

Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 6.0

Irena Molinari

Miroslav Zvolský

Zbyněk Bortlíček

Tomáš Pavlík

Kódování případů

Úraz během hospitalizace

Pacient po operaci pro karcinom tlustého střeva je přijat na interní oddělení k vyšetření, které recidivu malignity neprokáže.

HDG: Z08.0 Následné vyšetření po operačním výkonu pro zhoubný novotvar

DRG skupina: 23-K05-02 Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění

Pokud pacient během hospitalizace upadne a způsobí si pertrochanterickou zlomeninu stehenní kosti, je přeložen ortopedie k operaci.

Varianty kódování:

HDG: Z08.0 Následné vyšetření po operačním výkonu pro zhoubný novotvar

VDG: S72.10 Pertrochanterická zlomenina, zavřená

Výkon: 53471 ZLOMENINA HORNÍHO KONCE FEMURU - REPOZICE OTEVŘENÁ

DRG skupina: 23-K05-02 Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění

Operaci systém ignoruje, jako by nebyla

HDG: S72.10 Pertrochanterická zlomenina, zavřená

VDG: Z08.0 Následné vyšetření po operačním výkonu pro zhoubný novotvar

Výkon: 53471 ZLOMENINA HORNÍHO KONCE FEMURU - REPOZICE OTEVŘENÁ

DRG skupina: 08-I13-09 Operace poranění pánve a stehenní kosti

Je to asi správně, i když jsme porušilo pravidlo „vše co vznikne v nemocnici uvnitř případu hospitalizace nemůže být HDG

Jak máme při vykazování postupovat?

Úraz během hospitalizace

Pacient po operaci pro karcinom tlustého střeva je přijat na interní oddělení k vyšetření, které recidivu malignity neprokáže.

HDG: Z08.0 Následné vyšetření po operačním výkonu pro zhoubný novotvar

DRG skupina: 23-K05-02 Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění

Pokud pacient během hospitalizace upadne a způsobí si pertrochanterickou zlomeninu stehenní kosti, je přeložen ortopedie k operaci.

Varianty kódování:

HDG: Z08.0 Následné vyšetření po operačním výkonu pro zhoubný novotvar

VDG: S72.10 Pertrochanterická zlomenina, zavřená

Výkon: 53471 ZLOMENINA HORNÍHO KONCE FEMURU - REPOZICE OTEVŘENÁ

DRG skupina: 23-K05-02 Následné vyšetření pro již dříve léčené onemocnění

Operaci systém ignoruje, jako by nebyla

HDG: S72.10 Pertrochanterická zlomenina, zavřená

VDG: Z08.0 Následné vyšetření po operačním výkonu pro zhoubný novotvar

Výkon: 53471 ZLOMENINA HORNÍHO KONCE FEMURU - REPOZICE OTEVŘENÁ

DRG skupina: 08-I13-09 Operace poranění pánve a stehenní kosti

Je to asi správně, i když jsme porušilo pravidlo „vše co vznikne v nemocnici uvnitř případu hospitalizace nemůže být HDG

Nelze akceptovat kódování v rozporu s definicí HDG.

Není pravda, že systém operaci „ignoruje, jako by nebyla“. CZ-DRG zohledňuje podobné situace pomocí CC a materiálových outlierů. Do CC se načítají veškeré aspekty komplikovanosti HP, včetně zlomené nohy. Náklady na pacienta, u kterého bude řešena zlomená noha na operačním sále se rozpočítají na všechny pacienty, tak aby se stanovil průměrný náklad na 1 komplikovaného pacienta.

Císařský řez s následnou peritonitidou

Obézní 33 letá pacientka s anamnézou císařského řezu pro těžkou preeklampsii byla přijata ve 38 tt. pro nepravidelné kontrakce. Při příjmu indikována SC, která byla provedena 5. den a narodilo se zdravé dítě. Pro zhoršení stavu byla 7. den provedena revize břicha se závěrem difuzní purulentní peritonitidy. Zahájena ATB terapie, překlad na chirurgický JIP. 16. den opakovaná revize pro recidivu peritonitidy, ponecháno otevřené břicho, pacientka přeložena na ARO. 20. den byla provedena transverzostomie pro perforaci střeva. Pacientka se postupně stabilizovala a 30. den byla propuštěna.

Varianty kódování:

HDG: K65.0 Akutní peritonitida

DRG skupina: 06-I12-01 Chirurgický výkon na žaludku nebo střevu mimo resekce s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4 Dílčí relativní váha pro nepřímé (nemateriálové) náklady: 4,93060

HDG: O82.1 Neodkladný císařský řez

DRG skupina: 14-I01-01 Porod císařským řezem v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci RV Los prep 2,549

Dodrželi jsme definici HDG a kódovali jako HDG problém se kterým přijata tedy O821 – neodkladný císařský řez.

Náš seznam případů DRG píše: **minus 224 524 Kč**

Má pravdu okradli jsme se, měli jsme kódovat tu peritonitis jako hlavní dg a přiblížit se tak více nákladům.

Jak máme při vykazování postupovat?



Císařský řez s následnou peritonitidou

Obézní 33 letá pacientka s anamnézou císařského řezu pro těžkou preeklampsii byla přijata ve 38 tt. pro nepravidelné kontrakce. Při příjmu indikována SC, která byla provedena 5. den a narodilo se zdravé dítě. Pro zhoršení stavu byla 7. den provedena revize břicha se závěrem difuzní purulentní peritonitidy. Zahájena ATB terapie, překlad na chirurgický JIP. 16. den opakovaná revize pro recidivu peritonitidy, ponecháno otevřené břicho, pacientka přeložena na ARO. 20. den byla provedena transverzostomie pro perforaci střeva. Pacientka se postupně stabilizovala a 30. den byla propuštěna.

14-I01-01 Porod císařským řezem v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci

DRG skupina 14-I01-01 zahrnuje hospitalizační případy pacientek se závažnou hlavní nebo vedlejší diagnózou nebo s provedeným dalším chirurgickým výkonem pro komplikaci po porodu (například hysterektomie nebo relaparotomie pro krvácení) z DRG báze 14-I01 Porod císařským řezem, u kterých byla péče poskytnuta v centru vysoce specializované intenzivní nebo intermediární péče v perinatologii.

Klasifikační pravidlo 1:

[rozbalit / sbalit](#)

- Kritické výkony - výkon pro komplikaci po porodu císařským řezem
 - 51392 RELAPAROTOMIE PRO POOPERAČNÍ KRVÁCENÍ, PERITONITIDU, ILEUS
 - 51393 EXPLORATIVNÍ LAPAROTOMIE
 - 51397 OTEVŘENÁ LAVÁŽ PERITONEÁLNÍ DUTINY, SEC. LOOK, LAPAROSTOMIE

DRG skupina 14-I01-01 je pro tyto klinické situace určena - viz 1. klasifikační pravidlo, kde je mimo jiné i chirurgické řešení pooperační peritonitidy. Co se týče hospodářského výsledku dle NIS, je třeba ověřit metodiku, jak byl tento rozdíl vyčíslen. V rámci referenčních nemocnic je možno zkontrolovat, jak dopadlo ocenění dle CZ-DRG metodiky a jak to je/není v souladu s bilancí ZZ dle NIS a případně proč.

Anestézie při operaci

Žádný kód související s anestezií při operaci nemá vliv na zařazení klasifikaci DRG.

Existují stavy, kdy je nákladná 78240 součástí léčby chronických bolestivých stavů DK, aniž by byla provázena jiným kritickým výkonem.

Výkony celkové anestezie 78111–78117 definují ošetrovací den, ostatní svodné, epidurální, subarach 78121 – 78250 nikoliv. Tato odlišnost se prakticky v našem systému projeví tak, že sumární počty svodných anestezií (78121-78250) za období, (nejsou kritické a nemají ani definovaný ošetrovací den), nelze v našem v našem vyhledávači „seznam případů DRG“ dohledat a není možno s nimi dále pracovat.

