNYCH
GRUP PACJENTÓW

3

Jak już wcześniej podkreślano, otwarty charakter systemu Jednorodnych Grup Pacjentów polega na ciągłym doskonaleniu i rozwoju przyjętych mechanizmów. Nawiązaniem do powyższego są pierwsze doświadczenia w stosowaniu systemu JGP, od początku lipca 2008 r. do końca lutego 2010 r., tj. w ciągu dwudziestu miesięcy funkcjonowania systemu.

Podstawą prawną JGP w polskim lecznictwie szpitalnym są zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. System Jednorodnych Grup Pacjentów został wprowadzony zarządzeniem Prezesa NFZ nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, które uchylilo przepisy zarządzenia Prezesa NFZ nr 80/2006 z dnia 18 września 2006 r. w sprawie przyjęcia szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.

W merytoryczne prace związane z bieżącym funkcjonowaniem systemu JGP zaangażowani są szczególnie pracownicy dwóch departamentów Centrali NFZ:

- Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, w którym w ciągu dwudziestu miesięcy obowiązywania systemu powstało 14 nowelizacji zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie systemu JGP,
- Departamentu Gospodarki Lekami, gdzie przygotowano 20 zarządzeń.

Zarządzenia opracowane przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej:

- nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 43/2008/DSOZ z dnia 2 lipca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 49/2008/DSOZ z dnia 23 lipca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 67/2008/DSOZ z dnia 4 września 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 93/2008/DSOZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 94/2008/DSOZ z dnia 22 października 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 110/2008/DSOZ z dnia 22 grudnia 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 8/2009/DSOZ z dnia 23 stycznia 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 9/2009/DSOZ z dnia 26 stycznia 2009 r. w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 14/2009/DSOZ z dnia 5 marca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 19/2009/DSOZ z dnia 19 marca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 28/2009/DSOZ z dnia 29 czerwca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- nr 35/2009/DSOZ z dnia 30 lipca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (obowiązujące od 1 do 13 sierpnia 2009 r., unieważnione na podstawie Decyzji Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r.),
- nr 69/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,

- nr 92/2009/DSOZ z dnia 30 grudnia 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Zarządzenia przygotowane przez Departament Gospodarki Lekami:

- zarządzenie nr 36/2008/DGL z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 37/2008/DGL z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia,
- zarządzenie nr 45/2008/DGL z dnia 7 lipca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 47/2008/DGL z dnia 18 lipca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 68/2008/DGL z dnia 11 września 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 70/2008/DGL z dnia 19 września 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia,
- zarządzenie nr 87/2008/DGL z dnia 16 października 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 95/2008/DGL z dnia 23 października 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia,
- zarządzenie nr 98/2008/DGL z dnia 27 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 102/2008/DGL z dnia 29 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia,
- zarządzenie nr 16/2009/DGL z dnia 10 marca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 18/2009/DGL z dnia 12 marca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia,
- zarządzenie nr 40/2009/DGL z dnia 11 września 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia,
- zarządzenie nr 41/2009/DGL z dnia 15 września 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 65/2009/DGL z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 66/2009/DGL z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia,

- zarządzenie nr 71/2009/DGL z dnia 3 listopada 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 3/2010/DGL z dnia 8 stycznia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 8/2010/DGL z dnia 20 stycznia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne,
- zarządzenie nr 9/2010/DGL z dnia 22 stycznia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne.

Przepisy zarządzeń Prezesa NFZ nr 93/2008/DSOZ, nr 98/2008/DGL oraz nr 102/2008/DGL przygotowano z myślą o kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2009 i lata następne.

Prace Departamentu Gospodarki Lekami w zakresie Jednorodnych Grup Pacjentów dotyczą w szczególności zapisów odnoszących się do katalogów dodatkowych:

- katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia (katalog 1e),
- katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii/terapii wspomagającej (katalog 1f),
- katalogu świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne (katalog 1g),
- katalogu substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych (katalog 1h),
- katalogu ryczałtów za diagnostykę w programach terapeutycznych (katalog 1i),
- katalogu świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne – chemioterapia (katalog 1j).

Katalogi:

- katalog JGP (katalog 1a),
- katalog świadczeń odrębnych (katalog 1b),
- katalog świadczeń do sumowania (katalog 1c),
- katalog radioterapii (katalog 1d),

aktualizowane są w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotne sprawującym jednocześnie funkcję koordynatora systemu JGP, informującego o wprowadzanych zmianach (uzupełnieniach i aktualizacjach), również dotyczących aspektów informatycznych. ■

3.1. ZMIANY W SYSTEMIE JEDNORODNYCH GRUP PACJENTÓW

Wszelkie zmiany wprowadzane w zakresie Jednorodnych Grup Pacjentów wynikają z aktualizacji i uzupełnień ewoluującego systemu JGP. Są wynikiem stałych konsultacji prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z konsultantami krajowymi oraz świadczeniodawcami lecznictwa szpitalnego.

Przykład tego typu działań mających wpływ na rozwój systemu JGP w omawianym okresie stanowią tabele zmian merytorycznych, wynikających z zarządzeń nr 49/2008/DSOZ, nr 67/2008/DSOZ, nr 94/2008/DSOZ, nr 8/2009/DSOZ, nr 19/2009/DSOZ oraz nr 28/2009/DSOZ (patrz: Tabela 3.1.–3.6., od str. 66).

Informacje podające zakres i datę obowiązujących aktualizacji systemu JGP umieszczone są w serwisie internetowym Centrali NFZ „Komunikaty Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące systemu JGP” (<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=7&dzialnr=1>).

W okresie od maja 2008 r. do lutego 2010 r. pojawiło się dwadzieścia sześć komunikatów tego rodzaju wynikających z treści zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W załączeniu do komunikatów ►

udostępniane były w formie elektronicznej aktualne wersje dokumentów do pobrania przez zainteresowane podmioty, w tym dokumenty wspomagające proces grupowania: Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9-CM (wersja polska ICD-9 PL); katalog jednorodnych grup pacjentów, charakterystyka JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia Prezesa NFZ); plik parametryzujący – gruper utworzony w formacie Microsoft Excel i w formacie komunikatu XML; informacja do przygotowania aplikacji grupera na potrzeby szpitalnych systemów informatycznych – algorytm grupera JGP.

W ciągu dwudziestu miesięcy obowiązywania systemu Jednorodnych Grup Pacjentów powstało osiem wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 CM. Pierwsza z nich (ICD-9 PL w. 5.1.) została udostępniona 22 lipca 2008 r., a ostatnia 2 lutego 2010 r. (ICD-9 PL w. 5.8.).

W tym samym okresie opublikowano siedemnaście wersji pliku parametryzującego oraz osiem wersji algorytmu grupera JGP. Dnia 9 maja 2008 r. udostępniono pierwsze wersje pliku parametryzującego i algorytmu grupera JGP. Ostatnia wersja pliku parametryzującego została udostępniona 29 stycznia 2010 r., a algorytmu grupera JGP – 16 czerwca 2009 r. (algorytm grupera JGP – wersja 8, która jednak do tej pory nie weszła w życie).

Znaczącą zmianę zasad rozliczania świadczeń w systemie JGP wprowadziła piąta wersja algorytmu grupera JGP z dnia 17 listopada 2008 r., która umożliwiła rozliczenie jednorodnej grupy pacjentów wyznaczonej za pomocą rozpoznania (klasyfikacja ICD-10), jeżeli wyznaczone za pomocą wykonanych w szpitalu procedur (klasyfikacja ICD-9-CM) grupy nie figurują w pakiecie określonym dla danego zakresu świadczeń. ■

3.2. EFEKTY WDRAŻANIA SYSTEMU JEDNORODNYCH GRUP PACJENTÓW

Jednym ze wskaźników charakteryzujących pierwsze efekty wprowadzenia systemu JGP jest średnia (przeciętna) wartość hospitalizacji. Rysunek 1.2. (patrz: str. 51) przedstawia średnią wartość hospitalizacji odnotowaną w polskich szpitalach w okresie od stycznia 2008 r. do grudnia 2009 r. Można zaobserwować, że w pierwszym półroczu 2008 r. średnia wartość hospitalizacji oscylowała między ok. 2200 zł a ok. 2400 zł. Średnia dla tego okresu to 2290 zł. W pierwszym miesiącu wdrażania systemu JGP (lipiec 2008 r.) nastąpił wzrost średniej wartości hospitalizacji do ok. 2500 zł. Średnia wartość hospitalizacji dla okresu II półrocza 2008 r. wyniosła 2637 zł, czyli odnotowano jej wzrost w stosunku do poprzedniego półrocza o 15,17%. Dla całego roku 2008 średnia wartość hospitalizacji wyniosła 2460 zł.

W 2009 r. zaszła istotna zmiana w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Kwota podwyżkowa przekazywana dotychczas odrębnym strumieniem na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (DzU nr 149, poz. 1076 oraz z 2007 r. nr 64, poz. 430) od 1 stycznia 2009 r. została wliczona w wartość świadczeń opieki zdrowotnej. W rodzaju leczenia szpitalne została zwiększona cena jednostkowa za punkt – z 48 zł do 51 zł. Zmianie uległa wartość punktowa ponad stu grup z katalogu 1a, jak również części świadczeń z katalogów 1b, 1d, 1e, 1g.

Efektorem tych działań był wzrost średniej wartości hospitalizacji w 2009 r. w stosunku do 2008 r. o ponad 25%, a w odniesieniu do II półrocza 2008 r. o 16,74%. Nominalna wartość badanej miary poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. to 3078 zł. Stosunek wartości kwoty podwyżkowej do wartości umów w II półroczu 2008 r. stanowi 13,02%. Oznacza to, że opisana powyżej zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. przyczyniła się do realnego wzrostu poziomu finansowania świadczeń lecznictwa szpitalnego o ponad 3%. Efekt finansowy działania systemu JGP w ciągu półtora roku to realny wzrost poziomu finansowania świadczeń szpitalnych o około 18%.

Wprowadzając system JGP, przyjęto zobowiązanie, że żaden zakres świadczeń szpitalnych nie straci finansowo na jego wdrożeniu. Dlatego świadczenia wykazujące spadek wartości znajdują się w sferze zainteresowania kierownictwa NFZ, które planuje dokonywanie zmian wszędzie tam, gdzie notowana jest niekorzystna relacja rozliczeniowa systemu JGP w stosunku do katalogu świadczeń szpitalnych z uchylonego zarządzenia Prezesa NFZ nr 80/2006 z dnia 18 września 2006 r.

Pozytywnym zjawiskiem wprowadzenia systemu JGP jest ład informacyjny, jaki zaobserwowano w zakładach lecznictwa szpitalnego. Poprawiła się jakość merytorycznych sprawozdań statystycznych, np. Karty statystycznej szpitalnej ogólnej – MZ/Szp-11, które coraz ściślej wiążą się z danymi rozliczeniowymi katalogu JGP.

Do czasu wprowadzenia systemu JGP medyczne działy szpitali funkcjonowały zazwyczaj w oderwaniu od działu statystyki, zajmującego się rozliczaniem hospitalizacji niewymagających podawania szczegółowych danych hospitalizacji. Dlatego pracownicy statystyki wybierali z menu programu rozliczeniowego jakiegokolwiek dane. Na przykład na oddziałach ortopedycznych najczęściej podawaną procedurą była... opieka pielęgniarska. Polepszył się także stan informatyzacji szpitali. Dyrektorzy jednostek zmuszeni są dokonywać zakupu sprzętu komputerowego i poprawiać zakładową sieć informatyczną, ponieważ brak przepływu informacji między oddziałami a działem statystyki praktycznie uniemożliwia właściwe zarządzanie rozliczaniem świadczeń.

Jednorodne Grupy Pacjentów dają możliwość ścisłego powiązania sprawozdawczości medycznej i finansowej. Chodzi o to, aby system JGP był docelowo oparty na rachunku kosztów, który umożliwiłby uzyskanie optymalnych szacunków dotyczących kosztów wytworzenia poszczególnych JGP, ustalenie właściwego poziomu ich finansowania, a co za tym idzie – racjonalne dzielenie ryzyka finansowego udzielanych świadczeń między płatnika a świadczeniodawcę. ■

SŁOWNICZEK

ALGORYTM JGP – określony sposób postępowania prowadzący do prawidłowego zakwalifikowania zakończonej hospitalizacji do właściwej jednorodnej grupy pacjentów.

CHARAKTERYSTYKA JGP – zbiór parametrów służących do wyznaczania jednorodnej grupy pacjentów, jak procedura medyczna, rozpoznanie, wiek pacjenta oraz czas pobytu.

ETYKIETA GRUPY – część opisu jednorodnej grupy pacjentów zawierająca oznaczenie warunków kierunkowych.

FUNKCJA – czynności tworzące zdarzenia i (lub) będące następstwem zdarzenia, oznaczone określonym numerem.

GRUPER JGP – aplikacja informatyczna wspomagająca kwalifikowanie określonej hospitalizacji do właściwej jednorodnej grupy pacjentów, w oparciu o dane zawarte w rekordzie pacjenta, o ile rozliczenie tej hospitalizacji nie odbywa się w inny sposób.

HOSPITALIZACJA (EPIZOD) – leczenie szpitalne obejmujące wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentowi w trybie nagłym lub planowym od chwili przyjęcia do szpitala do wypisu lub zgonu, niezależnie od liczby oddziałów (pobyków), na których pacjent był leczony. Hospitalizacja obejmuje: kwalifikację pacjenta do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne oraz terapie zlecone przez lekarza, profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, a także pozostałe świadczenia związane z pobytem pacjenta w szpitalu, jak transport sanitarny.

HOSPITALIZACJA PLANOWA – leczenie szpitalne w trybie planowym, którego celem jest poddanie pacjenta określonemu postępowaniu leczniczemu lub diagnostycznemu.

LECZENIE „JEDNEGO DNIA” – leczenie szpitalne w trybie planowym o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, którego celem jest poddanie pacjenta określonemu postępowaniu leczniczemu lub diagnostycznemu w ciągu 24 godzin.

ICD-9-CM – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób – Modyfikacja Kliniczna.

ICD-10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

JEDNORODNA GRUPA PACJENTÓW (JGP) – wyodrębniona kategoria hospitalizacji, posiadająca kod, nazwę oraz charakterystykę.

LOKALIZACJA – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, gdzie znajduje się miejsce udzielania świadczeń.

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń znajdujących się w tej samej lokalizacji powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania określonego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej.

POBYT – leczenie szpitalne na oddziale określonej specjalności.

PUNKT – jednostka rozliczeniowa, za pomocą której rozliczane są świadczenia opieki zdrowotnej.

PUNKT TRANSFORMOWANY (PUNKT TISS+) – jednostka rozliczeniowa, za pomocą której rozliczane są świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiąca transformację punktu skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci.

RANGA PROCEDURY – kryterium określające znaczenie procedur medycznych w procesie grupowania i wyznaczania JGP.

PROCEDURA PODSTAWOWA – znacząca procedura zabiegowa w procesie grupowania odsyłająca do określonej JGP – oznaczona rangą > 2.

PROCEDURA DODATKOWA – procedura wymagana jako dodatkowy warunek w procesie grupowania, wymieniona w etykiecie poszczególnych grup – oznaczona rangą 1.

PROCEDURA O RANDZE 2 – drobna procedura realizowana podczas leczenia szpitalnego, jeżeli stanowi jedyny element sterujący – oznaczona rangą < 2 dni.

PROCEDURA NIEISTOTNA – procedura nieposiadająca znaczenia w procesie grupowania – oznaczona rangą 0.

REKORD PACJENTA – zbiór danych dotyczących hospitalizacji pacjenta, wykorzystywanych w wyznaczaniu JGP.

SEKCJA – zbiór jednorodnych grup pacjentów występujących w układzie anatomiczno-fizjologicznym. Sekcja jest powiązana z obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny.

SYSTEM JGP – zespół wzajemnie powiązanych elementów, takich jak charakterystyka, algorytm i grupę jednorodnych grup pacjentów, kwalifikujący zakończoną hospitalizację do określonej JGP wyodrębnionej według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów w celu rozliczania świadczeń lecznictwa szpitalnego.

TARYFA – iloczyn wartości punktowej JGP oraz stawki za punkt wyrażonej w złotych, ustalonej podczas negocjacji płatnika ze świadczeniodawcami.

WARUNKI KIERUNKOWE – zapis dodatkowych wymagań, wyrażonych za pomocą kolejnych liter alfabetu znajdujących się w opisie grupy (etykieta grupy), odsyłających do dodatkowych zbiorów kodów procedur lub rozpoznań, jeśli ich obecność jest wymagana do pełnej charakterystyki grupy, a także decydujących o przebiegu grupowania.

ZDARZENIE – decyzja, stan lub okoliczność warunkujące podjęcie działania.

DOKUMENT 1. OPIS FUNKCJI PROCESÓW SYSTEMU JGP*

Ze względu na fakt, że implementacja algorytmu grupera w systemach szpitalnych różnych dostawców może charakteryzować się różną organizacją gromadzenia i przetwarzania danych, należy wskazane wejścia i wyjścia poszczególnych funkcji traktować jako uniwersalne obiekty opisujące zasadę, a nie jako obiekty do implementacji. W celu uzyskania odpowiedniego poziomu czytelności graficznych przebiegów poszczególnych procesów niektóre funkcje nie zostały wyposażone we wskazania wejść i wyjść, elementy te wynikają jednak z opisu procesu, funkcji i kontekstu.

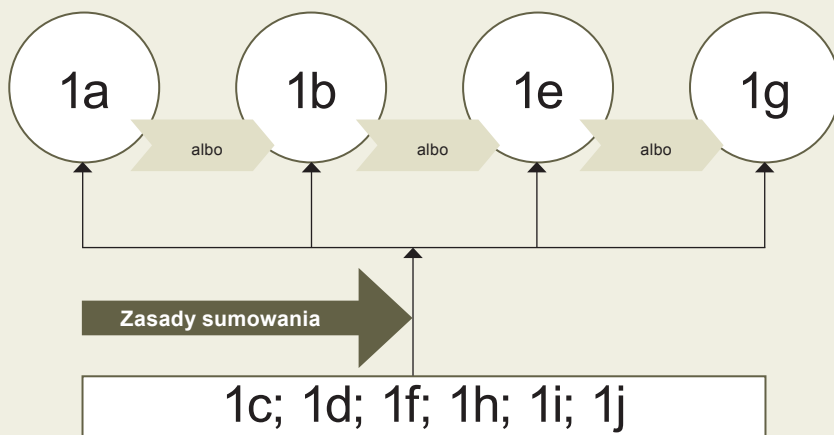
Przyjęto zasadę, że nowo dodanym lub zmienionym w kolejnych wersjach funkcjom zostaną nadane kolejne numery. W związku z tym opisy funkcji należy czytać nie według kolejnego numeru, lecz w kolejności wynikającej z algorytmu – graficznego przebiegu procesu.

Opis funkcji w procesie wyznaczania danych do rozliczenia epizodu (Rysunek 2)

Proces wyznaczania danych do rozliczenia epizodu polega na ustaleniu podstawowego katalogu, w tym także świadczenia/grupy systemu JGP, w jakim rozliczany będzie dany przypadek (hospitalizacja).

Następnie w przypadkach dozwolonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii i zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków

Rysunek 1. Hierarchia i relacje katalogów



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

- 1a – Katalog grup systemu JGP
- 1b – Katalog świadczeń odrębnych
- 1c – Katalog świadczeń uzupełniających
- 1d – Katalog świadczeń radioterapii
- 1e – Katalog świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia
- 1f – Katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów
- 1g – Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne
- 1h – Katalog substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych
- 1i – Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach terapeutycznych
- 1j – Katalog świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne – chemioterapia

zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne z katalogów dodatkowych wskazane zostają świadczenia uzupełniające, które mogą być rozliczane łącznie ze świadczeniem podstawowym. Hierarchię i relacje katalogów przedstawia Rysunek 1.

Funkcja nr 1, 10 i 12

Badanie, czy epizod można rozliczyć na podstawie katalogu świadczeń 1b/1e/1g.

Wejście: czyta dane epizodu zgromadzone w systemie informatycznym świadczeniodawcy.

Wyjście: określa, czy można rozliczyć na podstawie katalogu świadczeń 1b albo 1e, albo 1g.

Badanie polega na sprawdzeniu, czy hospitalizacja (epizod) może być rozliczona za pomocą świadczeń wykazanych w katalogu 1b albo 1e albo 1g. Badanie wykonuje użytkownik aplikacji. W wyniku badania podejmuje się decyzje o rozliczeniu hospitalizacji za pomocą katalogu 1b albo 1e, albo 1g, albo 1a (grupy systemu JGP).

Funkcja nr 2, 11 i 13

Wyznaczenie świadczenia z katalogu 1b/1e/1g.

Wejście: w sytuacji kiedy można rozliczyć epizod na podstawie katalogu świadczeń 1b albo 1e, albo 1g, użytkownik aplikacji dokonuje odpowiedniego wyboru.

Wyjście: wyznaczono świadczenie z katalogu 1b albo 1e, albo 1g.

Funkcja obejmuje także weryfikację danych wyznaczonych do rozliczenia epizodu z definicją umowy, tj. sprawdzenie, czy świadczenie znajduje się w zakresie umowy.

Funkcja nr 3

Badanie, czy wyznaczono świadczenia z katalogu 1c; 1d; 1f; 1h; 1i; 1j.

Badanie określa, czy wyznaczono do rozliczenia świadczenia z katalogu 1c lub 1d, lub 1f, lub 1h, lub 1i, lub 1j.

Funkcja nr 4

Przypisanie danych rozliczeniowych do epizodu.

Wyjście: zapisuje dane rozliczeniowe dla badanego epizodu.

Funkcja nr 5

Badanie, czy wybrane świadczenia można sumować.

Wejście: otrzymuje wejście z „Macierz sumowania”.

Wyjście: określa, czy można sumować wybrane świadczenia.

Badanie realizowane jest poprzez automatyczną weryfikację na podstawie utworzonej przez użytkownika macierzy relacji wybranych katalogów bądź „ręcznie” przez użytkownika w oparciu o zasady ustalone w zarządzeniu. Celem badania jest oznakowanie świadczeń w celu pozostawienia do rozliczenia wyłącznie dozwolonych pozycji katalogowych, które można łączyć. Macierz sumowania przygotowuje się w oparciu o zasady ustalone w zarządzeniu.

Funkcja nr 6

Wyznaczenie JGP.

Funkcja realizuje proces wyznaczania grupy systemu JGP opisany na Rysunku 3.

Funkcja nr 7

Badanie wybranej JGP mechanizmem przeliczenia.

Wejście: dane epizodu, kod wyznaczonej JGP, czas epizodu.

Wyjście: wynik badania wyznaczonej JGP mechanizmem przeliczenia wartości punktowej grupy systemu JGP.

Badanie realizowane jest poprzez proces (Rysunek 5) badania wybranej JGP mechanizmem przeliczenia.

Wartość podstawowa (bazowa) grupy systemu JGP w zależności od danego przypadku leczenia może być przeliczona. W wyniku przeliczenia otrzymuje się faktyczną wartość punktową do rozliczenia. Badanie polega na ustaleniu potrzeby przeliczenia wartości grupy. Bada się jednocześnie potrzebę związaną z charakterem epizodu (znacznik przekazany w danych epizodu) oraz potrzebę związaną z mechanizmem osobodni.

Możliwe są następujące przypadki:

1. Nie występuje żadna podstawa do przeliczenia.
2. Występuje podstawa do przeliczenia:
 - a) występuje potrzeba przeliczenia mechanizmem osobodni,
 - b) występuje potrzeba przeliczenia według zasady określonej dla charakteru epizodu, grupa nie kwalifikuje się do przeliczenia mechanizmem osobodni,
 - c) występuje potrzeba przeliczenia według zasady określonej dla charakteru epizodu z uwzględnieniem przeliczenia według mechanizmu osobodni.

Mechanizm osobodni posiada dwa przypadki przeliczenia (opisane w funkcji 8):

- 1) mechanizm osobodni poniżej 2 dni,
- 2) mechanizm osobodni powyżej limitu.

Funkcja nr 8

Zmiana wagi punktowej wybranej JGP.

Wejście: otrzymuje wejście z „Dane parametryzujące”.

W zależności od przypadku określonego w funkcji 7 dokonuje się odpowiedniego przeliczenia i tak:

Dla przypadku:

„Występuje potrzeba przeliczenia mechanizmem osobodni” rozpatruje się dwa warianty:

1. dla przypadku – mechanizm osobodni poniżej 2 dni:

W przypadku czasu hospitalizacji (epizodu) mniejszego od 2 dni wybrana JGP otrzymuje nową wartość punktową ustaloną na podstawie pliku parametryzującego – grupera w formacie Excel, w arkuszu „Mechanizm osobodni”, w kolumnie 5 dla kodu JGP umieszczonego w kolumnie 1. Z powyższego mechanizmu wyłączone są zgony, świadczenia rozliczane w ramach umów z zakresu „zespół opieki dziennej” oraz „zespół chirurgii jednego dnia”.

2. dla przypadku – mechanizm osobodni powyżej limitu:

W przypadku czasu hospitalizacji (epizodu) większego lub równego 2 dni i większego od limitu ustalonego na podstawie pliku parametryzującego gruper w formacie Excel, w arkuszu „Mechanizm osobodni”, w kolumnie 4 wybrana grupa systemu JGP otrzymuje nową wartość punktową ustaloną poprzez powiększenie wartości JGP o wynik iloczynu dni powyżej limitu z wartością punktową określoną dla JGP w kolumnie 6. Z powyższego mechanizmu wyłączone są świadczenia rozliczane w ramach umów z zakresów hospitalizacji planowej, „zespół opieki dziennej” oraz „zespół chirurgii jednego dnia”.

Dla przypadku:

„Występuje potrzeba przeliczenia według zasady określonej dla charakteru epizodu, grupa nie kwalifikuje się do naliczenia mechanizmem osobodni” realizuje się przeliczenie wagi bazowej według zasady podanej dla danego kodu znacznika „charakter epizodu”.

Dla przypadku:

„Występuje potrzeba przeliczenia według zasady określonej dla charakteru epizodu z uwzględnieniem przeliczenia mechanizmem osobodni” realizuje się przeliczenie wagi bazowej według zasady podanej dla danego kodu znacznika „charakter epizodu” z uwzględnieniem przeliczenia osobodni.

Słownik „charakter epizodu” zawiera następujące pozycje:

0 – brak oznakowania (nie podlega mechanizmowi przeliczenia według charakteru epizodu),

1 – świadczenie związane z diagnostyką i leczeniem urazów wielonarządowych.

Sposób przeliczenia dla pozycji słownika charakter epizodu:

1. Świadczenie związane z diagnostyką i leczeniem urazów wielonarządowych:

Świadczenie rozliczane będzie jako uraz wielonarządowy (§ 22 zarządzenia). Rozliczenie świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem urazów wielonarządowych odbywa się poprzez wybranie grupy JGP wraz z ewentualnie dołączonymi osobodniami ponad limit ustalony dla grupy, a następnie skorygowanie wartości jednym z poniższych wskaźników wskazującym na rozległość urazu wielonarządowego (liczbę narządów objętych urazem):

a) co najmniej 4 i więcej obrażeń – 1,85,

b) co najmniej 3 obrażenia – 1,78,

c) co najmniej 2 obrażenia – 1,54.

Przeliczenie realizuje się następująco: $Wr = (Wb + Wo) \times K$

gdzie: Wr – wartość rozliczenia, Wb – waga (wartość) bazowa, Wo – punkty wynikające z doliczenia osobodni, K – wskaźnik przeliczenia.

W przypadku kiedy grupa nie podlega mechanizmowi przeliczenia osobodni, wzór upraszcza się do stanu: $Wr = Wb \times K$.

U w a g a !

W przypadku zastosowania kolejnych pozycji słownika „charakter epizodu” podawane będą nowe zasady przeliczenia. Odbędzie się to w trybie wersjonowania algorytmu grupera JGP.

Czas hospitalizacji wyznaczany jest na podstawie daty przyjęcia i wypisu w następujący sposób:

a) dla pobytu jednodniowego ($d_w = d_p$) przyjmuje się wartość według wzoru:

$$th = (d_w - d_p) + 1$$

b) dla pozostałych hospitalizacji przyjmuje się wartość według wzoru:

$$th = d_w - d_p$$

U w a g a !

W przypadku hospitalizacji, w ramach której występują pobyty w komórkach organizacyjnych wskazanych w wykazie znajdującym się w pliku parametryzującym w formacie Excel w arkuszu „wykaz specjalności komórek”, czas hospitalizacji wyznaczany jest na podstawie poniższego wzoru:

$$th_w = th - (d_{ww1} - d_{pw1}) - (d_{ww2} - d_{pw2}) - \dots - (d_{wwn} - d_{pwn})$$

gdzie:

th – czas hospitalizacji,

th_w – czas hospitalizacji, w ramach którego występują pobyty w komórkach organizacyjnych wskazanych w wykazie znajdującym się w pliku parametryzującym w formacie Excel w arkuszu „wykaz specjalności komórek”,

d_w – data wypisu,

d_p – data przyjęcia,

d_{ww1} – data wypisu z pierwszego pobytu,
 d_{pw1} – data przyjęcia w ramach pierwszego pobytu,
 d_{ww2} – data wypisu z drugiego pobytu,
 d_{pw2} – data przyjęcia w ramach drugiego pobytu,
 d_{wwn} – data wypisu z n-tego pobytu,
 d_{pwn} – data przyjęcia w ramach n-tego pobytu.

Przykład:

Pobyt 1 – od 5 września 2008 r. do 10 września 2008 r., tj. $10 - 5 = 5$ dni

Pobyt 2 – w komórce organizacyjnej wskazanej w wykazie znajdującym się w pliku parametryzującym w arkuszu „wykaz specjalności komórek” – od 10 września 2008 r. do 21 września 2008 r., tj. $21 - 10 = 11$ dni

Pobyt 3 – od 21 września 2008 r. do 30 września 2008 r., tj. $30 - 21 = 9$ dni

d_w – 30 września 2008 r.,

d_p – 5 września 2008 r.,

d_{ww1} – 21 września 2008 r.,

d_{pw1} – 10 września 2008 r.,

$t_h = 30 - 5 = 25$

$t_{hw} = 25 - (21 - 10) = 14$

Czas hospitalizacji w przedstawionym powyżej przykładzie jest równy 14 dni.

Wiek pacjenta liczy się według dokładnej daty urodzenia i na dzień przyjęcia.

Uwaga!

Na wyliczenie wieku pacjenta nie mają wpływu wyłączenia danych pobytów w komórkach organizacyjnych wskazanych w wykazie znajdującym się w pliku parametryzującym w formacie Excel w arkuszu „wykaz specjalności komórek”.

Funkcja nr 9

Wyznaczenie świadczeń z katalogu 1c; 1d; 1f; 1h; 1i; 1j.

Wejście: w sytuacji gdy można rozliczyć epizod odrębnymi świadczeniami z katalogu 1c lub 1d, lub 1f, lub 1h, lub 1i, lub 1j, użytkownik aplikacji dokonuje właściwego wyboru.

Wyjście: wyznaczono świadczenia z katalogu 1c lub 1d, lub 1f, lub 1h, lub 1i, lub 1j.

Użytkownik sprawdza, czy hospitalizacja może być dodatkowo rozliczona za pomocą świadczeń wykazanych w katalogu 1c lub 1d, lub 1f, lub 1h, lub 1i, lub 1j. Użytkownik przypisuje świadczenia/a z katalogu 1c lub 1d, lub 1f, lub 1h, lub 1i, lub 1j.

Opis funkcji w procesie wyznaczania grupy systemu JGP (Rysunek 3)

Funkcja nr 1

Pobranie danych epizodu

Wejście: czyta dane epizodu zgromadzone w systemie świadczeniodawcy.

Danymi wejściowymi do wyznaczenia grupy systemu JGP są dane epizodu z wyłączeniem kodów rozpoznawczych ICD-10 oraz procedur ICD-9-CM z pobytów w komórkach organizacyjnych wskazanych w wykazie znajdującym się w pliku parametryzującym w formacie Excel w arkuszu „wykaz specjalności komórek”. Jeżeli w kolumnie nr 3 (Kod świadczenia) znajduje się zapis, to wyłączenie pobytu w danej

komórce organizacyjnej odbywa się wyłącznie przy zawartym tam kodzie świadczenia. W sytuacji kiedy w kolumnie nr 3 nie ma żadnego zapisu, wyłączenie dotyczy pobytów w ramach badanej komórki przy wszystkich kodach świadczeń.

Brak pozycji w kolumnie nr 1 (Kod specjalności komórki organizacyjnej) oznacza, że do wyznaczenia grupy systemu JGP pobierane są wszystkie dane epizodu.

