***Opis działania algorytmu JGP***

***wersja 2.2.2023***

**Warszawa, grudzień 2022 r.**

**Wersjonowanie**

Ustalono format opisu kolejnych wersji algorytmu grupowania Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)   
w następującym układzie:

**X.Y.ZZZZ**

gdzie:

**X** – oznacza wersję opisu działania algorytmu grupera JGP w danym roku,

**Y** – oznacza okres sprawozdawczy, od którego w danym roku obowiązuje publikowana wersja algorytmu grupera

**ZZZZ** – oznacza rok, dla którego opublikowany został opis działania algorytmu grupera.

Wersja algorytmu grupera JGP obowiązuje z dokładnością do okresu sprawozdawczego (miesiąca). Oznacza to, że dla danego okresu sprawozdawczego obowiązuje tylko jedna wersja algorytmu.

**Spis treści**

1. Słowniczek i zastosowana symbolika……………………………………………………………………………………..…… 3

1.1. Słowniczek………………………………………………………………………………………………………….…….…. 3

1.2 Zastosowana symbolika……………………………………………………………………………………………..….. 4

2. Cel dokumentu……………………………………………………………………………………………………………………….… 5

3. Wprowadzenie do założeń systemu JGP…………………………………………………………………………………..…. 5

4. Opis zasad grupowania hospitalizacji w systemie JGP …………………………………………………………………. 6

4.1. Zasady grupowania w systemie JGP…………………………………………………………………………….…. 6

4.2. Kroki w algorytmie grupowania – dla grup zabiegowych………………………………………………….. 7

4.3. Kroki w algorytmie grupowania – dla grup zachowawczych………………………………….…………… 7

4.4. Graficzny przebieg procesu wyznaczania grupy systemu JGP………………………………………….… 8

4.5. Pobyty wyłączone z procesu grupowania…………………………………………………………….………….. 9

4.6. Świadczenia wyłączone z grupowania………………………………………………….…………………………. 9

4.7. Badanie warunków JGP………………………………………………………………………………………........... 10

4.8. Weryfikacja wybranej JGP z zakresem umowy……………………………………………………………..…. 12

4.9. Określenie taryfy dla JGP…………………………………………………………………………………………….… 12

4.10. Wykazanie JGP do rozliczenia i sumowanie świadczeń do JGP…………………………………………. 13

1. **Słowniczek i zastosowana symbolika**
   1. **Słowniczek**

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

**Charakterystyka JGP** – załącznik nr 9 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, które to zarządzenie zwane jest dalej „zarządzeniem szpitalnym”, stanowiący zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, w tym w szczególności:

– procedury medyczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM,   
w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń,

– rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta,

– wiek pacjenta,

– czas pobytu.

**Funkcja** – działania (czynności) generujące zdarzenia i/lub będące rezultatem zajścia zdarzenia. Kolejność odczytywania funkcji powinna być zgodna z ich kolejnością określoną przebiegiem procesu wyznaczania grupy systemu JGP, zgodnie z rysunkiem w pkt 4.4.

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

**Grupa zabiegowa** – JGP, dla której w etykiecie grupy wskazano, że kodem kierującym do grupy jest procedura ICD-9 CM PL.

**Grupa zachowawcza** –JGP, dla której w etykiecie grupy wskazano, że kodem kierującym do grupy jest rozpoznanie ICD-10.

**Hospitalizacja (epizod)** – leczenie w szpitalu obejmujące wszystkie świadczenia udzielone od momentu przyjęcia do szpitala do momentu wypisu, niezależnie od liczby oddziałów (pobytów), w których pacjent   
był leczony.

**JGP** – Jednorodne Grupy Pacjentów.

**Etykieta grupy** – opis zawierający oznaczenie warunków kwalifikujących hospitalizację do rozliczenia   
w ramach określonej JGP.

**ICD-9 CM (Clinical Modification) PL** – klasyfikacja procedur medycznych w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń.