Pokud definují alespoň terapeutický den, tak jsou v systému „seznam případů DRG“ dohledatelné a je možno s nimi dále pracovat – provádět průniky množin konzervativně léčených s počty anestezií a dohledat hříšníky, co nenapsali operační protokol. U anestezií v celkové anestezií 78111 – 78117 je to možné, protože mají definovaný alespoň terapeutický den a tak je systém zobrazí při vyhledávání jako kritické výkony.

Je možno to podobně vyřešit u ostatní anestézie?

Anestézie při operaci

Žádný kód související s anestezií při operaci nemá vliv na zařazení klasifikaci DRG.

Existují stavy, kdy je nákladná 78240 součástí léčby chronických bolestivých stavů DK, aniž by byla provázena jiným kritickým výkonem.

Výkony celkové anestezie 78111–78117 definují ošetrovací den, ostatní svodné, epidurální, subarach 78121 – 78250 nikoliv. Tato odlišnost se prakticky v našem systému projeví tak, že sumární počty svodných anestezií (78121-78250) za období, (nejsou kritické a nemají ani definovaný ošetrovací den), nelze v našem v našem vyhledávači „seznam případů DRG“ dohledat a není možno s nimi dále pracovat.

Pokud definují alespoň terapeutický den, tak jsou v systému „seznam případů DRG“ dohledatelné a je možno s nimi dále pracovat – provádět průniky množin konzervativně léčených s počty anestezií a dohledat hříšníky, co nenapsali operační protokol. U anestezií v celkové anestezií 78111 – 78117 je to možné, protože mají definovaný alespoň terapeutický den a tak je systém zobrazí při vyhledávání jako kritické výkony.

Je možno to podobně vyřešit u ostatní anestézie?

Doporučujeme domluvit se s poskytovatelem NIS nebo IT oddělením. Dohledávání pacientů s epidurální anestezií v DRG bázi typu K neopravňuje ke změně klasifikačních pravidel tak, aby tyto výkony rozpoznával grouper.

Sekundárně infikovaná plicní embolie

25-letá pacientka byla přijata pro suspektní pneumonii, která byla potvrzena. Vstupně byl zjištěn také zvýšený troponin – bylo vysloveno podezření na minimální formu reaktivní myokarditis (byl proveden UZ srdce) a pacientka byla adekvátně zaléčena i.v. antibiotiky. Kvůli zvýšeným D-dimerům byl proveden plicní scan, kde je prokázána sekundárně infikovaná plicní embolie vlevo, která je zdrojem potíží. Pacientka po залечení propuštěna zpět do ambulantní péče.

DG:

- Sekundárně infikovaná plicní embolie I.sin - antikoagulace po dobu 3-6 měsíců
- Minimální forma reaktivní myokarditis

- 06/24 - UZ srdce - dobrá systolická funkce LK, EF LK 65%, LK nedilatovaná, bez segmentární poruchy kinetiky, bez hypertrofie, bez významné chlopenní vady, PK s dobrou systol. funkcí, nedilatována, bez hypertrofie, bez známek plicní hypertenze, bez perikardiálního výpotku.

Dotaz: Pod kódem I26.9 je jako jedna z diagnóz, která sem spadá, uvedena embolická pneumonie. Kóduje se tedy jen tímto jedním kódem I26.9 pro oba stavy (embolie + pneumonie) nebo se provede rozkódování I26.9 + J18.9?

Sekundárně infikovaná plicní embolie

25-letá pacientka byla přijata pro suspektní **pneumonii**, která byla **potvrzena**. Vstupně byl zjištěn také zvýšený troponin – bylo vysloveno podezření na minimální formu reaktivní myokarditis (byl proveden UZ srdce) a pacientka byla adekvátně zaléčena i.v. antibiotiky. Kvůli zvýšeným D-dimerům byl proveden plicní scan, kde je prokázána sekundárně infikovaná plicní embolie vlevo, která je zdrojem potíží. Pacientka po залечení propuštěna zpět do ambulantní péče.

DG:

- **Sekundárně infikovaná plicní embolie** I.sin - antikoagulace po dobu 3-6 měsíců
- **Minimální forma reaktivní myokarditis**

- 06/24 - UZ srdce - dobrá systolická funkce LK, EF LK 65%, LK nedilatovaná, bez segmentární poruchy kinetiky, bez hypertrofie, bez významné chlopenní vady, PK s dobrou systol. funkcí, nedilatována, bez hypertrofie, bez známek plicní hypertenze, bez perikardiálního výpotku.

- I26.9 – Plicní embolie bez akutního cor pulmonale**
- J18.9 – Pneumonie NS**
- I51.4 – Myokarditida NS**

Termín „embolická pneumonie“ v kazuistice není zmíněn a v odborné literatuře se nevyskytuje

HDG se stanoví dle dostupných informací o nákladech



Polypoidní endometrióza

49letá pacientka s diagnózou tumoru malé pánve dle MRI suspektně vycházející z přední stěny rekta, kdy nelze vyloučit gynekologickou etiologii, byla plánovaně přijata k laparoskopické revizi. Byla provedena roboticky asistovaná exstirpace cysty polypoidní endometriózy malé pánve, ponecháno suficientní rektum, výkon proběhl bez komplikací.

Diagnostický souhrn:

Polypoidní endometrióza s fokusy atypické hyperplázie pánve

- koloskopie s normálním pankoloskopickým nálezem vč. terminálního ilea
- Roboticky asistovaná exstirpace endometriózy pánve dne 12.6.

HDG: N803 Endometrióza pánevní pobřišnice

Výkon: 51765 ROBOTICKY ASISTOVANÁ RESEKCE KONEČNÍKU

Dotaz/připomínka: Příklad padal do konzervativní baze 13-K06-00 Endometrióza. Do stejné báze to padá i při vykázání markeru 91988 ROBOTICKY ASISTOVANÁ LAPAROSKOPICKÁ OPERACE PRO HLUBOKOU PÁNEVNÍ ENDOMETRIÓZU (EXTENZIVNÍ ADHEZIOLÝZA), protože ten není kritický. Jak se má daná problematika řešit?

Polypoidní endometrióza

49letá pacientka s diagnózou tumoru malé pánve dle MRI suspektně vycházející z přední stěny rekta, kdy nelze vyloučit gynekologickou etiologii, byla plánovaně přijata k laparoskopické revizi. Byla provedena roboticky asistovaná exstirpace cysty polypoidní endometriózy malé pánve, ponecháno suficientní rektum, výkon proběhl bez komplikací.

Diagnostický souhrn:

Polypoidní endometrióza s fokusy atypické hyperplázie pánve

- koloskopie s normálním pankoloskopickým nálezem vč. terminálního ilea
- Roboticky asistovaná exstirpace endometriózy pánve dne 12.6.

HDG: N803 Endometrióza pánevní pobřišnice

Výkon: 51765 ROBOTICKY ASISTOVANÁ RESEKCE KONEČNÍKU

DRG marker 91988 není kritický, protože byl při zavedení zařazen mezi robotické DRG markery typu „Doprovodné DRG markery, které pouze indikují využití robota a vykazují se současně s kódem ze SZV pro skutečně provedený chirurgický výkon“ s tím, že bude současně vykázán i jiný výkon, který HP klasifikuje do výkonové DRG báze. Vzhledem k tomu, že vzniká *Koncepce kódování robotických výkonů*, bude tato problematika jistě řešena ve verzi 8.0

CMP jako komplikace

Pacient byl přijat pro akutní dekompenzaci srdečního selhání. Třetí den proběhla ischemická cévní mozková příhoda emboligenní při nově diagnostikované fibrilaci síní. Byla provedena endovaskulární trombektomie. Po přeléčení byl pacient propuštěn domů. Druhý den po propuštění byl hospitalizován na Infekční klinice pro zhoršení dušnosti a ztrátu soběstačnosti v důsledku nákazy covid-19 s postižením horních cest dýchacích.