Funkcja nr 2

Analiza danych epizodu i ustalenie parametrów.

Wyjście: ustala wartości parametrów hospitalizacji (epizodu, pobytów) niezbędnych do wyznaczenia JGP, w tym:

procedury ICD-9-CM,
rozpoznania ICD-10, w tym rozpoznania zasadniczego,
czas hospitalizacji (epizodu),
wiek,
płeć,
tryb przyjęcia,
tryb wypisu.

Uwaga!

W sytuacji kiedy świadczeniobiorca w wieku > 17 r.ż. posiada zgodę na kontynuację leczenia w ramach zakresu świadczeń dla dzieci, w danych epizodu przekazywany jest numer zgody. Następnie numer ten zostaje sprawdzony w rejestrze zgód i jeżeli typ zgody jest właściwy (tzn. zezwala na leczenie świadczeniobiorcy w wieku > 17 r.ż. w ramach zakresu świadczeń dla dzieci), to zostaje pominięte ograniczenie dotyczące wieku < 18 r.ż. i pacjent może być rozliczony świadczeniem będącym w umowie na dany zakres świadczeń.

Czas hospitalizacji przyjmuje wartość wyliczoną na podstawie wzorów przedstawionych w opisie funkcji 8 Opis funkcji w procesie wyznaczania danych do rozliczenia epizodu (Rysunek 2).

Funkcja nr 3

Sprawdzenie występowania procedur medycznych w danych epizodu.

Wyjście: tworzy „Listę procedur” – wyszukuje w danych epizodu.

Funkcja nr 4

Przypisanie i sprawdzenie rangi dla procedur epizodu.

Wejście: otrzymuje wejście z „Listy procedur” czyta „Elementy list procedur – ranga procedury ICD-9-CM” – pliku parametryzującego grupę w formacie Excel, arkusz „Lista procedur” – kolumna 3 „Kod procedury ICD-9-CM” i kolumna 4 „Ranga procedury ICD-9-CM”.

Wyjście: zapisuje „Listę procedur z rangami”.

Funkcja nr 5

Badanie czy występuje procedura z rangą > 2.

Wejście: otrzymuje wejście z tabeli „Lista procedur z rangami” i sprawdza, czy występują procedury z rangą większą od 2.

Funkcja nr 6

Ustalanie najwyższej rangi procedur.

Wejście: otrzymuje wejście z „Listy procedur z rangami” i wyszukuje procedury z najwyższą rangą.

Wyjście: archiwizuje wskazanie procedur o najwyższej randze. ▶

Uwaga!

Obecnie nie przewiduje się realizowania funkcji i archiwizowania procedury o najwyższej randze. Funkcja ta zostanie użyta w przypadku rozwoju systemu JGP w kierunku obsługi zróżnicowanych rang procedur. O fakcie włączenia tej funkcji oraz sposobie zastosowania zróżnicowanych rang procedur NFZ powiadomi odrębnym komunikatem.

Funkcja nr 7

Ustalanie listy pobytów.

Wejście: czyta dane epizodu.

Wyjście: tworzy „Listę pobytów”.

Funkcja nr 8

Pobranie danych pobytu.

Wejście: otrzymuje wejście z „Listy pobytów”, czyta „Dane epizodu”, w tym:

- procedury ICD-9-CM,
- rozpoznania ICD-10, w tym rozpoznanie zasadnicze,
- czas hospitalizacji (epizodu),
- wiek,
- płeć,
- tryb przyjęcia,
- tryb wypisu.

Funkcja nr 9

Ustalanie listy procedur pobytu.

Wyjście: tworzy „Listę procedur pobytu” – wyszukuje w „Danych epizodu” procedury ICD-9-CM.

Funkcja nr 10

Określenie listy JGP dla procedury.

Wejście: otrzymuje wejście z „Listy procedur pobytu” oraz danych parametryzujących (na podstawie pliku parametryzującego w formacie Excel).

Wyjście: tworzy „Listę JGP dla ICD-9-CM”.

Określenie listy JGP dla procedury odbywa się w następujących krokach:

Wyszukanie kodu procedury na podstawie pliku parametryzującego gruper w formacie Excel, w arkuszu „Listy procedur”, kolumna 3 i ustalenie kodu listy (kolumna 1).

Wybranie na podstawie pliku parametryzującego gruper w formacie Excel w arkuszu „Parametry JGP” wszystkich wierszy, w których kolumna 2 zawiera kod listy uzyskany w kroku 1 i ustalenie na tej podstawie kodów JGP – kolumna 3.

Wyszukanie na podstawie pliku parametryzującego gruper w formacie Excel w arkuszu „Zakresy JGP” kodów JGP wybranych w kroku 2 (kolumna 2) i przypisanie im wartości punktowej z kolumny od 4 do 6 w zależności od trybu hospitalizacji zależnego od zawartej umowy. Rozróżnia się następujące cechy trybu hospitalizacji:

- 1 – hospitalizacja (kolumna 4),
- 2 – hospitalizacja planowa (kolumna 5),
- 3 – leczenie jednego dnia (kolumna 6).

Funkcja nr 11

Badanie warunków kierunkowych JGP.

Wejście: otrzymuje wejście z „Lista JGP dla ICD-9-CM” lub „Lista JGP dla rozpoznania” oraz z danych parametryzujących (na podstawie pliku parametryzującego w formacie Excel).

Badanie warunków kierunkowych JGP jest realizowane poprzez sprawdzenie spełnienia warunków wyspecyfikowanych dla danej grupy w arkuszu „Parametry JGP”. Po ustaleniu listy potencjalnych grup należy dokonać badania dla każdej z nich warunków wybranych podczas ustalania tejże listy (dla procedur medycznych – funkcja 10 bądź dla rozpoznania funkcja 20). W wyniku wyboru może wystąpić jeden lub wiele wierszy. Wiersz zawiera wiele warunków, które w badaniu należy potraktować łącznie jako iloczyn (tzn. muszą być spełnione wszystkie jednocześnie). W przypadku kiedy pojawi się wiele wierszy (co najmniej 2), każdy z nich jest możliwą alternatywą. W takim przypadku bada się jak poprzednio warunki osobno dla każdej alternatywy (wiersza), wynik natomiast jest sumą wyników badania alternatyw (tzn. jeśli co najmniej jedna z nich spełnia warunki, to wynik badania jest pozytywny).

Badanie warunków kierunkowych JGP odbywa się w następujących krokach:

- 1) Wybór listy warunków – w arkuszu „Parametry JGP” wybiera się wiersze zawierające w kolumnie nr 3 „Kod grupy JGP” kod badanej grupy.
- 2) Określenie opisu algorytmu warunku kierunkowego – w wybranych w kroku 1 wierszach na podstawie kolumny nr 4 „Kod algorytmu” określa się literowy kod algorytmu. Opis algorytmu odnajduje się w „Wykazie warunków kierunkowych”.
- 3) Badanie warunków algorytmu – wykonuje się na podstawie danych parametryzujących. Badane są poszczególne warunki. Ponieważ poszczególne warunki określone dla danej grupy (w wierszu arkusza) muszą być spełnione łącznie (iloczyn), można badać każdy warunek osobno lub wszystkie łącznie w zależności od potrzeby i techniki przyjętej w produkcji aplikacji. Warunki zawierają kolumny od 5 do 16.

Badania warunków realizowane są następująco:

- 1) Badanie ograniczenia na czas hospitalizacji – w arkuszu „Parametry JGP”, kolumna 5 „Kod ograniczenia czasu hospitalizacji (epizodu)” czyta się wartość kolumny, a następnie w arkuszu „Ograniczenie pobytu” odnajduje się w kolumnie 1 uzyskany kod ograniczenia i na podstawie kolumn od 2 do 3 odczytuje się ograniczenia. W następnym kroku z kolumny 4 odczytujemy jednostkę czasu, która przyjmuje następujące wartości: T – tydzień, D – dzień, np. dla kodu ograniczenia 1 otrzymuje się górną granicę hospitalizacji < 2 dni, co oznacza, że jest to warunek na hospitalizację (epizod) poniżej 2 dni.
- 2) Badanie ograniczenia wiekowego – w arkuszu „Parametry JGP”, kolumna nr 6 „Kod ograniczenia wiekowego” czyta się wartość kolumny, a następnie w arkuszu „Ograniczenie wieku” odnajduje się w kolumnie 1 kod ograniczenia i na podstawie kolumn od 2 do 3 odczytuje się ograniczenia. W następnym kroku z kolumny 4 odczytujemy jednostkę czasu, która przyjmuje następujące wartości: R – rok, M – miesiąc, T – tydzień, D – dzień, np. kod 1 oznacza górną granicę wieku 18 lat.
- 3) Pierwszy warunek na procedury dodatkowe – w arkuszu „Parametry JGP”, kolumna 7 „Kod listy procedur” i kolumna 8 „Minimalna liczba wystąpień procedur z listy o różnych datach realizacji” odczytuje się kod listy procedur oraz wymaganą minimalną krotność wystąpień. Następnie w arkuszu „Listy procedur” wyszukuje się wiersze zawierające w kolumnie 1 kod ww. listy. Po wybraniu wierszy w kolumnie 3 otrzymuje się listę procedur medycznych wymaganych jako warunek dodatkowy. Sprawdza się, czy któryś kod procedury ICD-9-CM z rekordu pacjenta znajduje się na tej liście. Jeśli tak – wynik badania jest pozytywny. W przypadku kiedy liczba w kolumnie 8 jest większa lub równa dwa, dla pozytywnego wyniku badania procedury ze wskazanej w kolumnie 7 listy procedur muszą wystąpić w rekordzie pacjenta (danych epizodu) minimum tyle razy, ile wskazuje liczba wykonań w różnym terminie (dniu).
- 4) Drugi warunek na procedury dodatkowe – postępuje się identycznie jak w kroku 3, przy czym dane określone są na podstawie kolumny 9 i 10.

- 5) Warunek na rozpoznanie zasadnicze – arkusz „Parametry JGP”, kolumna 11 „Kod listy rozpoznania” czyta się wartość komórki, na podstawie czego określany jest kod listy rozpoznania. Następnie w arkuszu „Listy rozpoznania” wyszukuje się wiersze, które w kolumnie 1 zawierają kod listy. Po wybraniu wierszy w kolumnie 3 otrzymuje się listę rozpoznania wymaganych jako warunek dodatkowy. Sprawdza się, czy przynajmniej jeden kod rozpoznania zasadniczego dla jednego z pobytów w rekordzie pacjenta znajduje się na tej liście. Jeśli tak – wynik badania jest pozytywny.
- 6) Pierwszy warunek na rozpoznania współistniejące – postępuje się identycznie jak w kroku 5, przy czym dane określone są na podstawie kolumny 12, ale badanie dotyczy rozpoznania współistniejących.
- 7) Drugi warunek na rozpoznania współistniejące – postępuje się identycznie jak w kroku 5, przy czym dane określone są na podstawie kolumny 13, ale badanie dotyczy rozpoznania współistniejących.
- 8) Badanie warunku na płeć – na podstawie arkusza „Parametry JGP”, kolumna 14 „Płeć” odczytuje się warunek K – kobieta, M – mężczyzna. Warunek ten dopuszcza daną grupę wyłącznie w odniesieniu do wskazanej płci.
- 9) Badanie ograniczenia dla trybu przyjęcia – w arkuszu „Parametry JGP”, kolumna nr 15 „Kod ograniczenia dla trybu przyjęcia” czyta się wartość kolumny, a następnie w arkuszu „Ograniczenie trybu przyjęcia” odnajduje się w kolumnie 1 kod ograniczenia i na podstawie kolumny 3 odczytuje się ograniczenia. Sprawdza się, czy warunek ograniczenia jest spełniony. Jeśli tak – wybrana grupa spełnia warunek.
- 10) Badanie ograniczenia dla trybu wypisu – w arkuszu „Parametry JGP”, kolumna nr 16 „Kod ograniczenia dla trybu wypisu” czyta się wartość kolumny, a następnie w arkuszu „Ograniczenie trybu wypisu” odnajduje się w kolumnie 1 kod ograniczenia i na podstawie kolumny 3 odczytuje się ograniczenia. Sprawdza się, czy warunek ograniczenia jest spełniony. Jeśli tak – wybrana grupa spełnia warunek.
- 11) Badanie listy negatywnej procedur – arkusz „Parametry JGP”, kolumna 17 „Kod listy procedur” czytana jest wartość komórki, na podstawie czego określany jest kod listy procedur. Następnie w arkuszu „Listy procedur” wyszukuje się wiersze, które w kolumnie 1 zawierają kod listy. Po wybraniu wierszy w kolumnie 3 otrzymuje się listę procedur wymaganych jako warunek dodatkowy. Sprawdza się, czy kod procedury z rekordu pacjenta znajduje się na tej liście. Jeśli tak – wybrana grupa nie spełnia warunku.
- 12) Badanie listy negatywnej rozpoznania – postępowanie jest identycznie jak w kroku 11, przy czym dane określone są na podstawie kolumny 18, ale badanie dotyczy rozpoznania.

Uwaga!

- 1) W przypadku badania warunków hospitalizacji, dla której elementem kierunkowym jest rozpoznanie zasadnicze, wszystkie pozostałe rozpoznania (zasadnicze i współistniejące) z całej hospitalizacji traktuje się jako współistniejące.
- 2) W przypadku kiedy do zakwalifikowania do danej grupy wymagane jest wskazanie dwóch procedur ICD-9-CM (z jednej albo z różnych list), warunek nie będzie spełniony w przypadku wykazania tej samej procedury (nie dotyczy warunku kierunkowego „z”).
- 3) Dla jednoznacznego wyznaczenia grupy systemu JGP niezbędne jest podanie, w komunikacie XML fazy 0 i 1 w atrybucie //procedura@data-wyk, daty realizacji procedury ICD-9-CM (atrybut //procedura@data-wyk nie jest bezwzględnie wymagany w definicji komunikatu). Procedury bez przekazanej daty realizacji będą traktowane jako wykonane w tym samym dniu.
- 4) W przypadku kiedy do zakwalifikowania do danej grupy wymagane jest wskazanie dwóch rozpoznania ICD-10 (z jednej albo z różnych list), warunek nie będzie spełniony w przypadku wykazania tego samego rozpoznania.

5) W przypadku badania warunków hospitalizacji, dla której elementem kierunkowym jest procedura ICD-9-CM, a warunki dodatkowe określają konieczność jednoczesnego występowania rozpoznania zasadniczego oraz współistniejącego, wówczas przy spełnieniu warunku na rozpoznanie zasadnicze któregoś z pobytów, pozostałe rozpoznania z całej hospitalizacji bada się jako współistniejące.

Funkcja nr 12

Zapisanie JGP na listę wybranych grup.

Wyjście: tworzy „Listę wybranych JGP (badanego epizodu)” zawierających JGP, które spełniły warunki.

Funkcja nr 13

Badanie, czy występuje kolejna JGP dla ICD-9-CM.

Sprawdza w tabeli „Listę JGP dla ICD-9-CM”, czy występuje kolejna JGP dla badanej procedury.

Funkcja nr 14

Badanie, czy występuje kolejna procedura dla pobytu.

Wejście: otrzymuje wejście z „Listy procedur pobytu”. Funkcja sprawdza, czy występuje kolejna procedura w tabeli „Lista procedur pobytu”.

Funkcja nr 15

Badanie, czy występuje kolejny pobyt.

Wejście: otrzymuje wejście z „Listy pobytów”. Funkcja sprawdza, czy występuje kolejny pobyt w tabeli „Lista pobytów”.

Funkcja nr 16

Badanie, czy lista wybranych grup zawiera zapis.

Wejście: otrzymuje wejście z „Listy wybranych JGP (badanego epizodu)”.

Funkcja sprawdza, czy „Lista wybranych JGP (badanego epizodu)” zawiera zapisy, tzn. czy przypisano grupę do epizodu.

Funkcja nr 17

Ustalenie rozliczeniowej grupy systemu JGP.

Wejście: otrzymuje wejście z „Lista wybranych JGP (badanego epizodu)” oraz otrzymuje wejście z „Dane umowy świadczeniodawcy”.

Funkcja sprawdza, czy wybrane JGP zawierają się w zakresie umowy w odniesieniu do pozycji umowy. Następuje oznakowanie dozwolonych JGP.

Szczegóły funkcji określone zostały na rysunku 4 – „Ustalenie rozliczeniowej grupy systemu JGP”.

Funkcja nr 18

Przypisanie wybranej JGP do epizodu.

Wyjście: zapisuje kod i wartość punktową do rozliczenia wybranej JGP dla badanego epizodu.

Funkcja nr 19

Badanie, czy czas epizodu jest < 2 dni i występuje ranga = 2.

Wejście: czyta „Dane epizodu” – sprawdza, czy czas hospitalizacji jest mniejszy od 2 oraz czy występują procedury z ranga równą 2 - na podstawie pliku parametryzującego grupę w formacie Excel, arkusz „Listy procedur”, kolumna 4.

Funkcja nr 20

Określenie listy JGP dla rozpoznania zasadniczego

Wyjście: tworzy „Listę JGP dla rozpoznania”.

Określenie listy JGP dla rozpoznania zasadniczego odbywa się w następujących krokach:

- 1) Wyszukanie kodu rozpoznania na podstawie pliku parametryzującego grupę w formacie Excel, w arkuszu „Listy rozpoznań”, kolumna 3 i ustalenie kodu listy (kolumna 1).
- 2) Wybranie na podstawie pliku parametryzującego grupę w formacie Excel w arkuszu „Parametry JGP” wszystkich wierszy, w których kolumna 2 zawiera kod listy uzyskany w kroku 1 i ustalenie na tej podstawie kodów JGP – kolumna 3.
- 3) Wyszukanie na podstawie pliku parametryzującego grupę w formacie Excel w arkuszu „Zakresy JGP” kodów JGP wybranych w kroku 2 (kolumna 2) i przypisanie im wartości punktowej z kolumny od 4 do 6 w zależności od trybu hospitalizacji zależnego od zawartej umowy. Rozróżnia się następujące cechy trybu hospitalizacji:
 - 1 – hospitalizacja (kolumna 4),
 - 2 – hospitalizacja planowa (kolumna 5),
 - 3 – leczenie jednego dnia (kolumna 6).

Funkcja nr 21

Badanie, czy występuje kolejna JGP dla rozpoznania.

Sprawdza, czy „Lista JGP dla rozpoznania” zawiera kolejną JGP.

Funkcja nr 22

Sprawdzenie, czy badano ścieżkę ICD-10.

Sprawdza, czy badano możliwość wyznaczenia grupy systemu JGP według rozpoznań ICD-10.

Funkcja nr 23

Badanie, czy w danych epizodu występuje nr zgody.

Sprawdza, czy w danych epizodu występuje nr zgody.

Funkcja nr 24

Sprawdzenie zgody w rejestrze zgód.

Sprawdza, czy numer zgody znajduje się w rejestrze zgód i dotyczy badanego epizodu.

Funkcja nr 25

Wyłączenie warunku na ograniczenie wieku do 18 roku życia.

Funkcja wyłącza kod ograniczenia wiekowego „1” w pliku parametryzującym grupę w formacie Excel w arkuszu „Parametry JGP” kolumna 6 „Kod ograniczenia wiekowego”.

Opis funkcji w procesie ustalenia rozliczeniowej grupy systemu JGP (Rysunek 4)

Funkcja nr 1

Wybranie JGP możliwych w ramach zakresu umowy.

Wejście: otrzymuje wejście z „Lista wybranych JGP (badanego epizodu)” oraz otrzymuje wejście z „Dane umowy świadczeniodawcy”.

Funkcja, na podstawie porównania wybranych JGP z listą dozwolonych JGP dla konkretnego zakresu umowy, wybiera tylko JGP przewidziane w umowie.

Funkcja nr 2

Badanie, czy istnieje dominująca JGP.

Wejście: otrzymuje wejście z „Lista wybranych JGP (badanego epizodu)”.

Funkcja bada, czy wśród wybranych JGP występuje jedna o najwyższej wartości punktowej.

Funkcja nr 3

Wybranie JGP o maksymalnej taryfie.

Wyjście: zapisuje „Listę JGP o tej samej taryfie”.

W przypadku występowania co najmniej dwóch JGP o najwyższej wartości punktowej następuje zawężenie listy możliwego wyboru.

Funkcja nr 4

Wskazanie JGP do rozliczania.

Wejście: otrzymuje wejście z „Lista JGP o tej samej taryfie” albo z „Lista wybranych JGP (badanego epizodu)”.

W przypadku rozliczenia przez dominującą JGP w sytuacji kiedy wystąpiła więcej niż jedna JGP o tej samej taryfie, o wyborze ostatecznej JGP do rozliczenia decyduje świadczeniodawca – użytkownik aplikacji.

W przypadku rozliczenia przez wskazanie JGP użytkownik wskazuje grupę do rozliczenia z listy grup spełniających warunki.

Funkcja nr 5

Ustalenie trybu rozliczenia.

Wskazanie grupy systemu JGP może być dokonane poprzez wybranie dominującej JGP (najkorzystniejszej pod kątem wartości grupy) albo poprzez wskazanie innej JGP z listy grup spełniających warunki. Oznacza to, że świadczeniodawca może przekazać do rozliczenia grupę o niższej wartości bazowej.

Opis funkcji w procesie badania wybranej JGP mechanizmem przeliczenia (Rysunek 5)

Funkcja nr 1

Badanie, czy czas hospitalizacji (epizodu) jest < 2 .

Wejście: otrzymuje wejście z „Dane epizodu”.

Funkcja ustala na podstawie danych epizodu czas hospitalizacji i sprawdza warunek, czy ustalona wartość jest mniejsza od 2.

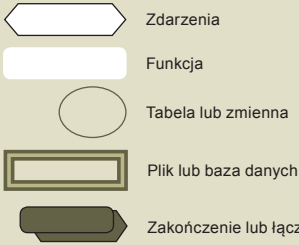
Funkcja nr 2




Badanie, czy wybrana JGP może być rozliczana mechanizmem osobodni poniżej 2 dni.

Wejście: otrzymuje wejście z „Mechanizm osobodni”.

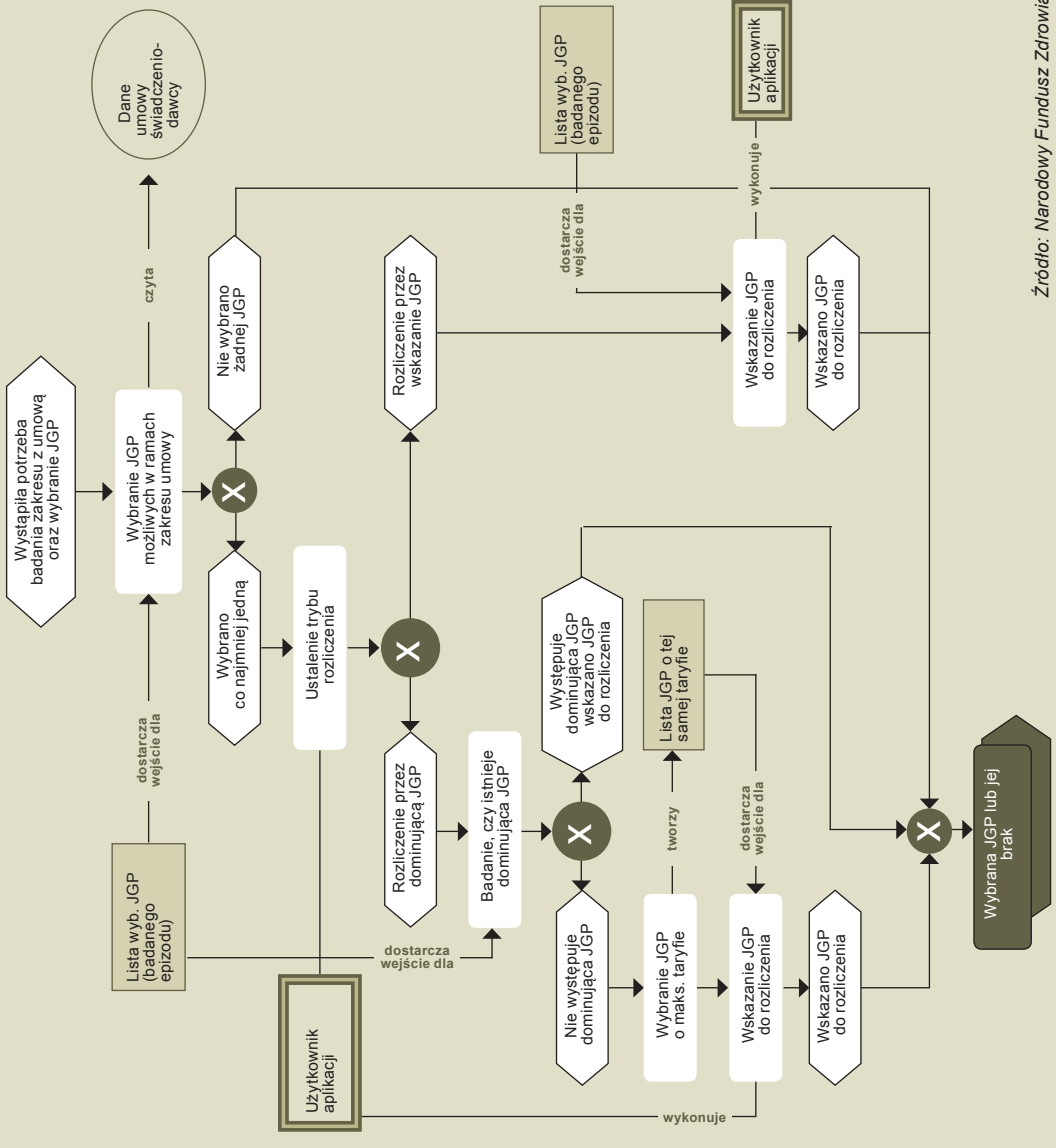
Funkcja sprawdza na podstawie pliku parametryzującego grupę w formacie Excel w arkuszu „Mechanizm osobodni”, czy dla kodu JGP umieszczonego w kolumnie 1 określona została w kolumnie 5 wartość większa od zera. Odnalezienie wartości większej od zera oznacza, że może być użyty mechanizm osobodni. Ustalona wartość służy do przypisania nowej wartości punktowej procedury przeznaczonej do rozliczenia. ►

LEGENDA



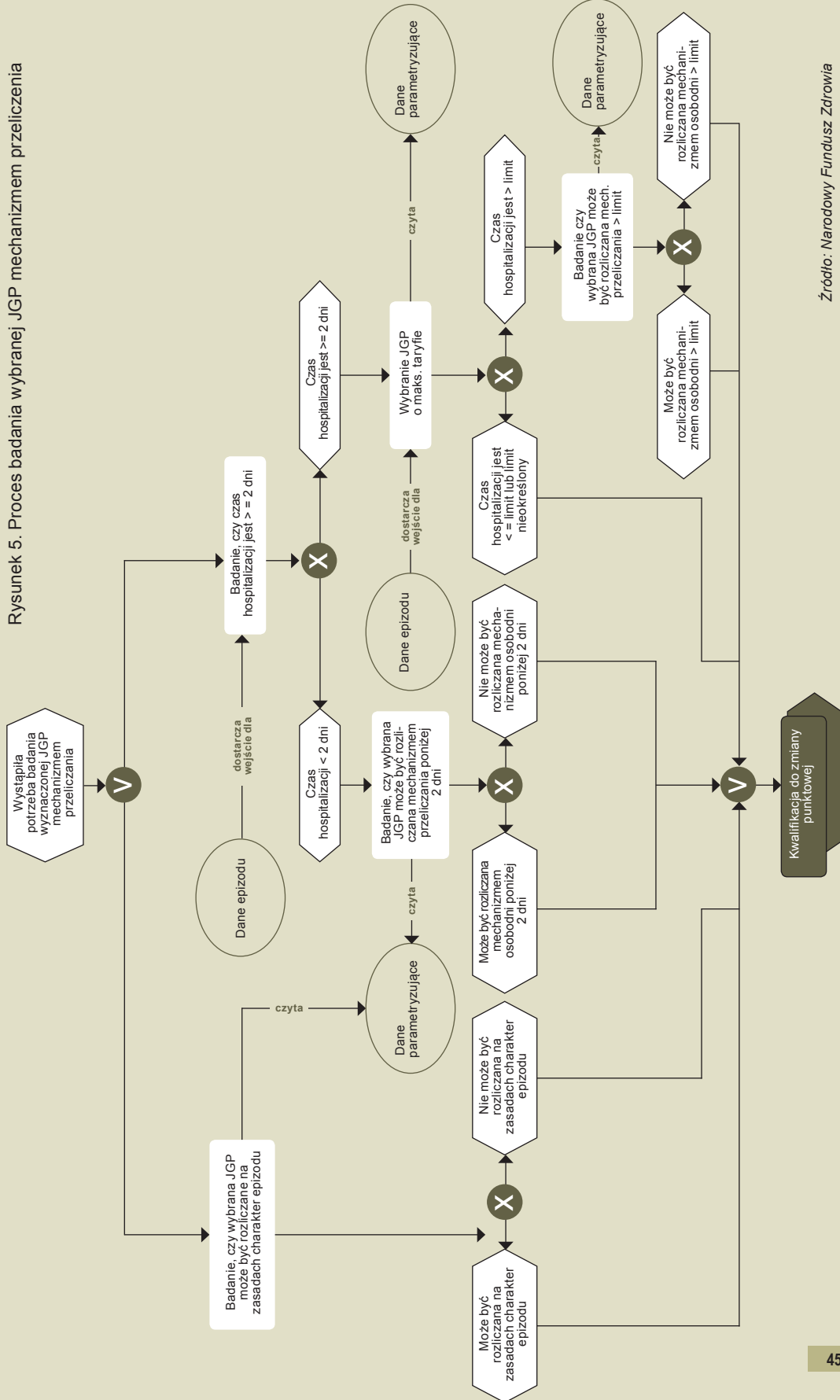
-  Alternatywa wykluczająca [XOR – ALBO] – tylko jedno z działań może być podjęte/tylko jedno zdarzenie może mieć miejsce
-  Koniunkcja [AND – I] – jednocześnie muszą wystąpić wszystkie warunki
-  Alternatywa [OR – LUB] – jedna lub wiele czynności może być wykonanych/zdarzeń wystąpić

Rysunek 4. Proces ustalenia rozliczeniowej grupy systemu JGP



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Rysunek 5. Proces badania wybranej JGP mechanizmem przeliczenia



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Funkcja nr 3

Badanie, czy czas hospitalizacji jest $>$ limit.

Wejście: otrzymuje wejście z „Dane epizodu”.

Funkcja określa, czy czas hospitalizacji (epizodu) jest większy od limitu określonego w kolumnie 4 w arkuszu „Mechanizm osobodni” dla wybranej JGP określonej w kolumnie 1. Jeśli w kolumnie 4 nie określono limitu (wartość NULL) to przyjmujemy, że grupa nie podlega mechanizmowi osobodni.

Funkcja nr 4

Badanie, czy wybrana JGP może być rozliczana mechanizmem osobodni.

Wejście: otrzymuje wejście z „Mechanizm osobodni”.

Funkcja sprawdza na podstawie pliku parametryzującego grupę w formacie Excel w arkuszu „Mechanizm osobodni”, czy dla kodu JGP umieszczonego w kolumnie 1 określona została w kolumnie 6 wartość większa od zera. Odnalezienie wartości większej od zera oznacza, że może być użyty mechanizm osobodni. Ustalona wartość służy do przypisania nowej wartości punktowej procedury przeznaczonej do rozliczenia.

Funkcja nr 5

Badanie, czy wybrana JGP może być rozliczana na zasadach „charakter epizodu”.

Wejście: otrzymuje wejście z „Dane epizodu”.

Funkcja sprawdza na podstawie danych epizodu, czy wartość znacznika „charakter epizodu” jest większa od zera. Jeśli tak, to występuje przypadek rozliczenia na zasadach „charakter epizodu”. ■

DOKUMENT 2. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZASAD KODOWANIA I ROZLICZANIA HOSPITALIZACJI ONKOLOGICZNYCH**

W przypadku hospitalizacji onkologicznych oprócz świadczeń finansowanych poprzez grupy JGP i opisanych w katalogu grup JGP (załącznik nr 1a_SZP), stosowane są również terapie, takie jak chemioterapia, radioterapia czy brachyterapia, które są sklasyfikowane i opisane w odrębnych katalogach.

Prawidłowe rozliczenie hospitalizacji, podczas której zastosowano u pacjenta świadczenia z katalogu grup JGP oraz np. chemioterapię, radioterapię czy inne terapie wspomagające, polega na odpowiednim, zgodnym z zasadami systemu, sumowaniu tych świadczeń.

