

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR  
Národní centrum pro medicínské nomenklatury a klasifikace

# MÝTY A DEZINFORMACE O VYKAZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

## Autoři:

**Za Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR a Národní centrum pro medicínské nomenklatury a klasifikace:** MUDr. Miroslav Zvolský; Hana Šulcová; Ing. Zuzana Fischerová

**Pracovní skupina pro vzdělávání kodérů** (členové pracovní skupiny: Klára Kaňovová; prim. MUDr. Patricie Kotalíková; Mgr. Šárka Lalíková, Mgr. Marcela Micohlavová; Mgr. Jindra Novotná; MUDr. Martin Papáč, MBA; Lenka Simonová; Eva Vintrichová).

V Praze dne 3.10.2025

## OBSAH:

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Účel dokumentu: .....                                                                                                         | 3  |
| Pro koho je dokument určen: .....                                                                                             | 3  |
| Seznam zkratk: .....                                                                                                          | 4  |
| Mýtus č. 1: „Čím víc výkonů, tím víc peněz.“ .....                                                                            | 5  |
| Mýtus č. 2: „U hospitalizačního případu stačí vykázat pouze kritický výkon.“ .....                                            | 6  |
| Mýtus č. 3: „Když v SZV nenajdu odpovídající výkon, použiji jiný – nejlépe bodově výhodnější ze stejné oblasti.“ .....        | 7  |
| Mýtus č. 4: „U každého DRG markeru musím vykázat výkon ze SZV“ .....                                                          | 9  |
| Mýtus č. 5: „Zařazení případu do MDC 88 je chybou, které je třeba se vyhnout – i za cenu nepravdivého vykazování“ .....       | 11 |
| Mýtus č. 6: „Signální výkony pojišťoven ovlivňují zařazení případu v systému CZ-DRG.“ .....                                   | 13 |
| Mýtus č. 7: „Stačí atestace lékaře k nasmlouvání výkonu, i když pracoviště nemá danou odbornost?“ .....                       | 14 |
| Mýtus č. 8: „Čím více JIP ošetrovacích dnů, tím vyšší úhrada.“ .....                                                          | 16 |
| Mýtus č. 9: „Registrační listy výkonů se revidují automaticky – není třeba se o ně starat.“ .....                             | 17 |
| Mýtus č. 10: „Na pořadí vedlejších diagnóz záleží – měly by být seřazeny podle závažnosti “ .....                             | 19 |
| Mýtus č. 11: „Kódy diagnóz končící číslem 9 jsou špatně a nesmí se používat“ .....                                            | 20 |
| Mýtus č. 12: „Když zapomenu vykázat ZUM nebo ZULP, mohu ho doposlat pojišťovně samostatně“ .....                              | 21 |
| Mýtus č. 13: „V SZV existuje výkon pro mou odbornost, splňuji podmínky z RL, a tudíž mi ho pojišťovna musí nasmlouvat.“ ..... | 23 |

### **Účel dokumentu:**

Kódováním a vykazováním zdravotní péče se v ČR zabývají stovky lidí. Ne všichni mají dost informací a zkušeností, a proto v některých případech dochází k nejednotnostem a chybám ve vykazování. Pokusili jsme se vybrat nejčastější omyly a nejasnosti, na které narážíme při konzultacích nebo při analýze dat.

Cílem dokumentu je zvýšit kvalitu a sjednotit vykazování napříč poskytovateli zdravotních služeb i jednotlivými pracovišti.

Jen pokud budou pracovní postupy ve vykazování zdravotní péče standardizované, bude možné důvěřovat nasbíraným datům a na jejich základě vytvořit přesnější obraz o realitě poskytované péče.

### **Pro koho je dokument určen:**

Pro kodéry zdravotních služeb, kliniky i další osoby, které se podílejí na zpracování a předání zdravotnických informací o poskytnuté péči.

Ačkoliv věříme, že ti, kdo se podílejí na zadávání a předávání zdravotnických informací jsou s existujícími správnými postupy, metodikami a pravidly obeznámeni, stále existují témata, která jsou předmětem dotazů a sporů.

**Upozornění:** Informace o zařazení případů v klasifikaci CZ-DRG, hodnoty relativních vah (RV) a další okolnosti se vztahují k roku 2025 a verzi CZ-DRG 7.0.

## Seznam zkratek:

|             |                                             |
|-------------|---------------------------------------------|
| <b>AFS</b>  | Arteria Femoralis Superficialis             |
| <b>ARO</b>  | Anesteziologicko-resuscitační oddělení      |
| <b>APF</b>  | Arteria Profunda Femoris                    |
| <b>CA</b>   | Celková anestezie                           |
| <b>CKP</b>  | Cementovaná kyčelní endoprotéza             |
| <b>ČAZI</b> | Česká asociace zdravotnických informací     |
| <b>DRG</b>  | Diagnosis Related Groups                    |
| <b>HDG</b>  | Hlavní diagnóza                             |
| <b>IČP</b>  | Identifikační číslo provozovny              |
| <b>JIP</b>  | Jednotka intenzivní péče                    |
| <b>MDC</b>  | Major Diagnostic Category                   |
| <b>MKN</b>  | Mezinárodní klasifikace nemocí              |
| <b>MZD</b>  | Ministerstvo zdravotnictví                  |
| <b>OD</b>   | Ošetřovací den                              |
| <b>RL</b>   | Registrační list                            |
| <b>RV</b>   | Relativní váha                              |
| <b>SZV</b>  | Sazebník zdravotních výkonů                 |
| <b>ÚZIS</b> | Ústav zdravotnických informací a statistiky |
| <b>VDG</b>  | Vedlejší diagnóza                           |
| <b>ZP</b>   | Zdravotní pojišťovna                        |
| <b>ZULP</b> | Zvlášť účtovaný léčivý prostředek           |
| <b>ZUM</b>  | Zvlášť účtovaný materiál                    |

## Mýtus č. 1: „Čím víc výkonů, tím víc peněz.“

### Rozšířený omyl:

Mnoho lékařů se stále domnívá, že výše úhrady akutní lůžkové péče rostou s počtem vykázaných výkonů a jejich bodovou hodnotou. Tento přístup vychází z dřívějšího výkonového systému, ale dnes již neodpovídá realitě.

