


Metodika kódování diagnóz pro využití v IR-DRG 009.2012

Platná verze MKN-10

Pro rok 2012 je platnou verzí Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 2. aktualizované vydání 10. revize ve znění aktualizované druhé verze platné k 1. 1. 2012 (dále jen „MKN-10“). Tato verze MKN-10 zahrnuje:

 NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM	1 / 5	NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM
--	-------	----------------------------

- Instrukční příručka MKN-10 (druhá verze aktualizovaná k 1. 1. 2012, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha, 2010)
- Abecední seznam MKN-10 (druhá verze 2. vydání aktualizovaná k 1.1.2012, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha, 2011)
- Tabelární seznam MKN-10 (druhá verze 2. vydání aktualizovaná k 1.1.2012, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha, 2011)

Podklady pro kódování

Podkladem pro kódování a jeho revizi/audit je zdravotní dokumentace o hospitalizaci. Všechny kódované stavy musí být uvedeny nebo mít oporu a klinické zdůvodnění ve zdravotní 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.

Metodický postup kódování diagnóz, patologických nálezů, okolností, důvodů kontaktu se zdravotními službami a vnějších příčin (dále „diagnózy“)

Postup kódování diagnóz, patologických nálezů, okolností a důvodů kontaktu se zdravotními službami dle klasifikace MKN-10 určují v tomto pořadí závaznosti:

1. níže uvedené pokyny
2. Instrukční příručka MKN-10, Abecední seznam MKN-10, Tabelární seznam MKN-10

V případě, že níže uvedené pokyny neposkytují jednoznačný návod na řešení konkrétní situace, postupuje se podle pokynů MKN-10.

Uvádí se kód(-y) diagnóz podle MKN-10.

Kódy se uvádějí pouze pro ty stavy a okolnosti, které jsou relevantní pro konkrétní případ hospitalizace.

Používají se povinně pětimístné kódy; třímístný nebo čtyřmístný kód lze uvést pouze tehdy, neexistuje-li odpovídající pětimístný kód.

Hlavní diagnóza

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. 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 hlavní diagnózu nelze kódovat ta onemocnění a stavy, které nastaly v průběhu hospitalizace.

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*
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.

Kódování komplikací zdravotní péče jako vedlejší diagnózy

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

Jestliže je známa příčina komplikace, ke kódu komplikace doplňte dodatkový kód z kapitoly XX.MKN-10, podkapitoly Komplikace zdravotní péče (Y40-Y-80)

Kódování potenciálních problémů spojených s osobní nebo rodinnou anamnézou

Jestliže je v osobní anamnéze pacienta onemocnění, které prodělal v minulosti, jež není aktuálně léčeno nebo je vyléčeno bez průkazu recidivy a přítomnost tohoto onemocnění v anamnéze má vliv na současnou hospitalizaci, použijte pro jeho kódování patřičnou položku XXI.kapitoly MKN-10, podkapitoly Z80-Z99.

Příklady:

1)

Pacient přijat ke kontrolnímu cystoskopickému vyšetření, před 3 měsíci mu byl odstraněn maligní nádor močového měchýře. Nebylo prokázáno reziduum ani recidiva nádoru.

Hlavní diagnóza: Stav po excizi maligního nádoru měchýře. Přijetí ke kontrolnímu cystoskopickému vyšetření.

Vedlejší diagnózy: ---

Výkon: Cystoskopie

Kódovat kontrolní vyšetření po chirurgickém výkonu pro maligní novotvar (Z08.0) jako hlavní diagnózu. Kód Z85.5 (Maligní novotvar močového ústrojí v osobní anamnéze) může být použit jako dodatkový kód.

2)

Pacient přijat k operaci tříselné kýly, má ischemickou chorobu srdeční a před méně než 12 měsíci prodělal infarkt myokardu, proto má zvýšené riziko při operaci v celkové anestezii. Před operací bylo na žádost anesteziologa provedeno interní konzilium.

Hlavní diagnóza: Tříselná kýla

Vedlejší diagnóza: Ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu v osobní anamnéze

Výkony: Herniorafie

Kódovat tříselnou kýlu (K41.9) jako hlavní diagnózu, jako vedlejší diagnózy je možné uvést ischemickou chorobu srdeční (I25.9) a infarkt myokardu v osobní anamnéze (Z86.7).

Směrnice pro kódování akutního infarktu myokardu

Kódem I21- se vykazuje péče o akutní infarkt myokardu včetně péče, která je poskytnutá pro tuto diagnózu ve fázi, která již nepředstavuje vlastní akutní stav. Podmínkou je, že doba mezi vznikem onemocnění a přijetím k hospitalizaci je maximálně 28 dnů. Kódovat stav jako I21.- není možné, pokud je doba mezi vznikem akutního infarktu myokardu a přijetím k hospitalizaci více než 28 dnů. Toto pravidlo nedává možnost kódovat I21- pouze na základě splnění podmínky, že doba mezi vznikem akutního infarktu myokardu a přijetím k hospitalizaci je do 28 dnů; musí být vždy splněna podmínka, že v souvislosti s akutním infarktem myokardu je poskytována zdravotní péče.

Směrnice pro kódování akutního respiračního selhání po operaci

Pro účely vykazování v systému DRG používejte kódy J95.1 a J95.2 pouze v případě, že je neočekávaně z důvodu akutní plicní nedostatečnosti nutná umělá plicní ventilace pacienta déle než 48 hodin po skončení operačního zákroku nebo je z důvodu respiračního selhání nutná neplánovaná intubace pacienta do 30 dnů po operačním zákroku.

Směrnice pro kódování imobility pacienta

Pro účely vykazování v systému DRG je kód R26.3 Imobilita vyhrazen výhradně pro funkční kvadruparesu/kvadruplegii, kdy pacient není schopen pohybu pro onemocnění, jehož není imobilita obvyklou součástí. Funkční stav pacienta odpovídá paralýze, pacient není schopen samostatného pohybu a sebeobsluhy, vyžaduje intenzivní ošetrovatelskou péči, bez které je ohrožen závažnými komplikacemi, jako jsou dekubity, kontraktury a pneumonie. Pro vykázání kódu R26.3 musí být

zároveň splněna podmínka, že imobilita přetrvává v průběhu hospitalizace minimálně 96 hodin nebo je přítomna i při propuštění pacienta. Běžné pooperační nebo poúrazové stavy a akutní exacerbace chorob, kdy je pacient obvykle přechodně imobilní, se kódem R26.3 nesmějí kódovat. Pokud je imobilita způsobena poruchou vědomí klasifikovanou na jiném místě MKN, považuje se rovněž za její obvyklou součást a dodatkový kód R26.3 nesmí být použit.

Směrnice pro kódování rehabilitace

Pokud je pacient hospitalizován na oddělení léčebné rehabilitace (odbornosti 2H1 a 2F1), je tento pobyt považován vždy za samostatný hospitalizační případ, i když se jedná o překlad v rámci jednoho nepřerušovaného pobytu akutní lůžkové péče v jedné nemocnici. Za těchto okolností je příslušná položka Z50.- kódována povinně jako dg. hlavní.

Jako hlavní diagnózu na dokladu z rehabilitačního oddělení uveďte vždy patřičný kód z položky Z50.- a důvod rehabilitace (nemoc, stav, následek) uveďte jako vedlejší diagnózu. V případě, že je úraz nebo onemocnění ještě při pobytu na rehabilitaci léčeno, uveďte jako vedlejší diagnózu kód pro aktivní onemocnění. Pokud již úraz nebo onemocnění léčeny nejsou, uveďte jako vedlejší diagnózu patřičný kód pro následek onemocnění či úrazu nebo jiný důvod rehabilitace.

Pokud je hlavním důvodem celého pobytu pacienta v nemocnici poskytování rehabilitace, postupujte rovněž podle této směrnice i v případě, že pacient je hospitalizován na oddělení jakékoliv jiné odbornosti.

Příslušnou položku kap. XXI, dg. Z50.- kódujte pro účely dalšího vývoje klasifikace DRG jako vedlejší diagnózu v případě, že poskytování rehabilitační péče způsobí prodloužení délky hospitalizace pro vyřešení základní příčiny hospitalizace minimálně o 5 dnů. Zároveň platí, že důvodem setrvání na akutním lůžku je právě poskytování rehabilitační péče, kterou nelze nebo není vhodné poskytnout ambulantní formou.

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 a jako vedlejší diagnózu uveďte kód maligního novotvaru, pro který byla chemoterapie nebo radioterapie indikována.

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 nevolnost a zvracení a/nebo dehydratace, uveďte jako hlavní diagnózu chemoterapii Z51.1 nebo radioterapii Z51.0 následovanou uvedenými komplikacemi.