

Jiří Šedo

DRG V PRAXI

Seznámení s českou implementací úhradového systému DRG

2013



Upozornění

Všechna práva vyhrazena.

Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Galén

Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5

www.galen.cz

© Galén, 2013

Jiří Šedo

DRG V PRAXI 2013

Seznámení s českou implementací úhradového systému DRG

Galén

Autor

MUDr. Jiří Šedo

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Recenzenti

MUDr. Petr Čech

Národní referenční centrum, Consult Hospital, s.r.o.

Jana Homrová

Krajská zdravotní, a.s. se sídlem v Nemocnici Chomutov, o.z.

Ing. Petr Sláma

SW Lab, s.r.o.

Ing. Lubomír Štěrba

SW Lab, s.r.o.

Jiří Šedo**DRG V PRAXI 2013****Seznámení s českou implementací úhradového systému DRG**

První vydání v elektronické verzi

Vydalo nakladatelství Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5

Editor nakladatelství PhDr. Lubomír Houdek

Šéfredaktorka nakladatelství PhDr. Soňa Dernerová

Odpovědná redaktorka Mgr. Zuzana Hladíková

Obrazová dokumentace z archivu autora

Grafický návrh a sazba Alena Laňková

G 321057

Určeno odborné veřejnosti

Všechna práva vyhrazena.

Tato publikace ani žádná její část nesmějí být reprodukovány, uchovávány v rešeršním systému nebo přenášeny jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu nakladatelství.

Autor a nakladatel vynaložili značné úsilí, aby informace o léčivech odpovídaly stavu znalostí v době zpracování díla. Nakladatel za ně nenese odpovědnost a doporučuje řídit se údaji o dávkování a kontraindikacích uvedených výrobcí v příbalovém letáku příslušného léčivého přípravku. Týká se to především přípravků vzácněji používaných a nově uváděných na trh.

V textu jsou používány ochranné obchodní známky léků a dalších produktů.

Absence symbolů ochranných známek (®, ™ ap.) neznámá, že jde o nechráněné názvy a značky.

© Jiří Šedo, 2013

© Galén, 2013

ISBN 978-80-7492-011-0 (PDF)

ISBN 978-80-7492-012-7 (PDF pro čtečky)

Obsah

1. ÚVOD	9
2. ZÁKLADY DRG	11
Přínosy a poslání DRG	11
Předchozí úhradové systémy v ČR.....	15
3. DRG KROK ZA KROKEM	17
Případ hospitalizace	17
Klíčové charakteristiky hospitalizačního případu ...	18
Hlavní diagnóza	19
Vedlejší diagnóza	20
Další pravidla a výjimky	23
<i>Kódování komplikací zdravotní péče</i>	
<i>jako vedlejší diagnózy</i>	<i>25</i>
<i>Směrnice pro kódy, které lze vykázat jako</i>	
<i>vedlejší diagnózu pouze při propuštění</i>	
<i>nebo překlady živého pacienta</i>	<i>25</i>
Rozdělení případů do skupin podle hlavních	
a vedlejších diagnóz	26
MDC	28
Kritický výkon.....	28
DRG báze.....	30
Zařazení do konečné skupiny DRG	30
Výjimky z obecného algoritmu.....	32
Relativní váha případu.....	32
Case-mix.....	34
Další charakteristiky ovlivňující relativní váhu	35
Vliv délky hospitalizace na relativní váhu případů	35
Výpočet relativní váhy u časového outliera ^{Úroveň 2} ...	37
Pojem „ekonomický outlier“	39
Ocenění případu	41

