Program:

9:15 - 9:30 Registrace

9:30 - 11:00 Blok I. Kódování v roce 2019

- **Připravované změny pro rok 2019 (jaký vývoj v oblasti kódování lze očekávat)**

11:00 - 11:30 Přestávka na kávu, občerstvení

11:30 - 12:30 Blok II. Nástroje pro kódování diagnóz

- **Úhrady s využitím DRG v roce 2019 (stručně a jasně pro kodéry)**
- **Novinky v Aplikaci PVD a jejich využití v praxi**
- **Využití sdílených informací z revizní činnosti**

12:30 – 12.45 Závěr semináře

- Možnost individuálních konzultací k využití PVD

Blok I. Kódování v roce 2019

Autor: MUDr. Petr Tůma

2018/10

Téma: Připravované změny pro rok 2019

Aneb jaký vývoj v oblasti kódování lze očekávat

ČSÚ sdělil dne 31.7.2018, že se s účinností 1.9.2018 zavádí CZ-DRG (tedy „DRG-Restart“) pro použití v referenční síti nemocnic. Co to v praxi znamená?

SDĚLENÍ

Českého statistického úřadu

ze dne 31. července 2018

o zavedení Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG

Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, zavádí s účinností od 1. září 2018 pro použití v referenční síti poskytovatelů akutní lůžkové péče ustavené podle § 41a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění zákona č. 200/2015 Sb., Klasifikaci hospitalizovaných pacientů CZ-DRG (Klasifikace hospitalizovaných pacientů Czech – Diagnosis Related Groups, dále jen „klasifikace CZ-DRG“).

159

SDĚLENÍ

Českého statistického úřadu

ze dne 31. července 2018

o zavedení Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG

Pro klasifikaci CZ-DRG se pro rok 2018 vydává:

2. Definiční manuál klasifikačního systému CZ-DRG, platná verze softwaru CZ-DRG Grouper a doprovodné metodické pokyny:
   a. Metodika použití DRG markerů v systému CZ-DRG,
   b. Číselník kritických výkonů a DRG markerů systému CZ-DRG,
   c. Datové rozhraní nástroje CZ-DRG Grouper,
   d. Instalační příručka a manuál pro uživatele nástroje CZ-DRG Grouper,
   e. Technická dokumentace nástroje CZ-DRG Grouper.

3. Metodika kódování diagnóz v systému CZ-DRG.

Pro 2019:

- Budou používány nové DRG markery (bez vlivu na zařazení v IR-DRG)
- Nebude používána metodika kódování CZ-DRG, ale pravidla IR-DRG.

Metodika kódování diagnóz pro využití v IR-DRG

Autor / Autoři	tým DRG Restart
Verze	016
Datum	04. 09. 2018

Vybrané změny s komentářem

V prezentaci je komentován poslední existující návrh, který zatím není oficiálně vyvěšen na stránkách ÚZIS

Pozor: U řady pravidel je na slidu jen komentovaný odstavec a nikoliv celé pravidlo.

Úvodem

- Kódování bude probíhat výhradně podle pravidel pro IR-DRG
- Ve verzi pravidel pro 2019 se uplatňuje požadavek na vyšší stabilitu prostředí, tedy požadavek neměnit text, pokud to není „nutné“.
- Změny jsou dvojího druhu
  1) věcné změny => cíl = jiný výsledek kódování
  2) formální změny => cíl = (víceméně) stejný výsledek, ale lepší slovní formulace (nicméně nikdy nevíme, zda někdo nevezme tyto změny jako věcné)

1. Obecná kapitola

1.1. Základní principy

6. Speciální pravidla této metodiky mají přednost před obecnými pravidly této metodiky. Speciální pravidla upřesňují podmínky nutné k
   a. vykázání kódu/ů diagnóz/y uvedeného/ých v závorce v nadpisu daného speciálního pravidla.
   b. vykázání kódu/ů diagnóz/y v nadpisu daného speciálního pravidla.
   c. zakódování klinického stavu uvedeného v nadpisu daného speciálního pravidla.

Formální změna

1.4. Pravidla pro výběr hlavní diagnózy

2. Pokud nebyla stanovena žádná diagnóza ani suspektní, vybere se hlavní příznak, patologický nález ~~nebo~~, obtíž nebo jiný důvod kontaktu se zdravotnickými službami.
3. Jako HDG nelze kódovat onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace.
4. Dojde-li ke spojení dvou hospitalizací do jednoho případu, lze jako HDG vybrat stav, který byl těžištěm poskytnuté zdravotní péče ~~následujícího přijetí~~ druhého přijetí z obou spojovaných. Výjimkou jsou komplikace zdravotní péče vzniklé v návaznosti na předchozí hospitalizaci, které v takové situaci nelze jako HDG vykázat (viz příklady níže).

