

JAK NA PODKLADY PRO VYKAZOVÁNÍ POSKYTNUTÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE V CZ-DRG

Informační materiál pro lékaře pracující
ve zdravotnických zařízeních akutní lůžkové péče

Říjen 2022



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



NÁRODNÍ CENTRUM
PRO MEDICÍNSKÉ NOMENKLATURY
A KLASIFIKACE



UNIVERZITA
KARLOVA

MOTIVACE NA ÚVOD

Lékař by se v první řadě neměl z vykazování zdravotní péče zbláznit.

Jako v mnoha jiných oborech a profesích, tak i v medicíně platí, že součástí provedené práce odborníka by měla být „fakturace“ vlastní práce, tedy spíše vytvoření podkladů, které již do podoby výsledné faktury zpracuje tím pověřená osoba.

Pro lékaře je zásadní, aby zaznamenal do zdravotnické dokumentace všechno to, co o pacientovi zjistil nebo s ním provedl – a to jak z hlediska zápisu klinických informací, tak i z hlediska zápisu nákladových, tedy ekonomických údajů (např.: aplikace léků, použití materiálů a pomůcek atd.).

Lékař by měl vědět, že do informačních systémů nelze pro potřeby výkaznictví odesílat slovně formulované odborné termíny, ale zpracovávají se pouze zástupné kódy (diagnóz, výkonů, materiálů apod.). Proto je nutné respektovat další postupy těch profesí, které se zpracováním klinických dat pro potřeby výkaznictví zabývají.

Jedná se o extrémně důležitá data, od kterých se odvíjí úhrady zdravotní péče, ale také rozhodnutí o jejím (ne)nasmalování, tvorbě sítě zdravotnických zařízení nebo strategická rozhodování formující celý zdravotnický systém.

PRAVDY A MÝTY O VYKAZOVÁNÍ

Mýtus 1:

To, co zapíše lékař do nemocničního informačního systému (NIS), je vykázáno pojišťovně a uhrazeno.

Fakta: Pokud lékař do NIS zapisuje pouze textovou informaci, následně se jí „někdo další“ pokusí kódovat za pomoci nástrojů a pravidel k tomu určených. V tomto procesu může dojít ke ztrátě části informace (např. kódovaná položka není stejně podrobná jako plný text). Na základě pravidel pro různé systémy výkaznictví (NZIS, vykazování ZP) pak může být některá informace dále přenesena a jiná (např. anamnestický údaj nesouvisející s aktuální epizodou péče) nikoliv.

Mýtus 2:

Všechny diagnózy, které pacient kdy prodělal, se musí při každé hospitalizaci vykázat pojišťovně.

Fakta: Vykazují se pouze diagnózy, pro které je při dané hospitalizaci poskytována péče. Podle nich je hospitalizační případ v CZ-DRG zařazen. Je nesprávné vykazovat anamnestické údaje nebo chronické diagnózy, pro které nebyla poskytována během aktuální hospitalizace žádná péče.

Mýtus 3:

Nemocnice dostane zaplacen každý vykázaný výkon ze Seznamu zdravotních výkonů podle jeho bodové hodnoty.

Fakta: Až na výjimky hrazené na základě speciálních programů (tzv. balíčky s určeným horním limitem celkové částky na rok) to není pravda. Ze všech výkonů vykázaných pro daný případ hospitalizace jsou důležité pro zařazení v CZ-DRG pouze tzv. kritické výkony. Jejich bodové hodnoty nemají přímý vliv na úhradu.

PROČ DRG? K ČEMU VLASTNĚ SYSTÉM CZ-DRG SLOUŽÍ?

CZ-DRG je zkratka pro systém zařazování případů akutní lůžkové péče do klinicky a nákladově podobných skupin. Cílem je předpovědět kolik a jak komplikovaných případů nemocnice řešila nebo bude řešit v daném období, tedy, jaká je její produkce.

CZ-DRG vyvíjí ÚZIS ČR na principu podobných systémů používaných v zahraničí.

