

DRG

Диагностически связанные группы

2. Диагностические коды МКБ-10

2.1. Введение

МКБ является аббревиатурой *Международной классификации болезней* = *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем*, а "10" - означает ее Десятую ревизию.

Международный стандарт классификации для определения и классификации болезней и причин смерти существенны для изучения заболеваемости и смертности. Для определения причин смерти в 1893 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была разработана международная классификация; эта система в апреле 1948 года, в 6-ой Ревизии (МКБ-6), была расширена болезнями и травмами. Примерно каждые 10 лет проводится ревизия с внесением основных изменений и дополнений, которые необходимы в связи с прогрессом в медицине. Для того, чтобы подчеркнуть важность международной системы статистических исследований и для широкого применения в медицине и здравоохранении, Всемирная организация здравоохранения дала настоящей, десятой Редакции, название "*Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем*" с аббревиатурой МКБ-10. [1]

Введение МКБ в Германии было условно разделено на следующие этапы:

1968 МКБ-8	Введена для стационарного лечения на территории бывшей ГДР
1979 МКБ -9	Принята для стационарного лечения в бывшей ГДР
1986 МКБ -9	Введена для стационарного лечения в бывшей Федеративной Республике
1994 МКБ-10	Принята для стационарного лечения
2000 МКБ-10	Введена для амбулаторного лечения
2000 МКБ-10-SGB V	Модифицированная и сокращенная версия МКБ-10 для немецких стандартов
2000 МКБ-10-СМ	Пересмотренная версия DRG для расчета, одинаковая для стационарного и амбулаторного лечения
2014 МКБ -11	11-ая Редакция ВОЗ (ожидается)

Индикация 2.1: Введение МКБ в Германии

Публикация МКБ осуществляется *Немецким институтом медицинской документации и информации (DIMDI)* от имени Федерального министерства здравоохранения.

В настоящее время на рынке существуют следующие версии МКБ-10:

А) МКБ-10 (ВОЗ)

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Оригинальная версия МКБ-10 состоит из трех основных частей, которые опубликованы в трех отдельных томах.

- **Том 1** содержит некоторые вводные тексты, трехзначную общую систематику (DAS), четырехзначную подробную систематику (VAS), и морфологические коды. E- и V-классификации МКБ-9 интегрированы как отдельные главы в DAS и VAS.
- **Том 2** содержит общее введение в МКБ, правила кодирования смертности и заболеваемости, многочисленные примеры шифров и обзор истории классификации.
- **Том 3** является Алфавитным указателем, включающим обширную коллекцию зашифрованных диагнозов, закодированных причин травм, зашифрованных побочных эффектов и отравлений лекарственными препаратами и химическими веществами

В) МКБ-10 (ВОЗ)

МКБ-10 используется с 01.01.2000 для кодирования диагнозов в амбулаторной и стационарной помощи (в соответствии с № 295 и № 301 SGB V), в частности, для целей общей платежной системы G-DRG. Для этих целей используется МКБ-10-СМ, которая была обозначена до 2003 года, как МКБ-10-SGB-V. GM означает "немецкая модификация", SGB V - расшифровывается как "Социальный кодекс, книга V". Эти специальные издания МКБ-10 основаны на немецком издании МКБ-10-ВОЗ, однако, существенно изменились для целей *Социального кодекса - книга V*. Диагнозы заболеваний, которые не наступают в нашем регионе, или случаются очень редко, здесь не рассматриваются. Таким образом, около 14500 диагнозов ВОЗ были сокращены до примерно 8000 в немецкой версии, однако, в других областях увеличился уровень детализации. МКБ-10-СМ состоит из двух томов [1]:

- **Том 1** содержит систематический указатель, который имеет тот же дизайн и систематический каталог, как и дизайн и структура четырехзначной подробной систематики (VAS) из немецкоязычного издания МКБ-10-ВОЗ. В содержимом есть много различий, которые увеличиваются с каждой новой версией.
- **Том 2** содержит Алфавитный указатель к МКБ-10-СМ с обширной коллекцией зашифрованных диагнозов, с использованием языка, употребляемого в амбулаторном и стационарном обслуживании. До 2004 года алфавитный указатель был известен как МКБ-10 тезаурус диагнозов.

МКБ пересматривается каждый год и соответствует потребностям расчетов DRG. Идентификация текущего срока действия МКБ выполняется посредством указания года, например:

МКБ-10-GM 2010

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Правила для кодирования диагнозов в стационаре (№ 301 SGB V), отражают в немецком кодировании руководящие принципы, которые создаются не DIMDI, а институтами самоуправления и обслуживания (см. главу 4).

2.2. Структура МКБ-10

2.2.1. Система

Иерархическое разделение классификации осуществляется по 4-м основным уровням (четырёхзначная классификация):

- Глава
- Группы
- Категории
- Подкатегории

Первоначально, МКБ-10 разделена на 22 главы, где главы с III по XIV содержат болезни органов основных систем организма, а главы I - II и XV - XXII содержат особые случаи и другие проблемы со здоровьем. В таблице 2.2 сделан обзор 22-х глав. [1]

МКБ-10-GM 2010

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

10-ая Редакция, версия 2010 года, немецкая Модификация

Глава	Группы	Название
I	A00-B99	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
II	C00-D48	Новообразования
III	D50-D90	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, включая иммунный механизм
IV	E00-E90	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
V	F00-F99	Психические расстройства и расстройства поведения
VI	G00-G99	Болезни нервной системы
VII	H00-H59	Болезни глаза и его придаточного аппарата
VIII	H60-H95	Болезни уха и сосцевидного отростка

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Глава	Группы	Название
IX	I00-I99	Болезни системы кровообращения
X	J00-J99	Болезни органов дыхания
XI	K00-K93	Болезни органов пищеварения
XII	L00-L99	Болезни кожи и подкожной клетчатки
XIII	M00-M99	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
XIV	N00-N99	Болезни мочеполовой системы
XV	O00-O99	Беременность, роды и послеродовой период
XVI	P00-P96	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
XVII	Q00-Q99	Врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения
XVIII	R00-R99	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
XIX	S00-T98	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
XX	V01-Y98	Внешние причины заболеваемости и смертности
XXI	Z00-Z99	Факторы, влияющие на состояние здоровья и ведущие к обращению в учреждения здравоохранения
XXII	U00-U99	Коды для специальных целей

Индикация 2.2: Обзор глав МКБ-10-GM 2010

2.2.2. Структура главы и заметки

Правильный код диагноза является основой для расчета платежей по DRG. Не зря говорят, что врач пишет счет с помощью кодирования. Для правильного кодирования, в систематический каталог МКБ включены три вида заметок, которых обязательно необходимо придерживаться:

- **Указ. [Hnw.]:** Указание = подробные объяснения общего характера. На DRG-жаргоне называются "спецификатор".
- **Включ. [Inkl.]:** Включительно = болезнь, включенная в код
- **Исключ. [Exkl.]:** Исключая = болезнь, не включенная в код

Обратите внимание, как эти три вида указаний могут быть организованы в МКБ; следующие отрывки из главы IV показывают пример структуры главы.

Заметки в начале этой главы распространяются на всю главу.

Глава IV

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)

Указание: Все новообразования, будь то функционально активные или нет, классифицируются в главе II. Соответствующие ключевые числа в этой главе о заболевании (то есть, E05.8, E07.0, E16-E31, E34.-) могут быть использованы в дополнение...

Исключая: Осложнения беременности, родов и в послеродовом периоде (O00-O99)
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)
Временные эндокринные и метаболические нарушения, которые являются специфическими для плода и новорожденного (P70-P74)

Эта глава разделена на следующие группы:

E00-E07	Болезни щитовидной железы
E10-E14	Сахарный диабет
...	...
E70-E90	Нарушения обмена веществ

Эта глава содержит следующие категории ключевых цифр со звездочками:

E35* Нарушения работы желез внутренней секреции, классифицированные в других рубриках о железах внутренней секреции, классифицированные в

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

рубриках при других болезнях классифицированных в рубриках при других болезнях

E90* Расстройства питания и нарушения обмена веществ при болезнях, классифицированных в других рубриках

Индикация 2.3: Начало главы

В начале главы есть две типичные ссылки. Во-первых, общие "Указания" - „Указ.“ [„Hinw“]. Под **Исключ. [Exkl.]**: (Исключая) перечислены заболевания или проблемы со здоровьем, которые могут быть допущены в этой главе, но на самом деле их можно найти в других главах или группах, которые указаны в скобках.

Согласно FAQ [часто задаваемым вопросам] DIMDI [Немецкий институт медицинской документации и информации], эксклюзивная информация исключает эти диагнозы для одновременного кодирования:

Можно ли коды, которые упомянуты в “Исключ.” [Exkl.], использовать в сочетании с этим? (Действует с 1.1.2009)

“Исключ.” [Exkl.] код говорит о том, что эксклюзивно-названным кодом классифицируется болезнь или другая причина, соответственно, необычное состояние. Следовательно, оба кода используются одновременно, если оба заболевания / состояния присутствуют у пациентов и диагностически отличаются друг от друга.

Это можно проиллюстрировать на следующем примере:

Код Название класса

P22.- Одышка [респираторный дистресс] у новорожденных
Исключено: Дыхательная недостаточность у новорожденного (P28.5)

P22.0 Респираторный дистресс-синдром [респираторный
дистресс-синдром] у новорожденного
Гиалиново-мембранная болезнь

P28.5 Дыхательная недостаточность у новорожденных

Для этого примера в силе вопрос: Необходимо ли у одного пациента кодировать рядом "Респираторный дистресс-синдром [респираторный дистресс-синдром] новорожденного" (P22.0) и „Дыхательная недостаточность у новорожденных" (P28.5)?

Вышеописанное положение имеет такой вид, так как, согласно общемедицинским взглядам, "Респираторный дистресс-синдром [Респираторный дистресс-синдром]

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

у новорожденного" (P22.0) не обязательно связан с "Дыхательной недостаточностью у новорожденных"(P28.5).

Кроме того, оба Условия могут быть разграничены друг от друга диагностически.¹

В целях обеспечения комплексного представления, следуют все группы глав, а также встречающиеся кодовые номера с индексами «звездочка» (*) (см. пункт 2.2.3 – множественное кодирование).

Комментарии в начале категории затрагивают всю категорию.

Заболевания щитовидной железы (E00-E07)

E00 - Синдром врожденной йодной недостаточности

Вкл.: Эндемичное болезненное состояние из-за прямого дефицита йода в окружающей среде или из-за материнского дефицита йода. Некоторые из этих болезненных состояний не связаны с гипотиреозом, а являются результатом недостаточного поступления йода в организм.

Исключ.: Субклинический гипотиреоз - йододефицит (E02)

E00.0 Синдром врожденной йодной недостаточности, неврологическая форма

Эндемический кретинизм, неврологическая форма

E00.1 Синдром врожденной йодной недостаточности, микседематозная форма

Эндемический кретинизм, неврологическая форма

- гипотиреоид
- микседематозная форма

E00.2 Синдром врожденной йодной недостаточности, смешанная форма

Эндемический кретинизм, смешанная форма

Индикация 2.4: Начало категории

Индикация 2.4 показывает одно дальнейшее типичное указание: „**Включ.**“ [Inkl.]: (Включительно). Среди других распространенных диагностических описаний, предельных случаев, перечисленных симптомов и т.д., которые также относятся к этой области.

¹ Источник: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/taq/ICD-10/faq_0024.html_319159480.html

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Код МКБ „Е00.-“ обозначает только категорию (также, базовые МКБ) и, таким образом, не может быть зашифрован - только с соответствующей подкатегорией, например: „Е00.1“

Примечания любого рода, конечно, могут также появиться непосредственно в отдельных Кодовых номерах.