Podczas kodowania hospitalizacji pacjentów z chorobą nowotworową najważniejsze jest, który stan uznamy za rozpoznanie zasadnicze (stan, który w momencie wypisu ze szpitala został uznany za główny powód hospitalizacji), a który zakodujemy jako rozpoznanie współistniejące (wszystkie stany niebędące głównym powodem hospitalizacji, które występują u pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala oraz te, które powstały w trakcie leczenia i/lub wpływają na proces terapeutyczny i/lub przedłużają czas pobytu pacjenta w szpitalu).

Oto podstawowe zasady kodowania rozpoznań u pacjentów z chorobą nowotworową:

- jeżeli hospitalizacja pacjenta polega na leczeniu nowotworu o złośliwym charakterze, rozpoznaniem zasadniczym powinien być nowotwór złośliwy;
- jeżeli do szpitala przyjmowany jest pacjent z nowotworem pierwotnym z przerzutami, a hospitalizacja polega wyłącznie na leczeniu miejsc przerzutów, rozpoznaniem zasadniczym jest lokalizacja przerzutów nowotworowych, mimo że pierwotny nowotwór złośliwy wciąż jest obecny. W takiej sytuacji pierwotny nowotwór złośliwy jest rozpoznaniem współistniejącym;
- jeżeli główną przyczyną przyjęcia pacjenta do szpitala jest leczenie niedokrwiłości spowodowanej nowotworem złośliwym lub leczeniem nowotworu złośliwego (chemioterapią, radioterapią), rozpoznaniem zasadniczym jest niedokrwiłość (kody D61, D62, D64). Jako rozpoznanie współistniejące należy oznaczyć kod pierwotnego nowotworu złośliwego;
- jeżeli główną przyczyną hospitalizacji pacjenta jest leczenie powikłania będącego rezultatem zabiegu chirurgicznego wykonanego w celu usunięcia nowotworu złośliwego, rozpoznaniem zasadniczym jest powikłanie;
- jeżeli główną przyczyną hospitalizacji jest konieczność określenia stopnia złośliwości nowotworu lub wykonanie zabiegu diagnostycznego, np. nakłucia klatki piersiowej, za rozpoznanie zasadnicze uznamy pierwotną lokalizację komórek nowotworowych lub miejsce przerzutów. Takie rozpoznanie zasadnicze stawiamy nawet wówczas, kiedy u pacjenta stosowana jest jednocześnie chemioterapia i/lub radioterapia;
- jeżeli hospitalizacja pacjenta z rozpoznaną chorobą nowotworową spowodowana jest innym problemem zdrowotnym niż nowotwór, wówczas rozpoznaniem zasadniczym będzie inny problem zdrowotny, rozpoznanie nowotworowe natomiast zakodujemy jako rozpoznanie współistniejące;
- jeżeli fragment leczenia polega na chirurgicznym usunięciu nowotworu pierwotnego lub wtórnego, po którym następuje leczenie chemioterapią lub radioterapią, rozpoznaniem zasadniczym jest kod ICD-10 nowotworu.

Według powyższych zasad powinno odbywać się kodowanie hospitalizacji pacjenta z chorobą nowotworową, która następnie zostanie rozliczona m.in. poprzez grupę JGP. Przypominamy, że hospitalizacja, w ramach której nastąpiło wyłącznie rozpoznanie choroby nowotworowej, powinna być rozliczona jako grupa zachowawcza.

Kodowanie i rozliczanie chemioterapii lub/i radioterapii

Zgodnie z zasadami kodowania jeśli przyjęcie pacjenta do szpitala ma na celu wykonanie chemioterapii ►

lub radioterapii, jako rozpoznanie zasadnicze wskazujemy kody Z51.0 – Seanse radioterapii lub Z51.1 – Cykle chemioterapii nowotworów. Jeżeli pacjent został poddany obu sposobom leczenia, jako rozpoznanie zasadnicze podajemy oba kody w kolejności wykonania terapii. W takich sytuacjach kod ICD-10 odpowiadający rozpoznaniu nowotworowemu pacjenta należy wskazać jako rozpoznanie współistniejące.

Jeśli pacjent został przyjęty do szpitala w celu wykonania chemioterapii i/lub radioterapii i wystąpiły u niego powikłania w postaci nudności, niekontrolowanych wymiotów lub odwodnienia organizmu, nadal rozpoznaniem zasadniczym pozostają kody Z51.0 – Seanse radioterapii i/lub Z51.1 – Cykle chemioterapii nowotworów.

Jeśli pacjent przebywa w szpitalu i jest leczony wyłącznie chemioterapią, możliwe jest rozliczenie następujących świadczeń:

- każdy dzień leczenia pacjenta w szpitalu należy wykazać jako jeden tzw. osobodzień (świadczenie z katalogu świadczeń podstawowych – chemioterapia – załącznik nr 1e DGL). **U w a g a!** Do rozliczenia przedstawiamy wszystkie dni hospitalizacji, również te, podczas których nie była podawana pacjentowi chemioterapia!
- wartość substancji czynnej zastosowanej u pacjenta chemioterapii (katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii – załącznik nr 1f DGL) rozliczamy tylko w te dni, kiedy pacjent otrzymywał chemioterapię!
- świadczenia z katalogu świadczeń wspomagających – chemioterapia (załącznik nr 1j DGL);
- świadczenia wykonane u pacjenta z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c SZP).

Jeśli pacjent przebywa w szpitalu i jest leczony wyłącznie radioterapią, możliwe jest rozliczenie następujących świadczeń:

- każdy dzień leczenia pacjenta w szpitalu należy wykazać jako jeden tzw. osobodzień (świadczenia 5.52.01.0001424 – Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej lub 5.52.01.0001440 – Hospitalizacja do teleradioterapii z katalogu świadczeń odrębnych – załącznik nr 1b SZP);
- świadczenia z katalogu radioterapii (załącznik nr 1d SZP);
- świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c SZP).

Sumowanie świadczeń

Rozliczając świadczenia opisane w różnych katalogach, wykonane podczas jednej hospitalizacji, należy pamiętać, że jeden dzień hospitalizacji rozliczamy zawsze jako jeden osobodzień. W czasie realizacji świadczeń finansowanych grupą JGP nie wolno jednocześnie rozliczać osobodni z katalogu chemioterapii i/lub radioterapii.

Hospitalizację, podczas której zastosowano u pacjenta radioterapię i chemioterapię, można przedstawić do rozliczenia łącznie:

- w dniu zastosowania chemioterapii – świadczenia z katalogu świadczeń podstawowych – chemioterapia (załącznik nr 1e_DGL) oraz wartość substancji w oparciu o katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii (katalog 1f);
- w dniu zastosowania radioterapii – świadczenia 5.52.01.0001424 – Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej lub 5.52.01.0001440 – Hospitalizacja do teleradioterapii z katalogu świadczeń odrębnych (załącznik nr 1b_SZP) oraz świadczenia z katalogu radioterapii (załącznik nr 1d_SZP);
- w dniu zastosowania radiochemioterapii należy wskazać kody Z51.1 – Cykle chemioterapii nowotworów lub Z51.0 – Seanse radioterapii, jako rozpoznanie podstawowe, zachowując w procesie kodowania kolejność przeprowadzonych terapii. Jeżeli pacjent został poddany obu sposobom leczenia w tym samym dniu, do rozliczenia można przedstawić jeden osobodzień albo świadczenie z katalogu świadczeń podstawowych – chemioterapia (załącznik nr 1e_DGL) albo świadczenie 5.52.01.0001424 – Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej lub 5.52.01.0001440 – Hospitalizacja do teleradioterapii z katalogu świadczeń odrębnych (załącznik nr 1b_SZP);

- wartość substancji w oparciu o katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii (katalog 1f);
- świadczenia z katalogu radioterapii (załącznik nr 1d_SZP);
- świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c_SZP);
- świadczenia z katalogu świadczeń wspomagających – chemioterapia (załącznik nr 1j_DGL).

Przykłady rozliczania hospitalizacji, podczas których wykonano świadczenia z zakresu grup JGP, radioterapii i chemioterapii:

1. Choroba nowotworowa zdiagnozowana w trakcie hospitalizacji, podczas której następowo zastosowano leczenie (objawowe lub operacyjne) bez chemioterapii lub radioterapii

Do rozliczenia możemy przedstawić łącznie:

- grupę JGP (zachowawczą lub zabiegową) z katalogu grup (załącznik nr 1a_SZP) oraz, po upływie czasu finansowania grupą, także dodatkowe osobodni ponad ryczałt finansowany grupą;
- świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c_SZP).

2. Choroba nowotworowa zdiagnozowana w trakcie hospitalizacji, podczas której następowo zastosowano leczenie (objawowe lub operacyjne) oraz rozpoczęto chemioterapię lub radioterapię

Do rozliczenia możemy przedstawić łącznie:

- grupę JGP (zachowawczą lub zabiegową) z katalogu grup (załącznik nr 1a_SZP);
- po upływie czasu finansowania grupą kolejne dni hospitalizacji rozliczamy jako osobodni, czyli świadczenia z katalogu świadczeń podstawowych – chemioterapia (załącznik nr 1e_DGL) albo świadczenia 5.52.01.0001424 – Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej lub 5.52.01.0001440 – Hospitalizacja do teleradioterapii z katalogu świadczeń odrębnych (załącznik nr 1b_SZP);
- wartość substancji czynnej w oparciu o katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii (załącznik nr 1f_DGL);
- świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c_SZP);
- świadczenia z katalogu radioterapii (załącznik nr 1d_SZP);
- świadczenia z katalogu świadczeń wspomagających – chemioterapia (załącznik nr 1j_DGL).

3. Leczenie operacyjne w trakcie chemioterapii

Do rozliczenia możemy przedstawić łącznie:

- grupę zabiegową z katalogu grup (załącznik nr 1a_SZP);
- po upływie czasu finansowania grupą kolejne dni hospitalizacji rozliczamy jako osobodni, czyli świadczenia z katalogu świadczeń podstawowych – chemioterapia (załącznik nr 1e_DGL);
- wartość substancji czynnej w oparciu o katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii (załącznik nr 1f_DGL);
- świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c_SZP);
- świadczenia z katalogu świadczeń wspomagających – chemioterapia (załącznik nr 1j_DGL).

4. Leczenie operacyjne w trakcie radioterapii

Do rozliczenia możemy przedstawić łącznie:

- grupę zabiegową JGP z katalogu grup (załącznik nr 1a_SZP);
- po upływie czasu finansowania grupą kolejne dni hospitalizacji rozliczamy jako osobodni ponad ryczałt finansowany grupą z katalogu grup (załącznik nr 1a_SZP) albo osobodni – świadczenia 5.52.01.0001424 – Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej lub 5.52.01.0001440 – Hospitalizacja do teleradioterapii z katalogu świadczeń odrębnych (załącznik nr 1b_SZP);
- świadczenia z katalogu radioterapii (załącznik nr 1d_SZP);
- świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c_SZP). ■

WYKAZ RYSUNKÓW I TABEL

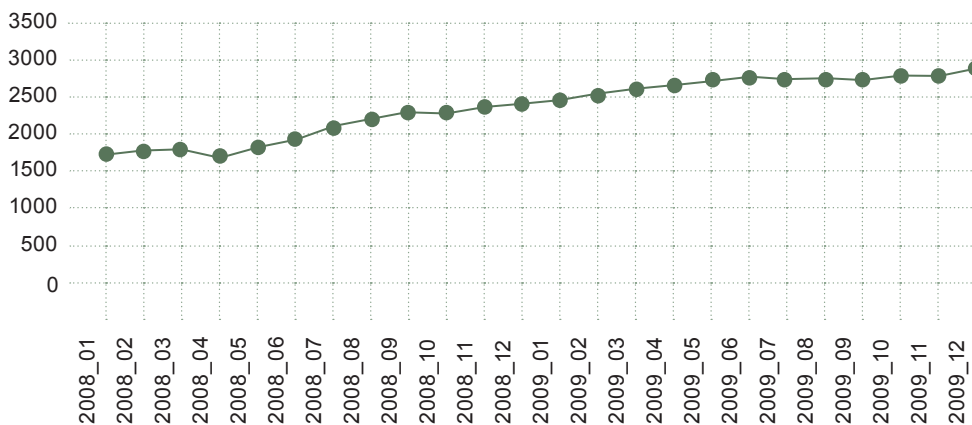
Rysunek 1.1.	Przykład opisu Jednorodnej Grupy Pacjentów.....	51
Rysunek 1.2.	Średnia wartość hospitalizacji (I 2008–XII 2009)	51
Rysunek 1.3.	Zmiana średniej wartości hospitalizacji (VII 2008–XII 2009) w stosunku do I półrocza 2008 r.	52
Rysunek 1.4.	Liczba świadczeniodawców i wartość świadczeń sprawozdawanych i rozliczanych w systemie JGP w odniesieniu do ogólnej liczby i wartości umów.....	52
Rysunek 1.5.	Porównanie udziału wartości świadczeń sprawozdanych i rozliczonych (VII–VIII 2008)	53
Tabela 1.1.	Sekcje systemu Jednorodnych Grup Pacjentów.....	53
Tabela 1.2.	Struktura przykładowej sekcji Jednorodnych Grup Pacjentów.....	54
Tabela 1.3.	Przykład grupy zabiegowej oraz grupy zachowawczej	55
Tabela 1.4.	Warunki kierunkowe	56
Tabela 1.5.	JGP z dodatkowymi wymaganiami	57
Tabela 1.6.	Przykład katalogu JGP oraz statystycznych miar położenia stanowiących kryterium finansowania osobodni ponadlimitowych	58
Tabela 1.7.	JGP podlegające finansowaniu ponad przyjęte zobowiązanie kontraktowe	59
Tabela 1.8.	Przykład wykorzystania danych dotyczących udzielonych świadczeń w tworzeniu i ustalaniu tariff JGP.....	59
Tabela 2.1.	Wykaz czynności wykonywanych na szpitalnym oddziale ratunkowym i w szpitalnej izbie przyjęć.....	60
Tabela 2.2.	Warunki techniczne, organizacyjne i kadrowe na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) oraz na oddziale przyjęć i pomocy doraźnej (izbie przyjęć).....	61
Tabela 2.3.	Charakterystyka pacjenta leczonego na szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć.....	63
Tabela 2.4.	Skala TISS-28.....	64
Tabela 3.1.	Zmiany wynikające z zarządzenia nr 49/2008/DSOZ.....	66
Tabela 3.2.	Zmiany wynikające z zarządzenia nr 67/2008/DSOZ	74
Tabela 3.3.	Zmiany wynikające z zarządzenia nr 94/2008/DSOZ.....	83
Tabela 3.4.	Zmiany wynikające z zarządzenia nr 8/2009/DSOZ.....	91
Tabela 3.5.	Zmiany wynikające z zarządzenia nr 19/2009/DSOZ.....	98
Tabela 3.6.	Zmiany wynikające z zarządzenia nr 28/2009/DSOZ.....	101
Tabela 3.7.	Wykaz zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z systemem JGP.....	105
Tabela 3.8.	Wykaz kolejnych wersji pliku parametryzującego.....	107
Tabela 3.9.	Wykaz kolejnych wersji algorytmu grupera JGP.....	107
Tabela 3.10.	Wykaz kolejnych wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9 PL).....	107

Rysunek 1.1. Przykład opisu Jednorodnej Grupy Pacjentów



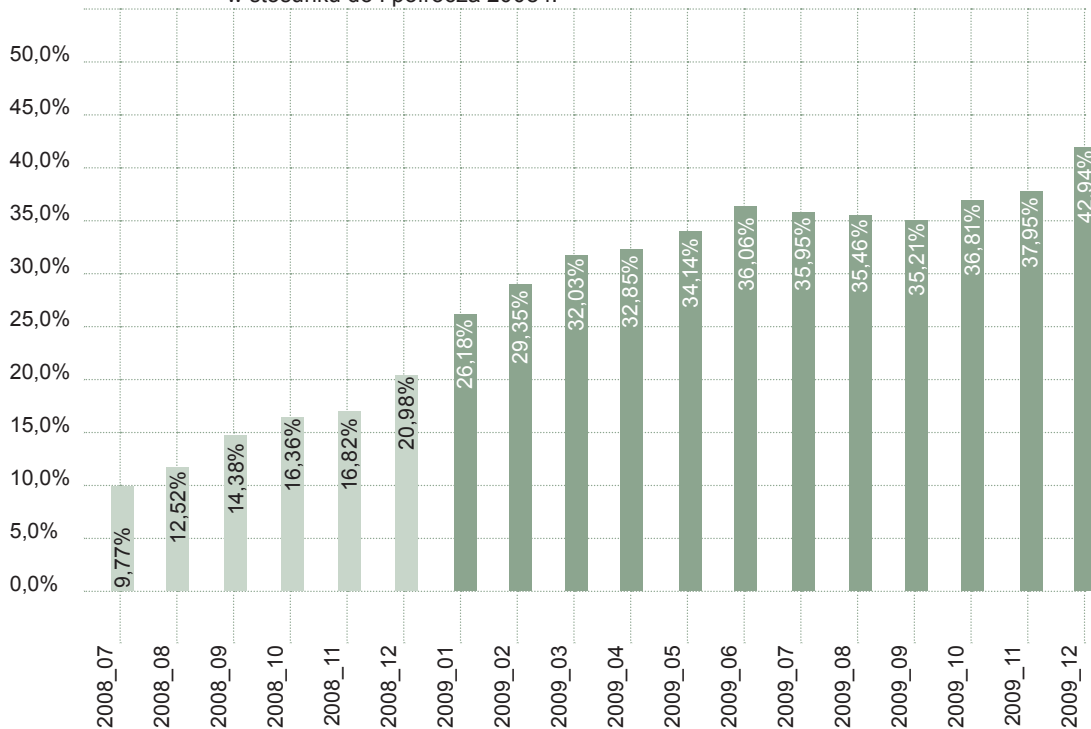
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Rysunek 1.2. Średnia wartość hospitalizacji (z)ł | 2008–XII 2009



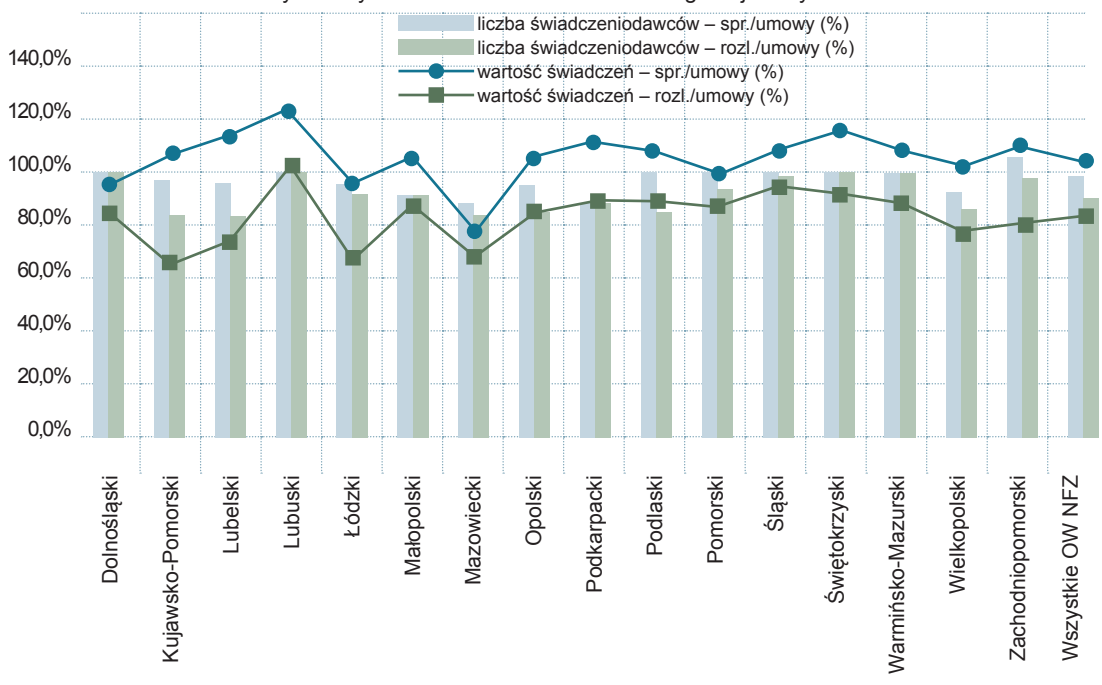
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Rysunek 1.3. Zmiana średniej wartości hospitalizacji (VII 2008–XII 2009) w stosunku do I półrocza 2008 r.



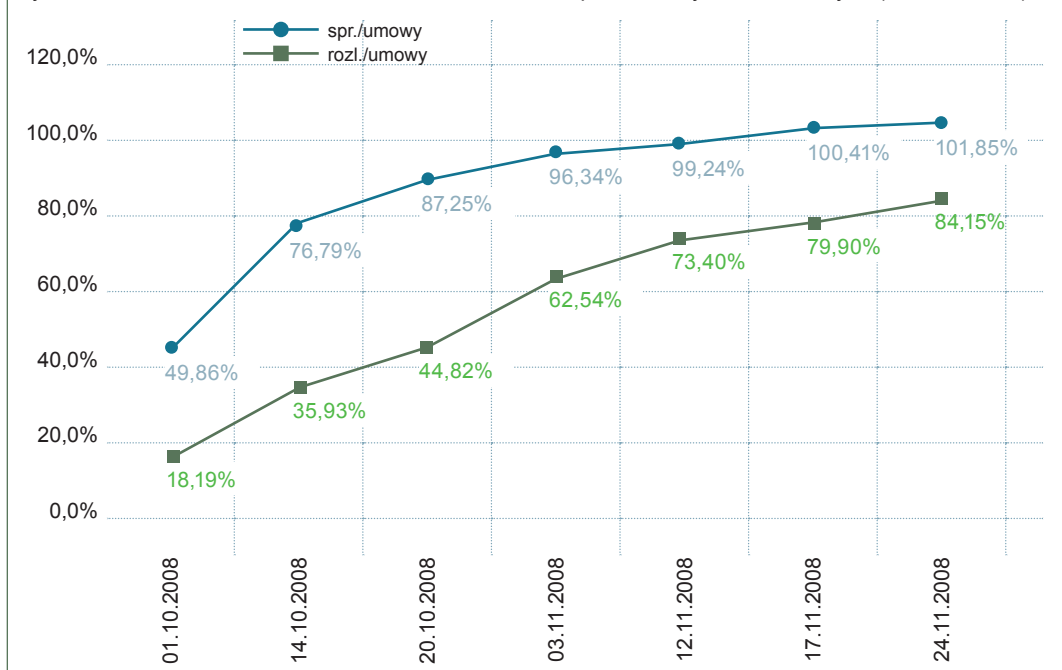
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Rysunek 1.4. Liczba świadczeniodawców i wartość świadczeń sprawozdawanych i rozliczanych w systemie JGP w odniesieniu do ogólnej liczby i wartości umów



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Rysunek 1.5. Porównanie udziału wartości świadczeń sprawozdanych i rozliczonych (VII–VIII 2008)



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 1.1. Sekcje systemu Jednorodnych Grup Pacjentów

OZNACZENIE SEKCJI	NAZWA SEKCJI	GRUPY ZABIEGOWE	GRUPY ZACHOWAWCZE	LICZBA GRUP W SEKCJI OGÓŁEM
A	Choroby układu nerwowego	12	24	36
B	Choroby oczu	28	2	30
C	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu	22	4	26
D	Choroby układu oddechowego	5	23	28
E	Choroby serca	28	28	56
F	Choroby przewodu pokarmowego	27	11	38
G	Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	16	8	24
H	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	36	11	47
J	Choroby piersi, skóry i oparzenia	20	10	30
K	Choroby układu dokrewnego	5	22	27
L	Choroby układu moczowo-płciowego	31	14	45
M	Choroby żeńskiego układu rozrodczego	13	9	22
N	Położnictwo i opieka nad noworodkami	10	11	21
P	Choroby dziecięce		27	27
Q	Choroby naczyń	29	1	30
S	Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	3	21	24
		285	226	511

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 1.2. Struktura przykładowej sekcji Jednorodnych Grup Pacjentów

G - Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony
G01 - Rozległe zabiegi wątroby *
G11 - Kompleksowe zabiegi wątroby *
G12 - Duże zabiegi wątroby *
G13 - Średnie zabiegi wątroby *
G14 - Małe zabiegi wątroby *
G16 - Ostre choroby wątroby
G17 - Przewlekłe choroby wątroby z powikłaniami i chorobami współistniejącymi
G18 - Przewlekłe choroby wątroby bez powikłań i chorób współistniejących
G21 - Kompleksowe zabiegi przewodów żółciowych *
G22 - Duże zabiegi przewodów żółciowych *
G24 - Wycięcie pęcherzyka żółciowego z powikłaniami i chorobami współistniejącymi *
G25 - Wycięcie pęcherzyka żółciowego *
G26 - Choroby dróg żółciowych
G28 - Nowotwory dróg żółciowych
G30 - Przeszczepienie trzustki *
G31 - Kompleksowe zabiegi trzustki *
G32 - Duże zabiegi trzustki *
G33 - Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki z wprowadzeniem protezy samorozprężalnej *
G34 - Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki *
G35 - Zabiegi diagnostyczne dróg żółciowych i trzustki *
G36 - Ostre zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu
G37 - Ostre zapalenie trzustki
G38 - Przewlekłe choroby trzustki
G42 - Zabiegi śledziony *
Listy dodatkowe do sekcji G
Lista dodatkowa G1
Lista dodatkowa G2
Gpw Lista powikłań i chorób współistniejących

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 1.3. Przykład grupy zabiegowej oraz grupy zachowawczej

GRUPA ZABIEGOWA	GRUPA ZACHOWAWCZA
G25 Wycięcie pęcherzyka żółciowego	G26 Choroby dróg żółciowych
a grupa bazowa	a grupa bazowa
PRZYKŁADY PROCEDUR MEDYCZNYCH	PRZYKŁADY ROZPOZNAŃ
ICD-9-CM	ICD-10
51.01 Przeszkorna aspiracja pęcherzyka żółciowego	K80.0 Kamica pęcherzyka żółciowego z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego
51.02 Cholecystostomia trójgrańcem	K80.1 Kamica pęcherzyka żółciowego z innym zapaleniem pęcherzyka żółciowego
51.04 Nacięcie pęcherzyka żółciowego – inne	K80.2 Kamica pęcherzyka żółciowego bez zapalenia pęcherzyka żółciowego
51.13 Otwarta biopsja pęcherzyka/przewodu żółciowego	K80.3 Kamica przewodu żółciowego z zapaleniem (dróg żółciowych)
51.211 Rewizja po cholecystektomii	K80.4 Kamica przewodu żółciowego z zapaleniem pęcherzyka żółciowego
51.219 Częściowa cholecystektomia – inne	K80.5 Kamica przewodu żółciowego bez zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych
51.22 Cholecystektomia	K80.8 Inne kamice żółciowe
51.231 Laparoskopowa cholecystektomia laserowa	K81.0 Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego
51.239 Laparoskopowa cholecystektomia – inne	K81.1 Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego
51.24 Częściowa cholecystektomia laparoskopowo	K81.8 Inne zapalenie pęcherzyka żółciowego
51.41 Choledochoduodenoctomia w celu usunięcia kamieni	K81.9 Zapalenie pęcherzyka żółciowego, nieokreślone
51.42 Eksploracja przewodu żółciowego wspólnego/usunięcie innej blokady przepływu	K82.0 Niedrożność pęcherzyka żółciowego
51.43 Wprowadzenie drenu do przewodu żółciowego wspólnego/wątrobowego celem odbarczenia	K82.1 Wodniak pęcherzyka żółciowego
51.49 Nacięcie dróg żółciowych celem usunięcia przeszkody – inne	K82.2 Przedziurawienie pęcherzyka żółciowego
51.61 Wycięcie pozostałości przewodu pęcherzykowego	K82.3 Przetoka pęcherzyka żółciowego
51.71 Proste szycie przewodu żółciowego wspólnego	K82.4 Zwrodnienie cholesterolowe pęcherzyka żółciowego [cholesterolosis]
51.72 Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	K82.8 Inne określone choroby pęcherzyka żółciowego
51.791 Zamknięcie sztucznego otwarcia dróg żółciowych – inne	K82.9 Choroba pęcherzyka żółciowego, nieokreślona
51.811 Rozszerzanie brodawki Vatera	K83.0 Zapalenie dróg żółciowych
51.819 Rozszerzanie zwieracza Oddiego – inne	K83.1 Niedrożność przewodów żółciowych
51.91 Zaopatrzenie rany pęcherzyka żółciowego	K83.2 Przedziurawienie przewodów żółciowych
51.92 Zamknięcie przetoki pęcherzyka żółciowego	K83.3 Przetoka przewodów żółciowych

51.93 Zamknięcie przetoki żółciowej – inne	K83.4 Kurcz zwieracza Oddiego
	K83.5 Torbiel żółciowa
	K83.8 Inne określone choroby przewodów żółciowych
	K83.9 Choroba przewodów żółciowych, nieokreślona
	K91.5 Zespół po usunięciu pęcherzyka żółciowego
	Q44.0 Niewytworzenie, zanik lub niedorozwój pęcherzyka żółciowego
	Q44.1 Inne wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego
	Q44.2 Zarośnięcie przewodów żółciowych
	Q44.3 Wrodzone zwężenie lub zaciśnięcie przewodów żółciowych
	Q44.4 Torbiel przewodu żółciowego wspólnego
	Q44.5 Inne wrodzone wady rozwojowe przewodów żółciowych

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 1.4. Warunki kierunkowe

WARUNEK KIERUNKOWY	OPIS
a	grupa bazowa zdefiniowana rozpoznaniem albo procedurą; nie zawiera dodatkowych warunków
b	grupa zdefiniowana procedurą o randze = 2; ograniczenie czasu hospitalizacji < 2 dni; może mieć dodatkowy warunek (wiek)
c	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz dwoma rozpoznaniem: zasadniczym i współistniejącym
d	grupa zdefiniowana rozpoznaniem i dwiema procedurami, z jednej listy, może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
e	grupa zdefiniowana procedurą i rozpoznaniem zasadniczym albo rozpoznaniem zasadniczym i procedurą; może mieć dodatkowe warunki (czas hospitalizacji, wiek)
f	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i drugą procedurą (dodatkową) z innej listy
g	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i drugą procedurą (dodatkową) oraz rozpoznaniem zasadniczym; może mieć dodatkowe warunki (czas hospitalizacji, wiek)
h	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i drugą procedurą (dodatkową) alternatywnie z jednej z dwóch list dodatkowych
i	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i dwiema procedurami (dodatkowymi) z różnych list dodatkowych
j	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i dwiema procedurami dodatkowymi oraz rozpoznaniem zasadniczym; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
k	grupa zdefiniowana procedurą podstawową oraz dwoma rozpoznaniem (zasadniczym i współistniejącym) odpowiednio z odrębnych list dodatkowych; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
l	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz rozpoznaniem zasadniczym z listy dodatkowej i dwoma różnymi rozpoznaniem współistniejącymi z innej listy dodatkowej
m	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i dwiema procedurami dodatkowymi z różnych list oraz rozpoznaniem (zasadniczym i współistniejącym) z różnych list; dodatkowy warunek czasu hospitalizacji
n	grupa zdefiniowana procedurą podstawową, rozpoznaniem zasadniczym oraz rozpoznaniem współistniejącym z listy dodatkowej
o	grupa zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym i rozpoznaniem współistniejącym z różnych list oraz dwiema procedurami z jednej listy; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
p	grupa bazowa; zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym; dodatkowy warunek wieku (< 18 r.ż.)

q	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i rozpoznaniem zasadniczym alternatywnie z jednej z dwóch list; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
r	warunek występuje w grupie zdefiniowanej 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 (drugie rozpoznanie współlistniejące)
s	grupa zdefiniowana dwiema procedurami oraz rozpoznaniem współlistniejącym
t	grupa zdefiniowana trzema procedurami oraz rozpoznaniem współlistniejącym
u	grupa zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym i rozpoznaniem współlistniejącym z listy dodatkowej; może mieć dodatkowy warunek (wiek)
v	grupa zdefiniowana procedurą podstawową oraz rozpoznaniem współlistniejącym z listy dodatkowej; może mieć dodatkowy warunek (czas hospitalizacji)
w	grupa zdefiniowana procedurą podstawową i alternatywnie albo rozpoznaniem zasadniczym, albo procedurą dodatkową
x	grupa zdefiniowana rozpoznaniem zasadniczym i rozpoznaniem współlistniejącym z listy dodatkowej oraz procedurą z listy dodatkowej; dodatkowe warunki (czas hospitalizacji, wiek)
y	grupa bazowa zdefiniowana rozpoznaniem albo procedurą; zawiera dodatkowe warunki (wiek, czas hospitalizacji)
z	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)