Případy jsou zařazovány na základě charakteristik jako jsou: hlavní a vedlejší diagnózy (HDG, VDG), kritické výkony, délka hospitalizace, délka konkrétní terapie (například UPV) a další klinické nebo administrativní parametry.

Tyto charakteristiky je třeba správně a jednoznačně zaznamenat do zdravotnické dokumentace a následně „kódovat“, tedy zapsat strukturovaně do informačních systémů a vykázat zdravotní pojišťovně.

O kódování a vykazování se většinou v nemocnicích starají specializované profese, které bychom zjednodušeně mohli označit jako administrativní pracovníky. Pracovníci, kteří zaznamenávají strukturovanou informaci označujeme termínem „kodér“. Celkově je práce se zdravotnickými informacemi v zahraničí uznávána jako vědecký obor Health Information Management s vysokoškolskými vzdělávacími programy. I v České republice, jak doufáme, dáme této specializaci brzy přesné vymezení, potřebné zázemí a zajistíme jí potřebný respekt.

TERMINOLOGIE CZ-DRG

V každé komunikaci je důležité hovořit stejnou řečí. Proto je nejdříve nutné objasnit význam některých základních termínů, používaných v systému CZ-DRG. Pokud budete mít pocit, že nerozumíte významu některých termínů, napište nám třeba prostřednictvím kontaktního formuláře nebo na drg@uzis.cz.

„Hospitalizační případ pro potřeby klasifikačního systému CZ-DRG **představuje souvislý pobyt pacienta v jednom zdravotnickém zařízení poskytovatele lůžkové péče (ZZ PLP) za účelem poskytnutí zdravotní péče** (dle zákona č. 372 / 2011 Sb. o zdravotních službách), který je **časově vymezen dnem přijetí** na lůžko akutní péče a dnem ukončení

hospitalizace na lůžku akutní péče a který **nebyl přerušen na více než 1 kalendářní den.**" (citace z *Metodiky sestavení hospitalizačního případu CZ-DRG*)

Do hospitalizačního případu se řadí všechna péče poskytovaná pacientům na lůžkových pracovištích, a to včetně péče na JIP, všech překladů, všech provedených vyšetření (RTG, laboratoře atd.), všech operací, intervencí, konzilií, rehabilitace a ošetrovatelské péče.

„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. Existuje-li více než jeden stav odpovídající definici HDG, vybere se ten, který je zodpovědný za největší čerpání prostředků poskytovatele zdravotní péče, vyhodnocené dle dostupných nákladových informací." (citace z *Pravidel kódování diagnóz CZ-DRG*)

HDG nelze ztotožnit s příjmovou, nebo s pracovní diagnózou. Zejména při příjmu pacientů v akutním stavu (např. pro bolest, zvýšenou tělesnou teplotu, kašel, dušnost apod.) nám poslouží celá hospitalizace k objasnění příčiny vzniku tohoto akutního stavu (např. zánět plic, akutní infarkt myokardu, astma bronchiale, srdeční selhávání atd.).

„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 zvýšenou úroveň monitorování.

Stavy, které se vztahují k období před hospitalizací a které nemají vliv na průběh hospitalizačního případu, pro potřeby DRG nekódujeme." (citace z *Pravidel kódování diagnóz CZ-DRG*)

Stav je předmět kódování. Pod tímto termínem si můžete představit nemoc (nebo syndrom), objektivní příznaky, subjektivní obtíže pacienta, abnormální nálezy vyšetření, ale také to mohou být vrozené vady, úrazy, následky nemoci, funkční omezení atd. Pokud nemáme možnost kódovat žádný takový stav, tak můžeme vykázat jiný důvod kontaktu se zdravotnickými službami. (dle *Pravidel kódování diagnóz v systému CZ-DRG*)

Diagnóza je termín používaný ve dvou významech:

- označení pro rozpoznáný stav (také „klinická diagnóza“, „diagnostické konstatování“),
 - název kódu MKN-10 jako výsledek klasifikace stavu (také „diagnóza MKN-10“).
- (volně dle *Pravidel kódování diagnóz CZ-DRG*)