Номенклатуры

Обычно, номера в МКБ в группе указаны индивидуально в хронологическом порядке. Лишь в редких случаях, по рациональным причинам, работают с номенклатурами. В следующем примере, у начальной группы во всей группе E10-E14 на 4 и 5 месте отмечается следующее:

Сахарный диабет (E10-E14)

Если при медикаментозной индукции должно даваться вещество [субстанция], то дополнительно надо использовать код, отражающий внешние причины (глава XX).

Следующий, четвертый символ, предназначен для использования с категориями E10-E14:

.0 С комой

Диабетическая кома:

- гиперосмолярная
 - ‘с’ или ‘без’ кетоацидоза
- Гипогликемическая кома
Исключ.: Гипогликемическая кома (.6)

.1 С кетоацидозом

Диабетические:

- Ацидоз
 - Кетоацидоз
- без индикации комы

.2† С поражением почек

Диабетическая нефропатия (N08.3 *)

Интракапиллярный гломерулонефроз (N08.3 *)

Синдром Киммелстила — Вилсона (N08.3 *)

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

- .7 С множественными осложнениями
- .8 С неуточненными осложнениями
- .7 Без осложнений

На следующем, пятом месте, надо использовать '0' и '1' с подкатегориями '.2 - .6', также как '.8' и '.9' для категорий E10-E14.

На следующем, пятом месте, '2-5' будут использованы исключительно с подкатегорией '.7' для категорий E10-E14.

Подкатегория '.0' (кома) и '.1' (кетоацидоз), как правило, считаются неуточненными и всегда закодированы на пятом месте через '1'.

- 0 Не обозначен как неуточненный
- 1 Обозначен как неуточненный
- 2 С другими множественными осложнениями, не обозначен как неуточненный
- 3 С другими множественными осложнениями, обозначен как неуточненный
- 4 С синдромом диабетической стопы, не обозначен как неуточненный
- 5 С синдромом диабетической стопы, обозначен как неуточненный

Индикация 2.5.: Основной список в начале группы

Пример полностью зашифрован:

E10.11 Первичный инсулинозависимый сахарный диабет [диабет типа 1] с кетоацидозом, неуточненный

2.2.3. Множественные кодирования

В предыдущих примерах, Вы, возможно, уже обратили внимание на символы "*" или "†" после кодов постановки диагноза. Эти варианты относятся к множественному кодированию - также можно говорить о кодировании "Крест - Звезда - Система". В МКБ-10-GM есть три символа для маркировки множественного кодирования:

† **Первичный диагноз или крест диагноз:** идентифицирует

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

основное заболевание (этиология) - может быть написан самостоятельно

- * **Вторичный диагноз** или **звезда диагноз**: идентифицирует проявление в одном конкретном органе или иной конкретной части тела. Никогда не должен писаться самостоятельно, но только в сочетании с Первичным диагнозом

Вторичный диагноз или **код с восклицательным знаком**, или **дополнительный** диагноз: находится только в немецкой версии МКБ. Крест- и звезда- диагнозы были взяты из оригинальной версии ВОЗ - некоторые "нормальные" диагнозы определены в немецкой версии в качестве опции и, для поддержания совместимости с ВОЗ, они обозначаются „!". Это часто может быть основной причиной лечения. Никогда не должен стоять сам!

Таблица 2.6. : Множественное кодирование

Пример 1:

У пациентов с первичным инсулинозависимым сахарным диабетом [тип диабета I] с поражением глаз, мы используем крест-диагноз E10.3†. В частности, это может быть диабетическая катаракта (H28.0) или диабетическая ретинопатия (H36.0), которые можно различать только по дополнительному вторичному кодированию. Если речь идет о катаракте глаз, то будет следующее кодирование. (См. также рис. 2.5.)

E10.3†, H28.0*

H28.0* никогда не должно быть закодировано самостоятельно, без крест-диагноза!

Пример 2:

Это относится к лечению открытых травм плеча. Диагноз был зашифрован следующим образом:

S42.21 Перелом проксимального конца плечевой кости: головка

Однако, степень тяжести перелома не была полностью изучена. Это происходит только при использовании дополнительного кодирования повреждения мягких тканей:

S41.87! Открытый перелом или вывих I степени плечевой кости

Выполнить кодирование следующим образом:

S42.21†, S41.87!

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

S42.2 изначально не представлена в виде крест- диагноза в МКБ, но используется здесь для первичной диагностики, в связи с вторичным диагнозом.

Пример 3:

Этот случай из DKR 0401 (Пример 5) [3] представляет собой комбинацию из двух крест- звезда- диагнозов в одном урегулировании:

Пациент с сахарным диабетом 1 типа с нарушениями периферического кровообращения в виде прогрессивной диабетической ангиопатии артерий конечностей с болью в состоянии покоя, взят для операции байпаса (аллопластической). Кроме того, лечится диабетическая ретинопатия со значительным ухудшением зрения.

Основной диагноз: E10.50† Первичный инсулинозависимый основной сахарный диабет 1-го типа с нарушениями периферического кровообращения, не обозначен как неуточненный

Вторичный диагноз (ы): 179.2 * Периферийная ангиопатия при болезнях классифицированных в других местах
170.22 Атеросклероз артерий конечностей, таза и ног с болями в состоянии покоя
E10.30† Первичный инсулинозависимый сахарный диабет [диабет типа 1] с поражением глаз, не обозначен как неуточненный
N36.0 * Диабетическая ретинопатия

Примечание: Код 170.22 Атеросклероз артерий конечностей, таза и ног с болями в состоянии покоя, используется в этом примере для более детальной спецификации крест-звездочной системной диагностики. Он здесь не указан в качестве основного диагноза.

2.2.4. Дополнительные возможности

Поскольку данные МКБ-каталога для **локализации заболевания**, как правило, не кодируются, были введены три дополнительные характеристики, которые надо писать после ключевых цифр. Например, это важно не только для пациента, который имеет заболевание глаза, но и для стоимости лечения, которое при заболевании другого глаза должно принять новое, дополнительное лечение заболевания, что имеет последствия, включая выплату пособия по болезни.

R Справа

L Слева

B Обе стороны

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Примеры:

S51.0 L Открытая рана на левом локте

H54.4 R Слепота правого глаза

J18.9 B Пневмония двухсторонняя

Дополнительные обозначения, чтобы указать достоверность диагноза:

G Определено

V Подозревается

Z Состояние после

A Исключение

Требуется выставление необходимых платежей для амбулаторного лечения и опущение для стационарного лечения. Вместо этого, здесь предусмотрены ключевые цифры из главы XXI (*Z00-Z99 Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения*), например:

Z20.3 Контакт с больным и возможность заражения бешенством

Z94.0 Наличие трансплантированной почки

Z48.0 Уход за хирургическими повязками и швами

2.2.5. Остальные классы

Как правило, все распространенные проявления болезней закодированы. Во многих, так называемых, кодах блоков, есть два смежных класса (см. Индикация 2.8 - гастрит):

- Другие ...
- Не указано (неуточнено).

На индикации 2.8 мы находим кодировку "K29.6 Другие гастриты". Эта кодировка будет правильной, если форма гастрита известна, но не показана на блоках, в том числе: гранулематозный гастрит.

Надо выбрать "K29.7 гастрит, не указан", если отсутствует уточняющая информация; например, врач забыл внести эту информацию в документ и, таким образом, уточнения нет. Этот тип кодирования должен применяться только в исключительных случаях - надо всегда как можно точнее и всеобъемлюще делать кодирование.

2.2.6. Кодировочная последовательность (грубо)

Конечно, кодирование осуществляется сегодня, по большей части, на компьютере, посредством эффективных программных решений. Тем не менее, часть основного оборудования на каждом рабочем месте представляет собой действующий МКБ в виде книги (систематика и алфавитный указатель). Последовательность кодирования, работаете ли Вы с книгой или программным обеспечением, то же самое. Конечно, жестких правил не существует, но полезный подход для кодировки хронического гастрита может выглядеть следующим образом:

1. Посмотреть в алфавитном указателе
2. Проконтролировать в систематическом указателе

К 1. Посмотреть в алфавитном указателе

При поиске гастрита могут возникнуть следующие данные:

Гастрит K29.7

- Острый K29.1
- - геморрагический K29.0
- Аллергический K29.6
- Антрум K29.5
- - хронический K29.5
- Атрофический K29.4
- - хронический K29.4
- Бактериальный K29.6
-
- ...
- По причине
- - алкоголизма K29.2
- - хеликобактера пилори K29.7† B96.81!
-

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

-- токсоплазмы B58.8

-- недоедания E63.9† K93.8 *

... и т.д.

Индикация 2.7.: Выдержки из алфавитного указателя - гастрит

Ключевой термин "гастрит" выделен жирным шрифтом; выделенные выражения определяют формы, причины, места и т. д. Кроме того, несколько кодировок перечислены в алфавитном списке!

Очевидно, что нормальный гастрит можно встретить в категории K29 -. в Главе XI - заболевания пищеварительной системы.

K 2. Контроль в систематическом списке

Точность выбранного кода, на всякий случай, должна быть проверена со ссылкой на систематический список. Только здесь мы найдем необходимый обзор и, возможно, необходимую информацию:

K29 -. Гастрит и дуоденит

Исключ.: Эозинофильный гастрит или гастроэнтерит (K52.8)
Синдром Золлингера — Эллисона (E16.4)

**K29.0 Острый геморрагический гастрит
Острый (эрозивный) гастрит с кровотечением**

K29.1 Другой острый гастрит

K29.2 Алкогольный гастрит

K29.3 Хронический поверхностный гастрит

K29.4 Хронический атрофический гастрит

K29.5 Хронический гастрит, неуточненный

K29.6 Другой гастрит ...

K29.7 Гастрит неуточненный. . . и т.д.