Specifické DRG skupiny Úroveň 2	42
<i>DRG markery</i>	42
<i>DRG skupiny 888XX</i>	44
<i>DRG skupiny 99980, 99990</i>	46
4. EFEKTIVNÍ MANAGEMENT	
V SYSTÉMU DRG	47
Nastavení motivací v systému	
výkonově-pausálních úhrad.....	47
Nastavení motivací v systému DRG	48
Cesty ke zvýšení efektivity zařízení v systému DRG	50
Fixní v. variabilní náklady.....	50
Zkrácení délky hospitalizace a optimální obložnost ...	50
Hospitalizační případ v systému DRG	53
Optimální obložnost oddělení v DRG.....	54
Snižování nákladů na hospitalizaci	56
Spektrum chirurgických výkonů	56
Mezioborová péče o pacienty.....	58
5. SPRÁVNÉ KÓDOVÁNÍ POMOCÍ	
MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ ...	60
MKN a její desátá revize	60
<i>Tabelární část</i>	61
<i>Instrukční příručka</i>	61
<i>Abecední seznam</i>	62
Postup k určení správného kódu diagnózy	62
<i>Zkratka NS (nespecifikovaný)</i>	67
<i>Zkratka NJ (nezařazený jinde)</i>	67
<i>Systém „křížků a hvězdiček“</i>	68
Problematika upcodingu	69
Chybný výběr hlavní diagnózy	69
Upcoding formou vedlejších diagnóz.....	70

6. KALKULACE RELATIVNÍCH VAH	72
Vysvětlení pojmu „relativní váha“	72
Proces stanovení relativních vah.....	72
Auto-regulační a auto-potenciační mechanismy DRG	74
Správné pochopení pojmů.....	75
7. ÚHRADOVÉ VYHLÁŠKY	
A METODICKÉ MATERIÁLY	77
1. Úhradová vyhláška	77
2. Metodické materiály	77
3. Definiční manuál a grouper.....	78
4. Číselníky relativních vah	80
Úhradové vyhlášky	81
Úhradová vyhláška pro rok 2013.....	82
8. TESTOVACÍ PŘÍKLADY.....	90
Okruh 1 – Hlavní diagnózy	90
Okruh 2 – Vedlejší diagnózy a markery.....	97
PŘÍLOHA 1	103
PŘÍLOHA 2	113
PŘÍLOHA 3	123
PŘÍLOHA 4	131
ODKAZY.....	138
ZKRATKY	141
ABSTRAKT	143
AUTOR	144

1. Úvod

I v České republice se již klasifikační systém DRG etabloval jako základní pilíř úhrad za hospitalizační péči. S tím souvisí i potřeba vzdělávání zdravotníků nejen v oblasti samotných pravidel pro kódování v tomto systému, ale hlavně v tom, jak DRG mění celkový pohled na efektivitu lůžkové péče. Způsob úhrady zcela mění motivace účastníků systému a má bezpochyby zásadní vliv na rozhodování zdravotníků v procesu léčby, ať už je to v pozitivním či negativním směru.

DRG se stalo pro zaměstnance českých nemocnic denní realitou, a přesto až do minulého roku chyběla na českém trhu publikace, která by všem zdravotníkům i administrativním pracovníkům zprostředkovala základní seznámení s tímto klasifikačním systémem, jak je tomu ve všech západních zemích. Příručku, která by představila základní koncept tohoto klasifikačního systému v širších souvislostech, ale zároveň neopomíjela jeho praktické dopady.

Proto jsme se rozhodli společně s nakladatelstvím Galén tuto mezeru vyplnit a od roku 2012 jsme začali vydávat publikaci, která by mohla najít svoje uplatnění na pracovním stole Vás všech, kteří přímo či nepřímo přicházíte se systémem DRG do styku. Od samotných kodérů přes sekundární lékaře až po vedoucí pracovníky a manažery, pro které jsme zařadili kapitoly o efektivním managementu v úhradovém prostředí DRG.

Cílem této publikace je zprostředkovat rychlé seznámení se zcela základními principy DRG, neklade si tedy ambici plně téma DRG vyčerpat a obsáhnout ho v celé jeho šíři. Kapitoly jsme navíc rozdělili podle úrovně předpokládaných znalostí čtenářů. Ty pro pokročilejší jsou označeny

jako úroveň 2, neoznačené kapitoly považujeme za úroveň první – tedy pro úplné začátečníky. Zájemci o historii vývoje DRG v jiných zemích a o další témata mohou sáhnout po české publikaci Klasifikační systém DRG (Kožený et al., Grada 2010).