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 1.5. JGP z dodatkowymi wymaganiami

A03 - Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu *	L95 - Przeszczepienie nerki - kategoria I < 18 r.ż.*
A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	L96 - Przeszczepienie nerki - kategoria II < 18 r.ż.*
A51 - Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym	L97 - Przeszczepienie nerki i trzustki*
B01 - Leczenie wysiękowej postaci AMD werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej	N02 - Poród mnogi lub przedwczesny *
B04 - Przeszczep rogówki - kategoria I*	N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni *
B05 - Przeszczep rogówki - kategoria II*	N06 - Patologia ciąży i połogu - diagnostyka, leczenie > 11 dni
B06 - Przeszczep rogówki - kategoria III*	N07 - Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe
B11 - Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze *	N08 - Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie
B12 - Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*	N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni*
B13 - Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*	N11 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw*
B14 - Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*	N21 - Ciężka patologia noworodka > 30 dni
B15 - Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*	N22 - Noworodek wymagający intensywnej terapii
B72 - Duże zabiegi w jaskrze i na naczyniówce *	N23 - Noworodek wymagający intensywnej opieki

B73 - Średnie zabiegi w jaskrze i na naczyniówce *	N26 - Noworodek wymagający intensywnej terapii z zabiegiem chirurgicznym *
B74 - Małe zabiegi w jaskrze i na naczyniówce *	N31 - Kompleksowe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
C05 - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych *	N32 - Duże zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
C06 - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu *	N33 - Średnie zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
C07 - Wymiana procesora mowy	N34 - Małe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
E11 - OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni *	Q01 - Endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty *
E12 - OZW - leczenie inwazyjne złożone *	Q31 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu *
E13 - OZW - leczenie inwazyjne > 3 dni *	Q32 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskularny zabieg naprawczy *
E14 - OZW - leczenie inwazyjne < 4 dni *	Q33 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy *
E21 - Przeszkórne zamknięcie nieprawidłowych połączeń wewnątrzsercowych i zewnątrzsercowych > 17 r.ż.*	Q41 - Zabiegi endowaskularne - 1. grupa *
E22 - Przeszkórne walwuloplastyki > 17 r.ż.*	Q42 - Zabiegi endowaskularne - 2. grupa *
E23 - Angioplastyka wieńcowa z implantacją DES *	Q43 - Zabiegi endowaskularne - 3. grupa *
E24 - Angioplastyka z implantacją nie mniej niż dwóch stentów lub wielonaczyniowa *	Q44 - Zabiegi endowaskularne - 4. grupa *
E25 - Angioplastyka z zastosowaniem jednego stentu i inne zabiegi *	Q45 - Zabiegi endowaskularne - 5. grupa *
E26 - Angioplastyka wieńcowa balonowa *	Q46 - Zabiegi endowaskularne - 6. grupa *
E27 - Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne *	Q47 - Zabiegi endowaskularne - 7. grupa *
G30 - Przeszczepienie trzustki*	S21 - Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych*
L91 - Implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (AUS) *	S22 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA*
L93 - Przeszczepienie nerki - kategoria I*	S23 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego*
L94 - Przeszczepienie nerki - kategoria II*	S42 - Zatrucie średnie

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 1.6. Przykład katalogu JGP oraz statystycznych miar położenia stanowiących kryterium finansowania osobodni ponadlimitowych w czasie tworzenia pierwszej wersji systemu

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	6103	127		17		6	6	7,90	17
J02	Radykalne odjęcie piersi	3897	81		18		6	7	8,26	18
J03	Proste odjęcie piersi	2291	48					3	4,33	10
J04	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi	2931	61		14	12	6	5	7,43	14
J05	Średnia chirurgia piersi	1053	22	18				3	4,05	10

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 1.7. JGP podlegające finansowaniu ponad przyjęte zobowiązanie kontraktowe

E11 - Ostry zespół wieńcowy - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni*
E12 - Ostry zespół wieńcowy - leczenie inwazyjne złożone*
E13 - Ostry zespół wieńcowy - leczenie inwazyjne > 3 dni*
E14 - Ostry zespół wieńcowy - leczenie inwazyjne < 4 dni*
N01 - Poród
N02 - Poród mnogi lub przedwczesny
N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni
N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni
N11 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw
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
B04 - Przeszczep rogówki - kategoria I *
B05 - Przeszczep rogówki - kategoria II *
B06 - Przeszczep rogówki - kategoria III *
G30 - Przeszczepienie trzustki *
L93 - Przeszczepienie nerki - kategoria I *
L94 - Przeszczepienie nerki - kategoria II *
L95 - Przeszczepienie nerki - kategoria I < 18 r.ż. *
L96 - Przeszczepienie nerki - kategoria II < 18 r.ż. *
L97 - Przeszczepienie nerki i trzustki *
S21 - Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych *
S22 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA *
S23 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego *

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 1.8. Przykład wykorzystania danych dotyczących udzielonych świadczeń w tworzeniu i ustalaniu taryf JGP w czasie tworzenia pierwszej wersji systemu

		LICZBA	WARTOŚĆ (ZŁ)	ŚREDNIA WAŻONA
E58	Nadciśnienie tętnicze	79 064	100 913 931	1 276
	E24 Hypertension > 69 or w cc			
	E24 Hypertension < 70 w/o cc			
5.06.00.0000958	nadciśnienie tętnicze - diagnostyka/rozpoznanie u pacjenta ze stwierdzonym po raz pierwszy nadciśnieniem (badania 24-godzinnej rejestracji ciśnienia, TK, USG Doppler, NMR, echo serca, bad. hormonalne - min. 3 badania)	10 304	8 412 417	816
5.06.00.0000963	nadciśnienie tętnicze wtórne - leczenie okresu niewyrównania (diagnostyka - echo serca, TK spiralna tt nerkowych/USG Doppler tt nerkowych)	1 581	3 795 018	2 400
5.06.00.0000964	nadciśnienie tętnicze wtórne - leczenie okresu niewyrównania (diagnostyka podstawowa)	27 830	28 228 140	1 014
5.06.00.0000965	przełom nadciśnieniowy - znaczny wzrost ciśnienia tętniczego krwi z towarzyszącymi ostrymi bądź szybko narastającymi powikłaniami narządowymi, który ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia wymaga natychmiastowego obniżenia ciśnienia tętniczego oraz diagnostyki w warunkach szpitalnych	38 652	58 818 428	1 522
5.06.00.0001331	oporne nadciśnienie tętnicze - diagnostyka z badaniami w kierunku wtórnych postaci nadciśnienia (badania biochemiczne, Doppler, TK spiralna/angio NMR - wszystkie badania)	697	1 659 928	2 382

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 2.1. Wykaz czynności wykonywanych na szpitalnym oddziale ratunkowym i w szpitalnej izbie przyjęć

LP.	KOD CZYNNOŚCI	NAZWA CZYNNOŚCI	WAGA CZYNNOŚCI
1	5.09.00.0000201	porada lekarska/badanie lekarskie	1
2	5.09.00.0000202	konsultacja/konsultacje specjalistyczne	1
3	5.09.00.0000203	podstawowa diagnostyka (morfologia krwi, badanie ogólne moczu, elektrolity krwi, cukier w surowicy, EKG)	1
4	5.09.00.0000204	rozszerzona diagnostyka laboratoryjna	2
5	5.09.00.0000205	diagnostyka obrazowa, badanie radiologiczne/USG	2
6	5.09.00.0000206	diagnostyka obrazowa, badanie TK/NMR	5
7	5.09.00.0000208	zakładanie linii infuzji dożylny - żyły powierzchowne, żyła pępowinowa	1
8	5.09.00.0000209	zakładanie linii infuzji dożylny - wenesekcja, prowadzenie resuscytacji płynowej	4
9	5.09.00.0000210	zakładanie centralnych dostępow żylnych, prowadzenie resuscytacji płynowej	5
10	5.09.00.0000211	punkcja i cewnikowanie tętnicy	4
11	5.09.00.0000212	opracowanie wstępne ran, oparzeń i drobnych urazów; profilaktyka i leczenie	2
12	5.09.00.0000213	unieruchomienie kręgosłupa, złamania kończyny	2
13	5.09.00.0000214	repozycja zwinięcia stawu/stawów	3
14	5.09.00.0000215	usunięcie ciała obcego	3
15	5.09.00.0000216	usunięcie ciała obcego endoskopowe	5
16	5.09.00.0000217	znieczulenie miejscowe (powierzchniowe, nasiękowe), przewodowe	1
17	5.09.00.0000218	znieczulenie ogólne, dożylny, podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe	4
18	5.09.00.0000219	odwiedzenie przepukliny, wypadniętego odbytu, odbarczenia fimozy i parafimozy	2
19	5.09.00.0000220	tamponada jamy nosowej, korekcja złamania przegrody nosowej	4
20	5.09.00.0000221	tamponada krwawienia z żyłaków przełyku	5
21	5.09.00.0000222	zapewnienie i utrzymanie drożności dróg oddechowych (intubacja dotchawicza, tracheotomia, konikotomia)	2
22	5.09.00.0000223	wspomaganie i kontrola oddechu sztucznego metodami ręcznymi i z zastosowaniem respiratorów	3
23	5.09.00.0000224	prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej	4
24	5.09.00.0000225	prowadzenie resuscytacji okourowazowej	5
25	5.09.00.0000226	wykonywanie podstawowego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów	2
26	5.09.00.0000227	wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów	3
27	5.09.00.0000228	podtrzymanie funkcji życiowych chorego z urazem	4
28	5.09.00.0000229	elektroterapia serca	3
29	5.09.00.0000230	farmakoterapia w stanach nagłych zagrożeń	2
30	5.09.00.0000231	leczenie wstępne ostrych zatruc	3
31	5.09.00.0000232	leczenie bólu, analgo-sedacja	2
32	5.09.00.0000233	monitorowanie nieinwazyjne układu krążenia	1
33	5.09.00.0000234	monitorowanie inwazyjne układu krążenia	4
34	5.09.00.0000235	cewnikowanie pęcherza moczowego	1
35	5.09.00.0000236	punkcja odbarczająca osierdzia/jamy opłucnowej; drenaż jamy opłucnowej	3
36	5.09.00.0000237	ostre zagrożenia położniczo-ginekologiczne	4
37	5.09.00.0000238	ostre zagrożenia nefrologiczne	4
38	5.09.00.0000239	realizacja transportu	3

Tabela 2.2. Warunki techniczne, organizacyjne i kadrowe na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) oraz na oddziale przyjęć i pomocy doraźnej (izbie przyjęć)

WARUNKI TECHNICZNE, ORGANIZACYJNE I KADROWE NA SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM (SOR)		WAGA 100
warunki techniczne		15
1	lokalizacja na poziomie wejścia dla pieszych i wjazdu specjalistycznych środków transportu z osobnym wejściem dla pieszych	1
2	wejście i wjazd do oddziału zadane, wjazd zamykany i otwierany automatycznie	5
3	wjazd powinien zapewniać bezkolizyjny podjazd co najmniej dwóch specjalistycznych środków transportu sanitarnego jednocześnie	1
4	wejście i dojazd do oddziału zorganizowane niezależnie od innych wejść i dojazdów do szpitala	1
5	wejście i dojazd do oddziału przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych	1
6	lokalizacja oddziału zapewnia łatwą komunikację z OAiIT, zespołem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej	1
7	ładowisko dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowane w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego	5
warunki organizacyjne		40
1	w szpitalu jednocześnie: oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddział chorób wewnętrznych, OAiIT, pracownia diagnostyki obrazowej, medyczne laboratorium diagnostyczne umożliwiające całodobowe prowadzenie badań diagnostycznych	8
2	możliwość wykonywania badań diagnostycznych, w tym w szczególności diagnostyki obrazowej przy łóżku pacjenta	1
3	obszar segregacji medycznej wyposażony w: (dla uzyskania punktów konieczne spełnienie wszystkich elementów składowych)	2
	a) środki łączności zapewniające łączność pomiędzy centrum powiadamiania ratunkowego, zespołami ratownictwa medycznego a oddziałem oraz kompleksową łączność wewnątrzszpitalną	
	b) system bezprzewodowego przywoływania osób	
	c) stanowisko dekontaminacji zlokalizowane w obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć	
4	d) co najmniej dwa stanowiska resuscytacyjne	10
	obszar resuscytacyjno-zabiegowy z wyposażeniem w: (dla uzyskania punktów konieczne spełnienie wszystkich elementów składowych)	
	a) stół zabiegowy z lampą operacyjną	
	b) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania, mobilny	
	c) zestaw do monitorowania czynności życiowych, w tym co najmniej: rytmu serca, ciśnienia tętniczego i żylnego, wysycenia tlenowego hemoglobiny, końcowo wydechowego stężenia dwutlenku węgla, temperatury powierzchniowej i głębokiej ciała na każde stanowisko	
	d) defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca na każde stanowisko	
	e) pompę infuzyjną na każde stanowisko	
	f) aparat do szybkiego przetaczania płynów na każde stanowisko	
	g) strzykawki automatyczne	
	h) elektryczne urządzenie do ssania na każde stanowisko	
	i) centralne źródło tlenu, powietrza i próżni w liczbie nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru	
	j) aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta na każde stanowisko	
	k) analizator parametrów krytycznych	
	l) przewoźny ultrasonograf	
	m) całodobowy dostęp do bronchoskopu, laryngofiberoskopu, gastrofiberoskopu i rektoskopu	
	n) zestaw do trudnej intubacji	
	o) respirator transportowy	
p) respirator stacjonarny		
r) aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych		

5	obszar wstępnej intensywnej terapii z co najmniej dwoma stanowiskami intensywnej terapii	5
	sala zabiegowa w obszarze terapii natychmiastowej z wyposażeniem w: (dla uzyskania punktów konieczne spełnienie wszystkich elementów składowych)	2
6	a) stół zabiegowy z lampą operacyjną	
	b) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym	
	c) źródło tlenu, powietrza i próżni w liczbie nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru	
	d) nie mniej niż osiem gniazd poboru energii elektrycznej	
	e) zestaw niezbędnych narzędzi chirurgicznych na każde stanowisko	
7	sala opatrunków gipsowych	1
8	obszar obserwacji z czterema stanowiskami, wyposażonymi w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające: (dla uzyskania punktów konieczne spełnienie wszystkich elementów składowych)	5
	a) monitorowanie rytmu serca i oddechu	
	b) nieinwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi	
	c) monitorowanie wysycenia tlenowego hemoglobiny	
	d) monitorowanie temperatury powierzchniowej i głębokiej	
	e) stosowanie biernej tlenoterapii	
	f) prowadzenie infuzji dożylnych	
	g) przenośny zestaw resuscytacyjny z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym	
	h) defibrylator półautomatyczny	
	i) Źródło tlenu, powietrza i próżni z gniazdami poboru przy każdym stanowisku	
j) elektryczne urządzenie do odsysania		
9	obszar konsultacyjny z gabinetami lub boksami badań lekarskich	2
10	całodobowy dostęp do komputerowego badania tomograficznego	4
warunki kadrowe		45
1	ordynator oddziału w pełnym zatrudnieniu	5
2	pielęgniarka oddziałowa w pełnym zatrudnieniu	5
3	co najmniej jeden lekarz systemu przebywający stale w oddziale	20
4	co najmniej jedna pielęgniarka lub ratownik medyczny przebywający stale w oddziale	10
5	zapewnienie konsultacji specjalistycznych w miejscu	5
WARUNKI TECHNICZE, ORGANIZACYJNE I KADROWE NA ODDZIALE PRZYJĘĆ I POMOCY DORAŻNEJ (IZBIE PRZYJĘĆ)		waga
		100
warunki techniczno-organizacyjne		55
1	bezpośrednie zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu	5
2	w skład oddziału przyjęć powinny wchodzić:	
	a) punkt rejestracji	4
	b) poczekalnia dla pacjentów zlokalizowana przed gabinetami, w których przeprowadzane są badania lub zabiegi	2
	c) pomieszczenie/a zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala/do udzielania doraźnej pomocy ambulatoryjnej (2 pkt za każdy gabinet lekarski maks. 6 pkt)	maks. 6
	d) pomieszczenie zapewniające wykonywanie doraźnych zabiegów	8
	e) co najmniej jedna łazienka wyposażona w wózek - wannę dostępna dla osób niepełnosprawnych	3
	f) co najmniej jeden usęp dla pacjentów przystosowany dla niepełnosprawnych	2
	g) pomieszczenie gospodarczo-magazynowe przeznaczone do przechowywania czystej, brudnej bielizny, sprzętu medycznego i czasowego depozytu	2
	h) osobny oddział przyjęć dla oddziału położnictwa lub osobne pomieszczenie przyjęć dla kobiet ciężarnych, w przypadku gdy nie organizuje się osobnego oddziału przyjęć dla oddziału położnictwa (dla uzyskania punktów konieczne spełnienie co najmniej jednej opcji zapewnienia przyjęć dla kobiet ciężarnych)	3

2	i) oddzielne pomieszczenie zapewniające możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta z chorobą zakaźną lub podejrzanego o zachorowanie na chorobę zakaźną lub co najmniej 3 gabinety lekarskie w oddziale dla zapewnienia izolacji w gabinecie, w którym przeprowadzono badanie pacjenta (dla uzyskania punktów konieczne spełnienie co najmniej jednej opcji zapewnienia izolacji)	4
	j) co najmniej jedno pomieszczenie oraz łazienka wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka lub szpital wyłącznie dla pacjentów dorosłych	3
3	całodobowe zapewnienie realizacji badań - w lokalizacji (dla uzyskania punktów konieczne spełnienie wszystkich elementów składowych):	6
	a) laboratoryjnych	
	b) rentgenowskich	
	c) elektrokardiograficznych	
4	d) ultrasonograficznych	
	całodobowy dostęp do badań (dla uzyskania punktów konieczne spełnienie wszystkich elementów składowych):	7
	a) rezonansu magnetycznego	
	b) tomografii komputerowej	
warunki kadrowe		45
1	wyodrębniona całodobowa opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami) - równoważnik co najmniej jednego etatu na każdą zmianę roboczą we wszystkie dni tygodnia - w miejscu	20
2	wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami) - równoważnik co najmniej jednego etatu na każdą zmianę roboczą we wszystkie dni tygodnia - w miejscu	8
3	zabezpieczenie świadczeń całodobowo w zakresach kontraktowanych w trybie hospitalizacji	12
4	zapewnienie konsultacji specjalistycznych innych niż kontraktowane w trybie hospitalizacji - w miejscu	5

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 2.3. Charakterystyka pacjenta leczonego na szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć

KATEGORIA	CZYNNOŚCI W SOR/ IP	WAGA KATEGORII
I	podstawowa diagnostyka, porada lekarska	1
II	konsultacja, rozszerzona diagnostyka	3
III	obserwacja i zaopatrzenie w SOR/IP, rozszerzona diagnostyka	5
IV	zagrożenie życia, resuscytacja, rozszerzona diagnostyka	8
V	uzyskanie > 9 pkt lub leczenie w SOR co najmniej jedną dobę	10

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 2.4. Skala TISS-28

1. CZYNNOSCI PODSTAWOWE
a) monitorowanie - 5 pkt Pomiar i rejestracja podstawowych parametrów życiowych co 1 h oraz obliczanie bilansu płynowego co najmniej 3 x dziennie.
b) laboratorium - 1 pkt Pobieranie próbek krwi do badań laboratoryjnych biochemicznych lub mikrobiologicznych.
c) pojedynczy lek - 2 pkt Podanie 1 leku każdą drogą (wlew elektrolitu bez dodatku leków nie wlicza się do punktacji).
d) wiele leków - 3 pkt Podanie więcej niż 1 leku (punktacja 1d wyklucza 1c). Zaliczenie tego punktu nie wyklucza uzyskania dalszych punktów: leki wazoaktywne, wymuszona diureza.
e) opatrunki – standard - 1 pkt Codzienna zmiana opatrunków (cewniki naczyniowe) oraz profilaktyka i leczenie odleżyn.
f) częsta zmiana opatrunków - 1 pkt Konieczna zmiana opatrunków co najmniej 3 x na zmianę pielęgnarską. Nie liczy się leczenia i profilaktyki odleżyn oraz zmiany opatrunków przy cewnikach naczyniowych i drenażach.
g) pielęgnacja drenaży - 3 pkt Dotyczy pielęgnacji drenów, które wprowadzone zostały przez nienaturalne otwory w ludzkim ciele: drenaże ran operacyjnych, jamy opłucnowej, przeziębiona stomia (PEG), cewnik nadłonowy itp. Do punktacji nie wlicza się sondy żołądkowej i cewnika moczowego.
h) leczenie w inkubatorze - 5 pkt (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
i) fototerapia - 3 pkt (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
2. ODDYCHANIE
a) wentylacja mechaniczna - 5 pkt Wszystkie formy wentylacji mechanicznej (w tym także CPAP).
b) podtrzymywanie oddychania - 2 pkt Oddychanie przez sztuczne drogi oddechowe, leczenie tlenem, ale bez wspomaganie mechanicznego (punktacja 2b wyklucza punktację 2a).
c) sztuczne drogi oddechowe - 1 pkt Zabiegi pielęgnacyjne przy sztucznych drogach oddechowych (rurka dotchawicza, tracheostomia).
d) fizjoterapia oddechowa - 1 pkt Fizjoterapia, inhalacje, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych.
e) leczenie surfaktantem - 5 pkt (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
f) leczenie tlenkiem azotu - 8 pkt (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
3. KRAŻENIE
a) pojedynczy lek wazoaktywny - 3 pkt Zalicza się: wazopresory (adrenalina, noradrenalina, dopamina), inodilatory (amrinon, dobutamina), wazodilatory (nitrogliceryna, urapidy). Do grupy tej nie zalicza się leków podawanych doustnie, przez sondę oraz podskórnice.
b) wiele leków wazoaktywnych - 4 pkt (punktacja 3b wyklucza punktację 3a)
c) masywna utrata płynów - 4 pkt Podaż płynów większa od 3l/m ² pow. ciała/dobę (tj. ok. 5-6 litrów na dobę u dorosłego pacjenta ważącego ok. 70 kg) niezależnie od rodzaju. Do punktacji nie wlicza się podaży płynów przy hemofiltracji i hemodializie.
d) cewnik tętniczy - 5 pkt Obwodowy cewnik tętniczy wprowadzony dla pomiaru ciśnienia tętniczego oraz pobierania próbek krwi (tętnica promieniowa, udowa). Nie dotyczy inwazyjnego monitorowania i oceny układu krążenia. Punktację liczy się od dnia założenia do dnia usunięcia cewnika.
e) cewnik w tętnicy płucnej - 8 pkt Inwazyjne monitorowanie i oceny układu krążenia z użyciem cewnika Swana-Ganza z pomiarem rzutu serca lub bez, monitorowanie hemodynamiczne za pomocą metod małoinwazyjnych: PiCCO, FloTrac/Vigileo, Vigilance, LiDCO. Założenie cewnika Swana-Ganza liczy się także jako interwencja terapeutyczna (punktacja 6a lub 6b).

f) cewnik w żyłę centralnej - 2 pkt
Niezależnie od miejsca założenia. Koniec cewnika musi leżeć w obrębie klatki piersiowej (RTG).
Punktację liczy się od dnia założenia do dnia usunięcia cewnika. Nie dotyczy inwazyjnego monitorowania i oceny układu krążenia.

g) resuscytacja - 3 pkt
Czynności resuscytacyjne po NZK w ciągu ostatnich 24 h, ale już po przyjęciu do oddziału.
Do punktacji wlicza się także pojedynczą defibrylację.
Do punktacji nie wlicza się uderzenia w klatkę piersiową.

4. NERKI

a) hemofiltracja, dializa - 3 pkt
Także zabiegi terapeutyczne frakcjonowania składników krwi, dializy otrzewnowe, techniki ciągłe.

b) pomiar diurezy – 2 pkt
Ilościowy pomiar oddanego moczu z wykorzystaniem cewnika lub bez (pomiar min. co 8 h).

c) diureza wymuszana - 3 pkt
Wymuszanie farmakologiczne (furosemid > 0,5 mg/kg/d, kwas etakrynowy, mannitol) w postaci pojedynczych dawek lub w ciągłym wlewie. Dopaminy tutaj się nie zalicza (liczy się jako podaż pojedynczego leku).

5. METABOLIZM

a) kwasica/zasadowica - 4 pkt
Konieczność leczenia znacznej tkankowej kwasicy lub zasadowicy poprzez alkalizację (podaż roztworu wodorowęglanu sodu, TRIS lub zakwaszanie).
Musi istnieć udokumentowane potwierdzenie patologii, np. pH krwi < 7,33 lub > 7,49 i odpowiednie odchylenia wartości BE.
Do punktacji nie wlicza się kompensacji oddechowej oraz leczenia choroby podstawowej.

b) żywienie pozajelitowe - 3 pkt
Podaż drogą cewnika założonego do żyły centralnej substancji energetycznych oraz aminokwasów.
Do punktacji nie wlicza się podaży samej glukozy lub roztworów o niskiej osmolarności drogą żył obwodowych.

c) żywienie enteralne (sonda) - 2 pkt
Żywienie przez sondę, niezależnie od drogi jej wprowadzenia: przez usta, nos, PEG, stomia; w objętości co najmniej 500 ml/d. (ilość nie dotyczy skali TISS-28 dla dzieci).

6. INNE INTERWENCJE

a) pojedyncza interwencja w OAiT - 3 pkt
Wykonana wyłącznie w OAiT: intubacja dotchawicza, tracheotomia, kardiowersja, stymulacja elektryczna serca, endoskopia, płukanie żołądka, założenie sondy Sengstakena, cewnika Swana-Ganza, balonu wewnątrzaoortalnego, bronchoskopia.
Nie wlicza się rutynowych pomiarów parametrów i zabiegów diagnostycznych: RTG, EKG, USG, zmiany opatrunków, cewnikowania żył, cewnikowania tętnic, punkcji lędźwiowej, punkcji i drenażu jamy opłucnowej, otrzewnej, osierdzia.

b) liczne interwencje w OAiT - 5 pkt
Kilka z wymienionych powyżej interwencji wykonanych w OAiT.
(punktacja 6b wyklucza punktację 6a)

c) czynności poza OAiT - 5 pkt
Każdy zabieg diagnostyczny lub terapeutyczny wymagający transportu z OAiT i z powrotem, np. zabieg operacyjny, tomografia komputerowa.
Nie wlicza się interwencji wykonanych przed przyjęciem do OAiT lub podczas przekazania chorego do innego oddziału.

7. OUN

a) pomiar ICP - 4 pkt
Pomiar nad- lub podtwardówkowo, śródmięszowo lub śródkomorowo.

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 3.1. Zmiany wynikające z zarządzenia nr 49/2008/DSOZ

LP.	DOKUMENT	TREŚĆ ZMIAN
1	treść zarządzenia	w § 18: a) w ust. 1: - pkt 3 otrzymuje brzmienie: „3) Neurologia A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym;”, - w pkt 8 lit. c otrzymuje brzmienie: „c) N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni;”, b) w ust. 3 w pkt 2 lit. c otrzymuje brzmienie: „c) N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni;”;
2	treść zarządzenia	w § 19 ust. 6 otrzymuje brzmienie: „6. W katalogu grup stanowiącym załącznik nr 1a do zarządzenia grupy o charakterze zabiegowym zostały oznaczone symbolem”;
3	treść zarządzenia	w § 19 ust. 7 otrzymuje brzmienie: „7. W przypadku pacjentów, u których przed przeniesieniem do OAiIT wykonywane były świadczenia zabiegowe, o których mowa w ust. 6, finansowanie leczenia w OAiIT odbywa się od trzeciego dnia pobytu, o ile osiągnęli co najmniej 19 punktów w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci.”;
4	treść zarządzenia	w § 19 ust. 9 otrzymuje brzmienie: „9. Dzień przyjęcia do leczenia w OAiIT oraz dzień jego zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień z możliwością rozliczenia osobodnia, w którym pacjent osiągnął wyższą punktację w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci z zastrzeżeniem ust. 10. Zasada ta nie ma zastosowania w przypadkach, o których mowa w ust. 7 i 8.”;
5	treść zarządzenia	w § 19 ust. 10 otrzymuje brzmienie: „10. W rozumieniu warunków zawierania umów dniem przyjęcia do leczenia w OAiIT oraz dniem jego zakończenia są dni, w których pacjent osiągnął co najmniej 19 punktów w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci.”;
6	treść zarządzenia	w § 19 ust. 12 otrzymuje brzmienie: „12. W przypadku pacjentów leczonych w OAiIT, u których podczas hospitalizacji wykonywane były świadczenia z grup zachowawczych albo świadczenia z grup zabiegowych, o których mowa w ust. 6 albo świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się poprzez świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia, zawierającego transformację poszczególnych ocen w skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci na liczbę punktów transformowanych wraz z odpowiadającą im wartością punktową.”;
7	treść zarządzenia	w § 19 ust. 13 otrzymuje brzmienie: „13. W przypadku pacjentów leczonych wyłącznie w OAiIT, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się poprzez świadczenie nr 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia oraz ewentualnie łącznego rozliczenia innych świadczeń dopuszczonych do sumowania w OAiIT z katalogu świadczeń do sumowania stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia. Niezależnie od powyższego do rozliczenia należy wykazywać odrębnie dla każdego dnia pobytu świadczenia związane z oceną stanu pacjenta w skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia z wyłączeniem osobodnia, o którym mowa w ust. 8.”;
8	treść zarządzenia	w § 22 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „1. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem urazów wielonarządowych, konieczne jest wskazanie w raporcie statystycznym wszystkich rozpoznań według ICD – 10, z których rozpoznanie współistniejące odpowiada urazowi z przedziału rozpoznań T00 – T07 oraz wszystkich istotnych procedur medycznych według ICD - 9 w celu wyznaczenia grupy o najwyższej wartości punktowej z katalogu grup stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia.”;

9	treść zarządzenia	w § 25 pkt 12 otrzymuje brzmienie: „12) rozliczenie świadczeń w sposób określony w pkt 10 nie dotyczy hospitalizacji wyłącznie w celu realizacji świadczeń z zakresów: brachyterapii, teleradioterapii, terapii izotopowej oraz związanego z tym leczenia objawowego;”
10	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu neurochirurgia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupy: A33 Zaburzenia równowagi, A36 Choroby demielinizacyjne, K26 Zaburzenia wodno-elektrolitowe
11	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu choroby wewnętrzne rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupy: Q66 Choroby naczyń, A46 Przemijające niedokrwienie mózgu
12	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu chirurgia ogólna rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupy: F16 Choroby żołądka i dwunastnicy oraz L72 Zabiegi moszny, jądra, najądrza i nasieniowodu, H56 Zespoły bólowe kręgosłupa, F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych)
13	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu alergologia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupę J38 Ciężkie choroby dermatologiczne
14	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu kardiochirurgia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupy: Q51 Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym z wykorzystaniem protez naczyniowych, Q52 Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym
15	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu chirurgia dziecięca rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupy: H92 Rekonstrukcja operacyjna deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż. oraz F46 Choroby jamy brzusznej
16	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu nefrologia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupy: Q51 Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym z wykorzystaniem protez naczyniowych, Q52 Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym
17	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu gastroenterologia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupy: P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne, K27 Zaburzenia odżywienia, K28 Wrodzone wady metaboliczne
18	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu ortopedia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupę A25 Zabiegi na nerwach obwodowych
19	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu choroby zakaźne rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupę D20 Gruźlica
20	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu endokrynologia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupę K05 Zabiegi diagnostyczne tarczycy, przystarczyc, nadnerczy
21	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu chirurgia onkologiczna rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupy: F16 Choroby żołądka i dwunastnicy, F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych)
22	zał. 1a - katalog JGP	usunięto możliwość realizacji grupy K37 Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi dla zakresu endokrynologia (te same rozpoznania są w grupie K06 Stany naglące w endokrynologii dostępnej tylko dla endokrynologii)
23	zał. 1a - katalog JGP	usunięto tryb hospitalizacja planowa grup: od Q41-Q47 (dawnie Q31 i Q32); dodano możliwość realizacji w trybie planowym dla grup: B72 Duże zabiegi w jaskrze i na naczyniówce, E21 Przeszkórne zamknięcie nieprawidłowych połączeń wewnątrzsercowych i zewnątrzsercowych > 17 r.ż., E22 Przeszkórne walwuoplastyki > 17 r.ż., B42 Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym, A13 Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe, A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym, A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni, C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani, C31 Kompleksowe zabiegi uszu, D03 Duże zabiegi klatki piersiowej, F11 Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy, F12 Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy, F32 Duże zabiegi jelita grubego, F42 Duże zabiegi jamy brzusznej, F52 Duże zabiegi w chorobach zapalnych jelit, F62 Duże i endoskopowe lecznicze zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego, F92 Duże zabiegi odbytu, G12 Duże zabiegi wątroby, G42 Zabiegi śledziony, H07 Endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa, H08 Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita,