Formální změna

1.5. Pravidla pro kódování vedlejších diagnóz

4. ~~Na zařazení do DRG skupiny nemá vliv pořadí VDG~~. Na zařazení případu do DRG skupiny nemá v rámci systému IR-DRG vliv pořadí VDG. Pro účely referenčního sběru dat pro systém CZ-DRG jsou zavedeny následující doplňující metodické pokyny:

   a) při hospitalizaci pacienta za účelem akutní rehabilitace na oddělení 2F1 nebo 2H1 kódujte na pozici první vedlejší diagnózy stav, který představuje důvod indikace akutní rehabilitace u pacienta (viz bod 2.15.3).

   b) při hospitalizaci pacienta za účelem podání chemoterapie nebo radioterapie kódujte na pozici první vedlejší diagnózy diagnózu novotvaru nebo jiného onemocnění, která představuje hlavní důvod indikace chemoterapie nebo radioterapie.

Nadále nemá pořadí VDG vliv zařazení IR-DRG
ad a) u RHB je nutné dodržet 2.15 (zde jde jen o požadavek na pořadí VDG a nic jiného)

1.6. Pravidla pro kódování suspektních diagnóz

4. Jeden konkrétní stav nelze kódovat současně více kódy suspektních a zároveň v rámci diferenciální diagnostiky vzájemně alternativních diagnóz.
5. Jako suspektní nelze kódovat hrozící stavy, pokud pojem hrozící není součástí názvu položky v MKN-10.

Stav, který hrozí, nelze kódovat tak, jakoby skutečně nastal.
Nejčastěji v praxi jsou předmětem dohadů:

- hrozící posthemoragická anémie
- hrozící gangréna
- hrozící neprůchodnost (např. jícnu)

V názvu má „hrozící“ pouze O20.0-Hrozící potrat.

1.7. Pravidla pro kódování komplikací zdravotní péče

5. Kódování specifických chorobných stavů z orgánových kapitol MKN-10 (kapitoly I-~~XVII~~ XIX), ~~pokud to popis stavu dovoluje~~, má přednost před kódy z oddílu T80-T88 pokud stav není pod položkami T80-T88 výslovně uveden. Položky (úroveň čtyřmístného kódu) popsané názvem: **„onemocnění *daného orgánu* NS“** (například: N36.9 Onemocnění močové trubice NS) nejsou považovány za specifičtější a nemají tedy přednost před kódy z oddílu T80-T88.

Záměr pravidla zůstává stejný.
Rozšíření textu (1.7.5) poněkud lépe naznačuje, v čem je spatřována vyšší specifičnost.
Pravidlo 1.7 je nadále pro řadu situací nejednoznačné (nepředstavuje algoritmus postupu).

1.7. Pravidla pro kódování komplikací zdravotní péče

Obtíže s pravidlem jsou dány tím, že různé alternativy kódování (s využitím Y kódů) popisují lépe, hůře, nebo vůbec:

1. orgán. systém/orgán/ část orgánu („tenké střevo“)
2. vzniklou patologii („preforace“)
3. mechanizmus poškození („bodnutí“)
4. souvislost s poskytnutou péčí („operace“)
5. případnou souvislost s (konkrétním) implantátem, pomůckou, štěpem apod. („trombóza vzniklá přítomností implantátu“)

Je třeba stanovit v čem (prioritně) máme vidět specifičnost a současně je potřeba stanovit algoritmus postupu kódování.

1.8. Pravidla pro kódování příznakových diagnóz

1. Příznak je vnější projev či průvodní jev nějakého děje, stavu nebo procesu odehrávajícího se v lidském těle.
2. Pro účely této metodiky jsou za příznakové diagnózy pokládány kódy z kapitoly XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00 – R99) a dále kódy uvedené v příloze č. 1.
3. Stavy, které spolu souvisejí tak, že jeden je příznakem (manifestací ~~příznakem~~) druhého, lze vykazovat současně, pokud jsou oba léčeny „ve své vlastní rovině“, případně příznak (manifestace ~~příznak~~) vyžaduje zvýšenou ošetřovatelskou péči.
4. Pro vykázání příznakové diagnózy nestačí pouze monitoring daného stavu.

Formální změna

2.1. Pravidla pro kódování specifického agens infekčního onemocnění (B95-B98 Bakteriální, virová a jiná infekční agens)

Pokud je prokázané infekční agens příčinou kódovaného stavu, ale není součástí názvu ~~kódovaného stavu~~ kódové položky MKN-10 pro tento stav, a zároveň bylo na tuto skutečnost cíleně terapeuticky reagováno, kódujte na pozici VDG také dodatkový kód z oddílu B95-B98.

Věcná změna

Empirické nasazení antibiotik, kdy na vlastní výsledek kultivace není reagováno změnou antibiotika, by mělo být uznáno jako splnění kritéria, ale bylo by jistější, kdyby tato interpretace byla připojena jako výklad k pravidlu.