Parametry implementace českého systému DRG se mění s každým rokem, a navíc vždy až na poslední chvíli, či dokonce zpětně s příchodem nového kalendářního roku, čímž je vždy nutně opožděn i proces přípravy publikace.

Proto jsme jako doplněk k této publikaci připravili i webové stránky **www.drgvpraxi.cz**, kde naleznete rychlé aktualizace publikace z předchozího roku ještě před tím, než vyjde tištěná verze publikace na následující rok, a případně i další novinky ze světa DRG.

Novinkou letošního vydání publikace jsou čtyři základní metodické materiály vydávané Ministerstvem zdravotnictví ČR – naleznete je v příloze.

Na závěr mi dovolu poděkovat všem recenzentům za pečlivé pročtení textu a velmi cenné připomínky.

Jiří Šedo
leden 2013

2. Základy DRG

Systém „Diagnosis Related Groups“, pro který se již etablovala zkratká DRG, se obvykle do českého jazyka překládá jako systém „Skupin vztažených k diagnóze“. Název sám napovídá, že jde o určitý klasifikační nástroj, jehož základním principem je rozdělení léčených pacientů do skupin podle diagnóz.

Systém byl vyvinut v sedmdesátých letech 20. století v USA v rámci projektu na prestižní Yale University. V 80. letech pak DRG postupně implementoval do svých úhradových mechanismů program Medicare, rozsáhlý systém federálního pojištění, s cílem zbrzdit tempo růstu nákladů na zdravotní péči a mimo jiné i přinést větší vyváženost při distribuci prostředků mezi jednotlivé poskytovatele. Systém DRG byl záhy rozšířen v USA i mimo program Medicare pro ostatní pojistitele a následně ho také poměrně rychle začaly přebírat i další země. Jednotlivé státy nebo uskupení států si sice zpravidla vyvíjely a vyvíjí vlastní modifikace systému, ale základní koncept úhrady je stále společný. Dnes je klasifikace na principu DRG využívána ve většině zemí Evropské unie, kde je široce uplatňována především v úhradách za hospitalizační péči, ale postupně již proniká i do ambulantní sféry. V ČR bylo DRG v úhradách poprvé plošně uplatněno v roce 2007. Konkrétně byl zvolen systém International-Refined DRG (zkratka IR-DRG), který byl částečně adaptován na podmínky českého zdravotnictví.

Přínosy a poslání DRG

Řekněme si ale nejdříve, v čem byla tato, v zásadě jednoduchá, myšlenka tak inspirující a proč sklídila tak velký celosvětový ohlas.

Kdybychom si vzali soupis všech pacientů, kteří byli propuštěni z hospitalizace v jedné konkrétní okresní nemocnici za určitý měsíc, dostaneme dlouhý seznam několika set či několika tisíc hospitalizací pacientů s různou hlavní diagnózou, lišící se navzájem prakticky ve všech charakteristikách, jako jsou délka hospitalizace, náklady na intervence apod. Takový seznam je velmi obtížně uchopitelný pro jakoukoliv analýzu, není přehledný, a tím se znehodnocuje jeho informační hodnota. Projevuje se to především tehdy, když proti sobě stojí poskytovatel a plátce péče, kteří potřebují navzájem vykomunikovat způsob, jakým bude stanovena úhrada za poskytnutou péči.

Systém DRG přichází s myšlenkou, aby se hospitalizace (nebo přesněji *případy hospitalizace*)¹ seřadily na základě podobnosti do větších skupin, které budou mít svůj název. Případy v každé skupině by měly být podobné z hlediska průměrně vynaložených nákladů, ale i z hlediska klinické podobnosti.