24	zał. 1a - katalog JGP	<p> dodano możliwość realizacji w trybie planowym dla grup: H09 Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obluźnienia z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym”, H10 Zabiegi operacyjne - rewizyjne w przypadkach infekcji wokół protezy, H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych, H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni, J02 Radykalne odjęcie piersi, J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją, J34 Leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy, M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego, M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego, M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego, M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego, Q12 Zabiegi na tętnicach kończyn dolnych, Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne</p>
25	zał. 1a - katalog JGP	<p> dodano tryb „leczenie jednego dnia” dla grup: A33 Zaburzenia równowagi, L27 Zaburzenia odpływu moczu, L29 Choroby pęcherza moczowego i moczowodu, L85 Kamica moczowa</p>
26	zał. 1a - katalog JGP	<p> w kolumnie 7 usunięto liczbę dni pobytu finansowaną grupą w grupach możliwych do realizacji w ramach „leczenie jednego dnia”: F13 Zabiegi lecznicze żołądka i dwunastnicy oraz F53 Średnie i endoskopowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit, K63 Kwalifikacja do leczenia jodem radioaktywnym raka tarczycy lub ocena skuteczności leczenia z zastosowaniem rekombinowanego TSH [rhTSH], K64 Leczenie radioizotopowe nowotworów z zastosowaniem 131I - meta-jodo-benzyl guanidyny (131I-MIBG), S43 Zatrucia lekkie</p>
27	zał. 1a - katalog JGP	<p> w kolumnie 8 usunięto wartość punktową hospitalizacji < 2 dni w grupach możliwych do realizacji w ramach „leczenie jednego dnia”: H32 Duże zabiegi na kończynie dolnej, H42 Duże zabiegi na kończynie górnej, H63 Złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny górnej, N02 Poród mnogi lub przedwczesny, N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem, B96 Leczenie zachowawcze okulistyczne z czasem pobytu > 1 dnia, S54 Obserwacja i wstępna diagnostyka w celu wykluczenia chorób zakaźnych > 1 dnia, S43 Zatrucia lekkie; zmieniono wartość punktową dla grupy E87 Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. bez powikłań i chorób współistniejących na 12 pkt</p>
28	zał. 1a - katalog JGP	<p> korekta techniczna - zmieniono kod produktu przy grupie L64 Małe zabiegi prąca na 5.51.01.0011064</p>
29	zał. 1a - katalog JGP	<p> zmieniono nazwę grupy N03 z „Ciężka patologia ciąży, płodu, zakończona porodem” na „Patologia ciąży lub płodu z porodem”, zmieniając jednocześnie możliwość jej realizacji z 3 do 2 poziomu referencyjnego</p>
30	zał. 1a - katalog JGP	<p> zmieniono możliwość realizacji grupy N08 Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie z 2 do 3 poziomu referencyjnego</p>
31	zał. 1a - katalog JGP	<p> utworzono dwie grupy: S31 Choroba alergiczna w stanie zagrożenia życia > 1 dnia o wartości punktowej 40 oraz S32 Choroba alergiczna w stanie zagrożenia życia < 2 dni o wartości punktowej 10, możliwe do realizacji w zakresach: alergologia, choroby płuc, choroby wewnętrzne, dermatologia</p>
32	zał. 1a - katalog JGP	<p> utworzono nową grupę D21 - zwłóknienie torbielowate z wyceną 125 pkt - dla dzieci i dorosłych. Usunięto grupę P02.</p>
33	zał. 1a - katalog JGP	<p> dodano grupę N09 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni (97 pkt)</p>
34	zał. 1a - katalog JGP	<p> utworzono grupę A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni z wyceną 110 pkt; jednocześnie obniżono wartość grupy A31 Choroby nerwów obwodowych do 30 pkt, a grupy A32 Choroby mięśni do 60 pkt</p>
35	zał. 1a - katalog JGP	<p> utworzono grupę C48 Ostre zapalenie zatok przynosowych < 18 r.ż. z pw o wartości 63 pkt</p>
36	zał. 1a - katalog JGP	<p> do sekcji Q przeniesione zostały grupy A41, A42 i A43, którym nadano odpowiednio oznaczenia Q31, Q32 i Q33</p>
37	zał. 1a - katalog JGP	<p> w sekcji Q na bazie grup Q31 Zabiegi endowaskularne złożone i Q32 Zabiegi endowaskularne utworzono nowe grupy (Q41 - Q47) obejmujące zabiegi endowaskularne o zróżnicowanym stopniu kosztowności; utworzono nową grupę Q11 Zabiegi hybrydowe w obrębie naczyń obwodowych z wyceną 320 pkt, dostępną do realizacji w zakresach: angiologia i chirurgia naczyniowa</p>

38	zał. 1a - katalog JGP	grupę Q45 Leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy przeniesiono do sekcji J i nadano jej oznaczenie J34
39	zał. 1a - katalog JGP	numer grupy Radiologia zabiegowa zmieniono z Q34 na Q48 i dodano procedury
40	zał. 1a - katalog JGP	dla zakresu chirurgia klatki piersiowej rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o grupę D51 Odma płucnowa
41	zał. 1a - katalog JGP	wartość grupy S54 Obserwacja i wstępna diagnostyka w celu wykluczenia chorób zakaźnych > 1 dnia podniesiono do 12 pkt
42	zał. 1a - katalog JGP	wartość grupy M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego podniesiono do 235 pkt, M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego do 145 pkt, M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego do 219 pkt
43	zał. 1a - katalog JGP	wartość grupy C06 Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu podniesiono do wysokości 537 pkt (koszt środka technicznego, zabiegu i pobytu w szpitalu)
44	zał. 1a - katalog JGP	wartość grupy C05 Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych podniesiono do wysokości 1719 pkt (koszt środka technicznego, zabiegu i pobytu w szpitalu)
45	zał. 1a - katalog JGP	wartość grupy J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi podniesiono o 10%, do wysokości 79 pkt (ze względu na koszt protezy)
46	zał. 1a - katalog JGP	nazwę grupy H10 Zabiegi operacyjne - rewizyjne jednoetapowe w przypadkach infekcji wokół protezy zmieniono na: Zabiegi operacyjne - rewizyjne w przypadkach infekcji wokół protezy (ujednolicenie nazwy z nazwą w załączniku nr 9)
47	zał. 1a - katalog JGP	w grupie A50 usunięto warunek pobytu < 4 dni, wprowadzono liczbę dni finansowanych grupą (27), wartość punktową ponad ryczałt (3 pkt)
48	zał. 1a - katalog JGP	uwagę dla grupy S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek > 10 dni uzupełniono o reindukcję
49	zał. 1a - katalog JGP	oznaczono symbolem * wszystkie grupy zabiegowe
50	zał. 1a - katalog JGP	zmieniono nazwę grupy A03 na: Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu lub rdzenia kręgowego
51	zał. 1a - katalog JGP	podniesiono wartość grupy K39 Stopa cukrzycowa do 83 pkt
52	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	dla zakresu neurochirurgia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o świadczenie 5.52.01.0000243 Przewlekła wentylacja pacjenta w oddziale
53	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	dla zakresu neonatologia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczenia nr 5.52.01.0000029 Hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym
54	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	dla zakresu okulistyka rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczenia nr 5.52.01.0001424 Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej
55	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczenia 5.53.01.0000938 Plazmaferaza lecznicza dla toksykologii klinicznej i transplantologii klinicznej
56	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	podwyższono wartość punktową świadczenia 5.52.01.0001459 Gruźlica wielolekooporna, mykobakteriozy - leczenie długoterminowe z 3 do 3,5 pkt
57	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	podwyższono wartość punktową świadczeń: 5.52.01.0001424 Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej do 4 pkt, 5.52.01.0001440 Hospitalizacja do teleradioterapii do 5 pkt, 5.52.01.0001447 Hospitalizacja do procedury MZ 13 do 4 pkt
58	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	świadczenie 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin uzupełniono o dodatkowe jednostki chorobowe

59	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	dla zakresu neurochirurgia rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń o świadczenie 5.53.01.0000943 Przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej
60	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	dodano świadczenie „przedłużona hospitalizacja matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka - od 5 doby od porodu” z wartością 2 pkt, możliwe do sumowania z grupami N01, N02, N03, N09
61	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczenia 5.53.01.0001368 Wspomaganie serca lub płuc u dzieci - ECMO o anestezjologię i intensywną terapię oraz neonatologię
62	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	poz. 4.3 oznaczenie grup Q31, Q32 zmieniono na Q41, Q 42, Q43, Q44, Q45, Q46, Q47
63	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	poz. 7.4 oznaczenie grup Q31, Q32 zmieniono na Q41, Q 42, Q43, Q44, Q45, Q46, Q47
64	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	poz. 26.3 oznaczenie grup A41, A42, A43, A44 zamieniono na Q31, Q32, Q33
65	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	poz. 26.5 oznaczenie Q31, Q32 zamieniono na Q41, Q 42, Q43, Q44, Q45, Q46, Q47
66	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grup A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu i A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe usunięto procedurę 04.074 resekcja nerwiaka nerwu obwodowego Mortona
67	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z uwagi na fakt, że przy wszczepieniu stymulatora rdzenia kręgowego nie ma zastosowania neuronawigacja, dla procedury 03.93 Wprowadzenie albo wymiana neurostymulatora rdzenia kręgowego w grupie A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu wprowadzono drugi, nowy warunek
68	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe usunięto procedurę 00.36 Chirurgia wspomagana komputerowo z neuronawigacją (nie występuje samodzielnie jako procedura kwalifikująca do grupy)
69	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe dodano pocedurę 02.98 Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu
70	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	utworzono grupę A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni, na bazie wybranych rozpoznań z grup A31 Choroby nerwów obwodowych i A32 Choroby mięśni
71	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do sekcji Q przeniesione zostały grupy A41 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu, A42 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskularny zabieg naprawczy i A43 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy, Którym nadano odpowiednio oznaczenia Q31, Q32 i Q33
72	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z uwagi na przeniesienie z sekcji A do sekcji Q grup A41-A43, zmianie uległa numeracja list dodatkowych do sekcji A
73	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy A44 usunięto procedury 39.51 Klipsowanie tętniaka i 39.721 Embolizacja lub zamknięcie naczyń mózgowych przy pomocy spiral
74	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupa A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym - zmiana listy procedur, dodano 6 kodów ICD-9; zmiana warunku kwalifikacji do grupy - wymóg wykazania dwóch procedur plus rozpoznanie zasadnicze
75	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę dodatkową A3 (dawna A6) uzupełniono o procedurę 88.714 USG naczyń szyi

76	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z listy dodatkowej A4 (dawna A7) usunięto procedury 88.712 Echoencefalografia, a dodano 89.192 Video EEG i 88.716 Ultrasonografia dopplerowska przezczaszkowa
77	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę C12 Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani uzupełniono o procedurę 31.984 Wymiana protezy głosowej
78	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy C31 Kompleksowe zabiegi uszu przeniesiono procedury 20.233 Usunięcie zrostów w zakresie jamy bębnekowej i 20.232 Otwarcie jamy bębnekowej do C33 Średnie zabiegi uszu, a 20.231 Attykotomia do C32 Duże zabiegi uszu
79	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy C32 Duże zabiegi uszu przeniesiono procedurę 20.01 Nacięcie błony bębnekowej z założeniem drenika wentylacyjnego do grupy C33 Średnie zabiegi uszu
80	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	utworzono grupę C48 Ostre zapalenie zatok przynosowych < 18 r.ż. z pw z listą dodatkową C5
81	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	lista dodatkowa C1 - poszerzono listę procedur możliwych do wykazania
82	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	wszystkie procedury z grupy D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej włączono także do grupy D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej
83	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę D02 uzupełniono o procedurę 31.791 Wprowadzenie stałej endoprotezy tchawiczo-oskrzelowej z grupy D03 Duże zabiegi klatki piersiowej do D02 przeniesiono procedurę 32.292 Klinowe wycięcie płuca
84	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	utworzono nową grupę D21 - zwłóknienie torbielowate (dla dorosłych i dzieci) jednocześnie usuwając grupę P02.
85	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w warunku dla grupy E11 OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni określenie „wykonanie w innym terminie w czasie jednego pobytu” zamieniono na „wykonanie w innym terminie w czasie jednej hospitalizacji”
86	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę E14 OZW - leczenie inwazyjne < 4 dni uzupełniono o rozpoznania I21.4 Ostry zawał serca podwiersiowy oraz I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony, co umożliwi rozliczenie grup OZW bez uniesienia ST z procedurami inwazyjnymi
87	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy E27 Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne dodano procedurę 37.261 Badanie elektrofizjologiczne [EPS]
88	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupa F11 Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy oraz F12 Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy - dodano listę rozpoznań związanych z otyłością w celu możliwości realizacji zabiegów opasania żołądka i zmniejszenia żołądka metodą laparoskopową listę rozpoznań w grupie F11 Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy uzupełniono o E66.8 Inne postacie otyłości oraz R13 Dysfagia
89	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupa F82 Wycięcie wyrostka robaczkowego z pw oraz F83 Wycięcie wyrostka robaczkowego - korekta warunków kwalifikacji do grupy (w grupie F82 dodano drugi warunek, w grupie F83 usunięto konieczność wskazania rozpoznania z listy pw)
90	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy G31 Kompleksowe zabiegi trzustki usunięto procedury: 51.04 Nacięcie pęcherzyka żółciowego - inne, 51.43 Wprowadzenie drenu do przewodu żółciowego wspólnego/wątrobowego celem odbarczenia, 51.72 Plastyka przewodu żółciowego wspólnego, 51.791 Zamknięcie sztucznego otwarcia dróg żółciowych – inne, które są w grupie G25 Wycięcie pęcherzyka żółciowego
91	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	przebudowano charakterystykę grup w sekcji H
92	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w opisie grupy H23 Artroskopia diagnostyczno-lecznicza usunięto warunek czasu

93	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	zmieniono warunek dla grup J03, J04, J05 i J06: wymagane wskazanie procedury z listy procedur (J03, J04, J05, J06) i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03 - zmiana listy rozpoznań z J08 na J03
94	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi dodano procedurę 85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi, a do grupy J05 Średnia chirurgia piersi - 85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej
95	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy J38 Ciężkie choroby dermatologiczne usunięto rozpoznania od M32.0 do M36.0, dublujące się z grupą H87 Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej
96	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy K26 Zaburzenia wodno-elektrolitowe usunięto rozpoznanie E23.2 Moczówka prosta
97	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę K37 Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi uzupełniono o rozpoznania: O24.4 Cukrzyca pojawiająca się w ciąży, O24.9 Cukrzyca w ciąży BNO
98	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę L69 uzupełniono o rozpoznania związane z chorobami moszny, jąder i nasieniowodu, zmieniono nazwę na Choroby jądra, nasieniowodu, moczowodu i cewki moczowej
99	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie L72 Zabiegi moszny, jądra, najądrza i nasieniowodu usunięto procedurę 61.21 Plastyka wodniaka metodą Bottle'a i zastąpiono ją procedurą 61.2 Wycięcie wodniaka osłonki pochwowej jądra
100	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego dodano procedurę 68.51 Wycięcie macicy drogą pochwową w asyście laparoskopowej (LAVH)
101	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego uzupełniono o procedury 68.159 Endoskopowa (laparoskopowa) biopsja przydatków macicy - inne, 68.161 Endoskopowa (laparoskopowa) (histeroskopowa) biopsja macicy, 69.52 Odessanie zawartości macicy po porodzie lub poronieniu, 69.59 Inne zabiegi operacyjne w macicy, 69.03 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy diagnostyczne i 69.04 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy lecznicze
102	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do listy dodatkowej M1 dodano rozpoznania O00.1 Ciąża jajowodowa i O00.2 Ciąża jajnikowa
103	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	zmieniono warunek czasu dla grupy N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem z 10 na 7 dni
104	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni uzupełniono o procedury 75.62 Zeszycie świeżego położniczego uszkodzenia odbytu i zwieracza odbytu, 72.71 Próżniociąg położniczy z nacięciem krocza i 72.79 Próżniociąg położniczy - inne
105	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grup N04 Patologia ciąży - diagnostyka, obserwacja < 3 dni, N05 Patologia ciąży i porodu - diagnostyka, leczenie > 2 dni, N06 Patologia ciąży i porodu - diagnostyka, leczenie > 11 dni, N07 Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe dodano rozpoznanie O60 Poród przedwczesny (rozumiany jako poród przedwczesny zagrażający)
106	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy N06 Patologia ciąży i porodu - diagnostyka, leczenie > 11 dni usunięto rozpoznania O12.0 Obrzęki ciążowe i O12.1 Białkomocz ciążowy
107	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę N07 Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe uzupełniono o rozpoznania związane z niewydolnością nerek i zaburzeniami chromosomalnymi
108	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	dodano grupę N09 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni
109	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy N20 Noworodek zdrowy usunięto rozpoznanie Z39.1 Opieka i badanie matki karmiącej (to rozpoznanie nie dotyczy noworodka)

110	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy N25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru uzupełniono o procedurę 99.218 Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie
111	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do listy dodatkowej N7 dodano rozpoznanie H35.1 Retinopatia wcześniaków
112	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grup dotyczących patologii ciąży usunięto rozpoznania: O24.0 Istniejąca uprzednio cukrzyca insulinozależna i O24.1 Istniejąca uprzednio cukrzyca insulinoniezależna
113	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w sekcji Q na bazie grup Q31 Zabiegi endowaskularne złożone i Q32 Zabiegi endowaskularne utworzono nowe grupy (Q41 - Q47); utworzono nową grupę Q11 Zabiegi hybrydowe w obrębie naczyń obwodowych
114	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę Q45 Leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy przeniesiono do sekcji J i nadano jej oznaczenie J34
115	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupy S31 Choroba alergiczna w stanie zagrożenia życia > 1 dnia oraz S32 Choroba alergiczna w stanie zagrożenia życia < 2 dni - dodano w charakterystyce JGP
116	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	numer grupy Radiologia zabiegowa zmieniono z Q34 na Q48 i dodano procedury

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 3.2. Zmiany wynikające z zarządzenia nr 67/2008/DSOZ

LP.	DOKUMENT	TREŚĆ ZMIAN
1	treść zarządzenia	<p>w § 18:</p> <p>a) w ust. 1 w pkt 2 lit. a otrzymuje brzmienie: „a) Q31 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu,”;</p> <p>b) w ust. 1 w pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie: „b) Q32 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskularny zabieg naprawczy,”;</p> <p>c) w ust. 1 w pkt 2 lit. c otrzymuje brzmienie: „c) Q33 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy,”;</p> <p>d) w ust. 1 w pkt 7 lit. b otrzymuje brzmienie: „b) H02 - Endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego,”;</p> <p>e) w ust. 1 w pkt 7 lit. e otrzymuje brzmienie: „e) H06 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra lub kolana z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego,”;</p> <p>f) w ust. 1 w pkt 7 lit. h otrzymuje brzmienie: „h) H09 - Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obluzowania lub z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym”,”;</p>
2	treść zarządzenia	<p>w § 24 ust. 1 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„1. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczenia, którego koszt przekracza wartość 5 000 zł i wartość świadczenia przekracza co najmniej trzykrotnie wartość punktową grupy właściwej ze względu na rozliczenie albo którego koszt przekracza wartość 5 000 zł i świadczenia nie można zakwalifikować do żadnej grupy z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia lub z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia lub z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia lub z katalogu radioterapii, stanowiącego załącznik nr 1d do zarządzenia (nie dotyczy błędów kodowania) albo które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym, rozliczenie świadczenia może odbywać się poprzez świadczenie: 5.52.01.0001363 - Świadczenie za zgodą płatnika, po wyrażeniu indywidualnej zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na jego finansowanie.”;</p>
3	zał. 1a - katalog JGP	<p>rozszerzono uprawnienia do realizacji grup w następujących zakresach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alergologia: D52 Niewydolność oddechowa - chirurgia dziecięca: P14 Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu, J05 Średnia chirurgia piersi, J06 Mała chirurgia piersi, L54 Małe zabiegi cewki moczowej - chirurgia klatki piersiowej: D52 Niewydolność oddechowa, K01 Zabiegi radykalne w rakach gruczołów dokrewnych, H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni, H82 Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej, Q17 Sympatektomia - chirurgia onkologiczna: F36 Choroby jelita grubego, F46 Choroby jamy brzusznej, J49 Łagodne choroby dermatologiczne - chirurgia szczękowo-twarzowa: H82 Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej - choroby płuc: E52 Zaawansowana niewydolność krążenia - choroby wewnętrzne: A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni, E86 Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. z pw, E87 Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. bez pw - choroby zakaźne: P11 Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne, P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne - dermatologia i wenerologia: H87 Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej, S57 Inne choroby wirusowe - diabetologia: K27 Zaburzenia odżywienia - endokrynologia: H89 Choroby niezapalne kości i stawów, P24 Cukrzyca - gastroenterologia: P11 Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne - geriatria: A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni, A50 Udar mózgu - leczenie, A86 Choroby neuronu ruchowego, C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa,

3	zał. 1a - katalog JGP	<p>E53 Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z pw, E54 Niewydolność krążenia < 70 r.ż. bez pw, F44 Diagnostyczne zabiegi jamy brzusznej, G37 Ostre zapalenie trzustki, G38 Przewlekłe choroby trzustki, J07 Choroby piersi łagodne, J08 Choroby piersi złośliwe, L29 Choroby pęcherza moczowego i moczowodu, S52 Niedobory odporności inne niż HIV/AIDS</p> <ul style="list-style-type: none"> - nefrologia: P21 Choroby serca - okulistyka: P14 Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu - onkologia i hematologia dziecięca: L46 Choroby gruczołu krokowego - ortopedia i traumatologia narządu ruchu: D03 Duże zabiegi klatki piersiowej, D04 Średnie i małe zabiegi klatki piersiowej, P14 Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu - otorynolaryngologia: P14 Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu - położnictwo i ginekologia: P14 Pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu, Q18 Zabiegi na układzie limfatycznym - urologia: F42 Duże zabiegi jamy brzusznej, K04 Zabiegi dotyczące nadnerczy, L84 Inne choroby nerek
4	zał. 1a - katalog JGP	<p> dodano wartość punktową hospitalizacji < 2 dni w grupach: C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa, E63 Zaburzenia rytmu serca < 1 r.ż. lub < 18 r.ż. z pw, E86 Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. z pw, F36 Choroby jelita grubego, 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, L26 Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym usunięto wartość punktową hospitalizacji < 2 dni w grupie L05 Duże endoskopowe zabiegi nerek zmieniono wartość punktową hospitalizacji < 2 dni w grupie D16 Zator płucny</p>
5	zał. 1a - katalog JGP	<p>dla grupy L26 Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym dodano wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą</p>
6	zał. 1a - katalog JGP	<p>usunięto tryb hospitalizacja planowa dla grup: H07 Endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa, H08 Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita, H09 Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obluźowania z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym”, H10 Zabiegi operacyjne - rewizyjne w przypadkach infekcji wokół protezy, H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez porosekcyjnych</p>
7	zał. 1a - katalog JGP	<p>usunięto tryb „leczenie jednego dnia” dla grupy L26 Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym</p>
8	zał. 1a - katalog JGP	<p>zmieniono wartość punktową grup: Q43 Zabiegi endowaskularne - 3. grupa - ze 160 na 180, Q44 Zabiegi endowaskularne - 4. grupa - ze 190 na 210, Q45 Zabiegi endowaskularne - 5. grupa - ze 180 na 190, Q46 Zabiegi endowaskularne - 6. grupa - z 200 na 240 - dostosowanie do wartości punktowej zabiegów na naczyniach wieńcowych</p>
9	zał. 1a - katalog JGP	<p>wartość punktową grupy H43 Średnie zabiegi na kończynie górnej zmieniono z 15 na 25 pkt</p>
10	zał. 1a - katalog JGP	<p>nazwę grupy A03 zmieniono z: Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu lub rdzenia kręgowego na: Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu</p>
11	zał. 1a - katalog JGP	<p>nazwę grupy A04 zmieniono z: Wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu na: Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu</p>
12	zał. 1a - katalog JGP	<p>w grupie A66 Padaczka - diagnostyka i leczenie usunięto warunek pobytu poniżej 4 dni</p>
13	zał. 1a - katalog JGP	<p>z nazw grup C45, C46 i C47 usunięto słowo „nosa”, rozszerzając tym samym zakres procedur w tych grupach o wszystkie zabiegi endoskopowe uszu, nosa, gardła i krtani</p>
14	zał. 1a - katalog JGP	<p>nazwę grupy E23 zmieniono z: Angioplastyka wieńcowa z implantacją DES lub urządzeń ochrony odległej na: Angioplastyka wieńcowa z implantacją DES</p>
15	zał. 1a - katalog JGP	<p>w grupie E36 Wszczepienie/wymiana CRT-D wprowadzono warunek wieku > 17 r.ż.</p>
16	zał. 1a - katalog JGP	<p>nazwę grupy F94 Małe zabiegi odbytu zmieniono na: Małe zabiegi odbytu i odbytnicy</p>

17	zał. 1a - katalog JGP	dokonano zmiany nazw następujących grup: - H02 z „Endoprotezoplastyka pierwotna połowicza stawu biodrowego” na „Endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego” - H06 z „Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra (trzcień przynasadowy, kapoplastyka), kolana - z rekonstrukcją kostną „ na „Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra lub kolana z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzcienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego” - H09 z „Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obłuzowania z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym” „ na „Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obłuzowania lub z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym” - H31 z „Kompleksowe zabiegi na kończynie dolnej” na „Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy” - H32 z „Duże zabiegi na kończynie dolnej” na „Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy” - H55 z „Zabiegi artroskopowe i przezskórne kręgosłupa” na „Zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa” - H84 z „Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego” na „Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich” - H92 z „Rekonstrukcja operacyjna deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż.” na „Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż..”
18	zał. 1a - katalog JGP	nazwę grupy J02 zmieniono z: Radykalne odjęcie piersi na: Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi
19	zał. 1a - katalog JGP	nazwę grupy L81 zmieniono z: Leczenie nerkozastępcze z powikłaniami i chorobami współistniejącymi na: Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego
20	zał. 1a - katalog JGP	utworzono nową grupę N26 Noworodek wymagający intensywnej terapii z zabiegiem chirurgicznym o wartości 468 pkt, liczbą dni finansowanych grupą - 18, wartością punktową hospitalizacji < 2 dni - 94, wartością punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - 6
21	zał. 1a - katalog JGP	symbolem * jako grupy zabiegowe oznaczono: A04 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu, J34 Leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy, Q51 Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym z wykorzystaniem protez naczyniowych, Q52 Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym
22	zał. 1a - katalog JGP	w grupie L81 Leczenie nerkozastępcze z pw dodano uwagę „także w przypadku leczenia nerkozastępczego prowadzonego w innym ośrodku” precyzując w ten sposób możliwość rozliczenia grupy w przypadku, gdy chory dializowany jest w innym ośrodku niż ten, w którym jest hospitalizowany
23	zał. 1a - katalog JGP	wartość punktową grupy D16 Zator płucny podniesiono z 57 do 80 pkt - z uwagi na dodanie rozpoznania I26.0 Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym wymagającego leczenia trombolitycznego
24	zał. 1a - katalog JGP	wartość punktową grupy F94 Małe zabiegi odbytu i odbytnicy zmieniono z 5 na 10 pkt
25	zał. 1a - katalog JGP	wartość punktową grupy G14 Małe zabiegi wątroby podniesiono do 10 pkt
26	zał. 1a - katalog JGP	wartość punktową grupy C05 Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych podniesiono do 1758 pktów
27	zał. 1a - katalog JGP	umożliwienie rozliczania świadczeń z grup Q41, Q42, Q43, Q44, Q45, Q46, Q47 w zakresie kardiologii
28	zał. 1a - katalog JGP	w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej rozszerzono uprawnienia do realizacji następujących grup: P04, P05, P06, P08, P09, P11, P12, P13, P17, P18, P20, P21, P22, S52, S53, S55
29	zał. 1a - katalog JGP	w zakresie onkologii klinicznej rozszerzono uprawnienia do realizacji następujących grup: S52, S53, S55
30	zał. 1a - katalog JGP	rozszerzono uprawnienia do realizacji grupy S53 w następujących zakresach: chirurgia klatki piersiowej, chirurgia naczyniowa, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, gastroenterologia, kardiochirurgia, neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, położnictwo i ginekologia, transplantologia kliniczna

31	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	dodanie nowego świadczenia: nr 5.52.01.0001469 dyskwalifikacja z planowego zabiegu operacyjnego/procedur inwazyjnych z powodu ujawnionych w szpitalu przeciwwskazań (np. choroby infekcyjne, kardiologiczne, zmiana sposobu postępowania - odstąpienie od leczenia operacyjnego) z wartością punktową 8 pkt
32	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	umożliwienie realizacji w trybie jednodniowym świadczeń: - 5.52.01.0000261 Badanie audiologiczne dzieci (do 4 r.ż.), - 5.52.01.0000264 Badanie pedoaudiologiczne w podejrzeniu głuchoty u dziecka
33	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń w następujących zakresach: - 5.53.01.0000938 Plazmaferaza lecznicza: reumatologia - 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin: alergologia, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, geriatria, kardiologia - 5.53.01.0001472 Ciągłe leczenie nerkozastępcze: toksykologia kliniczna
34	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	rozszerzono uprawnienia w zakresie hematologii do realizacji następujących świadczeń: - 5.53.01.0000939 Pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy (DLI), - 5.53.01.0001372 Jednorazowe przetoczenie napromienianego KKCz, - 5.53.01.0001373 Jednorazowe przetoczenie napromienianego i filtrowanego KKCz, - 5.53.01.0001374 Jednorazowe przetoczenie napromienianego i filtrowanego koncentratu krwinek płytkowych
35	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	usunięcie możliwości realizacji świadczenia 5.53.01.0000939 Pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy (DLI) w zakresie kardiochirurgii
36	zał. 2a - Wzór umowy - leczenie szpitalne	<p>w § 4:</p> <p>a) w ust. 4 w pkt 2 lit. a otrzymuje brzmienie: „a) Q31 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu,”;</p> <p>b) w ust. 4 w pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie: „b) Q32 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskulamy zabieg naprawczy,”;</p> <p>c) w ust. 4 w pkt 2 lit. c otrzymuje brzmienie: „c) Q33 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy,”;</p> <p>d) w ust. 4 w pkt 7 lit. b otrzymuje brzmienie: „b) H02 - Endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego,”;</p> <p>e) w ust. 4 w pkt 7 lit. e otrzymuje brzmienie: „e) H06 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra lub kolana z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego,”;</p> <p>f) w ust. 4 w pkt 7 lit. h otrzymuje brzmienie: „h) H09 - Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obluzowania lub z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym”,”;</p>
37	zał. 2a - Wzór umowy - leczenie szpitalne	<p>w § 4:</p> <p>a) uchyla się ust. 9-11;</p> <p>b) ust. 8 otrzymuje brzmienie: „8. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”, z zastrzeżeniem § 5.”</p> <p>c) po ust. 8 dodaje się ust. 9 w brzmieniu: „9. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia wymagania wynikające z postanowień Rozdziału 4 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).”</p>
38	zał. 2a - Wzór umowy szpitalne - radioterapia	<p>w § 4:</p> <p>a) uchyla się ust. 5-7;</p> <p>b) ust. 4 otrzymuje brzmienie: „4. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”,”;</p>

c.d. 38	zał. 2a - Wzór umowy - leczenie szpitalne - radioterapia	c) po ust. 4 dodaje się ust. 5 w brzmieniu: „5. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia wymagania wynikające z postanowień Rozdziału 4 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.). ”.
39	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	hospitalizacja - położnictwo i ginekologia w części 34.1.4 zmiana wymagań w zakresie zapewnienia badań hist-pat śródoperacyjnych: z lokalizacji na zapewnienie dostępu
40	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	hospitalizacja planowa - położnictwo i ginekologia w części 25.1.4 zmiana wymagań w zakresie zapewnienia badań hist-pat śródoperacyjnych: z lokalizacji na zapewnienie dostępu
41	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	hospitalizacja: pkt 5.3 chirurgia dziecięca - usunięcie grup: N35, N36
42	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	uzupełnienie wymagań w części choroby wewnętrzne dla realizacji świadczeń z grup: E86, E87
43	zał. 3 - Warun- ki udzielania świadczeń	hospitalizacja: uzupełnienie wymagań w części choroby wewnętrzne dla realizacji świadczeń z grup: E86, E87
44	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	doprecyzowanie warunków wykonywania świadczeń z radiologii zabiegowej dla grup: E11, E12, E13, E14, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, Q01, Q31, Q32, Q33, Q41, Q42, Q43, Q44, Q45, Q46, Q47
45	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	hospitalizacja, hospitalizacja planowa: w części urologia - usunięcie ESWL
46	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	hospitalizacja - w części kardiologia określenie wymagań do rozliczenia świadczeń z grup: Q41, Q42, Q43, Q44, Q45, Q46, Q47
47	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	SOR - zmiana wymagań w zakresie dostępu do świadczeń w określonych oddziałach szpitalnych
48	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	hospitalizacja -kardiologia pkt 23.3.4 zmiana w warunkach zapewnienia 24-godzinnej gotowości do leczenia chorych z OZW
49	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	hospitalizacja planowa - choroby wewnętrzne w części 12.1.1 obniżenie wymagań w zakresie liczby etatów lekarzy z 3 na 1
50	zał. 3 - Warunki udzielania świadczeń	hospitalizacja planowa - kardiologia w części 17.1.1 obniżenie wymagań w zakresie liczby etatów specjalistów z 3 na 2
51	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy A22 Duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym do grupy A23 Średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym przeniesiono procedurę 03.32 Biopsja rdzenia kręgowego/opon rdzenia zmieniono nazwę procedury 03.093 na: Eksploracja korzeni nerwów rdzeniowych
52	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy A25 Zabiegi na nerwach obwodowych usunięto procedurę 04.499 Odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego - inne
53	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy Q16 Inne zabiegi na naczyniach do grupy A25 Zabiegi na nerwach obwodowych przeniesiono procedury: 05.0 Przecięcie nerwu współczulnego lub zwoju, 05.11 Biopsja nerwu współczulnego lub zwoju, 05.19 Zabiegi diagnostyczne na nerwach współczulnych lub zwojach - inne
54	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupy: A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym i A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni uzupełniono o procedurę 88.714 USG naczyń szyi