Индикация 2.8.: Выдержки из систематических каталогов

○ Категория **K29.- (Гастрит)**

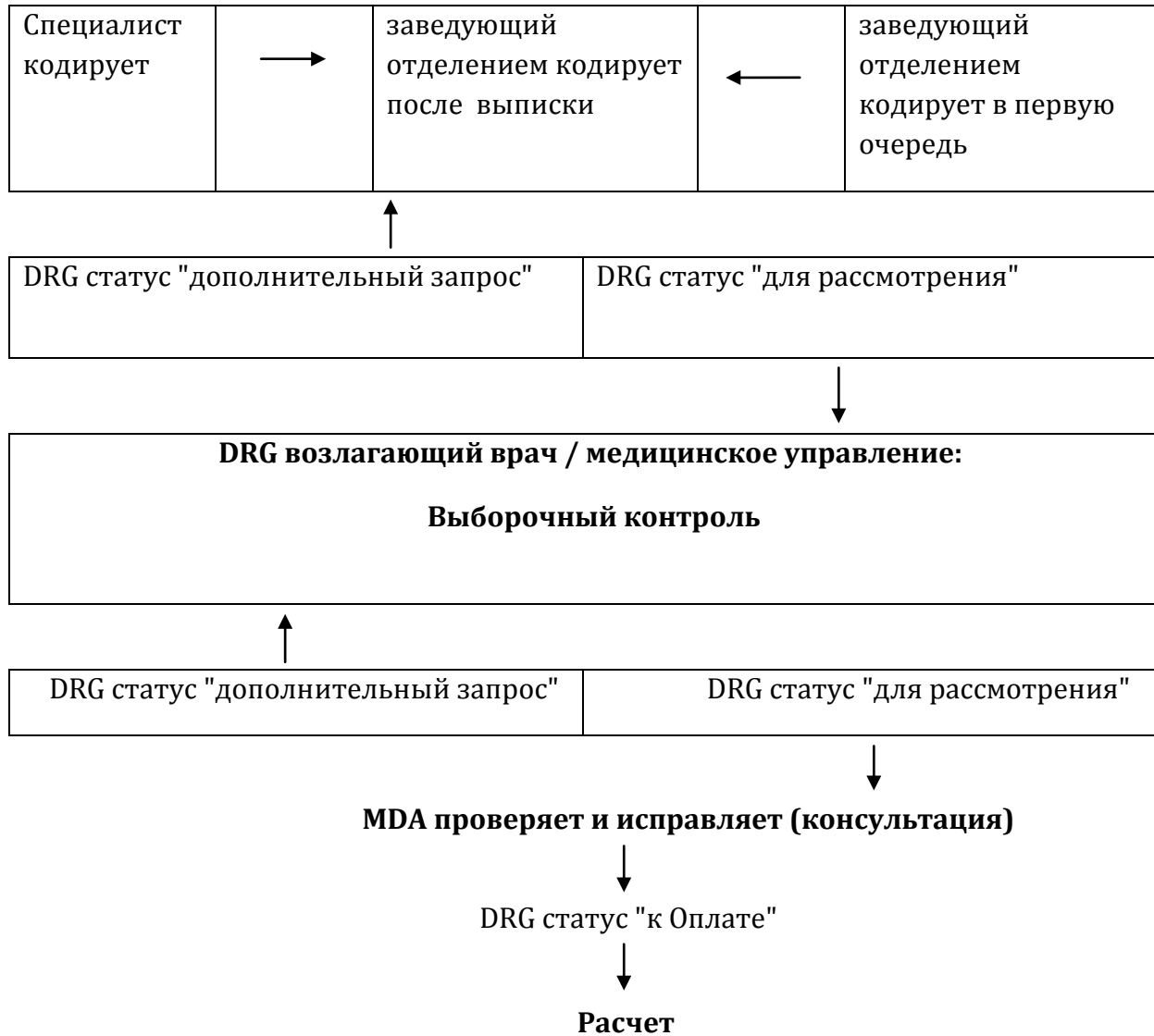
При кодировании диагнозов должны читаться все инструкции, которые также делятся на главы, группы и начальные категории.

Если инструкции не описывают проблему полностью, то надо консультироваться с немецкими принципами кодирования (DKR) (см. главу 4).

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

С экзотическими болезнями можно обращаться к сборнику В03.

Безусловно, **организационный процесс** кодирования в каждой больнице отличается незначительно в деталях. При использовании медицинской ассистентской документации (MDA) следующая схема могла бы проиллюстрировать этот процесс:



Индикация 2.9: Возможные организационные процедуры кодирования

3. Код процедур OPS

3.1. Введение

OPS является аббревиатурой для кода операций и процедур. Использование кодирования процедур изначально утверждено в законе в § 301 SGB V.

OPS является единым национальным кодом процедур, чья систематика основана на Международной классификации процедур в медицине (ICPM) ВОЗ.

Процедура кодовых описаний создана на основе списка голландского ICPM-DE, а также DIMDI, и вступила в силу впервые в 1995 году. Она первоначально нашла применение только для кодирования хирургических вмешательств. С января 2002 года общие медицинские процедуры в больнице начали использоваться в кодированном виде.

Дополнительное развитие OPS выходит на передний план при его использовании для целей системы DRG и связанного с ним внешнего контроля качества. Однако, при модернизации OPS, не ставится задача создать из него один каталог услуг, который сможет удовлетворить все виды потребностей медицинской документации или всеобъемлюще охватить все процедуры. Тем не менее, дальнейшее развитие OPS, как раньше, так и теперь, охватывает целый спектр различных целей. [2]

OPS 2010 года издания, как и МКБ, в двух томах:

- **Том 1:** Систематический каталог
- **Том 2:** Алфавитный указатель

Расширение каталога для OPS

До 2008 года неофициальное расширение каталога являлся дополнением к официальным OPS и поддерживал дифференциацию и оптимизацию DRG каталога, т.е. он обслуживал, в первую очередь, документацию процедур, которые, были необходимы для целей расчетов. Он не должен быть инструментом эффективности для классической документации и может быть использован на добровольной основе.

В изданиях OPS, DIMDI выделил серым цветом ключевые числа неофициальных расширений каталога. [2]

Начиная с 2009 года, однако, больше нет неофициального каталога.

3.2. Структура OPS

OPS является обширным числовым, иерархически структурированным ключом. Он имеет в основе 5-значный уровень дифференциации, разделенный на следующие уровни иерархии:

- Глава
 - Заголовки полей
 - 3-значные
 - 4-значные
 - 5-значные
 - 6-значные

Основные части иерархии состоят из шести глав:

Глава	Название
1	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ
3	ВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА
5	ОПЕРАЦИИ
6	МЕДИКАМЕНТЫ
8	НЕОПЕРАТИВНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ
9	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ

Индикация 3.1.: Обзор главы OPS 2010

Главы не нумерируются последовательно, чтобы соблюдать совместимость с ICPM ВОЗ - первоначально была принята только область ICPM, что оказалось полезным для немецких стандартов. Кроме того, 6-я Глава "МЕДИКАМЕНТЫ" была заново написана в 2008 г.

Код операций имеет топографо-анатомическое строение. Была опущена дифференциация, связанная со специальностью. Это означает, что мероприятия, которые осуществляются посредством нескольких направлений исследований, можно найти в каждой главе об органах. Таким образом, например, процедуры детской хирургии включены в главу, связанную с соответствующим [подлежащим оперативному лечению] органом. Соответственно, нет никаких возрастных дифференциаций. [2]

Каждая глава разделена на такие области, как например, (Выписка):

Глава 5: ОПЕРАЦИИ (5-01 ... 5-99)

5-65...5-71 Операции на женских половых органах

5-72...5-75 Акушерские операции

5-76...5-77 Операции челюстно-лицевых костей

На других местах описываются конкретные процедуры, как показывает следующая индикация:

Акушерские операции (5-72 ... 5-75)

Исключ.: Мониторинг и управление нормальными родами и родами с высоким риском (9-260, 9-261)

Указание: Если применение микрохирургической техники не указано в качестве отдельного кода, то его можно кодировать дополнительно (5-984)

Применение лазерной технологии, если иное не указано в качестве отдельного кода, можно кодировать дополнительно (5-985)

Осуществление повторной операции, если иное не указано в качестве отдельного кода, можно кодировать дополнительно (5-983)

5-72 Роды ягодичного предлежания и инструментальные роды

Указание: Подтверждение эпизиотомии включено в код

Послеродовой уход за новорожденным должен быть закодирован отдельно (9-262)

5-720 Наложение щипцов

5-720 Наложение щипцов

5-720.0 От края таза

5-720.1 От середины таза

5-720.x Другое

5-720.y Неуточнено

Индикация 3.2: Выдержки из Систематического указателя - Акушерские операции.

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Кодировки для наложения щипцов от середины таза будет читаться следующим образом:

Наложение щипцов от среднего таза	5 – 72 0. 1
5 Глава 5 Операции	←
72 Область: Роды <u>ягодичного предлежания</u> и инструментальные роды	← ←
0. наложение щипцов	← ← ←
1 От середины таза	← ← ← ←

В примере артроскопии, мы видим различные предупреждения и маркировки OPS:

1-697 Диагностическая артроскопия

Включ.: Диагностическая эндоскопия околоуставная

Исключ.: Лаваж сустава при терапевтической артроскопии
(5-810.0, .1)

Указание: лаваж сустава в рамках диагностической артроскопии
включен в код

1-697.0 ← → височно-нижнечелюстной сустав

1-697.1 ← → плечевой сустав

1-697.2 ← → сустав локтя

1-697.3 ← → сустав запястья

... ..

... ..

1-697.9 ← → другие суставы на стопе

1-697.a ← → сустав пальца

1-697.b ← → другие суставы рук

1-697.x ← → Другое

1-697.y ← → Неуточнено

Индикация 3.3.: Отрывок из Систематического указателя - диагностическая артроскопия

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

В зависимости от подраздела, кодовые номера могут быть от 4-х до 6-значными; обычно они 5-значные.

Буквенно-цифровая структура деления

Была использована алфавитно-цифровая структура деления, потому что для охвата необходимого содержания было недостаточно 10-численной нумерации подразделов. Буквенно-цифровые обозначения можно найти на 4-ом, 5-ом и 6-ом местах систематики, например:

1-697.a диагностическая артроскопия сустава пальца

Остальные классы

Буквы "х" и "у" используются для остальных классов и могут возникать в разных местах и стоять для следующих обозначений:

х = другая процедура

У = не указанная процедура (не уточнено).

"Другая ..." будет закодировано, если процедура не входит в список (доплата)

"Не уточнено", когда вид или место процедуры не ясны; что едва ли может произойти.

Локализация сторон

Все процедуры, которые отмечены двумя стрелками »**←→**", должны быть закодированы как «у» МКБ, с дополнительной маркировкой для локализации сторон:

R Справа

L Слева

B Обе стороны

Эту маркировку прилагают при лечении парных органов или частей тела, таких, как например:

1-697.a L диагностическая артроскопия сустава пальца – слева

Указания

Как и в каталоге МКБ, можно найти помощь для кодирования в следующих секциях:

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Указ.: Указание - Общая информация о кодировании, например:

- Примечание для отдельного кодирования субкомпонентов сложной операции
- Примечание для отдельного кодирования дополнительной информации одной операции. Указание к отдельному кодированию доступа
- Указание об использовании данного кода

Исключ.:

Исключено - заметки об исключении обращают внимание на мероприятия, которые подпадают под другой код классификации. Соответствующий код указан. Если заметка об исключении не содержит данный код, то процедура, которая исключается, не является частью официального кода и, следовательно, это не процедура в соответствии с § 301 SGB V. Критерии исключения не указаны, если содержание исключаемого содержится в коде сразу после списка.

Включ.:

Включено - подробные заметки служат для определения содержания класса, или дается пример для группирования этого класса.

Списки (подклассификация)

Списки были введены для того, чтобы собирать вместе для наглядности один или несколько кодов на шестом месте для равномерного подразделения. Списки, например, используются в следующих областях:

- Информация о расположении для описания кровеносных сосудов
- Описание костей и суставов
- Информация о доступе, процессе или локализации мест

О сроках действия списка для каждого кода предупреждают посредством 'указания'. Списки, как правило, используются только для сообщенных кодовых позиций конкретного кода, но не для остального класса ".у – Не уточнено ". В некоторых местах можно убедиться, что не каждый элемент списка может быть объединен с любыми 5-значными комбинациями.

Глава 5: ОПЕРАЦИИ (5-01 ... 5-99)

...

Операции на желудочно-кишечном тракте (5-42 ... 5-54)

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

...

5-44 Расширенная резекция желудка и другие операции на желудке

Вкл.: Внутреннее шинирование

5-448 Другие реконструкции желудка

Указание: доступ надо кодировать на 6-м месте, в соответствии со следующим списком:

- 0 открытая абдоминальная хирургия
- 1 открытая торакальная хирургия
- 2 лапароскопия
- 3 изменение лапароскопии - на открытую хирургию
- x другое

5-448.0 ** шов (после травмы)

5-448.1 ** закрытие гастростомической или (питательной) фистулы

5-448.2 ** гастропексия

5-448.3 ** кардиоластика (например, по Белси)

5-448.4 ** фундопликация

5-448.5 ** гемифундопликация

5-448.6 ** гемифундопликация хиатальная

...