Hosp. 27.9.-24.10.2023

HDG: I500 Městnavé selhání srdce

VDG: U580 Akutní selhání nebo akutní dekompenzace chronického srdečního selhání

I634 Mozkový infarkt způsobený embolií mozkových tepen

U5312 NIHSS skóre 12 – (známo z podrobné epikrízy)

I481 Přetrvávající (perzistující) fibrilace síní

Provedeno několik výkonů včetně 90952 (DRG) EXTRAKCE TROMBU NEBO EMBOLU ENDOVASKULÁRNÍ CESTOU

Hosp. 25.10.-2.11.2023

HDG: J068 Jiné akutní infekce horních dýchacích cest na více místech

U071 COVID-19, virus laboratorně prokázán

I500 Městnavé selhání srdce

I634 Mozkový infarkt způsobený embolií mozkových tepen

I481 Přetrvávající (perzistující) fibrilace síní

Dotaz:

Může se jako HDG celého spojeného hospitalizačního případu vykázat CMP I634? Nebo musí být I500?

I500 A 88-I05-00 Hospitalizační případy reklasifikované z MDC **CM 4,01**

J068 A 03-K02-01 Záněty horních cest dýchacích a hrtanu s CC=3-4 **CM 4,28**

I632 D 01-M02-00 Odstranění uzávěru cévy endovaskulární cestou pro onemocnění nervové soustavy **CM 9,29**

CMP jako komplikace

3.1 Hlavní diagnóza

- a) Hlavní diagnóza (HDG) je definována jako stav diagnostikovaný, tj. vyhodnocený po všech vyšetřeních na konci případu akutní lůžkové péče jako odpovědný za potřebu hospitalizace v daném zařízení. Jako HDG nelze kódovat onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace. Jako HDG nelze kódovat stav, který je příznakem diagnostikovaného onemocnění; výjimkou jsou případy, kdy léčba příznaku vedla k většímu čerpání prostředků, než léčba vlastního diagnostikovaného onemocnění (např. hospitalizace cílená na řešení ascitu, epistaxe, hematurie apod.)
- b) Existuje-li více než jeden stav odpovídající definici HDG (podle bodu 3.1 a), vybere se ten, který je zodpovědný za největší čerpání prostředků poskytovatele zdravotní péče, vyhodnocené dle dostupných nákladových informací.
- c) Pokud nebyla stanovena žádná diagnóza ani suspektní, vybere se hlavní příznak, patologický nález-nebo obtíž. Nelze-li vybrat ani odpovídající příznakovou diagnózu, zvolíme jiný důvod kontaktu se zdravotnickými službami z XXI. kapitoly MKN-10.
- d) Dojde-li ke spojení dvou hospitalizací do jednoho případu, lze jako HDG vybrat stav, který byl důvodem druhé hospitalizace z obou spojovaných. Výjimkou jsou komplikace zdravotní péče vzniklé v navaznosti na předchozí hospitalizaci, které v takové situaci nelze jako HDG vykázat.
- e) Jako HDG se nesmějí kódovat diagnózy uvedené v příloze 28 Definičního manuálu klasifikačního systému CZ-DRG: Přiřazení hlavních diagnóz a závažnost vedlejších diagnóz v systému CZ-DRG, které klasifikují případ do MDC 99.
- f) Na pozici HDG je povolena hvězdičková diagnóza, nesmí však být použita samostatně (viz 2.3.3.1).
- g) Na pozici HDG lze vykázat suspektní diagnózu.
- h) Pokud je jako stav (nejvíce) odpovědný za potřebu hospitalizace kódovaný podvojně, vybere se na místo HDG kód, který specifitějším způsobem vyjadřuje potřebu hospitalizace.

CMP jako komplikace

Pacient byl přijat pro akutní dekompenzaci srdečního selhání. Třetí den proběhla ischemická cévní mozková příhoda emboligenní při nově diagnostikované fibrilaci síní. Byla provedena endovaskulární trombektomie. Po přeléčení byl pacient propuštěn domů. Druhý den po propuštění byl hospitalizován na Infekční klinice pro zhoršení dušnosti a ztrátu soběstačnosti v důsledku nákazy covid-19 s postižením horních cest dýchacích.

Hosp. 27.9.-24.10.2023

HDG: I500 Městnavé selhání srdce

VDG: U580 Akutní selhání nebo akutní dekompenzace chronického srdečního selhání

I634 Mozkový infarkt způsobený embolií mozkových tepen

U5312 NIHSS skóre 12 – (známo z podrobné epikrízy)

I481 Přetrvávající (perzistující) fibrilace síní

Provedeno několik výkonů včetně 90952 (DRG) EXTRAKCE TROMBU NEBO EMBOLU ENDOVASKULÁRNÍ CESTOU

Hosp. 25.10.-2.11.2023

HDG: J068 Jiné akutní infekce horních dýchacích cest na více místech

U071 COVID-19, virus laboratorně prokázán

I500 Městnavé selhání srdce

I634 Mozkový infarkt způsobený embolií mozkových tepen

I481 Přetrvávající (perzistující) fibrilace síní

HDG: I50.0 – Městnavé selhání srdce

VDG: U58.0 – Akutní selhání nebo akutní dekompenzace chronického srdečního selhání

I63.4 – Mozkový infarkt způsobený embolií mozkových tepen

U53.12 – NIHSS skóre 12

I48.1 – Přetrvávající (perzistující) fibrilace síní

J06.8 – Jiné akutní infekce horních dýchacích cest na více místech

U07.1 – COVID-19, virus laboratorně prokázán

Babybox

Do babyboxu byl odložen novorozenec, který je nyní hospitalizován na novorozeneckém oddělení. Dnes byla na oddělení přijata náhradní matka, jakou by měla mít uvedenou HDG ?

Babybox

Do babyboxu byl odložen novorozenec, který je nyní hospitalizován na novorozeneckém oddělení. Dnes byla na oddělení přijata náhradní matka, jakou by měla mít uvedenou HDG ?

V takovémto případě se nezakládá hospitalizační případ pro matku, ale vykáže se dg. Z76.3 (doprovod) na účtu dítěte spolu s výkonem doprovodu. Pokud nemá oddělení výkon nasmlouvaný, požádá o nasmlouvání zdravotní pojišťovnu.

Karoticko-subclaviální bypass + TEVAR

Pacient s náhradou aortálního oblouku (09/2022) pro disekci aorty A byl přijat pro progredující anuryzma hrudní aorty. Byl proveden hybridní výkon: karoticko-subclaviální bypass a TEVAR (Thoracic endovascular aortic repair).

Vykázané kritické výkony:

54190 OSTATNÍ REKONSTRUKCE TEPEN A BYPASSY

89331 ZAVEDENÍ STENTU DO TEPENNÉHO ČI ŽILNÍHO ŘEČIŠTĚ

Vykázané diagnózy:

HDG: I71.5 – Aneuryzma torakoabdominální aorty, roztržené

VDG: Z95.8 – Přítomnost jiných srdečních a cévních implantátů a štěpů

I10 – Esenciální (primární) hypertenze

E78.2 – Smíšená hyperlipidemie

E79.0 – Hyperurikemie bez známek zánětlivé artritidy a tofů

E66.0 – Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií

U59.0 – I. stupeň obezity (WHO) - BMI 30-34

Máme prosím dotaz jak správně vykázat níže uvedenou hospitalizaci - použitý „Stentgraft“ 0152216 (vykázaný 22.3 na RTG) je v hodnotě 150.000,-Kč, avšak HTP materiálu této hospitalizace je pouze 53.137,-Kč.

Karoticko-subclaviální bypass + TEVAR

Pacient s náhradou aortálního oblouku (09/2022) pro disekci aorty A byl přijat pro progredující anuryzma hrudní aorty. Byl proveden hybridní výkon: karoticko-subclaviální bypass a TEVAR (Thoracic endovascular aortic repair).