**ICD-10** – rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

**Komunikat XML SWIAD** – szczegółowy komunikat sprawozdawczy tworzony przy użyciu języka XML, stosowany do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczący świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy).

**Pobyt** – leczenie w oddziale określonej specjalności.

**Ranga procedury** – określa znaczenie procedury dla przebiegu grupowania i wyznaczenia grupy.   
W szczególności wyróżnia procedury istotne i nieistotne dla procesu grupowania.

* **procedura z rangą 0 –** procedura nie mająca żadnego znaczenia dla przebiegu grupowania.
* **procedura z rangą 1 –** procedura wymagana dla spełnienia dodatkowych warunków określonych w etykiecie poszczególnych grup, nie kierująca do żadnej grupy, uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie.
* **procedura z rangą 2 –** drobna procedura przeznaczona do realizacji wyłącznie w czasie hospitalizacji < 2 dni, uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie.
* **procedura z rangą 3** – procedura zabiegowa, kierunkująca do grupy, uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie.
* **procedura z rangą 4** – procedura, która może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wielokrotnie.

**Zdarzenie** – pojęcie w ujęciu procesowym - decyzja, stan, okoliczność warunkująca podjęcie działania.

* 1. **Zastosowana symbolika**



1. **Cel dokumentu**

Celem dokumentu jest przedstawienie podstawowych zasad kwalifikacji danych z hospitalizacji pacjenta   
do właściwej grupy systemu JGP.

1. **Wprowadzenie do założeń systemu JGP**

Usługi szpitalne zajmują szczególną pozycję w systemach rozliczeniowych ochrony zdrowia.   
Ta kategoria usług to największa część kosztów świadczeń zdrowotnych, jednocześnie na całym świecie   
w dominującej większości finansowana ze środków publicznych. Koszty jednostkowe leczenia szpitalnego są wielokrotnie wyższe niż koszty usług ambulatoryjnych.

W Polsce od 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, funkcjonuje – wprowadzony przez Centralę NFZ – system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Jest on częścią systemu rozliczeniowego świadczeń   
w rodzaju leczenie szpitalne i w ramach niego rozliczanych jest większość powtarzalnych i typowych zjawisk chorobowych, wymagających hospitalizacji. Przypadki wyraźnie wykraczające poza JGP   
a więc i zakres ryczałtowy, rozliczane są poza tym systemem, np. w trybie indywidualnej zgody płatnika na rozliczenie.

System JGP został skonstruowany w oparciu o zasady systemów rozliczeniowych typu DRG (Diagnosis Related Groups), których dynamiczny rozwój w systemach ochrony zdrowia większości wysoko rozwiniętych krajów świata nastąpił od lat 90-tych XX wieku. Produktem rozliczeniowym jest grupa, która ma przypisaną zryczałtowaną wartość rozliczeniową. Grupa wyróżniona jest na podstawie stosowanych procedur medycznych lub diagnozy schorzenia (schorzeń) o zbliżonej kosztochłonności, rozumianej jako zużycie podobnych zasobów szpitala. Do wyznaczenia grupy rozliczeniowej brana jest pod uwagę hospitalizacja pacjenta, czyli całość zdarzeń medycznych mających miejsce od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu. Grupa z uwagi na jej zdefiniowanie poprzez kody procedur medycznych lub chorób / problemów zdrowotnych może być zakwalifikowana do kategorii leczenia zachowawczego lub zabiegowego.

Ważną cechą mechanizmu finansowania świadczeń wg systemów rozliczeniowych typu DRG jest to,   
że należy on do prospektywnych mechanizmów finansowania szpitali. W metodach prospektywnych ustala się z góry zryczałtowaną kwotę do zapłacenia za przypadek (kategorię diagnostyczną, hospitalizację) skalkulowaną, jako wypadkową standardowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego   
dla danego problemu zdrowotnego. W ten sposób płatnik uwalnia się od ryzyka niekontrolowanego wzrostu kosztów jednostkowych świadczeń.

