

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 Štěřba

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.) neznamená, 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 překlada 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>Abeecední 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 denodenní 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 vyčerpávat 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 dovoluťe 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 zažitá zkratka 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 plátcům 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.