2.5.2. I63 Mozkový infarkt a I64 Cévní mozková příhoda (mrtvice) neurčená jako krvácení nebo infarkt

2. V případě pokračující hospitalizace, tj. při přeložení pacienta z jiného zdravotnického zařízení, nebo nové hospitalizace použijte tyto položky při splnění obou následujících podmínek:
   a) časový interval od vzniku cévní mozkové příhody není delší než 4 týdny, respektive 6 týdnů u pacientů se vstupním neurologickým deficitem s hodnotou National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) 8 a vyšší. [5]
   b) je poskytována další diagnostická a/nebo terapeutická (např. ~~podávání či~~ korekce již nastavené antikoagulační terapie apod.) péče pro cévní mozkovou příhodu.

Věcná změna
- „podávání“ nestačí (=narovnání s podmínkami u RHB případu)

2.8. Pravidla pro kódování porodů ~~(O80-O84 Porod)~~

Pro účely vykazování v systému IR-DRG vykazujte vždy kódy O80-O84:

1. Na pozici HDG, pokud je porod důvodem přijetí k ~~těžištěm péče~~ hospitalizacie v daném zařízení.

2. Na pozici VDG, pokud v průběhu hospitalizace porod proběhl, ale důvodem přijetí ~~těžištěm péče~~ je jiný stav.

Vyřazen pojem „těžiště“ (děkujeme ☺).
Rozhodující pro stanovení HDG je důvod přijetí.
Praxe ukáže, jak často nebude dokumentace jednoznačným podkladem pro rozhodnutí o HDG.

2.11. Pravidla pro kódování imobility pacienta (R26.3 Imobilita)

2. Pacient není schopen samostatného pohybu mimo lůžko ~~a vyžaduje intenzivní ošetřovatelskou péči, bez které je ohrožen závažnými komplikacemi, jako jsou například dekubity, kontraktury a pneumonie~~ a je splněna alespoň 1 z níže uvedených podmínek:

   a) skóre pacienta v Barthelové testu (základním) je v bodech ***Chůze (pohyb na vozíku) na rovném povrchu*** a ***Chůze do schodů a ze schodů*** rovno 0. [8]

   b) kategorie pacienta je 4. [10]

U a) a b) podmínek je spojka NEBO (Test Barthelové tedy není nutný)
V praxi jde o to, aby byla alespoň 4x vykázána kategorie 4 (označující stav ve 4 po sobě následujících dnech, přičemž pro tyto dny musí být splněny ostatní podmínky pravidla), nebo méněkrát, pokud je imobilita při ukončení případu.

2.12.1. Septický šok R57.2

2. Sepse je ~~Systemic inflammatory response syndrome (SIRS), zapříčiněný infekcí.~~ život ohrožující orgánová dysfunkce způsobená aberantní odpovědí na infekci. Septický šok je sepse s cirkulačními, buněčnými a metabolickými abnormalitami, které jsou natolik závažné, že zvyšují její smrtnost[3]. [11] Septický šok lze kódovat v případě, že je přítomna hypotenze, komplikující těžkou sepsi, při současné adekvátní resuscitaci tekutinami a aplikací katecholaminů k udržení tlaku.
3. Pro potřeby kódování v klasifikačním systému IR-DRG, za předpokladu výše uvedeného klinického naplnění, septický šok vykazujte kódem R57.2.
4. Kód R57.2 je možné kombinovat s kódy sepse z I. kapitoly MKN-10.

Z definice sepse

- vyřazen SIRS
- zařazena orgánová dysfunkce jakožto aberantní odpověď na sepsi

Věcná změna – „přísnější“ kriteria. Co to bude znamenat v praxi?

Historie definice sepse (1 až 3)

- 1991 – Definice „SEPSE-1“ - the American College of Chest Physicians (ACCP), the Society of Critical Care Medicine (SCCM) aj.
- 2001 - Definice „SEPSE-2“ - the Society of Critical Care Medicine (SCCM), The European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), The American College of Chest Physicians (ACCP) aj.
- 2016 - Definice „SEPSE-3“ - **The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3);** 19 expertů, 31 odborných společností (ale např. nikoliv ACEP - American College of Emergency Physicians, SAEM - Society for Academic Emergency)

Srovnání definic sepse (zjednodušeno!)

SEPSE-1 (1991) a SEPSE-2 (2001)

Sepse
= (lokální) infekce + SIRS*

Těžká sepse (Severe sepsis)
= sepse s orgánovou dysfunkcí **

Septický šok

SEPSE-3 (2016)

??? více viz článek:

Sepse = život ohrožující orgánová dysfunkce způsobená infekcí

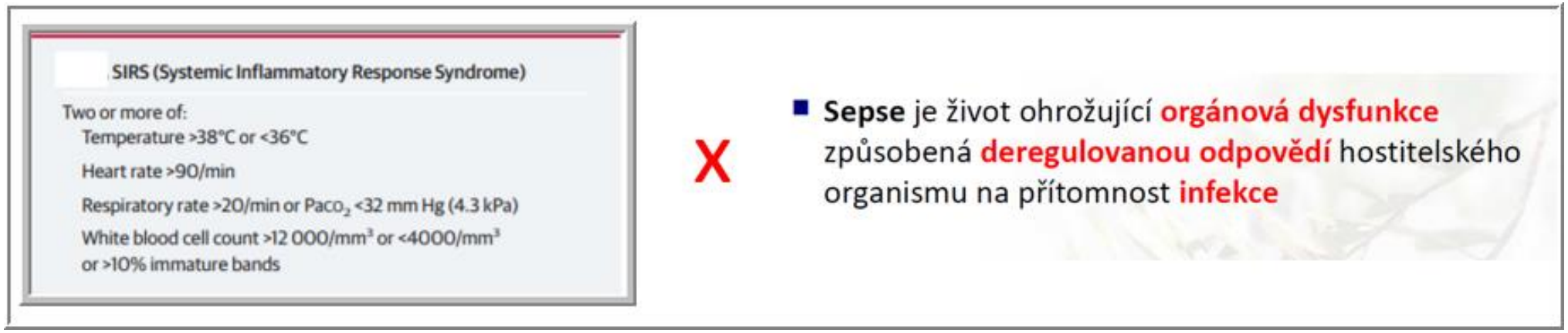
Septický šok

* R65.0-Syndrom systémové zánětlivé odpovědi infekčního původu bez orgánového selhání

** R65.1-Syndrom systémové zánětlivé odpovědi infekčního původu s orgánovým selháním

Proč nová definice sepse?

- Předpokládá se, že nový koncept
  - umožní klinickým lékařům přesnější a bezpečnější triage pacientů s infekcí,
  - zlepší vnímání sepse jako skutečné „medical emergency“, tedy stavu, který si zasluhuje neodkladné zahájení diagnostického a terapeutického managementu



Koncept „subjektivně podmíněné“ diagnózy sepse (1)

Tento koncept říká, že kritéria sepse jsou jenom pomocná ...

- Odborníci se v používání kritérií v praxi liší
- Postupovat jako při sepsi lze i u pracovní diagnózy sepse (nelze čekat na rozvinutí sepse)
- Lékař musí vyhodnocovat i jiné znaky, než daná definicí ...

Toto je převažující přístup intenzivistů v ČR (kteří se k problematice vyjádřili).
V podstatě je změna definice Sepse-2 => Sepse-3 nezajímá.

Koncept „subjektivně podmíněné“ diagnózy sepse (2)

Důvodné klinické podezření na rozvoj sepse (pacient *„vypadá nemocně“* nebo *„se neočekávaně náhle zhorší“* a nemáme pro to jiné vysvětlení) opravňuje k aktivním krokům bez ohledu na naplnění či nenaplnění kritérií definice.

Sepse a její nová definice

(Postrgraduální nefrologie 2017/1)

Prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.[1,2]

[1] I. interní klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova v Praze a Fakultní nemocnice Plzeň
[2] Biomedicínské centrum, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova v Praze

Septický šok dle SEPSIS-3

Septický šok dle SEPSIS-3 je definován jako stav, při němž je sepse

- komplikována rozvojem hypotenze, která navzdory dostatečné objemové resuscitaci vyžaduje užití vazopresoru k dosažení středního arteriálního tlaku ≥ 65 mm Hg

„Laktát má u septických stavů stejnou důležitost jako vysoce senzitivní troponin u akutních koronárních syndromů“

- a současně je přítomna hladina laktátu > 2 mmol/l

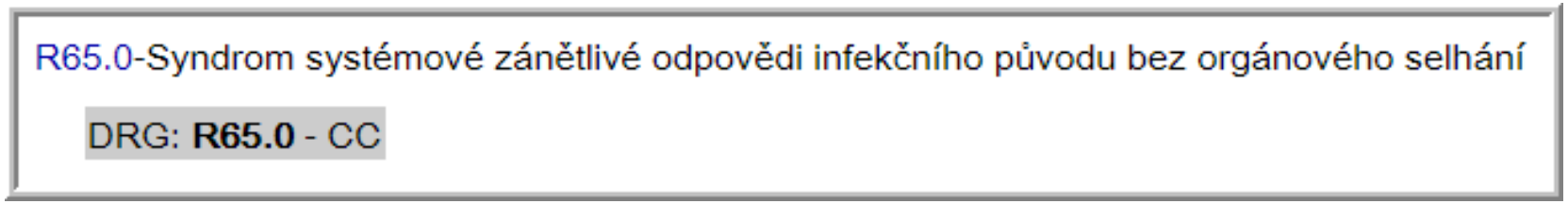
Definice není součástí Pravidel IR-DRG

Kontroverze ve věci nové definice sepse

- Jak se k problému postaví revize?
- Je „život ohrožující orgánová dysfunkce“ synonymem „orgánového selhání“?
- Nakolik lze uznat „subjektivně podmíněnou“ definici sepse?
- Při nenaplnění kriterií šlo o sepsi suspektní nebo hrozící?