5-448.x** Другое

5-448.y** Не уточнено

Индикация 3.4.: Выдержки из Систематического указателя – операции желудка

Две звездочки (***) рядом с 5-значным кодом указывают, что 6-е место должно быть дополнено в соответствии с предыдущим списком, например:

5-448.22 гастропексия, лапароскопически

Дополнительная информация об операциях

Код процедур предусматривает кодирование некоторой дополнительной информации в дополнение к самой операции. Относительно этой информации

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

существует специальный раздел в конце главы 5. Дополнительная информация включает в себя:

- Проведение операции в рамках обслуживания многочисленных травм (5-981)
- Проведение операции в рамках обслуживания политравм (5-982)
- Проведение повторной операции (5-983)
- Применение микрохирургической техники (5-984)
- Применение лазерной технологии (5-985)
- Применение малоинвазивных методов (5-986)
- Применение робототехники (5-987)
- Лечение на основе флуоресценции
- Использование системы навигации (5-988)
- Лечение на основе флуоресценции (5-989)
- Гибридные терапии (5-98а)
- Применение гибкой уретерореноскопии (5-98б)
- Досрочное прекращение операции (5-995)

Дополнительные коды являются взаимодополняющими и будут использоваться только при условии, если информация не включена в сам код. Они не могут быть использованы самостоятельно и допускаются только в сочетании с исполненной интервенцией, когда содержание проведенного вмешательства позволяет их взаимодействие [2]

4. Немецкие руководящие принципы кодирования - DKR

4.1. Введение

Немецкие руководящие принципы кодирования (DKR) были подготовлены партнерами по управлению (немецкое общество больниц (DKG), ведущая ассоциация обязательного медицинского страхования (SHI), ассоциация частного медицинского страхования (PKV) и Институт Оплаты Труда для Больниц (InEK).

Важно, что для обеспечения установленной законом оплаты для больниц экономически сопоставимые случаи отдельных больниц также будут отнесены к той же DRG. Это требование может быть выполнено, если классификации диагнозов и процедур применяются в единообразной форме. Принципы кодирования руководят этим процессом и регулируют его, содействуя созданию ясного кодирования, чтобы даже в сложных случаях можно было идентично

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

кодировать больничные случаи. В результате, больница получает основу для своего внутреннего управления и контроля качества. [3]

Основные правила для кодирования условий диагностики и процедур описываются в главах 2 и 3, которые являются частью каталога. Отчасти в DKR они подробно прокомментированы и подкреплены примерами.

Для случаев, когда между инструкциями по использованию МКБ-10, соответственно, OPS и Принципов кодирования существуют противоречия, тогда имеют приоритет Принципы кодирования и, следовательно, они занимают более высокую иерархическую позицию в сравнении с двумя другими каталогами.

Немецкие руководящие принципы кодирования пересматриваются ежегодно Институтом Оплаты Труда для Больниц (InEK), чтобы с учетом прогресса в медицине сделать дополнения к клиническим классификациям, обновить немецкую систему DRG и принять во внимание опыт кодирования в клинической практике.

В последующем, должны упоминаться только те аспекты, которые являются основополагающими в DRG. Это касается, в частности, различий между первичными и вторичными диагнозами, как основы для понимания группирования, а также некоторые фундаментальные специальные правила при кодировании. Кроме того, DKR, прежде всего, дает возможность ознакомления и обзора.

Любой, кто профессионально занимается процессом кодирования, имеет дело только с конкретными Руководящими принципами кодирования. В случае большую помощь оказывают включенные в них конкретные примеры.

Для некоторых областей, в дополнение к DKR, существуют специальные правила структурирования при кодировании, например, для кардиологии [8], интенсивной терапии [9] и пульмонологии [10]. Тем не менее, это только рекомендации, которые не являются юридически обязательными.

Немецкие руководящие принципы кодирования делятся на три части:

- Общее кодирование заболеваний
- Общее кодирование процедур
- Специальное кодирование

4.2. Общее кодирование заболеваний

В первом разделе приводятся общие рекомендации для кодирования диагнозов. В нем определяются такие понятия, как первичный и вторичный диагнозы; он содержит основную информацию о кодировании диагнозов и представляет собой

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

общие правила кодирования диагнозов. Каждому, кто занимается кодированием, эти правила должны быть известны.

Содержание – общее кодирование диагностики

- D001a Общее кодирование
- D002f Основной диагноз
- D003d Вторичный диагноз
- D004d Синдром
- D005d Осложнения и планируемые последующие процедуры
- D006e Острые и хронические заболевания
- D007f Прием для проведения операции / [интервенционные] процедуры, не выполняются
- D008b Предполагаемые диагнозы
- D009a «Другие» и «Неуточненные» номера кодов
- D010a Комбинации номеров кодов
- D011d Двойное кодирование
- D012f Множественное кодирование
- D013c В систематическом каталоге использованы официальные соглашения
- D014d В алфавитном списке использованы официальные соглашения

Идентификация

Как показано в обзоре, Принципы кодирования диагностики начинаются с буквы "D". Буква в конце кодового описания указывает на последнее изменение статуса, как следует:

- a = 1 Версия (2002)
- b = изменения во 2-й Версии (2003)
- c = изменения в 3-й Версии (2004)
- d = изменения в 4-й Версии (2005)
- e = изменения в 5-й Версии (2006)
- f = изменения в 6-й Версии (2007)
- g = изменения в 7-й Версии (2008)

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

h = изменения в 8-й Версии (2009)

i = изменения в 9-й Версии (2010)

4.3. Первичный и вторичный диагнозы

Определение основного диагноза имеет решающее значение для правильного группирования и, следовательно, для правильного расчета тарифов. Основной диагноз определен в D002 следующим образом:

D002f основной диагноз

Основной диагноз определяется как:

"Диагноз, который был установлен посредством анализа, и являлся основной причиной пребывания в стационаре – т.е. повлек за собой пребывание пациента в больнице".

Термин "посредством анализа" означает оценку выводов в конце пребывания пациента в стационаре, в целях определения одного заболевания, которое несет основную нагрузку за стационарное пребывание в больнице. Оценка доказательств может включать в себя информацию, полученную от медицинского анамнеза, психиатрической экспертизы, консультаций специалистов, медицинского осмотра, диагностических тестов и процедур, хирургических, патологических и радиологических исследований. Для выставления счета, соответствующего выводам, полученным после выписки пациента, должно быть использовано кодирование.

После анализа, основной диагноз может не соответствовать диагнозу, с которым пациент был принят в больницу, или диагнозу, указанному в направлении.

Примечание 1: Вполне возможно, что изолированно определение основного диагноза в системе DRG не дает адекватного представления об оплате больнице. В рамках развития и поддержки системы оплаты труда, такие случаи отслеживаются и при известных обстоятельствах принимаются необходимые меры.

Индикация 4.1.: DKR D002f - основной диагноз

В каждом случае можно выставить только один основной диагноз; возможно выставление нескольких вторичных диагнозов.

Вторичный диагноз определен в D003, как:

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

"Заболевание или состояние, которое существовало либо одновременно с основным диагнозом, либо было развито во время госпитализации".

Для целей кодирования, вторичные диагнозы должны быть интерпретированы, как заболевания, которые вызывают дополнительные расходы в диагностике, лечении или уходе, такие как, например:

- сопутствующие заболевания (сахарный диабет, гипертония, ...)
- осложнения (тромбоз, эмболия, ...)
- ограничения (паралич, ампутация, различные формы инвалидности, ...)
- дополнительное лечение (продолжение домашнего лечения, ...)
- повышенный уход (мобилизация, деменция, пролежни, ...)

Простой пример повышенного ухода при сопутствующем заболевании [3]:

Пациент, который поступил в больницу из-за пневмонии, имеет также сахарный диабет. Персонал по уходу за пациентом ежедневно проверяет уровень сахара в крови, и пациент получает диабетическую диету.

Основной диагноз: пневмония

Вторичный диагноз (ы): сахарный диабет

Пример для кодирования вторичных диагнозов [3]:

Пациент госпитализирован для лечения хронического миелоидного лейкоза (СМЛ). В истории болезни указана операция на колене, сделанная 10 лет назад ради повреждения наружного мениска. После этого она была без симптомов. Известно, что в дальнейшем коронарное сердечно-сосудистое заболевание лечится с помощью лекарств. Ультразвуковая экспертиза брюшных лимфатических узлов показывает также миому матки и далее следует не диагностика, а лечение. Во время госпитализации дело доходит до депрессивной реакции с лечением антидепрессантами. Ради продолжительных болей в пояснице, пациенту назначена лечебная гимнастика.

Основной диагноз: Хронический миелоидный лейкоз (СМЛ)

Вторичный диагноз (ы): депрессивная реакция
боль в пояснице
ишемическая болезнь сердца

Вторичные диагнозы соответствуют указанному выше определению (использование дополнительных расходов) и, следовательно, должны быть документированы.

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Другие заболевания (миома матки, или операция в связи с повреждением наружного мениска) не отвечают этому определению, и поэтому не документированы для DRG системы. Тем не менее, они указаны в медицинской документации и имеют медицинское значение.

Лечащий врач несет ответственность за разъяснение пациенту причин расхождений между выводами экспертизы и клинической документацией:

В качестве основного диагноза указывается перелом бедра. Вторичные диагнозы, которые записываются, следующие: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и пневмония. Обзор медицинских записей показывает, что шесть месяцев назад пациент был госпитализирован ради пневмонии, а также, что он имел язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, которая была вылечена. В результате, кодируется только перелом шейки бедра, потому что пневмония или язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в настоящее время не являются заболеваниями, т.е., не нуждаются в лечении и, следовательно, не требуют расходов.

Основной диагноз: перелом шейки бедра
Вторичный диагноз (ы): нет

Примеры правильного распределения основных и второстепенных диагнозов [3]:

Выделение основного заболевания, как первичный диагноз

Если во время госпитализации, диагностируются симптомы основного заболевания, то оно должно быть закодировано в качестве основного диагноза.

Пациент госпитализирован с острой правосторонней болью в животе, лихорадкой и недомоганием. В соответствии с клиническим диагнозом - 'острый аппендицит', следует аппендэктомия.

Основной диагноз: Острый аппендицит
Вторичный диагноз (ы): нет

Выделение симптомов в качестве основного диагноза

Когда пациент во время госпитализации имеет какой-то симптом и уже известное ранее основное заболевание, но будет подложен лечению только симптом, то надо кодировать данный симптом в качестве основного диагноза. Основное заболевание не будет требовать каких-либо дополнительных затрат и поэтому будет записано, как вторичный диагноз:

Пациент поступил в больницу с асцитом, при известном циррозе печени. Лечится только асцит через прокол.

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Основной диагноз: Асцит
Вторичный диагноз (ы): Цирроз печени

Два или более диагнозов, которые в равной степени подпадают под определение основного диагноза:

«Если во время приема, два или более диагнозов, при рассмотрении результатов и / или проведения терапии в равной степени отвечают критериям основного диагноза, а МКБ-10- каталог и Принципы кодирования не дают инструкций к кодированию, тогда лечащий врач принимает решение, какой диагноз лучше отвечает основному диагностическому определению. Только в этом случае врачу надо выбрать тот диагноз, который нуждался в самых больших расходах (по сравнению с другими диагнозами) для тестирования и /или лечения. При этом, не имеет значения являются ли болезни родственными или нет.» [3]

4.4. Основные руководящие принципы кодирования процедур.

Содержание - основное кодирование диагностики

- P001f Основное кодирование процедур
- P003d Указания и официальные соглашения на использование OPS
- P004f Не завершенная или прерванная процедура
- P005h Множественные / Двусторонние процедуры
- P006a Лапароскопические / артроскопические / эндоскопические процедуры
- P007a Эндоскопии нескольких областей (панендоскопия)
- P008a Клиническое обследование под наркозом
- P009a Анестезия
- P012d Процедуры, различающиеся по размеру, времени или количеству
- P013d Открытие зоны операции / повторная операция
- P014e Процедуры, которые обычно не являются закодированными
- P015f Донорство и трансплантация органов
- P016d Транспортирование

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Инструкции кодирования процедур начинаются с буквы "P". Буква в конце кодового описания снова характеризует изменение правил (см. раздел 4.2). Если нумерация пунктов отсутствует, то они во время пересмотра были просто удалены, без изменения системы в целом.

