



Program Evropské Unie **Transition Facility (Přechodový nástroj)**
pro Českou republiku

Vypracování národních norem kódování pro český systém DRG, technická asistence

CZ2005/017/518.05.03.02.0002

VZ60008837

Metodika kódování diagnóz

*Vypracování pravidel pro tvorbu metodik pro jednotlivé
druhy zdravotních služeb*

*(Samostatnou přílohou je Manuál minimálních standardů
kódování diagnóz v MKN-10)*

Datum vydání: 11.01.2008; 09.03.2008; 17.03.2008



Tato zakázka je financována
Evropskou komisí



Zakázka je realizována
STAPRO s. r. o., Pardubice, ČR

ZÁKLADNÍ INFORMACE

Číslo smlouvy / Evidenční číslo	CZ2005/017/518.05.03.02.0002/ VZ60008837
Název zakázky	Vypracování národních norem kódování pro český systém DRG, Technická asistence
Dodavatel	Stapro s.r.o. Pernštýnské nám. 51 530 09 Pardubice Česká republika
Konečný příjemce	Česká republika - Ministerstvo zdravotnictví, Odbor zdravotní péče Adresa: Palackého nám. 4, 128 01, Praha 2
Vedoucí zakázky na straně dodavatele	Ing. Jan Jeník
Vedoucí zakázky na straně konečného příjemce	MUDr. Pavel Frňka
Zástupce zadavatele	Ing. Klára Mendová
Vedoucí úředník programu (SPO)	Mgr. Michael Kuna

Historie dokumentu

Verze	Datum	Změny
1_01	11.1.2008	
1_02	9.3.2008	S ohledem na připomínky expertní komise byly provedeny tyto změny: Doplněny části: 1.6 Metodika kódování a příbuzné oblasti; jejich vzájemné vymezení 3.1.1 Východiska pro tvorbu pravidel 5 Neřešené problémy a některá doporučení Přepracovány části: 3.2.1 Základní pravidla pro tvorbu metodiky kódování podle MKN-10 3.2.2 Pravidla ustanovující strukturu a obsah Manuálu minimálních standardů kódování MKN-10 Dále opraveny některé chyby v textu.
1_03	17.3.2008	Na základě doporučení expertní komise bylo vyřazeno pravidlo: Pokud je pro správnou funkci grouperu nutné zavést pravidla či doporučení, která reagují na problém (pravděpodobně) řešitelný změnou algoritmu grouperu v příští verzi, budou tato pravidla označena jako „dočasná“. (str. 24) Dále drobné doplňky neměnicí smysl sdělení.

Obsah

1.	Úvod do problematiky – vymezení oblasti klinického kódování.....	4
1.1.	Cíle dokumentu	4
1.2.	Co je to klinické kódování?	4
1.3.	Co všechno zahrnuje klinické kódování?	4
1.4.	Různé role jednoho kódovacího systému	5
1.5.	Mají kódovat lékaři nebo profesionální kodéři?.....	5
1.5.1.	Lékaři jako kodéři	5
1.5.2.	Profesionální kodéři	6
1.6.	Metodika kódování a příbuzné oblasti; jejich vzájemné vymezení.....	6
1.6.1.	Metodika kódování MKN-10 a standardizace dokumentace	6
1.6.2.	Metodika kódování MKN-10 a standardy NZIS.....	8
1.6.3.	Metodika kódování MKN-10 a metodika vykazování VZP	8
1.6.4.	Metodika kódování MKN-10 a zjišťování kvality péče.....	9
1.6.5.	Metodika kódování MKN-10 a DRG.....	10
1.6.6.	Souhrn – Nároky na pravidla klinického kódování MKN-10 z hlediska různých cílů.	11
2.	Analýza současného kódování MKN-10.....	12
2.1.	Stav klinického kódování v České republice - pravidla	12
2.1.1.	Dataset klinického kódování hospitalizace v ČR.....	12
2.1.2.	Závaznost klasifikace MKN-10 a kompetence při vydávání návazných metodik	13
2.1.3.	Dva hlavní koncepty definice základní diagnózy	15
2.1.4.	Problém definice základní diagnózy a dalších diagnóz v ČR.....	15
2.1.5.	Pravidla pro další (vedlejší diagnózy)	16
2.1.6.	Stav klinického kódování diagnóz v ČR	17
2.1.7.	Klinické kódování a IR-DRG systém.....	18
2.1.8.	Inventura existujících pokynů pro kódování v MKN-10.....	18
2.2.	Stav klinického kódování v České republice – kvalita dat	19
3.	Vypracování pravidel pro tvorbu metodik	20
3.1.1.	Východiska pro tvorbu pravidel.....	20
3.2.	Pravidla pro tvorbu metodiky kódování podle MKN-10.....	21
3.2.1.	Základní pravidla pro tvorbu metodiky kódování podle MKN-10.....	21
3.2.2.	Pravidla ustanovující strukturu, obsah a použití manuálu kódování MKN-10	22
4.	Minimální standardy kódování MKN-10.....	23
4.1.1.	Cíle vytvoření minimálních standardů	23
4.1.2.	Výklad pravidel MKN-10 – základní informace	23
4.1.3.	Účel a funkce MKN-10.....	23
4.1.4.	Vztah kódu MKN-10 a klinické nosologické jednotky.....	24
4.1.5.	Páté místo kódu	24
4.1.6.	Národní varianty MKN-10	24
5.	Neřešené problémy a některá doporučení	25
5.1.1.	Souhrnný přehled problémů	25
5.1.2.	Nekonzistence datových sad pro ZP a NZIS	26
6.	Přílohy	27
6.1.	Příloha - Inventura existujících pokynů kódování mortality v MKN-10 (mimo Instrukční příručku).....	27
6.2.	Příloha - Inventura existujících pokynů kódování morbidit v MKN-10 (mimo Instrukční příručku)	28
6.2.1.	Zdroj VZP - Kódování diagnóz a zdravotnických výkonů pro potřeby DRG (stránky VZP).....	28
6.2.2.	Zdroj MZČR – Metodické materiály DRG (stránky MZČR)	30
6.3.	Příloha – Stanovisko ÚZIS	31
6.4.	Příloha - Kvalita kódování – některé výsledky z projektu Prekultivace DRG 2007	32

1. Úvod do problematiky – vymezení oblasti klinického kódování

Přestože to není požadováno zadáním, obsahuje dokument ve svém začátku analýzu problému.

Vedla nás k tomu okolnost, že v začátku tvorby pravidel kódování jsme objevili diskrepance mezi Instrukční příručkou MKN-10 a metodikou ÚZIS a záhy jsme si uvědomili, že není jasné, kdo a nakolik může modifikovat pravidla daná MKN-10. Počáteční diskuse (externě vedená) ukázala zprvu poměrně velkou nepřipravenost tyto otázky zodpovědět, ale nakonec vedla k ujasnění alespoň zásadních pravidel pro kompetence a konstatování možnosti jít za rámec Instrukční příručky MKN-10 (pro určité specifické cíle kódování).

Další nejasností, kterou jsme si uvědomili při psaní metodiky, je cílová skupina, pro kterou má metodika určena. Metodika určená lékařům může být mnohem cílenější a stručnější (nebo spíše může i musí být, protože lékaři by patrně nic rozsáhlého ani nestudovali) než metodika určená profesionálním kodéry. Metodika pro druhou cílovou skupinu musí být jinak koncipovaná; musí být podrobnější a obsahovat například výklady některých klinických pojmů a výklady základů anatomie. Protože zadání projektu nedává v tomto žádné vodítko, vycházíme ze stavu, který v České republice je. Vlastní otázku, kdo má kódovat (zda ošetřující lékaři, nebo profesionální kodéři) diskutujeme v úvodu.

1.1. Cíle dokumentu

Cíle dokumentu jsou dány zadáním projektu TA05:

- Vypracování pravidel pro tvorbu metodik pro jednotlivé druhy zdravotních služeb
- Minimální standardy kódování MKN 10 pro jednotlivé typy péče
- Zpracování a redakce souhrnného materiálu ("Metodika a standardy kódování MKN 10")
- Převod materiálu do obecné elektronické formy, doplnění odkazů a klíčových slov
- Návrh školení v kódování MKN 10
- Návrh rozsahu a struktury školení (syllabus)
- Zpracování metodických příruček pro kódování diagnos pro jednotlivé typy služeb založené na příkladech

Dokument by měl být podkladem pro vytvoření tréninkových a školících materiálů

1.2. Co je to klinické kódování?

Klinické kódování je překlad psaného záznamu pořízeného v běžné lékařské terminologii o pacientovu stavu (obtížích, nálezech, diagnózách, léčbě a důvodu kontaktu se zdravotnickými službami) do kódovaného formátu - alfanumerického kódu, jemuž odpovídá standardizovaný popis. Obvykle se předpokládá, že tento formát je národně nebo nadnárodně uznáván.

Přepis do kódu musí být úplný, přesný a smysluplný.

Smyslem kódování je získání (odvození) informace ve standardizované a porovnatelné podobě.

Klinické kódování slouží pro účely:

- vykazání provedené práce (vazba na kontrakty), vyúčtování (payment claims)
- statistické analýzy
- manažerské potřeby; hodnocení kvality a výkonnosti
- klinické analýzy

1.3. Co všechno zahrnuje klinické kódování?

V širším smyslu slova patří do klinického kódování také záznam demografických údajů a dalších atributů, popisujících základní vlastnosti klinické epizody (například hospitalizace), jako je např. způsob přijetí nebo způsob propuštění.

Základem pro klinické kódování jsou

- kódované seznamy pojmů (seznamy nebo klasifikace)
- návod k jejich používání

Již zde je na místě upozornit, že přestože kódy jsou spojeny s pojmem, který nese nějaký význam, nemusí být tento pojem dostatečnou definicí obsahu kódu. Je to zčásti dáno tím, že pojem (řetěz slov) nemůže být libovolně dlouhý, zčásti tím, že skutečnost může být natolik mnohotvárná, že není možné (nebo by nebylo praktické) v seznamu pojmů zachycovat všechny alternativy.

Z toho plynou tyto závěry:

1. V některých případech je nutné kódovat prvkem, který odpovídá jen přibližně realitě (zahrnuje více alternativ reality)
2. Většina kódovaných seznamů vyžaduje návod (metodiku) pro správnou volbu prvku seznamu.
3. Kódovaná informace je často obsahově chudší, než původní klinický popis volným textem.

1.4. Různé role jednoho kódovacího systému

Je důležité uvědomit si, že stejný kódovaný seznam pojmů (nebo klasifikace) může být použita v různých situacích (může vystupovat v různých „rolích“) a pokaždé vlastně nese poněkud jinou informaci.

Například klasifikace MKN-10 může být použita pro anamnestické údaje, pro vyjádření příjmové diagnózy, pro vyjádření hlavní diagnózy hospitalizace. Přitom ale následující informace mají rozdílnou povahu a zároveň různou validitu (opírají se o jiná kritéria):

- akutní infarkt myokardu v rodinné anamnéze
- akutní infarkt myokardu v osobní anamnéze
- akutní infarkt myokardu jako příjmová diagnóza
- akutní infarkt myokardu jako základní (hlavní) diagnóza (stanovená na konci pobytu) hospitalizační epizody (pobytu na oddělení)
- akutní infarkt myokardu jako základní (hlavní) diagnóza (stanovená na konci pobytu) hospitalizace (celého pobytu v nemocnici)
- akutní infarkt myokardu jako hlavní operační diagnóza
- akutní infarkt myokardu jako důvod konzilia
- akutní infarkt myokardu jako další (vedlejší diagnóza) diagnóza
- akutní infarkt myokardu jako příčina smrti
- atd.

1.5. Mají kódovat lékaři nebo profesionální kodéři?

Praxe je v různých zemích různá. V Austrálii, U.S.A., Kanadě, U.K., Irsku a dalších zemích kódují diagnózy a výkony profesionální kodéři. Ve skandinávských zemích kódují stejně jako Čechách lékaři (tedy ošetřující lékaři, kteří uzavírají dokumentaci a píší propouštěcí zprávu).

Aby bylo správně rozuměno shora položené otázce – nejde o to přikázat nebo zakázat, že mají kódovat lékaři. Kdo bude kódovat je věcí každého jednotlivého poskytovatele. Jde o to pokusit se identifikovat výhody a nevýhody obou variant z hlediska kvality kódování a doporučit jeden stav jako žádoucí.

Cílem následujícího shrnutí není udělat definitivní rozhodnutí, ale shromáždit argumenty pro a proti jednotlivým variantám.

1.5.1. Lékaři jako kodéři

Ti kteří zastávají názor, že mají kódovat lékaři, často argumentují tím, že pouze ošetřující lékař zná pacienta natolik dobře, že zvolí správné kódy. Podle našeho názoru není tento argument správný. Je sice pravda, že (ošetřující) lékař se nedopustí při kódování patrně nějaké „začátečnické“ chyby (dané například špatným porozuměním dokumentaci). Na druhou stranu je zde riziko, že bude kódovat „po paměti“ i to, co v dokumentaci není obsaženo. Mimo to bude mít malou snahu

- v kódování se vzdělávat
- využívat celou škálu kódů (spíše bude používat zúžené spektrum kódů, které se často vyskytují)

- používat „nepovinné“ kódy např. z kapitoly Z
- kódovat mimořádné události a komplikace léčby

Přitom není správné ani možné čekat od lékařů větší nasazení, jejich chybějící motivace k přesnému a pečlivému kódování vyplývá z velké časové náročnosti kódování a dalšího zvýšení již tak velké administrativní zátěže lékařů.

Považujeme za důležité zdůraznit, že kvalita dokumentace musí být taková, že je možné správně kódovat na základě dokumentace samotné (bez znalosti pacienta a bez pouhých předpokladů o souvislostech).

Kromě výše uvedeného je zde ještě jeden argument proti tomu, aby kódovali ošetřující lékaři, totiž že je nemožné vytvořit, udržet a kontrolovat vysokou a zhruba stejnou úroveň znalostí o kódování u několika tisíc lékařů.

1.5.2. Profesionální kodéři

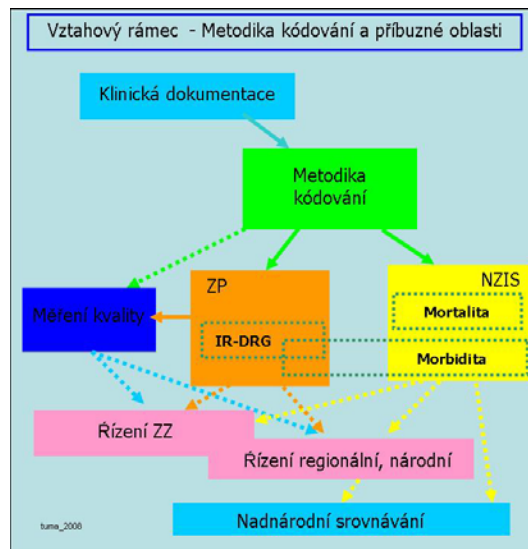
Profesionální kodér bez dostatečné průpravy představuje riziko zásadních omylů (kterých se obvykle lékař nedopustí). Naproti tomu, pokud je zaveden soustavný systém vzdělávání a před kodérem je perspektiva profesní kariéry, přináší tato volba pozitiva

- je zde motivace v kódování se vzdělávat
- není zde a priori odpor využívat celou škálu kódů, používat „nepovinné“ kódy např. z kapitoly Z, kódovat mimořádné události a komplikace léčby
- profesionálních kodérů může být takový (omezený) počet, že je možné starat se o jejich dostatečnou a vyrovnanou úroveň.

1.6. Metodika kódování a příbuzné oblasti; jejich vzájemné vymezení

Kódování není činností, která by mohla existovat sobě, ale naopak je velmi těsně spjata s řadou nimž je nutno oblast kódování vymezit a které je zkoumat souběžně s tématem klinického kódování:

- 1) Kódování je závislé na oblasti, ze které údaje, tedy na klinické dokumentaci.
- 2) Kódované informace jsou využívány především pro statistiky NZIS výkazy produkce ZP, včetně DRG hodnocení kvality zdravotní péče
- 3) Další využití, např. pro řízení zdravotnického zařízení, nebo řízení zdravotnictví budeme považovat z metodického hlediska za druhotné (tedy předpokládáme, že využijí vyhovující pro cíle uvedené pod body 1 a 2).



„sama o oblastí, proti nutné

čerpá

-
-
-

data

Jednotlivé domény popíšeme v dalších kapitolách podrobněji se zaměřením na

- specifické požadavky z hlediska kódování
- překrývající se oblasti

1.6.1. Metodika kódování MKN-10 a standardizace dokumentace

Metodika kódování souvisí úzce se standardizací dokumentace. Standardizace dokumentace je důležitá pro metodiku kódování v několika směrech

- definuje v rámci standardizované struktury dokumentace místa, kde je zdrojový text pro kód
- definuje požadavky na tento zdrojový text (terminologické, syntaktické ...)

- definuje různé typy dokumentů a definuje různé role pro „diagnózu“ (diagnóza příjmová, překladová, propouštěcí ...hlavní, vedlejší...), přičemž pro každou kombinaci dokument – role diagnózy může být (přínejmenším teoreticky) jiné pravidlo pro kódování

U některých položek a aspektů může být sporné, zda jejich standardizace je předmětem standardu kódování nebo standardu dokumentace. Týká se to stanovení hlavní a vedlejší diagnózy.

Pravidla pro stanovení hlavní a vedlejší diagnózy by měla být shodná pro oblast dokumentace a pro oblast standardu kódování. Jsou zde však tyto výjimky:

1. Jeden stav ve zdrojovém textu dokumentace může být kódován více než jedním kódem
2. Více než jeden stav ve zdrojovém textu může být kódován jedním kódem
3. Některé stavy zaznamenané ve zdrojovém textu nemusí být kódovány; a to jde-li o stavy, které neměly vliv na léčbu, monitoring, délku pobytu atd. (bylo by vhodné, aby ve standardu dokumentace měly tyto stavy odlišný atribut než stavy „aktivní“).
4. (Samostatným problémem jsou stavy, k jejichž popisu nevyhovují standardizované číselníky klinické klasifikace MKN-10)
5. Lze připustit, že při kódování dojde k opravě při výběru hlavního stavu (oproti zdravotnické dokumentaci, např. propouštěcí zprávě).

Poslední pravidlo zasluhuje určitý komentář. Pro možnost opravy jsou tři důvody:

- Pokud kódují profesionální kodéři a dokumentaci uzavírá „nekódující“ lékař, je toto pravidlo nutné, protože, profesionální kodér – na rozdíl od lékaře – zná pravidla pro výběr hlavní diagnózy (u ošetřujícího lékaře se to nepředpokládá)
- Pokud kóduje lékař, který píše závěrečnou zprávu, bude potřeba opravy méně častá, nicméně je nutné připustit, že např. překladová zpráva je psána ve spěchu a měla by být dána možnost epizodu (případ) kódovat v klidu a správně
- Také česká „specialita“ – přebírání hlavní diagnózy posledního dokladu 02 pro stanovení hlavní diagnózy celého hospitalizačního případu – by měla vést k tomu, že je možné volit hlavní diagnózu pro tento klíčový doklad s možností volit ji jinak, než je v závěrečné zprávě.

To zda má či nemá být kód obsažen (zaznamenan) v dokumentaci, je věcí standardu dokumentace, nikoliv standardu metodiky kódování.

Některé vztahy mezi dokumentací (jejíž standardizace bude řešené v jiném projektu) a kódováním jsou zachyceny v následující tabulce:

Kategorie	Definice (zkráceno)	Kód je určen pro ...
Základní diagnóza	Stav (vyhodnocený na konci pobytu) primárně odpovědný za potřebu léčit se. Pokud existuje více takových stavů, označí se jako hlavní ten, který je nejvíce zodpovědný za čerpání prostředků. (Definice Instrukční příručky MKN-10, použitá v metodice VZP. Nevylučuje stavy vzniklé v průběhu pobytu)	ZP (IR-DRG)
	Stav (vyhodnocený na konci pobytu) primárně odpovědný za potřebu hospitalizace. Vylučuje stavy vzniklé v průběhu pobytu. (Definice podle výkazu NZIS)	NZIS
Ostatní diagnózy – „aktivní“ Komorbidity a komplikace (ve smyslu DRG)	Diagnózy (jiné než diagnóza základní), které vyžádaly léčebné, diagnostické, ošetrovatelské, monitorovací úsilí/náklady a/nebo vedly k prodloužení hospitalizace alespoň o jeden den.	ZP (IR-DRG) a NZIS

Kategorie	Definice (zkráceno)	Kód je určen pro ...
kriterií)	Z toho samostatně:	
	Komorbidity: stavy, které existovaly při přijetí	
	Komplikace: stavy, které vznikly v průběhu pobytu	
Ostatní diagnózy – „neaktivní“	Diagnózy jiné než základní a nesplňující podmínky pro „Ostatní diagnózy aktivní“	Diagnózy jsou součástí dokumentace (překladové zprávy atd.) Nejsou vykazovány pro ZP ani pro NZIS

1.6.2. Metodika kódování MKN-10 a standardy NZIS

Výkazy NZIS jsou dvojího typu:

- výkazy obsahující agregované údaje o více pacientech („statistiky“);
- výkazy k individuálním pacientům

Pokud budeme pojednávat o Metodice kódování MKN-10 ve vztahu k NZIS, pak budeme mít na mysli především druhou skupinu.

Výkazy mortality

Metodika kódování mortality podle MKN-10 je natolik specifická a pevně daná, že nemá význam zahrnovat ji do Metodiky kódování řešené v rámci projektu, i když jde o individuální výkaz.

Výkazy morbidity

Ambulantní složky

UZIS sbírá velkou řadu obdobných výkazů (datových sad) z ambulantní oblasti.

Např. gastroenterologická ambulance vykazuje. ročně:

III. Dispenzarizovaní pacienti pro vybranou diagnózu

Vybrané diagnózy	Počet pacientů
Crohnova nemoc (K50.-)	
ulcerózní kolitida (K51.-)	
chronická pankreatitida (K86.1)	
fibróza a cirhóza jater (K74.-)	
refluxní choroba jícnu (K21.-)	
choledocholithiasis (K80.4, K80.5)	

Jde o agregované údaje a metodiku těchto výkazů je vhodné ponechat zcela v rukou UZIS, resp. odborných společností.

Hospitalizační složky – Výkaz hospitalizace

Výkaz hospitalizace představuje datovou sadu, která je v řadě položek podobná nebo stejná jako doklad 02 metodiky VZP. Navíc se předpokládá parita mezi výkazem hospitalizace a dokladem 02; tedy – obvykle – k jednomu dokladu 02 byl jeden výkaz hospitalizace (poslední metodika výkazu hospitalizace připouští i jinou relaci).

Výkaz hospitalizace má v oblasti diagnóz tyto role MKN-10:

- základní diagnóza
- další (vedlejší) diagnózy
- operační diagnóza

1.6.3. Metodika kódování MKN-10 a metodika vykazování VZP

Metodika kódování MKN-10 je – v rámci projektu - vztahována primárně právě k metodice vykazování zdravotním pojišťovněm, proto zde není třeba zkoumat a specifikovat, kterých oblastí by se měla metodika kódování týkat.

1.6.4. Metodika kódování MKN-10 a zjišťování kvality péče

Oblast kvality péče a jejího měření se bude nepochybně stále více rozvíjet a vyhodnocování kvality bude stále více nutností, proto je vhodné ji neignorovat ani v této analýze.

Měření kvality klade mnohem větší nároky na přesnost a podrobnost kódování diagnóz podle MKN-10, než se obvykle soudí. Má to hned několik důvodů

- Při vymezení klinické skupiny, která je předmětem měření, působí odchylka v kódování (i taková, která je např. „akceptovatelná“ pro grouper) změnu velikosti skupiny v riziku a tím je zásadně ovlivněn výpočet ukazatele.
- Při tzv. standardizaci výsledkového ukazatele, kdy se matematickou metodou koriguje vliv tzv. zkreslení, má zásadní význam zjištění, že v okamžiku příjmu byl stav pacienta takový, že riziko nepříznivého výsledku bylo větší (zkreslení – bias – je výraz pro ovlivnění výsledkového ukazatele vlivem rizikových faktorů, které jsou rozděleny mezi nemocnicemi nerovnoměrně).

V oblasti měření kvality péče (zejména v oblasti tzv. výsledkových ukazatelů) je důležité, zda stav ovlivňující výsledek (outcome) byl či nebyl přítomen na vstupu (při příjmu do nemocnice) – tedy zda se jevil jako komorbidita či vznikl později a šlo tedy o komplikaci. I když samozřejmě to, že stav vznikl během pobytu (šlo o komplikaci) neznamená, že léčba nebyla optimální, je kladen na rozlišování komorbidit a komplikací ve vykazované péči stále větší význam (některé státy U.S.A zavedly povinné rozlišování komorbidit a komplikací při vykazování diagnóz).

Oblast měření kvality začíná ovlivňovat uvažování o budoucích konceptech plateb (viz na webu hesla: pay-for-performance initiatives = "P4P"). Jedním z prvních průlomových rozhodnutí učinil Medicare¹, který by od 1. října 2008 neměl zohledňovat některé komplikace, považované za preventabilní. V tabulce jsou uvedeny tyto stavy.

Conditions for Which Medicare Will No Longer Pay More If Acquired during an Inpatient Stay: [†]		
Condition	No. of Medicare Cases in Fiscal Year 2006	Average Medicare Payment for Admissions in Which Condition Was Present
Object left in patient during surgery	764	\$61,962
Air embolism	45	\$66,007
Blood incompatibility	33	\$46,492
Catheter-associated urinary tract infection	11,780	\$40,347
Pressure ulcer	322,946	\$40,381
Vascular-catheter-associated infection [‡]	Unknown	Unknown
Mediastinitis after coronary-artery bypass grafting	108	\$304,747
Fall from bed	2,591	\$24,962

[†] Data are from the *Federal Register*.²
[‡] Data are unknown because a unique code for this condition was introduced for fiscal year 2008.

Je samozřejmé, že tyto požadavky kladou další nároky rozsah a kvalitu kódování a mají dopad na kódovací pravidla.

¹ Believing that counterproductive incentive should be eliminated, Congress instructed the Secretary of Health and Human Services in 2005 to "select at least 2 conditions that are (a) high cost or high volume or both, (b) result in the assignment of a case to a DRG that has a higher payment when present as a secondary diagnosis, and (c) could reasonably have been prevented through the application of evidence-based guidelines." After issuing a proposed set of measures and considering comments from stakeholders and experts, CMS decided to disallow incremental payments associated with eight secondary conditions that it sees as preventable complications of medical care. These conditions, **if not present at the time of admission**, will no longer be taken into account in calculating payments to hospitals after October 1, 2008.

The new rule will result in hospitals seeing substantial reductions in payment for the care of individual patients with preventable complications. For example, if a patient were admitted to a Boston-area hospital with pneumonia and developed a urinary tract infection or bed sores during the hospitalization, the hospital would currently be paid \$6,253.58, under DRG 89 ("pneumonia with complications"); under the new rule, if there were no other complications, the hospital would be paid only \$3,705.38, under DRG 90 ("simple pneumonia") — a difference of \$2,548.20 (a reduction of approximately 40%).

1.6.5. Metodika kódování MKN-10 a DRG

Metodika kódování by měla vyhovovat používanému DRG systému.

Povšimněme si všeho, co je obvyklé (ve vyspělých zemích) při vytváření a správě klasifikačních systémů:

1. Je běžné, že tvůrci a dodavatelé DRG klasifikaci nabízejí a dodávají konkrétní systém zároveň s kódovacími pravidly. Např. australský systém DRG je vytvářen a pravidelně up-dateován zároveň s australskou verzí ICD (MKN) a pravidly. Stejně tak francouzský GHM (obdoba DRG systému) je dodáván spolu s pravidly kódování, podobně rakouský DRG systém atd.
2. Klasifikační systémy výkonů, systém DRG a pravidla kódování jsou obvykle vytvářeny a spravovány jednou institucí (viz Austrálie, Francie, Rakousko, Skandinávie atd.)
3. Datový set pro státní statistiku a datový set pro plátce (payment claim) je vysoce koordinovaný

V České republice nebyl převzat IR-DRG s kódovacími pravidly a později nebyl proveden (úspěšný) pokus tato pravidla k systému IR-DRG získat. Je zřejmé, že v některých oblastech IR-DRG je nutné použít pravidla nad rámec instrukční příručky MKN-10. To může být zcela zřejmé a poměrně jednoduché (například u nutnosti vykazovat chemoterapii a radioterapii na místě hlavní diagnózy pomocí Z kódů při splnění určitých podmínek), jindy to nemusí být tak jednoznačné. Protože koncept jednotlivých bazí IR-DRG není v obecné rovině nikde popsán, je někdy obtížné rozlišit záměr autorů IR-DRG od nedokonalostí grupovacího algoritmu případně nedokonalostí obsahu definičních komponent. V rámci projektu „prekultivace“ byly opraveny obsahy definičních komponent výkonů, ale soustavná analýza definičních komponent diagnóz (a s nimi souvisejících algoritmů) provedena nebyla.

Problematiku úlohy kódování diagnóz ve vztahu k IR-DRG můžeme rozdělit na dvě oblasti:

1. úloha hlavní dg (méně často hlavní a vedlejší dg) při zařazování do MDC a baze
2. úloha vedlejších dg při stanovení CC/MCC

Možnosti řešení specifických požadavků kódování s ohledem na IR-DRG

Pokud se identifikuje nedostatečnost nebo diskrepance pravidel instrukční příručky MKN-10 vzhledem k IR-DRG, není nutné brát jako jediné východisko pro opravu tvorbu dodatečných pravidel. Je nutné zvážit, zda je vhodné problém řešit

1. úpravou algoritmu nebo obsahu definičních komponent
2. tvorbou dodatečného pravidla
3. (případně obojím)

Podle našeho názoru je celá řada důvodů, proč dávat přednost 1. variantě, tedy úpravě IR-DRG:

- pravidla kódování by měla být relativně jednoduchá; naproti algoritmus DRG je už nyní velmi složitý, takže nějaké doplňky nemění úroveň jeho komplikovanosti
- pravidla kódování se musí někdo učit, musí je pochopit, použít; pokud toto nenastane, pravidla sama nic neopraví; naproti tomu algoritmus běží na pozadí (zaručuje opravu automaticky)
- pravidla by měla vyhovět i jiným cílům než je IR-DRG
- pravidla by měla být stabilní v čase; není žádoucí, aby změny ve verzích IR-DRG vedly ke změně pravidel

Celkem není nutné si dělat starosti při případných zásazích do IR-DRG s nějakým zhoršením mezinárodní srovnatelnosti. IR-DRG není v současné době používáno mimo ČR² a navíc použitím českého Seznamu výkonů ani nyní není zaručena případná mezinárodní porovnatelnost významné množiny skupin (pokud by i nějaký další uživatel systému IR-DRG byl).

² jak jsme zjistili šetřením, v zemích, které se někdy uvádějí jako země částečně používající IR-DRG (Bulharsko, Švýcarsko, Malajsie) se systém nepoužívá.

1.6.6. **Souhrn – Nároky na pravidla klinického kódování MKN-10 z hlediska různých cílů.**

Tabulka ukazuje v přehledy různé aspekty kódování MKN-10 z hlediska cílů:

	Cíl		
	NZIS	Výkazy pro ZP / IR-DRG	Hodnocení kvality a aktivity „Payment for performance“
Globální cíl	Popis klinické reality	Popis klinické reality a ekonomické reality spojené s léčbou	Komparativní hodnocení kvality a výkonnosti; Podchycení preventabilních komplikací
Prostředky k dosažení cíle	Stanovit stav nejvíce odpovědný za potřebu léčit se a popsat další stavy, které ovlivnily léčbu (diagnostiku atd.)	Zdůvodnit požadovanou platbu – Stanovit stav nejvíce odpovědný za čerpání nákladů a průvodní stavy vysvětlující čerpání nákladů	Definovat klinický vzorek pro měření, Popsat rizikové faktory pro nepříznivý výsledek, existující před přijetím
Některé specifické detaily	Požadavek na nadnárodní srovnatelnost	Komplikace a komorbidity se nerozlišují; Kódování zohledňuje specifický algoritmus používaného DRG	Nutnost rozlišit u každé dg., zda jde o stav existující před přijetím či nikoliv. Potřeba kódovat speciální události/stavy např. jatrogenní komplikace apod. (a to i tehdy, jestliže to nemá dopad v algoritmu DRG)

Dosavadní údaje a úvahy shrnujeme takto:

- I) Klinické kódování slouží různým cílům, které mohou vést k různým požadavkům na vykazované údaje včetně pravidel pro jejich kódování, přičemž nelze říci a priori, že by jeden cíl byl nadřazen ostatním.
- II) Z praktického hlediska je krajně nežádoucí, aby různé datové sady (pro různé cíle) obsahující podobné (stejně nebo podobně nazvané) položky, měly různé definice a různá kódovací pravidla.³
- III) Pokud je zjištěna diskrepance mezi obecnými pravidly kódování (danými instrukční příručkou MKN-10) a používaným DRG systémem, nebo je zjištěna nedostatečnost těchto obecných pravidel ve vztahu k DRG, je třeba nejdříve zkoumat, zda problém nelze úspěšně řešit úpravou DRG systému.⁴
- IV) Je třeba počítat s tím, že bude v blízké době sílit tlak na kódování, které umožní komparativní hodnocení kvality a zavádění určitých prvků „payment for performance“ (platba za kvalitu a výkonnost).

³ Přinejmenším je to nevhodné po dobu, dokud budou působit jako kódéři ošetřující lékaři

⁴ Pokud jde o diskrepanci, která nějakým zásadním způsobem zhoršuje kvalitu grupování a řešení nesnese odklad do doby nejbližší verze DRG, je vhodné označit těmito okolnostmi vynucená pravidla vhodným způsobem (např. jako „dočasná“ apod.)

2. Analýza současného kódování MKN-10

2.1. Stav klinického kódování v České republice - pravidla

Je vhodné uvědomit si, že

- Kódování diagnóz podle MKN-10 je integrální součástí klinického kódování. MKN-10 může vystupovat ve více rolích a při následných analýzách (nemocnosti nebo jiných, například kvality a výkonnosti péče) mohou a mají být využívány.
- Kódování diagnóz by mělo vést spolu s ostatními kódy k vystižnému a koherentnímu popisu léčebné epizody pacienta.

2.1.1. Dataset klinického kódování hospitalizace v ČR

Tento dataset je dán Výkazem hospitalizace pro NZIS

Položka	Příklad kódů (jen u některých položek)	Poznámka
Přijetí doporučil		
Důvod přijetí		
Přijetí	1 neodkladné 2 plánované 3 jiné	Není dostatečně definováno, co je „plánované“ přijetí
Základní diagnóza - pobyt na oddělení		
Pro základní dg hospitalizován poprvé v životě		
Další diagnózy		
Nemocniční nákaza	0 žádná 1 ranná 2 gastrointestinální 3 močová 4 dýchací 5 jiná	Není zcela v souladu s obvyklým dělením
Druh operace	0 žádná 1 neodkladná 2 jiná = plánovaná	Není dostatečně definováno, co je „plánovaná“ operace
Reoperace		Reoperace je definovaná - časem - souvislostí s komplikací po první operaci
Pooperační komplikace	0 žádné 1 dýchací 2 oběhové 3 ranné 4 břišní 5 nemoci CNS 6 žlázy s vnitřní sekrecí 7 nemoci močové soustavy 8 rozvrat vnitřního prostředí 9 jiné	Lze vykázat až čtyři
Hlavní operační diagnóza		
Hlavní operační výkon		Hlavní operační výkon a hlavní operační diagnóza musí být ve vzájemné souvislosti
Skupina DRG		
Základní diagnóza - za celý pobyt v nemocnici		
Ukončení hospitalizace		

Základní příčina smrti (Ic)		
Bezprostřední příčina smrti (Ia)		
Potřeba další péče po propuštění		
Kategorie pacienta		

Hlavní operační diagnóza podle metodiky NZIS (Výkaz hospitalizace)

Byl-li pacient operován, pak se podle MKN-10 uvede kód onemocnění, které je hlavní příčinou provedení operace.

Na hlavní operační diagnózu musí mít vazbu hlavní (nejdůležitější) operační výkon.

Reoperace podle metodiky NZIS (Výkaz hospitalizace)

Změna definice „reoperace“ pro všechny hospitalizace ukončené na jakémkoli lůžkovém oddělení platná od 1. 1. 2007:

O reoperaci jde tehdy, byla-li v době do 30 dnů po primární operaci provedena další operace, která byla vynucena komplikací, vzniklou v důsledku primárního operačního výkonu v operované oblasti, a to bez ohledu na to, kde byla primární operace provedena.

2.1.2. Závaznost klasifikace MKN-10 a kompetence při vydávání návazných metodik

Klasifikace MKN-10 byla zavedena opatřením OP04/93 z 5. května 1993 s účinností 1. ledna 1994.

OP04/93
OPATŘENÍ

Českého statistického úřadu ze dne 5. května 1993 k zavedení Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize

Český statistický úřad ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví podle § 24 odst. 4 zákona České národní rady č. 278/1992 Sb., o státní statistice, zavádí Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize (dále jen "klasifikace MKN - 10"), a to s účinností od 1. ledna 1994. Klasifikaci MKN - 10 vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky jako samostatnou publikaci.

Klasifikace MKN - 10 je alfanumerická. Nahrazuje dosavadní Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí, úrazů a příčin smrti ve znění 9. decennální revize, která byla zavedena výnosem ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky ze dne 4. října 1978 (byl uveřejněn v Ústředním věstníku ČSR č. 10 z roku 1978).


Pomocí klasifikace MKN - 10 se vyjadřují a označují čtyřmístným, popř. vícemístným kódem (položkou, podpoložkou):

- příčiny smrti,
- povinně hlášená onemocnění,
- důvody hospitalizace,
- důvody poskytnutí ambulantních služeb a kontakt s nimi,
- příčiny pracovní neschopnosti,
- příčiny invalidity,
- nemoci nebo stavy nebo povaha poranění a otrav a jiných následků vnějších příčin,
- vnější příčiny nemoci a úmrtnosti,
- faktory ovlivňující zdravotní stav, a to i v případech, kdy nebyla žádná diagnóza stanovena nebo vyšetřovaná osoba nebyla nemocná, poraněná nebo otrávená.

Třímístní kódy se použijí pouze tehdy, není-li vytvořen čtyřmístný nebo vícemístný kód.

Klasifikaci MKN - 10 je možné obdržet v Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, Palackého náměstí 4, 120 55 Praha 2.

Předseda Českého statistického úřadu:
Ing. Nápravnik v.r.



V současné době se platnost MKN-10 opírá o Sdělení ČSÚ ze dne 18. prosince 2003 o vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (částka 160/2003 Sb.).

Opatření i sdělení blíže nespécifikuje některé aspekty závaznosti, proto je nutné hledat odpovědi na následující otázky ještě předtím, než začneme vytvářet pravidla kódování:

1. V jakém rozsahu je MKN-10 závazná?
2. Pro jaké účely je MKN-10 závazná?
3. Kdo má právo v ČR vykládat Instrukční příručku MKN-10?
4. Kdo má právo v ČR vykládat rozšiřovat pravidla nad rámec Instrukční příručky MKN-10?
5. Kdo má právo v ČR měnit pravidla daná Instrukční příručkou MKN-10?
6. Jaké jsou aktuální dokumenty, který lze považovat za (alespoň podmíněně) platné, které rozšiřují nebo vykládají Instrukční příručku MKN-10f?

V jakém rozsahu je MKN-10 závazná?

MKN-10 má 3 součásti, přičemž 2. část – Instrukční příručka MKN-10 představuje metodiku k použití 1. a 3. části. V jakém rozsahu je třeba chápat závaznost? Vztahuje se závaznost také 100% k Instrukční příručce? Tato otázka vypadá zprvu zcela jako nepatřičná, ale při podrobnějším zkoumání Instrukční příručky docházíme k závěru, že to se 100% platností Instrukční příručky není zcela jisté. Samotná příručka totiž uvádí, že jde o „směrnice pro záznam diagnostické informace pro účely analýzy podle jednoho stavu“ Dále příručka uvádí:

Kromě hlavního stavu by měl záznam, kdykoliv je to možné, obsahovat i samostatný seznam jiných stavů nebo obtíží, jimiž se během (příslušného) období zdravotní péče bylo nutno zabývat. Jiné stavy se definují jako ty, které existují současně nebo se vyvinou během (příslušného) období zdravotní péče a ovlivňují léčbu (ošetřování) pacienta. Stavy, které se vztahují k dřívějšímu období, a které nemají vliv na současnou chorobu, se nemají zaznamenávat.

Tím, že se rozbor omezí na jeden stav v každém časovém úseku, může dojít ke ztrátě některých informací. Proto se doporučuje, pokud je to proveditelné, provést **kódování více stavů** a jejich rozbor, k doplnění rutinních dat. To by se mělo **provést podle místních pravidel**, protože žádná mezinárodní pravidla nebyla stanovena. Zkušenost v jiných oblastech by však mohla být užitečná při vypracovávání místních postupů.

Přestože je citovaný odstavec poněkud nejasný, nabízí hypotézu, že pokud je cílem kódování něco jiného, než rozbor nemocnosti (na základě jednoho stavu?), mohou být stanovena „místní pravidla“.

Pro jaké účely je MKN-10 závazná?

ZÁKON 89/1995 Sb. „O státní statistické službě“ ze dne 20. dubna 1995 stanovuje v par. 19:

§ 19 STATISTICKÉ KLASIFIKACE A STATISTICKÉ ČÍSELNÍKY

§ 19

Statistické klasifikace a statistické číselníky

(1) Český statistický úřad ve spolupráci s ministerstvy vytváří statistické klasifikace a statistické číselníky (dále jen "klasifikace") a poskytuje z nich informace.

(2) Vydání klasifikace oznamuje Český statistický úřad ve Sbírce zákonů s uvedením místa, kde jsou klasifikace k dispozici.

(3) Klasifikace jsou závazné pro orgány vykonávající státní statistickou službu a pro zpravodajské jednotky při poskytování údajů pro statistická zjišťování, při jejich zpracování a dále v těch případech, kdy tak stanoví zvláštní právní předpis.⁸⁾

Kdo má právo v ČR vykládat Instrukční příručku MKN-10?

Kdo má právo v ČR vykládat rozšiřovat pravidla nad rámec Instrukční příručky MKN-10?

Kdo má právo v ČR měnit pravidla daná Instrukční příručkou MKN-10?

Domníváme se, že v oblasti „státní statistiky“ (výkazů pro NZIS) je situace jednoznačná – výklad může dávat pouze ÚZIS.

Naproti tomu v oblastech mimo státní statistiku není legislativně stanoven subjekt, který by byl (jako jediný) měl právo nebo byl pověřen správou metodiky kódování podle MKN-10. Případné metodiky a pravidla nad rámec metodiky MKN-10 mohou být platné jen na základě konsenzuálního přijetí a/nebo dvoustranných dohod.

Jaké jsou aktuální dokumenty, který lze považovat za (alespoň podmíněně) platné, které rozšiřují nebo vykládají Instrukční příručku MKN-10?

Je potřeba identifikovat dokumenty, které představují metodiku nad rámec Instrukční příručky MKN-10 a prozkoumat jejich platnost z hlediska vydávající autority, doby platnosti a prozkoumat obsah.

2.1.3. Dva hlavní koncepty definice základní diagnózy

Ve světě je používána řada definic, ale lze je redukovat na 2 základní typy. Oba typy mají společné to, že diagnóza je stanovena „na konci období, tedy na konci hospitalizace“.

První typ definice stanovuje základní diagnózu jako stav, který je odpovědný za přijetí pacienta k hospitalizaci.

Druhý typ definice stanovuje základní diagnózu jako stav, který především způsobil potřebu pacienta léčit se či být vyšetřován, přičemž stav nejenže nemusel být důvodem přijetí, ale nemusel ani existovat v době přijetí pacienta k hospitalizaci

2.1.4. Problém definice základní diagnózy a dalších diagnóz v ČR

V současné době jsou k dispozici tyto definice ze dvou zdrojů.

- Základní diagnóza (hlavní stav) podle Instrukční příručky MKN-10
- Definice Základní diagnózy (pobytu na pracovišti/oddělení) podle metodiky NZIS
- Základní diagnóza - za celý pobyt v nemocnici podle metodiky NZIS
- Hlavní operační diagnóza podle metodiky NZIS

Základní diagnóza (hlavní stav) podle Instrukční příručky MKN-10

Stav, jehož se má použít pro účely rozboru nemocnosti založené na jediném stavu (single-condition morbidity analysis) je hlavní stav léčený nebo vyšetřovaný (zkoumaný) v průběhu relevantního časového úseku zdravotní péče. Hlavní (základní) stav je definován jako stav diagnostikovaný na konci období zdravotní péče, primárně odpovědný za potřebu nemocného léčit se nebo být vyšetřován. Existuje-li více než jeden takový stav, má se vybrat ten, který se považuje za nejvíce zodpovědný za největší čerpání prostředků. Pokud se nedospělo k diagnóze, má se jako hlavní stav vybrat hlavní příznak, patologický nález nebo obtíž (viz str. 102 Instrukční příručky MKN-10)

Komentář:

Definice se výslovně vztahuje

- k účelu rozboru nemocnosti (a nikoliv k jiným účelům)
- k rozboru založeném na jediném stavu

Definice nehovoří o hospitalizaci, ale obecněji o „úseku zdravotní péče“.

Definice Základní diagnózy podle metodiky NZIS (Výkaz hospitalizace)

Základní diagnóza je definována jako stav diagnostikovaný (vyhodnocený po všech vyšetřeních) při ukončení pobytu na oddělení, který byl primárně odpovědný za potřebu hospitalizace (tj. léčby nebo vyšetřování) na daném oddělení. Existuje-li více než jeden takový primární stav, má se vybrat ten, který se považuje za nejvíce zodpovědný za čerpání zdrojů (prostředků). Pokud se nedospělo k diagnóze, má se jako základní stav vybrat hlavní příznak, patologický nález nebo obtíž.

Jako základní onemocnění nelze kódovat ta onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace.

Při použití podvojně klasifikace v MKN-10 není přípustné

- použít pro kódování základního onemocnění diagnózu označenou hvězdičkou („*“).
- použít diagnózu z kapitoly XX - Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti klasifikace MKN-10 (V01 - Y98).

Výjimečně u pacientů, u kterých jako „diagnózy“ nebo „potíže (problémy, stavy)“ jsou uvedeny okolnosti jiné než nemoc nebo poranění zařaditelné do položek A00 - T98, se uvádějí kódy z kapitoly XXI - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami klasifikace MKN-10 (Z00 - Z99). Zdravá osoba doprovázející nemocného má kód základní diagnózy Z76.3.

Vnější příčina úrazu

Pokud základní diagnóza je z kapitoly XIX - Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin MKN-10 (tj. S00 - T98), pak se současně uvede také kód vnější příčiny úrazu z kapitoly XX - Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti této klasifikace (tj. V01 - Y98).

Používá se povinně čtyřmístný kód; třímístný kód lze uvést pouze tehdy, není-li vytvořen čtyřmístný. Páté místo vnější příčiny úrazu zůstává prázdné (je určeno pro případné použití jako doplňkový kód u některých diagnóz při zvláštních šetřeních).

Pokud je základní diagnóza z jiné než XIX. kapitoly klasifikace MKN-10, údaj se neuvádí.

Základní diagnóza - za celý pobyt v nemocnici podle metodiky NZIS (Výkaz hospitalizace)

Tato položka platí pro všechny hospitalizace ukončené na jakémkoli lůžkovém oddělení od 1. 1. 2007.

Základní diagnóza je definována jako stav diagnostikovaný, tj. vyhodnocený po všech vyšetřeních na konci akutní lůžkové péče, který byl primárně odpovědný za potřebu hospitalizace v daném zařízení. Existuje-li více než jeden takový primární stav, je třeba vybrat ten, který se považuje za nejvíce zodpovědný za čerpání zdrojů (prostředků). Pokud se nedospělo k diagnóze, má se jako základní stav vybrat hlavní příznak, patologický nález nebo obtíž.

Jako základní onemocnění nelze kódovat ta onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace.

Uvádí se zde diagnóza, která byla použita jako základní diagnóza ve vstupní větě pro Grouper.

2.1.5. Pravidla pro další (vedlejší) diagnózy

Další diagnózy podle metodiky NZIS (Výkaz hospitalizace)

Na prvním místě se podle MKN-10 uvede diagnóza onemocnění, které nejvíce ohrožuje zdraví či život nemocného, pokud již není uvedena jako základní diagnóza a byla léčena společně se základní diagnózou.

Dále se uvádějí kódy dalších onemocnění, které komplikují, tj. ovlivňují či odůvodňují frekvenci, trvání, objem a strukturu poskytnuté a vykázané péče.

Komentář:

Směrnice bere v úvahu pořadí diagnóz!

Další diagnózy podle Instrukční příručky MKN-10

Stavy, které se vztahují k dřívějšímu období, a které nemají vliv na současnou chorobu, se nemají zaznamenávat.

Vedlejší diagnózy podle Metodického pokynu DRG na stránkách MZČR

Onemocnění nebo potíže existující současně s hlavní diagnózou nebo se vyvíjející až během epizody léčebné péče, které mají prokazatelně vliv na péči o pacienta v průběhu dané epizody péče.

Ovlivňují léčbu pacienta takovým způsobem, že je potřebný kterýkoliv z uvedených faktorů:

1. Klinické vyšetření
2. Terapeutický zásah nebo léčba*
3. Diagnostické výkony
4. Zvýšená ošetrovatelská péče a/nebo monitorování

Přítomnost jednoho nebo více uvedených faktorů většinou vede k prodloužení hospitalizace.

Na zařazení do DRG nemá vliv pořadí vedlejších diagnóz, ale doporučuje se dodržovat pravidla MKN-10 (systém + a *, kódování následků, atd.)

* Podle našeho názoru je tato definice poměrně liberální a umožňuje vykazovat na místě vedlejších diagnóz stavy, pro které má pacient je běžnou udržovací léčbu. Zahraniční pravidla bývají striktnější:

Definition of Comorbidity

A comorbidity is a condition that coexists at the time of admission or develops subsequently and demonstrates at least one of the following:

- Significantly affects the treatment received
- **Requires treatment beyond maintenance of the preexisting condition**
- Increases the length of stay (LOS) by at least 24 hours

2.1.6. Stav klinického kódování diagnóz v ČR

Klinické kódování je oblast, která je v České republice dlouhodobě opomíjena a podceňována. Je paradoxní, že Česká republika a Slovensko jsou uváděny jako první země na světě, které implementovaly verzi MKN-10, což by mohlo být interpretováno tak, že je zde problematice kódování věnována dostatečná pozornost.

Země, které implementovaly MKN-10 do roku před rokem 1997 pro morbiditu.	mortality	morbidity
Czech Republic	1994	1994
Denmark	1994	1994
Slovakia	1994	1994
Croatia	1995	1995
Cyprus	1996	1995
Kuwait	1995	1995
Finland	1996	1996
France	2000	1996
Hungary	1996	1996
Jamaica	1996	1996
Luxembourg	1998	1996
Republic of Moldova	1996	1996
Saint Kitts and Nevis	1996	1996
Switzerland	1995	1996

Ve skutečnosti v České republice byla v roce 1994 MKN-10 zavedena bez jakékoliv analýzy a jakékoliv přípravy, dokonce o několik dnů dříve než byl distribuován 1. díl klasifikace. Velmi charakteristický pro přístup ke kódování v České republice je fakt, že 2. díl MKN-10 (Instrukční příručka) byl vydán v českém jazyce až v roce 1996, jinými slovy 2 roky kódovali lékaři bez jakékoliv instrukce o tom, jak mají MKN-10 používat.

V zemích, kde je kvalitě klinického kódování věnována pozornost, je zavedení nové verze MKN-10 dlouho připravovaným a zvažovaným krokem. Například v U.S.A. měla být 10. verze MKN zavedena do roku 2009, což bylo později změněno na rok 2010, ale v poslední době se objevují hlasy, že náročnost změny je taková, že realistickým výhledem pro změnu je rok 2012.



[Blue Finder](#) [Blue News](#) [Spotlight on Issues](#) [Healthcare Coverage](#) [Blue Innovations](#) [Better Know](#)

[Home](#) > [Spotlight on Issues](#) > [Health Information Technology](#) > [Background](#)

[Medicare](#)

[The Uninsured](#)

[Health Information](#)

October 2010 Implementation Date for ICD-10 is Unworkable

- Simultaneously switching to ICD-10 by 2010 would further overwhelm Medicare contractors' IT departments, leading to claims backlogs, delayed payments to beneficiaries and providers, and increased opportunities for fraud. After studying the issue, former HHS Inspector General Chief Counsel Thornton concluded that rushing ICD-10 would cause Medicare improper payments to soar.

Therefore, ICD-10 cannot be implemented sooner than 2012.

2.1.7. Klinické kódování a IR-DRG systém

Jednou z aplikací klinického kódování je použití výstupů kódování pro DRG klasifikaci a to tak, že zakódovanými klinickými údaji je naplněna vstupní vět grouperu.

V souvislosti s DRG systémem je v české metodice i praxi kódování dlouhodobě několik nedořešených problémů, které je na místě zde zmínit, protože z některých z nich mohou vyplynout požadavky nebo omezení při tvorbě metodických pokynů.

Problém sestavování případu

V České republice na rozdíl od jiných zemí není případ (definitivně) sestavován v nemocnici na konci pobytu. Jednotlivé elementy, z nichž se případ skládá, se dostávají na různá místa určení (NRC, zdravotní pojišťovny, komerční organizace zabývající se analýzou dat apod.) buď vcelku nebo postupně, buď úplně nebo neúplně, aniž by bylo možné ověřit si stav věcí. Není cílem detailně zde probírat všechny problémy s tím spojené, proto jenom konstatujeme, že tento stav vede k tomu, že případ může být v různých fázích zpracování dat sestaven různě a to jak z hlediska časového vymezení případu, tak z hlediska vymezení obsahu. Výsledkem jsou nevěrohodná (rozporná) data.

Problém vymezení hlavní diagnózy případu

V České republice (opět na rozdíl od jiných zemí) je hlavní diagnóza případu definována jako hlavní diagnóza časově posledního dokladu 02. Tím se ale může dostat do neřešitelného konfliktu požadavek popsat správně poslední epizodu hospitalizační terapie a požadavek popsat správně případ. Jinde běžným postupem je využívání samostatného rozhraní pro (v nemocnici sestavený) případ, kde je uvedena hlavní diagnóza případu, která může být odlišná od hlavní diagnózy posledního epizody (posledního dokladu 02).

Odlišná definice základní (hlavní) diagnózy případu v metodice VZP a metodice Hospitalizačního výkazu pro NZIS

Hlavním věcným rozdílem je pravidlo ve výkazu pro NZIS, že:

Jako základní onemocnění nelze kódovat ta onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace.

Nic takového není v metodice VZP. Je paradoxní, že tento článek (který odpovídá jednomu z možných přístupů řešení otázky ve vztahu k DRG systému) je právě v metodice UZIS a nikoliv v metodice VZP, která se vztahuje k DRG systému. Navíc je tento článek v rozporu s Instrukční příručkou MKN-10.

Pro úplnost zmiňujeme i další metodické problémy kódování spojené s DRG, i když se netýkají využití MKN-10.

Problém s nedokonalou metodikou pro DRG markery VZP

Metodika DRG markerů, které do Seznamu výkonů doplnila VZP, je značně nedokonalá (narozdíl od metodiky DRG markerů, které dodalo NRC).

2.1.8. Inventura existujících pokynů pro kódování v MKN-10

Mimo Instrukční příručku MKN-10 existuje jen málo pokynů.

Jsou to

Pro kódování mortality:

1. Pokyn ÚZIS pro kódování mortality (viz Přílohy - 6.1)

Pro kódování morbidity:

2. Metodika ÚZIS k výkazu hospitalizace
3. Informace VZP na stránkách VZP (viz Přílohy - 6.2.1)
4. Metodické pokyny DRG na stránkách MZČR (viz Přílohy - 6.2.2)

Poměrně hodně si lze slibovat od informací na stránkách VZP, kde se oznamuje:

- „...budou zveřejňovány připomínky a poznatky k tématu kódování a jejich jednotné řešení.“
- „Jejich jednotné řešení (konkrétní či zobecněné) bude publikováno formou periodika, které připravujeme....“

Nic takového zde ovšem zvědavý čtenář nenalézá.

Dále je na stránkách VZP v oddílu „Literatura“ odkaz na publikaci:

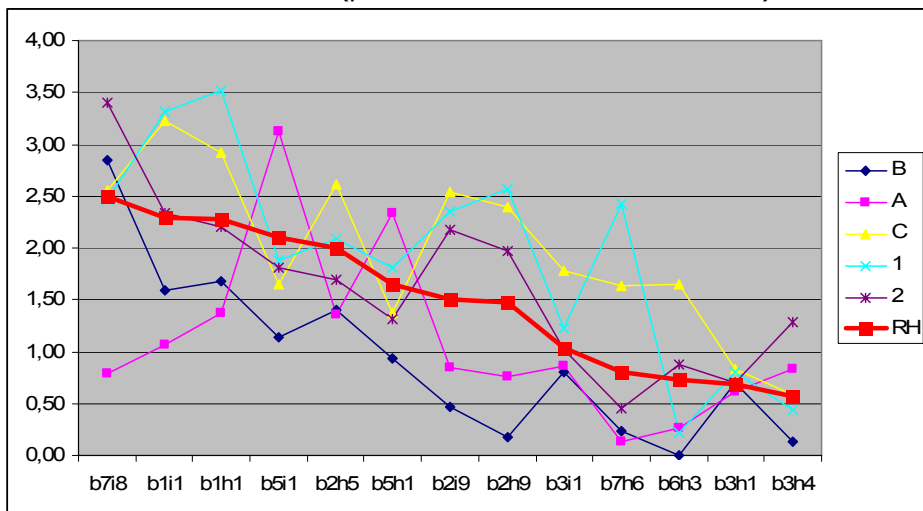
- Příručka ke kódování MKN-10 pro potřeby DRG, R. Finnegan, 1998

Zde bychom – alespoň pro zajímavost - chtěli upozornit, že v této publikaci je definice základní diagnózy, která je v rozporu s metodikou VZP.

2.2. Stav klinického kódování v České republice – kvalita dat

Je známo, že kvalita kódování v České republice je neuspokojivá. Lze to doložit i ze samotných administrativních dat (audity kódování přinášejí pochopitelně mnohem podrobnější informace).

Následující graf ukazuje průměrný počet vedlejších diagnóz vykázaných na doklad 02 ve 3 velkých nemocnicích (A,B,C) a dvou středních nemocnicích (1 a 2). V jednotlivých sloupcích jsou jednotlivé odbornosti. Lze oprávněně předpokládat, že stejné odbornosti by měly mít srovnatelné počty vedlejších diagnóz. Zároveň je uvedena referenční hodnota (průměrná hodnota z více nemocnic).



Graf ukazuje velké rozdíly v počtu vedlejších diagnóz na doklad v jednotlivých nemocnicích v rámci srovnávaných odborností.

Jiný typ výpadků kódování je patrný z výstupního dokumentu projektu „prekultivace DRG“ (zdroj NRC, 2007), kde je sledován poměr základního výkonu (laparoskopie nebo kardiochirurgie) a výskytu DRG markeru (viz [6.4 Příloha - Kvalita kódování – některé výsledky z projektu Prekultivace DRG 2007](#)). Jde sice o oblast mimo MKN-10, nicméně i tak to vypovídá o povšechné nekvalitě kódování.

3. Vypracování pravidel pro tvorbu metodik

Nejdříve jsou shrnuty poznatky z předchozích kapitol dokumentu. Následují pravidla pro tvorbu metodik, která jsou rozdělena na základní principy pro tvorbu metodik obecně a na pravidla, podle kterých by měl být koncipován Manuál kódování podle MKN-10.

3.1.1. *Východiska pro tvorbu pravidel*

Řada aspektů byla zvažována v předchozích částech dokumentu. Došli jsme k tomu, že dříve než začneme vytvářet pravidla, musí být jasno v odpovědích na tyto otázky:

- Jakou závaznost má instrukční příručka MKN-10 mimo oblast státní statistiky (mimo výkaznictví pro NZIS)?
- Je nutné brát Instrukční příručku MKN-10 zcela fundamentalisticky jako dogma anebo je to dokument, který má spíše navést uživatele do jistého způsobu uvažování a ponechává jistou volnost při řešení konkrétních situací?
- Jaké jsou kompetence jednotlivých subjektů při výkladu, event. rozšíření či změně pravidel daných Instrukční příručkou MKN-10?

Nejdůležitější fakta a předpoklady, za kterých je možné vytvářet pravidla pro metodiku a vlastní metodiku, jsou tato:

- MKN-10 je chráněn copyrightem; bez dohody s WHO nemůže být MKN-10 měněna či rozšiřována. To se týká i Instrukční příručky MKN-10.
- MKN-10 je klasifikace závazná (pouze) pro státní statistiku
- Instrukční příručka MKN-10 řeší problematiku vykazování diagnóz pro účel rozběrů (nadměrných srovnávání, trendů apod.) v oblasti mortality a morbidit.
- Logika DRG systémů (např. IR-DRG) může vyžadovat některé kódovací postupy, které jsou nad rámec nebo v rozporu s Instrukční příručkou MKN-10. Pokud jsou uplatněny v systému vykazování pojišťovnam při nárokování úhrad, je použití těchto postupů legitimní (cílem není analýza morbidit)

3.2. Pravidla pro tvorbu metodiky kódování podle MKN-10

3.2.1. Základní pravidla pro tvorbu metodiky kódování podle MKN-10

1. Pokud není stanoveno výslovně jinak, platí výklad použití MKN-10, daný Instrukční příručkou MKN-10.
2. Pro státní statistiku (výkazy pro NZIS) platí Instrukční příručka MKN-10, případně doplněná výkladem (metodikou), kterou poskytne ÚZIS. Jiný subjekt než ÚZIS není oprávněn vytvářet metodiku (vykládat event. doplňovat Instrukční příručku) pro oblast státní statistiky.
3. Oblast kódování mortality je popsána v Instrukční příručce MKN-10 (kapitoly 4.1 až 4.3, str. 36 – 101). Tato část není předmětem doplňků např. pro účely kontraktů a její výklad je v kompetenci ÚZIS.
4. Oblast kódování morbidity je popsána v Instrukční příručce MKN-10 (kapitola 4.4, str. 102 – 127). Tato část může být předmětem doplňků nad rámec Instrukční příručky např. pro účely kontraktů a úhradových mechanismů (zejména ve vztahu k DRG systému).
5. Silou k prosazení doplňkových metodik je (zatím pouze) autorita tvůrce metodiky a nástrojem je dohoda/smlouva (obvykle mezi poskytovatelem a plátcem péče).
6. Pokud nevyhovují dosavadní pravidla kódování funkci grouperu DRG, je obvykle dáována přednost úpravě grouperu (algoritmu nebo obsahu definičních komponent) před tvorbou doplňkových pravidel kódování. Logika používaného DRG (IR-DRG) není základ pro mechanickou tvorbu pravidel kódování.⁵
7. Metodika kódování pro NZIS a metodika kódování pro ZP by měly požívat v nejvyšší možné míře stejnou terminologii, stejné definice a instrukce.

⁵ Kódovací pravidla by neměla vznikat „dešifrováním“ algoritmu grouperu. Např. fakt, že IR-DRG připouští diagnózy s hvězdičkou jako hlavní diagnózy (viz appendix A) by neměl vést k mechanickému vytvoření odpovídajícího pravidla.

3.2.2. Pravidla ustanovující strukturu a obsah Manuálu minimálních standardů kódování MKN-10

1. Manuál kódování podle MKN-10 by měl ve výsledné podobě umožnit kódujícímu lékaři správnou kódovací praxi bez používání Instrukční příručky MKN-10.
2. Manuál kódování je založen na pravidlech a příkladech (ke každému pravidlu musí být uveden příklad)
3. U jednotlivých pravidel musí být vždy uvedeno (pokud taková situace nastane), že jdou
 - nad rámec Instrukční příručky MKN-10, nebo že
 - mění pravidla Instrukční příručky MKN-10a to pokud možno s odkazem na příslušné místo Instrukční příručky MKN-10.
4. Pravidla jsou rozdělena dvě skupiny
 - a) Obecná pravidla (která jdou napříč kapitolami MKN-10) jsou vyjmenována samostatně. U pravidel je odkaz k typickým příkladům.
 - b) Speciální pravidla (která se vztahují jen k jedné kapitole MKN-10) jsou uvedena v rámci kapitol MKN-10
5. Příklady jsou uspořádány podle kapitol MKN-10 (tedy nikoliv např. podle odborností apod.).

4. Minimální standardy kódování MKN-10

4.1.1. Cíle vytvoření minimálních standardů

Vytvoření Minimálních standardů (v rámci projektu) má za cíl vznik dokumentů, obsahující nejpodstatnější principy kódování, které

- při uplatnění v praxi významně zvýší kvalitu kódování (prováděné lékaři)
- bude možné uplatnit u všech forem poskytované péče (ambulantní, akutní lůžkové, LDN) s tím, že v případě potřeby budou stanovena specifická pravidla pro jednotlivé druhy péče
- nebudou (svouj komplikovaností a svým rozsahem) představovat dodatečnou zátěž pro kódující lékaře
- vytvoří základ pro pozdější vznik standardů v „optimálním“ rozsahu a podrobnosti

Cílem tedy není rozsáhlý dokument s velkým množstvím pravidel, výjimek a výkladů, který by lékaři pravděpodobně nečetli a pokud by četli, skoro jistě by si pravidla neosvojili. Také není cílem vytvořit dokument, který by reagoval na všechny nuance IR-DRG a potřeby podřídít pravidla specifickým potřebám algoritmu IR-DRG v jednotlivých oblastech.

K naplnění tohoto cíle byly při tvorbě Minimálních standardů m.j. postupováno takto:

- Oproti Instrukční příručce MKN-10 nebyla zahrnuta „modifikační“ pravidla. Ta totiž vycházejí z předpokladu, že lékař píše zprávu a poté dostává dokumentaci kodér, který má možnost opravit volbu hlavního stavu apod. Tato pravidla jsou v českém kontextu spíše nadbytečná
- Oproti Instrukční příručce MKN-10 byl vynechán podrobný výklad konvencí (význam dvojtečky, hranatých závorek). Popis těchto konvencí zabírá v Instrukční příručce několik stran, konvence nejsou snadno zapamatovatelné a přitom ve většině případů jsou pro lékaře pochopitelné intuitivně.

Vlastní minimální standardy kódování jsou v samostatném dokumentu „Manuál minimálních standardů kódování MKN-10 s příklady“

Níže je uvedeno několik rámcových informací

4.1.2. Výklad pravidel MKN-10 – základní informace

Základem pro výklad pravidel je Instrukční příručka Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize (Praha, 1996; World Health Organization, Geneva, 1993)

Instrukční příručka (druhý díl klasifikace) není určena k detailnímu nácviku používání MKN-10. Předpokládá se, že dokument bude doplněn formálními instruktážemi, které umožní praktická cvičení na ukázkových záznamech a diskusi problematiky.

Dále uvádíme jen několik vybraných podstatných informací o MKN-10.

4.1.3. Účel a funkce MKN-10

V praxi se stala MKN mezinárodní standardní klasifikací diagnóz pro všechny účely obecně epidemiologické a četné účely řízení zdravotnictví. Mezi ně se zahrnují i rozbor celkového zdravotního stavu populačních skupin a monitorování incidence a prevalence nemocí a jiných zdravotních problémů ve vztahu k jiným proměnným, jako jsou charakteristiky a podmínky postižených jednotlivců.

Kód MKN-10 může vystupovat v různých rolích, které musejí být přesně definovány, například

- "důvod přijetí",
- „primární důvod léčit se“
- "ošetřované stavy"
- "důvod konzilia"
- apod.

4.1.4. Vztah kódu MKN-10 a klinické nosologické jednotky

Existuje mnohem více klinických nosologických jednotek než je kódů MKN-10.

MKN proto není určena ani vhodná k rozlišování klinických nosologických jednotek.

Třímístné položky nepředstavují stejnou úroveň agregace (nepředstavují stejnou granularitu). Uvnitř každé skupiny (bloku) jsou některé z třímístných položek vybrány

- pro jeden stav, protože tento stav je buď četný, závažný nebo ovlivnitelný
- zdravotní intervencí, zatímco jiné třímístné položky jsou pro skupiny nemocí s některou společnou charakteristikou.

Mezi čtyřmístnými položkami je obvykle též kategorie pro "jiné" stavy, které by se měly zařadit, což připouští zahrnout mnoho odlišných vzácnějších, ale i "neurčených" stavů.

4.1.5. Páté místo kódu

Na úrovni pátého a dalšího místa jsou obvykle další klasifikace od čtvrtého místa podle rozdílné osy. Nalézají se v:

- Kapitole XIII. - podpoložky podle anatomické lokalizace
- Kapitole XIX. - podpoložky k určení otevřených a zavřených zlomenin i nitrolebních, nitrohručních a nitrobřišních poranění s nebo bez otevřené rány
- Kapitole XX. - podpoložky k určení typu aktivity, která byla podnikána v době události

V současném standardu vykazování není s pátou pozicí kódu počítáno (na rozdíl od definičního manuálu IR-DRG, který s pátou pozicí pracuje), nicméně o zavedení páté pozice se jedná a je pravděpodobné, že bude standard v tomto smyslu upraven.

4.1.6. Národní varianty MKN-10

Po dohodě s WHO vznikly národní varianty MKN-10, například samostatné varianty používané v těchto zemích

- U.S.A,
- Kanada
- Austrálie

Tyto národní varianty používají více míst kódu než jsou 4 míst (např. v současné době se používá v U.S.A až sedm míst kódu), čímž umožňují lépe rozlišit některé stavy a to např. z hlediska moderních poznatků na etiologii onemocnění nebo z hlediska akutní a postakutní fáze onemocnění.

5. Neřešené problémy a některá doporučení

Zadání projektu se omezuje na Metodiku kódování a neobsahuje řadu prvků, které jsou nutné k tomu, aby se pravidla kódování mohla efektivně uplatnit, byla vhodným způsobem udržována a používána.

Považujeme za vhodné témata související s klinickým kódováním alespoň vyjmenovat, případně – zejména pokud se nabízí nějaké známé řešení z jiných zemí – navrhnout možné řešení.

5.1.1. Souhrnný přehled problémů

Jednotlivé okruhy spolu souvisejí a je obtížné jednotlivá témata oddělovat nebo kategorizovat. Přibližně jsou témata seřazena takto

- strukturální požadavky (instituce)
- procedurální požadavky
- požadavky na metodiky a datové sady
- stanovení cílů a metriky

Problém / Požadavek	Poznámka / Doporučení
Žádná instituce není odpovědná za tvorbu metodiky klinického kódování (MKN-10 i celku)	
Žádná instituce není odpovědná za metodiku školení kódování, tvorbu školících materiálů	
Žádná instituce není odpovědná za metodiku auditů klinického kódování	
Žádná instituce není odpovědná za „certifikace“ kodérů, školitelů, auditorů ⁶	Zvážit, zda je žádoucí centralizace této činnosti Zvážit, zda je žádoucí autorizace pro tyto činnosti
	Je potřeba zvážit, u kterých opatření (v souvislosti se standardizací kódování) a jakou právní normou má být dosažena celostátní platnost, závaznost a vynutitelnost.
Není zajištěn <ul style="list-style-type: none"> - sběr a zpracování připomínek k metodice - systém dotazů a odpovědí pro běžné uživatele 	
Klasifikační systémy (výkonů a DRG) jsou spravovány různými subjekty, přičemž není jasná odpovědnost za správu DRG.	Je žádoucí, aby klasifikační systém výkonů a DRG spravoval jeden subjekt. Je vhodné, aby to byl týž subjekt, které určuje pravidla klinického kódování MKN-10. To umožní konzistentní systém a metodiky pro DRG.
Není jasná cílová skupina pro školení kodérů. Jsou to lékaři nebo profesionální kodéři.	Přestože nelze nařizovat nemocnicím, kdo má kódovat, bylo by vhodné stanovit jednu variantu jako základní (doporučujeme, aby kódovali především profesionální kodéři) a k potřebám této skupiny organizovat kurzy a připravovat materiály.
Datové sady výkazů pro ZP a výkazů pro NZIS nejsou v jasně definovaném vztahu a to z hlediska obsahu, terminologie a metodik	Je žádoucí, aby (v rozsahu jaký je možný) pro oba zdroje byly popisované stejné entity a to sjednocenou metodikou se sjednocenou terminologií podle shodných číselníků.
Není zajištěno konzistentní sestavování případu z dokladů. Příklad je sestavován vždy znovu (v nemocnici, v ZP) z dokladů, které jsou k dispozici, přičemž není zaručeno, že s „případem“ jsou svázány a transferovány všechny doklady. Se sestavováním případu je spojeno více nedostatků, jejichž popis	Je vhodné, aby případ byl sestaven v nemocnici za pomoci speciálního rozhraní.

⁶ V rámci probíhajícího twinningového projektu a projektu TA05 získají účastníci školení osvědčení. Bude vhodné najít platformu pro pokračování těchto aktivit i mimo rámec zmíněných projektů.

Problém / Požadavek	Poznámka / Doporučení
přesahuje cíle této kapitoly. Výsledkem jsou nevěrohodná data.	
Hlavní diagnóza případu je automaticky přebírána jako hlavní dg. posledního dokladu 02. To je jak nevhodné tak neobvyklé.	Hlavní dg. případu je stanovena nezávisle na hlavní dg. posledního dokladu 02
Nebyla provedena úplná analýza systému IR-DRG s ohledem na specifické požadavky v kódování MKN-10	Je potřeba provést analýzu IR-DRG s ohledem na kódování MKN-10
Nejsou stanoveny globální cíle v oblasti standardizace kódování	Je vhodné stanovit globální cíle, jejich termíny a metriky.

5.1.2. Nekonzistence datových sad pro ZP a NZIS

Tento problém, vyjmenovaný v předchozím oddíle, je potenciálním zdrojem řady dalších komplikací; rozebereme jej trochu podrobněji.

Datové sady výkazů pro ZP a výkazů pro NZIS nejsou v jasně definovaném vztahu a to z hlediska obsahu, terminologie, metodik a číselníků.

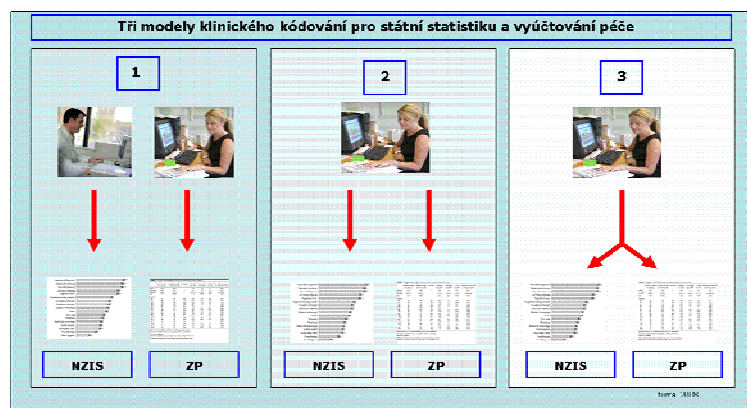
Výsledkem je

- vyšší nároky na nemocniční informační systémy
- vyšší pracnost
- nižší kvalita dat
- nevěrohodné výsledky

Nevěrohodnost výsledků byla patrná v minulosti, kdy se v tak (z kódovacího hlediska) triviálních oblastech jako jsou porody, lišily zásadním způsobem údaje z různých zdrojů.

Je žádoucí, aby (v rozsahu jaký je možný) pro oba zdroje byly vykazovány stejné entity a to sjednocenou metodikou se sjednocenou terminologií podle shodných číselníků.

Následující obrázek ukazuje schématicky možné modely:



- 1) lékař kóduje pro ZP, administrativní pracovník nemocnice kóduje pro NZIS; kódování není koordinované
- 2) jeden kódér kóduje pro ZP i NZIS; kódování je koordinované
- 3) tento stav je zaveden v řadě zemí; datová sada pro platby a pro statistiku je ve většině položek totožná a představuje identický záznam a jednoho případu

6. Přílohy

6.1. Příloha - Inventura existujících pokynů kódování mortality v MKN-10 (mimo Instrukční příručku MKN-10)



[NZIS - List o prohlídce mrtvého](#)

Vyplňování Listu o prohlídce mrtvého

Statistika příčin smrti je jednou z důležitých zdrojů informací o zdravotním stavu obyvatelstva. Příčiny smrti a podrobné údaje o zemřelých osobách jsou v ČR vyplňovány na **Listu o prohlídce mrtvého** (příloha: *List o prohlídce mrtvého - formulář*). Tento formulář slouží jednak jako doklad pro matriky, ale i jako podklad pro zpracování statistických informací. Český statistický úřad na jeho základě dostává od matriky [Hlášení o úmrtí](#), z toho po statistickém zpracování vychází oficiální demografická statistika úmrtnosti. Za zdravotnickou statistiku a analýzu příčin smrti a zdravotního stavu je zodpovědný ÚZIS ČR. Ten dostává databázi zemřelých od Českého statistického úřadu a zároveň shromažďuje kopie LPM, které jsou pořizovány do databáze v rámci informačního systému List o prohlídce mrtvého (je využíván pro interní potřeby zdravotnictví, k propojování s dalšími registry vedenými ÚZIS ČR a ke kontrole kvality statistik a jejich vyplňování).

Významnou roli při utváření zdravotnické a demografické statistiky hrají vstupní formuláře, tedy Listy o prohlídce mrtvého a kvalita jejich vyplnění. Pro správné zpracování statistiky o příčinách smrti je nutné vycházet z kompletně vyplněných formulářů, které obsahují:

- Příslušné administrativní údaje
- Údaje o příčinách smrti (správně vyplněné)

Takové statistiky pak lze použít k analyzování dlouhodobých trendů v úmrtnosti podle příčin, včetně mezinárodních komparací. V rámci zlepšování kvality statistik příčin smrti a jejich mezinárodní srovnatelnosti byla vytvořena řada vzdělávacích materiálů, které přinášejí podrobné informace o tom co, proč a kde na LPM uvádět, jak jsou data zpracovávána a využívána.

Z mezinárodního pohledu je statistika příčin smrti a její srovnatelnost v rámci Evropy zhodnocena v projektu [„Comparability and Quality Improvement in European Causes of Death Statistics“](#), který zpracoval francouzský INSERM a identifikoval oblasti, ve kterých je nutné statistiku příčin smrti dále rozvíjet. Zde je uvedeno mimo jiné také 39 doporučení, kterými by se jednotlivé země EU 25 měly řídit při dalším rozvoji úmrtnostních statistik.

V návaznosti na zhodnocení stávající situace byla identifikována potřeba vzdělávání lékařů v oblasti certifikace příčin smrti na LPM. Proto byl italským statistickým úřadem ISTAT vytvořen tzv. [„Training package“](#), který obsahuje :

- Leták
- Manuál
- Webový interaktivní výukový nástroj

Zároveň jsou jednotlivé země podporovány Eurostatem formou grantových projektů aby tyto nástroje implementovaly a přizpůsobily potřebám a možnostem v dané zemi. V současné době se Česká republika účastní grantového projektu Transition Facility Multi-Beneficiary Programme for Statistical Integration in 2004, určeného pro nové členské země EU 25. V rámci tohoto projektu na roky 2006-2007 jsou Českým statistickým úřadem a ÚZIS ČR prováděny kroky směřující k implementaci nástrojů pro vzdělávání lékařů v oblasti certifikace a další aktivity pro zlepšení kvality dat o příčinách smrti.

Leták (příloha: *Pokyny pro vyplňování lékařské části Listu o prohlídce mrtvého*) byl přeložen do češtiny a rozeslán mezi lékaře v listopadu 2005.

Manuál byl částečně přeložen a publikován ve formě brožury (příloha: *Jak správně postupovat při vyplňování Listu o prohlídce mrtvého (LPM) Stručný průvodce*) a distribuován mezi lékaře v listopadu 2006. Originál materiálu, který obsahuje některé další informace o konkrétní příklady certifikace příčin smrti je uveden v příloze *Manual on certification of causes of death in Europe – Final*.

[Webový nástroj](#) bude rovněž přeložen a implementován v průběhu roku 2007, je určen především pro studenty.

V rámci projektu zaměřeného na zlepšení vzdělávacích aktivit pro lékaře v oblasti vyplňování příčin smrti na LPM byla připravena přednáška k této problematice a v rámci seminářů organizovaných IPVZ zařazena do vzdělávacího programu lékařů část věnovaná problematice příčin smrti a vyplňování LPM. Tato přednáška byla zařazena do semináře Základy zdravotnické legislativy v letech 2006 - 2007. Na podzim 2007 byla přednáška zrušena, v současné době nejsou plánované žádné termíny.


6.2. Příloha - Inventura existujících pokynů kódování morbidity v MKN-10 (mimo Instrukční příručku MKN-10)

6.2.1. Zdroj VZP - Kódování diagnóz a zdravotnických výkonů pro potřeby DRG (stránky VZP)

http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/DRG/Kodovani_diagnoz_a_zdravotnickych_vykonu_pro_potreby_DRG/

Kódování diagnóz a zdravotnických výkonů pro potřeby DRG

 vytisknout článek

 zaslat e-mailem

 stáhnout PDF

Na následujících stránkách bychom chtěli zveřejňovat Vaše připomínky a poznatky k uvedenému tématu. Jejich jednotné řešení (konkrétní či zobecněné) bude publikováno formou periodika, které připravujeme.

Znovu zde uvádíme kontaktní adresu pro Vaše připomínky:

Odbor **koncepce úhrady zdravotní péče ÚP VZP ČR**, poštovní styk - Orlická 4/2020, Praha 3 130 00, fax: 221 754 191

Základní podmínkou je, že diagnózy (i provedené zdravotní výkony) musí být okódovány na základě zdravotní dokumentace nemocného, která odpovídá skutečnosti. Ošetřující lékař se tedy musí zaměřit na to, aby závěry v propouštěcí zprávě odpovídaly skutečnému průběhu léčby a nesmí být při psaní zprávy ovlivňován možnými ekonomickými dopady interpretace těchto závěrů.

Literatura

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) - I. Díl, Tabelární seznam (ÚZIS "1992")
Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) - II. Díl, Instrukční příručka (ÚZIS "1996")
Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) - III. Díl - Abecední seznam (ÚZIS "1999")
Příručka ke kódování MKN-10 pro potřeby DRG, R. Finnegan, 1998

Kódování diagnóz - poznatky, zkušenosti a dohody

Na tomto místě budou uváděny Vaše poznatky, připomínky a jejich jednotné řešení. Jako úvod uvádíme následující citaci:

Hlavní (základní) stav je definován jako stav diagnostikovaný na konci období zdravotní péče, primárně odpovědný za potřebu nemocného léčit nebo být vyšetřován.

Existuje-li více než jeden takový stav, má se vybrat ten, který se považuje za nejvíce zodpovědný za největší čerpání prostředků.

(MKN-10, II. díl, Instrukční příručka, kapitola 4.4, strana 102)

Čekáme na Vaše poznatky a připomínky.

› Aktuality

› Číselníky

› Informace pro praxi

› Vyúčtování zdravotní péče

› Pilotní projekty

› Smluvní vztahy

› Nabídka smluvních vztahů

› Úhradové mechanismy

Ambulantní péče

DRG

Analýza činnosti nemocnic dle metodiky DRG

Archiv DRG

IR-DRG

DRG články a prezentace

Kódování diagnóz a

zdravotnických výkonů pro

potřeby DRG

Podrobné informace o DRG

Lůžková péče

Seznam zdravotních

výkonů

Léčiva a zdravotnické

prostředky

› Stáhněte si

› Názory, náměty,

přípomínky

› Ověření platnosti EHIC

Kódování diagnóz a zdravotnických výkonů pro potřeby DRG

 vytisknout článek  zaslat e-mailem  stáhnout PDF

Na následujících stránkách bychom chtěli zveřejňovat Vaše připomínky a poznatky k uvedenému tématu. Jejich jednotné řešení (konkrétní či zobecněné) bude publikováno formou periodika, které připravujeme.

Znovu zde uvádíme kontaktní adresu pro Vaše připomínky:

Odbor **koncepce úhrady zdravotní péče ÚP VZP ČR**, poštovní styk - Orlická 4/2020, Praha 3 130 00, fax: 221 754 191

Základní podmínkou je, že diagnózy (i provedené zdravotní výkony) musí být okódovány na základě zdravotní dokumentace nemocného, která odpovídá skutečnosti. Ošetřující lékař se tedy musí zaměřit na to, aby závěry v propouštěcí zprávě odpovídaly skutečnému průběhu léčby a nesmí být při psaní zprávy ovlivňován možnými ekonomickými dopady interpretace těchto závěrů.

Literatura

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) - I. Díl, Tabelární seznam (ÚZIS "1992")

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) - II. Díl, Instrukční příručka (ÚZIS "1996")

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) - III. Díl - Abecední seznam (ÚZIS "1999")

Příručka ke kódování MKN-10 pro potřeby DRG, R. Finnegan, 1998

Kódování diagnóz - poznatky, zkušenosti a dohody

Na tomto místě budou uváděny Vaše poznatky, připomínky a jejich jednotné řešení.

Jako úvod uvádíme následující citaci:

Hlavní (základní) stav je definován jako stav diagnostikovaný na konci období zdravotní péče, primárně odpovědný za potřebu nemocného léčit nebo být vyšetřován. Existuje-li více než jeden takový stav, má se vybrat ten, který se považuje za nejvíce zodpovědný za největší čerpání prostředků.
(MKN-10, II. díl, Instrukční příručka, kapitola 4.4, strana 102)

Čekáme na Vaše poznatky a připomínky.

„

Příručka pro kódování MKN-10 pro potřeby DRG (Finnegan Rita, RRA, CCS,

1998)

Hlavní diagnóza

Podmínky (okolnosti) zjištěné po sledování (vyšetření) nemocného, které jsou nejvíce **odpovědnou položkou za přijetí pacienta do nemocničního ošetření.**

6.2.2. Zdroj MZČR – Metodické materiály DRG (stránky MZČR)



The screenshot shows the website of the Ministry of Health of the Czech Republic. The header includes the text 'MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ České republiky'. Below the header, there is a navigation menu with links: 'Pro odbornou veřejnost', 'Národní referenční centrum', 'Metodické materiály', and 'titulní stránka'. The main content area is titled 'Metodické materiály DRG' and contains a date '31.12.2007' followed by a paragraph: 'Materiály dle Sdělení ČSÚ č. 309/2007 Sb., pro použití s klasifikací IR-DRG 1.2, revize 005.2008. Výše uvedené materiály budou publikovány ve Věstníku MZ.' Below this, there is a list of downloadable files with their sizes: 'Hospitalizace_005.2008.pdf (385.6 kB)', 'DRG markery_05_20071210.xls (59.5 kB)', 'DRG markery_005.2008.pdf (124.1 kB)', 'Metodika_DRG markery_005.2008.pdf (299.2 kB)', 'Metodika_kodovani DG_005.2008.pdf (232 kB)', and 'Metodika_prirazeni RV_005.2008.pdf (209.3 kB)'. At the bottom right of the content area, there is a link 'verze k vtištění'.

Metodika kódování diagnóz pro využití v IR-DRG, revize 005.2008

Metodika kódování DG 005.2008 20071212.doc

[Metodika kodovani DG 005.2008.pdf](#)

Hlavní diagnóza

Hlavní diagnóza označuje stav, který byl na konci období léčebné péče určen jako primárně odpovědný za potřebu nemocného léčit se nebo být vyšetřován.

Ve výjimečných případech, kdy existuje více takových stavů, označí se jako hlavní ten, který je nejvíce zodpovědný za čerpání prostředků.

Zneužívání tohoto pravidla pro dosažení vyšších úhrad díky zařazení do Pre-MDC, DRG 888.. nebo díky výhodnější kombinaci diagnóz pro DRG s vyšší závažností (CC, MCC) může být považováno za podvodný nárok.

Směrnice pro kódování chemoterapie a radioterapie

Je-li účelem hospitalizace provedení chemoterapie nebo radioterapie pro maligní novotvar, stanovte chemoterapii Z51.1 nebo radioterapii Z51.0 jako hlavní diagnózu.

Jestliže je během hospitalizace provedeno chirurgické odstranění nádoru následované chemoterapií nebo radioterapií, stanovte maligní novotvar jako hlavní diagnózu, následovanou kódy pro chemoterapii a/nebo radioterapii.

Jestliže je pacient hospitalizován k provedení chemoterapeutického nebo radioterapeutického cyklu a během hospitalizace dojde ke komplikacím jako nekontrolovatelná nauzea a zvracení a/nebo dehydratace, uveďte jako hlavní diagnózu chemoterapii Z51.1 nebo radioterapii Z51.0 následovanou uvedenými komplikacemi.

[Hospitalizace_005.2008.pdf](#)

- **Hlavní diagnóza - Kód hlavní diagnózy z časově posledního dokladu 02**
- **Vedlejší diagnózy** – všechny ostatní⁴ navzájem různé diagnózy ze všech dokladů 02 nebo 02s, bez ohledu na to, zda se jedná o diagnózy hlavní nebo vedlejší. Jedná se pouze o kódy diagnóz vykázaných Nemocnicí, kde byl pacient hospitalizován

6.3. Příloha – Stanovisko ÚZIS

V návaznosti na Váš dotaz související s kódováním diagnóz Vám posíláme několik informací k této problematice.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize byla zavedena opatřením Českého statistického úřadu ze dne 5. května 1993 (uveřejněno v částce 39/1993 Sb.) s účinností od 1.1.1994. S účinností od 1. ledna 2004 vydalo ČSÚ sdělení č. 495/2003 Sb ze dne 18. prosince 2003 v částce 160/2003 Sb., o vydání MKN-10 (jedná se pouze o legislativní úpravu, klasifikace je totožná s tou zavedenou opatřením z roku 1993) .

Opatření z roku 1993 zmiňuje, že pomocí klasifikace MKN-10, resp. jejích kódů se vyjadřují a označují:

- a) příčiny smrti
- b) povinně hlášená onemocnění
- c) důvody hospitalizace
- d) důvody poskytnutí ambulantních služeb
- e) příčiny pracovní neschopnosti
- f) příčiny invalidity
- g) nemoci nebo stavy a poranění následkem vnějších příčin
- h) vnější příčiny nemoci a úmrtnosti
- i) faktory ovlivňující zdravotní stav.

Sdělení z roku 2003 se pak týká pouze vydání MKN -10 bez dalších podrobností.

Český překlad MKN-10 vychází z anglického originálu, vydaného Světovou zdravotnickou organizací v roce 1993, který je zaváděn a pravidelně aktualizován (viz.) po celém světě. Závaznost se vztahuje na všechny díly MKN -10, tedy i na díl II., Instrukční příručka. Vzhledem k tomu, že se však jedná pro klasifikaci sloužící převážně pro statistické účely (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů), její závaznost pro různé účely se může různit. Instrukční příručka je v ČR, stejně jako celá klasifikace, vydávána ÚZIS ČR, který byl pověřen WHO překladem a distribucí MKN-10, české vydání. Pravidla kódování, která zmiňujete, se vztahují ke kódování a tabelaci nemocnosti a úmrtnosti pro statistické účely a měnit je lze pouze na základě rozhodnutí WHO. Zajišťují mezinárodní srovnatelnost výsledků.

Tzn., že pro účely klasifikace v rámci vykazování DRG pro úhradové účely se metodika může lišit od té, která je určena pro statistickou klasifikaci a tabelaci nemocnosti a úmrtnosti, pokud je to nutné a dané účelem vykazování v rámci DRG. Naopak je zcela nevhodné, aby metodika kódování pro potřeby DRG byla používána ve statistice nemocnosti a příčin smrti, která má sloužit především ke zhodnocení zdravotního stavu v populaci, nikoliv k určení nákladů spojených s hospitalizací.

Snad Vám tato informace pro Vaše účely postačí. V posledních dnech nám na toto téma přišla řada dotazů od různých organizací (NRC, zdr. pojišťovny), ale nikdo blíže nespecifikoval příčinu těchto dotazů a tak je dost obtížné cíleněji zaměřit naši odpověď.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Šárka Kasalová Daňková, Jiří Holub

RNDr. Šárka Kasalová Daňková

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky Palackého náměstí 4

128 01 Praha 2

Tel. (420) 22497 2887

Fax. (420) 22497 2659

e-mail: kasalova.dankova@uzis.cz

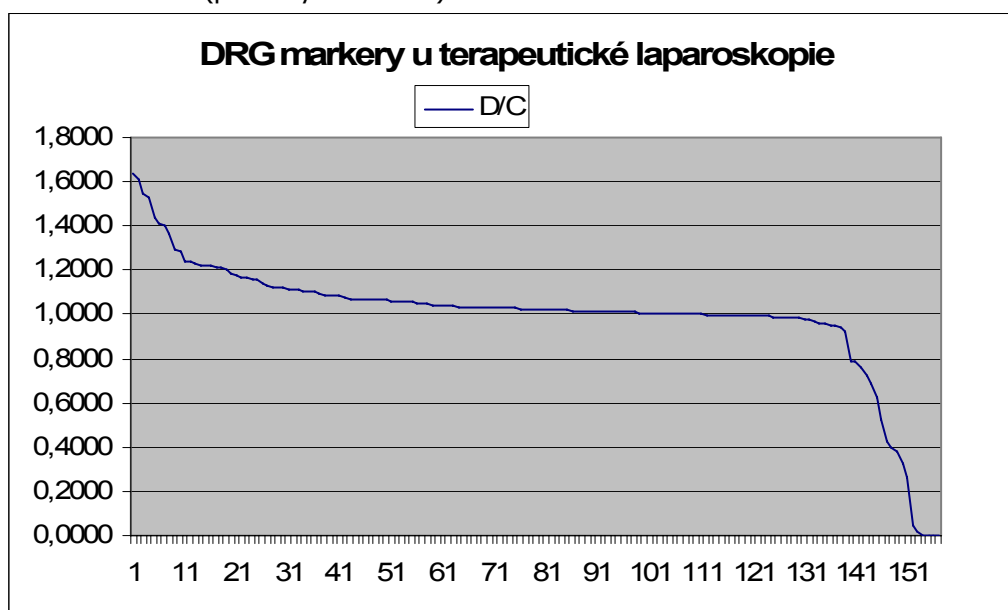
www.uzis.cz

6.4. Příloha - Kvalita kódování – některé výsledky z projektu Prekultivace DRG 2007

Jde o kontrolu použití markerů k výkonu laparoskopickému a kardiochirurgickému.

Graf 1

Poměr (D/C) výskytu DRG markeru a výskytu základního výkonu terapeutické laparoskopie v dokladech 02 ve 157 nemocnicích (počet výkonů > 50)



Graf 2

Výskyt DRG markeru (B) a výskyt základního výkonu kardiochirurgie (A) v dokladech 02 ve 14 nemocnicích (počet výkonů > 50)