Sepse-3 - Doporučení

1. Zorientujte se za pomoci vhodné literatury v problematice definice Sepse-1-2 a hlavně Sepse-3
2. Ujasněte s odpovědnými klinickými pracovníky, zda a případně jaký má dopad změna definice ve vaší nemocnici.
3. Dokumentujte dobře (život ohrožující) orgánovou dysfunkci včetně vztahu k infekci
4. Zajistěte, aby v případě ne zcela naplněných kriterií bylo dokumentováno, proč lékař udělal dg. sepse.
5. Pokud nemůžete vykázat sepsi, ověřte si zda lze (zdokumentovat a) vykázat monitoring SIRSu.



6. Neakceptujte retroaktivní použití definice.

2.13. Pravidla pro kódování cévní komplikace po infuzi, transfuzi a injekci (T80.1 Cévní komplikace po infuzi, transfuzi a injekci)

1. Pokud je u pacienta popsána flebitida (obecné známky zánětu kolem postižené žíly), která byla léčena podáním systémových antibiotik ~~nebo antiflogistik~~, kódujte pro účely vykazování v systému IR-DRG pouze kódem T80.1.

Věcná změna

- podání systémových antibiotik je absolutní podmínkou

2.14. Pravidla pro kódování izolace (Z29.0 Izolace)

3. Informace o zahájení a případném ukončení izolace musí být řádně uvedeny ve zdravotnické dokumentaci ~~v propouštěcí zprávě.~~

Věcná změna
- uvedení pravidla „do souladu“ s jinými pravidly

2.15. Pravidla pro kódování rehabilitace (Z50.– Péče s použitím rehabilitačních výkonů)

4. U pacientů rehabilitovaných pro cévní mozkovou příhodu mohou nastat dvě situace:
   a) diagnózu I60, I61 nebo I63 kódujte na pozici VDG tehdy, pokud začátek hospitalizace splňuje časový interval specifikovaný u jednotlivých diagnóz, viz pravidla 2.5, a je-li současně poskytována další diagnostická péče (například dovyšetření etiologie iktu, kontrolní zobrazovací vyšetření, kardiologické dovyšetření a podobně) a/nebo terapeutická péče pro dané onemocnění (s výjimkou podávání chronické medikace bez jiného terapeutického zásahu, za chronickou medikaci je považována i antikoagulační léčba).

Věcná změna
– nestačí podávání antikoagulancií.

Z jiných částí pravidel je patrné, že pravidla rozlišují dvě situace:
- podávání medikace
- korekce medikace

2.18. Pravidlo pro kódování plicní embolie a hluboké žilní trombózy (I26.– Plicní embolie, I80.1 Flebitida a tromboflebitida femorální žíly, I80.2 Flebitida a tromboflebitida jiných hlubokých cév dolních končetin)

1. Kódy I26.–, I80.1, I80.2 vykazujte péči o daná onemocnění včetně péče, která je poskytnuta pro tyto diagnózy ve fázi, která již nepředstavuje vlastní akutní stav.
2. Doba mezi vznikem onemocnění a přijetím k hospitalizaci je maximálně 28 dnů.
3. Pokud je podávána antikoagulační léčba pro výše uvedená onemocnění po uběhnutí 28 dnů, použijte kód Z92.1 Dlouhodobé (průběžné) užívání antikoagulancií v osobní anamnéze.

Patrně celkem jednoznačné pravidlo; je potřeba dokumentovat začátek onemocnění (datum stanovení diagnózy flebitidy/tromboflebitidy není totéž, co datum začátku onemocnění).

2.19. Pravidla pro kódování krvácení jako komplikace výkonu (T81.0 Krvácení a hematom komplikující výkon nezařazené jinde)

Krvácení komplikující výkon může být buď primární (peroperační), nebo sekundární (pooperační).

1. Pokud se jedná o primární krvácení, je pro vykázání této položky nutné splnění alespoň jedné z níže uvedených podmínek:
   a) Operační výkon byl z důvodu krvácení předčasně ukončen.
   b) Kvůli krvácení byla nutná konverze operačního přístupu (např. laparoskopického na laparotomický).

2. Pokud se jedná o sekundární krvácení, je pro vykázání této položky nutné splnění alespoň jedné z níže uvedených podmínek:
   a) Konsilium s jiným chirurgem či specialistou.
   b) Invazivní zásah pro kontrolu krvácení.

ad 2a) Nejasné při hospitalizaci na chir. oddělení

Pravidlo je koncipované pro VDG a není použitelné, pokud je T810 na místě HDG.

2.20. Pravidla pro kódování akutního renálního selhání u pacientů s chronickým selháním ledvin (N17.– Akutní selhání ledvin, N18.– Chronické onemocnění ledvin)

Pokud u pacientů s chronickým selháním ledvin dojde k přechodnému zhoršení renálních funkcí, je možné vykázat kód N17 Akutní selhání ledvin, pouze pokud byla použita hemoeliminační metoda.