55	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy A31 Choroby nerwów obwodowych usunięto rozpoznanie G56.0 Zespół cieśni nadgarstka
56	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę dodatkową A3 uzupełniono o procedurę 88.721 Echokardiografia (rozumiana jako echokardiografia przekłatkowa)
57	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	na liście dodatkowej B1 kody procedur 99.121 Angiografia fluoresceinowa i 99.122 Angiografia indocyjaninowa zamieniono na: 95.121 Angiografia fluoresceinowa i 95.122 Angiografia indocyjaninowa - ujednoczenie z klasyfikacją
58	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z warunku kierunkowego grupy C05 Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych usunięto listę dodatkową C3
59	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z warunku kierunkowego grupy C06 Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu usunięto listę dodatkową C4
60	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie C07 Wymiana procesora mowy warunek kierunkowy zmieniono na: a grupa bazowa
61	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani dodano procedury: 31.1 Tracheostomia czasowa, 31.21 Tracheostomia śródpiersiowa, 31.3 Inne nacięcia krtani/tchawicy
62	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę C45 Duże zabiegi endoskopowe < 18 r.ż. Uzupełniono o procedurę: 22.191 Endoskopia zatok nosa bez biopsji
63	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy C43 Średnie zabiegi nosa do C44 Małe zabiegi nosa przeniesiono procedurę 22.01 Punkcja zatoki nosa/płukanie/aspiracja
64	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę C46 Średnie zabiegi endoskopowe < 18 r.ż. Uzupełniono o procedury: 21.291 Rinoskopia przednia, 21.292 Rinoskopia środkowa, 21.293 Rinoskopia tylna, 33.239 Bronchoskopia - inna, 42.23 Ezofagoscopia - inne
65	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupa C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa została uzupełniona o rozpoznanie: S02.2 Złamanie kości nosowych
66	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z listy dodatkowej C4 usunięto procedurę 95.48 Dopasowanie aparatu słuchowego
67	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej dodano procedurę 32.59 Całkowite usunięcie płuca nieokreślone inaczej
68	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy E77 Inne choroby układu krążenia > 17 r.ż. do D16 Zator płucny przeniesiono rozpoznanie I26.0 Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym
69	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie E36 Wszczepienie/wymiana CRT-D zmieniono warunek kierunkowy na: y grupa bazowa; wiek > 17 r.ż.
70	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy F04 Diagnostyczne zabiegi przewodu pokarmowego uzupełniono o procedury: 45.131 Esophagogastroduodenoscopia [EGD] i 45.16 Esophagogastroduodenoscopia z biopsją
71	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy F13 Zabiegi lecznicze żołądka i dwunastnicy uzupełniono o procedurę 46.851 Rozszerzanie dwunastnicy balonem, przeniesioną z grupy F33 Średnie i endoskopowe zabiegi jelita grubego
72	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy F22 Duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego uzupełniono o procedurę 46.852 Rozszerzanie jelita cienkiego balonem, przeniesioną z grupy F33 Średnie i endoskopowe zabiegi jelita grubego

73	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	warunek kierunkowy grupy F31 Kompleksowe zabiegi jelita grubego zmieniono na: e wymagane wskazanie procedury z listy procedur F31 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F36
74	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	warunek kierunkowy grupy F32 Duże zabiegi jelita grubego zmieniono na: e wymagane wskazanie procedury z listy procedur F32 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32 do charakterystyki grupy dodano procedury: 46.032 Kolostomia pętlowa, 46.11 Czasowa kolostomia, 46.13 Stała kolostomia, 46.19 Kolostomia - inne oraz dodano grupę rozpoznań związanych z chorobami jelita grubego
75	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy F32 Duże zabiegi jelita grubego do F33 Średnie i endoskopowe zabiegi jelita grubego przeniesiono procedury: 48.71 Szycie rozerwania odbytnicy, 48.73 Zamknięcie przetoki odbytniczej - inne, 48.79 Operacje naprawcze odbytnicy - inne
76	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z warunku kierunkowego grupy F33 Średnie i endoskopowe zabiegi jelita grubego usunięto warunek czasu < 2 dni
77	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy F46 Choroby jamy brzusznej przeniesiono z F56 Choroby zapalne jelit rozpoznania: K52.2 Uczuleniowe i związane z działaniem pokarmu zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego oraz K52.9 Niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego, nieokreślone (grupa bardziej odpowiednia kosztowo)
78	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupy F94 Małe zabiegi odbytu i odbytnicy usunięto procedury: 48.26 Biopsja tkanek okołoodbytniczych, 49.01 Nacięcie ropnia okołoodbytniczego, 49.02 Nacięcie okołoodbytnicze - inne, 49.04 Wycięcie tkanek okolicy odbytu - inne, 49.22 Biopsja okołoodbytnicza, 49.23 Biopsja odbytu, 49.29 Zabiegi diagnostyczne odbytu/tkanek okołoodbytniczych - inne, 49.39 Miejscowe wycięcie/zniszczenie zmiany/tkanki odbytu - inne, 49.42 Wstrzyknięcie do hemoroidów, 49.43 Kauteryzacja hemoroidów, 49.44 Krioterapia hemoroidów, 49.932 Sączkowanie odbytu, 49.94 Odprowadzenie wypadniętego odbytu, 49.99 Operacje odbytu - inne
79	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy G14 Małe zabiegi wątroby usunięto procedurę 50.19 Zabiegi diagnostyczne wątroby - inne
80	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę Gpw Lista powikłań i chorób współistniejących uzupełniono o rozpoznanie K76.7 Zespół wątrobowo-nerkowy
81	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie H22 procedurę 81.96 - Operacje naprawcze stawu - inne zamieniono na: 81.961 Rozległy zabieg otwarty z resekcją kości końca barkowego obojczyka i osteotomią wyrostka barkowego i 81.969 Zabieg naprawczy stawu - inne - ujednolicenie z klasyfikacją
82	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	nazwę grupy J02 Radykalne odjęcie piersi zmieniono na: J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi i uzupełniono jej charakterystykę o procedurę 85.26 Wycięcie guza piersi - BCT
83	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy K04 Zabiegi dotyczące nadnerczy do grupy K05 Zabiegi diagnostyczne tarczycy, przytarczyc, nadnerczy przeniesiono procedury: 07.01 Jednostronna eksploracja nadnerczy, 07.02 Obustronna eksploracja nadnerczy, 07.09 Eksploracja w okolicy nadnerczy - inne
84	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy K37 Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi do K38 Cukrzyca i stany hiperglikemiczne innego pochodzenia przeniesiono rozpoznania: O24.4 Cukrzyca pojawiająca się w ciąży i O24.9 Cukrzyca w ciąży BNO
85	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy L29 Choroby pęcherza moczowego i moczowodu uzupełniono o rozpoznanie N39.8 Inne określone zaburzenia układu moczowego
86	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy L69 Choroby prącia, jąder, nasieniowodu, moczowodu i cewki moczowej uzupełniono o procedury: C62.0 Nowotwór złośliwy (jądro niezstąpione), C62.1 Nowotwór złośliwy (jądro zstąpione), C62.9 Nowotwór złośliwy (jądro, nieokreślone), C63.0 Nowotwór złośliwy (najądrze), C63.1 Nowotwór złośliwy (powróżek nasienny), C63.2 Nowotwór złośliwy (moszna), S30.2 Stłuczenie narządów płciowych zewnętrznych

87	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy L16 Średnie endoskopowe zabiegi moczowodu do grupy L15 Duże endoskopowe zabiegi moczowodu przeniesiono procedury: 56.021 Usunięcie kamienia z moczowodu bez nacięcia i 56.022 Usunięcie kamienia z miedniczki nerkowej bez nacięcia
88	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy L22 Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka usunięto procedury: 57.881 Zespolenie pęcherza z jelitem nie określone inaczej, 57.882 Zespolenie pęcherza z jelitem grubym, 57.96 Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego, 57.97 Wymiana elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego
89	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy L21 Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki uzupełniono o procedury: 57.873 Zastąpienie pęcherza z użyciem jelita biodrowego lub esicy (zastępczy pęcherz jelitowy) - przeniesiona z L22, 57.874 Rekonstrukcja pęcherza moczowego z wytworzeniem szczelnego zbiornika
90	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy L26 Średnie endoskopowe zabiegi na pęcherzu moczowym uzupełniono o procedurę 57.492 Elektroresekcja przezcewkowa guza pęcherza moczowego (TURBT) usunięto procedurę 57.42 Wycięcie zmian pęcherza moczowego endoskopowe
91	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub szyi pęcherza moczowego usunięto procedury: 60.95 Przezcewkowe rozszerzenie balonem części sterkowej cewki moczowej i 60.971 Hypertermia radiowa (TURF) stercza
92	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy L53 Średnie zabiegi cewki moczowej do grupy L54 Małe zabiegi cewki moczowej przeniesiono procedurę 58.392 Wycięcie zmiany cewki moczowej z grupy L54 Małe zabiegi cewki moczowej do grupy L53 Średnie zabiegi cewki moczowej przeniesiono procedurę 58.393 Wycięcie zwężenia cewki moczowej
93	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z charakterystyki grupy L81 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego usunięto rozpoznania: Q60.1 Agenezja nerki, obustronna, Q60.2 Agenezja nerki, nieokreślona, Q60.4 Niedorozwój nerki, obustronny, Q60.5 Niedorozwój nerek, nieokreślony, Z90.5 Nabyty brak nerek
94	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy N01 Poród usunięto rozpoznania: 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
95	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę N20 Noworodek wymagający normalnej opieki uzupełniono o rozpoznania: P58.8 Żółtaczka noworodków spowodowana inną określoną nadmierną hemolizą, P58.9 Żółtaczka noworodków spowodowana nadmierną hemolizą, nieokreślona, P59.8 Żółtaczka noworodków spowodowana innymi określonymi przyczynami, P59.9 Żółtaczka noworodków, nieokreślona
96	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie N22 procedurę 03.33 - Nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego zamieniono na 03.311 - Nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego - ujednoczenie z klasyfikacją do grupy tej dodano procedury z grupy N34 Małe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia
97	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	warunek kierunkowy w grupie N25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru zmieniono na: q wymagane wskazanie procedury z listy procedur N25 oraz rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej N7 lub rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej N8 zmieniono nazwę procedury 92.22 na „Wstrzyknięcie innej substancji przeciwniekcyjnej”
98	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	utworzono grupę N26 Noworodek wymagający intensywnej terapii z zabiegiem chirurgicznym obejmująca procedury i rozpoznania z grup N31-N34
99	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy N31 Kompleksowe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia włączono grupy N35 Leczenie wrodzonego wytrzewienia oraz N36 Operacja przepukliny oponowo-rdzeniowej z drenażem komory mózgu; rozpoznania przeniesiono do listy dodatkowej N7
100	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy N33 Średnie zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia z N36 Operacja przepukliny oponowo-rdzeniowej z drenażem komory mózgu przeniesiono procedury: 02.422 Wymiana drenu komorowego, 02.423 Rewizja drenu dokomorowego w drenażu komorowo-otrzewnowym, 02.43 Usunięcie drenażu komory mózgu oraz rozpoznania: Q05.0 Rozszczep kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowiem, Q05.1 Rozszczep kręgosłupa piersiowego ze współistniejącym wodogłowiem, Q05.2 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowiem, Q05.3 Rozszczep kręgosłupa krzyżowego ze współistniejącym wodogłowiem

101	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę dodatkową N4 uzupełniono o procedurę 88.792 USG macicy nieciążarnej
102	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę P21 Choroby serca uzupełniono o rozpoznania: I10 Samoistne (pierwotne) nadciśnienie, 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, I49.8 Inne określone zaburzenia rytmu serca, I49.9 Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone
103	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa do S60 Choroby zakaźne niewirusowe przeniesiono rozpoznanie A69.2 Choroba z Lyme
104	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy P07 Nowotwory usunięto rozpoznanie D47.3 Samoistna trombocytopenia (krwotoczna)
105	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy S04 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego < 2 dni uzupełniono o rozpoznania z grupy S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek > 10 dni
106	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy S41 uzupełniono o procedury: 00.17 Wlew czynnika wazopresyjnego, 34.041 Drenaż jamy opłucnowej, 34.042 Zamknięty drenaż klatki piersiowej, 37.70 Wstępne wprowadzenie elektrody - inne, 37.71 Wstępne wprowadzenie przezżyłnej elektrody do komory, 37.72 Wstępne wprowadzenie przezżyłnej elektrody do komory/przedsionka, 37.73 Wstępne wprowadzenie elektrod rozrusznika do przedsionka przezżylnie, 37.772 Usunięcie przezżyłnej elektrody, 37.78 Wprowadzenie czasowego rozrusznika serca, 38.951 Założenie cewnika czasowego do dializy, 50.921 Dializa wątrobowa, 50.929 Pozaustrojowe wspomaganie wątroby - inne, 89.61 Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego, 89.62 Monitorowanie centralnego ciśnienia żylnego, 99.169 Wstrzyknięcie innego antidotum, 99.625 Stymulacja elektrodą zewnętrzną
107	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	dokonano kolejnej przebudowy charakterystyki w zakresie sekcji H

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 3.3. Zmiany wynikające z zarządzenia nr 94/2008/DSOZ

LP.	DOKUMENT	TREŚĆ ZMIAN
1	treść zarządzenia	<p>w § 18:</p> <p>a) w ust. 1 pkt 8 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„8) Położnictwo i ginekologia:</p> <p>a) N01 - Poród,</p> <p>b) N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,</p> <p>c) N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni,</p> <p>d) N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni,</p> <p>e) N10 - Noworodek zdrowy;”</p> <p>b) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„2) Położnictwo i ginekologia:</p> <p>a) N01 – Poród,</p> <p>b) N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,</p> <p>c) N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni,</p> <p>d) N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni,</p> <p>e) N10 - Noworodek zdrowy;”</p>
2	treść zarządzenia	<p>w § 19 ust. 7 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„7. W przypadku pacjentów, u których bezpośrednio przed przeniesieniem do OAiIT wykonywane były świadczenia zabiegowe, o których mowa w ust. 6, finansowanie leczenia w OAiIT odbywa się od trzeciego dnia pobytu, o ile osiągnęli co najmniej 19 punktów w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci.”;</p>
3	treść zarządzenia	<p>w § 21 ust. 3 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„3. Wartość punktową każdego osobodnia ponad limit objęty ryczałtem ustala się w katalogu grup na poziomie 80% średniej wartości osobodnia dla danej grupy, nie więcej jednak niż 6 punktów, z zastrzeżeniem grup, dla których wartość punktowa określona została odrębnie.”;</p>
4	zał. nr 1a	<p>nazwę grup S31 i S32 zmieniono odpowiednio na: Choroby alergiczne > 1 dnia oraz Choroby alergiczne < 2 dni; jednocześnie umożliwiono realizację tych grup w trybie hospitalizacja planowa</p>
5	zał. nr 1a	<p>wartość grupy S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek > 10 dni podniesiono do wysokości 488 pkt; jednocześnie liczbę dni pobytu finansowaną grupą obniżono do 45</p>
6	zał. nr 1a	<p>w grupie S02 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 10 dni liczbę dni pobytu finansowaną grupą podniesiono do 16, wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą podniesiono do 10 pkt</p>
7	zał. nr 1a	<p>w grupie Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 1 dnia wprowadzono liczbę dni pobytu finansowaną grupą - 4, wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą podniesiono do 10 pkt</p>
8	zał. nr 1a	<p>w trybie hospitalizacja planowa umożliwiono realizację grup: E55 Zakrzepica żył głębokich, F16 Choroby żołądka i dwunastnicy, G22 Duże zabiegi przewodów żółciowych, G24 Wycięcie pęcherzyka żółciowego z pw, J37 Owrzodzenia skóry</p>
9	zał. nr 1a	<p>w trybie leczenie jednego dnia umożliwiono realizację grup B11 Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze, B12 Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, C42 Duże zabiegi nosa, G24 Wycięcie pęcherzyka żółciowego z pw, J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi, L05 Duże endoskopowe zabiegi nerek, L15 Duże endoskopowe zabiegi moczowodu oraz M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego jednocześnie w grupach: B11, G24, J04, L05, L15 usunięto: liczbę dni pobytu finansowanych grupą, wartość punktową hospitalizacji < 2 dni, wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą</p>

10	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy A14 Małe zabiegi wewnątrzczaszkowe w zakresie neurologia
11	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa w zakresie neurologia
12	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy D04 Średnie i małe zabiegi klatki piersiowej w zakresie chirurgia onkologiczna
13	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji w zakresie immunologia kliniczna
14	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy F13 Zabiegi lecznicze żołądka i dwunastnicy w zakresie pediatria
15	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grup F61 Kompleksowe zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego i F62 Duże i endoskopowe lecznicze zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego w zakresie chirurgia onkologiczna
16	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy G16 Ostre choroby wątroby w zakresie nefrologia
17	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy H82 Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej w zakresie chirurgia onkologiczna
18	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy H87 Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej w zakresie immunologia kliniczna; usunięto możliwość realizacji grupy J38 Ciężkie choroby dermatologiczne (jednostki chorobowe leczone w oddziałach immunologii zostały przeniesione z grupy J38 do H87)
19	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy J09 Wycięcie węzłów chłonnych w zakresie chirurgia szczękowo-twarzowa
20	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy P13 Zatrucia lub alergie w zakresie dermatologia i wenerologia
21	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy P16 Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone w zakresach: choroby płuc, dermatologia i wenerologia, gastroenterologia, nefrologia, neurologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, położnictwo i ginekologia, urologia
22	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grup P17 Choroby nerek i P18 Choroby nerek z niewydolnością nerkową w zakresie urologia
23	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy P20 Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej w zakresach: alergologia, dermatologia i wenerologia, immunologia kliniczna, ortopedia i traumatologia narządu ruchu
24	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy P25 Uraz głowy z urazem mózgu w zakresach chirurgia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu
25	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy Q16 Inne zabiegi na naczyniach w zakresach chirurgia onkologiczna, chirurgia szczękowo-twarzowa
26	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy Q18 Zabiegi na układzie limfatycznym w zakresie chirurgia szczękowo-twarzowa
27	zał. nr 1a	umożliwiono realizację grupy Q45 Zabiegi endowaskularne - 5. grupa w zakresie choroby płuc
28	zał. nr 1a	dla grupy A44 Choroby naczyń mózgowych wymagające interwencji zabiegowej z pola uwagi usunięto „warunki określone w zał. nr 3”
29	zał. nr 1a	w grupach C22 Duże zabiegi szczękowo-twarzowe i C32 Duże zabiegi uszu usunięto wartość punktową hospitalizacji < 2 dni
30	zał. nr 1a	w grupie E19 OZW - leczenie z zastosowaniem leku trombolitycznego drugiej/trzeciej generacji usunięto ograniczenie czasu pobytu, wprowadzono wartość punktową hospitalizacji < 2 dni na poziomie 85 pkt, co pozwoli na pokrycie kosztu podanego leku trombolitycznego
31	zał. nr 1a	w grupie M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego usunięto wartość punktową hospitalizacji < 2 dni
32	zał. nr 1a	dla grupy N23 Noworodek wymagający intensywnej opieki w kolumnie uwagi wprowadzono zapis: warunki określone w zał. nr 3 dla 2 poziomu referencyjnego

33	zał. nr 1a	w grupie L26 Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym przywrócono możliwość rozliczenia w trybie jednego dnia, usunięto: liczbę dni pobytu finansowanych grupą, wartość punktową hospitalizacji < 2 dni, wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą
34	zał. nr 1a	w grupie L43 Przecewkowa resekcja gruczołu krokowego podniesiono wartość punktową do 60 pkt, umożliwiono realizację w trybie leczenia jednego dnia, usunięto: liczbę dni pobytu finansowanych grupą, wartość punktową hospitalizacji < 2 dni, wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą
35	zał. nr 1a	dla grup: A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym, A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni i A50 Udar mózgu - leczenie arunek określony w kolumnie „uwagi” zmieniono na: konieczność udokumentowania wykonania badania obrazowego w kierunku stwierdzenia ogniska chorobowego
36	zał. nr 1a	utworzono nowe grupy: P26 Leczenie nowotworów z pw > 7 dni P27 Guzy łite układu nerwowego P28 Guzy łite narządów, tkanek i innych układów
37	zał. nr 1a	w zakresie toksykologii: 1) dla grupy S43 Zatrucie lekkie usunięto wartość punktową hospitalizacji < 2 dni 2) w uwagach dla grup S41, S42, S43 zamieszczono: „konieczne potwierdzenie rodzaju zatrucia skalą PSS”
38	zał. nr 1a	zmieniono wartości punktowe grup: - H02 Endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego - 101 - H04 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita cementowa, bipolarna biodra - 165 - H05 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana, bezcementowa biodra - 234 - H06 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra lub kolana z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego - 383 - H07 Endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa - 257 - H08 Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita - 409 - H09 Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obluzowania lub z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym” - 146 - H10 Zabiegi operacyjne - rewizyjne w przypadkach infekcji wokół protezy - 254 - H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych - 205 - H52 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów - 225 - H53 Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów - 150
39	zał. nr 1a	w sekcji H utworzono nowe grupy: - H60 Rekonstrukcja zmian w obrębie miednicy z pw - 370 pkt - H61 Rekonstrukcja zmian w obrębie miednicy bez pw - 262 pkt
40	zał. nr 1a	dla zakresu neurologia usunięto możliwość realizacji grup: Q31 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu, Q32 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskularny zabieg naprawczy, Q33 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy
41	zał. nr 1a	nazwę grupy P21 zmieniono na: Choroby układu krążenia
42	zał. nr 1a	wartość grupy Q23 Operacje żyłaków z safenektomią podniesiono do 37 pkt
43	zał. nr 1a	nazwę grupy Q52 zmieniono na: Dostęp w leczeniu nerkozastępczym
44	zał. nr 1a	z grup S02-S04 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego wydzielono grupy S05-S07 Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony
45	zał. nr 1b	zmieniono nazwy świadczeń: - 5.52.01.0000035 na: Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją - 5.52.01.0000938 na: Plazmafereza lecznicza z hospitalizacją - 5.52.01.0001465 na: Afereza lecznicza poza plazmaferezą i LDL-aferezą z hospitalizacją - 5.52.01.0001464 na: Hospitalizacja związana z przetoczeniem krwi, produktów krwiopochodnych i immunoglobulin

46	zał. nr 1b	w zakresie immunologia kliniczna umożliwiono realizację świadczeń: 5.52.01.0000837 Zapalenie płuc u chorego w immunosupresji - diagnostyka (HRCT, bronchoskopia, bakteriologia, serologia, biopsja), leczenie bez immunoglobulinoterapii oraz 5.52.01.0000938 Plazmafereza lecznicza z hospitalizacją
47	zał. nr 1b	w zakresie nefrologia umożliwiono realizację świadczenia 5.52.01.0001391 Pogorszenie czynności przeszczepu - diagnostyka, leczenie
48	zał. nr 1b	w zakresie transplantologia kliniczna umożliwiono realizację świadczenia 5.52.01.0001464 Hospitalizacja związana z przetoczeniem krwi, produktów krwiopochodnych i immunoglobulin
49	zał. nr 1b	dodano świadczenie 5.52.01.0001360 zgorzel gazowa - kompleksowe leczenie zachowawcze i zabiegowe skojarzone z terapią hiperbaryczną o wartości 75 pkt
50	zał. nr 1c	wprowadzono świadczenie: 5.53.01.0001473 Znieczulenie ogólne u dziecka do badań diagnostycznych i/lub zabiegów o wartości 5 pkt
51	zał. nr 1c	w zakresie pediatria umożliwiono rozliczanie świadczenia 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin z jednoczesnym zastrzeżeniem w kolumnie uwagi, iż w pediatrii możliwe jest podawanie wyłącznie w przypadku wtórnego niedoboru odporności; oraz świadczenia 5.53.01.0000035 Implantacja portu naczyniowego i 5.53.01.0001445 Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z użyciem cewnika typu Broviac, Hickman lub Groshong
52	zał. nr 1c	w zakresie dermatologia i wenerologia umożliwiono realizację świadczenia 5.53.01.0000938 Plazmafereza lecznicza
53	zał. nr 1c	w zakresie immunologia kliniczna umożliwiono realizację świadczeń: 5.53.01.0000938 Plazmafereza lecznicza, 5.53.01.0000941 Przetoczenie koncentratu granulocytarnego z aferezy, 5.53.01.0000943 Przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej, 5.53.01.0001372 Jednorazowe przetoczenie napromienianego KKCz, 5.53.01.0001373 Jednorazowe przetoczenie napromienianego i filtrowanego KKCz, 5.53.01.0001374 Jednorazowe przetoczenie napromienianego i filtrowanego koncentratu krwinek płytkowych, 5.52.01.0001445 Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z użyciem cewnika typu Broviac, Hickman lub Groshong z hospitalizacją
54	zał. nr 1c	umożliwiono sumowanie świadczenia 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin ze świadczeniem 5.52.01.0001464 Hospitalizacja związana z przetoczeniem krwi, produktów krwiopochodnych i immunoglobulin z załącznika 1b
55	zał. nr 1c	dodano świadczenia umożliwiające rozliczenie leczenia w OAIIT osobodni, w których pacjent uzyskał do 77 punktów w skali TISS
56	zał. 2a - Wzór umowy - leczenie szpitalne	<p>w § 2 ust 5 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„5. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą, a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027), zwanej dalej „ustawą”, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.”;</p> <p>w § 4:</p> <p>a) w ust 4 pkt 8 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„ 8) Położnictwo i ginekologia:</p> <p>a) N01 – Poród,</p> <p>b) N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,</p> <p>c) N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni,</p> <p>d) N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni,</p> <p>e) N10 - Noworodek zdrowy;”</p> <p>b) w ust. 6 pkt 2 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„2) Położnictwo i ginekologia:</p> <p>a) N01 – Poród,</p> <p>b) N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,</p> <p>c) N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni,</p> <p>d) N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni,</p> <p>e) N10 - Noworodek zdrowy;”</p>

		w § 2 ust. 5 otrzymuje brzmienie:
57	zał. 2b - Wzór umowy - leczenie szpitalne - radioterapia	„1. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027), zwanej dalej „ustawą”, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.”
58	zał. nr 9	w grupie A02 Zabiegi wewnątrzczaszkowe z powodu urazu nazwę procedury 01.592 Oczyszczenie mózgu zmieniono na: Opracowanie chirurgiczne rany mózgu nazwę procedury 02.061 Kranioplastyka - inne zmieniono na: Operacja odtwórcza czaszki - nie określona inaczej nazwę procedury 04.79 Neuroplastyka - inne zmieniono na: Inna plastyka nerwów nazwę procedury 07.59 Operacje szyszynki - inne zmieniono na: Inne operacje szyszynki
59	zał. nr 9	w grupie A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe nazwę procedury 01.592 Oczyszczenie mózgu zmieniono na: Opracowanie chirurgiczne rany mózgu nazwę procedury 07.59 Operacje szyszynki - inne zmieniono na: Inne operacje szyszynki
60	zał. nr 9	w grupie A25 Zabiegi na nerwach obwodowych nazwę procedury 04.79 Neuroplastyka - inne zmieniono na: Inna plastyka nerwów
61	zał. nr 9	z grupy A31 Choroby nerwów obwodowych usunięto rozpoznanie G56.0 Zespół cieśni nadgarstka
62	zał. nr 9	grupę A48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym uzupełniono o rozpoznania związane z udarem mózgu, zmieniono także warunek kierunkowy kwalifikujący do grupy
63	zał. nr 9	zmieniono warunek kierunkowy dla grupy A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni
64	zał. nr 9	z grupy A50 Udar mózgu - leczenie do grupy A45 Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze przeniesiono rozpoznania G08 Zapalenie żył i zakrzepowe zapalenie żył śródczaszkowych i w kanale kręgowym, I65.X Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych nie powodujące zawału mózgu, I66.X Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych nie powodujące zawału mózgu, I67.0 Rozwarstwienie tętnic mózgowych, niepęknięte, I67.6 Nieropny zakrzep układu żylnego wewnątrzczaszkowego, I67.7 Zapalenie tętnic mózgowych, niesklasyfikowanych gdzie indziej
65	zał. nr 9	z grupy A50 Udar mózgu - leczenie do grupy A87 Inne choroby układu nerwowego przeniesiono rozpoznania I67.2 Miażdżycza tętnic mózgowych, I67.5 Choroba Moyamoya, I67.8 Inne określone choroby naczyń mózgowych, I67.9 Choroba naczyń mózgowych, nieokreślona, I69.8 Następstwa innych i nieokreślonych chorób naczyń mózgowych
66	zał. nr 9	charakterystykę grupy A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni uzupełniono o rozpoznanie G47.4 Narkolepsja i katalapsja, dla rozpoznania tego ustalając warunek kierunkowy: d wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań A67 oraz dwóch procedur z listy dodatkowej A4; czas pobytu > 3 dni
67	zał. nr 9	listę dodatkową A2 uzupełniono o procedury: 03.311 Nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego i 87.41 Komputerowa tomografia (TK) klatki piersiowej
68	zał. nr 9	listę dodatkową A4 uzupełniono o procedury: 89.17 Polisomnogram i 89.142 Holter EEG
69	zał. nr 9	w grupie C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa nazwe rozpoznania J32.4 Zapalenie płuc wywołane przez inne paciorkowce zmieniono na prawidłową: Przewlekłe zapalenie wszystkich zatok przynosowych
70	zał. nr 9	z grupy D03 Duże zabiegi klatki piersiowej do grupy D04 Średnie i małe zabiegi klatki piersiowej przeniesiono procedurę 32.09 Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela
71	zał. nr 9	charakterystykę grupy D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu uzupełniono o procedurę 89.17 Polisomnogram