---

### Jak je to ve skutečnosti?

Úhrada hospitalizační péče probíhá prostřednictvím systému **CZ-DRG (Diagnosis Related Groups)**. Tento systém klasifikuje hospitalizační případy na základě definovaných pravidel do tzv. DRG skupin. Výši úhrady pak určuje tzv. **relativní váha (RV)** přiřazená k danému konkrétnímu hospitalizačnímu případu této skupiny.

Klíčovou roli při zařazení do DRG hrají zejména:

- **Hlavní diagnóza (HDG)**
- **Kritický výkon** – obvykle nejzávažnější vykázaný výkon
- **Věk pacienta, vedlejší diagnózy, délka umělé plicní ventilace a další**

Bodová hodnota jednotlivých výkonů má význam **pouze při výpočtu referenčních nákladů**, nikoliv pro konkrétní úhradu daného případu.

---

### Co z toho plyne?

- **Není žádoucí vykazovat nadměrné množství výkonů** kvůli snaze navýšit součet bodů.
  - **Není cílem vykázat pouze jeden „kritický“ výkon a ostatní opomenout.** Každá skutečně poskytnutá péče má být vykázána.
  - Naopak je nevhodné vykazovat neprovedené výkony, duplicitně kódovat či uměle navyšovat rozsah péče.
- 

### Příklad z praxe:

Pacient s diagnózou **stenózy arteria femoralis communis** vlevo **podstoupil endarterektomii s následnou plastikou cévy pomocí PU patch**. Zárok byl proveden v třísle vlevo, přičemž byly preparovány větve APF (arteria profunda femoris), AFS (arteria femoralis superficialis), ale bez jejich rekonstrukce.

Přestože výkon byl dobře zdokumentován, ve vykázání došlo k následujícím chybám a nadbytečnostem:

- Byla uvedena **profundoplastika**, která dle dokumentace neproběhla.
- Došlo k vykázání **dvou kódů pro tentýž typ výkonu (endarterektomii)**, což je v systému DRG nadbytečné a může být posouzeno jako duplicitní vykázání.

Takový přístup naznačuje **neznalost pravidel vykazování** nebo snahu maximalizovat bodové ohodnocení, i když to **ve skutečnosti nevede k vyšší úhradě**, protože CZ-DRG systém zohledňuje pouze kritické výkony pro zařazení do DRG skupiny.

---

### Doporučení:

- Zaměřte se na **kvalitní a přesné vykazování všech skutečně provedených výkonů**.
- Uvědomte si, že **výkonový způsob vykazování neznamená výkonový způsob úhrady**.

Jinými slovy: i když péči vykazujete pomocí jednotlivých výkonů, zaplácena je podle DRG skupiny, ne podle součtu bodů těchto výkonů.

## Mýtus č. 2: „U hospitalizačního případu stačí vykázat pouze kritický výkon.“

### Rozšířený omyl:

Někteří lékaři nebo kodéři se domnívají, že stačí vykázat pouze jeden – tzv. kritický výkon, protože ten určuje zařazení případu do DRG skupiny a následnou úhradu. Ostatní výkony považují za nepodstatné nebo zbytečné kódovat.

### Jak je to ve skutečnosti?

**Kritický výkon skutečně určuje DRG skupinu, ale:**

- **nestačí ho vykázat samostatně**, pokud není podložen dalšími relevantními informacemi (zejména správnou HDG),
- **neodráží celkový rozsah poskytnuté péče**.

Systém CZ-DRG **posuzuje kompletní spektrum péče** – včetně vedlejších výkonů, ZUMů či ZULPů, diagnóz, komplikací nebo ošetrovacích dnů – které mohou ovlivnit nejen klasifikaci, ale i závažnost nebo příznaky neúplnosti.

- **nesoulad mezi kritickým výkonem a hlavní diagnózou** vede často k nezařazení do standardní DRG báze, např. do skupiny 99- nebo 88- s nízkou úhradou.

### Co z toho plyne?

- **Nestačí vykázat pouze kritický výkon** – je nutné vykázat veškerou poskytnutou péči.
- Vždy musí být zachována **věcná správnost a logická vazba mezi HDG a kritickým výkonem**.
- Nevykázané výkony mohou vést ke:
  - ztrátě relevantních informací,
  - nesprávné DRG klasifikaci,
  - **nižší úhradě** nebo nutnosti opravy výkazu.

### Příklady z praxe:

#### Příklad 1 – porod císařským řezem:

Pacientka přijata s diagnózou **O75.7** – Vaginální porod následující po předchozím císařském řezu, vykázán výkon **63127 – Císařský řez**. Výsledkem bylo nezařazení do porodní DRG báze, případ byl zařazen do chybové DRG skupiny 99-K02-00 s RV 0,12254.

Správně měla být vykázána diagnóza **O82.0** – Plánovaný císařský řez, případně doplněna o VDG a stav novorozence. Tak by došlo k zařazení do správné DRG skupiny 14-I01-05 s RV 0,83294.

### Doporučení:

- **Nevykazujte pouze kritický výkon, ale veškerou skutečně poskytnutou péči.**
- Dbejte na **správnou kombinaci HDG a výkonu**.
- Pokud je vykázán kritický výkon, ale HDG s ním není v souladu, případ nebude správně zařazen a **může dojít k nesprávné klasifikaci**.