Věcná změna – v aplikace pravidla není zjevný problém

- hemoeliminace musí být provedena během trvání případu, ale může být provedena v jiném ZZ
- pravidlo se nevztahuje na akutní selhání, které nenasedá na chronické selhání

DRG markery

2. část

Základní informace

- Nové CZ-DRG markery se zavádějí proto, aby bylo možné testovat systém CZ-DRG (za použití grouperu CZ-DRG).
- Nepředpokládá se (přinejmenším první první fázi), že by toto testování (za použití grouperu CZ-DRG) probíhalo v nemocnicích
- Vykazování těchto markerů je povinné pro referenční nemocnice
  - bude předmětem kontrol ze strany DRG-Restart
  - není pravděpodobné, že by bylo předmětem revizí ze strany ZP

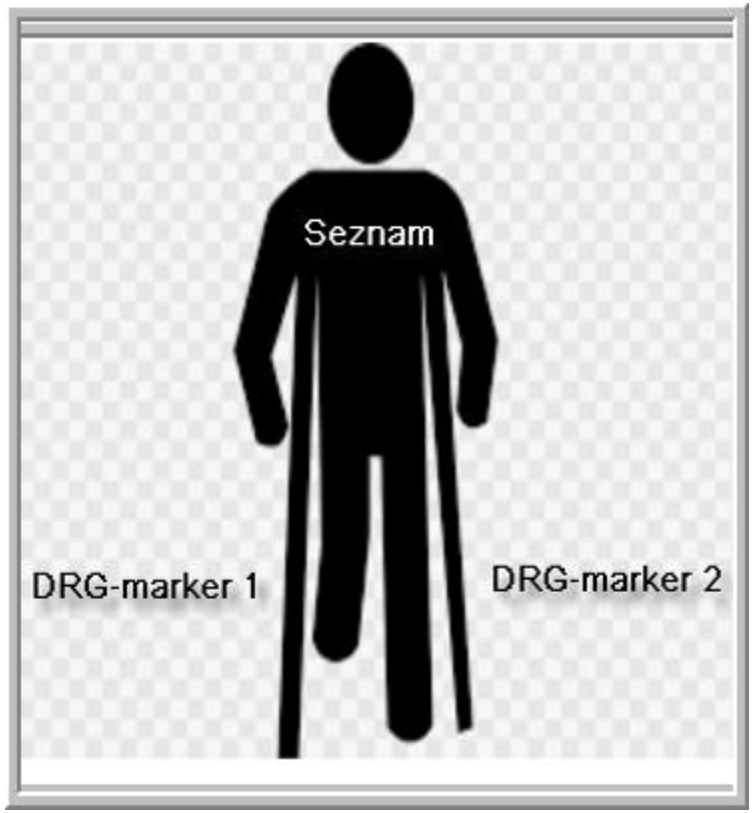
Rozdělení DRG markerů z hlediska vztahu k Seznamu výkonů a k funkčnosti v IR-DR

		Je DRG-marker kritickým výkonem (údajem) v IR-DRG?	
		ANO	NE
DRG-marker = Výkon	Specifikuje existující výkon Seznamu		
	Nahrazuje neexistující položku Seznamu výkonů		
DRG-marker = Klinický kontext	(Diagnóza nebo jiný údaj)		

Příklady (1)

- IR-DRG-marker „90881 (DRG) SPLENEKTOMIE LAPAROSKOPICKY“ upřesňuje „odpovídající výkon“ Seznamu „51711 VÝKON LAPAROSKOPICKÝ A TORAKOSKOPICKÝ“

- CZ-DRG-marker„91732 (DRG) HEMIGLOSEKTOMIE“ upřesňuje „odpovídající výkon“ Seznamu „65951 GLOSEKTOMIE PARCIÁLNÍ“



Příklady (2)

- IR-DRG-marker „07093 (DRG) CHIRURGICKÁ ABLACE SÍŇOVÉ ARYTMIE POUZE S POMOCÍ CHIRURGICKÝCH INCIZÍ“ nemá žádný „odpovídající výkon“ v Seznamu výkonů

- CZ-DRG-marker „91766 (CZ_DRG) DEKOMPRESNÍ DUODENOSTOMIE“nemá žádný „odpovídající výkon“ v Seznamu výkoů

Příklady (3)

- IR-DRG-marker „90954 (DRG) KRITICKÁ KONČETINOVÁ ISCHEMIE“ vypovídá o klinickém kontextu (čímž je „hrozící gangréna“, která není kódovatelná v MKN-10)

- CZ-DRG-marker „91910 (DRG) INDUKČNÍ FÁZE LÉČBY PŘI AKUTNÍ LEUKÉMII“vypovídá o klinickém kontextu

Typizace (CZ-)DRG markerů pro 2019

		Je DRG-marker kritickým výkonem (údajem) v IR-DRG?	
		ANO	NE
DRG-marker = Výkon	Specifikuje existující výkon Seznamu		CZ_DRG markery pro 2019
	Nahrazuje neexistující položku Seznamu výkonů		
DRG-marker = Klinický kontext	(Diagnóza nebo jiný údaj)		