Klinická diagnóza je název nemoci a/nebo syndromu. Je vyjádřen pomocí odborné klinické terminologie. Klinická diagnóza a název kódu jsou související, ale různé úrovně popisu a nelze je zaměňovat. (citace z *Pravidel kódování diagnóz CZ-DRG*)

Diagnostické konstatování je výrok zaznamenaný ve zdravotnické dokumentaci, vztažený ke klinické diagnóze, příznaku nebo následku nemoci. Příkladem mohou být výroky:

- „Plicní embolie byla vyloučena“,
- „Krvácení do střev bylo vysvětleno nálezem adenomu sigmatu“.

(citace z Pravidel kódování diagnóz CZ-DRG)

Zdravotní výkon je zdravotní intervence definovaná v rámci Seznamu zdravotních výkonů (SZV).

DRG markery jsou doplňkové klinické informace kódované ve formátu zdravotních výkonů (pětimístný numerický kód). Ne všechny zdravotní intervence mají vlastní zdravotní výkon a některé položky v Seznamu zdravotních výkonů nejsou dostatečně přesné. CZ-DRG potřebuje pro zařazení případu někdy podrobnější informace, pro které má definované právě tzv. DRG markery.

CO JE MKN-10 A K ČEMU SLOUŽÍ?

Je všem lékařům známé, že se jedná o Mezinárodní klasifikaci nemoci v 10. revizi. Představuje klasifikační systemizaci chorobných stavů, nemocí, syndromů, potíží atd. a k těmto přiřazuje příslušné kódy. **Základní orientaci v jejich struktuře jistě zná každý lékař.**

Všichni pracujete v nemocničních informačních systémech (NIS) při zápisu vyšetření pacienta s klinickými diagnózami. **Při psaní diagnóz v diagnostickém souhrnu se spoléhejte co nejvíce na přirozený klinický jazyk, který Vám k tomu dává prostor pro nejpřesnější popis stavu.**

...a tedy k čemu MKN-10 slouží, nebo by měla sloužit, Vám lékařům?

Při psaní diagnózy Vám obvykle NIS nabízí interaktivní nápovědu, jakému použitému klinickému termínu (např.: infarkt, hypertenze atd.) nejlépe odpovídá název „diagnózy MKN10“ a k ní příslušný kód. Řada lékařů tuto nápovědu využívá pro urychlení administrativní práce. **Správně nastavený NIS by měl dovolovat tento název modifikovat do podoby „klinické diagnózy“ se zachováním jisté shody s označením „diagnózy MKN-10“. Pokud toto Váš NIS neumožňuje, doporučujeme kontaktovat správce NIS.**

Ale pozor! Táto nápověda často vynechává řadu poznámek z MKN-10, které mají zásadní význam pro označení správného kódu. Abychom předcházeli vzniku nepřesností, existují na webu interaktivní klasifikátory MKN-10, které obsahují i tyto důležité poznámky. Jeden z nich je k dispozici na stránkách ÚZIS ČR: <https://mkn10.uzis.cz/>.

Druhou možností je konzultace se specialistou na vykazování (kodér), se kterým lze vykazování odpovídajícího kódu MKN-10 dořešit.

Takže, co je vlastně MKN-10? Mezinárodní klasifikace nemocí je způsob, jak případ „zařadit“, klasifikovat. Je to jen nástroj, jak standardně pro potřeby vykazování zdravotní péče zjednodušit informaci o diagnóze nebo stavu pacienta do podoby alfanumerického kódu.

ROLE LÉKAŘE A KODÉRA

Kódování diagnóz v užším slova smyslu znamená překlad klinické diagnózy nebo diagnostického konstatování o pacientově stavu do kódovaného formátu. (*volně z Pravidla kódování diagnóz CZ-DRG*)

V mnoha nemocnicích již byly vytvořeny speciální pracovní pozice kodérů – buď na jednotlivých pracovištích, nebo na úrovni celé nemocnice. Nicméně platí, že ve všech nemocnicích existují pracovníci, kteří se kódováním a vykazováním zabývají v rámci svých pracovních úkolů.