Przeciwieństwem finansowania prospektywnego jest płatność retrospektywna za świadczenia. Odnosi się ona do sytuacji, kiedy płatnik uiszcza opłatę po wykonaniu usługi według kosztów (cen) wszystkich jej elementów składowych wykazanych przez usługodawcę, nie znając z góry całej kwoty wydatków jakie musi ponieść. Takim typowym mechanizmem retrospektywnym jest płatność za usługę (fee for service). Ten sposób finansowania świadczeń charakteryzuje się tym, że prawie każdy element postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (badanie, porada, poszczególne zabiegi) jest odrębnie wyceniony,   
a ostateczna płatność stanowi sumę wszystkich zrealizowanych w trakcie hospitalizacji elementów składowych.

Nieodłączną składową systemów typu DRG jest narzędzie zwane „gruperem”, które pomaga kwalifikować szpitalom sprawozdawane dane ze zrealizowanych świadczeń do odpowiednich grup – produktów rozliczeniowych w oparciu o algorytm grupowania ustalony przez płatnika świadczeń.

Zgodnie z obowiązującymi od 1 lipca 2008 r. zasadami grupowania świadczeń w ramach systemu JGP,   
w przypadku, gdy możliwa jest do przypisania dla danej hospitalizacji grupa wyznaczona   
wg istotnej kosztowo procedury ICD-9 CM PL, taka hospitalizacja powinna być rozliczona grupą zabiegową lub diagnostyczną dedykowaną do rozliczenia tego typu hospitalizacji. Dopiero w przypadku hospitalizacji   
o dłuższym czasie pobytu, zrealizowane drobne procedury zabiegowe lub diagnostyczne mogą zostać potraktowane przez system, jako element postępowania diagnostyczno-terapeutycznego   
i zakwalifikowane do rozliczenia grupami zachowawczymi, których zryczałtowana wartość została skalkulowana dla dłuższych hospitalizacji związanych z diagnostyką i leczeniem określonego problemu zdrowotnego.

System JGP wzorowany na systemach typu DRG jest systemem rozliczeniowo-kosztowym,   
zaś charakterystyka grupy stanowi zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy (procedury medyczne wg ICD-9 CM PL, rozpoznania wg ICD-10, wiek pacjenta, czas hospitalizacji) i tym samym zróżnicowania płatności za świadczenia. System ten w oczywisty sposób uwzględnia wybrane elementy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego określone standardami praktyki klinicznej, natomiast   
nie ma na celu określenia całości postępowania. Charakterystyka JGP nie określa zatem wszystkich procedur, które winny być wykonane w ramach hospitalizacji, nie obejmuje wszystkich procedur ICD-9 CM PL z klasyfikacji i załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych   
z zakresu leczenia szpitalnego.

1. **Opis zasad grupowania hospitalizacji w systemie JGP**
   1. **Zasady grupowania w systemie JGP**

Wynikowagrupa wyznaczana jest na podstawie zestawu danych wejściowych opisujących epizod (hospitalizację) pacjenta. Zestaw danych wejściowych, które mają wpływ na określenie grupy, znajduje się w Charakterystyce JGP, która jest załącznikiem do zarządzenia szpitalnego.

W przypadku realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach zakresu dedykowanego dla tzw. pakietu onkologicznego wyznaczenie grupy możliwe jest poza warunkami wskazanymi w Charakterystyce JGP, tj. dodatkowo dla rozpoznań zasadniczych nowotworu oraz procedur kierunkowych wskazanych w załączniku nr 3b do zarządzenia szpitalnego. Jeśli w przedmiotowym załączniku nie określono dla danej JGP ograniczonej listy procedur ICD-9 CM PL oznacza to, że wyznaczać ją mogą w ramach pakietu onkologicznego wszystkie procedury kierunkowe zawarte w Charakterystyce JGP.