Statistika CZ_DRG markerů z hlediska vazby na Seznam, případně na IR-DRG marker (ke 30/9)

- Zatím (30/9 2018) celkem 166 nových DRG markerů pro CZ-DRG
- 75 DRG markerů má „odpovídající kód“; může to být kód Seznamu nebo DRG marker
    - např. nový DRG marker 91976 - (DRG) ROBOTICKY ASISTOVANÁ RESEKCE PLIC má již existující „odpovídající kód“:
    - 90842 (DRG) KLÍNOVITÁ RESEKCE PLIC PROVEDENÁ THORAKOSKOPICKY, který má již existující „odpovídající kód“: 51711 - VÝKON LAPAROSKOPICKÝ A TORAKOSKOPICKÝ
- 91 DRG markerů nemá žádný odpovídající kód

Číselník nových DRG markerů IR-DRG, verze 016, zavedených pro potřeby referenčního sběru dat CZ-DRG

kód markeru	název	Pokyny	kód odpovídajícího výkonu (výkonů)	kód výkonu obdobné náročnosti	kód odpovídající odbornosti	jiný atribut pro nasmlouvání DRG markeru	název odpovídajícího výkonu / výkonu obdobné náročnosti
91763	(DRG) STŘEVNÍ BY-PASS JÍCNU	Vykazuje se pro uvolnění (obv.		51119, 51221, 51225	501, 502, 507		51119 KOREKCE STRIKTURY KRČNÍHO JÍCNU I 51221 REKONSTRUKCE JÍCNU TENKÝM NEBO PASS S ANASTOMÓZOU NA KRKU 51225 INKOMPLETNÍ NEBO KOMPLETNÍ EZO NÁSLEDNOU SUTUROU (HRUDNÍHO JÍCNOVÉ JÍCNU S EXTRAKCÍ CIZÍHO TĚLESA Z JÍCNU, IN

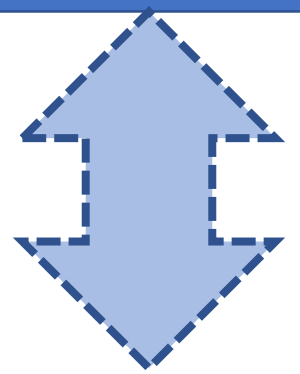
Kód odpovídajícího výkonu se vykazuje současně s DRG markerem

Kód výkonu obdobné náročnosti je (spolu s odborností) (pouze) vodítkem pro ZP (a ZZ) pro nasmlouvání DRG-markeru

„Odpovídající kódy:
51357 JEJUNOSTOMIE, ILEOSTOMIE NEBO KOLOSTOMIE, ANTEPOZICE TLUSTÉHO STŘEVA
90787 (DRG) JEJUNOSTOMIE PROVEDENÁ LAPAROSKOPICKY

Neexistuje žádný „ODPOVÍDAJÍCÍ KÓD“

Důvod?
(klinický kontext)



91760 (CZ_DRG)
NUTRIČNÍ
STOMIE

91761 (CZ_DRG)
DERIVAČNÍ
STOMIE

91766 (CZ_DRG)
DEKOMPRESNÍ
DUODENOSTOMIE

Nové DRG markery pro endoprotézy v systému CZ-DRG

91810	(DRG) **LOKALIZACE** ENDOPROTÉZY - **KYČELNÍ KLOUB**
91811	(DRG) **LOKALIZACE** ENDOPROTÉZY - **KOLENNÍ KLOUB**
91812	(DRG) **LOKALIZACE** ENDOPROTÉZY - **HLEZENNÍ KLOUB**
91813	(DRG) **LOKALIZACE** ENDOPROTÉZY - **KLOUBY PRSTŮ NOHY**
91814	(DRG) **LOKALIZACE** ENDOPROTÉZY - **RAMENNÍ KLOUB**
91815	(DRG) **LOKALIZACE** ENDOPROTÉZY - **LOKETNÍ KLOUB**
91816	(DRG) **LOKALIZACE** ENDOPROTÉZY - **ZÁPĚSTNÍ KLOUB**
91817	(DRG) **LOKALIZACE** ENDOPROTÉZY - **KLOUBY PRSTŮ RUKY**
91818	(DRG) **LOKALIZACE** ENDOPROTÉZY - **ČELISTNÍ KLOUB**
91829	(DRG) TYP **VÝKONU** - **IMPLANTACE**
91830	(DRG) TYP **VÝKONU** - **REIMPLANTACE**
91831	(DRG) TYP **VÝKONU** - **EXTRAKCE**
91832	(DRG) TYP **VÝKONU** - **EXTRAKCE A SPACER**
91833	(DRG) TYP **VÝKONU** - **REVIZE BEZ VÝKONU NA PROTÉZE**
91819	(DRG) **ROZSAH** ENDOPROTÉZY - **TOTÁLNÍ, KOMPLETNÍ**
91820	(DRG) **ROZSAH** ENDOPROTÉZY - **CERVIKOKAPITÁLNÍ, SÁŇOVÁ, ČÁSTE**
91821	(DRG) **ROZSAH** ENDOPROTÉZY - **POVRCHOVÁ, RESURFACING**
91826	(DRG) TYP **UKOTVENÍ** ENDOPROTÉZY - **CEMENTOVANÁ**
91827	(DRG) TYP **UKOTVENÍ** ENDOPROTÉZY - **NECEMENTOVANÁ**
91828	(DRG) TYP **UKOTVENÍ** ENDOPROTÉZY - **HYBRIDNÍ**
91822	(DRG) **TECHNIKA** ZAVEDENÍ ENDOPROTÉZY - **OTEVŘENÝ** PŘÍSTUP S POUŽITÍM **NAVIGAČNÍHO** SYSTÉMU
91823	(DRG) **TECHNIKA** ZAVEDENÍ ENDOPROTÉZY - **OTEVŘENÝ** PŘÍSTUP BEZ POUŽITÍ **NAVIGAČNÍHO** SYSTÉMU
91824	(DRG) **TECHNIKA** ZAVEDENÍ ENDOPROTÉZY - **MINIINVAZIVNÍ** PŘÍSTUP S POUŽITÍM **NAVIGAČNÍ**
91825	(DRG) **TECHNIKA** ZAVEDENÍ ENDOPROTÉZY - **MINIINVAZIVNÍ** PŘÍSTUP BEZ POUŽITÍ **NAVIGAČNÍ**