Shrnutí: „Pro správnou úhradu nestačí vykázat jen kritický výkon. Je potřeba doložit celý průběh hospitalizace – hlavní diagnózu, odpovídající výkony i další poskytnutou péči.“

## Mýtus č. 3: „Když v SZV nenajdu odpovídající výkon, použiji jiný – nejlépe bodově výhodnější ze stejné oblasti.“

### Rozšířený omyl:

Někteří lékaři i další pracovníci podílející se na záznamu nebo zpracování zdravotnických informací se domnívají, že pokud v Seznamu zdravotních výkonů (SZV) nenajdou výkon, který by přesně odpovídal provedenému zákroku, je možné (nebo dokonce žádoucí) vybrat jiný výkon ze stejné anatomické oblasti, a pokud možno takový, který má vyšší bodovou hodnotu.

V praxi to pak vede k tomu, že se vykazují výkony, které:

- neodpovídají skutečnému rozsahu, cíli nebo technice zákroku,
- slouží jen jako „zástupné“ kódy podle lokalizace nebo zvyklosti,
- byly zvoleny kvůli výhodnější úhradě, bez ohledu na jejich obsah.

### Jak je to ve skutečnosti?

**Zdravotní výkon nelze vykazovat podle místa zákroku ani podle bodového zisku – musí vždy odpovídat skutečně provedené intervenci.**

Každý výkon v SZV má:

- jasně definovaný **obsah, účel a rozsah**,
- specifikovanou **odbornost, režim a návaznosti**,
- vyznačeno, zda je umožněno vykazovat ZUM nebo ZULP.

V případech, kdy pro provedení zákroku neexistuje v SZV odpovídající výkon, není přípustné zvolit náhradní výkon na základě podobnosti nákladů.

### Co z toho plyne?

- **Výkon lze vykázat pouze tehdy, pokud odpovídá skutečně provedenému zákroku** – obsahem, cílem i rozsahem.
- V dané situaci neexistuje jednoznačný návod, jak postupovat, neboť se předpokládá, že SZV zahrnuje veškeré zdravotní služby, které lze poskytnout.

Doporučeným řešením je proto **vykázat výkon, který je klinicky nejvíce srovnatelný**, aniž by byla primárně zohledňována jeho nákladovost. Pokud není známo, že by již byl zahájen proces řešení, je vhodné **iniciovat mechanismus pro změnu**.

- **Pokud v SZV neexistuje přesný výkon, obraťte se nejprve na kompetentní subjekty oprávněné k navrhování změn v SZV**, tj. Ministerstvo zdravotnictví ČR, zdravotní pojišťovnu nebo příslušnou odbornou společnost/profesi organizaci. Případně se můžete se svým podnětem obrátit také na tým CZ-DRG prostřednictvím mechanismu připomínek a informovat o svých záměrech Českou asociaci zdravotnických informací (ČAZI).

**Shrnutí:** Pokud pro zákrok neexistuje přesný výkon, **nehledejme „výhodnější náhradu“**, ale **věcně nejbližší variantu**. Zároveň zvažme podání návrhu na nový výkon přes kompetentní osoby. Vždy je lepší korektně vykázat něco s doložením souvislostí než volit vykázání na efekt, které může být zpochybněno.

#### Příklad z praxe:

Pacientovi byla provedena **částečná resekce hlavy pankreatu** bez odstranění duodena a dalších struktur. V Seznamu zdravotních výkonů však neexistuje výkon, který by tomuto zákroku přesně odpovídal.

Zdravotnické zařízení proto zvolilo výkon: **51323 – Hemipankreatoduodenektomie**, přestože šlo o zákrok menšího rozsahu a bez resekce duodena.

Výkon **neodpovídá rozsahu ani obsahu** skutečně provedené operace.

Zařazení do DRG skupiny na základě výkonu 51323 může být **nepřesné a finančně zkreslené**, protože systém počítá s výrazně náročnějším zákrokem.

Tento typ resekce se přitom **provádí běžně**, ale dosud **nebyl vytvořen odpovídající výkon** v SZV.

---

#### Doporučení:

- **Vždy vykazujte výkony podle skutečně provedené akce** – nikoli podle zvyklosti, lokalizace nebo výše bodů.
- Pokud výkon v SZV neexistuje, kontaktujte kompetentní osoby pro vytvoření změnového návrhu do SZV.

## Mýtus č. 4: „U každého DRG markeru musím vykázat výkon ze SZV“

### Rozšířený omyl:

Někteří lékaři se domnívají, že ke každému DRG markeru musí být vykázán odpovídající výkon ze SZV. Tato představa ale neodpovídá metodice vykazování CZ-DRG.

### Jak je to ve skutečnosti?

DRG marker je pomocný klasifikační kód systému CZ-DRG. Slouží ke zpřesnění informací o hospitalizačním případě, a **ne vždy** musí být spojen s výkonem ze SZV – záleží na jeho typu.

V systému CZ-DRG rozlišujeme tři typy DRG markerů:

- **Marker pro výkon neexistující v SZV**
  - **Vykazuje se samostatně**, bez výkonu SZV.
  - *Příklad: 91975 – (DRG) Roboticky asistovaný chirurgický výkon v hltanu a supraglotis* – používán od roku 2019, **plnohodnotný výkon SZV (71728)** byl vytvořen až s účinností k 1. 1. 2024.
- **Marker upřesňující výkon v SZV**
  - **Vykazuje se společně s výkonem SZV**
  - *Příklad:* Marker rozlišující typ implantátu u totální endoprotézy.
- **Marker pro informaci nezjistitelnou z aktuálního datového rozhraní**
  - **Vykazuje se samostatně.**
  - *Příklad: 91749 – (DRG) Hrudní drenáž provedená na JIP/ARO*

### Co z toho plyne?

Neplatí, že ke každému markeru musí být vykázán výkon ze SZV. Některé markery se vykazují samostatně, jiné **spolu s výkonem ze SZV**. Pokud je později zaveden odpovídající výkon do SZV, dochází ke **zrušení markeru s časovým odstupem** – aby byla zajištěna kontinuita sběru dat. V mezidobí se často vykazují **oba kódy souběžně**.