*Uwaga:*

*Kiedy dla rozliczenia określonego zestawu danych istnieje dedykowany produkt rozliczeniowy lub wynika   
to z zasad kodowania jednostek chorobowych wg klasyfikacji ICD-10 możliwe jest tworzenie przez płatnika dodatkowych list procedur lub rozpoznań, w tym list negatywnych, które uniemożliwiają rozliczenie niezgodne z założeniami.*

*Sprawdzenie spełnienia warunków kierunkowych dla grup w systemach informatycznych OW NFZ obejmuje dane z całej hospitalizacji. W przypadku rehabilitacji stacjonarnej warunek rozliczenia JGP obejmujący wskazanie minimalnej liczby procedur ICD-9 CM PL z jednej listy jest uznany za spełniony, jeśli są to procedury   
o różnych kodach oraz zrealizowane w różnych dniach danego pobytu/hospitalizacji. Zatem aby warunek   
na listę procedur dodatkowych został spełniony konieczne jest sprawozdanie określonej liczby procedur   
o różnych kodach w różnych dniach. Sprawozdanie różnych procedur w tym samym dniu spowoduje,   
że zostaną one policzone jako jedna procedura. W przypadku, gdy dla warunku rozliczenia JGP zdefiniowano więcej niż jedną listę ICD-9 CM PL, procedury z tych list również muszą być sprawozdane w odrębnych datach.*

* 1. **Kroki w algorytmie grupowania – dla grup zabiegowych**

Kwalifikacja poszczególnych rekordów pacjentów do grup systemu JGP, rozpoczyna się od sprawdzenia,   
czy wystąpiła znacząca procedura zabiegowa (przynajmniej jedna spośród procedur zawartych w opisie grup). Następnym krokiem jest przypisanie wybranej procedury do właściwej grupy. W przypadku, kiedy dla danej hospitalizacji nie uda się przypisanie JGP wg sprawozdanych procedur ICD-9 CM PL, możliwe staje się wyznaczenie grupy, której elementem kierującym jest rozpoznanie ICD-10.

* 1. **Kroki w algorytmie grupowania – dla grup zachowawczych**

Program grupujący przypisze grupy systemu JGP na podstawie zarejestrowanych kodów rozpoznania zasadniczego ICD-10, jeśli spełniony jest jeden z następujących warunków:

1. w ramach hospitalizacji pacjenta nie zarejestrowano żadnej procedury,
2. ranga procedury < 2 lub = 2 i czas hospitalizacji > 1 dnia.
3. Ranga procedury > 2, ale dana JGP nie mieści się w zakresie umowy dla danej komórki organizacyjnej.

*Uwaga:*

*W przypadku, kiedy dla jednego zestawu danych z hospitalizacji możliwe jest przypisanie więcej niż jednej JGP, sprawozdający świadczenia do rozliczenia podejmuje decyzję o wskazaniu konkretnej JGP.*

W pkt 4.4 przedstawiono przebieg procesu wyznaczania JGP w formie graficznej, a w dalszej kolejności opisano podstawowe zasady działania jego najważniejszych etapów.

* 1. **Graficzny przebieg procesu wyznaczania grupy systemu JGP**



* 1. **Pobyty wyłączone z procesu grupowania**

W celu zapewnienia właściwego funkcjonowania grupowania w systemie JGP, określone pobyty zostały wyeliminowane z procesu grupowania. Kody ICD-10 oraz ICD-9 CM PL takich pobytów, nie biorą udziału   
w grupowaniu. Czas pobytu w ramach komórek wyłączonych z grupowania nie jest liczony do ustalania czasu hospitalizacji, który służy między innymi do wyliczania wartości dodatkowych osobodni ponad limit czasu finansowany wartością grupy. Są to np. pobyty w: SOR, izbie przyjęć, OAiIT (oddziale anestezjologii   
i intensywnej terapii), które finansowane są na odrębnych zasadach.