Наиболее важные правила:

Процедурные компоненты (P001)

"Как правило, процедура будет завершена в виде кода со всеми ее компонентами, такими как подготовка, размещение, анестезия, методика, шов и т.д. Отклонения описаны в инструкции ". [3]

Пример

Лапаротомия, как хирургический подход, включена в

5-511.02 Холецистэктомия, ординарная, открытая хирургия, с хирургической ревизией желчных протоков.

Эпизиотомия также, как процедурный компонент, включена в

5-720.1 Наложение щипцов в центре таза.

«Другие процедуры, такие как, например, обезболивание (за исключением OPS-кодов 8-919 *Комплексное лечения острой боли*), энтеральное или парэнтеральное питание должны быть закодированы только тогда, когда они проводятся в качестве единственной меры.» [3]

Пример

Обезболивание во время операции и диагностических процедур включена в код (за исключением OPS-кодов 8-919 *Комплексное лечения острой боли*), в то время как обезболивание, как единственная мера, кодируется с кодом 8-91.

Предоперационное и послеоперационное обезболивание при открытой хирургической радикальной гистерэктомии с тазовой и парааортальной лимфаденэктомией включена в код.

5-685.3 радикальная гистерэктомия с тазовой и парааортальной лимфаденэктомией

Комбинированные коды (P003)

"Есть также коды для комбинированных вмешательств, включая их компоненты, где несколько индивидуально исполненных процедур выполняются за один сеанс. Они могут быть использованы, если они описывают комбинированное

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

вмешательство полностью и Руководящие принципы кодирования, соответственно инструкции, ничего другого не предписывают". [3]

Пример

5-063.2 *тиреоидэктомия с паратиреоидэктомией, без мониторинга возвратного гортанного нерва*

Множественное кодирование (P003)

"В некоторых областях кодирование операций планируется с дополнительными кодами. Это особенно необходимо для отображения сложных вмешательств. В этих случаях, OPS сформулировали указания, которые указывают на отдельное кодирование индивидуально выполняемых процедур ". [3]

Пример (отрывок из OPS)

5-820 *имплантация эндопротеза тазобедренного сустава*

Указ.: Проведенная ацетабулярная реконструкция крыши вертлужной впадины должна быть закодирована отдельно (5-829.1)

Проведенная ацетабулярная реконструкция дна вертлужной впадины должна быть закодирована отдельно (5-829.h)

Проведенный костный трансплантат должен быть закодирован отдельно (5-784)

Дополнительное использование материалов для остеосинтеза должно быть закодировано отдельно (5-786)

...

Показания для использования цемента должны быть закодированы на 6-ой позиции в соответствии со следующим списком:

- 0 Не цементировать
- 1 Цементировать
- 2 Гибрид (цементируется частично)

**5-820.0 *тотальное эндопротезирование*

** 5-820.2 *тотальное эндопротезирование, специальные протезы*

Вкл. : протез с более длинным стволем, протезы при опухолях, CAD-CAM-протезы

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Пример

При соблюдении указаний, например, от 5-820 вытекает, что для кодирования имплантации тотального эндопротеза тазобедренного сустава с костной пластикой, даются следующие коды:

5-820.00	<i>тотальное эндопротезирование, без цементирования</i>
5-784.0d	<i>трансплантация губчатой кости, автогенная: таз</i>
5-783.0	<i>удаление трансплантата кости: губчатая кость, точка отбора проб</i>

Процедуры, которые обычно не кодируются (P014)

"Процедуры, которые рутинно выполняются у большинства пациентов и/ или многократно проводятся при пребывании в больнице - не шифруются, так как стоимость таких процедур отражают в диагностике или в других процедурах [...]. По этой причине, они не были включены в OPS. Они не должны быть закодированы с остальными классами "Другие ..." [...]."

Таблица 1: Примеры не кодируемых процедур

- Гипсовая повязка за исключением сложной гипсовой повязки(8-310)
- Повязки, за исключением масштабных и серьезных заболеваний кожи (8-191)
- Кардиоплегия
- Кардиотокография (КТГ)
- Лекарственная терапия со следующими исключениями:
 - У новорожденных
 - Химиотерапия без антибиотиков
 - Системный тромболизис
 - Введение иммуноглобулина
 - Введение факторов свертывания крови
 - Другая иммунотерапия (8-547)
 - Антиретровирусное лечение
 - Лекарства от '6-00'
- Эхокардиография
- ЭКГ в покое
- ЭКГ в течение длительного времени
- ЭКГ с нагрузкой
- 24-часовое измерение артериального давления
- Вставление назогастрального зонда
- Вставление трансуретрального катетера мочевого пузыря

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

- Подкожное введение лекарственных препаратов, таких, как например, гепарин
- Сбор крови
- Регистрация и диспансеризация
- Посещение
- Консультантское исследование
- Обычная рентгенография
- Тест функции легких, за исключением функциональных легочных исследований (1-71)
- Газовый анализ крови в покое
- анализ респираторных газов
- УЗИ, за исключением эндосонографии

Знание этой таблицы важно, так как только "новички" часто отчаянно ищут такие процедуры в OPS.

Пример

- Рентгенограмма и гипсовая повязка обычны для диагностики перелома лучевой кости (перелом Коллиса).
- внутривенное введение антибиотиков, которое ожидается для диагностики сепсиса.
- кардиоплегия относится к кардиохирургическому вмешательству.

"Здесь идет речь о стандартных мерах для конкретных диагнозов и процедур, поэтому их отдельное кодирование не требуется [...]" [3]

Множественные / Двусторонние процедуры - Множественное кодирование (P005)

"Процедура кодирования должна, где возможно, отражать стоимость и поэтому, как правило, множественные или двусторонние процедуры надо кодировать столько раз, сколько они проводились во время фазы лечения". [3]

Исключения:

- Процедуры не кодируются, если они перечислены в процедурах DKR P014, которые обычно не кодируются (см. список выше).

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

- должны быть закодированы во время сессии только один раз, например: несколько вырезаний из пораженной кожи, множественные биопсии или аналогичные сложные процедуры, если, в связи с локализацией, находятся в том же месте.
- Только один раз, по прагматичным соображениям, кодируются процедуры во время госпитализации, с указанием даты первого исполнения,
 - Если указания или директивы дает указание (инструкцию) о том, что надо указать код только один раз.
 - Если процессы содержат в коде данные о количестве (например, переливание крови) или обозначения даты (например, вентиляция). В этом случае неполное множество или неполное количество суммируются, и общая сумма или общее время кодируется один раз.
 - Если процедуры проводятся во время госпитализации многократно (см. следующий, Неполный список).

Таблица 2: процедуры, которые во время пребывания в больнице, должны быть закодированы только один раз

- Электрофизиологическое исследование деятельности сердца, с применением катетера (1-265)
- перевязка при обширных и тяжелых кожных заболеваниях (8-191)
- Применение лекарств (6-00)¹
- Применение лекарств и пищи (8-01)
- Чрескожная диагностическая пункция плевральной полости (1-844)
- Терапевтическая чрескожная пункция органов грудной клетки, плевральной полости (8-152.1)
- Диагностическая (чрескожная) пункция и аспирация брюшной полости, пункция асцита (1-853.2)
- Терапевтический чрескожный прокол органов брюшной полости (8-153)
- Промывание (лаваж) (8-17)
- Лечение тяжелобольного (8-390)
- Раннее реабилитационное комплексное лечение (8-55)
- Физические и индивидуальные терапевтические меры (8-56)
- Электрическая стимуляция, электрическая терапия и продолжительное лечение сфокусированным ультразвуком (8-63 до 8-66)
- Гиперемия и гипотермия (8-60)
- Держать верхние дыхательные пути открытыми (8-700)
- Механическая вентиляция через маску или трубку (8-71)¹

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

- Доступ к кислороду у новорожденных (8-720)
- Переливание цельной крови, эритроцитарной массы и концентрата тромбоцитов (8-800) ¹
- Переливание лейкоцитов (8-802) ¹
- Переливание плазмы, плазменных компонентов и вливания модулей расширения объема (8-81) ¹
- Обезболивание (8-91)
- Мониторинг пациента (8-92 до 8-93) ²
- Фониатрическое и педологическое комплексное лечение (9-31)
- Психо-социальная, психологическая и нейропсихологическая терапия (9-40)

Примечания:

Данные количества и время будут записаны при поступлении, чтобы их добавить при выписке и кодировать сумму на весь срок пребывания (см. процедуры в DKR P012, которые отличаются по размеру, времени или количеству (стр. 49)). Базовой датой, по прагматичным причинам, выбирается день первой услуги.

- 1) Мониторинг состояния пациента должен кодироваться, только если проводится интенсивный медицинский уход или лечение, и если они не являются компонентами другой процедуры (например, искусственное дыхание, анестезия). [3]

4.5. Специальные принципы кодирования

Руководящие принципы кодирования описывают, в частности, специальные сценарии развития событий, что служит либо конкретному описанию, либо рассмотрению причин, когда логика DRG отклонятся от общих принципов кодирования. Кроме того, здесь есть несколько более сложных примеров, чтобы классифицировать заболевания, кодирование которых вызывало проблемы в прошлом.

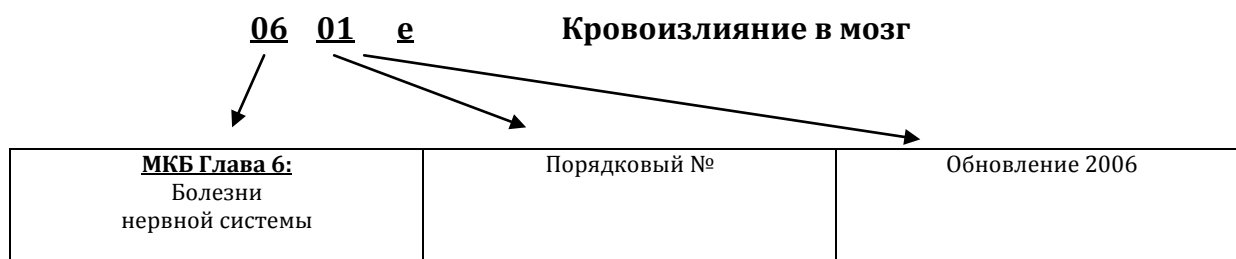
В случаях противоречия между 'Общими' и 'Специальными' Руководящими принципами кодирования, имеют приоритет 'Специальные'.

Цифры перед основными разделами соответствуют главам МКБ-10.

Специальное кодирование (Основные рубрики!)

- 1 Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
- 2 Новообразования
- 3 Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
- 4 Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
- 5 Психические и поведенческие расстройства
- 6 Болезни нервной системы
- 7 Болезни глаза и его придаточного аппарата
- 8 Болезни уха и сосцевидного отростка
- 9 Болезни системы кровообращения
- 10 Заболеваний дыхательной системы
- 11 Заболеваний пищеварительной системы
- 12 Болезни кожи и подкожной клетчатки
- 13 Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
- 14 Заболеваний мочеполовой системы
- 15 Беременность, роды и послеродовой период
- 16 Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
- 18 Симптомы и anomальные клинические и лабораторные находки, не включенные в другие категории
- 19 Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин

Первые две цифры соответствуют Специальным руководящим указаниям к главам МКБ, последние две цифры являются текущим номером. Буква в конце маркировки, вновь характеризует изменения правил, например:



В связи с тем, что эти правила очень специфические, можно коротким примером из МКБ, Глава 19 – Травмы, ... создать впечатление о том, как могут выглядеть специальные правила кодирования.