### Příklad z praxe:

Pacient byl hospitalizován na pracovišti JIP nebo ARO, kde mu byla zavedena **hrudní drenáž**. Za standardních okolností by byla drenáž vykázána výkonem **57233 – Hrudní drenáž**, který je kritickým výkonem ze Seznamu zdravotních výkonů (SZV) a lze k němu i vykázat ZUM.

Zatímco na standardním oddělení je tento výkon běžně vykazován, na JIP/ARO jeho vykázání není možné, protože výkony uvedené v kapitole 9 SZV nelze vykazovat současně s kódem ošetrovacího dne resuscitační a intenzivní péče. Aby informace o provedení drenáže **nebyla ztracena**, byl do systému CZ-DRG zaveden specifický DRG marker: **91749 – Hrudní drenáž provedená v rámci ošetrovacího dne na JIP nebo ARO**.

Tento marker:

je **kritickým výkonem** v rámci klasifikátoru DRG,

**vykazuje se samostatně** bez výkonu ze SZV,

Marker 91749 zajišťuje, že výkon, který **nelze z technických důvodů vykázat**, je stále **zachycen pro účely klasifikace i úhrady**.

**Doporučení:**

Neopomíjejte vykazování hrudní drenáže na JIP a ARO, protože správné zařazení může významně ovlivnit finanční ohodnocení vašeho zařízení. Tento příklad ilustruje situaci, kdy není nutné současné vykázání výkonu ze Seznamu zdravotních výkonů (SZV) spolu s DRG markerem.

## Mýtus č. 5 „Zařazení případu do MDC 88 je chybou, které je třeba se vyhnout – i za cenu nepravdivého vykazování“

### Rozšířený omyl:

Někteří kodéři nebo zdravotnická zařízení se domnívají, že **zařazení hospitalizačního případu do MDC 88** (tzv. *nespecifická báze*) je známkou chyby nebo selhání. V důsledku toho pak **uměle upravují diagnózy nebo vybírají jiný výkon**, jen aby případ byl zařazen do některé z „běžných“ MDC skupin – i za cenu, že **výkon či diagnóza neodpovídají skutečně provedené péči**.

Tento přístup vychází z mylného přesvědčení, že **případ v MDC 88 je automaticky špatně, nevýhodně hrazen nebo dokonce sankcionován**, a že je povinností zařízení tomu za každou cenu zabránit – třeba i nepřesným vykázáním údajů.

---

### Jak je to ve skutečnosti?

Do MDC 88 jsou překlasifikovány atypické případy, v rámci nichž jsou provedeny **výkony, které přímo nesouvisí s hlavní diagnózou** a zároveň jsou v dané MDC kritickým výkonem.

**Hlavním podkladem** pro kódování a jeho revizi/audit je zdravotní dokumentace o hospitalizaci. **Obsah** propouštěcí zprávy **musí mít oporu** ve zdravotní dokumentaci (výsledky vyšetření, operační protokol, denní záznamy atd.) a **musí odpovídat průběhu epizody léčebné péče**. Ze zprávy musí být zřejmé, jak byl vytvořen konečný diagnostický souhrn.

---

### Co z toho plyne?

Není cílem vykázat výkon, který nebyl ve skutečnosti proveden, jen proto, aby byl zařazen do jiné MDC než 88.

Není ani žádoucí vykazovat na místě hlavní diagnózy stav, který vznikl až v průběhu hospitalizace viz pravidlo 3.2., nebo hlavní diagnózu, která sice zařadí do správné MDC spolu s výkonem, ale pacient pro ni nebyl hospitalizován.

Naopak je nevhodné vykazovat jiné než provedené výkony a existující diagnózy. Zařazení do MDC 88 **není chybou**, ale **ochranným mechanismem systému**, který brání nelogickému zařazení případů tam, kam medicínsky nepatří.

---

### Příklad z praxe:

Pacient byl přijat na infekční kliniku pro **hnisavou spondylodiscitidu**. Nasazena antibiotická léčba. Po 7 dnech hospitalizace pacient **upadl na pokoji při chůzi do koupelny** a způsobil si **zlomeninu krčku kosti stehenní**. Následně byl přeložen na chirurgické pracoviště, kde mu byla provedena **cementovaná kyčelní endoprotéza (CKP)**.

Správně byly vykázány výkony i související markery:

**66610, 91810, 91820, 91826, 91829, 91823.**

Přesto byl případ **zařazen do DRG báze MDC 88** – a to zcela správně.

Podle metodiky CZ-DRG, konkrétně podle **pravidla 3.2**, **nelze jako hlavní diagnózu uvádět stav, který vznikl až v průběhu hospitalizace**. Úraz tedy nemohl být vykázán jako HDG.

- vznikl během hospitalizačního případu,
- vyžádal si operační výkon,
- vedl k překladi na jiné oddělení,
- a měl zásadní vliv na další průběh péče.

**Doporučení:**

Vykazujte všechnu provedenou péči podle skutečnosti. Ke zvýšení úhrad od pojišťoven nelze vykazovat nepravdivé nebo zkreslené údaje. Není pravdou, že případy v MDC 88 nejsou hrazeny vůbec.

## Mýtus č. 6: „Signální výkony pojišťoven ovlivňují zařazení případu v systému CZ-DRG.“

### Rozšířený omyl:

Někteří poskytovatelé zdravotní péče nebo kodéři se domnívají, že tzv. **signální výkony pojišťoven** mají v CZ-DRG stejný význam jako výkony ze **Seznamu zdravotních výkonů (SZV)** – tedy že ovlivňují **zařazení hospitalizačního případu do DRG skupiny** nebo úroveň jeho úhrady.

### Jak je to ve skutečnosti?

**Signální výkony pojišťoven nemají v systému CZ-DRG žádné uplatnění.**

Jedná se o **technické nebo dočasné identifikační kódy**, které mají zpravidla pomocnou funkci, např.:

- označení specifických vlastností pacienta nebo případu (např. krvácení po výkonu),
- sběr dat ve specifických situacích (např. pro přípravu nového výkonu),
- zajištění úhrady péče mimo systém SZV,
- zajištění úhrady v přechodném období před zařazením výkonu do SZV.