Jako příklad jedné takové DRG skupiny můžeme uvést skupinu „nekomplikované velké výkony na tlustém a tenkém střevu“, kam jsou řazeny hospitalizace pacientů, kteří podstoupili některý z určených zákroků. Do jiné skupiny jsou řazeni pacienti, již se léčili například pro komplikovanou plicní embolii atd.

Při využití DRG jako úhradového mechanismu se pak pro všechny případy v dané skupině stanoví jednotná úhrada, která je dopředu známá nebo alespoň odhadnutelná jak plátcem, tak poskytovatelem péče. Systém DRG tedy dává poskytovateli péče poměrně jasnou představu o tom, kolik

Pozn. 1 / Pojem „případ hospitalizace“ bude vysvětlen ve zvláštní kapitole na str. 17.

dostane v úhradě za každého pacienta třeba právě s komplikovanou plicní embolií. Stejně tak umožňuje i plátcí péče, aby zhodnotil, kolik prostředků vynaloží na pacienty v dané konkrétní skupině. To je důvod, proč jsou úhradové systémy postavené na principu DRG označovány přízviskem „prospektivní“.

Úhrada stanovená pro případy v jakékoliv DRG skupině by měla odpovídat průměrným nákladům na léčbu případů v této skupině, ačkoliv pojem průměr nelze v tomto kontextu chápat jako statistickou funkci. Způsob výpočtu úhrad bude podrobněji popsán později ve zvláštní kapitole, nicméně vycházejme z toho, že úhrada je stanovena obvykle tak, že přibližně polovina případů v jedné skupině je reálně nákladnější, než by odpovídalo této úhradě, a u druhé poloviny platí opak.

Tím se dostáváme k další výhodné charakteristice systému, kterou není onen tradiční model „platby za náklady“ (angl. „Fee for Service“), ale v případě DRG mluvíme o principu „platby za předpokládané náklady“.

Znamená to, že poskytovatelé dostanou úhradu za určitý počet hospitalizací pacientů s nekomplikovaným výkonem na střevech nebo za určitý počet hospitalizací pacientů se závažnou plicní embolií, ale není zohledněno, zda jedno zařízení spotřebovalo k léčbě stejného počtu pacientů s komplikovanou plicní embolií dvojnásobek prostředků než jiné zařízení. Poskytovatel tedy dostane uhrazeno podle toho, kolik v určité zemi léčba průměrného pacienta s danými charakteristikami obvykle stojí, což ho motivuje k tomu, aby na léčbu nevynakládal více prostředků, než je nezbytně nutné a než je obvyklé.

Díky tomu dostáváme možnost mezi sebou zdravotnická zařízení porovnávat z hlediska objemu poskytnuté péče

a o něco spravedlivěji rozdistribuovat úhradu mezi jednotlivá zařízení.

Nicméně již na tomto místě můžeme zmínit, že toto pravidlo neplatí absolutně – systém DRG přece jenom různými mechanismy rozlišuje rozdíly mezi jednotlivými případy hospitalizace a počítá s tím, že pacienti se mohou lišit například podle komorbidit a nebo mohou být hospitalizace komplikované z řady vnějších příčin. Podrobněji si tyto mechanismy opět popíšeme v dalších kapitolách.

Jak již vyplynulo z předcházejícího, cílovým bodem konceptu DRG je nakonec vždy efektivita – poskytovatelé by měli léčit pacienty co možná nejefektivněji a měli by být motivováni ke snižování nákladů na léčbu.

Efektivní chování může například spočívat v tom, že zařízení pacienta po залечení co nejdříve propustí z hospitalizace a hospitalizaci zkrátí na nezbytně nutnou dobu. Stejně tak je snaha, aby se zařízení vyvarovala zbytečných vyšetření a byla ordinována skutečně jenom ta potřebná.