Vykázané kritické výkony:

54190 OSTATNÍ REKONSTRUKCE TEPEN A BYPASSY

89331 ZAVEDENÍ STENTU DO TEPENNÉHO ČI ŽILNÍHO ŘEČIŠTĚ

Výsledek klasifikace:

MDC:	<u>05</u>	Nemoci a poruchy oběhové soustavy
DRG kategorie:	<u>05-F07</u>	Funkční a strukturální poruchy aorty
DRG báze:	<u>05-I18</u>	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině
DRG skupina:	<u>05-I18-04</u>	Bypass, náhrada nebo rekonstrukce na centrálních cévách v hrudní a břišní dutině u pacientů s CC=0-1
CC:	<u>0</u>	

Charakteristiky DRG skupiny dle číselníku RV:

Průměrná délka HP (dolní – horní mezní bod) [dny]:	10 (3–16)
Průměrné přímé náklady (dolní – horní mezní bod) [Kč]:	24 092 (1–53 137)
Dílčí relativní váha pro nepřímé (nemateriálové) náklady:	2,71690
Dílčí relativní váha pro přímé (materiálové) náklady:	0,29530
Celková relativní váha:	3,01220

Pro zobrazení relativní váhy klasifikovaného případu je nutné vyplnit v bloku Přidat informace pro přiřazení relativní váhy informace zohledněné v příslušné verzi CZ-DRG.

Karoticko-subclaviální bypass + TEVAR

Pacient s náhradou aortálního oblouku (09/2022) pro disekci aorty A byl přijat pro progredující anuryzma hrudní aorty. Byl proveden hybridní výkon: karoticko-subclaviální bypass a TEVAR (Thoracic endovascular aortic repair).

Vykázané kritické výkony:

54190 OSTATNÍ REKONSTRUKCE TEPEN A BYPASSY

89331 ZAVEDENÍ STENTU DO TEPENNÉHO ČI ŽILNÍHO ŘEČIŠTĚ

07215(DRG) ZAVEDENÍ STENTU ČI STENTGRAFTU DO TORAKOABDOMINÁLNÍ AORTY

Výsledek klasifikace:

MDC:	05	Nemoci a poruchy oběhové soustavy
DRG kategorie:	05-F07	Funkční a strukturální poruchy aorty
DRG báze:	05-M02	Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě
DRG skupina:	05-M02-02	Endovaskulární nebo komplexní chirurgický výkon na aortě s otevřeným operačním výkonem ve stejný den u pacientů s CC=0-3
CC:	0	

Charakteristiky DRG skupiny dle číselníku RV:

Průměrná délka HP (dolní – horní mezní bod) [dny]:	10 (3–15)
Průměrné přímé náklady (dolní – horní mezní bod) [Kč]:	325 072 (108 357–588 264)
Dílčí relativní váha pro nepřímé (nemateriálové) náklady:	2,91600
Dílčí relativní váha pro přímé (materiálové) náklady:	3,98460
Celková relativní váha:	6,90060

Koarktace aorty

Dospělý pacient s významnou koarktací aorty se sekundární hypertenzí byl přijat k operačnímu řešení. V mimotělním oběhu byla provedena resekce koarktace aorty a náhrada části descendentí aorty protézou. Pooperační průběh byl komplikován fibrilací síní, která byla úspěšně vyřešena kardioverzí.

Vykázané kritické DRG výkony:

07546 (DRG) OTEVŘENÝ OPERAČNÍ PŘÍSTUP

55116 KOREKCE VROZENÝCH SRDEČNÍCH VAD NA ZAVŘENÉM SRDCI - SLOŽITÉ NEBO OPERACE PRO ZÁVAŽNÉ PORUCHY SRDEČNÍHO RYTMU BEZ POUŽITÍ MO - REOPERACE

Vykázané diagnózy:

HDG: Q25.1 – Koarktace aorty

VDG: Z95.8 – Přítomnost jiných srdečních a cévních implantátů a štěpů

Q23.1 – Vrozená insuficience aortální chlopně

I71.2 – Aneuryzma hrudní aorty, bez zmínky o ruptuře

I35.2 – Stenóza aortální chlopně s insuficiencí

I15.8 – Jiná sekundární hypertenze

I48.0 – Paroxysmální fibrilace síní

E78.9 – Porucha metabolismu lipoproteinů NS

Uvedený případ se zařadil do DRG skupiny 88 s velmi nízkou relativní váhou, která nepokryje náklady na desetidenní hospitalizaci (je zde velký nesoulad mezi skutečností a horní hranicí materiálu).

Koarktace aorty

Dospělý pacient s významnou koarktací aorty se sekundární hypertenzí byl přijat k operačnímu řešení. V mimotělním oběhu byla provedena resekce koarktace aorty a náhrada části descendentí aorty protézou. Pooperační průběh byl komplikován fibrilací síní, která byla úspěšně vyřešena kardioverzí.

Vykázané kritické DRG výkony:

07546 (DRG) OTEVŘENÝ OPERAČNÍ PŘÍSTUP

55116 KOREKCE VROZENÝCH SRDEČNÍCH VAD NA ZAVŘENÉM SRDCI - SLOŽITÉ NEBO OPERACE PRO ZÁVAŽNÉ PORUCHY SRDEČNÍHO RYTMU BEZ POUŽITÍ MO - REOPERACE

Výsledek klasifikace:

MDC:	88	Výkon nesouvisející s hlavní diagnózou
DRG kategorie:	88-X01	Výkon nesouvisející s hlavní diagnózou
DRG báze:	88-I05	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 05
DRG skupina:	88-I05-00	Hospitalizační případy reklasifikované z MDC 05
CC:	0	

**Výkon 55116 řadí HP do DRG báze 05-I19
Korekce vrozené srdeční vady na zavřeném
srdci u dětí do 18 let**

Charakteristiky DRG skupiny dle číselníku RV:

Průměrná délka HP (dolní – horní mezní bod) [dny]:	7 (3–14)
Průměrné přímé náklady (dolní – horní mezní bod) [Kč]:	7 486 (1–19 423)
Dílčí relativní váha pro nepřímé (nemateriálové) náklady:	1,09440
Dílčí relativní váha pro přímé (materiálové) náklady:	0,09180
Celková relativní váha:	1,18610

Koarktace aorty

Dospělý pacient s významnou koarktací aorty se sekundární hypertenzí byl přijat k operačnímu řešení. V mimotělním oběhu byla provedena resekce koarktace aorty a náhrada části descendentí aorty protézou. Pooperační průběh byl komplikován fibrilací síní, která byla úspěšně vyřešena kardioverzí.

Vykázané kritické DRG výkony:

07546 (DRG) OTEVŘENÝ OPERAČNÍ PŘÍSTUP

07184 Náhrada descendentní aorty - chirurgicky

Vykázané diagnózy:

HDG: Q25.1 – Koarktace aorty

VDG: Z95.8 – Přítomnost jiných srdečních a cévních implantátů a štěpů

Q23.1 – Vrozená insuficience aortální chlopně

I71.2 – Aneuryzma hrudní aorty, bez zmínky o ruptuře

I35.2 – Stenóza aortální chlopně s insuficiencí

I15.8 – Jiná sekundární hypertenze

I48.0 – Paroxysmální fibrilace síní

E78.9 – Porucha metabolismu lipoproteinů NS

Případ se zařadí do báze 05-I08 Bypass, náhrada nebo rekonstrukce aorty mimo břišní

Pneumotorax

Pacientka byla přijata po autonehodě jako spolujezdec - vyprošťována, zaklíněna. Vstupně byl proveden traumasken s nálezem zlomeniny 5-6 žebra vlevo s malým pneumothoraxem vpravo. Po přijetí byla pacientka sledována na CH JIP - zvolen konzervativní postup - analgetika, dechová RHB. Byl proveden kontrolní RTG hrudní oblasti - kde bez progresu pneumotoraxu vpravo. Stav se zlepšil, bolesti zvolna ustupují, vertikalizace probíhala bez obtíží.