**Signální výkony pojišťoven nejsou kritické výkony, nejsou použity v pravidlech DRG klasifikace, neovlivňují zařazení případu do DRG báze, skupiny ani RV.**

Signální výkony např. lateralita je používáný název i pro položky SZV, které nesou doplňkovou informaci o případu nebo pacientovi, ale samy o sobě nejsou kritickými v klasifikaci CZ-DRG.

### Co z toho plyne?

- **Signální výkon pojišťoven nenahrazuje žádný výkon ze SZV.**
- Vykázání signálního výkonu pojišťoven bez současného klasifikačního výkonu **nemá vliv na zařazení případu v DRG systému.**
- Jejich hlavní smysl je samostatná **úhrada nebo identifikace stavu pro potřeby ZP**, nikoliv klasifikace CZ-DRG.

### Příklad z praxe:

**71801 SIGNÁLNÍ VÝKON – STAVĚNÍ KRVÁCENÍ PO TONZILEKTOMII V CA.** Zaveden v roce 2025 k překlenutí období do zařazení standardního výkonu v SZV. V CZ-DRG nemá žádný klasifikační dopad. Pro správné zařazení musí být vykázán jiný kritický výkon.

**99951 (VZP) BONIFIKAČNÍ KÓD ZA HOSPITALIZACI PACIENTA S MORBIDNÍ OBEZITOU S HMOTNOSTÍ**

**OD 160 KG DO 200 KG V LUŽKOVÉ PÉČI.** Signální kód mimo DRG systém, slouží k bonifikaci poskytovatele při péči o pacienta s hmotností nad 160 kg. Neovlivňuje DRG skupinu ani výši úhrady v systému CZ-DRG

### Doporučení:

- **Signální výkony pojišťoven slouží pro přechodná nebo evidenční řešení ZP, ale neovlivňují zařazení a úhradu v rámci CZ-DRG klasifikace.**
- **Pro potřeby CZ-DRG nepovažujte signální výkony pojišťoven za „náhradu“ výkonů ze SZV nebo DRG markerů.**

## Mýtus č. 7: „Stačí atestace lékaře k nasmlouvání výkonu, i když pracoviště nemá danou odbornost?“

### Rozšířený omyl:

Častým omylem je domněnka, že pokud má lékař atestaci v daném oboru, může automaticky vykazovat výkony, které do této odbornosti patří – bez ohledu na to, zda je daná odbornost nasmlouvána na konkrétním pracovišti (IČP). Například lékař s atestací v urogynélogii pracuje na urologii a předpokládá, že může vykazovat gynekologické výkony jen proto, že je odborně způsobilý.

---

### Jak je to ve skutečnosti?

Nositelům výkonu v systému veřejného zdravotního pojištění jsou **jednotlivá pracoviště s identifikovanou odborností (IČP), nikoli konkrétní lékaři**.

**To znamená, že výkon lze pojišťovně vykázat pouze tehdy, pokud:**

- je uveden v Registračním listu (RL) pro danou odbornost, nebo je pro tuto odbornost sdílen,
- a zdravotnické zařízení má pro dané IČP tuto odbornost i konkrétní výkony nasmlouvány.

Samotná atestace lékaře nestačí k nasmlouvání výkonu jiné odbornosti. Na **ambulancích** (mimo příjmové) lze nasmlouvat **pouze jednu** odbornost, kdežto na **lůžkách** lze nasmlouvat až **4 odbornosti**.

---

### Co z toho plyne?

- **Sdílení výkonů mezi obory je omezené** – některé výkony jsou sdílené (např. základní výkony), jiné nikoliv (např. specializované operační výkony), viz. Registrační listy jednotlivých výkonů.
  - **Bez nasmlouvané odbornosti nelze výkon vykazovat**, i když ho lékař umí provést a má k tomu odbornou způsobilost.
  - Pokus o obcházení těchto pravidel (např. vykazování pod „jiným“ výkonem) může být považován za porušení smluvních podmínek se zdravotními pojišťovnami.
- 

### Příklad z praxe:

Lékař s atestací v urogynélogii je zaměstnán na pracovišti s nasmlouvanou odborností 706 – urologie. Žádá o nasmlouvání výkonu **63527 – Plastika poševní přední nebo zadní s plastikou dna pánevního**, který je však vázán výhradně na odbornost gynekologie 603. Tento výkon **není sdílen pro odbornost urologie**, a tudíž **jej nelze na tomto IČP nasmlouvat ani vykazovat** – bez ohledu na atestaci lékaře.

### Řešení:

- Zdravotnické zařízení by muselo **nasmlouvat gynekologickou odbornost** jako vedlejší odbornost k danému IČP, což podléhá schválení ZP.
  - Výkon lze vykázat z jiného IČP, po předchozím schválení zdravotní pojišťovnou.
- 

### Doporučení:

- Pokud je třeba vykazovat výkony z jiné odbornosti, je nutné **nasmlouvat danou odbornost (nebo výkony)** u zdravotních pojišťoven.

- Atestace lékaře je podmínkou odborné způsobilosti, **nikoliv samostatným právním titulem k vykazování výkonů.**

## Mýtus č. 8: „Čím více JIP ošetrovacích dnů, tím vyšší úhrada.“

### Rozšířený omyl:

Mezi zdravotníky i administrativními pracovníky někdy panuje představa, že čím déle pacient zůstane na jednotce intenzivní péče (JIP), tím vyšší bude úhrada hospitalizačního případu. Tento názor vede ke snaze maximalizovat počet JIP ošetrovacích dnů bez ohledu na jejich skutečnou klinickou indikaci nebo ekonomický dopad.