72	zał. nr 9	z grupy D37 usunięto rozpoznania: R06.2 Sapanie i R06.6 Czkawka
73	zał. nr 9	w warunku kierunkowym dla grup E27 Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne, F33 Średnie i endoskopowe zabiegi jelita grubego, F53 Średnie i endoskopowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit, G35 Zabiegi diagnostyczne dróg żółciowych i trzustki, K05 Zabiegi diagnostyczne tarczycy, przytarczyc, nadnerczy oraz Q48 Radiologia zabiegowa - zabiegi diagnostyczne wprowadzono czas pobytu < 3 dni
74	zał. nr 9	listę Gpw Lista powikłań i chorób współistniejących uzupełniono o rozpoznania: D69.5 Małopłytkowość wtórna, D69.6 Nieokreślona małopłytkowość i D70 Agranulocytoza
75	zał. nr 9	grupę J03 Proste odjęcie piersi uzupełniono o rozpoznania: D24 Nowotwór niezłośliwy sutka, N60.0 Samotna torbiel sutka, N60.1 Rozlane torbielowate zwyrodnienie sutka, N60.2 Gruczkowłókniakowatość sutka, N60.3 Stwardnienie tkanki włóknistej sutka, N60.4 Poszerzone przewody mlekowe sutka, N60.8 Inna łagodna dysplazja sutka, N60.9 Łagodna dysplazja sutka, nieokreślona, N63 Nieokreślony guzek w sutku
76	zał. nr 9	grupę J09 Wycięcie węzłów chłonnych uzupełniono o procedurę 40.12 Wycięcie węzła wartowniczego
77	zał. nr 9	grupę J13 Poważne oparzenia (odmrożenia), oparzenia 3o/>19% TBSA - jednej lub wielu okolic ciała bez przeszczepu skóry > 10 dni uzupełniono o procedurę 32.01 Endoskopowe wycięcie lub zniszczenie zmiany tkanki oskrzela usunięto procedury: 86.289 Inne oczyszczenie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania, 86.99 Operacje skóry/tkanki podskórnej - inne, 93.57 Założenie opatrunku na ranę - inne
78	zał. nr 9	z grupy J39 Duże choroby dermatologiczne do grupy J38 Ciężkie choroby dermatologiczne przeniesiono rozpoznanie L40.1 Łuszczyca krostkowa uogólniona, dodatkowo charakterystykę grupy J38 uzupełniono o rozpoznania E80.1 Porfirią skórna, późna i O98.1 Kiła wikłająca ciążę, poród i połóg
79	zał. nr 9	z grupy J38 Ciężkie choroby dermatologiczne do grupy J39 Duże choroby dermatologiczne przeniesiono rozpoznanie L40.8 Inna łuszczyca, dodatkowo charakterystykę grupy J39 uzupełniono o rozpoznanie A18.4 Gruźlica skóry i tkanki podskórnej
80	zał. nr 9	listę dodatkową K5 uzupełniono o procedury: 88.761 Diagnostyka ultrasonograficzna brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej (skan B i/lub w czasie rzeczywistym)
81	zał. nr 9	w warunku kierunkowym dla grup: L54 Małe zabiegi cewki moczowej, M04 Małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego wprowadzono czas pobytu < 2 dni
82	zał. nr 9	do grupy L72 Zabiegi moszny, jądra, najądrza i nasieniowodu dodano procedurę 63.13 Wycięcie żyłaków powrózka nasiennego
83	zał. nr 9	na liście dodatkowej L2 zmieniono nazwę procedury na: 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową/laparoskopową
84	zał. nr 9	grupę M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu i na szyi pęcherza moczowego u kobiet uzupełniono o procedurę 59.793 Podwieszenie cewki i pęcherza z użyciem materiału syntetycznego
85	zał. nr 9	warunek kierunkowy w grupie N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni zmieniono na: m wymagane wskazanie procedury z listy procedur N03, rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej N3, rozpoznania współistniejącego z listy rozpoznań N03 oraz procedur z listy dodatkowej N1 i listy dodatkowej N2, czas pobytu > 7 dni
86	zał. nr 9	z grup N05 Patologia ciąży, porodu - diagnostyka, leczenie > 2 dni, N06 Patologia ciąży, porodu - diagnostyka, leczenie > 11 dni oraz N07 Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe usunięto rozpoznanie O13 Nadciśnienie ciążowe (wywołane ciążą) bez zmiennego białkomoczu
87	zał. nr 9	z grupy N07 Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe usunięto rozpoznania O12.0 Obrzęki ciążowe i O22.4 Guzy krwawnicowe w ciąży
88	zał. nr 9	warunek kierunkowy w grupie N09 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni zmieniono na m wymagane wskazanie procedury z listy procedur N03, rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań N07, rozpoznania współistniejącego z listy rozpoznań N03 oraz procedur z listy dodatkowej N1 i listy dodatkowej N5; czas pobytu > 14 dni
89	zał. nr 9	do grupy N22 Noworodek wymagający intensywnej terapii dodano procedurę 100.62 Założenie cewnika do żyły centralnej

90	zał. nr 9	z grupy N23 Noworodek wymagający intensywnej opieki usunięto procedurę 89.662 pH-metria krwi płodu z owłosionej skóry głowy
91	zał. nr 9	do grupy N25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru dodano procedury: 89.661 Gazometria mieszanej krwi żyłnej, 93.964 Tlenoterapia i 99.843 Obserwacja noworodka w inkubatorze
92	zał. nr 9	w grupie N26 Noworodek wymagający intensywnej terapii z zabiegiem chirurgicznym i grupie N32 Duże zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia nazwę procedurę 04.79 Neuroplastyka - inne zmieniono na: Inna plastyka nerwów
93	zał. nr 9	listę dodatkowa N3 uzupełniono o rozpoznania: O11 Istniejące uprzednio nadciśnienie z dołączającym się białkomoczem i O12.3 Obrzęki ciążowe z białkomoczem usunięto rozpoznania: O30.1 Ciąża trojaczna, O30.2 Ciąża czworaczna, O30.8 Inna ciąża mnoga, O30.9 Ciąża mnoga, nieokreślona
94	zał. nr 9	z listy dodatkowej N5 usunięto procedury 75.313 Amnioskopia przezpochwowa i 89.393 Kardiotokografia
95	zał. nr 9	z listy dodatkowej N8 do listy dodatkowej N7 przeniesiono rozpoznanie P28.5 Niewydolność oddechowa noworodka
96	zał. nr 9	charakterystykę grupy P15 Zaburzenia zachowania uzupełniono o rozpoznania: T74.1 Nadużycie fizyczne, T74.2 Nadużycie seksualne, i T74.8 Inne zespoły maltretowania
97	zał. nr 9	z grupy P16 Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone usunięto rozpoznania: Q17.0 Małżowina dodatkowa, Q17.1 Małżowina duża, Q17.2 Małżowina mała, Q17.3 Inne nieprawidłowości kształtu ucha, Q17.4 Nieprawidłowe osadzenie małżowiny usznej, Q17.5 Ucho odstające, Q17.8 Inne określone wady rozwojowe ucha, Q17.9 Wrodzona wada rozwojowa ucha, nieokreślona
98	zał. nr 9	grupę P28 uzupełniono o rozpoznania: C07, C08, C56, C57, C62, C63, C73, C07, C08, C92.0, C96.0-C96.7
99	zał. nr 9	do grupy Q52 Dostęp w leczeniu nerkozastępczym dodano procedurę 54.955 Wszczępienie na stałe cewnika do dializy otrzewnowej
100	zał. nr 9	grupę S32 Choroby alergiczne < 2 dni uzupełniono o procedury: 99.129 Odczulanie - inne, 99.801 Ocena działania czynnika swoistego (alergen), 99.802 Ocena działania czynnika nieswoistego, 99.809 Ocena innego czynnika wywołującego nadwrażliwość usunięto procedury: 99.161 Wstrzyknięcie antytoksyny przeciw jadowi węży, 99.169 Wstrzyknięcie innego antidotum
101	zał. nr 9	przebudowano charakterystykę grup S41 i S42
102	zał. nr 9	z grup S02-S04 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego wydzielono grupy S05-S07 Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony
103	zał. nr 9	do grupy S53 przeniesiono rozpoznania: z grupy S60 - A26.7 Posocznica wywołana włoskowcami różycy i A32.7 Posocznica listeriozowa; z grupy F47 - A02.1 Posocznica wywołana pałeczkami Salmonella
104	zał. nr 9	charakterystykę grupy H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich uzupełniono o procedury: 97.172 Usunięcie zespolenia zewnętrznego - kość ramienna, 97.173 Usunięcie zespolenia zewnętrznego - kość promieniowa/kość łokciowa, 97.174 Usunięcie zespolenia zewnętrznego - kości nadgarstka/śródręcza/paliczki (ręki)
105	zał. nr 9	w sekcji H utworzono nowe grupy: H60 Rekonstrukcja zmian w obrębie miednicy z pw oraz H61 Rekonstrukcja zmian w obrębie miednicy bez pw
106	zał. nr 9	charakterystykę grupy H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni uzupełniono o rozpoznania: C49.X Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych i tkanek miękkich
107	zał. nr 9	z listy dodatkowej H6 usunięto procedury: 00.781 Operacje stawu biodrowego - oba elementy mocowane bezcementowo, 00.782 Operacje stawu biodrowego - oba elementy mocowane za pomocą cementu, 00.783 Operacje stawu biodrowego - jeden element mocowany za pomocą cementu, drugi bezcementowo, 00.784 Operacja stawu biodrowego - jeden element mocowany za pomocą cementu, 00.785 Operacja stawu biodrowego - jeden element mocowany bezcementowo, 00.851 Operacja stawu kolanowego - oba elementy mocowane bezcementowo, 00.852 Operacja stawu kolanowego - oba elementy mocowane za pomocą cementu

108	zał. nr 9	w grupie M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego zmieniono warunek kierunkowy dodano procedurę 68.24 Histerolaparoskopia lecznicza
109	zał. nr 9	grupę M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego uzupełniono o procedurę 68.17 Przepochwowa hydrolaparoskopia (THL)
110	zał. nr 9	w grupach A03, A04, B12, B14, E79, F32, H05, H81, N26, N32, H87, H88, H97, H21, H22, H23, H31, H32, H33, H41, H42, H43, H55, H62, H63, H64, H72, H74, H83, H84, M02, M03, M04, M13, M14, M15 dokonano zmian uwzględniających konieczność wyodrębnienia rozpoznań mogących funkcjonować wyłącznie jako rozpoznania współlistniejące

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 3.4. Zmiany wynikające z zarządzenia nr 8/2009/DSOZ

LP.	DOKUMENT	TREŚĆ ZMIAN
1	treść zarządzenia	w § 19: ustępy 5, 7, 9, 10 otrzymały nowe brzmienie
2	treść zarządzenia	w § 21 skreślono się ust. 2 i 3
3	treść zarządzenia	w § 24 ust. 4 otrzymał nowe brzmienie
4	treść zarządzenia	w § 25 ust. 9 otrzymał nowe brzmienie
5	treść zarządzenia	w § 26 ust. 3 i 4 otrzymał nowe brzmienie
6	zał. 1a - katalog JGP	<p>rozszerzono uprawnienia do realizacji grup w następujących zakresach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chirurgia dziecięca: C21 Kompleksowe zabiegi szczękowo-twarzowe, C22 Duże zabiegi szczękowo-twarzowe, C23 Średnie zabiegi szczękowo-twarzowe, C24 Małe zabiegi szczękowo-twarzowe, D26 Wysiękowe zapalenie opłucnej, D37 Inne choroby układu oddechowego, D51 Odma opłucnowa, E55 Zakrzepica żył głębokich, F16 Choroby żołądka i dwunastnicy, F26 Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych), F36 Choroby jelita grubego, J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi, J37 Owrzodzenia skóry, J38 Ciężkie choroby dermatologiczne, P07 Nowotwory, P11 Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne, P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne, P16 Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone, P17 Choroby układu moczowo-płciowego, P18 Choroby nerek z niewydolnością nerkową, P19 Choroby krwi, P20 Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej, P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit, Q02 Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z pw i reoperacje, Q03 Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny, Q11 Zabiegi hybrydowe w obrębie naczyń obwodowych, Q41 Zabiegi endowaskularne - 1. grupa, Q42 Zabiegi endowaskularne - 2. grupa, Q43 Zabiegi endowaskularne - 3. grupa, Q44 Zabiegi endowaskularne - 4. grupa, Q45 Zabiegi endowaskularne - 5. grupa, Q46 Zabiegi endowaskularne - 6. grupa, Q47 Zabiegi endowaskularne - 7. grupa - chirurgia ogólna: S60 Choroby zakaźne niewirusowe - chirurgia onkologiczna: F56 Choroby zapalne jelit > 17 r.ż., G38 Przewlekłe choroby trzustki, J47 Duże guzy skóry - choroby płuc: Q03 Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny - endokrynologia oraz nefrologia: E86 Nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne, E87 Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż., E88 Nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. - gastroenterologia: F12 Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy - hematologia: K28 Wrodzone wady metaboliczne - onkologia i hematologia dziecięca: K56 Guzy złośliwe gruczołów dokrewnych bez zaburzeń czynności hormonalnej, K57 Guzy neuroendokrynne - onkologia kliniczna: K56 Guzy złośliwe gruczołów dokrewnych bez zaburzeń czynności hormonalnej, K57 Guzy neuroendokrynne
7	zał. 1a - katalog JGP	<p>podniesiono wartość punktową grup: A03 Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu, A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe, A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe, A34 Guzy mózgu, A57 Choroby zapalne układu nerwowego, B11 Kompleksowe zabiegi w zaćmie i jaskrze, B16 Zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne, B17 Zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne, B42 Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym, C01 Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją > 10 dni, C11 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani, C12 Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani, C21 Kompleksowe zabiegi szczękowo-twarzowe, C22 Duże zabiegi szczękowo-twarzowe, C31 Kompleksowe zabiegi uszu, C41 Kompleksowe zabiegi nosa, C42 Duże zabiegi nosa, D01 Złożone zabiegi klatki piersiowej, D02 Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej, D03 Duże zabiegi klatki piersiowej, D21 Zwiększenie torbielowate, D28 Choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej, D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu, D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji, F01 Kompleksowe zabiegi przełyku, F02 Duże zabiegi przełyku, w tym protezowanie, F03 Średnie i endoskopowe zabiegi przełyku,</p>

8	zał. 1a - katalog JGP	podniesiono wartość punktową grup: F11 Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy, F12 Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy, , F21 Kompleksowe zabiegi jelita cienkiego, F22 Duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego, F31 Kompleksowe zabiegi jelita grubego, F32 Duże zabiegi jelita grubego, F33 Średnie i endoskopowe zabiegi jelita grubego, F42 Duże zabiegi jamy brzusznej, F43 Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej, F44 Diagnostyczne zabiegi jamy brzusznej, F47 Choroby infekcyjne jelit, F51 Kompleksowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit, F53 Średnie i endoskopowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit, F56 Choroby zapalne jelit > 17 r.ż., F61 Kompleksowe zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego, G01 Rozległe zabiegi wątroby, G11 Kompleksowe zabiegi wątroby, G17 Przewlekłe choroby wątroby z pw, G18 Przewlekłe choroby wątroby bez pw, G21 Kompleksowe zabiegi przewodów żółciowych, G22 Duże zabiegi przewodów żółciowych, G28 Nowotwory dróg żółciowych, G31 Kompleksowe zabiegi trzustki, G32 Duże zabiegi trzustki, G34 Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki, G35 Zabiegi diagnostyczne dróg żółciowych i trzustki, G36 Ostre zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu, G42 Zabiegi śledziony,
9	zał. 1a - katalog JGP	podniesiono wartość punktową grup: H08 Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita, , H09 Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obluzowania lub z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym”, H10 Zabiegi operacyjne - rewizyjne w przypadkach infekcji wokół protezy, H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych, H31 Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy, H41 Rekonstrukcja funkcji ręki, w tym mikrochirurgiczna, H51 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa, H52 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów, H53 Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów, H72 Amputacje rozległe i duże, H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni, H82 Duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej, H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostno-stawowego < 18 r.ż., J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją, J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi, J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi, J06 Mała chirurgia piersi, J08 Choroby piersi złośliwe, J09 Wycięcie węzłów chłonnych, J10 Biopsja mammotomiczna, J47 Duże guzy skóry,
10	zał. 1a - katalog JGP	podniesiono wartość punktową grup: K01 Zabiegi radykalne w rakach gruczołów dokrewnych, K03 Zabiegi dotyczące tarczycy i przytarczyc, K04 Zabiegi dotyczące nadnerczy, K55 Raki gruczołów dokrewnych z zaburzeniami czynności hormonalnej, nowotworowe zespoły wielogruczołowe oraz ektopowe wydzielanie hormonów z wyłączeniem guzów neuroendokrynnych przewodu pokarmowego i układu oddechowego, K56 Guzy złośliwe gruczołów dokrewnych bez zaburzeń czynności hormonalnej, K57 Guzy neuroendokrynne, K58 Nowotwory endokrynne poza przysadką, L01 Kompleksowe otwarte zabiegi nerek, L02 Duże otwarte zabiegi nerek, L05 Duże endoskopowe zabiegi nerek, L06 Średnie endoskopowe zabiegi nerek, L08 Nowotwory nerek i dróg moczowych, L16 Średnie endoskopowe zabiegi moczowodu, L21 Kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki, L22 Duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka, L26 Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym, L31 Radykalna prostatektomia, L43 Przecewkowa resekcja gruczołu krokowego, L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub szyi pęcherza moczowego, M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego, M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego,
11	zał. 1a - katalog JGP	podniesiono wartość punktową grup: M02 Duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego, M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego, M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego, M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego, M28 Leczenie zachowawcze nowotworów złośliwych układu rozrodczego z pw, N09 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni, P03 Choroby górnego odcinka dróg oddechowych, P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P11 Poważne choroby żołądkowo-jelitowe i metaboliczne, P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne, P17 Choroby układu moczowo-płciowego, P18 Choroby nerek z niewydolnością nerkową,

11	zał. 1a - katalog JGP	P22 Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit, P23 Padaczka, P24 Cukrzyca, P26 Leczenie nowotworów z pw > 7 dni, P27 Guzy lite układu nerwowego, P28 Guzy lite narządów, tkanek i innych układów, Q01 Endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty, Q02 Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z pw i reoperacje, Q16 Inne zabiegi na naczyniach, Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym, S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek > 17 r.ż., S02 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 10 dni,
12	zał. 1a - katalog JGP	podniesiono wartość punktową grup: S03 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 1 dnia, S04 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego < 2 dni, S05 Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony > 10 dni, S08 Intensywne leczenie ostrych białaczek < 18 r.ż, S53 Posocznica
13	zał. 1a - katalog JGP	dokonano zmiany nazw następujących grup: - E86 z „Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. z pw” na „Nadciśnienie tętnicze odporne i wtórne” - E87 z „Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż. bez pw” na „Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż.” - J03 z „Proste odjęcie piersi” na „Duże zabiegi w obrębie piersi” - P13 z „Zatrucia i alergie” na „Alergie” - P17 z „Choroby nerek” na „Choroby układu moczowo - pęcherzowego” - Q18 „Zabiegi na układzie limfatycznym” na „Duże zabiegi na układzie limfatycznym”
14	zał. 1a - katalog JGP	symbolem * jako grupy zabiegowe oznaczono: B12 Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki i B14 Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki
15	zał. 1a - katalog JGP	w grupach E75 Wrodzone wady serca < 1 r.ż. lub < 18 r.ż. z pw i Wrodzone wady serca > 0 r.ż. i < 18 r.ż. dodano liczbę dni pobytu finansowaną grupą, wartość punktową hospitalizacji < 2 dni oraz wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą
16	zał. 1a - katalog JGP	obniżono liczbę dni finansowaną grupą w grupach: P27 Guzy lite układu nerwowego do 7 oraz P28 Guzy lite narządów, tkanek i innych układów do 6 dni
17	zał. 1a - katalog JGP	dodano grupę A51 Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym o wartości 242 pkt, obejmującej koszt leku
18	zał. 1a - katalog JGP	w sekcji D utworzono nowe grupy: D56 Ciężkie wady rozwojowe < 18 r.ż. o wartości 70 pkt oraz D57 Ostre zapalenie oskrzelików u niemowląt o wartości 50 pkt
19	zał. 1a - katalog JGP	grupę F56 Choroby zapalne jelit podzielono na: F56 Choroby zapalne jelit > 17 r.ż. o wartości 80 pkt oraz F57 Choroby zapalne jelit < 18 r.ż. o wartości 90 pkt
20	zał. 1a - katalog JGP	grupę K06 Stany nagłace w endokrynologii podzielono na: K06 Stany nagłace w endokrynologii > 17 r.ż. o wartości 82 pkt oraz K07 Stany nagłace w endokrynologii < 18 r.ż. o wartości 98 pkt
21	zał. 1a - katalog JGP	grupę L31 Otwarte zabiegi gruczołu krokowego i szyi pęcherza moczowego podzielono na: L31 Radykalna prostatektomia o wartości 160 pkt oraz L32 Otwarte zabiegi gruczołu krokowego i szyi pęcherza moczowego o wartości 102 pkt
22	zał. 1a - katalog JGP	grupę L81 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego podzielono na: L81 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego > 17 r.ż. o wartości 58 pkt oraz L87 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego < 18 r.ż. o wartości 72 pkt
23	zał. 1a - katalog JGP	grupę S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek podzielono na: S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek > 17 r.ż. z liczbą dni pobytu finansowaną grupą równą 45 i wartością osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą równą 8 pkt oraz S08 Intensywne leczenie ostrych białaczek < 18 r.ż. z liczbą dni pobytu finansowaną grupą równą 35 i wartością osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą równą 10 pkt

24	zał. 1a - katalog JGP	grupę Q18 Zabiegi na układzie limfatycznym podzielono na: Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym o wartości 60 pkt, Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym o wartości 40 pkt, Q20 Małe zabiegi na układzie limfatycznym o wartości 12 pkt
25	zał. 1a - katalog JGP	w grupie C01 Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją > 10 dni usunięto warunek czasu pobytu
26	zał. 1a - katalog JGP	w grupie C07 Wymiana procesora mowy dodano uwagę: - obejmuje wyłącznie wymianę całego urządzenia - wymiana nie wcześniej niż przed upływem okresu gwarancji; - konieczność przedstawienia opinii ośrodka o braku przydatności urządzenia do dalszego użytkowania; - nie obejmuje wymiany z powodu uszkodzeń z winy użytkownika
27	zał. 1a - katalog JGP	usunięto wymagania określone dla realizacji grup E86 Naciśnienie tętnicze oporne i wtórne oraz E87 Ciężkie naciśnienie tętnicze > 17 r.ż.
28	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczenia 5.52.01.0000035 Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją o zakres chirurgia dziecięca
29	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczenia 5.52.01.0001464 Hospitalizacja związana z przetoczeniem krwi, produktów krwiopochodnych i immunoglobulin o zakresy: choroby wewnętrzne, pediatria oraz położnictwo i ginekologia
30	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	zwiększono wartość punktową świadczeń: 5.52.01.0000035 Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją 5.52.01.0000243 Przewlekła wentylacja pacjenta w oddziale 5.52.01.0000811 Gruźlica - leczenie długoterminowe 5.52.01.0001424 Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej 5.52.01.0001440 Hospitalizacja do teleradioterapii 5.52.01.0001446 Hospitalizacja do procedury MZ 12 5.52.01.0001447 Hospitalizacja do procedury MZ 13 5.52.01.0001459 Gruźlica wielolekooporna, mykobakteriozy - leczenie długoterminowe
31	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	<p>dodano świadczenia</p> <p>5.52.01.0001470 Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej - w oddziale radioterapii/onkologii klinicznej o wartości 7 pkt dla zakresów: ginekologia onkologiczna, onkologia kliniczna oraz radioterapia/med. nuklearna</p> <p>5.52.01.0001471 Hospitalizacja do teleradioterapii - w oddziale radioterapii/onkologii klinicznej o wartości 8 pkt dla zakresów: ginekologia onkologiczna, onkologia kliniczna oraz radioterapia/med. nuklearna</p> <p>5.52.01.0001470 Dopasowanie procesora mowy systemu implantu ślimakowego o wartości 26 pkt, obejmujące pierwsze dopasowanie procesora mowy po wszczępieniu implantu ślimakowego</p>
32	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczeń 5.52.01.0001424 Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej oraz 5.52.01.0001440 Hospitalizacja do teleradioterapii o zakres chirurgia onkologiczna, usunięto w zakresach: onkologia kliniczna oraz radioterapia/med. nuklearna
33	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	rozszerzono uprawnienia do realizacji świadczenia 5.53.01.0001430 Lek lub wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia o zakresy: chirurgia dziecięca, chirurgia naczyniowa, neurochirurgia, neurologia; opis możliwości zastosowania świadczenia poszerzono o podanie baklofenu przy kolejnych uzupełnieniach pompy
34	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	dodano świadczenia umożliwiające wykazanie do rozliczenia u dzieci osobodnia pobytu w OAiIT od dnia, w którym osiągnięto 16 punktów w skali TISS-28 dla dzieci
35	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	doprecyzowano świadczenie 5.53.01.0001473 nadając mu nazwę „Znieczulenie ogólne lub dożylnie (wg ICD-9) u dziecka do zabiegów i badań diagnostycznych w czasie pobytu jednodniowego”
36	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	w nazwie świadczeń: 5.53.01.0001372 Jednorazowe Przetoczenie napromienianego KKCz, 5.53.01.0001373 Jednorazowe Przetoczenie napromienianego i filtrowanego KKCz oraz 5.53.01.0001374 Jednorazowe Przetoczenie napromienianego i filtrowanego koncentratu krwinek płytkowych usunięto określenie „jednorazowe”; do świadczeń dodano uwagę „za każdą jednostkę”

37	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	w trybie jednodniowym umożliwiono realizację świadczeń: 5.53.01.0000940 Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych, 5.53.01.0000941 Przetoczenie koncentratu granulocytarnego z aferezy, 5.53.01.0000942 Przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z aferezy, 5.53.01.0000943 Przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej, 5.53.01.0001322 Przetoczenie osocza, 5.53.01.0001372 Jednorazowe Przetoczenie napromienianego KKCz, 5.53.01.0001373 Jednorazowe Przetoczenie napromienianego i filtrowanego KKCz, 5.53.01.0001374 Jednorazowe Przetoczenie napromienianego i filtrowanego koncentratu krwinek płytkowych, 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin, 5.53.01.0001454 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy, 5.53.01.0001455 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek czerwonych, 5.53.01.0001456 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej
38	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	podniesiono wartość punktową świadczenia 5.53.01.0000035 Implantacja portu naczyniowego
39	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	obniżono wartość punktową świadczeń 5.53.01.0000942 Przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z aferezy oraz 5.53.01.0001454 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy dostosowując je do cen urzędowych preparatów krwi
40	zał. 1d - katalog radioterapii	podniesiono wartość punktową świadczeń
41	zał. 3 Warunki wspólne wobec świadczeniodawców	w części hospitalizacja: a) skreślono punkty: 14.3, 24.4 b) pkt 30.3 otrzymał brzmienie: „Warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup: A48, A51”
42	zał. 5b Warunki w SOR i IP	w części - Warunki techniczne, organizacyjne i kadrowe w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) - warunki organizacyjne doprecyzowano wymagania dla obszaru resuscytacyjno-zabiegowego
43	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę F56 Choroby zapalne jelit podzielono na: F56 Choroby zapalne jelit > 17 r.ż. oraz F57 Choroby zapalne jelit < 18 r.ż.
44	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę K06 Stany naglące w endokrynologii podzielono na: K06 Stany naglące w endokrynologii > 17 r.ż. oraz K07 Stany naglące w endokrynologii < 18 r.ż.
45	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę L31 Otwarte zabiegi gruczołu krokowego i szyi pęcherza moczowego podzielono na: L31 Radykalna prostatektomia oraz L32 Otwarte zabiegi gruczołu krokowego i szyi pęcherza moczowego
46	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę L81 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego podzielono na: L81 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego > 17 r.ż. oraz L87 Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego < 18 r.ż.
47	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę Q18 Zabiegi na układzie limfatycznym podzielono na: Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym o wartości 60 pkt, Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym o wartości 40 pkt, Q20 Małe zabiegi na układzie limfatycznym o wartości 12 pkt
48	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	grupę S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek podzielono na: S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek > 17 r.ż. oraz S08 Intensywne leczenie ostrych białaczek < 18 r.ż.
49	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	dodano grupę A51 Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym
50	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe uzupełniono o procedury: 01.248 Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego i 39.51 Klipsowanie tętniaka
51	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z charakterystyki grupy A59 Bóle głowy usunięto rozpoznania: G43.9 Migrena, nieokreślona, G97.1 Inne odczyny po nakłuciu lędźwiowym i R51 Ból głowy
52	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z warunku grupy C05 Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych usunięto konieczność wskazania procedury z listy dodatkowej C4 usunięto listę dodatkową C4

53	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie C07 Wymiana procesora mowy nazweprocedury zmieniono na: 20.994 Wymiana elektronicznych protez sluchu – procesora mowy
54	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w charakterystyce grup w sekcji C dokonano zmian polegających na dodaniu nowych procedur oraz przesunięciu procedur pomiędzy grupami
55	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z charakterystyki grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe usunięto rozpoznanie J12.9 Nieokreślone wirusowe zapalenie płuc
56	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z charakterystyki grupy D49 Uszkodzenia inhalacyjne płuc usunięto rozpoznania: 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
57	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy E79 Inne choroby układu krążenia > 0 r.ż. i < 18 r.ż. uzupełniono o rozpoznania: I95.0 Samoistne niedociśnienie tętnicze, I95.2 Niedociśnienie tętnicze wywołane przez leki, I95.8 Inne niedociśnienie tętnicze, I95.9 Niedociśnienie tętnicze, nieokreślone, I50.0 Niewydolność serca zastoinowa, I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa, I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona
58	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	dokonano zmian w warunkach kierunkowych oraz charakterystyce grup E86 Nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne oraz E87 Ciężkie nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż.
59	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w sekcji E dodano listę dodatkową E9
60	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy F12 Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy uzupełniono o procedury: 44.93 Wprowadzenie balona żołądkowego i 44.94 Usunięcie balona żołądkowego
61	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy F36 Choroby jelita grubego uzupełniono o rozpoznanie K57.3 Choroba uchyłkowa jelita grubego bez przedziurawienia lub ropnia
62	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy G32 Duże zabiegi trzustki do grupy G34 Zabiegi endoskopowe i przeszskórne dróg żółciowych i trzustki przeniesiono procedurę 52.01 Drenaż torbieli trzustki (cewnikiem)
63	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę Gpw uzupełniono o rozpoznanie I85.0 Żyłaki przelyku z krwawieniem
64	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	dokonano zmian w charakterystyce grupy H55 Zabiegi artroskopowe i przeszskórne w zakresie kręgosłupa
65	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich uzupełniono o procedury 97.176 Usunięcie zespolenia zewnętrznego - rzepka oraz 97.177 Usunięcie zespolenia zewnętrznego - kość piszczelowa/kość strzałkowa
66	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę dodatkowa H8 uzupełniono o rozpoznania nowotworów złośliwych tkanki łącznej i tkanek miękkich
67	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy J09 Wycięcie węzłów chłonnych uzupełniono o procedurę 40.51 Radykalne wycięcie pachowych węzłów chłonnych
68	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę dodatkowa K1 uzupełniono o procedury: 40.51 Radykalne wycięcie pachowych węzłów chłonnych, 40.53 Radykalne wycięcie biodrowych węzłów chłonnych, 40.54 Radykalne wycięcie węzłów chłonnych pachwinowych i 40.59 Radykalne wycięcie węzłów chłonnych - innych
69	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy L06 Średnie endoskopowe zabiegi nerek do grupy F44 Diagnostyczne zabiegi jamy brzusznej przeniesiono procedury: 55.231 Przeszkórna igłowa biopsja nerki, 55.29 Inne zabiegi diagnostyczne nerki, 55.95 Miejscowe płukanie układu kielichowo-miedniczkowego, 59.09 Inne nacięcie tkanki okołonerkowej lub okółomoczowodowej, 59.21 Biopsja tkanki okołonerkowej lub okółomoczowodowej
70	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy L02 Duże otwarte zabiegi nerek do grupy L01 Kompleksowe otwarte zabiegi nerek przeniesiono procedury: 55.42 Klinowa resekcja nerki i 55.49 Częściowe wycięcie nerki - inne przy jednoczesnym ograniczeniu rozpoznania z grupy L01 do chorób nowotworowych
71	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy L02 Duże otwarte zabiegi nerek uzupełniono o rozpoznania przeniesione z grupy L01