HDG: S22.40 Fractura costarum No V-VI I. Sin.
VDG: S27.20 Pneumothorax traumaticus I. dx. minimus
 W01.00 autonehoda - spolujezdec

Lze kódovat pneumotorax, i když nebyla provedena hrudní drenáž ?

Pneumotorax

Pacientka byla přijata po autonehodě jako spolujezdec - vyprošťována, zaklíněna. Vstupně byl proveden traumasken s nálezem zlomeniny 5-6 žebra vlevo s malým pneumothoraxem vpravo. Po přijetí byla pacientka sledována na CH JIP - zvolen konzervativní postup - analgetika, dechová RHB. Byl proveden kontrolní RTG hrudní oblasti - kde bez progresse pneumotoraxu vpravo. Stav se zlepšil, bolesti zvolna ustupují, vertikalizace probíhala bez obtíží.

HDG: S22.40 Fractura costarum No V-VI I. Sin.
 VDG: S27.20 Pneumothorax traumaticus I. dx. minimus
 W01.00 autonehoda - spolujezdec

**Pro vykazování pneumotoraxu
neexistuje žádné speciální pravidlo**

3.2 Vedlejší diagnózy

Vedlejší diagnóza (VDG) je stav, který existoval při přijetí nebo vznikl během hospitalizačního případu a měl vliv na péči alespoň jedním z těchto způsobů:

- a) byl důvodem klinického vyšetření,
- b) byl předmětem terapeutického zásahu nebo léčby (včetně podávání chronické medikace),
- c) byl důvodem cílené diagnostiky,**
- d) vyžadoval zvýšenou ošetrovatelskou péči a/nebo kontinuální monitorování.

Stavy, které se vztahují k období před hospitalizací a které nemají vliv na průběh hospitalizačního případu, nekódujeme.

Opakované RTG vyšetření

Pneumotorax

Pacientka byla přijata po autonehodě jako spolujezdec - vyprošťována, zaklíněna. Vstupně byl proveden traumasken s nálezem zlomeniny 5-6 žebra vlevo s malým pneumothoraxem vpravo. Po přijetí byla pacientka sledována na CH JIP - zvolen konzervativní postup - analgetika, dechová RHB. Byl proveden kontrolní RTG hrudní oblasti - kde bez progrese pneumotoraxu vpravo. Stav se zlepšil, bolesti zvolna ustupují, vertikalizace probíhala bez obtíží.

HDG: S22.40 – Mnohočetné zlomeniny žeber, zavřené

VDG: S27.00 – Úrazový pneumotorax, zavřený

V49.99 – Člen osádky (kterýkoliv) osobního automobilu zraněný při neurčené provozní (silniční) nehodě během nespecifikované aktivity

Výměna stentu v močových cestách

Pacient 72 let byl akutně přijat před termínem plánované výměny urostentu vlevo pro jeho malfunkci a zároveň obstrukční pyelonefritidu. Nově byla zjištěna i dilatace na P straně. Vstupně byl nasazen Axetine - ten za hospitalizace po 8 dní / nejdříve i. a poté p.o.. Pacient byl indikován k výměně stentu vlevo a zavedení nového stentu vpravo - nyní tedy stenty bilaterálně. Během výkonu byla nutná tripse konkrementu na malfukčním stentu. Pooperačně byl pacient při urosepsi oběhově nestabilní (řešeno podáním katecholaminů na CHIR JIP). Dochází k úpravě klinického i laborator stavu. Atb jsou dle citlivosti hemokultur a MKB z moči. Na závěr hospitalizace EX CŽK i PMK - moči volně.

Diagnostický souhrn:

N10 - Akutní tubulo-intersticiální nefritida

stp. výměně a tripsi inkrustací l. sin a zavedení nového l.dx. - tedy stenty bilat. od 5/2024

Z960 - Přítomnost urogenitálních implantátů

Urosepse s oběhovou nestabilitou - atb ter. axetine 5/24 / E. coli v hemokulturách+ MKB moč/

Epilepsie; stp. CMP - afázie, hemiparéza + viz OA

E876 - Hypokalemie - korigována

hypokalcémie, hyperchloridémie

Epileptický paroxysmus typu GTCS dne 07.12.2022 , v.s. při nastupujícím uroinfektu

trvale terapie lamotriginem, pro zjištěné záchvaty typu absence 07/21

Hepatopatie, chronická elevace JT, sled. na GE, v minulosti abusus alkoholu

Arteriální hypertenze

ICHS chron. komp., St p možném IM septa v dok.

ICHDKK t.č. I. stádia, st.p. IIb stádiu

Hyperlipidémie

Jak správně zakódovat tento případ?



Výměna stentu v močových cestách

Pacient 72 let byl akutně přijat před termínem plánované výměny urostentu vlevo pro jeho malfunkci a zároveň obstrukční pyelonefritidu. Nově byla zjištěna i dilatace na P straně. Vstupně byl nasazen Axetine - ten za hospitalizace po 8 dní / nejdříve i. a poté p.o.. Pacient byl indikován k výměně stentu vlevo a zavedení nového stentu vpravo - nyní tedy stenty bilaterálně. Během výkonu byla nutná tripse konkrementu na malfukčním stentu. Pooperačně byl pacient při urosepsi oběhově nestabilní (řešeno podáním katecholaminů na CHIR JIP). Dochází k úpravě klinického i laborator stavu. Atb jsou dle citlivosti hemokultur a MKB z moči. Na závěr hospitalizace EX CŽK i PMK - moči volně.

HDG: N13.6 – Pyonefróza

VDG: A41.5 – Sepse, způsobená jinými gramnegativními organismy

B96.2 – Escherichia coli [E. coli] jako příčina nemoci zařazené do jiných kapitol

G40.3 – Generalizovaná idiopatická epilepsie a epileptické syndromy

Odstranění stentu z močových cest

Pacient byl přijat k odstranění stentu a ureteroskopii. Při výkonu již nález stone-free. Po výkonu byl pacient sledován, přechodně ustupující bolestivost, moč se čistí. Dál afebrilní, KP kompenzován, mikce volná, propouštíme v dobrém stavu.

Diagnostický souhrn:

N201 Kámen močovodu l. sin-st.p. URS l. sin6/24

Operační terapie: extrakce stentu , ureterorenoskopie vlevo

Popis operace: CUS: ústí uretry zúžené - nutná dilatace konusem, poté již volně, laloky prostaty nezmenšují zorné pole.

L ústí velmi oteklé, sliznice kontaktně krvácejí, obtížně identifikovatelné ústí. Z L ústí ční stent s lehkou inkrustací - volně extrahován.

Cévkou dilatace ústí, poté po ní zaveden ureterorenoskop, prohlédnuto až do KPS - stonefree. Zaveden seldinger, z důvodu technických problémů s nástrojem - zdržení 10 min. Poté snaha o zavedení flexibilního URS - po sledingeru nelze, kolabuje pár cm za ústím, seldinger při manipulacích vytažen. Proto nutné znovu cystoskop - po něm zpět seldinger do ústí a indikováno k zavedení sheatu - taktéž vážně v prvních cm, nelze. Tedy snaha o zavedení flexibilního URS - nelze pro nepřehlednou situaci - lehké krvácní, oteklá obalst L ústí - nelze identifikovat. Tedy od dalšího upuštěno.

Jak správně zakódovat tento případ?

Odstranění stentu z močových cest

Pacient byl přijat k odstranění stentu a ureteroskopii. Při výkonu již nález stone-free. Po výkonu byl pacient sledován, přechodně ustupující bolestivost, moč se čistí. Dál afebrilní, KP kompenzován, mikce volná, propouštíme v dobrém stavu.