Danymi wejściowymi dla wyznaczenia grupy systemu JGP są dane epizodu z zastrzeżeniem pobytów   
w komórkach organizacyjnych wskazanych w *wykazie specjalności komórek* stanowiącym załącznik nr 1   
do niniejszego dokumentu:

1. Jeżeli w kolumnie nr 2 (Kod świadczenia) oraz w kolumnie nr 3 (Kody ICD) znajduje się zapis „wszystkie” to wyłączenie pobytu w danej komórce organizacyjnej dotyczy wszystkich kodów ICD przy wszystkich kodach świadczeń.
2. Jeżeli w kolumnie nr 2 (Kod świadczenia) znajduje się zapis kodu świadczenia, a w kolumnie nr 3 (Kody ICD) znajduje się zapis „wszystkie” to wyłączenie pobytu w danej komórce organizacyjnej dotyczy wszystkich kodów ICD przy zawartym w kolumnie nr 2 kodzie świadczenia.
3. Jeżeli w kolumnie nr 2 (Kod świadczenia) znajduje się zapis „wszystkie”, natomiast w kolumnie nr 3 (Kody ICD) znajduje się zapis klasyfikacji ICD to wyłączenie pobytu w danej komórce organizacyjnej dotyczy wskazanych w kolumnie nr 3 kodów ICD przy wszystkich kodach świadczeń.
4. Jeżeli w kolumnie nr 2 (Kod świadczenia) oraz w kolumnie nr 3 (Kody ICD) znajdują się zapisy kodów świadczenia i klasyfikacji ICD to wyłączenie pobytu w danej komórce organizacyjnej dotyczy wskazanych w kolumnie nr 3 kodów ICD przy zawartym w kolumnie nr 2 kodzie świadczenia.

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

*Uwaga:*

*W sytuacji kiedy świadczeniobiorca, z wiekiem > 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   
z wiekiem > 17 r.ż. w ramach zakresu świadczeń dla dzieci) to zostaje pominięte ograniczenie na wiek   
< 18 r.ż. i pacjent może być rozliczony świadczeniem będącym w umowie na dany zakres świadczeń.*

* 1. **Świadczenia wyłączone z grupowania**

W celu właściwego funkcjonowania grupowania w systemie JGP, w przypadkach, kiedy nie jest możliwe jednoznaczne wyłączenie z finansowania świadczeń w ramach systemu JGP poprzez mechanizm opisany w pkt 4.5., wprowadzony został dodatkowy mechanizm. Z grupowania wyłącza się wykazane procedury ICD-9 CM PL   
z datami, które mieszczą się pomiędzy datami produktów rozliczeniowych wyłączonych z grupowania. Wyłączenie to jest również uwzględniane przy wyliczaniu czasu hospitalizacji na potrzeby algorytmu grupera.

* 1. **Badanie warunków JGP**

Zestaw danych wejściowych, które mają wpływ na określenie grupy znajduje się w Charakterystyce JGP, stanowiącej załącznik do zarządzenia szpitalnego. W etykiecie każdej JGP w ww. dokumencie opisano warunki, których spełnienie w ramach hospitalizacji umożliwia jej rozliczenie. Kiedy dla rozliczenia określonego zestawu danych istnieje dedykowany produkt rozliczeniowy lub wynika to z zasad kodowania jednostek chorobowych wg klasyfikacji ICD-10 możliwe jest tworzenie przez płatnika dodatkowych list procedur lub rozpoznań, w tym list negatywnych, które uniemożliwiają rozliczenie niezgodne z założeniami.

**Badania warunków realizowane są z zachowaniem poniższych zasad:**

**Procedury ICD-9 CM PL z rangą 0-3**

W przypadku kiedy do zakwalifikowania do danej grupy wymagane jest wskazanie dwóch procedur ICD-9 CM PL(z jednej albo z różnych list), warunek nie będzie spełniony w przypadku wykazania tej samej procedury   
(nie dotyczy warunku dla grupy E11, N24, gdzie możliwe jest spełnienie warunku w przypadku wykonania procedur z różną datą /kod algorytmu „z”/).