72	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z charakterystyki grupy L05 Duże endoskopowe zabiegi nerek usunęto procedurę 55.011 Opróżnienie torbieli nerki
73	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy L06 Średnie endoskopowe zabiegi nerek uzupełniono o procedurę 54.991 Drenaż przestrzeni okołonerkowej lub okołopęcherzowej
74	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy L43 Przewodnikowa resekcja gruczołu krokowego uzupełniono o procedurę 60.22 Przewodnikowa fotoselektywna waporyzacja gruczołu krokowego (PVP)
75	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub szyi pęcherza moczowego uzupełniono o procedurę 60.111 Wielopunktowa przezodbytnicza biopsja stercza
76	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego uzupełniono o procedury 69.492 Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy i 69.943 Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy z rekonstrukcją
77	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę listy M1 uzupełniono o rozpoznania: C56 Nowotwór złośliwy jajnika, oraz związane z wadami rozwojowymi i wrodzonymi żeńskich narządów rodnych (Q43.7 - Q99.1)
78	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	dokonano zmian w zakresie charakterystyki grup: 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
79	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z charakterystyki grupy P01 Astma lub trudności w oddychaniu usunięto rozpoznanie R06.2 Sapanie
80	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z charakterystyki grupy P04 Choroby dolnych dróg oddechowych usunięto rozpoznania związane z nieokreślonymi postaciami zapalenia płuc
81	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z charakterystyki grupy P13 Zatrucia lub alergię usunięto rozpoznania związane z zatruciami, nazwę grupy zmieniono na „Alergie”
82	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z charakterystyki grupy P17 Choroby układu moczowo-płciowego usunięto rozpoznania związane z nieokreślonymi postaciami tych schorzeń
83	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grup Q02 Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z powikłaniami lub chorobami współistniejącymi i reoperacje oraz Q03 Zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny uzupełniono o procedury: 39.256 Pomost aortalno-dwubiodrowy i 39.257 Pomost aortalno-dwuudowy
84	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	dokonano zmian w charakterystyce grupy Q16 Inne zabiegi na naczyniach
85	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	zmieniono warunki kierunkowe grup Q32 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskularny zabieg naprawczy oraz Q33 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy
86	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy Q52 Dostęp w leczeniu nerkozastępczym uzupełniono o procedury 38.951 Założenie cewnika czasowego do dializy oraz 38.952 Założenie cewnika permanentnego do dializy
87	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy S42 Zatrucie średnie do grupy S41 Zatrucie ciężkie przeniesiono procedurę 93.95 Oksygenacja hiperbaryczna, dodano procedurę 99.626 Stymulacja elektrodą endokawitarną oraz 99.994 Podanie antidotum metodą inną niż wstrzyknięcie
88	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy S42 Zatrucie średnie uzupełniono o procedury: 99.19 Wstrzyknięcie antykoagulantu, 87.04 Tomografia głowy i/lub szyi - inne i 88.721 Echokardiografia, 99.624 Defibrylacja usunięto procedury 41.312 Trepanobiopsja szpiku kostnego, 89.383 Spirometria

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 3.5. Zmiany wynikające z zarządzenia nr 19/2009/DSOZ

LP.	DOKUMENT	TREŚĆ ZMIAN
1	treść zarządzenia	1) nadano nowe brzmienie: w § 11 ust. 3 i 6, w § 18 ust 1 w pkt 9 lit c i d, w § 18 ust 2 w pkt 2 lit c i d, w § 19 ust. 4 i 10, § 23, w § 25 pkt 10; 2) w § 11 po ust. 2 dodano ust. 2a, 3) w § 13 po ust. 4 dodano ust. 4a
2	zał. 1a - katalog JGP	w związku z przekazaniem od 1 kwietnia 2009 przez MZ do finansowania procedury wysokospecjalistycznej nr 10 przeszczepienie rogówki - w sekcji choroby oczu utworzono nowe grupy: - B04 Przeszczep rogówki - kategoria I* o wartości 172 pkt - B05 Przeszczep rogówki - kategoria II* o wartości 136 pkt - B06 Przeszczep rogówki - kategoria III* o wartości 110 pkt
3	zał. 1a - katalog JGP	w związku z przejściem do finansowania procedury wysokospecjalistycznej MZ nr 16, w sekcji choroby serca utworzono grupę E28 Zabiegi diagnostyczne serca < 18 r.ż.* o wartości 90 pkt, obejmującą diagnostyczne cewnikowanie serca oraz biopsję mięśnia sercowego u dzieci wraz z kosztem hospitalizacji; dodatkowo określono wartość punktową hospitalizacji < 2 dni na 50 pkt oraz umożliwiono dosumowanie świadczenia 5.53.01.0001473 Znieczulenie ogólne lub dożyłne (wg ICD-9) u dziecka do zabiegów diagnostycznych i badań diagnostycznych
4	zał. 1a - katalog JGP	w związku z przejściem do finansowania procedury wysokospecjalistycznej MZ nr 14 w części dotyczącej zamknięcia przetwiałego przewodu tętniczego Botalla, dla grupy E03 Inne zabiegi kardiochirurgiczne < 18 r.ż. określono wartość punktową hospitalizacji < 2 dni na 170 pkt
5	zał. 1a - katalog JGP	zmieniono wartość punktową grup: C05 Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych - z 1758 pkt do 2059 pkt C06 Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu - z 537pkt do 672 pkt
6	zał. 1a - katalog JGP	wartość punktową grupy M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego zwiększono z 39 do 47 pkt
7	zał. 1a - katalog JGP	w grupie N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni warunek czasu obniżono do 5 dni
8	zał. 1a - katalog JGP	w grupie N09 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni warunek czasu obniżono do 10 dni, wartość grupy podniesiono ze 116 do 156 pkt
9	zał. 1a - katalog JGP	podniesiono wartość punktową osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą: - z 10 do 15 pkt dla grup: P26 Leczenie nowotworów z pw > 7 dni, P27 Guzy łagodne układu nerwowego, P28 Guzy łagodne narządów, tkanek i innych układów, S02 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 10 dni, S03 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 1 dnia, S08 Intensywne leczenie ostrych białaczek < 18 r.ż - z 8 do 12 pkt w grupie S01 Intensywne leczenie ostrych białaczek > 17 r.ż.
10	zał. 1a - katalog JGP	w zakresie neurochirurgia umożliwiono realizację grup: A46 Przemijające niedokrwienie mózgu A47 Przemijające niedokrwienie mózgu - rozszerzona diagnostyka A49 Udar mózgu - leczenie > 3 dni A50 Udar mózgu - leczenie A67 Padaczka - diagnostyka i leczenie > 3 dni
11	zał. 1a - katalog JGP	w zakresie nefrologia umożliwiono realizację grupy F44 Diagnostyczne zabiegi jamy brzusznej - umożliwienie rozliczenia przez oddziały nefrologiczne dla dzieci procedury igłowa biopsja nerki
12	zał. 1a - katalog JGP	w zakresie choroby płuc umożliwiono realizację grupy S60 Choroby zakaźne niewirusowe - z uwagi na obecność w charakterystyce grupy grzybicy kryptodlakowej, która leczona jest w oddziałach pulmonologicznych
13	zał. 1a - katalog JGP	w zakresie chirurgia ogólna umożliwiono realizację grup: L29 Choroby pęcherza moczowego i moczowodu, L27 Zaburzenia odpływu moczu, F36 Choroby jelita grubego

14	zał. 1a - katalog JGP	w zakresie immunologia kliniczna umożliwiono realizację grup: S02 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 10 dni, S03 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego > 1 dnia, S04 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego < 2 dni
15	zał. 1a - katalog JGP	dla grupy A04 Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu * - odstąpiono od wymogu spełnienia dodatkowych wymagań
16	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	w związku z przejściem finansowania procedur wysokospecjalistycznych nr 12 i 13, usunięto świadczenia: 5.52.01.0001446 Hospitalizacja do procedury MZ 12 5.52.01.0001447 Hospitalizacja do procedury MZ 13
17	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	usunięto świadczenie 5.52.01.0001457 Hospitalizacja złożona do procedury MZ 15, w tym z IZW z uwagi na fakt, iż od dnia 1 kwietnia 2009 roku pomostowanie naczyń wieńcowych wykonane w trakcie procedury wysokospecjalistycznej będzie finansowane przez Ministerstwo Zdrowia
18	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	utworzono świadczenie 5.52.01.0001472 Hospitalizacja do procedury MZ 15 z IZW o wartości 300 pkt
19	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	w zakresie neurochirurgia umożliwiono realizację świadczenia 5.52.01.0001440 Hospitalizacja do teleradioterapii
20	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	dla świadczeń: 5.52.01.0001470 Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej - w oddziale radioterapii/onkologii klinicznej oraz 5.52.01.0001471 Hospitalizacja do teleradioterapii - w oddziale radioterapii/onkologii klinicznej w kolumnie uwagi dodano „za osobodzień”
21	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	w związku z przejściem do finansowania procedury wysokospecjalistycznej nr 11 immunoablacja w leczeniu aplazji szpiku - w zakresie hematologia umożliwiono realizację świadczenia 5.53.01.0001430 Lek lub wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia, a w polu uwagi dodano: „dotyczy leków immunosupresyjnych wykorzystywanych do immunoablacji w leczeniu aplazji szpiku”
22	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	w związku z przejściem do finansowania procedur wysokospecjalistycznych nr 12 i 13 dodano świadczenie 5.53.01.0001474 Hipertermia w czasie radioterapii o wartości 67 pkt, dla zakresu radioterapia/medycyna nuklearna, możliwe do sumowania z określonymi świadczeniami z katalogu 1d
23	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	nazwę świadczenia 5.53.01.0001473 zmieniono na „Znieczulenie ogólne lub dożylnie (wg ICD-9) u dziecka do zabiegów diagnostycznych i badań diagnostycznych”; dodatkowo w kolumnie uwagi określono grupy, z którymi świadczenie to może być sumowane
24	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	umożliwiono sumowanie świadczenia 5.53.01.0001471 Leczenie chorego z ciężką sepsą aktywowanym białkiem C z osobodniami leczenia w OAiIT w przypadku gdy pacjent nie był hospitalizowany wyłącznie w tym oddziale lecz został przeniesiony do OAiIT z innego oddziału
25	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	umożliwiono realizację świadczenia 5.53.01.0001472 Ciągłe leczenie nerkozastępcze w zakresach: chirurgia ogólna, chirurgia plastyczna, transplantologia kliniczna
26	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	zmiana wartości punktowej osobodni w OAiIT oraz dodanie osobodni w OAiIT dla dzieci/OAiIT dla dorosłych II poziomu z wartością punktową skorygowaną o wskaźnik 1,2
27	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	umożliwiono realizację świadczenia 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin w zakresie położnictwo i ginekologia
28	zał. 1d - katalog radioterapii	w związku z przejściem do finansowania procedur wysokospecjalistycznych nr 12 i 13 katalog radioterapii uzupełniono o te świadczenia; dodatkowo dokonano zmian w kształcie katalogu

29	zał. 3 Warunki wspólne wobec świadczeniodawców	w części hospitalizacja zmiany dotyczą pkt: 4.1.1- 4.1.3, 4.1.5, 4.1.6, 5.3.4, 8.1.4, 8.3.2, 8.3.4, 8.4.2, 8.4.4, 11.1.5, 12.1.5, 13.1.5, 15.1.5, 17.1.5, 17.2.2, 18.1.5, 19.1.4, 20.1.5, 21.1.6, 21.2.5, 22.1.5, 22.2.2, 24.3, 25.1.4, 28.1.1, 28.1.4, 29.1.3, 29.3, 29.3.4, 29.5, 29.5.1-29.5.3, 30.1.6, 30.2.5, 30.3.2, 30.4.4, 31.1.3, dodano pkt 20.5, 32.1.5, 32.1.6, 33.1.5, 35.1.5, 39.1.2-39.1.5, 41.1.5, 42 (Radioterapia - w związku z przejściem procedur wysokospecjalistycznych), 43.1.2, 43.1.4, 45.1.4, w części hospitalizacja planowa zmiany dotyczą: pkt 1.1.2, 11.1.4, 17.3, 20.1.3, w części „leczenie jednego dnia” zmiany dotyczą: pkt 1.1.5, 10.1.1
30	zał. nr 5a Wykaz czynności w SOR i IP	do wykazu dodano pozycję nr 38 - realizacja transportu
31	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grup A02 Zabiegi wewnętrzzaszkowe z powodu urazu i A12 Duże zabiegi wewnętrzzaszkowe uzupełniono o procedurę 01.253 Sekwestrektomia w obrębie czaszki
32	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy C01 Rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją uzupełniono o procedury: 27.492 Wycięcie zmiany w zakresie dna jamy ustnej, 27.493 Wycięcie zmiany w zakresie przedsionka i dna jamy ustnej, 29.33 Częściowa faryngektomia
33	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy C14 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani > 17 r.ż. Uzupełniono o procedury: 27.491 Wycięcie zmiany w zakresie przedsionka jamy ustnej oraz 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej - inne
34	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z charakterystyki grupy C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa usunięto rozpoznanie H90.3 Głuchota czuciowo-nerwowa obustronna, które znajduje się w charakterystyce grupy C56
35	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w związku z przejściem do finansowania procedury wysokospecjalistycznej nr 14 w części dotyczącej zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego Botalla, charakterystykę grupy E03 Inne zabiegi kardiochirurgiczne < 18 r.ż. Uzupełniono o procedury: 35.971 Przeszkórne zamknięcie przewodu tętniczego Botalla przy pomocy spirali, 35.972 Przeszkórne zamknięcie przewodu tętniczego Botalla przy pomocy okludera, 35.973 Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla - operacja otwarta
36	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy E79 Inne choroby układu krążenia > 0 r.ż. i < 18 r.ż. uzupełniono o rozpoznania: I97.0 Zespół po kardiomotii, I97.1 Inne zaburzenia czynności układu krążenia po operacjach serca, I97.8 Inne pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, niesklasyfikowane gdzie indziej, I97.9 Pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, nieokreślone, R03.0 Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, bez rozpoznanego nadciśnienia tętniczego, C38.0 Nowotwór złośliwy (serce), D15.1 Nowotwór niezłośliwy (serce)
37	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy E86 Nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne uzupełniono o procedurę 92.03 Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynnościowe nerki
38	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę Epwdz uzupełniono o rozpoznania: Z43.0 Opieka nad pacjentami z tracheostomią, Z43.1 Opieka nad pacjentami z gastrostomią, I46.0 Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją, I46.9 Zatrzymanie krążenia, nieokreślone, J98.6 Choroby przepony, K56.0 Niedrożność porażenna
39	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy F94 Małe zabiegi odbytu i odbytnicy uzupełniono o procedurę 49.01 Nacięcie ropnia okołoodbytwego
40	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy H55 Zabiegi artroskopowe i przeszskórne w zakresie kręgosłupa uzupełniono o procedurę 81.65 Wertebroplastyka
41	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	na liście dodatkowej H7 dokonano zmian w nazwach procedur: 84.511, 84.512 i 84.513
42	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w etykietce grupy K07 Stany naglące w endokrynologii < 18 r.ż. zmieniono odwołanie do listy rozpoznań na K07
43	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 7 dni warunek czasu obniżono do 5 dni
44	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie N09 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 14 dni warunek czasu obniżono do 10 dni

45	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę dodatkową N7 uzupełniono o rozpoznania: J18.8 Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami, J84.8 Inne określone choroby tkanki śródmiąższowej płuc, J84.9 Nieokreślona choroba tkanki śródmiąższowej płuc
46	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listy dodatkowe N7 i N8 uzupełniono o rozpoznania: M86.0 Ostre krwiopochodne zapalenie kości i szpiku, M86.1 Inne ostre zapalenie kości i szpiku, M86.3 Przewlekłe wielogniskowe zapalenie kości i szpiku, M86.5 Inne krwiopochodne przewlekłe zapalenie kości i szpiku, M86.9 Nieokreślone zapalenia kości i szpiku
47	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grup P13 Alergie oraz S32 Choroby alergiczne < 2 dni uzupełniono o rozpoznanie Z51.6 Odczulenie na alergeny

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 3.6. Zmiany wynikające z zarządzenia nr 28/2009/DSOZ

LP.	DOKUMENT	TREŚĆ ZMIAN
1	treść zarządzenia	1) nadano nowe brzmienie: w § 18 ust. 2, w § 24 w ust. 1 pkt 1, w § 24 w ust. 5 pkt 2; 2) w § 18 ust. 1: w pkt 9 dodano lit. f, dodano pkt 13 - 19, 3) w § 24 w ust. 5 dodano pkt 9a,
2	zał. 1a - katalog grup	w związku z przejściem do finansowania procedur specjalistycznych MZ 1, MZ 2, MZ 3, MZ 5, MZ 6 i MZ 16 utworzono grupy: - G30 Przeszczepienie trzustki o wartości 1600 pkt - L93 Przeszczepienie nerki - kategoria I o wartości 1048 pkt - L94 Przeszczepienie nrki - kategoria II o wartości 912 pkt - L95 Przeszczepienie nerki - kategoria I < 18 r.ż. o wartości 1136 pkt - L96 Przeszczepienie nerki - kategoria II < 18 r.ż. o wartości 1000 pkt - L97 Przeszczepienie nerki i trzustki o wartości 2065 pkt - S21 Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych o wartości 1000 pkt - S22 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA o wartości 2353 pkt - S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego o wartości 4706 pkt
3	zał. 1a - katalog grup	wartość punktową grupy L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub szyi pęcherza moczowego podniesiono do 30 pkt
4	zał. 1a - katalog grup	w grupie C57 Inne choroby gardła, uszu i nosa usunięto wartość punktową hospitalizacji < 2 dni - zmiana porządkowa
5	zał. 1a - katalog grup	utworzono grupę M06 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z pw o wartości 289 pkt; jednocześnie obniżono wartość punktową grupy M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego do 261 pkt
6	zał. 1a - katalog grup	utworzono grupę M20 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw o wartości 296 pkt; jednocześnie obniżono wartość grupy M11 Kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego do 268 pkt
7	zał. 1a - katalog grup	utworzono grupę M21 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z pw o wartości 183 pkt; jednocześnie obniżono wartość grupy M12 Bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego do 165 pkt
8	zał. 1a - katalog grup	utworzono grupę N11 Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw
9	zał. 1a - katalog grup	umożliwiono realizację grupy M05 Zabiegi w nietrzymaniu moczu i na szyi pęcherza moczowego u kobiet w trybie „leczenie jednego dnia”; jednocześnie usunięto wartość punktową hospitalizacji < 2 dni
10	zał. 1a - katalog grup	wartość punktową hospitalizacji < 2 dni w grupach M27 Leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej oraz M30 Leczenie zachowawcze w innych chorobach układu rozrodczego podniesiono do 11 pkt, a w grupie N08 Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie - do 20 pkt

11	zał. 1a - katalog grup	nazwę grupy F32 zmieniono na „Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego”, a grupy F52 na „Duże i endoskopowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit”
12	zał. 1a - katalog grup	w zakresie chirurgia ogólna oraz chirurgia onkologiczna umożliwiono realizację grup: - K26 Zaburzenia wodno-elektrolitowe - K27 Zaburzenia odżywienia
13	zał. 1a - katalog grup	w zakresie choroby płuc umożliwiono realizację grupy P13 Alergie
14	zał. 1a - katalog grup	w zakresie choroby wewnętrzne umożliwiono realizację grupy S04 Choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego < 2 dni
15	zał. 1a - katalog grup	w zakresie gastroenterologia umożliwiono realizację grup: - F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego - F52 Duże i endoskopowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit
16	zał. 1a - katalog grup	w zakresie położnictwo i ginekologia umożliwiono realizację grupy L85 Kamica moczowa
17	zał. 1a - katalog grup	w zakresie reumatologia umożliwiono realizację grup: - A30 Kompleksowa diagnostyka polineuropatii i chorób mięśni - A32 Choroby mięśni - J38 Ciężkie choroby dermatologiczne - S53 Posocznica - S55 Gorączka niejasnego pochodzenia
18	zał. 1a - katalog grup	w zakresie toksykologia kliniczna usunięto możliwość realizacji grupy P13 Alergie - zmiana porządkowa
19	zał. 1a - katalog grup	w zakresie urologia umożliwiono realizację grupy Q45 Zabiegi endowaskularne - 5. grupa
20	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	utworzono świadczenia: - 5.52.01.0001474 Hospitalizacja do procedury MZ 13 i MZ 17 o wartości 60 pkt - 5.52.01.0001475 Hospitalizacja do procedury MZ 16 o wartości 100 pkt
21	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	nazwę świadczenia 5.52.01.0001093 zmieniono na „Padaczka lekooporna - diagnostyka (NMR/TK, video EEG, Holter EEG - min. 2 badania z wymienionych), leczenie” - zmiana porządkowa
22	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	w zakresie reumatologia umożliwiono realizację świadczenia 5.52.01.0000938 Plazmafereza lecznicza z hospitalizacją
23	zał. 1b - katalog świadczeń odrębnych	w zakresie chirurgia plastyczna umożliwiono realizację świadczenia 5.52.01.0000243 Przewlekła wentylacja pacjenta w oddziale
24	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	zakres świadczeń możliwych do sumowania ze świadczeniem 5.53.01.0001474 Hipertermia w czasie radioterapii rozszerzono o świadczenie 5.07.01.0000023 Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)
25	zał. 1c - katalog świadczeń do sumowania	świadczenie 5.53.01.0001430 Lek lub wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia umożliwiono do realizacji w zakresie onkologia i hematologia dziecięca
26	zał. 3 Warunki wspólne wobec świadczeniodawców	w części hospitalizacja zmiany dotyczą: pkt 42.5, dodano pkt: 6.4, 9.3, 21.4, 32.3, 45.2, 45.3 (w związku z przejściem świadczeń wysokospecjalistycznych)
27	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe uzupełniono o procedury 02.98 Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu oraz 39.51 Klipowanie tętniaka, które przeniesiono z grupy A12 Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe
28	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie D04 Średnie i małe zabiegi klatki piersiowej wprowadzono ograniczenie czasu pobytu < 4 dni
29	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie D05 Bronchoskopia wprowadzono ograniczenie czasu pobytu < 3 dni
30	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy D37 Inne choroby układu oddechowego uzupełniono o rozpoznania: S21.1 Otwarta rana ściany przedniej klatki piersiowej, S21.2 Otwarta rana ściany tylnej klatki piersiowej, S21.7 Liczne otwarte rany ścian klatki piersiowej, S21.8 Otwarta rana innych części klatki piersiowej, S21.9 Otwarta rana klatki piersiowej, część nieokreślona

31	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy E27 Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne uzupełniono o procedury: 00.241 Wewnątrznaczyniowa ultrasonografia (IVUS), naczyń wieńcowych, 89.692 Pomiar cząstkowej rezerwy przepływu wieńcowego (FFR)
32	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z listy dodatkowej E3 usunięto procedurę 00.40 Zabieg na pojedynczym naczyniu
33	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	nazwę procedury 44.323 zmieniono na „Przezkórne endoskopowe wytworzenie zespolenia żołądkowo-czczezo”
34	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	nazwę procedury 43.11 zmieniono na „Przezkórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej [PEG]”
35		charakterystykę grupy F31 Kompleksowe zabiegi jelita grubego uzupełniono o procedurę 45.952 Wytworzenie zbiornika jelitowego (J, H, S) z zespoleniem jelita cienkiego z odbytem
36	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy F36 Choroby jelita grubego uzupełniono o rozpoznania: K55.2 Angiodysplazja jelita grubego, K57.5 Choroba uchyłkowa jelita cienkiego i grubego bez przedziurawienia lub ropnia, K57.9 Choroba uchyłkowa jelita, części nieokreślonej, bez przedziurawienia lub ropnia
37	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	procedurę 54.952 Operacja Ladda przeniesiono z grupy F43 Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej do grupy F42 Duże zabiegi jamy brzusznej
38	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	w grupie F94 Małe zabiegi odbytu i odbytnicy wprowadzono ograniczenie czasu pobytu < 3 dni, dodano procedurę 49.39 Miejscowe wycięcie/zniszczenie zmiany/tkanki odbytu - inne
39	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy F96 Choroby odbytu uzupełniono o rozpoznania: K61.0 Ropień odbytu, K61.1 Ropień odbytniczy, K61.2 Ropień odbytniczo-odbytowy, K61.3 Ropień kulszowo-odbytniczy, K61.4 Ropień wewnątrzzwieraczowy
40	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	procedurę 52.49 Drenaż wewnętrzny torbieli trzustki - inne przeniesiono z grupy G32 Duże zabiegi trzustki do grupy G34 Zabiegi endoskopowe i przezkórne dróg żółciowych i trzustki
41	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy H51 Kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa uzupełniono o rozpoznania: M47.1 Inne spondylozy z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, M47.2 Inne spondylozy z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych, S23.0 Urazowe pęknięcie krążka międzykręgowego odcinka piersiowego kręgosłupa, S23.3 Skręcenie i naderwanie odcinka piersiowego kręgosłupa, S33.0 Urazowe pęknięcie krążka międzykręgowego odcinka lędźwiowego kręgosłupa, S33.5 Skręcenie i naderwanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa
42	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy H52 Zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów uzupełniono o rozpoznania związane ze skrzywieniami kręgosłupa i chorobami krążka międzykręgowego
43	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy H53 Zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów uzupełniono o rozpoznania: M47.1 Inne spondylozy z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, M47.2 Inne spondylozy z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych, M47.8 Inne spondylozy
44	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy H55 Zabiegi artroskopowe i przezkórne w zakresie kręgosłupa uzupełniono o procedurę 81.66 Kyfoplastyka
45	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy H56 Zespoły bólowe kręgosłupa uzupełniono o rozpoznania związane z kifozą, lordożą i skoliozą
46	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy H81 Kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni uzupełniono o procedurę 78.417 Inne zabiegi naprawcze kości - kość piszczelowa/kość strzałkowa oraz rozpoznania: T84.5 Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu i T84.7 Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany innymi wewnętrznymi wszczepami i przeszczepami

47	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy H84 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-skieletowego lub tkanek miękkich uzupełniono o procedurę 86.04 Nacięcie/drenaż skóry/tkanki podskórnej - inne
48	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy H92 Zabiegi rekonstrukcyjne deformacji układu kostnowstawowego < 18 r.ż. Uzupełniono o procedury: 78.222 Otwarta epifizjodeza - kość ramienna, 78.225 Otwarta epifizjodeza - kość udowa/miednica, 78.227 Otwarta epifizjodeza - kość piszczelowa/kość strzałkowa, oraz rozpoznania: M95.4 Nabyte zniekształcenia klatki piersiowej i żeber, M95.5 Nabyte zniekształcenia miednicy, M95.8 Inne określone nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego
49	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę listy dodatkowej H8 uzupełniono o rozpoznanie M79.5 Ciało obce pozostałe w tkankach miękkich
50	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy J05 Średnia chirurgia piersi do J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi przeniesiono procedury: 85.33 Jednostronna podskórna mammektomia/wszczep, 85.35 Obustronna podskórna mammektomia/wszczep, 85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej; do grupy J05 dodano procedurę 85.34 Inna jednostronna podskórna mammektomia
51	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy L02 Duże otwarte zabiegi nerek uzupełniono o rozpoznania: N13.0 Wodonercze z przeszkodą w połączeniu moczowodowo-miedniczkowym, N13.1 Wodonercze ze zwężeniem moczowodu niesklasyfikowanym gdzie indziej, N13.2 Wodonercze z przeszkodą spowodowaną kamica nerek lub moczowodu, N13.6 Roponercze, N20.0 Kamica nerki, N20.2 Kamica nerki z kamica moczowodu, S37.0 Uraz nerki, Z52.4 Dawca nerek
52	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę dodatkową L1 uzupełniono o rozpoznanie S37.0 Uraz nerki
53	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	z grupy M14 Średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego do M15 Małe zabiegi górnej części układu rozrodczego przeniesiono procedurę 68.211 Uwolnienie zrostów w świetle macicy
54	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	rozbudowano listę Mpw
55	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy N01 Poród dodano rozpoznanie O83.8 Inny określony poród pojedynczy z udzieleniem pomocy
56	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	do grupy N02 Poród mnogi lub poród przedwczesny dodano rozpoznania: O84.8 Inny poród mnogi, O24.0 Istniejąca uprzednio cukrzyca insulinozależna, O24.0 Istniejąca uprzednio cukrzyca insulinozależna, O24.0 Istniejąca uprzednio cukrzyca insulinozależna
57	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	rozbudowano charakterystykę grupy N08 Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie w części dotyczącej rozpoznać
58	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	charakterystykę grupy N20 Noworodek wymagający normalnej opieki uzupełniono o rozpoznania: Z38.6 Inne mnogie urodzone w szpitalu, Z38.7 Inne mnogie urodzone poza szpitalem
59	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę dodatkową N5 uzupełniono o procedury: 75.1 Amniocenteza diagnostyczna, 75.311 Fetoskopia, 75.312 Laparoamnioskopia, 75.352 Kordocenteza, 75.37 Amnioinfuzja
60	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	listę dodatkową N6 uzupełniono o procedury: 88.721 Echokardiografia, 88.772 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D z analizą spektralną, 88.773 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D power doppler, 88.774 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow, 88.781 USG płodu
61	zał. nr 9 - charakterystyka JGP	dodano listę NPpw Lista powikłań i chorób współistniejących (dla położnictwa)

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 3.7. Wykaz zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z systemem JGP

Zarządzenia przygotowane przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ
Zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 43/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 lipca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 49/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 67/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 94/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 110/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 8/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 9/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 stycznia 2009 r. w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 14/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 19/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 marca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 28/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 35/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne* * Obowiązujące od 1 do 13 sierpnia 2009 r. Unieważnione na podstawie Decyzji Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r.
Zarządzenie Nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne
Zarządzenie Nr 92/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne
Zarządzenia przygotowane przez Departament Gospodarki Lekami Centrali NFZ
Zarządzenie Nr 36/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 37/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii
Zarządzenie Nr 45/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lipca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 47/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 lipca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 68/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 września 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 70/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii

Zarządzenie Nr 87/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 95/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii
Zarządzenie Nr 98/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 102/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii
Zarządzenie Nr 16/2009/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 marca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 18/2009/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 marca 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii
Zarządzenie Nr 40/2009/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 września 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii
Zarządzenie Nr 41/2009/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 września 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 65/2009/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 66/2009/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii
Zarządzenie Nr 71/2009/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 3/2010/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 stycznia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 8/2010/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 stycznia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
Zarządzenie Nr 9/2010/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 stycznia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 3.8. Wykaz kolejnych wersji pliku parametryzującego

WERSJA	DATA UDOSTĘPNIENIA
Plik parametryzujący - wersja 1	09.05.2008
Plik parametryzujący - wersja 2	17.06.2008
Plik parametryzujący - wersja 3	24.07.2008
Plik parametryzujący - wersja 5	09.09.2008
Plik parametryzujący - wersja 6	29.10.2008
Plik parametryzujący - wersja 7	05.11.2008
Plik parametryzujący - wersja 8	20.11.2008
Plik parametryzujący - wersja 9	20.11.2008
Plik parametryzujący 2009	17.12.2008
Plik parametryzujący - wersja 10	30.12.2008
Plik parametryzujący - wersja 11	29.01.2009
Plik parametryzujący - wersja 12	30.01.2009
Plik parametryzujący - wersja 13	27.03.2009
Plik parametryzujący - wersja 14	27.03.2009
Plik parametryzujący - wersja 15	10.07.2009
Plik parametryzujący - wersja 16	21.01.2010
Plik parametryzujący - wersja 17	29.01.2010

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 3.9. Wykaz kolejnych wersji algorytmu grupera JGP

WERSJA	DATA UDOSTĘPNIENIA
Algorytm grupera JGP - wersja 1	09.05.2008
Algorytm grupera JGP - wersja 2	17.06.2008
Algorytm grupera JGP - wersja 3	24.07.2008
Algorytm grupera JGP - wersja 4	29.10.2008
Algorytm grupera JGP - wersja 5	20.11.2008
Algorytm grupera JGP - wersja 6	17.12.2008
Algorytm grupera JGP - wersja 7	27.03.2009
Algorytm grupera JGP - wersja 8	16.06.2009

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Tabela 3.10. Wykaz kolejnych wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9 PL)

WERSJA	DATA UDOSTĘPNIENIA
Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 PL - wersja 5.1.	22.07.2008
Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 PL - wersja 5.2.	08.09.2008
Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 PL - wersja 5.3.	30.10.2008
Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 PL - wersja 5.4.	03.02.2009
Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 PL - wersja 5.5.	02.04.2009
Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 PL - wersja 5.6.	10.07.2009
Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 PL - wersja 5.7.	23.10.2009
Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9 PL - wersja 5.8.	02.02.2010

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Opracowanie według stanu na marzec 2010

Redakcja merytoryczna:

dr Jerzy Chajdas
Daniel Rutkowski

Konsultacja merytoryczna:

dr Jerzy Figat
dr Roman Markowski

Opracowanie graficzne:

Lena Szczesna

Druk:

HARO

Wydawca:

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA – Centrala

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa

tel.: +48 22 572 61 00

e-mail: pokl.jgp@nfz.gov.pl

ISBN: 978-83-929175-1-9

Wszystkie prawa zastrzeżone

Wydanie I „Jednorodne Grupy Pacjentów. Podstawy systemu”.

Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Egzemplarz bezpłatny.

Warszawa, 2010



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