Kdo je kodérem? Obvykle odborně vzdělaný, nejlépe zdravotnický pracovník, jehož úkolem je kódovat poskytnutou péči, tedy převádět odborné klinické formulace (klinickou diagnózu, nebo klinické konstatování) Vás lékařů do kódované podoby. Kodér je odpovědný za správnost vykazovaného kódu.

Metodika „Pravidla kódování diagnóz“ pozici kodéra jednoznačně definuje. Citujeme:

Za správnost klinických diagnóz a diagnostických konstatování odpovídá **lékař**.

Za správnost kódování odpovídá **kodér**.

Kodér nesmí interpretovat klinickou diagnózou příznaky, objektivní nálezy nebo jiné abnormální nálezy nebo jiné skutečnosti, které lékař sám neinterpretoval.

Kodér nemůže mimo jiné interpretovat stav jako:

- *způsobený určitým etiologickým agens na základě pouze mikrobiologického nálezu,*
- *anémii na základě krevního obrazu nebo podání krevní transfúze,*
- *sepsi na základě pozitivní hemokultury,*
- *šok na základě podání katecholaminů,*
- *apod.*

Kodér může (samostatně, tedy bez konzultace s lékařem) vzít v úvahu při kódování:

- *informace z dokumentace, které blíže specifikují klinickou diagnózu a doplnit tak znění, které použil lékař v závěrečné zprávě (např. upřesnit lokalizaci léze podle RTG závěru; je to proto, že RTG závěr již představuje lékařskou interpretaci výstupu zobrazovací metody),*
- *informace z dokumentace, které jsou samy o sobě nepochybně lékařskou interpretací dílčích nálezů a upřesňují, resp. rozšiřují popis stavu (např. závěr histologického vyšetření),*
- *záznamy v ošetrovatelské dokumentaci o stavech spadajících především do domény ošetrovatelství (dekubity, inkontinence apod.), které představují jednoduché konstatování, a nikoliv interpretaci dílčích nálezů.*

Pokud jste jako lékař zároveň kodérem, nemusíte se výše uvedenými řádky znepokojovat, nijak Vás neomezují. Pokud ale nejste lékař-kodér, tak ilustrují, jak moc je kodér závislý na informacích, které mu jako lékař poskytnete.

JAK SPRÁVNĚ NAPSAT PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVU, PRO NÁSLEDNÉ DOBRÉ ZAKÓDOVÁNÍ CELÉHO HOSPITALIZAČNÍHO PŘÍPADU

Přestože zdravotnická zařízení postupně harmonizují formáty propouštěcích zpráv a existují i mezinárodní a národní snahy, v reále přetrvává velká různorodost propouštěcích zpráv. Zmíníme alespoň některé obecné pokyny.

Jak správně napsat propouštěcí zprávu a proč je to důležité?

- **Proč správně a včas napsat propouštěcí zprávu?** Z dobře napsané zprávy, kodér snadno a hlavně správně zakóduje stavy a diagnózy a společně s vykázanými výkony a ZUM dojde k vykázání péče zdravotním pojišťovnám (ZP). ZP pak zpětně na základě správného a včasného vykázání, **hradí poskytnutou zdravotní péči**.
- **Uzavření zdravotní dokumentace** pacienta je třeba provést co nejdříve.