*Uwaga:*

*Procedury bez przekazanej daty realizacji będą traktowane, jako wykonane w tym samym dniu.*

**Procedury ICD-9 CM PL z rangą 4**

Procedury oznaczone rangą 4 mogą być uwzględniane w procesie grupowania jedno, bądź wielokrotnie   
w zależności od definicji w etykiecie grupy. Obecnie procedury z rangą 4 wykorzystywane   
są do spełnienia warunków w ramach następujących grup szpitalnych: K47D, K47L, N25, P05, S56, S11, S12 i S16. *Wykaz rang procedur medycznych* stanowi załącznik nr 2 do niniejszego dokumentu.

*Uwaga:*

*Wszystkie procedury ICD-9 CM PL , które zostały wykonane od daty początku do daty końca świadczenia nalężącego do katalogu świadczeń wykluczonych w typie „W” (obecnie katalog świadczeń wysokospecjalistycznych – 1w) z procesu grupowania nie są brane pod uwagę przy wyznaczaniu grupy JGP. Natomiast w przypadku katalogu świadczeń wykluczonych w typie „V” (obecnie katalog świadczeń związanych z pobytem/hospitalizacją COVID 1v)* *procedury ICD-9 CM PL wykazane w dniu początku i końca pozycji rozliczeniowej nie podlegają wykluczeniu.*

*W sytuacji wystąpienia świadczeń wykluczonych w typie „V”, czas hospitalizacji zostanie pomniejszony o różnicę pomiędzy datą końca i początku produktu należącego do katalogu wykluczonego o typie „V” pomniejszoną o jeden dzień.*

**Rozpoznania ICD-10**

W przypadku kiedy do zakwalifikowania do danej grupy wymagane jest wskazanie dwóch rozpoznań ICD-10   
(z jednej albo z różnych list), warunek nie będzie spełniony w przypadku wykazania tego samego rozpoznania. Do badania spełnienia warunku na rozpoznaniezasadnicze powinno być brane pod uwagę rozpoznanie   
z komunikatu XML SWIAD oznaczone atrybutem „przyczyna-glowna” w elemencie „hospitalizacja”,rozpoznanie współistniejące „przyczyna-wsp” z poziomu hospitalizacji ww. komunikatu. Rozpoznania współistniejące brane są pod uwagę do badania warunków bez względu na kolejność ich sprawozdania.

**Czas hospitalizacji**

Czas hospitalizacji wyznaczany jest na podstawie daty przyjęcia i wypisu. Poniżej opisany sposób wyliczania czasu hospitalizacji jest stosowany wyłącznie na potrzeby algorytmu grupera, służy do wyliczania osobodni finansowanych ponad ryczałt finansowany grupą, wartość punktową dla hospitalizacji trwających „zero”   
(dw = dp), jeden albo dwa dni, ograniczenia czasowego na minimum i maksimum liczby dni kwalifikujących, jako warunek do danej JGP i nie powinien być stosowany do wyliczania czasu hospitalizacji np.: na potrzeby statystyki publicznej, czy statystyk dotyczących czasu trwania hospitalizacji w szpitalach:

1. dla pobytu jednodniowego (*leczenie jednego* dnia oraz *hospitalizacja trwająca „zero” dni*) (dw = dp) przyjmuje się wartość wg wzoru:

th = (dw – dp) + 1

1. dla hospitalizacji przyjmuje się wartość wg wzoru:

th = dw – dp

*Uwaga:*

*W przypadku hospitalizacji w ramach której występują pobyty w komórkach organizacyjnych wskazanych   
w wykazie specjalności komórek, czas hospitalizacji wyznaczany jest na podstawie poniższego wzoru   
(z wyjątkiem pobytów dla których znajdują się zapisy w kolumnie nr 3 (Kody ICD)):*