---

### Jak je to ve skutečnosti?

V systému **CZ-DRG** je úhrada hospitalizačního případu **určena zařazením do DRG skupiny**, jejíž **relativní váha (RV)** odráží komplexitu péče. Délka hospitalizace ani počet JIP OD **sám o sobě nezaručuje vyšší úhradu**.

Platí, že:

- **Počet JIP OD nemění DRG skupinu** – ta je určena diagnózou, kritickým výkonem a závažností.
- Pokud jsou JIP OD uvedeny v rámci případu, **musí být klinicky indikované** a splňovat podmínky vyhlášky o minimální intenzitě péče.

**Prodloužený pobyt na JIP zvyšuje náklady nemocnice**, ale nemění zařazení případu a relativní váhu.

---

### Co z toho plyne?

- **Délka pobytu na JIP musí odpovídat klinickému stavu pacienta.**
  - **Úhrada není úměrná délce hospitalizace na JIP nebo počtu vykázaných JIP ošetrovacích dnů.**
  - Umělé prodlužování JIP pobytu může vést k negativnímu hodnocení v rámci revizí pojišťoven nebo kontrol DRG nákladovosti.
- 

### Příklad z praxe:

Pacient po operaci tlustého střeva byl z preventivních důvodů ponechán na JIP 6 dní, přestože byl kardiopulmonálně stabilní, bez nutnosti intenzivního dohledu, monitorace ani podpory orgánových funkcí. V dokumentaci byly JIP OD vykázány, ale **v systému CZ-DRG se případ zařadil do skupiny 06-I07-06**, stejně jako by byl zařazen při kratší nebo žádné JIP péči – **relativní váha zůstala stejná**.

Přestože si personál myslel, že „více JIP = více peněz“, **ve výsledku nedošlo k žádnému navýšení úhrady** a vznikl pouze větší náklad na lůžkový fond bez reálného přínosu.

---

### Doporučení:

- Hospitalizace na JIP by měla být indikována pouze tehdy, je-li klinicky skutečně nezbytná.  
Vykazování JIP OD má smysl jen tehdy, pokud pobyt odpovídá intenzitě péče vyžadované stavem pacienta.
- Pamatujte, že **ekonomika intenzivní péče spočívá v její efektivitě, ne délce**.

## Mýtus č. 9: „Registrační listy výkonů se revidují automaticky – není třeba se o ně starat.“

### Rozšířený omyl:

Některé odborné společnosti se domnívají, že revize zdravotních výkonů probíhá automaticky, a proto není nutné se aktivně věnovat obsahu a aktuálnosti Registračních listů výkonů (RL). Očekávají, že úpravy, sloučení nebo rozšíření výkonů provede někdo jiný – typicky MZD, ÚZIS nebo pojišťovny.

---

### Jak je to ve skutečnosti?

Odborné společnosti jsou primárními garanty obsahu a struktury zdravotních výkonů. Registrační list (RL) výkonu je odborný, právní a ekonomický dokument, jehož revize **nevzniká samospádem**.

- MZD, ÚZIS ani pojišťovny **neprovádějí systematické revize obsahů výkonů bez návrhů z odborné veřejnosti**, nebo zdravotní pojišťovny.
  - Obsah RL (indikace, popis výkonu, odbornost, sdílení, návaznost na ZULP nebo ZUM) musí být průběžně **aktualizován odbornou společností**, která daný výkon zaštiťuje.
  - **Zastaralý výkon** (např. s neaktuálními technologiemi, rozsahem nebo chybějícími přílohami) **může být zneužíván nebo vykazován chybně**, a přitom brání zavedení správných variant výkonů.
- 

### Co z toho plyne?

- **Bez aktivní revize ze strany odborné společnosti zůstávají výkony v systému v podobě, která často neodpovídá současné praxi.**
  - Pokud odborná společnost neřeší nedostatky v RL, **nese odpovědnost za jejich chybnou interpretaci i použití.**
  - Nové výkony nemohou být vytvořeny bez spolupráce s odbornou společností – pracovní skupina k **SZV je nevytvoří bez garanta.**
- 

### Příklad z praxe:

Odborná společnost X využívá v praxi výkon, jehož struktura vznikla před více než 10 lety. Popis výkonu neodpovídá reálné praxi (např. rozsah zákroku, využívané technologie), v RL chybí informace o potřebných ZULP nebo ohraničení věkové skupiny.

Lékaři výkon vykazují různě – někteří ho nadužívají, jiní se mu raději vyhýbají, protože **není jasné, co vlastně zahrnuje**.

Výsledkem je:

- nejednotné vykazování,
  - riziko špatné klasifikace v DRG,
  - nízká důvěra pojišťoven vůči vykazovaným výkonům.
- 

### Absurdita z praxe:

**Registrační list 51621 – POUŽITÍ VIDEOSKOPICKÉ OPERAČNÍ SESTAVY PŘI OPERAČNÍM VÝKONU Á 10 MINUT**

Autorská odbornost: 511, sdíleno i pro další odbornosti. V popisu výkonu je uvedeno, že se vyazuje **pouze** s výkonem **63649 – Zavedení periuretrálních implantátů**.

Problém? Výkon 63649 je určen **výhradně** pro odbornosti **623 a 706** – nikoliv pro odbornost 511, která je přitom uvedena jako autor výkonu 51621.