Náležitosti závěrečné zprávy

- **Propouštěcí zpráva by měla obsahovat** vše, co se týká jeho pobytu v nemocnici (jméno, RČ, adresa, rodinná a osobní anamnéza, chronická léčba, nynější onemocnění, vyšetřovací metody, operace, diagnózy, podání krevních derivátů a reakce na ně, průběh hospitalizace, závěr a doporučení, podpisy, razítka).
- **Dobře popsané komplikace hospitalizace** (netýkající se přímo hlavní dg.), se kterými pacient již přichází, ale také vzniklé až během pobytu v nemocnici, např. pooperační i jiné (např. krvácení po operačním výkonu, rozpad rány, infekce, také dekubity – musí být řádně popsané dle stupňů a ošetřování).
- Je nutné uvádět i **podávání trvalé medikace u chronických chorob** např. CHOPN, onemocnění ledvin (případnou nutnost hemodialýzy v rámci hospitalizace), dále imobilitu – kdy pacient není schopen samostatného pohybu mimo lůžko (netýká se onemocnění u kterých je imobilita automatickou součástí – zlomeniny apod.).
- **V případě umělé plicní ventilace (UPV)**, je nezbytné **popsat dobu trvání**, a to hlavně v případech, kdy je pacient během UPV překládán z oddělení na oddělení (např. CHIR-ARO, INT-ARO).
- **I další důležité parametry je nutné pečlivě zaznamenat do dokumentace, s výhodou i do propouštěcí zprávy**, např. *hodiny u izolace, hodiny u dekubitů, porodní parametry u novorozenců*
- **Při operačních výkonech v rámci hospitalizace** – v operačním protokolu správně uvedení výkonů, použitých ZUM, včetně standartního popisu operačního výkonu.

- **Řádné vykázaní a rozepsání antibiotik podávaných i.v.** za každý den hospitalizace.
- Zpráva by naopak měla obsahovat **co nejméně zkratek a měla by být co nejvíce srozumitelná.**
- Každá zpráva by měla obsahovat diagnostický souhrn, ve kterém je třeba zdůraznit, který stav je dle ošetřujícího lékaře vhodné považovat za hlavní. Tedy ten, který byl zodpovědný za největší objem poskytnuté péče. Dále je vhodné zvýraznit ty stavy, pro které byla poskytována péče (odlišit od chronických nebo anamnesticky významných).

CO JE JEŠTĚ DŮLEŽITÉ PRO CZ-DRG

Vykazování poskytnuté péče obsahuje kromě vykázaní kódů diagnóz také vykázaní dalších kódů: výkonů, DRG markerů, léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a dalších ukazatelů. Role lékaře v tomto významu spočívá v pečlivém zaznamenání všech důležitých údajů souvisejících s náklady na hospitalizační případ při provádění vyšetření, operací, intervencí, konzilií atd.

Kodér poté v informačním systému nemocnice všechny tyto informace zkontroluje, případně doplní a pro interní kontrolu často provede závěrečnou klasifikaci celého hospitalizačního případu. I v této finální fázi před odesláním údajů na zdravotní pojišťovny (ZP) není vyloučené, že se kodér s dotazem obrátí na vás, případně na sestry a střední zdravotnický personál, který vám u zmiňovaných zákroků asistoval. Zdravotní pojišťovny pak zpětně na základě správného a včasného vykázaní, **hradí poskytnutou zdravotní péči.**

Stejně jako v životě platí i v tomto dokumentu, že peníze jsou až na posledním místě. Ale bez kvalitních dat nebude zdravotní péče správně zaplacená a bez peněz nebude kvalitní zdravotní péče.

Děkujeme za Vaši pozornost a spolupráci!

SEZNAM ZKRATEK

CZ-DRG	Klasifikace hospitalizačních případů CZ-DRG (Czech Diagnosis Related Groups)
HDG	hlavní diagnóza
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
MKN-10	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
NIS	nemocniční informační systém
RTG	rentgen
UPV	umělá plicní ventilace
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
ZP	zdravotní pojišťovna
ZUM	zvlášť účtovaný materiál

AUTOŘI

Text vznikl ve spolupráci s Pracovní skupinou pro vzdělávání kodérů.
Editace textu za ÚZIS ČR: MUDr. Miroslav Zvolský, Ing. Zuzana Fischerová

Odkazy:

- **Pravidla kódování diagnóz pro potřeby CZ-DRG** jsou k dispozici na webu: <https://www.uzis.cz/cz-drg>
- **Kompletní distribuční balíček systému CZ-DRG** je k dispozici na webu Ministerstva zdravotnictví ČR na adrese: <https://www.mzcr.cz/category/agendy-ministerstva/zdravotni-pojisteni/cz-drg/>.



Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic