

Kodéřský manuál

Obecná část

Nekomerční šíření dokumentu je vítáno

15. května 2015

Název dokumentu: KM_Obecná_část_2015-05-15

Autor návrhu: MUDr. Petr Tůma, Fakultní nemocnice Brno

Datum: 15. května 2015

Naposledy uloženo: 13. 5. 2015 12:12:00

Adresa pro zasílání připomínek: km@fnbrno.cz

Úvod k verzi 2015-05-15

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Předkládáme vám další verzi Obecné části Kodérského manuálu. Jde o poslední verzi Obecné části vzniklou výhradně součinností členů pracovní skupiny KM při FN Brno.

Od roku 2016 bude pravděpodobně gesce Kodérského manuálu svěřena ÚZISu, resp. bude zajišťována nově konstituovanou pracovní skupinou, zahrnující aktuální pracovní skupinu pro Kodérský manuál (při FN Brno), ÚZIS a zástupce zdravotních pojišťoven.

Do předkládané verze byly zapracovány v míře co nejvyšší připomínky zdravotních pojišťoven a na jejich přání byl zařazen samostatný oddíl, v němž jsou popsány oblasti, které považují (některé) zdravotní pojišťovny za nedořešené, resp. za nesprávně řešené v aktuální podobě směrnic NRC a/nebo směrnic KM. Právě vznikem tohoto oddílu podmiňovaly zdravotní pojišťovny případný souhlas se zněním Obecné části KM (existenci zmíněné kapitoly je potřeba považovat za podmínku nutnou, nikoliv dostatečnou, k souhlasu zdravotních pojišťoven s celým obsahem).

Obecnou část v aktuálním znění považujeme za text s nejvyšší mírou konsensu, jaký lze t.č. ve složitém prostředí a nad složitou problematikou dosáhnout. Očekáváme, že se zdravotní pojišťovny vyjádří jasně k tomu, zda dokument akceptují. V každém případě jejich další připomínky a návrhy na změny budou směřovány na nově vznikající pracovní skupinu v gesci ÚZISu. My věříme, že si v této pracovní skupině udrží svoje postavení i členové aktuální pracovní skupiny pro KM při FN Brno.

Za Fakultní nemocnici Brno

Ing Robert Czekus

MUDr Pavel Turčáni

Kodéřský manuál

Úvod a obecná část

Historie dokumentu

Verze	Datum	Autor	Popis
1.0	31. 7. 2014	FN Brno; Tůma	
1.1	24.9.2014	FN Brno; Tůma	Zpracovány připomínky hlavního oponenta a dalších oponentů – změny jsou zachycené formou „sledování“ Zatím nebyly doplněny příklady k pravidlům tam, kde to navrhuje hlavní oponent; bude doplněno v další verzi K diskusi je ponechána řada připomínek k části „Suspektní diagnózy“
1.2	2. 11. 2014	FN Brno; Tůma	Zpracovány připomínky vzešlé z pracovní skupiny 2. 10. 2014
1.3	15. 5. 2015	FN Brno; Tůma	Zpracovány připomínky vzešlé z oponentních připomínek zdravotních pojišťoven; na jejich základě a z jejich výslovného požadavku byla na závěr dokumentu doplněna část: „Nedorešené“

Obsah

1. Úvod	5
1.1 Cíl dokumentu	5
1.2 Způsob použití dokumentu	5
1.2.1 Závaznost dokumentu	5
1.2.2 Uspořádání dokumentu	5
1.2.3 Použité konvence (grafické a jiné)	5
1.3 Oblasti nezahrnuté do (užšího) dokumentu KM	6
1.3.1 Nesouhlas revize s diagnózou	6
1.3.2 Kódování při vnitřních překladech	6
1.3.3 Sestavení případu	6
1.3.4 Indikace k hospitalizaci	7
2. KLINICKÉ KÓDOVÁNÍ – PROCESY A ROLE	8
2.1 Základní pojmy	8
2.1.1 Kódování	8
2.1.2 Diagnostické konstatování	8
2.1.3 Diagnóza MKN-10	8
2.1.4 Rozlišování mezi „diagnostickým konstatováním“ a „diagnózou MKN-10“	8

2.2	Význam dokumentace	9
2.2.1	Kvalita podkladů (zdravotnické dokumentace)	9
2.2.2	Role	10
3.	OBEČNÁ ČÁST	11
3.1	Standardní postup při vyhledávání kódu	11
3.1.1	Konvence pro hlavní a pomocné modifikátory	11
3.2	Specifičnost a přesnost	12
3.3	Kombinované položky.....	13
3.4	Hlavní diagnóza	13
3.5	Zahrnutí stavů mezi kódované (vykazované)	14
3.6	Kódování křížek – hvězdička	15
3.7	Suspektní diagnózy	16
3.8	Kódování příznaků (znaků a abnormálních nálezů).....	18
3.8.1	Kódování příznaků, znaků a abnormálních nálezů	18
3.8.1.1	Instrukční příručka: Kódování domnělých („suspektních“) stavů, příznaků a abnormálních nálezů a nechorobných stavů	18
3.8.1.2	Tabelární seznam - XVIII. PŘÍZNAKY, ZNAKY A ABNORMÁLNÍ KLINICKÉ A LABORATORNÍ NÁLEZY NEZAŘAZENÉ JINDE (R00–R99):.....	19
3.9	Kódování manifestací rozpoznaných onemocnění	21
3.10	Kódování akutních a chronických stavů.....	21
3.11	Náhodné nálezy	22
3.12	Mnohočetné stavy	22
3.13	Překlady mezi nemocnicemi.....	23
4.	NEDOŘEŠENÉ OBLASTI KÓDOVÁNÍ	24
4.1	Oblasti nejasné	24
4.2	Oblasti – kandidáti na změnu národních směrnic.....	24
4.3	Oblasti s podmíněným konsenzem ze strany ZP	24
4.3.1	Levná vedlejší diagnóza	24
4.3.2	Udržovací léčba známého onemocnění	25

Vysvětlení použitých zkratk a některých pojmů

Zkratka	Význam
KM	Kodéřský manuál
HDG	Hlavní diagnóza případu
VDG	Vedlejší diagnóza případu
Znak	Objektivní příznak (angl. „sign“)

1. Úvod

1.1 Cíl dokumentu

Kodéřský manuál (dále KM) je určen kodérům (lékařům i nelékařům), vykazujícím akutní hospitalizační péči v systému DRG. Jeho cílem je podat praktický návod při kódování diagnóz v oblastech, které jsou z jakýchkoliv důvodů předmětem nejistoty, jak správně při kódování postupovat, a případně i zdrojem sporů při revizích.

Manuál se nevztahuje např. k těmto oblastem

- a. kódování mortality
- b. kódování ambulantní péče
- c. kódování pro interní potřebu nemocnice
- d. kódování výkonů (výjimečně jsou pokyny doplněny informací stran kódování výkonů)

1.2 Způsob použití dokumentu

Předpokládá se, že nemocnice použije KM jako svůj interní standard.

Pro správné použití je potřeba vzít na vědomí mimo jiné, že

- manuál není učebnicí kódování
- nenahrazuje kodérovi školení v kódování
- je nutné, aby kodér respektoval speciální pokyny k jednotlivým kódům, uvedené v Abecedním a Tabelárním seznamu MKN-10

1.2.1 Závaznost dokumentu

Dokument nemá obecně žádnou závaznost. Jeho závaznost si určuje organizace sama¹.

Doporučeným způsobem stanovení závaznosti je dohoda nemocnice se zdravotní pojišťovnou.

1.2.2 Uspořádání dokumentu

Základním uspořádáním je rozdělení pokynů do dvou částí

- Všeobecná část
- Speciální část

Pokyny, které se vztahují pouze k jedné kapitole MKN-10, jsou ve speciální části. Pokyny, které přesahují jedinou kapitolu MKN-10, jsou uvedeny ve všeobecné části.

1.2.3 Použité konvence (grafické a jiné)

Doslovná citace pokynu MKN-10 je ve šrafovaném rámečku.

Číslování (případně použitých původních) příkladů instrukční příručky je zachováno původní.

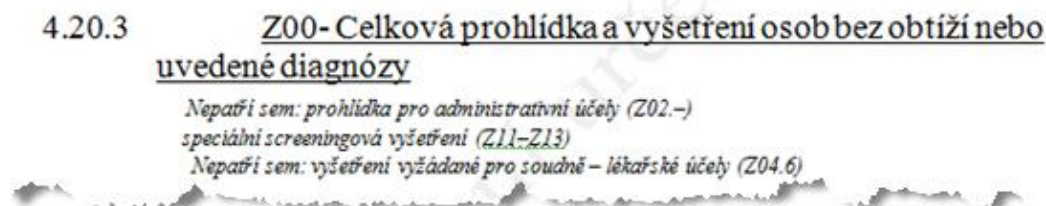
Doslovná citace směrnice NRC je ve dvojitém zesíleném rámečku.

¹ Dočasná poznámka – je ambicí Kodéřského manuálu dosáhnout co nejširší míry uplatnění a co nejvyšší míry závaznosti. Text odstavce bude aktualizován podle reálné situace; zatím není možné konstatovat žádnou vyšší míry závaznosti, než která je uvedena.

Pokyn kodérského manuálu je v modrém rámečku.

Příklad je v jednoduchém rámečku

Kurzívou a malým písmem jsou původní (vybrané) poznámky ke kódu, případně rozklad položky na podpoložky, např.:



1.3 Oblasti nezahrnuté do (užšího) dokumentu KM

Dokument zahrnuje jen problematiku vlastního kódování.

Následující problémy a náměty je vhodné řešit mimo rámec Kodérského manuálu (nejsou obvyklým obsahem existujících kodérských manuálů, protože nepředstavují vlastní činnosti kódování).

1.3.1 Nesouhlas revize s diagnózou

Je třeba odlišit nesouhlas revize s lékařem stanovenou diagnózou od nesouhlasu revize s kódováním (správně stanovené diagnózy). Ze správně formulovaného revizního závěru by mělo vyplynout jednoznačně, o který typ nesouhlasu jde.

Pravidla kódování (a stejně tak Kodérský manuál) se nezabývají kritérii pro stanovení diagnóz. Z tohoto obecného přístupu existují výjimky, kterými jsou

- stavy kódované Z kódy; v jejich případě ale nejde o skutečné diagnózy a kodér (nikoliv lékař) má znát kritéria jejich použití
- případně vybrané diagnózy, jejichž kódování je předmětem častých nepřesností a u nichž jsou současně stanovena obecně uznávaná kritéria, která má možnost kodér ověřit v dokumentaci; typicky jde o sepse

1.3.2 Kódování při vnitřních překladech

DRG metodika se nevyjadřuje ke kódování diagnóz při vnitřních překladech a kódování vnitřních překladů není předmětem revizí.

Případná pravidla si musí vytvořit nemocnice na základě znalosti vnitřní organizace práce, organizace kontrol, dostupnosti elektronické dokumentace jiných oddělení apod.

1.3.3 Sestavení případu

Kodérský manuál neřeší detailně, co je a co není obsahem případu (nejasnosti jsou např. stran ambulantně provedených zákroků v nemocnici, po nichž je bezprostředně pacient přijat k hospitalizaci). Kodérský manuál se pouze vyjadřuje ke způsobu vykazování při hospitalizaci do stejné nemocnice a propojení obou hospitalizací do jednoho případu DRG.

1.3.4 Indikace k hospitalizaci

Neindikovanost hospitalizace (např. možnost poskytnout adekvátní péči ambulantně) je poměrně častým typem nálezu revizí, který ovšem nespadá do oblasti metodiky kódování.

Kodér kóduje případ, u něhož má pochyby o indikovanosti hospitalizace, podle stejných pravidel, jako ostatní případy.

Viz také směrnice KM: [Z53- Osoby, které se setkaly se zdravotnickými službami za účelem určitých výkonů \(procedur\), které však nebyly provedeny](#)

2. Klinické kódování – procesy a role

V této části je poskytnut výklad základních pojmů. Dále jsou zde popsány procesy a role související s klinickým kódováním a to tak, jak jsou vnímány nebo popisovány převažujícím způsobem ve světě. Předpokládá se, že si každá jednotlivá nemocnice sama upřesní, případně pozmění popis rolí, zejména, pokud vnímá nastavení odpovědností odlišným způsobem, nebo jsou její procesy kódování ve vývoji a uvedený popis rolí by proto neodpovídal realitě.

2.1 Základní pojmy

2.1.1 Kódování

V užším slova smyslu znamená (klinické) kódování převedení klinické informace do kódu. Kódování diagnóz je tedy převedení slovních diagnostických konstatování do kódu MKN-10.

V širším slova smyslu (a ve smyslu, jak používá pojem tento KM) znamená kódování také vykázání kódů v systému DRG podle příslušných pravidel (např. o výběru HDG).

2.1.2 Diagnostické konstatování

Diagnostické konstatování je interpretací dílčích poznatků (anamnestických údajů, subjektivních a objektivních příznaků, abnormálních nálezů).

Diagnostické konstatování (např. diagnóza v diagnostickém souhrnu závěrečné zprávy) je vyjádřeno textem používajícím aktuálně odborně respektovanou terminologii (užívanou např. v doporučených postupech apod.). Terminologie MKN-10 není pro diagnostické konstatování závazná (protože často není ani vhodná). Nicméně pokud aktuální odborná terminologie připouští použití jazykového standardu MKN-10 (bez ztráty specifických informací), je vhodné jej využít.

Za správnost diagnostického konstatování (klinické diagnózy) odpovídá ošetřující lékař.

2.1.3 Diagnóza MKN-10

MKN-10 není seznamem nemocí, ale je klasifikací nemocí. Položka tohoto seznamu je (vždy) třídou, která zahrnuje více „nemocí“ v odborném slova smyslu.

2.1.4 Rozlišování mezi „diagnostickým konstatováním“ a „diagnózou MKN-10“

Rozlišování mezi „diagnózou“ = diagnostickým konstatováním“ a „diagnózou“ = položkou MKN-10 je při popisu procesu kódování důležité.

Stanovení „diagnózy“ = diagnostického konstatování“

- provádí v typickém případě lékař
- je interpretativní; je založeno na interpretaci faktů (ať již je složité, jednoduché, sporné nebo nesporné)

Stanovení diagnózy MKN-10

- provádí (při procesu kódování) kodér²
- nesmí být interpretativní; kodér³ nesmí interpretovat nálezy (tedy ani v případě, že by jeho interpretace byla správná; jinými slovy – kód MKN-10 nemůže podat jinou nebo doplňkovou interpretaci k diagnostickému konstatování); pokud kodér zjistí nesrovnalost (rozpor, neúplnost)

² což může být lékař, (ale tentokrát v jiné roli)

³ a tedy ani lékař při procesu kódování

v dokumentaci, nebo si není jist smyslem konstatování některých skutečností (např. stran toho, zda se má určitý stav považovat za komplikaci péče či nikoliv), má se obrátit na ošetřujícího lékaře s žádostí o objasnění (doplnění dokumentace apod.)

Viz ale také oddíl [Specifičnost a přesnost](#).

2.2 Význam dokumentace

2.2.1 Kvalita podkladů (zdravotnické dokumentace)

Význam kvality dokumentace pro kvalitu kódování je nedocenitelný.

Kodéřský manuál neposkytuje žádné pokyny a rady kodérovi, jak kompenzovat nekvalitu zdravotnické dokumentace.

Kvalitní zdravotnická dokumentace z hlediska DRG obsahuje

- informaci o primárním důvodu hospitalizace (nové příznaky, zhoršení již známého onemocnění, následná péče, rehabilitace, diagnostický cíl, léčebný cíl apod.)
- informaci o primárním cíli hospitalizace (a to zejména, když je nějakým způsobem specifický, např.: předoperační vyšetření, nebo paliativní péče)
- informace o souvislostech mezi příznaky a rozpoznávanými nemocemi (které příznaky byly vysvětleny rozpoznanou nemocí a které naopak vysvětleny nebyly)
- informace o souvislostech mezi stavy (např. zda určitý stav je považován za komplikaci předchozí léčby)

Kvalitní zdravotnická dokumentace je z hlediska kódování zejména

- úplná
- přesná a jednoznačná (bez vnitřních rozporů)
- srozumitelná (to se týká např. zkratk)

Výsledek kódování musí mít vždy podklad ve zdravotní dokumentaci o hospitalizaci.

Metodika kódování pro DRG říká:

" Podkladem pro kódování a jeho revizi/audit je zdravotní dokumentace o hospitalizaci. Všechny kódované stavy musí být klinicky zdůvodněné ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

Doporučuje se uvádět všechny kódované stavy do diagnostického souhrnu závěrečné zprávy o hospitalizaci. Pokud však stav není uveden v diagnostickém souhrnu a důvod jeho zakódování a vykázaní lze dohledat jinde ve zdravotní dokumentaci o hospitalizaci, není nutno měnit diagnostický souhrn, který slouží především ke klinickým účelům."

Komentář

K tomuto metodickému pokynu je vhodné připojit několik vysvětlení:

- Všechny kódované stavy mají být uvedeny v závěrečné zprávě hospitalizace, tedy zprávě posledního oddělení, a to i tehdy, že nebyly předmětem péče (nebo měly vliv na péči) na oddělení ukončujícím hospitalizaci, pokud byly předmětem péče (nebo měly vliv na péči) na předchozích odděleních v rámci jedné hospitalizace
- Směrnice připouští, že může být kódován stav, který není v diagnostickém souhrnu, pokud "důvod jeho zakódování a vykázaní lze dohledat jinde ve zdravotní dokumentaci o hospitalizaci". Ošetřovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace a může být použita jako podklad pro kódování.

Typickým příkladem kódů, které nebývají, resp. nemusejí být nutně slovně uvedeny v diagnostickém souhrnu, jsou některé tzv. "Z" kódy, které popisují okolnosti či důvody kontaktu se zdravotnickými službami (rehabilitace, izolace, radioterapie, anamnéza zhoubného novotvaru apod.), nebo některé stavy, které představují důvod zvýšené ošetrovatelské péče (imobilita). Tyto okolnosti by ovšem měly být dobře popsány v textové části závěrečné zprávy, nebo v ošetrovatelské dokumentaci.

Kodér, kódující případ, má k dispozici celou zdravotní dokumentaci o hospitalizaci. Tím, že případ uzavře z hlediska kódování, současně nepřímo konstatuje, že zdravotní dokumentace splňuje obvyklé požadavky na úplnost pro potřeby kódování. Pokud tomu tak není, nemá případ uzavřít (z hlediska kódování).

2.2.2 Role

Lékař je z hlediska procesu kódování zodpovědný především za

1. stanovení klinické diagnózy, případně převzetí (dříve stanovených) diagnóz z cizích zdrojů nebo anamnézy pacienta
2. úplnost, správnost, přesnost a bezrozpornost dokumentace
3. správný popis důvodu a průběhu hospitalizace
4. správný popis souvislostí

Kodér je zodpovědný za

1. rozhodnutí o zahrnutí kódu (diagnózy) do výkaznictví zdravotním pojišťovněm
2. správné převedení klinických diagnóz do kódu MKN-10
3. správný výběr hlavní diagnózy

Kodér nesmí interpretovat klinickou diagnózou příznaky, objektivní nálezy nebo jiné abnormální nálezy, nebo jiné skutečnosti, které lékař sám neinterpretoval a nezahmul je do diagnostického souhrnu

Příklady:

- pokud je v dg. závěru uvedena mozková ateroskleróza, nemůže kodér kódovat demenci (i kdyby byly v dokumentaci určité podklady, na základě kterých by možná mohl lékař stav uzavírat jako demenci; pro kodéra je podstatné, že lékař stav takto neinterpretoval)
- samotné podání erymasy neopravňuje kodéra kódovat anémii
- samotný nález abnormálních hodnot jaterních testů neopravňuje kodéra kódovat hepatopatii

Komentář:

Uvedená směrnice vyvolává řadu kontroverzních reakcí u kodérů, kteří by vítali, kdyby měli větší volnost při interpretaci dílčích nálezů, nicméně autoři Kodérskeho manuálu doporučují řídit se jí důsledně. Zahraniční manuály ji považují za jeden ze základních principů a současně doporučují, aby kodér, pokud zjistí nějakou nesrovnalost mezi dokumentací a diagnostickým souhrnem (např. pravděpodobné chybné klinické diagnózy v diagnostickém souhrnu), upozornil ošetřujícího lékaře (který psal závěrečnou zprávu), který může diagnostické konstatování korigovat nebo doplnit.

Kodér může při kódování (samostatně, bez nutné konzultace s ošetřujícím lékařem) vzít úvahu

- informace z dokumentace, které blíže specifikují klinickou diagnózu oproti znění, které použil ošetřující lékař (např. upřesnění lokalizace podle RTG závěru); je to proto, že RTG závěr již představuje lékařskou interpretaci
- obecněji vyjádřeno – všechny informace z dokumentace, které jsou samy o sobě nepochybně lékařskou interpretací dílčích nálezů

3. Obecná část

3.1 Standardní postup při vyhledávání kódu

Nejprve se kodér rozhodne, zda stav zahrne do vykazování (pod samostatným kódem). Nebylo by efektivní vyhledávat nejprve kód a následně si uvědomit, že na základě obecných pravidel nemá být stav vykazován (pod samostatným kódem). Může se však stát, že kodér má zprvu záměr stav samostatným kódem vykázt, ale instrukce MKN-10 mu to neumožní.

Dále popsany postup je známý jako čtyřkrokové kódování („four steps coding“) a pokud kodér kóduje stav poprvé, nebo si není v dané oblasti jistý, nebo jde o řešení sporu, mělo by se postupovat podle tohoto návodu:

1. Prvním krokem pro vyhledávání správného kódu je nalezení tzv. hlavního termínu v klinické diagnóze (psané lékařem) v diagnostickém souhrnu. Trochu zjednodušeně řečeno - hlavním termínem je patologie (resp. "problém" v případě, že nejde o onemocnění či úraz) a nikoliv anatomie (lokalizace poruchy).
2. Druhým krokem je vyhledání předběžného kódu v Abecedním seznamu MKN-10. Využitím hlavního termínu se vyhledá takový kód, který je ke klinické diagnóze nejvíce specifický z hlediska existující nabídky podpoložek a existujících upřesnění v diagnostickém souhrnu event. na jiných relevantních místech dokumentace. Pojmy, které v MKN-10 blíže specifikují hlavní termín, se nazývají modifikátory, přičemž existují jiné konvence pro hlavní a pro vedlejší modifikátory (viz dále).
3. Při třetím kroku je předběžný kód ověřen v Abecedním seznamu za použití všech křížových odkazů ("viz", "viz také", "NJ = pokud není uvedeno jinde") a při respektování poznámek, které jsou uvedené u některých hesel (např. u hesla "cysta"). Získaný kód můžeme označit jako "pracovní".
4. Při čtvrtém kroku je pracovní kód ověřen (případně podle nalezených instrukcí zaměněn) u příslušné podpoložky v Tabelárním seznamu. To se děje na základě respektování všech pokynů, které mohou být uvedeny u čtyřmístné podpoložky, trojmístné položky, skupiny či kapitoly MKN-10 ("nepatří sem", "není-li uvedeno jinde" apod.).

Součástí použitých směrnic je také konvence "křížek - hvězdička", která vede kodéra k tomu, aby správně vyjádřil, že jeden stav (hvězdičkový) je manifestací (lokalizací) jiného (etiologického) stavu (křížkového) a realizoval tím tzv. podvojný kódování.

Komentář:

Na Abecední seznam a Tabelární seznam není vhodné pohlížet jako na samostatné komponenty, kdy jedna je nadřazena druhé, ale jako propojený systém, který poskytne při stejném postupu stejný výsledek.

3.1.1 Konvence pro hlavní a pomocné modifikátory

Konvence spočívá v tom, že

- pomocné modifikátory jsou uvedené v kulaté závorce
- hlavní modifikátory jsou uvedené jako samostatné odrážky (řádky)

Použití je nejlépe patrné z příkladů

Příklad OBEC 1 – pomocné modifikátory

Abecední seznam uvádí:

Hypertenze portální (způsobená chronickou nemocí jater) (idiopatická) K76.6

na základě předchozí informace je možné kódovat, pokud bude v dokumentaci:

- jen "Portální hypertenze" => K76.6
- "Portální hypertenze při cirhóze" => K76.6 (cirhóza je chronická nemoc jater)
- "Idiopatická portální hypertenze" => K76.6

Hypertenzi portální je tedy možné kódovat K76.6, ať je či není specifikována v dokumentaci pojmy v kulaté závorce.

Příklad OBEC 2 – hlavní modifikátory

Abecední seznam uvádí:

Hypothyreóza (získaná) (E03.9)

- poinfekční E03.3
- pooperační E89.0
- poradiační E89.0

Na základě této informace je nutné kódovat jinak poinfekční, pooperační a poradiační hypothyreózu (jak je uvedeno výše). Kód E03.9 je nutné zvolit, pokud

- není uvedeno, že je hypothyreóza získaná,
- anebo je uvedeno, že je hypothyreóza získaná, bez bližší specifikace.

3.2 Specifičnost a přesnost

Kódování má být specifické a přesné.

Specifické kódování znamená, že stav je klasifikován v MKN-10 za použití všech upřesňujících údajů, které jsou dostupné v dokumentaci (ideálně v diagnostickém souboru závěrečné zprávy). Požadavek na specifičnost neznamená, že kodér má stav popsat mnoha kódy⁴; specifičnost kódování nelze zaměňovat s medicínskou deskriptivní podrobností popisu stavu.

Požadavek na specifičnost se týká dvou kroků:

- vyhledání (pracovního) kódu v abecedním seznamu
- vyhledání konečného kódu v tabelárním seznamu

Pokyn kódovat co nejspecifičtěji ale neznamená, že by měl být jeden stav (problém) popsán mnoha kódy. Obvykle je popsán jeden stav jedním kódem; výjimkou jsou případy tzv. podvojného kódování:

- stavy, kdy MKN-10 nabízí kódování v systému „křížek-hvězdička“
- další situace, kdy MKN-10 dává u nalezeného kódu pokyn k použití dalšího kódu („použijte dodatečný kód“, nebo „kódujte také“)

⁴ Pokud k tomu kodér nedostane pokyn v rámci pravidel MKN, nebo pokynů u jednotlivých kódů (v rámci tzv. podvojného kódování)

3.3 Kombinované položky

Pokud MKN-10 nabízí kombinovaný kód (dva stavy jsou vyjádřeny jedním kódem a „sdruženým“ popisem), je třeba preferovat tento kód a to i tehdy, pokud by sejevilo kódování dvěma kódy jako specifitější či výhodnější.

Příklady „sdružených“ kódů:

- N20.2- Kámen ledviny s kamenem močovodu
V případě kamene v ledvině a současně v močovodu je povinnost kódovat N20.2 a nelze kódovat samostatnými kódy
- N13.2 - Hydronefróza s obstrukcí kamenem v ledvině a močovodu

V případě kamene v ledvině nebo v močovodu a současné hydronefózy je povinnost kódovat N13.2 a nelze kódovat samostatnými kódy:

Viz:

N20- Kámen ledviny a močovodu	
Patří sem:	kalkulozní pyelonefritida
Nepatří sem:	s hydronefrózou (N13.2)

V některých případech respektování pokynů typu „nepatří sem“ vede k nižší míře specifičnosti, ale je třeba tyto směrnice dodržovat.

Příklad:

- N13.6- Pyonefróza
V případě kamene v ledvině/nebo v močovodu, hydronefózy a infekce je povinnost kódovat N13.6 a nelze kódovat samostatnými kódy, přestože se specifičnost informace o něco sniží.

Viz:

N13.2- Hydronefróza s obstrukcí kamenem v ledvině a močovodu	
Nepatří sem:	s infekcí (N13.6)

3.4 Hlavní diagnóza

Přestože se položka jmenuje "Hlavní diagnóza", je třeba uvědomit si, že za určitých okolností může jít o stav, který není (klinickou) diagnózou v pravém slova smyslu (příznak, problém nebo důvod kontaktu se zdravotnickými službami).

Směrnice je součástí národní metodiky DRG :

1. Hlavní diagnóza je definována jako stav diagnostikovaný, tj. vyhodnocený po všech vyšetřeních na konci případu akutní lůžkové péče, který byl primárně odpovědný za potřebu hospitalizace v daném zařízení.
2. Existuje-li více než jeden takový primární stav, je třeba vybrat ten, který byl se považuje za nejvíce zodpovědný za čerpání zdrojů (prostředků).
3. Pokud se nedospělo k diagnóze, má se jako základní stav vybrat hlavní příznak, patologický nález nebo obtíž.
4. Jako hlavní diagnózu nelze kódovat ta onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace.

Komentář:

- Poslední článek směrnice zcela striktně vylučuje zvolit jako hlavní diagnózu stav, který vznikl až v průběhu případu
- Národní směrnice nedefinuje hlavní diagnózu jako stav, který byl důvodem "přijetí", ale jako stav, který byl důvodem "hospitalizace", přičemž "hospitalizaci" lze rozumět současně jak proces přijetí, tak setrvávání v nemocnici.
- Kodér může jako hlavní diagnózu případu uvést kód stavu, který není v diagnostickém souhrnu na prvním místě.
- Existuje-li více stavů – kandidátů na hlavní diagnózu, které se jeví z hlediska směrnice, že má být vybrán stav, čerpající nejvíce prostředků, jako rovnocenné, je ponechána volba hlavní diagnózy na kodérovi.

Další pokyny:

Kódy pro konstatování, že jde o „následky“ nesmějí být na místě hlavní diagnózy.

Komentář: Na místě hlavní diagnózy má být uvedena specifikace následků (pokud splňuje požadavky na hlavní diagnózu) Následkem je např. hemiplegie, dysartrie, poúrazová artróza apod.

Příklady kódů, které konstatují, že stav (který je předmětem aktuální péče) je následkem minulé příčiny:

- [T93.3](#)- Následky vymknutí, podvrtnutí a natažení dolní končetiny
- [E64.3](#)- Následky křivice
- [I69.2](#)- Následky jiného neúrazového nitrolebního krvácení

Pokud dojde k opětovné hospitalizaci ve stejném zařízení, přičemž pobyt nebyl přerušen na více než jeden kalendářní den, a tedy obě hospitalizace jsou propojeny v jeden DRG případ, platí, že stav vykazovaný jako HDG případu musí být existovat při první hospitalizaci.

Komentář

Zdá se, že směrnice NRC připouští dva výklady. S ohledem na již zavedenou revizní praxi doporučujeme držet se výše uvedeného doporučení⁵.

Je třeba zdůraznit, že

- doporučení platí i pro situace, kdy první a druhá hospitalizace je realizována pro jiný (medicínsky zcela nezávislý) problém.
- způsob kódování povede nezřídka k zařazování do DRG bází 888.

3.5 Zahrnutí stavů mezi kódované (vykazované)

Vymezení je dáno národní metodikou DRG, která má následující znění

Kódování komorbidit, příznaků a patologických nálezů jako vedlejší diagnózy

Kódy pro komorbidity popisují onemocnění, potíže nebo nálezy 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.

Komorbidity mají být kódovány, pokud ovlivňují léčbu pacienta takovým způsobem, že je potřebný kterýkoliv z uvedených faktorů:

1. Klinické vyšetření

⁵ Je nutné vyžadovat, aby směrnice NRC byla rozšířena a dávala jednoznačný pokyn pro popsanou situaci.

2. Terapeutický zásah nebo léčba

3. Diagnostické výkony

4. Zvýšená ošetrovatelská péče a/nebo monitorování

Komorbidity a nálezy, které neměly vliv na současnou hospitalizaci, se nemají kódovat.

Na zařazení do DRG nemá vliv pořadí vedlejších diagnóz.

Komentář:

- Častým dotazem je, zda stačí jedno z kritérií. Směrnice jasně říká, že stačí jedno (kterékoli) z kritérií.
- Za terapii se (aktuálně v ČR) pro potřeby výše uvedené definice považuje i léčba chronického onemocnění, známého již při přijetí, v udržovací dávce.
- Pokud je jeden lék podáván pro dva stavy (např. antibiotikum), lze vykázat oba stavy
- Směrnice hovoří o vlivu na péči, nikoliv o vlivu na náklady péče. Cena (např. léčby) není rozhodující. (Argument, že léčba je velmi levná, nelze - při současném znění směrnice - použít jako důvod pro nevykázání stavu.)
- Dostatečným kritériem není skutečnost, že stav byl zjištěn při dané hospitalizaci. Pokud toto zjištění bylo v rámci rutinně prováděných vstupních vyšetření, nebo vyšetřování základního stavu, a na tento (vedlejší) nález reagováno nebylo (diagnosticky či terapeuticky), nemá být stav vykázán jako vedlejší diagnóza. Viz také „Náhodné nálezy“.
- Klinickým vyšetřením se rozumí typicky konziliární vyšetření (např. neurolog je pozván k pacientovi na interním oddělení). Je zde podstatný fakt, že jde o vyšetření nad rámec vyšetření prováděných pro hlavní stav.
- Pokud je doloženo v dokumentaci, že nějaký stav byl důvodem prodloužení hospitalizace o (nejméně) den, je to dostatečný důvod pro vykázání tohoto stavu.
- Za terapeutický zásah či léčbu se nepovažuje poskytnutí běžné porady např. při propouštění pacienta.
- Za vliv na péči nelze považovat samotný záznam diagnózy např. při anesteziologickém předoperačním vyšetření.
- Pokyny pro suspektní diagnózy jsou v samostatném oddílu.

3.6 Kódování křížek – hvězdička

Kód s hvězdičkou nesmí být použit samostatně.

Pro kódování DRG (morbidity) může být na místě HDG kód s hvězdičkou, pokud je péče poskytována primárně pro danou manifestaci nemoci a diagnóza s hvězdičkou splňuje požadavky na HDG ...

Příklad OBEC 3 - kódování hvězdičkové diagnózy na místě HDG

Pacient s generalizovaným karcinomem žaludku přijat k léčbě anémie zjištěné při ambulantní kontrole. Po podání tří transfúzí (nesuspendovaného erykoncentrátu) propuštěn domů.

HDG - D630*- Anémie při chronických nemocech zařazených jinde

C16 – Zhoubný novotvar žaludku

Komentář: Zhoubný novotvar žaludku nebyl předmětem péče, ale je kódován v souladu se směrnicí MKN-10 zapovídající použít kód s hvězdičkou samostatně. Generalizace nádoru ale není kódována.

Podobně postupujte např. u M90.7* -Fraktura humeru při novotvaru

Další komentář k použití kódu s hvězdičkou:

Kód, který je ve dvojici s kódem s hvězdičkou (tzv. „kód s křížkem“) nemusí mít symbol „+“ uvedený u názvu podpoložky MKN-10.

V příkladu výše se kóduje: D630* a C16, přestože C16 nemá v tabelárním seznamu za popiskem symbol +

Příklad OBEC 4

Mozková arteritida při listerióze

Kódujte: I68.1* a A32.8, přestože A32.8 nemá v tabelárním seznamu za popiskem symbol +

Komentář:

Symbol + je uveden v tabelárním seznamu až u jednotlivých termínů

A32.8- Jiné formy listeriózy

Listeriová:

. mozková arteritida+ (I68.1*)

. endokarditida+ (I39.8*)

Okuloglandulární listerióza

3.7 Suspektní diagnózy

Definice: Suspektní diagnóza je ta, která není potvrzena ani vyvrácena při propuštění při zvážení všech nálezů a zjištění.

Instrukční příručka uvádí několik pravidel pro situace, kdy diagnóza je nejistá.

První pravidlo se ještě netýká kódování, ale záznamu informace o nejisté diagnóze v dokumentaci.

Instrukční příručka:

Pokud nebyla na konci určitého případu poskytování zdravotní péče stanovena jednoznačná diagnóza, má se zaznamenat ta informace o stavu, který byl předmětem péče nebo vyšetřování, která dovoluje jeho co nejpresnější zařazení a přináší (o něm) co nejvíce poznatků. To se má provést konstatováním příznaku, abnormálního patologického nálezu nebo obtíže, spíše než označením diagnózy jako „možné“, „pochybné“ nebo „suspektní“ (podezření z...), byla-li taková diagnóza zvažována, ale nestanovena.

Instrukční příručka:

Kódování domnělých („suspektních“) stavů, příznaků a abnormálních nálezů a nechorobných stavů

...

Jestliže se po ukončení epizody zdravotnické péče hlavní stav nadále označuje jako „domnělý“, „suspektní“, „pochybný“, „sporný“ apod., a neexistují žádné další údaje nebo vysvětlení, musí být „pochybná“ diagnóza kódována jako by byla stanovena s jistotou. Položka Z03.– (Lékařské pozorování a hodnocení pro podezření na nemoci a stavy) platí pro domnělé diagnózy, které mohou být vyloučeny vyšetřením.

Příklad 4: Hlavní stav: Podezření z akutní cholecystitidy

Kódovat akutní cholecystitidu (K81.0) jako „hlavní stav”.

Příklad 5: Hlavní stav: Přijata k vyšetření pro podezření z maligního novotvaru hrdla děložního - ten byl vyloučen

Kódovat pozorování pro podezření z maligního novotvaru (Z03.1) jako „hlavní stav”.

Příklad 6: Hlavní stav: Vyloučený infarkt myokardu

Kódovat pozorování pro podezření z infarktu myokardu (Z03.4) jako „hlavní stav”.

Instrukční příručka - Pravidlo MB5. Alternativní hlavní diagnózy

Jestliže je příznak nebo znak uveden jako „hlavní stav” s poukazem na to, že může být důsledkem jednoho nebo druhého stavu, má se vybrat příznak jako „hlavní stav”.

Pokud jsou uvedeny dva nebo více stavů jako možné diagnózy pro „hlavní stav”, má se vybrat prvně zaznamenaný stav.

Příklad 19: Hlavní stav: Bolesti hlavy v důsledku buď stresu a napětí nebo akutní sinusitidy

Jiné stavy: —

Vybrat bolesti hlavy jako „hlavní stav” a kódovat R51.

Příklad 20: Hlavní stav: Akutní cholecystitida nebo akutní pankreatitida

Jiné stavy: —

Vybrat akutní cholecystitidu jako „hlavní stav” a kódovat K81.0.

Příklad 21: Hlavní stav: Gastroenteritida způsobená infekcí nebo otravou potravinami

Jiné stavy: —

Vybrat infekční gastroenteritidu jako „hlavní stav” a kódovat A09.

Komentář:

Příklady uvedené v Instrukční příručce MKN-10 nejsou ideálními příklady pro kódování v DRG systému, nicméně instrukce jsou platné a je nutné respektovat⁶.

Instrukční příručka zcela jasně povoluje kódovat suspektní diagnózu na místě HDG (k VDG se nevyjadřuje). Problémy při kódování vznikají, pokud

- je v diagnostickém souhrnu uvedeno více alternativních suspektní diagnóz
- je suspektní diagnóza uvedena v epikríze a nikoliv v diagnostickém souhrnu (a to obvykle jako součást diferenciálně diagnostické rozvahy)

Suspektní diagnózu nelze kódovat, pokud podezření je vyjádřeno pouze v epikríze (jako součást diferenciální diagnostické rozvahy).

⁶ do té doby, než budou případně nahrazeny vhodnějšími národními pravidly

Příklad OBEC 5 – kódování suspektních diagnóz

35letá žena přijata pro poruchy chůze a parestezie. V diagnostickém souhrnu jsou uvedeny příznaky (poruchy chůze a parestezie) a v epikrizě je vysloveno podezření na roztroušenou sklerózu, nicméně nález není jednoznačný a jsou plánována ambulantně další vyšetření.

HDG: R26.2- Obtížná chůze, nezařazená jinde

VDG: R20.2- Parestezie kůže

Komentář:

Pokud by ošetřující lékař uzavřel v diagnostickém souhrnu stav jako suspektní roztroušená skleróza, je (ve shodě s Instrukční příručkou) na místě kódovat toto onemocnění⁷.

Suspektní diagnózu nelze kódovat, pokud je uvedena v diagnostickém souhrnu jako druhá nebo další alternativní diagnóza.

Příklad OBEC 6 – kódování alternativních diagnóz

14letý chlapec je přijat pro 6 měsíců trvající průjmy, bolesti břicha a váhový úbytek. V diagnostickém souhrnu je uvedeno:

Susp. Crohnova nemoc tenkého střeva nebo lymfom tenkého střeva

Je plánován překlad na specializované pracoviště k dalšímu vyšetření.

HDG: K50.0 - Crohnova nemoc tenkého střeva

VDG: bez

Komentář k příkladu:

Jde o alternativní diagnózy. Neuvažuje se o tom, že by se vyskytovaly současně a nelze je kódovat obě.

+

3.8 Kódování příznaků (znaků a abnormálních nálezů)

3.8.1 Kódování příznaků, znaků a abnormálních nálezů

Kódování příznaků, znaků a abnormálních nálezů⁸ představuje oblast, kde vzniká více nejasností než v jiných oblastech kódování.

Nejdříve se seznamte pozorně s tím, co říkají směrnice MKN-10 (Instrukční příručka a Tabelární seznam)

3.8.1.1 Instrukční příručka: Kódování domnělých („suspektních“) stavů, příznaků a abnormálních nálezů a nechorobných stavů

„Jestliže se epizoda zdravotní péče týkala hospitalizovaného nemocného, kódující má být opatrný při kódování hlavního stavu v kapitolách XVIII a XXI.

⁷ předpokládá se, že bude v obdobných případech diagnostický a léčebný postup odpovídat diagnóze, na níž je vyslovováno podezření. Není např. možné uzavírat stav jako susp. sepsa a přitom nepostupovat jako u sepsy.

⁸ dále jen příznaků/znaků

Pokud nebyla na konci epizody hospitalizace stanovena přesnější diagnóza, nebo pokud skutečně neexistovala kódovatelná choroba nebo poranění, jsou shora uvedené kódy⁹ přípustné“

3.8.1.2 Tabelární seznam - XVIII. PŘÍZNAKY, ZNAKY A ABNORMÁLNÍ KLINICKÉ A LABORATORNÍ NÁLEZY NEZAŘAZENÉ JINDE (R00–R99):

„Tato kapitola obsahuje příznaky, znaky, abnormální výsledky klinických nebo jiných vyšetřovacích výkonů a nepřesně určené stavy, **kde nebyla stanovena diagnóza**, podle které by je bylo možno zařadit jinam. Znaky a příznaky, které s jistým stupněm pravděpodobnosti poukazují na určitou diagnózu, jsou přiřazeny do položek v jiných kapitolách klasifikace. Položky v této kapitole obsahují v podstatě **hůře definované stavy a příznaky, které nebyly tak prozkoumány, aby mohla být stanovena konečná diagnóza**, které ukazují snad stejným podezřením na dvě nebo více onemocnění nebo na dvě nebo více tělesných soustav. Prakticky **všechny položky v této kapitole by mohly být označeny jako „blíže neurčené“ „neznámé etiologie“ nebo „přechodné“**.

Komentář: Shora uvedené směrnice indikují základní přístup ke kódování příznaků/znaků, který spočívá v dodržování principu, že se kódují, pokud nebyla stanovena diagnóza a naopak se nekódují, pokud diagnóza byla stanovena (viz také oddíl [Kódování suspektních \(nepotvrzených\) diagnóz](#)). Právě z těchto důvodů je důležité, aby lékař v závěrečné zprávě konstatoval (zejména u příznak/znaků, které nepředstavují obvyklou součást projevu choroby), zda je považuje za vysvětlené stanovenou diagnózou, či nikoliv.

Z uvedeného základního principu, nekódovat příznaky/znaky stanovených diagnóz, existuje výjimka, která ale nemá explicitní oporu ve směrnicih instrukční příručky MKN-10. Výjimka spočívá v možnosti kódovat příznaky, které byly léčeny, nebo ošetřovány nějakým významnějším způsobem samy o sobě, tedy nikoliv pouze nepřímo jako součást léčby diagnostikovaného stavu. Typickým příkladem může být terapeutická punkce pleurálního výpotku, nebo terapeutická punkce ascitu či hemoperitonea; v ošetrovatelské oblasti je to např. hemiplegie.

Pro rok 2015 vytvořilo NRC směrnici v tomto znění:

Směrnice pro kódování příznaků, znaků a abnormálních nálezů

Příznaky, znaky a abnormální nálezy se nekódují v případech, kdy je možné stanovit diagnózu, jež jsou součástí, a tím je zařadit jinam v rámci MKN-10. Výjimku tvoří případy, kdy příznak, znak nebo abnormální nález představuje samostatný medicínský problém vyžadující

- samostatný terapeutický přístup, který významně navyšuje náklady hospitalizace nebo
- samostatný ošetrovatelský přístup, který významně navyšuje náklady hospitalizace.

Pod samostatným terapeutickým a ošetrovatelským přístupem se rozumí intervence a ošetrovatelská péče, které by nebyly součástí terapeutického postupu v rámci stanovené diagnózy v případě, kdy by předmětný příznak, znak či abnormální nález nebyly přítomny. Za samostatný terapeutický a ošetrovatelský přístup se nepovažuje zintenzivnění poskytované péče (tj. navýšení denní terapeutické dávky léčiva apod.).

Příznak, znak nebo abnormální nález může být na místě HDG, splňuje-li současně podmínky pro vykázání i požadavky na HDG.

⁹ myšleno – kódy kapitoly XVIII a XXI

Příklad OBEC 7 – kódování příznaku na místě HDG

64letý pacient přijat k punkci progredujícího ascitu, při již diagnóze idiopatické retroperitoneální fibrózy, stanovené při předchozích hospitalizacích. Během hospitalizace byly provedeny 2 odlehčovací punkce, odpuštěno celkem 6,5l slámově žluté tekutiny charakteru transudátu, vzorky odeslány na cytologii, kde potvrzeno že se nejedná o malignitu Po dvoudenní hospitalizaci propuštěn domů.

Otázka dalšího postupu stran idiopatické retroperitoneální fibrózy bude řešena ambulantně.

HDG: R18 - Ascites

VDG: bez

Příklad OBEC 8 - kódování příznaku na místě HDG

50letá pacientka přijata neodkladně na ORL oddělení pro epistaxi patrně v souvislosti s náhlým zvýšením TK při již známé a léčené hypertenzi.

Epistaxe byla léčena zavedením přední i zadní balonkové tamponády. Současně byla provedena úprava antihypertenzivní léčby. Po třídní hospitalizaci propuštěn domů.

HDG: R040 - Krvácení z nosu – epistaxis

VDG: I10 - Esenciální (primární) hypertenze

Příklad OBEC 9 - kódování příznaku

17měsíční chlapec přijat pro první ataku febrilních křečí. V anamnéze 3 dny trvající respirační infekce. Při přijetí febrilní, ve vstupní laboratoři nízké zánětlivé parametry, kultivačně běžná flora v nose i krku. Oční pozadí i neurologické vyšetření s normálním nálezem. Provedeno EEG vyšetření bez průkazu epileptických grafoelementů.

Uzavřeno, že jde o febrilní křeče při odeznívajícím zánětu horních cest dýchacích.

HDG: R560 - Febrilní křeče

VDG: bez

Příklad OBEC 10 – příznak versus rozpoznaná příčina

Tříletý chlapec s dva dny trvajícím respiračním infektem. V odpoledních hodinách v den příjmu doma zachyceno promodráání kolem úst a křeče horních končetin, teplota 39,5⁰ C. Přivolaná RZP, dítě již při vědomí, podán Diazepam p.r. Po přijetí teplota 38,9⁰ C, ORL konsilium diagnostikuje nehnisavý zánět středního ucha, zahájena ATB léčba. Od třetího dne afebrilní. Doporučeno další vyšetření ambulantně.

HDG: H651 Jiný akutní nehnisavý zánět středního ucha

VDG: R560 Febrilní křeče

3.9 Kódování manifestací rozpoznaných onemocnění

Mezi příznaky, znaky a abnormálními nálezy a tzv. manifestacemi nemocí neexistuje ostrá hranice.

Pro kódování manifestací rozpoznaných onemocnění platí stejná pravidla jako pro kódování příznaků, znaků a abnormálních nálezů.

Komentář

Uvedená směrnice lze aplikovat na situace, které jsou někdy zdrojem nejasností, jako jsou např. stenózy, píštěle, nebo manifestace (oční, kloubní a jiné) u systémových onemocnění či různých syndromů.

Příklad

Příklad OBEC 11 – kódování manifestací známé nemoci

Bude uveden příklad (po sladění s kapitolou Gastroenterologie)

3.10 Kódování akutních a chronických stavů

Tam, kde je hlavní stav uveden jako zároveň akutní (subakutní) a chronický, a MKN disponuje zvláštními položkami nebo podpoložkami pro každý z nich, ale nikoliv pro jejich kombinaci, použije se jako preferenční hlavní stav položka pro akutní stav.

Příklad

Příklad OBEC 12 – kódování akutních a chronických stavů

65 muž s již známou a léčenou chronickou ischemickou srdeční chorobou je přijat pro projevy nestabilní anginy pectoris. Je provedena angioplastika koronární tepny s implantací stentu.

HDG I20.0- Nestabilní angina (pectoris)

VDG: I25.1- Aterosklerotická nemoc (choroba) srdeční

Komentář:

V názvu obou onemocnění není přímo vyjádřeno, že jde o chronickou a akutní formu jednoho onemocnění, ale věcně tomu tak, je proto je nutné aplikovat pravidlo pro kódování akutních a chronických stavů.

3.11 Náhodné nálezy

Náhodné nálezy se nekódují, pokud na ně nebylo reagováno způsobem, který splňuje některé z kritérií pro kódování vedlejších diagnóz.

Komentář:

U náhodných nálezů je vhodné položit si otázku, jak na ně bylo reagováno. Pokud na ně nebylo reagováno nijak, nelze je kódovat. Pokud na ně bylo reagováno tak, že je splněno jedno z kritérií pro vedlejší diagnózu (viz [Zahnutí stavů mezi kódované \(vykazované\)](#)), je správné je kódovat.

Příklad OBEC 13 – kódování náhodných nálezů

70letá žena měla před 5 roky resekci hepatální flexury tračníku pro karcinom a nyní je přijata v rámci plánovaného sledování. Při koloskopii je zjištěn adenom sestupného tračníku a dále mnohočetné divertikly sigmatu. Adenom je odstraněn endoskopickou polypektomií a pacientka je pozvána k další kontrole za 3 roky.

HDG: D12.6 – Nezhooubný novotvar tračníku

Komentář:

Divertikly tlustého střeva jsou zde náhodným nálezem. Nelze je kódovat, přestože je správné je uvést do diagnostického souhrnu. Běžné poučení pacientky při propuštění (o povaze onemocnění divertikly apod.) nenaplnuje kritéria pro vykazání VDG.

3.12 Mnohočetné stavy

Tam, kde jsou mnohočetné stavy zaznamenány v položce označené „Mnohočetné...“ a kde nepřevažuje žádný jednotlivý stav, má se použít kód pro položku s „Mnohočetné...“ jako preferenční kód; mohou být připojeny dodatkové kódy pro jednotlivé zaznamenané stavy.

Takové kódování je vhodné zvláště pro stavy spojené s onemocněním HIV, pro úrazy a následky.

Komentář:

Ke směrnici MKN-10 je vhodné dodat, že připojení dodatkových kódů pro jednotlivé stavy je důležité pro správnou DRG klasifikaci případu v MDC Polytrauma.

Instrukční příručka uvádí některé situace, kdy není správné použít kód pro mnohočetné úrazy:

U zlomenin lebky a obličejových kostí s přidruženým poraněním nitrolebním se kóduje nitrolební poranění jako „hlavní stav“

U nitrolebního krvácení uvedeného společně pouze s ostatními poraněními hlavy se kóduje nitrolební krvácení jako „hlavní stav“

U zlomenin uvedených spolu s otevřenými poraněními pouze v téže lokalizaci, kóduje se zlomenina jako „hlavní stav“.

Příklad OBEC 14 – použití kódů pro mnohočetné stavy

Třináctiletý pacient byl sražen jako chodec automobilem. Přijat pro kraniocerebrálním poraněním s velmi pozvolnou úpravou poruchy vědomí, dále pak s mnohočetnými povrchovými poraněními obličeje a trupu a se zlomeninou tibie. Provedena MR mozku; zlomenina tibie léčena osteosyntézou.

Kraniocerebrální poranění uzavřeno jako difuzní axonální poranění mozku.

HDG: T068 - Jiná určená poranění postihující více částí těla

VDG: S0620 – Difuzní poranění mozku; neotevřená rána

S8210 – Zlomenina horní části holenní kosti; zavřená

T008 – Povrchová poranění postihující jinak kombinované části těla

3.13 Překlady mezi nemocnicemi

V případě, že pacient je přijat překladem z (více specializované) nemocnice, kde se léčil pro akutní problém, je namístě používat kódy pro následnou péči, nebo pro chronické stavy. Použití kódů pro akutní problém není vyloučené, ale vyžaduje specifické zdůvodnění.

Komentář:

Kódy pro akutní problém nelze v žádném případě přebírat „automaticky“. Je třeba rozpoznat, v čem spočívá těžiště péče, tedy s jakým cílem byl pacient přeložen. Pokud byl přeložen s cílem péče o ránu, minimalizace rizik komplikací, rehabilitaci apod., je namístě použití Z kódu pro následnou péči. Plánované úkony, jako je např. rtg snímek po osteosyntéze, je nutné také považovat za následnou péči.

Péči o (stále ještě akutní) stav lze považovat např. nutnost pacienta ventilovat.

4. Nedořešené oblasti kódování

V této části jsou uvedeny oblasti,

- které autoři považují za nejasné
- oblasti, které možná zasluhují změnu na úrovni národních směrnic
- u nichž si zástupci ZP vymínili pouze dočasný souhlas (s doporučeními v KM) s tím, že budou při nejbližší příležitosti (což znamená pro rok 2016) podrobeny nové analýze, diskusi a případně revizi

4.1 Oblasti nejasné

Mezi nejasné oblasti, které zasluhují zpřesnění na úrovni národních směrnic, patří:

- Kódování suspektních diagnóz, příznaku a suspektní diagnózy; instrukční příručka dává komplikovaný a ne zcela jasný návod
- Jak kódovat případy přeložené do jiného zařízení akutní péče, jestliže v prvním zařízení je důvodem přijetí akutní stav (např. cévní mozková příhoda nebo trauma) a v druhém zařízení jde o nějakou formu doléčení, avšak nejde o typickou a výhradní následnou péči? Takových případů je poměrně dost a skoro vždy jsou nejasnosti stran kódování. Pokud se kóduje identická hlavní diagnóza, dochází k tomu, že je stanovena stejná úhrada za urgentní akutní stav jako za stav, který už nepředstavuje počáteční formu nemoci. Na druhou stranu kódování pouze chronického stavu nemusí být na místě, protože péče má určité prvky, které se váží k akutní nebo subakutní formě nemoci.
- Zvláštním případem problému, jak a zda kódovat původní (akutní) problém, jsou překlady na rehabilitační lůžko.

4.2 Oblasti – kandidáti na změnu národních směrnic

Za zvážení stojí, zda by (po vzoru zahraničních systémů) mělo být nadále dostatečným kritériem pro kódování stavu

- konzilium, které jenom potvrdí známou diagnózu a nemá další konsekvence v diagnostice a léčbě
- abnormální nález laboratorní, u něhož vliv na péči spočívá pouze v opakování vyšetření

4.3 Oblasti s podmíněným konsenzem ze strany ZP

Zástupci některých zdravotních pojišťoven vyjádřili nesouhlas s aktuálním zněním či interpretací některých směrnic NRC. Předpokládá se, že na základě evidence těchto položek „nesouhlasu“, budou témata znovu otevřena při vhodné příležitosti.

4.3.1 Levná vedlejší diagnóza

Popis problému:

Současná kritéria pro vykazování VDG umožňují vykazovat stavy (např. na základě jakkoliv levné chronické léčby), které neinterferují s diagnosticko-léčebným postupem základního stavu, nevedou k prodloužení hospitalizace, nevyžadují žádnou diagnostiku, a tedy fakticky vůbec nezvyšují náklady případu. To považují zástupci některých zdravotních pojišťoven za nesprávné.

Komentář autorů KM:

Aktuální dikce směrnice NRC nemluví o nákladech, nebo nákladné terapii, ale pouze o terapii. Případná změna nemůže proběhnout na úrovni KM. Dále je třeba upozornit, že kritérium „ceny“ bude velmi obtížně nalézáno a zahraniční systémy ho obvykle nepoužívají.

4.3.2 Udržovací léčba známého onemocnění

Popis problému:

Současná kritéria pro vykazání VDG umožňují vykazovat stavy na základě chronické (udržovací) léčby onemocnění známého před přijetím. To považují zástupci některých zdravotních pojišťoven za nesprávné.

Komentář autorů KM:

Aktuální dikce směrnice NRC mluví pouze o terapii (bez dalšího rozlišování).

Je pravda, že zmíněné stavy nepředstavují patrně dobrý prediktor vyšších nákladů a některé systémy považují kritérium udržovací terapie za nedostatečné pro zařazení stavy mezi VDG. Případná změna ovšem nemůže proběhnout na úrovni KM.