1909с Потеря сознания **Потеря сознания в связи с травмой**

Если потеря сознания происходит в связи с травмой, надо указать тип повреждения на период потери сознания перед кодом **S06.7-** *потеря сознания при черепно-мозговой травме.*

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Пациент поступил с переломом решетчатой кости (рентгенограмма). Компьютерная томография (КТ) показывает большой субдуральный гематом. Пациент был без сознания в течение трех часов.

Основной диагноз:	S06.5	<i>Травматическое субдуральное кровоизлияние</i>
Вторичный диагноз (а):	S02.1	<i>переломом основания черепа</i>
	S06.71!	<i>Потеря сознания при черепно-мозговой травме, от 30 минут до 24 часов</i>
Процедура (ы):	3-200	<i>Нативная компьютерная томография черепа</i>

Потеря сознания, не связанная с травмой

Если потеря сознания пациента не связана с травмой, должны быть использованы следующие коды:

R40.0 *Сонливость*

R40.1 *Сопор*

R40.2 *Кома неутонченная*

Индикация 4.2. DKR - 1909с: потеря сознания [3]

Этот пример является относительно беспроblemным. Интересные и всеобъемлющие случаи правил кодирования при сложных и многогранных заболеваниях, таких как сахарный диабет, сложные операции или роды, связанные с осложнениями и /или сопутствующими заболеваниями. В таких случаях едва ли было бы возможно обойтись без помощи Немецких руководящих принципов кодирования (DKR) для достижения правильного результата.

4.6. Пример кодирования

С помощью этого примера еще раз можно постепенно проследить весь процесс кодирования и признать особую значимость DKR:

История: Беспроblemное рождение одного ребенка у 29-летней пациентки на 40-ой неделе беременности с эпизиотомией, первые роды

Диагноз: ультразвук

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Лечение и курс: Послеродовой период без особенностей. Выписка после 4 дней.

Беременность легко найти в систематическом списке в Главе 15:

Глава XV

Беременность, роды и послеродовой период (000-099)

Указание: 'Беременность' в этой главе употребляется, как общий термин для беременности, родов и послеродового периода, а 'мать' - как общий термин для женщины во время этого гестационного периода.

Исключено: ВИЧ-инфекции (B20-B24)

Послеродовая остеопорозия (M83.0-)

Послеродовой некроз гипофиза (E23.0)

Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом (F53. -)

Мониторинг акушерского столбняка во время беременности, родов и в послеродовом периоде (A34) при:

- Нормальной беременности (Z34)
- Рисковой беременности (Z35. -)

Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T88.1, T88.6-T98)

Эта глава разделена на следующие группы:

000-008 Беременность с abortивным исходом

009-009 Продолжительность периода беременности

010-016 Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде

020-029 Другие болезни матери, связанные преимущественно с беременностью

030-048 Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода, амниотической полости и возможными трудностями родоразрешения

060-075 Осложнения родов и родоразрешения

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

080-082 Роды

085-092 Осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом

095-099 Другие акушерские состояния, не классифицированные в других рубриках

Индикация 4.3.: – МКБ - основные блоки от главы 15 [1]

Из основных блоков 15-ой главы видно, что для нормальных родов, имеет значение следующая группа **080-082**. Кроме того, вы получите указание в "*Искл.*", что мониторинг нормальной беременности не интегрирован в эту главу, но его можно увидеть в Z34.

Далее, в систематическом каталоге мы должны посмотреть группу 080-82 роды, где, как основной диагноз, предложен „**080**“:

Роды (080-082)

080 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение

Вкл.: Отсутствие или минимальные акушерские меры
Нормальные роды
Спонтанные роды с головным предлежанием
Спонтанные вагинальные роды одного ребенка

Что касается процедур, которые могут использоваться с этим диагнозом, при лечении в стационаре используются Немецкие руководящие принципы кодирования

081 Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или применением вакуум-экстрактора

Указание: Эту категорию надо применять, когда ни одно условие из этой главы не может

быть закодировано и надо указать причины наложения щипцов или применения вакуум-экстрактора

Исключено: Неудачная попытка наложения щипцов или применения вакуум-экстрактора (066.5)

082 Роды одноплодные, родоразрешение посредством Кесарева сечения

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Указание: Эту категорию надо применять, когда ни одно условие из этой главы не может быть закодировано и надо указать причину Кесарева сечения

Индикация 4.4.: – группа МКБ - роды 080-82 [1]

Отсутствуют процедуры. Эпизиотомию все еще относительно просто найти в главе 5.

Глава 5 - Операции (5-01 ... 5-99)

Акушерские операции (5-72 ... 5-75)

5-738 Эпизиотомия и швы

5-738.0 Эпизиотомия

Указание: Швы включены в код

5-738.2 Швы при эпизиотомии, как самостоятельная мера

Исключено: Восстановление после родов женских половых органов после разрывов (5-758)

5-738.x Другое

5-738.y Не уточнено

Индикация 4.5. – Раздел OPS: эпизиотомия [2]

Эпизиотомия кодируется **5-738.0**, шов в код включен.

При отсутствии опыта, кодирование мониторинга родов может создать ряд серьезных проблем. Вы найдете в главе 9, в группе 9-26 ... 9-28: Сопутствующие рождению меры:

Глава: 9 Дополнительные меры (9-26 ... 9-99)

Сопутствующие рождению меры и лечение вследствие бесплодия (9-26 ... 9-28)

9-26 Сопутствующие рождению меры

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Указание: хирургическое прекращение рождения надо кодировать отдельно (5-72 и далее)

9-260 Мониторинг и управление нормальными родами

Указание: Мониторинг и управление родами надо кодировать без хирургического вмешательства

9-261 Мониторинг и управление родами с высокой степенью риска

Указание: Мониторинг и управление родами с высокой степенью риска надо кодировать без хирургического вмешательства

9-262 Послеродовой уход за новорожденным

9-262.0 Ежедневный уход

9-262.1 Специальный уход (рисковые новорожденные)

9-262.x Другое

9-262.y Не уточнено

9-268 Мониторинг и управление родами, не уточнено.

Индикация 4.6. - Раздел OPS: Сопутствующие рождению меры [2]

Искомый OPS:

9-260 Мониторинг и управление нормальными родами

Ультразвуковое исследование (УЗИ) не закодировано. Оно появилось несколько страниц назад в DKR P014 "Процедуры, которые обычно не закодированы" в примерах, приведенных в Таблице 1 (Ультразвуковое ...).

В это время у нас были следующие предварительные результаты:

HD: 080 *спонтанные одноплодные роды*

ND: *нет*

OPS: 5-738.0 *эпизиотомия*

9-260 *мониторинг и управление нормальными родами*

К сожалению, этого не достаточно. Без помощи Немецких руководящих принципов кодирования (DKR) в этом примере очень сложно сделать правильную

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

кодировку. В главе 15 DKR – 'Беременность, роды и послеродовой период', мы находим необходимую помощь.

1506f Спонтанные вагинальные одноплодные роды

080 Спонтанные одноплодные роды

указывается только при спонтанных вагинальных одноплодных родах:

- **без** наличия диагноза (аномалии /осложнения), расположенного на других местах в главе XV "Беременность, роды и послеродовой период",
- и**
- **без** мануальной или инструментальной деятельности

Единственными акушерскими процедурами, которые могут быть переданы в сочетании с кодом главного диагноза 080 'Спонтанные одноплодные роды', являются:

8-910	Эпидуральная инъекция и инфузия для обезболивания
5-730	Искусственное вскрытие амниотического мешка [амниотомия]
5-738.0	Эпизиотомия
9-260	Мониторинг и управление нормальными родами
9-261	Мониторинг и управление родами с высокой степенью риска

Примечание: Предпославкой для сочетания кода 080 с кодом 9-261 является то, что роды с высокой степенью риска заканчиваются спонтанными и неосложненными вагинальными родами.

Индикация 4.7.: DKR - 1 506: Спонтанные одноплодные роды [3]

В DKR-1 506 показана вся необходимая информация для диагностики 080. Здесь мы снова очень удобно обнаруживаем процедуры 5-738.0 и 9-260.

Следующий пример из DKR 1506f обращает внимание на два вторичных диагноза (вторичные диагнозы!), которые кодируются дополнительно:

Пример 1

Спонтанные вагинальные роды здорового новорожденного на 39 недели беременности, с неповрежденной промежностью.

Основной диагноз: 080 *Спонтанные одноплодные роды*

Вторичный диагноз (а): 009.6! *Длительность беременности от 37 недель до 41 недели*

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Z37.0! *Родился один живой ребенок*

Процедура: 9-260 *Мониторинг и управление нормальными родами*

Информация о кодировании результатов родов и срока беременности, отражаются в следующих двух принципах:

1507e Результат родов

Для **каждых** родов, больница, где имело место рождение, кодирует для матери соответствующий код:

Z37. -! Результат родов

Он не может быть основным диагнозом.

Индикация 4.8.: DKR-1 507: результат родов [3]

1508d Продолжительность беременности

Код

009. -! Продолжительность беременности

должен быть определен на момент поступления для определения срока беременности (в основных данных матери).

При поступлении для лечения осложнений после проведенного аборта, продолжительность беременности **не** кодируется.

Индикация 4.9. – DKR-1 508: продолжительность беременности [3]

Напоминание: **009. -!** является основой МКБ, которая не кодируется. Тире указывает на следующий далее подраздел. Таким образом, мы снова имеем доступ к МКБ, чтобы найти конкретные МКБ-номера:

**009. -! Продолжительность
 беременности**

Z37. -! Результат родов

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

009.0!	Менее чем 5 полных недель	Z37.0!	Родился один живой ребенок
009.1!	От 5 до 13 полных недель	Z37.1!	Мертворожденный один ребенок
009.2!	От 14 до 19 полных недель	Z37.2!	Родившиеся живыми близнецы

5. DRG- Каталог конкретных примеров расчета оплаты

Каталог конкретных примеров расчета оплаты (FRK), закрепленный в „Положении о системе конкретных примеров расчета оплаты для больниц“ (KFPV), представляет собой фактическую основу для оплаты в больнице.

Каталог доступен в двух версиях:

Часть а) Оценка соотношения обеспечения посредством главных отделов

Часть б) Оценка соотношения обеспечения посредством внутренних отделов

Таблица 5.1 показывает модифицированную выдержку из каталога основной группы MDC-06 (Основной диагностической категории-06) - *Болезни и расстройства пищеварительной системы.*

DRG	Раздел	Описание	Весовой коэффициент стоимости (Cw)
G64A	M	Воспалительные заболевания кишечника или другие серьезные заболевания органов пищеварения, с крайне тяжелыми СС [осложнениями или сопутствующими заболеваниями]	1,486
G64B	M	Воспалительные заболевания кишечника, возраст <18 лет или возраст > 69 лет	0,653

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

G64C	M	Воспалительные заболевания кишечника, возраст <18 лет или возраст > 69 лет	0,653
G65Z	M	Непроходимость желудочно-кишечного тракта	0,527

Таблица 5.1.: FRK 1 (сокращенная и модифицированная выдержка) [11]

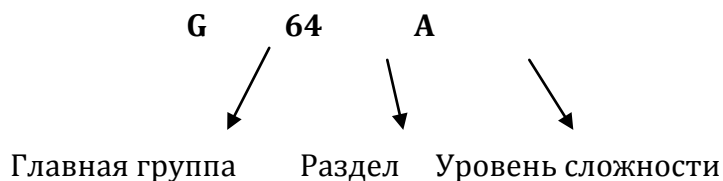
СС расшифровывается, как "Сопутствующие заболевания и осложнения" (осложнения или вторичный диагноз).

Знание деталей, содержащихся в FRK, является необходимым условием для понимания расчетов DRG. По этой причине, прежде всего, необходимо детально обсудить отдельные элементы. Так как примеры приведены только в виде выдержек, было бы полезно с целью упражнения и сохранения сведений, искать необходимые DRG-номера в оригинальном каталоге и сравнивать информацию.