*thw = th – (dww1 – dpw1) – (dww2 – dpw2) – … – (dwwn – dpwn)*

*W przypadku hospitalizacji w ramach której występują pobyty, w których uwzględniono świadczenia   
z katalogu wyłączonego z sumowania przyjmuje się wartość wg. wzoru:*

*th = (dw – dp) – (dzsw – dpsw)*

gdzie:

th – czas hospitalizacji,

thw – czas hospitalizacji pomniejszony o czas pobytów w komórkach organizacyjnych wskazanych   
w *wykazie specjalności komórek*,

dw – data wypisu,

dp – data przyjęcia,

dww1 – data wypisu z pierwszego pobytu,

dpw1 – data przyjęcia w ramach pierwszego pobytu,

dww2 – data wypisu z drugiego pobytu,

dpw2 – data przyjęcia w ramach drugiego pobytu,

dwwn – data wypisu z n-tego pobytu,

dpwn – data przyjęcia w ramach n-tego pobytu.

dzsw – data zakończenia świadczenia wyłączonego

dpsw – data początku świadczenia wyłączonego

*Przykład:*

Pobyt 1 – od 05.09.2008 r. – do 10.09.2008 r. tj. 10 – 5 = 5 dni

Pobyt 2 – w komórce organizacyjnej wskazanej w *wykazie* *specjalności komórek* – od 10.09.2008 r.   
– do 21.09.2008 r. tj. 21 – 10 = 11 dni

Pobyt 3 – od 21.09.2008 r. – do 24.09.2008 r. tj. 24 – 21 = 3 dni

Pobyt 4 – w komórce organizacyjnej wskazanej w *wykazie specjalności komórek* – od 24.09.2008 r. – do 25.09.2008 r.

Pobyt 5 – od 25.09.2008 r. – do 26.09.2008 r. (pobyt w tym samym czasie, co pobyt w komórce organizacyjnej wskazanej w *wykazie specjalności komórek*)

Pobyt 6 – w komórce organizacyjnej wskazanej w *wykazie specjalności komórek* – od 26.09.2008 r. – do 28.09.2008 r. tj. (*zasada sąsiedztwa*) 28 – 24 = 4 dni

Pobyt 7 – od 28.09.2008 r. – do 30.09.2008 r. tj. 30 – 28 = 2 dni

dw – 30.09.2008 r.,

dp – 05.09.2008 r.,

dww1 – 21.09.2008 r.,

dpw1 – 10.09.2008 r.,

dww2 – 28.09.2008 r.,

dpw2 – 24.09.2008 r.,

th = 30– 5 = 25

thw = 25 – (21 – 10) – (28 – 24) = 10

Czas hospitalizacji w przedstawionym powyżej przykładzie jest równy 10 dni.

*Uwaga:*

*W przypadku hospitalizacji w ramach której w sąsiadujące dni występuje komórka organizacyjna wskazana w wykazie specjalności komórek (załącznik nr 1 do niniejszego dokumentu), okresy sąsiadujące łączone są w jeden pobyt.*

**Wiek pacjenta**

Wiek pacjenta liczy się wg dokładniej daty urodzenia i na dzień przyjęcia. Powinien być wyliczany na dzień przyjęcia pacjenta do hospitalizacji.

*Przykład:*

Osoba urodzona 21.08.1993 r.spełnia poszczególne warunki w poniżej opisany sposób:

* < 18 r.ż. warunek spełniany do dnia 20.08.2011 r.,
* > 17 r.ż. warunek spełniany od dnia 21.08.2011 r.,
* < 1 r.ż. – warunek spełniany do 20.08.1994 r.;
* > 0 r.ż. – warunek spełniany od 21.08.1994 r.;
* < 70 r.ż. – warunek spełniany do 20.08.2063 r.;
* > 69 r.ż. – warunek spełniany od 21.08.2063 r.