Rozšíření systému DRG ve většině rozvinutých zemí dokládá to, že tento systém ve srovnání s alternativními úhradovými systémy dokáže zřejmě nejlépe motivovat ke zvyšování efektivity péče, aniž by na druhé straně výrazněji trpěla její kvalita.

Obecně je potřeba vzít v úvahu, že všechny existující úhradové systémy jsou nějakým způsobem nedokonalé a nedokážou zaručit absolutně spravedlivou distribuci prostředků mezi poskytovatele, zvláště pokud má být zhodnocena i kvalita poskytnuté zdravotní péče. Úhradové systémy na principu DRG jsou však dnes v rozvinutém světě považovány za ty nejvhodnější.

Předchozí úhradové systémy v ČR

V ČR byl od počátku 90. let pro akutní lůžkovou péči aplikován **systém platby za výkon**. Někdy je též označován za tzv. bodový systém. Znamená to, že teoreticky za všechny výkony či služby, které nemocnice poskytla, dostala také zapláceno. Některá zdravotnická zařízení využívající možností tohoto systému tak začala dramaticky navyšovat množství výkonů ne zcela nezbytných k vyléčení pacienta a narůstaly též s tím spojené náklady. Do tohoto ekonomicky nevýhodného systému tedy bylo nutné vnést zásadní regulační opatření, což bylo učiněno v roce 1997, kdy hovoříme o zavedení konceptu tzv. **paušální úhrady**. Úhrada v aktuálním období se srovnávala s některým z předchozích období a navýšení či snížení úhrady se lišilo od předchozích období pouze o jednotky procent, i když se množství poskytnutých služeb (a také vykázaných nákladů) mohlo lišit mezi obdobími dosti výrazně.

Systém nemotivoval zdravotnická zařízení k přijímání nových pacientů či rozvíjení centralizovaných programů a svojí rigiditou tak neustále snižoval tzv. „responsiveness“ systému čili neumožňoval reagovat na měnící se poptávku po zdravotních službách a nemotivoval správně ke zvyšování efektivity péče. Navíc se prohlubovaly rozdíly ve výši úhrad za stejný objem péče mezi jednotlivými zařízeními a docházelo tak k jasným nespravedlnostem systému.

Tento původně provizorní systém úhrady nakonec plně fungoval až do roku 2007, kdy začal být postupně pro stanovení zmíněného paušálu zaváděn právě systém DRG. Zpočátku však šlo o velmi redukovanou podobu, kdy bylo zachováno okleštění systému v principu podobném paušálním platbám a jeho zavedení tedy nemohlo vést k očekávaným efektům v systému.

V roce 2012 a 2013 se již setkáváme se snahou sjednotit podmínky pro všechny poskytovatele formou přiblížení tzv. základní sazby, což je tedy další krok upevňující postavení DRG v úhradách za hospitalizační péči.

3. DRG krok za krokem

Případ hospitalizace

Pojem „případ hospitalizace“ je sice poněkud neosobní označení, ale zato velmi účelné. Případem hospitalizace rozumíme jeden pobyt pacienta v jednom zdravotnickém zařízení na lůžku akutní péče.

Případ hospitalizace je uzavřen zpravidla propuštěním pacienta ze zařízení, nezávisle na tom, na jakých odděleních akutní lůžkové péče pobýval.

***Příklad:** Pacient byl přijat k implantaci endoprotézy na ortopedické oddělení. Hospitalizace byla komplikována plicní embolií, pro kterou byl přeložen na centrální jednotku intenzivní péče a následně byl přeložen na standardní interní oddělení nemocnice. Vše je považováno za jeden případ hospitalizace.*

Metodika pro rok 2013² stanoví, že případ hospitalizace může být uzavřen i za těchto situací:

- Překladem pacienta na lůžko standardní rehabilitační péče (odbornost 2F1 a 2H1) ve stejném zařízení. Tato péče je totiž hrazena jiným úhradovým mechanismem.
- Přeložením pacienta do jiného zdravotnického zařízení na více než jeden kalendářní den.