5.1. Конкретные примеры расчета оплаты в DRG

В DRG конкретные примеры расчета оплаты калькулируются с учетом диагноза(ов), процедур(ы) (если таковые имеются) и соответствующих данных пациента (см. главу 6 Группировка).

Рассмотрим сначала в DRG № G64A - *Воспалительные заболевания кишечника* [...] с крайне тяжелыми СС [осложнениями или сопутствующими заболеваниями]. Каждый [№] DRG имеет типичную трисекционную структуру:



Главная группа

Первая буква указывает на главную или основную группу. Если рассмотреть группы в таблице 5.2, то можно заметить, что главные [основные] группы состоят, в основном, из 23 групп MDC. MDC является аббревиатурой для „Основных диагностических категорий” (Главных диагностических групп). В основном,

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

категория относится к системе органов или причинам заболевания, которые связаны с конкретной медицинской специальностью. Однако, данные, которые включены в 15, 18 и 21 группы MDC, могут иметь основные диагнозы, которые принадлежат к другим категориям. Версия G-DRG 2009 года, включает в себя 23 Главные диагностические категории (MDC).

Подобно тому, как диагнозы группированы в каталоге МКБ, также большинство главных групп сначала включают системы органов (**B – N**) и после дополняются конкретными случаями (**O – Z**).

Буква „**A**“ обозначает, так называемую, Предшествующую основную группу, определенную в DRG, как специфическая или дорогостоящая, такая как "Долгосрочное искусственное дыхание" или "Трансплантации".

Числом „**9**“ будут помечены ошибки в DRG. Это происходит, когда введена клинически атипичная или недействительная основная информация, например: "961Z - *Неприемлемый основной диагноз*".

A	Предварительная MDC	Предшествующая основная группа
B	MDC 01	Заболевания и расстройства нервной системы
C	MDC 02	Болезни и нарушения зрения
D	MDC 03	Болезни и нарушения ЛОР-органов
E	MDC 04	Болезни и расстройства дыхательной системы
F	MDC 05	Болезни и расстройства сердечно-сосудистой системы
G	MDC 06	Болезни и расстройства пищеварительной системы
H	MDC 07	Болезни и расстройства гепатобилиарной системы и поджелудочной железы
I	MDC 08	Болезни и нарушения опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

J	MDC 09	Болезни и нарушения кожи, подкожной клетчатки и груди
K	MDC 10	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
L	MDC 11	Болезни и расстройства мочевыводящих путей
M	MDC 12	Болезни и расстройства мужской половой системы
N	MDC 13	Болезни и расстройства женской половой системы
O	MDC 14	Беременность, роды и послеродовой период
P	MDC 15	Новорожденный [ребенок]
Q	MDC 16	Болезни крови, кроветворных органов и иммунной системы
R	MDC 17	Гематологические и твердые новообразования
S	MDC 18A	ВИЧ
T	MDC 18B	Инфекционные и паразитарные болезни
U	MDC 19	Психические заболевания и расстройства
V	MDC 20	Употребление алкоголя и наркотиков и, индуцированные алкоголем и наркотиками, психические расстройства
W	MDC 21A	Политравмы
X	MDC 21B	Травмы, отравления и токсические эффекты лекарственных средств и препаратов

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Y	MDC 22	Ожоги
Z	MDC 23	Факторы, влияющие на состояние здоровья, и другие виды использования медико-санитарной помощи
9		DRG-Ошибки / не отнесены к группам

Таблица 5.2.: DRG – Главные группы [11]

Раздел

Раздел говорит о типе лечения, и в нем можно выделить следующие три группы:

Кодировка в DRG-№	Аббревиатура в каталоге	Наименование
01-39	O	Оперативный или "C" = хирургический; с оперативными процедурами (OR = операция)
40-59 процедур	A	Другой , или "S" = Другое Для НЕхирургических [интервенционных]
60-99	M	Медицинский , нет никаких процедур [консервативное лечение]

Таблица 5.3.: Разделы

К какому разделу будет отнесено лечение существенно зависит от типа закодированных процедур. Кодировка, по меньшей мере, одна оперативная процедура, если есть **оперативный** раздел. При наличии по меньшей мере одной нехирургической процедуры ("NonOR"-процедуры, например: КТ биопсии) назначается **другой** раздел и, в данном случае, кодируется **медицинский** раздел, т.е. обозначается, что нет никаких процедур [консервативное лечение]. К сожалению, диапазон чисел не всегда достаточен для всех разделов DRG, поэтому систематизация в распределении упраздняется. Таким образом, например, DRG

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

F95B является **оперативным** в Каталоге конкретных примеров расчета оплаты 2009 года.

Уровень сложности

Четвертая позиция DRG-номера (называемая также делительный индикатор, расходы, дифференциация) служит для определения потребления ресурсов, согласно поставленному диагнозу и отражает уровень сложности лечения. Под 'потреблением ресурсов', имеются ввиду затраты на персонал и оборудование. Для этой позиции был предусмотрен следующий диапазон значений:

- A** Самое высокое потребление ресурсов
- B** Второе по величине потребление ресурсов
- C** Третье по величине потребление ресурсов
- и т.д.
- Z** Нет дифференциации

Пример апоплексии, базисный DRG B70, показывает нам версию с очень большим количеством дифференциаций:

B70A Апоплексия с неврологическим комплексным лечением острого инсульта, более чем 72 часов, с внутричерепным кровоизлиянием

B70B Апоплексия с неврологическим комплексным лечением острого инсульта, более чем 72 часов, без внутричерепных кровоизлияний или неврологического комплексного лечения острого инсульта, более чем 72 часов, с осложненным внутричерепным кровоизлиянием

B70C Апоплексия с неврологическим комплексным лечением острого инсульта, до 72 часов, с внутричерепным кровоизлиянием, без осложненного внутричерепного кровоизлияния или системного тромболизиса, или другого неврологического комплексного лечения острого инсульта, более 72 часов

B70D Апоплексия с неврологическим комплексным лечением острого инсульта, до 72 часов, без внутричерепного кровоизлияния, без системного тромболизиса, больше одного дня пребывания в больнице [> 1человеко дня]

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

B70E Апоплексия без неврологического комплексного лечения острого инсульта, с внутричерепным кровоизлиянием, без осложненного внутричерепного кровоизлияния, или с системным тромболизисом или с другим неврологическим комплексным лечением острого инсульта, до 72 часов

B70F Апоплексия без неврологического комплексного лечения острого инсульта, без другого неврологического комплексного лечения острого инсульта, без внутричерепного кровоизлияния, без системного тромболизиса, больше одного дня пребывания в больнице [> 1человеко дня]

B70G Апоплексия с неврологическим комплексным лечением острого инсульта или другого неврологического комплексного лечения острого инсульта, умерший < 4 дней после поступления

B70H Апоплексия без неврологического комплексного лечения острого инсульта, без другого неврологического комплексного лечения острого инсульта, умерший < 4 дней после поступления

B70I Апоплексия, один день пребывания в больнице [1человеко день]

Таблица 5.2.: FRK 2 (сокращенная и модифицированная выдержка) [11]

DRG-номер **B70** в данном случае является **основой для конкретных расчетов** для апоплексии. В базисном DRG **B70**, существует 8 уровней **A, B, C, D, E, F, G, H** и **I**, которые описывают различную степень тяжести (стоимость, потребление ресурсов) случая. Практически это означает, что чем больше осложнений или сопутствующих заболеваний, тем выше будет индикатор уровня сложности (макс. A) и поэтому оплата оценивается согласно результату. Кроме того, дополнительное влияние на степень тяжести (см. раздел 6 - *Группирование*) оказывают, в частности, демографические данные пациента, такие как возраст, продолжительность пребывания или длительность искусственной вентиляции легких. Листая каталог FRK, вы заметите, что на практике обычно определены только два или три уровня - A, B или A, B, C.

При индикаторе уровня „**Z**“, например,

F64Z язвы кожи при сердечно-сосудистых заболеваниях

это означает, что, в принципе, в этой базисной DRG даже в случаях осложнений или вторичных диагнозов не увеличивается степень тяжести. Увеличение счета будет происходить только тогда, когда пациент, ввиду дополнительных процедур или другого диагноза, подпадает под другой вариант расчета оплаты. Теперь

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

давайте посмотрим на некоторые типичные примеры из FRK и убедимся, что мы можем правильно их интерпретировать:

D61B Нарушение баланса (головокружение) с потерей слуха или со звоном в ушах, за исключением комплексного дисбаланса

D = основная группа MDC 03: Болезни и расстройства ЛОР-органов

61 = медицинский раздел (M)

B = второе по величине потребление ресурсов

L04A Хирургия почек, мочеточника, мочевого пузыря, за исключением новообразований, без крайне тяжелых СС [сопутствующих заболеваний и осложнений] , без комбинированного вмешательства, возраст <3 лет

L = основная группа MDC 11: Болезни и расстройства мочевыводящих путей

04 = раздел оперативный (O)

A = самое высокое потребление ресурсов

H40Z Эндоскопическое вмешательство при варикозно расширенных венах пищевода

H = основная группа MDC 07: Болезни и расстройства гепатобилиарной системы и поджелудочной железы

40 = другой раздел (A)

Z = нет дифференциации

Однако, есть также несколько DRG с Z-окончанием, которые имеют скрытые уровни тяжести. Так, например, F57Z *Чрескожное коронарное вмешательство со сложной интервенцией, без крайне тяжелых СС*, которое просто сгруппировано в РСCL> 4 в различных DRG (F58A), хотя никто не предположит Z-окончания.

5.2. Весовой коэффициент стоимости (CW) и базовая ставка (BR)

В 4-ой колонке Каталога конкретных примеров расчета оплаты (FRK) находится соответствующий каждому DRG-номеру **Весовой коэффициент стоимости** для основных разделов; для внутренних отделов установлены другие отношения. Также, для этого коэффициента в литературе или в компьютерных программах есть еще несколько названий, находящихся в обращении: **Относительный вес стоимости, CW** (вес стоимости), **относительный вес (RG)** или **снижение веса**. Когда используются различные понятия, не хотелось бы запутать читателей, но в повседневной жизни привыкаешь к использованию различных терминов.

Относительный вес является ключевым фактором для расчета тарифов. Он представляет собой относительную величину средней стоимости лечения, связанную с соответствующим пакетом расчета оплаты, из которого могут быть рассчитаны доходы.

В Каталоге конкретных примеров расчета оплаты (FRK), в отдельных DRG, вы можете увидеть, что *относительный вес* часто колеблется около значения 1. В качестве основы расчётов коэффициент 1,0 был установлен на основе статистического анализа для средней стоимости основных ставок. Если коэффициент больше чем 1, то присутствует увеличение расходов (например, уровень тяжести случая, осложнения, сопутствующие заболевания), при коэффициенте меньше 1, логично следует, что потребление ресурсов ниже среднего уровня.

Базовая ставка (BR = базовая ставка) является вторым фактором для расчета тарифов. В то время как относительный вес в Каталоге конкретных примеров расчета оплаты (FRK) был установлен на всей территории Германии, в настоящее время продолжается этап сближения базовой ставки для каждой больницы, которая определяется внутри больницы и основана на обычном договорном бюджете с использованием взвешенного метода калькуляции путём деления. Это означает, что больница А и больница В за одну и ту же услугу получают не одинаковое вознаграждение.

Во время этапа сближения, который должен был закончиться в 2009 году и, в настоящее время, продлен на 1 год, базовые ставки постепенно выравниваются в целой стране. Это означает, что в "дорогих" больницах происходит постепенное снижение стоимости, а в больницах, не требующих больших затрат, происходит увеличение базовых ставок. Ожидается, что в 2014 году базовые ставки будут одинаковы по всей стране.