➡ Výsledkem je **nelogická vazba**, která znemožňuje správné vykazování výkonu 51621 odborností, pro kterou byl původně vytvořen. Tento nesoulad ukazuje, jak důležité je pravidelně revidovat vazby mezi výkony a jejich odborným určením.

| Autorská odbornost | Kód | Název                                 | Pořadí      | Sazba režie |
|--------------------|-----|---------------------------------------|-------------|-------------|
|                    | 511 | chirurgie - skupina 1                 | 5020        | 8,05        |
| Další odbornost    | Kód | Název                                 | Sazba režie |             |
|                    | 502 | dětská chirurgie                      | 5,37        |             |
|                    | 504 | cévní chirurgie                       | 5,37        |             |
|                    | 706 | urologie                              | 5,37        |             |
|                    | 605 | orální a maxilofaciální chirurgie     | 5,37        |             |
|                    | 506 | neurochirurgie                        | 5,37        |             |
|                    | 603 | gynekologie a porodnictví             | 5,37        |             |
|                    | 503 | úrazová chirurgie (traumatologie)     | 5,37        |             |
|                    | 604 | dětská gynekologie                    | 5,37        |             |
|                    | 505 | kardiochirurgie                       | 5,37        |             |
|                    | 602 | popáleninová medicína                 | 5,37        |             |
|                    | 507 | hrudní chirurgie                      | 5,37        |             |
|                    | 701 | otorinolaryngologie                   | 5,37        |             |
|                    | 704 | dětská otorinolaryngologie            | 5,37        |             |
|                    | 623 | gynekologie a porodnictví - skupina 2 | 10,74       |             |
|                    | 601 | plastická chirurgie                   | 5,37        |             |
|                    | 606 | ortopedie                             | 5,37        |             |
|                    | 705 | oftalmologie                          | 5,37        |             |
|                    | 707 | dětská urologie                       | 5,37        |             |

#### Doporučení:

- Každá odborná společnost by měla pravidelně revidovat své výkony – obsah, rozsah, vazby na ZULP/ZUM, návaznosti a sdílení.
- Iniciativa musí vycházet z odborného terénu. MZD a ÚZIS poskytují metodickou a technickou podporu, ale nevytváří obsah samostatně.
- Včasná revize výkonů přispívá ke kvalitnímu vykazování, spravedlivé úhradě a větší důvěře pojišťoven.

## Mýtus č. 10: „Na pořadí vedlejších diagnóz záleží – měly by být seřazeny podle závažnosti“

### Rozšířený omyl:

V praxi se často objevuje představa, že pořadí vedlejších diagnóz (VDG) zadaných v nemocničním informačním systému má vliv na zařazení případu do DRG skupiny nebo na určení úrovně závažnosti (severity). Kodéři se pak snaží diagnózy „seřadit od nejzávažnější po nejméně závažnou“, v domněnii, že tím ovlivní výsledek klasifikace.

---

### Jak je to ve skutečnosti?

V systému **CZ-DRG** **nezáleží na pořadí vedlejších diagnóz**. Grouper při klasifikaci:

- zpracovává **všechny uvedené VDG jako rovnocenné položky**,
- provádí **automatické vyhodnocení jejich závažnosti, kombinací, vztahů a vylučujících podmínek**,
- **řazení v dávce nebo propouštěcí zprávě nemá žádný vliv na výsledek zařazení do DRG**.

**Jedinou výjimku tvoří rehabilitační DRG báze**, kde pořadí diagnóz **může** ovlivnit výpočet. U všech ostatních případů však na pořadí **nezáleží vůbec**.

---

### Co z toho plyne?

DRG Grouper všechny zadané VDG zpracovává nezávisle na jejich pořadí a v interním algoritmu vyhodnocuje jejich závažnost, kombinace a exkluze. Diagnózy jsou tedy automaticky tříděny podle své váhy a relevance při výpočtu složitosti případu.

---

### Příklad z praxe:

Pacient hospitalizován s pneumonií. Současně se léčí s diabetes mellitus, chronickou ischemickou chorobu srdeční a obezitou.

Jeden kódér zapíše diabetes jako první VDG, druhý až jako třetí – **výsledek DRG klasifikace je v obou případech identický**, protože Grouper bere v potaz všechny zadané diagnózy bez ohledu na pořadí.

---

### Doporučení:

V systému DRG platí, že pořadí vedlejších diagnóz a jejich výše nemá vliv na DRG zagrupování. Tato funkcionality je zajištěna interním algoritmem Grouperu, který automaticky vyhodnocuje závažnost všech zadaných diagnóz

Kódujte všechny relevantní diagnózy, věcně správně a v souladu s Metodikou pro kódování diagnóz dle CZ-DRG.

## Mýtus č. 11: „Kódy diagnóz končící číslem 9 jsou špatně a nesmí se používat“

### Rozšířený omyl:

V praxi se často objevuje názor, že diagnózy končící číslicí „9“ (např. D64.9, J18.9, N17.99) jsou nesprávné nebo chybové. Podle této domněnky se má každá diagnóza vždy co nejvíce specifikovat a použití „devítkového“ kódu značí nekvalitní práci kodéra.

Tento mylný přístup vede k tomu, že se kodér snaží za každou cenu nahradit kód končící na „9“ jiným – často spekulativním – i tehdy, když dokumentace podrobnější informaci neobsahuje.

### Jak je to ve skutečnosti?

Diagnózy končící číslem „9“ jsou v systému MKN-10 i CZ-DRG zcela platné a správně použitelné, pokud:

- není dostupná specifitější informace,
- dokumentace neuvádí přesný podtyp,
- stav není diagnosticky uzavřen nebo jej nelze klasifikovat pod konkrétnější kód.

Číslice 9 na posledním místě znamená obvykle:

- „jinak nespecifikováno“,
  - „neurčeno jinak“,
- a signalizuje, že diagnóza je sice známa, ale bez bližší klasifikace.

### Co z toho plyne?

Použití kódu končícího číslicí "9" je zcela správné, pokud:

- lékař v dokumentaci **neuvádí konkrétnější variantu** diagnózy  
např. pacient má pneumonii, ale nebyl prokázán konkrétní patogen – správně použijeme J18.9,
- **probíhá diagnostický proces a diagnóza ještě není uzavřena**  
např. akutní renální selhání bez další specifikace – N17.99,
- klinický stav neodpovídá žádné jiné dostupné variantě v MKN -10.

### Příklad z praxe:

Pacient je přijat pro respirační infekci. Klinický obraz odpovídá pneumonii, ale není znám konkrétní patogen a v dokumentaci není zmíněn podtyp.

Kodér správně použije kód **J18.9 – Pneumonie, jinak neurčená**

### Doporučení:

- **DG s "9" na konci není chybou**, ale nástrojem přesného kódování tam, kde **nejsou dostupná data pro specifitější kód**.
- **Není správné** uměle nahrazovat DG s "9" **spekulativními diagnózami**, které nejsou uvedeny lékařem.
- **Kvalita kódování se neměří počtem specifických kódů**, ale shodou se zdravotnickou dokumentací.

## Mýtus č. 12: „Když zapomenu vykázat ZUM nebo ZULP, mohu ho doposlat pojišťovně samostatně“

### Rozšířený omyl:

V praxi se často setkáváme s mylnou představou, že **zvlášť účtovaný materiál (ZUM)** nebo **zvlášť účtovaný léčivý přípravek (ZULP)** lze **vyúčtovat dodatečně – samostatně, v novém dokladu**, i když byl původní výkaz (např. hospitalizační nebo ambulantní výkon) již předán a zaúčtován zdravotní pojišťovnou.

Tento přístup je však v rozporu s metodikou vykazování zdravotní péče a může vést k odmítnutí úhrady nebo duplicitnímu účtování.

### Jak je to ve skutečnosti?

Podle vyhlášky č. 134/1998 Sb. (část 7.1 a 7.2):

- **ZUM nebo ZULP lze vykázat pouze k výkonu**, který má výslovně uvedeno „**ZUM ano**“ nebo „**ZULP ano**“.
- Příslušný materiál či léčivý přípravek **musí být jednoznačně spotřebován při provedení výkonu** (nebo jeho poměrná část).
- **ZUM a ZULP nelze vykázat samostatně, nezávisle na výkonu.**

Pokud byl výkon již vykázán a zaúčtován v dávce, **nelze následně vykázat ZUM nebo ZULP odděleně – chybí totiž vazba na konkrétní výkon**, a pojišťovna jej odmítne.

Správný postup je:

- Požádání ZP o storno původního dokladu → vytvořit nový, kompletní doklad → opravený následně odeslat do systému ZP.

### Co z toho plyne?

- ZUM a ZULP musí být vykázány společně s příslušným výkonem.
- Dodatečné doposílání samostatného dokladu není přípustné.
- Včasná kontrola výkazu před jeho odesláním je jediný způsob, jak chybám předejít.

### Příklad z praxe:

Pacientovi byl implantován **subkutánní defibrilátor** a v rámci hospitalizačního případu byl vykázán výkon: **17251 – Implantace podkožního defibrilátoru**, který má příznak „**ZUM ano**“.

Výkon byl vykázán a dávka odeslána do zdravotní pojišťovny **bez toho, aby byl uveden ZUM – samotný přístroj (defibrilátor)**.

Chyba byla zjištěna až po schválení a zaúčtování dávky. Zdravotnické zařízení se pokusilo **vykázat ZUM zpětně v samostatné dávce**, ale pojišťovna vykázání **odmítla – chyběl k němu výkon, ke kterému by se ZUM mohl vztahovat**.

Výsledek: zařízení muselo požádat o **storno původního dokladu**, vytvořit **nový opravný doklad**, kde byl výkon i ZUM vykázán současně, a ten následně znovu zaslat k úhradě.

**Doporučení:**

- Před odesláním výkazu **pečlivě ověřte, zda byly všechny ZUM a ZULP vykázány správně a současně s výkonem.**
- Pokud došlo k opomenutí, **neprovádějte náhradní podání** – kontaktujte ZP a požádejte o opravu/storno.

**Shrnutí:** ZUM a ZULP nelze vykazovat samostatně po uzavření výkazu. **Musí být součástí výkonu a vykázány ve stejném čase.**

## Mýtus č. 13: „V SZV existuje výkon pro mou odbornost, splňuji podmínky z RL, a tudíž mi ho pojišťovna musí nasmlouvat.“

### Rozšířený omyl:

Někteří lékaři vycházejí z předpokladu, že pokud existuje výkon v Seznamu zdravotních výkonů (SZV), který podle popisu odpovídá jejich činnosti a splňují podmínky uvedené v registračním listu (RL), mají **automaticky nárok na jeho nasmlouvání**.

---

### Jak je to ve skutečnosti:

Zdravotní pojišťovna nemá povinnost výkon nasmlouvat jen proto, že existuje a že poskytovatel splňuje podmínky. Nasmlouvání výkonu je výsledkem **dohody mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou**, nikoli jednostranného nároku.

Zdravotní pojišťovna má právo zohlednit, zda je výkon v daném místě potřebný a v souladu s její smluvní strategií.

Splnění podmínek z RL je sice **nezbytným předpokladem**, ale **není to právní nárok**. Výkon může být odmítnut například z důvodu **naplněné kapacity v regionu**.

---

### Příklad z praxe:

Klinika ORL má nově možnost využívat k operacím robotický systém. Lékaři mají požadované zaškolení od firmy dodávající robotický přístroj. V SZV existuje výkon **71728 TRANSORÁLNÍ ROBOTICKY ASISTOVANÝ RESEKČNÍ VÝKON V OBLASTI HLTANU, SUPRAGLOTIS A PARAFARYNGEÁLNÍM PROSTORU**. Ačkoliv jsou splněny všechny požadované náležitosti, některé zdravotní pojišťovny výkon **nenasmlouvaly z důvodu naplněné kapacity**.

---

### Co z toho plyne:

**Mít personální a technické předpoklady nestačí**. Nasmlouvání nového výkonu vždy vyžaduje **aktivní jednání, odbornou argumentaci a oboustrannou shodu**. I když poskytovatel splňuje všechny požadavky, může být výkon odmítnut z důvodů, které jsou z pohledu pojišťovny legitimní – např. organizační, ekonomické či kapacitní.

**V některých případech je možné situaci řešit individuálně – například podáním žádanky na revizního lékaře s popisem indikace a požadavkem na schválení výkonu předem.**