Ke kódu Seznamu se vykazuje vždy 5 DRG markerů: lokalizace, typ zákroku, rozsah, ukotvení a technika (=přístup + navigace)

Logika systému se ukáže teprve při vhodném uspořádání a prezentaci kódů!!!

Převzato z prezentace RNDr T.Pavlíka (Seminář k implementaci systému CZ-DRG do resortu zdravotnictví 18. 9. 2018)

Nové DRG markery pro zhoubné novotvary v CZ-DRG (?)

Histopatologický stupeň diferenciace novotvaru
91981 - (DRG) DOBŘE DIFERENCOVANÝ ZHOUBNÝ NOVOTVAR
91982 - (DRG) STŘEDNĚ (MÍRNĚ) DIFERENCOVANÝ ZHOUBNÝ NOVOTVAR
91983 - (DRG) NÍZCE (SLABĚ, ŠPATNĚ) DIFERENCOVANÝ ZHOUBNÝ NOVOTVAR
91984 - (DRG) NEDIFERENCOVANÝ (ANAPLASTICKÝ) ZHOUBNÝ NOVOTVAR
91985 - (DRG) ZHOUBNÝ NOVOTVAR S NEURČENÝM STUPNĚM DIFERENCIACE
Klinické stadium onkologického onemocnění
91990 - (DRG) KLINICKÉ STADIUM ZHOUBNÉHO NOVOTVARU 0 (NOVOTVAR IN SITU)
91991 - (DRG) KLINICKÉ STADIUM ZHOUBNÉHO NOVOTVARU I
91992 - (DRG) KLINICKÉ STADIUM ZHOUBNÉHO NOVOTVARU II
91993 - (DRG) KLINICKÉ STADIUM ZHOUBNÉHO NOVOTVARU III
91994 - (DRG) KLINICKÉ STADIUM ZHOUBNÉHO NOVOTVARU IV
91995 - (DRG) KLINICKÉ STADIUM ZHOUBNÉHO NOVOTVARU NEZNÁMO

Komentář (1)

- Některé nové DRG markery přinášejí dost originální řešení:

91733	(DRG) TOTÁLNÍ GLOSEKTOMIE	doplnění k výkonu 65951	65951 GLOSEKTOMIE PARCIÁLNÍ

- Logičtějším, lepším, ale pracnějším a zdlouhavějším řešením by bylo doplnění položky „Totální glosektomie“ do Seznamu.

Komentář (2)

Některé nové DRG markery

- nejsou stále dostatečně specifické (např. z hlediska určení orgánu)
- nemají dostatečně vysvětlující popis

Např. 91942 (DRG) KRYOABLACE TUMORU

- není určen orgán
- nemá „odpovídající kód“; přitom v Seznamu existuje 65967 – KRYOTERAPIE; s vysvětlením - odstranění nádorů pomocí velmi nízkých teplot)

Doporučení

1. I pro nereferenční nemocnice může být zajímavé (z více hledisek) nasmlouvat a zavést CZ-DRG markery
2. Při implementaci v rámci nemocnice je potřeba dobře vysvětlit logiku systému !!!; viz např. „skládačka“ pro ortopedické kloubní implantáty
3. Nový prostor pro prof. kodéry (ale lékař musí dobře zaznamenat vše do oper. protokolu a jiné zdrav. dokumentace)
4. Velkým přínosem by byla implementace do NISu, který kodéra „vede“ (při vykázání „odpovídajícího kódu“ nabídne relevantní DRG markery), případně nepustí dále, pokud je DRG marker v dané konstelaci údajů povinný.

Otázky a diskuse