Naopak v situaci, kdy dojde k další hospitalizaci pacienta v témže zařízení v rozmezí kratším, než jsou dva kalendářní dny, spojuje se tento hospitalizační případ do jednoho.

***Příklad:** Pacient hospitalizovaný v okresní nemocnici, který je 12. března přeložen do fakultní nemocnice k intervenčnímu*

Pozn. 2 / Metodika sestavení případu hospitalizace, verze 010, příloha č. 3.

výkonu, jenž je proveden následující den. Den po výkonu, tedy 14. března, je pacient přeložen zpět do okresní nemocnice.

Léčba tohoto pacienta je z pohledu okresní nemocnice považována za jeden hospitalizační případ, poněvadž hospitalizace byla přerušena pouze na jeden kalendářní den (13. března). Pojišťovna pacienta pak náklady na hospitalizaci pacienta mezi nemocnice rozúčtuje.

Pokud by však pacient byl do fakultní nemocnice přeložen na delší dobu, jeho léčba by se rozpadla do tří jednotlivých hospitalizačních případů, z toho dva v okresní nemocnici.

Analogicky by se situace řešila v případě, že by pacient byl na tuto dobu přeložen na rehabilitační lůžko.

Klíčové charakteristiky hospitalizačního případu

Každý jednotlivý případ hospitalizace je po svém ukončení popsán určitými charakteristikami, pomocí kterých ho dané zdravotnické zařízení zařadí do správné DRG skupiny a stanoví jeho relativní váhu. Přehled charakteristik uvádíme v následující tabulce.

Tab. 1

Charakteristiky případu nutné pro jeho správné zařazení do DRG skupiny a určení jeho relativní váhy	
Hlavní diagnóza	K zařazení do správné DRG skupiny
Vedlejší diagnóza	
Kódy provedených výkonů, markery	
Způsob ukončení hospitalizace (propuštění, překlad, úmrtí...), pohlaví	
Stáří pacienta ve dnech a příp. porodní hmotnost	Důležité pro odlišení novorozenců
Délka hospitalizace ve dnech	Ovlivní relativní váhu případu
Výše vykázaných položek ZUM a ZULP	

Hlavní diagnóza

Každý případ hospitalizace je v první řadě charakterizován hlavní diagnózou. Pro potřeby DRG je využíváno kódování těchto diagnóz na základě české verze **Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)** vydávané **Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (UZIS)**.

Hlavní diagnóza je v metodice pro rok 2013³ definována jako *stav vyhodnocený po všech vyšetřeních na konci případu akutní lůžkové péče, který byl primárně odpovědný za potřebu hospitalizace v daném zařízení*. Nemůže se tedy jednat o stav, který se stal až v průběhu hospitalizace.

***Příklad:** Pacient přijatý s dušností na JIP, kde byla na základě CT zjištěna jako pravděpodobná příčina dušnosti rozsáhlá plicní embolie s dilatací pravé síně, bude mít jako hlavní diagnózu uvedenou diagnózu I260 (Plicní embolie s akutním cor pulmonale).*

Existuje-li více než jeden takový primární stav, je třeba vybrat ten, který se považuje za nejvíce zodpovědný za čerpání zdrojů (prostředků).

***Příklad:** Pokud se ve výše uvedeném případě jedná zároveň o pacienta s exacerbací CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc), která se taktéž mohla podle dokumentace na exacerbaci dušnosti podílet, je následně za hlavní diagnózu vybrána podle aktuálně platných předpisů ta diagnóza, za kterou dostane zařízením vyšší úhradu. To si samozřejmě může zařízení při propuštění spočítat.*

V takovéto situaci se ale tiše předpokládá, že na obě potenciální příčiny stavu byla nasazena terapie. Pokud by ve výše uvedeném případě pacient byl léčen antikoagulační terapií a neobdržel

Pozn. 3 / Metodika kódování diagnóz pro využití v IR-DRG, verze 010, příloha č. 1

žádnou terapii zaměřenou na CHOPN, byl by výběr CHOPN jako hlavní diagnózy obtížně obhajitelný.

Jen v případě, že se nedospěje pomocí vyšetření k diagnóze, která byla příčinou stavu, má se za hlavní diagnózu vybrat hlavní příznak, patologický nálezný nebo obtíž.

Příklad: *Pacient s nejasnými bolestmi břicha, u kterého se nezjistí jejich příčina a je propuštěn domů. V tomto případě bude za hlavní diagnózu kódováno R104 (Jiná a neurčená břišní bolest).*

Pokud by však během hospitalizace na základě ultrasonografického vyšetření vzniklo podezření, že příčinou bolestí mohly být žlučnickové kameny, nelze diagnózu R104 kódovat a je zakódována cholecystolithiasa (K802).

Vedlejší diagnóza

U každého případu hospitalizace je nutné taktéž zadat informaci o tom, zda měl pacient před přijetím kromě hlavní diagnózy ještě nějaká další onemocnění doprovázející jeho hlavní diagnózu (komorbidity), či zda byl průběh hospitalizace ovlivněn nějakou komplikací.

Tyto stavy opět kódujeme s využitím MKN klasifikace a v obou těchto případech hovoříme tedy o tzv. vedlejších diagnózách.

Terminologie:

Komorbidity (angl. Comorbidity) – stav, který je u pacienta přítomen při přijetí k hospitalizaci a může či nemusí hospitalizaci komplikovat. Klasickou komorbiditou může být u pacienta přicházejícího k cholecystektomii např. diabetes mellitus, stav po zavedení stentu do koronární tepny, primární arteriální hypertenze či přítomnost tracheostomie po operaci karcinomu hrtanu.

Komplikace (angl. Complication) – stav, který komplikuje aktuálně sledovanou hospitalizaci. U pacienta přijatého pro cholecystektomii to může být např. pád, raná infekce či pooperační krvácení, plicní embolie apod.

Příklad: *Pacient s diabetes mellitus byl hospitalizován pro ikterus. Jako příčina ikteru byl zjištěn karcinom žlučníku. Pacient během hospitalizace prodělal zánět žlučových cest se septickým šokem.*

Hlavní diagnóza: C23 (Karcinom žlučníku)

Vedlejší diagnóza:

*Jako komorbiditu kódujeme E118 (Diabetes mellitus
nezávislý na inzulinu)*

Jako komplikaci kódujeme A419 (Septický šok)

Ne všechny komplikace a komorbidity však ovlivňují náklady na péči a prodlužují hospitalizaci. Proto jsou dále tyto vedlejší diagnózy rozřazeny podle stupně závažnosti do tří skupin. Diabetes mellitus dle výpočtů nezvyšuje náklady ani délku hospitalizace zásadním způsobem, a proto mu byl přiřazen v roce 2013 stupeň závažnosti 1. Naopak septický šok významně zvyšuje náklady a délku hospitalizací, proto mu byl přiřazen stupeň závažnosti 3. Stupeň závažnosti všech vedlejších diagnóz je uveden a lze jej vyhledat v jedné z příloh definičního manuálu.

Pacienti jsou v rámci české verze IR-DRG rozřazováni podle toho, zda se u nich vyskytne některá z vedlejších diagnóz, do tří skupin:

1. „bez CC“, tzn. **bez** závažnější komplikace či komorbidit;
2. „s CC“, tzn. **se závažnější** komplikací či komorbiditou;
3. „s MCC“, tzn. **s velmi závažnou** komplikací či komorbiditou (z angl. Major Complication or Comorbidity).

Ve výše uvedeném příkladě tedy pacient s karcinomem žlučníku bude zařazen do poslední skupiny „s MCC“ díky tomu, že byl ve vedlejší diagnóze kódován kód A419 (Septický šok), jenž má přiřazen stupeň závažnosti 3.