

Revize kódování diagnóz v klasifikačním systému DRG

9. 5. 2016
MUDr. Milan Kotyza



Revize v klasifikačním systému DRG

Od roku 2010, kdy úhradu LZZ začala ovlivňovat platba za hospitalizační případ, začala VZP s revizí správnosti kódování hlavních a vedlejších diagnóz a kritických výkonů/markerů , které ovlivňují zařazení hospitalizačních případů (cca 8 tis hospitalizačních případů každý rok)



Podklady pro revizi

- ❑ Základním podkladem pro kódování a jeho revizi je zdravotnická dokumentace a z ní především propouštěcí zpráva.
- ❑ Přesnost kódování v systému DRG je závislá na kvalitě vedení zdravotnické dokumentace, která by měla být nejen pro kodéra přehledná, logicky vedená a pokud možno jednoznačná.
- ❑ Poskytovatel lůžkové zdravotní péče v propouštěcí zprávě popisuje realizovanou zdravotní péči, vytváří diagnostický souhrn, který následně převádí do kódů MKN klasifikace. Všechny kódované stavy tedy musí být klinicky odůvodněné a musí mít vždy písemný podklad ve zdravotnické dokumentaci pacienta.



Podklady pro revizi

- ❑ Souhrn diagnóz a popis průběhu celého hospitalizačního případu pacienta by měl v závěrečné propouštěcí zprávě zásadně korespondovat s dílčími epikrízami v dokumentaci. Časté jsou vzájemné zásadní rozpory mezi interpretací stavu na různých odděleních jedné nemocnice nebo mezi dokumentací lékařskou a ošetrovatelskou.
- ❑ Klinický stav, který může být kódován, určuje výhradně ošetřující lékař (v souladu s vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci). Je zcela nepřípustné, aby při kódování diagnóz kódujícím (i kodérem-lékařem!) docházelo k další dodatečné (re)interpretaci stavu.



Kódování

- ❑ Je zřejmé, že při známé složitosti správného kódování a absenci řady národních pravidel bude nepochybně ještě dlouho docházet ke sporům mezi poskytovateli a plátcí zdravotní péče v názorech na zakódování konkrétního případu.
- ❑ Míru těchto nedorozumění lze již nyní ale významně snížit přehledně sestavenou a kvalitně klinicky podloženou propouštěcí zprávou.



Co revidujeme

- ❑ Indikace k úhradě z v.z.p. (sterilizace, interrupce, bariatrické operace.....)
- ❑ Kontrola odůvodněnosti hospitalizace (krátké hospitalizace, výkony schválené pro JPL)
- ❑ Správnost kódování položek, které ovlivňují zařazení případu do baze:
 - správnost vykázané hlavní dg
 - odůvodněnost vykázání komorbidit a komplikujících vedlejších diagnóz
 - správnost kódování kritických výkonů a drg markerů (UPV, RHB, stenty...)
- ❑ Správnost kódování kódu ukončení hospitalizace



Co zjišťujeme

- Anamnestické diagnózy (I64, I63, I21, I26, I80.2.....)
- Anomální četnosti VDG s MCC ev. CC (D68, N17.8, A41, N39.0, L89...)
- Příznakové diagnózy (VDG J90 při HDG I50...)
- Neznalost používání složených dg (N13...)
- Abnormální vyšší frekvence méně obvyklých VDG (G93.4...)
- Chybné kódování „Z“ diagnóz na místě HDG (Z53, Z76.3..)
- Nesprávné kódování markerů (UPV, RHB, stentů...)
- Vykazování zástupných kódů výkonů a nenasmlovanou péči
- Nesprávné kódování komplikací zdravotní péče



Kódování komplikací

Metodika kódování diagnóz (verze 013):

7. Kódování komplikací zdravotní péče jako vedlejší diagnózy
(blok T80-T88)

„Komplikace zdravotní péče mají být kódovány vždy, nastanou-li v průběhu hospitalizace nebo v průběhu hospitalizace vyžadují zdravotní péči“

Ale:

Komplikace zdravotní péče ale mohou být i primárním důvodem hospitalizace (HDG)

Komplikace mohou být kódovány kódy diagnóz z orgánových kapitol nebo z kapitoly XIX (pravidlo?)



Nálezky při kódování komplikací

- Cévní komplikace po infuzi: I80.8 x T80.1
- Pneumothorax při kanylaci centrální žíly: J93.9 x T81.2
- Kanylová sepse: A41.0 x T80.2
- Akutní pankreatitida po ERCP: K85.8 x T88.8
- Infekce kloubní protézy: M00 x T84.5
- Infekční endokarditida umělé chlopně: I33.0 x T82.6
- Infekce způsobená osteosyntet. materiálem: M86 x T84.6
- Peroperační krvácení do dutiny břišní: K66.1 x T81.0



Děkuji za pozornost