Diagnostický souhrn:

N201 Kámen močovodu l. sin-st.p. URS l. sin6/24

4.21.4 Pravidla pro kódování ošetřování umělých vyústění, drénů a stentů

4.21.4.1 Kódy „Z43.x – Ošetřování umělých vyústění“ vykazujeme na pozici HDG u hospitalizací, během kterých byly výhradně řešeny tyto stavy:

- a) výměna, ošetření či odstranění umělého zevního vyústění,
- b) ošetření a operativní uzavření (zrušení) stomie,
- c) operativní úprava stomie, aniž by šlo o stav, který je možno nazvat komplikací stomie.

4.21.4.2 Je-li během hospitalizace vytvořeno zevní vyústění (stomie), kódujeme základní klinický stav, který vedl k nezbytnosti vytvoření stomie.

4.21.4.3 Při endoskopické výměně stentu (drénu) kódujeme klinický stav, který původně vedl k zavedení stentu (drénu).

4.21.4.4 Prosté odstranění stentů a drénů v situaci, kdy již není řešen základní klinický stav, a kdy současně není proveden žádný jiný výkon (např. papilotomie, extrakce zbytkové lithiázy apod.) kódujeme jako odstranění cizího tělesa (např. „T19.x – Cizí těleso v močovém a pohlavním ústrojí“, s dodatkovým kódem „Y83.1 – Operace s implantací umělé vnitřní pomůcky“).

Komentář k pravidlu:

Pro potřeby CZ-DRG se za stenty (drény) považují pomůcky, které neustí na povrch těla (např. stent v jícnu, ve žlučových, močových nebo dýchacích cestách).

Pro upřesnění ve verzi 7.0 bude v bodu 4.21.4.4. přidáno „jiný **terapeutický** výkon“.

Odstranění stentu z močových cest

Pacient byl přijat k odstranění stentu a ureteroskopii. Při výkonu již nález stone-free. Po výkonu byl pacient sledován, přechodně ustupující bolestivost, moč se čistí. Dál afebrilní, KP kompenzován, mikce volná, propouštíme v dobrém stavu.

Diagnostický souhrn:

N201 Kámen močovodu l. sin-st.p. URS l. sin6/24

Operační terapie: extrakce stentu , ureterorenoskopie vlevo

Popis operace: CUS: ústí uretry zúžené - nutná dilatace konusem, poté již volně, laloky prostaty nezmenšují zorné pole.

L ústí velmi oteklé, sliznice kontaktně krvácejí, obtížně identifikovatelné ústí. Z L ústí ční stent s lehkou inkrustací - volně extrahován.

Cévkou dilatace ústí, poté po ní zaveden ureterorenoskop, prohlédnuto až do KPS - stonefree. Zaveden seldinger, z důvodu technických problémů s nástrojem - zdržení 10 min. Poté snaha o zavedení flexibilního URS - po seldingeru nelze, kolabuje pár cm za ústím, seldinger při manipulacích vytažen. Proto nutné znovu cystoskop - po něm zpět seldinger do ústí a indikováno k zavedení sheatu - taktéž vážně v prvních cm, nelze. Tedy snaha o zavedení flexibilního URS - nelze pro nepřehlednou situaci - lehké krvácní, oteklá obalst L ústí - nelze identifikovat. Tedy od dalšího upuštěno.

HDG: T19.8 – Cizí těleso v jiných a více částech močového a pohlavního ústrojí

Renální kolika bez prokázané lithiázy

Pacient byl přijat pro renální koliku. Byla nasazena spasmooanalgetická terapie, doplněno CT urotraktu s nálezem stav po odchodu kamene.

Diagnostický souhrn:

N23 colica renalis l.dx. - st.. abitum concrementi

6/24 CT urotraktu. bez nálezu urolitiázy

I10 Esenciální (primární) hypertenze

CT VCM:17.06.2024 06:58 CT vyšetření

Neprokázána zřejmá urolithiasa.

Obě ledviny normální velikosti, tvaru a uložení. Vlevo KPS a oba uretery bez zřejmé dilatace. Vpravo mírná dilatace KPS - prostornější krčky a kalichy, pánvička AP šíře 13 mm, ureter mírně dilatovaný, peripelvicky prosak tuku - vs. st.p. odchodu konkrementu.

V horní třetině levé ledviny dorzálně hyperdenzní hemoragická cysta vel. cca 8 x 8 mm.

Močový měchýř středně naplněn. Prostata nezvětšená, semenné vajíčky bez expanze.

Drobná akcesorní slezina v konkavitě sleziny vel. 10 mm. Osteochondrosa L5-S1.

Z.: Mírná dilatace KPS vpravo, neprokázána zřejmá urolithiasa, vs. st.p. odchodu konkrementu.

Dotaz:

Bude HDG N23 kolika nebo N201 močový kámen, když nebyl zachycen?

Renální kolika bez prokázané lithiázy

Pacient byl přijat pro renální koliku. Byla nasazena spasmooanalgetická terapie, doplněno CT urotraktu s nálezem stav po odchodu kamene.

Diagnostický souhrn:

N23 colica renalis l.dx. - st.. abitum concrementi

6/24 CT urotraktu. bez nálezu urolitiázy

I10 Esenciální (primární) hypertenze

CT VCM:17.06.2024 06:58 CT vyšetření

Neprokázána zřejmá urolithiasa.

Obě ledviny normální velikosti, tvaru a uložení. Vlevo KPS a oba uretery bez zřejmé dilatace. Vpravo mírná dilatace KPS - prostornější krčky a kalichy, pánvička AP šíře 13 mm, **ureter mírně dilatovaný**, peripelvicky prosak tuku - vs. st.p. odchodu konkrementu.

V horní třetině levé ledviny dorzálně hyperdenzní hemoragická cysta vel. cca 8 x 8 mm.

Močový měchýř středně naplněn. Prostata nezvětšená, semenné váčky bez expanze.

Drobná akcesorní slezina v konkavitě sleziny vel. 10 mm. Osteochondrosa L5-S1.

Z.: Mírná dilatace KPS vpravo, neprokázána zřejmá urolithiasa, vs. st.p. odchodu konkrementu.

HDG: N20.1 – Kámen močovodu

Amputace pro diabetickou gangrénu

Pacient byl přijat pro defekt na apexu III. prstu pravé nohy po strhnutí nehtu - defekt s vlhkou gangrenou na apexu prstu, s píštělí směřující ke kosti, okolí ale bez flegmony, vzhledem k nálezu a diabetu ATB terapie a po přípravě amputace III. prstu v prox. článku. DSA provedeno 10/23 - normální nález. Pooperačně bez větších potíží, převaz, pokračováno v ATB terapii, RHB a chůzi zvládá, dimise do domácí péče možná.

Diagnostický souhrn:

U69.74 Gangraena diabetica dig. III. pedis fistulans

Operační výkon: Amputatio phal. III., sutura

Popis operace: V klidné CA po přípravě operačního pole provedeno snesení III. prstce PDK pro fistulující gangrenu apexu, vzhledem ke konfiguraci nohy a předchozí amputaci palce provedena amputace suprabasálně v oblasti proxim falangy, zahlázení pahýlu, tkáně v okolí vitální, krvácení stavěno kauterem, provedena sutura kůže monofilem 3/0, dezinf., krytí. Roušky a nástroje souhlasí, krevní ztráta min. Výkon v krytí ATB. Doporučení: na odd analgetika, převaz stačí nejdříve za dva dny, ATB deescalujeme dle výsledků stěru

Operační diagnózy:

E11.5 Gangraena diabetica apicis dig. III pedis I.dx.

RTG 3. prstu PDK:

Bez zřejmých čerstvé osteolýzy zobrazeného skeletu. Porosa skeletu.

St.p. amputaci I. prstu transmetatarsálně.

Jak správně nakódovat ?



Amputace pro diabetickou gangrénu

Pacient byl přijat pro defekt na apexu III. prstu pravé nohy po strhnutí nehtu - defekt s vlhkou gangrenou na apexu prstu, s píštělí směřující ke kosti, okolí ale bez flegmony, vzhledem k nálezů a diabetu ATB terapie a po přípravě amputace III. prstu v prox. článku. DSA provedeno 10/23 - normální nález. Pooperačně bez větších potíží, převaz, pokračováno v ATB terapii, RHB a chůzi zvládá, dimise do domácí péče možná.

Diagnostický souhrn:

U69.74 Gangraena diabetica dig. III. pedis fistulans

Operační výkon: Amputatio phal. III., sutura

Popis operace: V klidné CA po přípravě operačního pole provedeno snesení III. prstce PDK pro fistulující gangrenu apexu, vzhledem ke konfiguraci nohy a předchozí amputaci palce provedena amputace suprabasálně v oblasti proxim falangy, zahlazení pahýlu, tkáně v okolí vitální, krvácení stavěno kauterem, provedena sutura kůže monofilem 3/0, dezinf., krytí. Roušky a nástroje souhlasí, krevní ztráta min. Výkon v krytí ATB. Doporučení: na odd analgetika, převaz stačí nejdříve za dva dny, ATB deescalujeme dle výsledků stěru

Operační diagnózy:

E11.5 Gangraena diabetica apicis dig. III pedis I.dx.

RTG 3. prstu PDK:

Bez zřejmých čerstvé osteolýzy zobrazeného skeletu. Porosa skeletu.

St.p. amputaci I. prstu transmetatarsálně.

Pro vykázání kódu U69.74 je nutno kontaktovat lékaře, aby upravit klinický závěr na syndrom diabetické nohy

HDG: E11.5 – Diabetes mellitus 2. typu s periferními oběhovými komplikacemi

Krvácení z konečníku

Pacient s fibrilací síní na antikoagulační terapii byl přijat pro krvácení z konečníku. Krevní obraz při příjmu byl bez poklesu, byla nasazena hemostyptika, kolonoskopie prokázala krvácení v.s. hemoroidální etiologie potencované antikoagulační léčbou a dále prokázala klidné (nekrvácející) divertikly sigmatu. Během hospitalizace byl pacient bez krvácení, zátěž stravou toleroval. Po domluvě s ošetřujícím kardiologem byla provedena změna Pradaxy na Xarelto, dle doporučení gastroenterologa.

Diagnostický souhrn:

K625 Krvácení z řiti a konečníku - hemoroidální etiologie, potencované antikoagulací
Divertikuloza sigmatu
Benigní hyperbilirubinemie - susp. m.Gilbert
Fibrilace síní

Dotaz:

Jak správně nakódovat, jaká bude HDG K 62.5 (krvácení) nebo K 64.9 (hemoroidy)

Krvácení z konečníku

4.3.2 Pravidlo pro kódování stavů souvisejících s antikoagulační léčbou

4.3.2.1 Pokud dojde při léčbě antikoagulancii ke krvácivým komplikacím, užíváme kombinaci dvou kódů:

odpovídající kód, který specificky popisuje krvácení: např. I62.x pro nitrolební krvácení, K66.1 pro hemoperitoneum nebo retroperitoneální krvácení, H44.8 pro nitrooční krvácení, R31 pro hematurii apod.

D68.3 – *Krvácivé stavy způsobené cirkulujícími antikoagulancii*

4.3.2.2 Pokud dojde při léčbě antikoagulancii ke zvýšení hodnot koagulačních parametrů, na které musí být terapeuticky reagováno, a zároveň se nevyskytují krvácivé komplikace, užíváme kódy:

- T45.5 – *Otrava léčivý – antikoagulancia*
- Y44.2 – *Nežádoucí účinky léčby – antikoagulancia*

Komentáře k pravidlu:

Volba hlavní diagnózy se řídí pravidlem 3.1.

*Pro terapeuticky navozený hypokoagulační stav nelze použít kód D68.4 – *Získaný nedostatek koagulačních faktorů (viz pravidlo 2.3.10).**

Krvácení z konečníku

Pacient s fibrilací síní na antikoagulační terapii byl přijat pro krvácení z konečníku. Krevní obraz při příjmu byl bez poklesu, byla nasazena hemostyptika, kolonoskopie prokázala krvácení v.s. hemoroidální etiologie potencované antikoagulační léčbou a dále prokázala klidné (nekrvácející) divertikly sigmatu. Během hospitalizace byl pacient bez krvácení, zátěž stravou toleroval. Po domluvě s ošetřujícím kardiologem byla provedena změna Pradaxy na Xarelto, dle doporučení gastroenterologa.

Diagnostický souhrn:

K625 Krvácení z řiti a konečníku - hemoroidální etiologie, potencované antikoagulací
Divertikuloza sigmatu
Benigní hyperbilirubinemie - susp. m.Gilbert
Fibrilace síní

HDG: K62.5 – Krvácení z řiti a konečníku

VDG: D68.3 – Krvácivé stavy způsobené cirkulujícími antikoagulancii

I48.9 – Fibrilace a flutter síní NS

Novotvar v konečniku

Pacient byl přijat k plánovanému výkonu s výrůstkem v konečniku. Byla provedena ablace, histologicky byl prokázán fibroepiteliální anální polyp. Hospitalizace proběhla bez komplikací.

Diagnostický souhrn:

D129 Nezhoubný novotvar - řitní kanál a řiť

Dotaz:

Jaký výkon máme vykázat?

Lékaři uvádí 51425 Hemoroidektomii, ale ten řadí případ do konzervativní terapie

Novotvar v konečniku

Pacient byl přijat k plánovanému výkonu s výrůstkem v konečniku. Byla provedena ablace, histologicky byl prokázán fibroepiteliální anální polyp. Hospitalizace proběhla bez komplikací.

Diagnostický souhrn:

D129 Nezhoubný novotvar - řitní kanál a řiť

Dotaz:

Jaký výkon máme vykázat?

Lékaři uvádí 51425 Hemoroidektomii, ale ten řadí případ do konzervativní terapie

Výkon 51423 – Minimální anální výkon

HDG: K62.0 – Polyp řiti

DRG skupina: 06-K15-02 Novotvary trávicích orgánů mimo zhoubné u pacientů s CC=0 RV 0,26500

Diabetická retinopatie na očním oddělení

HDg. H360 + VDg. E103 nebo E113 => platí zde nějaké pravidlo nebo nějaká podmínka pro kódování?

Pojišťovna nám některé případy vrací, pokud je v hlavní H360 a vedlejší E103/113 – viz snímek. Zde většinou přehodíme dg = hlavní E103/113, vedlejší h360. S porovnáním s jinými stejnými nevrácenými případy jsem nenašla rozdíl (stejně výkony), takže nevím, proč jsou některé vráceny.

Validační protokol (2)		Poznámky
Doklad chyba	Doklad popis chyby	
50001	Odmítnuto likvidátorem/RL (Nepovolená hvězdičková diagnóza, 'H360')	
50002	Indukovaně odmítnuto likvidátorem/RL	

(Při podání biologické léčby ANTI VEGF – schválená žádanka pojišťovny - dáváme jako hlavní E103/113 , vedl. H360)

Diabetická retinopatie na očním oddělení

3.1 Hlavní diagnóza

- a) Hlavní diagnóza (HDG) je definována jako stav diagnostikovaný, tj. vyhodnocený po všech vyšetřeních na konci případu akutní lůžkové péče jako odpovědný za potřebu hospitalizace v daném zařízení. Jako HDG nelze kódovat onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace. Jako HDG nelze kódovat stav, který je příznakem diagnostikovaného onemocnění; výjimkou jsou případy, kdy léčba příznaku vedla k většímu čerpání prostředků, než léčba vlastního diagnostikovaného onemocnění (např. hospitalizace cílená na řešení ascitu, epistaxe, hematurie apod.)
- b) Existuje-li více než jeden stav odpovídající definici HDG (podle bodu 3.1 a), vybere se ten, který je zodpovědný za největší čerpání prostředků poskytovatele zdravotní péče, vyhodnocené dle dostupných nákladových informací.
- c) Pokud nebyla stanovena žádná diagnóza ani suspektní, vybere se hlavní příznak, patologický nález-nebo obtíž. Nelze-li vybrat ani odpovídající příznakovou diagnózu, zvolíme jiný důvod kontaktu se zdravotnickými službami z XXI. kapitoly MKN-10.
- d) Dojde-li ke spojení dvou hospitalizací do jednoho případu, lze jako HDG vybrat stav, který byl důvodem druhé hospitalizace z obou spojovaných. Výjimkou jsou komplikace zdravotní péče vzniklé v návaznosti na předchozí hospitalizaci, které v takové situaci nelze jako HDG vykázat.
- e) Jako HDG se nesmějí kódovat diagnózy uvedené v příloze 28 Definičního manuálu klasifikačního systému CZ-DRG: Přiřazení hlavních diagnóz a závažnost vedlejších diagnóz v systému CZ-DRG, které klasifikují případ do MDC 99.
- f) **Na pozici HDG je povolena hvězdičková diagnóza, nesmí však být použita samostatně (viz 2.3.3.1).**
- g) Na pozici HDG lze vykázat suspektní diagnózu.
- h) Pokud je jako stav (nejvíce) odpovědný za potřebu hospitalizace kódovaný podvojně, vybere se na místo HDG kód, který specifitějším způsobem vyjadřuje potřebu hospitalizace.

Pro vykazování diabetické retinopatie neplatí žádné speciální pravidlo

K upřesnění odmítnutí dokladu pojišťovnou je nutno kontaktovat zdravotní pojišťovnu

Erysipel

Můžeme tuto dg ponechat jako hlavní, pokud takto uzavře lékař, léčba penicilin, ale v odběrech nevyjde Streptokok?

Erysipel

Můžeme tuto dg ponechat jako hlavní, pokud takto uzavře lékař, léčba penicilin, ale v odběrech nevyjde Streptokok?

HDG: A46 – Růže – erysipel

Erysipel je možno kódovat, i když se neprokáže původce – za diagnózu je odpovědný lékař, za přidělený kód kodér.

Pyelonefritida při nefunkční nefrostomii

Pacientka s inoperabilním karcinomem cervixu, vesikovaginální píštělí, inkontinentní, dlouhodobě na furolinu byla přijata pro obstrukční pyelonefritis při **malfunkční nefrostomii** vlevo. Byla provedena výměna nefrostomie pod RTG, poté úleva. Byla nasazena ATB - empiricky amoksiklav v moči prokázán proteus, morganella, klebsiela - částečná citlivost, léčba s efektem. Postupně došlo k poklesu zánětlivých ukazatelů. Korekce a substituce kalemie - nyní uspokojivá. Pacientka vzhledem ke zlepšení stavu a základní onkol. diagnóze si přeje dimisi – byla poučena a propuštěna.

Operace: Přistupujeme k výměně nevedoucí nefrostomie, v LA, po dezinfekci, k zpolohování na bok a malý můstek - nejprve nástřík zakrácené nefrostomie - zcela obturované, uvolněny stehy a po extrakci ucpané nefrostomie nástřík kanálku, plní se KPS a dilatovaný vinutý ureter, nicméně kontrast stéká do měchýře - pánvička se vyprazdňuje, podle délky původní cévky zaveden balonkový katetr ch 8, skiaskopická kontrola uložení balonku v krčku kalíšku, v balonku 2ml, proplach lze volně (úměrně tenkosti cévky), fixace ke kůži v LA mesocainem, moč z nové na kultivaci

Diagnostický souhrn:

N10 Obstrukční pyelonefritis l. sin
 N131 Dilatace KPS l. sin - Nefrostomie vlevo
 C539 ZN - hrdlo děložní [cervix uteri] NS
 N322 fistula vesicovaginalis

Dotaz:

Jak správně případ zakódovat, jaký bude výkon (výkony) a do jaké skupiny se má správně zařadit ?

Pyelonefritida při nefunkční nefrostomii

Pacientka s inoperabilním karcinomem cervixu, vesikovaginální píštělí, inkontinentní, dlouhodobě na furolinu byla přijata pro obstrukční pyelonefritis při malfunkční nefrostomii vlevo. Byla provedena výměna nefrostomie pod RTG, poté úleva. Byla nasazena ATB - empiricky amoksiklav v moči prokázán proteus, morganella, klebsiela - částečná citlivost, léčba s efektem. Postupně došlo k poklesu zánětlivých ukazatelů. Korekce a substituce kalemie - nyní uspokojivá. Pacientka vzhledem ke zlepšení stavu a základní onkol. diagnose si přeje dimisi – byla poučena a propuštěna.

Operace: Přistupujeme k výměně nevedoucí nefrostomie, v LA, po dezinfekci, k zpolohování na bok a malý můstek - nejprve nástřík zakrácené nefrostomie - zcela obturované, uvolněny stehy a po extrakci ucpané nefrostomie nástřík kanálku, plní se KPS a dilatovaný vinutý ureter, nicméně kontrast stéká do měchýře - pánvička se vyprazdňuje, podle délky původní cévky zaveden balonkový katetr ch 8, skiaskopická kontrola uložení balonku v krčku kalíšku, v balonku 2ml, proplach lze volně (úměrně tenkosti cévky), fixace ke kůži v LA mesocainem, moč z nové na kultivaci

výkon 76497 Výměna nefrostomie HDG dle nákladů

Varianty zařazení:

HDG: N99.5 – Špatná funkce zevního ústí močového ústrojí

VDG: N13.6 – Pyonefróza

DRG skupina 11-I17-02 - Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=1-2 RV 0,7407

HDG: N13.6 – Pyonefróza

VDG: N99.5 – Špatná funkce zevního ústí močového ústrojí

DRG skupina 11-K04-01 - Pyonefróza nebo jiné obstrukční, strukturální a funkční poruchy horních cest močových u pacientů s CC=2-4 RV 0,7610

Pyelonefritida při nefunkční nefrostomii

4.2.2 Pravidlo pro kódování zhoubného novotvaru jako komorbidity na pozici VDG

ZN vykazujeme jako komorbiditu na pozici VDG v případě, že předmětem péče je komplikace přímo související s probíhajícím nádorovým onemocněním.

Příklad 4.2.8

Pacientka s nádorem ovaria byla přijata akutně pro ileus. Během operace byly zjištěny peritoneální metastázy nádoru ovaria, které byly příčinou ileu. Operace spočívala v našítilí ileostomie nad neprůchodnou oblastí, bez další intervence.

HDG: K56.6 – Jiná a neurčená střevní neprůchodnost

VDG: C78.6 – Sekundární zhoubný novotvar retroperitonea a peritonea – pobřišnice

C56 – Zhoubný novotvar vaječníku

Komentář k příkladu:

V tomto případě se jedná o přímou komplikaci nádorového onemocnění. Příčinou ileu byly metastázy nádorového onemocnění. Pokud však kódujeme sekundární lokalizaci nádoru, je nutno zároveň kódovat v rámci podvojného kódování i primární novotvar (viz pravidlo 4.2.1 d)).

Příklad 4.2.9

Pacientka z příkladu 4.2.8 byla po propuštění z nemocnice po dvou týdnech opět přijata pro prolaps v nově zavedené ileostomii. Operace spočívala v přešítilí stomie. Následně byla propuštěna.

HDG: K91.4 – Špatná funkce kolostomie a enterostomie

Komentář k příkladu:

Prolaps stomie není přímou komplikací nádorového onemocnění, ale samotného operačního výkonu. Proto není ZN ovaria kódován na pozici VDG.

Na pozici VDG v tomto případě zhoubný novotvar nevykazujeme.

Z kazuistiky nevyplývá přímá souvislost s nádorovým onemocněním

Děkujeme Vám za pozornost

zbynek.bortlicek@uzis.cz

tomas.pavlik@uzis.cz

irena.molinari@uzis.cz

miroslav.zvolsky@uzis.cz