*Uwaga:*

*Na wyliczenie wieku pacjenta nie mają wpływu wyłączenia danych pobytów w komórkach organizacyjnych wskazanych w wykazie specjalności komórek.*

* 1. **Weryfikacja wybranej JGP z zakresem umowy**

Wybrana do rozliczenia JGP sprawdzana jest, czy jest możliwa do realizacji w zakresie umowy dla danej komórki organizacyjnej w ramach, której została sprawozdana.

* 1. **Określenie taryfy dla JGP**

**Wartość punktowa grupy**

Dla poszczególnych grup w katalogu JGP, stanowiącym załącznik do zarządzenia szpitalnego, określono podstawową wartość punktową w zależności od typu umowy w ramach którego jest realizowana. Typ umowy (hospitalizacja, hospitalizacja planowa, "leczenie jednego dnia"), jaki jest kontraktowany dla danej specjalności wynika z warunków realizacji świadczeń (np.: wymagania sprzętowe, personelu, organizacji udzielania świadczeń) określonych dla poszczególnych typów umów w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Brak wartości punktowej w danym typie umowy oznacza, że JGP nie może być w nim rozliczana.

**Liczba dni pobytu finansowana grupą i osobodzień ponad ryczałt finansowany grupą**

Fundusz finansuje dodatkowo z zastosowaniem osobodnia, wynikające z zasad postępowania medycznego,   
w tym leczenia powikłań i rehabilitacji, hospitalizacje o przedłużonym czasie pobytu ponad limit ustalony   
dla danej grupy. W przypadku hospitalizacji, której czas przekracza liczbę dni finansowaną grupą, określonych w katalogu JGP, stanowiącym załącznik do zarządzenia szpitalnego, każdy dodatkowy osobodzień jej trwania jest finansowany dodatkowo poprzez wartość określoną w katalogu JGP.

*Uwaga:*

*Opisanej metody finansowania nie stosuje się dla świadczeń realizowanych w ramach umów hospitalizacja planowa i „leczenie jednego dnia”.*

**Wartość punktowa hospitalizacji trwających „zero”, jeden albo dwa dni**

W ramach hospitalizacji rozliczanych wybranymi Jednorodnymi Grupami Pacjentów funkcjonuje redukcja wartości punktowej hospitalizacji trwających poniżej 3 dni (w typach umów hospitalizacja oraz hospitalizacja planowa). W katalogu JGP określono wartości punktowe hospitalizacji trwających „zero”, jeden albo dwa dni. Mechanizm wspomnianej powyżej redukcji wartości punktowej nie ma zastosowania dla hospitalizacji zakończonych zgonem (kod trybu wypisu 9).

*Uwaga:*

*Taryfa JGP może być przeliczona wg odpowiedniego współczynnika (modyfikatora taryfy) na zasadach opisanych w zarządzeniu i komunikacie XML SWIAD.*

* 1. **Wykazanie JGP do rozliczenia i sumowanie świadczeń do JGP**

Dla danej hospitalizacji możliwe jest wyznaczenie tylko jednej JGP. Wartość przy atrybucie „krotn-fakt”   
w elemencie „pozycja-rozl” komunikatu XML SWIAD powinna zawsze wynosić 1. Do grupy możliwe jest sumowanie świadczeń towarzyszących na zasadach określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ.

W przypadkach określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ, wynikających z ogólnych warunków umowy, Prezes Funduszu może zastosować współczynniki korygujące dla poszczególnych: grup świadczeniodawców, grup świadczeniobiorców, grup świadczeń oraz grup osób wykonujących dany zawód medyczny. Wartość taryfy może być korygowana o wskazany w wspomnianych zarządzeniach współczynnik.

**Załączniki:**

1. Wykaz specjalności komórek
2. Wykaz rang procedur medycznych