Общая формула для определения оплаты составляет:

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Доход от [пролеченного] случая = относительный вес x базовую ставку

Для всех последующих расчетов, берем как базовую ставку

BR = 2.500,- €.

Чтобы определить доход в нашем конкретном примере расчета оплаты G64A (воспалительные заболевания кишечника или другие серьезные заболевания органов пищеварения, с крайне тяжелыми СС, CW = 1,486), надо просто поставить известные значения в формулу:

Доход от [пролеченного] случая = относительный вес x базовую ставку

Случай дохода = 1,486 x 2.500,00 € = 3.715,00 €

Тогда как, например, случай G64C - *Воспалительные заболевания кишечника, возраст > 17 лет, и возраст <70 лет, CW = 0,577*, приведет к значительно более низкому результату:

Доход от [пролеченного] случая = 0,577 x 2.500,00 € = 1.442,50 €

5.3. Надбавки и скидки

Сумма, рассчитанная для лечения "Воспалительного заболевания кишечника с крайне тяжелыми СС" для G64A должна выплачиваться в течение относительно длительного периода времени, независимо от времени пребывания пациента. Среднее время пребывания для конкретных примеров расчета оплаты рассчитывается, согласно каталогу, на основании **12,7** дней. В результате, это не имело бы значения, будет ли пациент с этим диагнозом находиться в больнице 4 дня или 26 дней, т.к. цена лечения и для двух случаев была бы 3.715,00 €. Этот факт наглядно демонстрирует, что в соответствии с экономическими интересами, больницы должны стремиться свести к минимуму продолжительность пребывания пациента в стационаре, что, конечно, должно быть допустимо с медицинской точки зрения.

Только если время пребывания выше или ниже верхнего или нижнего предела пребывания, рассчитанного и определенного в каталоге FRK для каждого DRG, тогда рассчитываются надбавки и скидки. Дополнительно, для каждой коррекции счета рассчитывается относительный вес (CW / день).

Порядок расчета надбавок и скидок определен в «Положении о конкретных примерах расчета оплаты для больниц» (KFPV). Как правило, эти расчеты автоматически обрабатываются посредством Электронной обработки данных (EDP) (Grouper) в зависимости от даты госпитализации и выписки. Для понимания расчетов и каталога FRK, однако, имеет важное значение по крайней

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

мере один раз проследить расчет теоретически. Вы обязательно должны понять, какие результаты извлекает компьютер и почему.

В таблице 5.3. снова следует уже известная выдержка из Каталога о конкретных примерах расчета оплаты (FRK), дополненная теперь остальными колонками для сохранения и передачи информации.

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

DRG	Раздел	Описание	Относительный Вес Cw	Средняя Продолжительность пребывания	Нижняя максимальная продолжительность пребывания		Верхний предел пребывания		Внешняя установка
					1 день со скидкой	Cw/день	1 день с доплатой	Cw/день	
G64A	м	Воспалительные заболевания кишечника или другие серьезные заболевания органов пищеварения, с крайне тяжелыми СС	1,486	12,7	3	0,349	27	0,077	0,102
G64B	м	Воспалительные заболевания кишечника, возраст <18 лет или возраст > 69 лет	0,653	5,9	1	0,411	14	0,074	0,091
G64C	м	Воспалительное заболевание кишечника, возраст > 17 лет, и возраст <70 лет	0,577	5,9	1	0,388	14	0,063	0,077

Таблица 5.3.: Каталог FRK 2 (модифицированная выдержка)

Расчет скидки

В колонке "Нижняя максимальная продолжительность пребывания", как первый день для значительной скидки в оплате указан 3-й день. Для каждого просроченного дня, при расчетах весовой коэффициент стоимости (CW) составляет 0,349 в день.

Это звучит немного странно, но это быстро станет понятно во время практического расчета.

Предположим, что пациент был только 2 дня госпитализирован, тогда рассчитываются скидки за 2 дня:

4 дня пребывания = без скидки

3 дня пребывания = 1 день со скидкой

2 дня пребывания = 2 дня со скидкой

Те, кто предпочитает использовать формулу, вместо логики:

Дни со скидкой = (1-й День со скидкой + 1) - дни размещения

Дни со скидкой = (3 + 1) - 2 = 2

Формула для расчета скидки:

Скидка = Скидка-CW на день x базовая ставка x дни со скидкой

Скидка = 0,349 x 2.500,00 € x 2 = **1.745,00 €**

Скидка вычитается из расчетного дохода от [пролеченного] случая

Стоимость = доход от [пролеченного] случая - скидка

Стоимость = 3.715,00 € - 1.745,00 € = **1.970,00 €**

Расчет надбавки

Колонка "Верхний предел пребывания" означает, что с 27 дня надбавки с CW от 0,077 оплачивается в день. Если пациент лечился стационарно 30 дней, то будут дополнительно оплачены 4 дня. Расчет аналогичен расчету скидки:

Дни с надбавкой = (дни размещения + 1) - 1-й день с доплатой

Дни с надбавкой = (30 + 1) - 27 = 4

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Надбавка = CW в день x базовая ставка x дни с надбавкой

$$\text{Надбавка} = 0,0779 \times 2.500,00 \text{ €} \times 4 = \mathbf{770,00 \text{ €}}$$

Доплата должна быть добавлена к рассчитанному доходу от [пролеченного] случая:

$$\text{Стоимость} = 3.715,00 \text{ €} + 770,00 \text{ €} = \mathbf{4.485,00 \text{ €}}$$

Скидки при перемещении

При перемещении в другую больницу, как для больницы, из которой пациент перемещается, так и для больницы, которая его принимает, скидки рассчитываются для среднего времени пребывания.

Если пациент перемещается из больницы, например, через 5 дней, то стоимость рассчитывается по следующим формулам:

дни со скидкой = среднее время пребывания
(округленно)

- фактическая продолжительность

$$\text{дни со скидкой} = 13 - 5 = \mathbf{8}$$

Скидка = Дни со скидкой x CW на день x базовая ставка

$$\text{Скидка} = 8 \times 0,102 \times 2.500,00 \text{ €} = \mathbf{2.040,00 \text{ €}}$$

$$\text{Стоимость} = 3.715,00 \text{ €} - 2.040,00 \text{ €} = \mathbf{1.675,00 \text{ €}}$$

Расчет скидки не должен производиться, когда колонка "конкретные примеры расчета оплаты для перемещения" отмечена с "х", как, например, в случае с многими онкологическими DRG!

5.4. Повторные госпитализации в ту же больницу

Для предотвращения манипуляций с расчетами, было введено регулирование совместного ведения случаев. Как правило, это означает, что при определенных условиях, при возобновленном приеме делается обобщение данных случаев в один случай и делается перекатегоризация конкретного расчета оплаты.

Как правило, все случаи кодируются индивидуально - если одно из следующих условий верно, то отдельные случаи объединяются и ведутся вместе, как один случай:

1. - Возобновление в рамках верхнего предела пребывания и

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

- тот же самый базисный DRG
- 2. - Возобновление в рамках 30 дней от первой даты записи и
 - та же, основная диагностическая категория (MDC) и
 - Изменение "медицинского" или "другого" раздела на "оперативный" раздел
- 3. - Возобновление в рамках верхнего предела пребывания, при осложнениях.

Если в Каталоге конкретных примеров расчета оплаты (FRK), последняя колонка "Исключение возобновления" маркирована крестом "х", ни при каких обстоятельствах слияние случаев не выполняется.

Если больница уже урегулировала один из совместных случаев прибытия, то этот счет будет отменен. Максимальная продолжительность пребывания имеет существенное значение для дополнительных расчетов скидок и надбавок, и поэтому приводится после случаев слияния.

5.5. Другие характеристики

5.5.1. Эффективный вес стоимости

Относительный вес стоимости известен из предыдущих примеров. Эффективный вес стоимости (также: эффективные вес, эффективный коэффициент стоимости) является фактором, который учитывается при расчете скидок или надбавок. Если нет скидки или надбавки, то следующее будет в силе:

относительный вес расходов = эффективный

В показанном примере расчета стоимости (раздел 5.3), для двух дней со скидкой, рассчитывается скидка в размере 1.745,00 €. Стоимость определяется следующим образом:

Стоимость = Случай дохода - Скидка

Стоимость = 3.715,00 € - 1.745,00 € = 1.970,00 €

Для расчета эффективного веса стоимости применяется следующая формула:

Эффективный вес = Стоимость : Базовая ставка

Эффективный вес = 1.970,00 € : 2.500,00 € = 0,788

Для сравнения, *относительный вес* был в данном случае $sw = 1,486$.

Этот эффективный вес стоимости, естественно, не может быть определен в Каталоге конкретных примеров расчета оплаты (FRK) или в других таблицах ; это

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

делает Groupер, основываясь на скидку или надбавку, анализируя экономическую рентабельность, автоматически рассчитывает и определяет его.

5.5.2. Микс-случаев (СМ) и индекс микс-случаев (СМІ)

Микс-случаев (вес, сумма веса случаев, тяжелые случаи) является суммой относительного веса для всех расчетных случаев (DRG) в данный период. Вы получаете оценочное и сравнительное значение по отношению к отдельным случаям или спектру пациентов для лечения в стационаре.

Индекс микс-случаев (индекс уровня тяжести случаев) определяется путем деления микс-случаев на общее количество случаев и показывает среднюю тяжесть случаев лечения в данный период. Для этой цели, все коэффициенты относительного веса суммируются и делятся на число случаев. Это дает среднюю **экономическую тяжесть случаев**.

Если СМІ (Индекс микс-случаев) рассчитывается на основании эффективного относительного веса, то он называется **Эффективный Индекс микс-случаев**.

Эффективный СМІ является важной измеряемой величиной для успешной деятельности системы DRG. В качестве экономического ориентира, он часто играет роль для руководства больницы и для финансирующих органов.

Для лучшего понимания, ниже дан схематический пример расчета этих параметров:

	Случаи	Эфф.-СW	Микс-случаев
Этап 1	10	7,0	70
Этап 2	100	0,9	90
Этап 3	90	1,0	90
Итого	200		250

Микс-случаев больницы составляет **250**. Индекс микс-случаев (СМІ) рассчитывается по формуле:

$$\text{Индекс микс-случаев} = \text{микс-случаев} / \text{случаи} = 250 : 200 = 1,25$$

Индекс микс-случаев (СМІ) больницы составляет **1.25**.

5.6. Дополнительная оплата и другие платежи

В "Положение о конкретных примерах расчета оплаты для больниц" (KFPV) приведены платежи, которые не оплачиваются посредством DRG-системы. Это касается, в частности следующего:

- Дополнительная плата в соответствии с единым каталогом дополнительной оплаты (трансплантации, диализ, химиотерапия и т.д.)
- Полустационарные услуги
- Услуги, касающиеся специальных средств, в соответствии с § 17b, пункт 1, положение 15 Закона о финансировании больниц. [4]

Эти особые случаи не будут обсуждаться в деталях. Достаточно указать на то, что они существуют, и где их искать.

В приложениях к Каталогу конкретных примеров расчета оплаты (FRK), содержится полный список текущих дополнительных платежей. Вот некоторые выдержки, содержащие следующие примеры:

Приложение 2 – Каталог дополнительных платежей

ZE01.01	Гемодиализ, периодический, возраст > 14 лет	222,10 €
ZE01.02	Гемодиализ, периодический, возраст <15 лет	408,50 €
ZE02	Гемодиафильтрация периодическая	241,86 €
ZE09	Полное имплантирование медикаментозного насоса с программируемым изменением суточного профиля	10.540,00 €
ZE10	Искусственный сфинктер мочевого пузыря	5,932.34 €
ZE11	Замена тела позвонка	см. в Приложении 5
...	...	
...	...	

Таблица: 5.5: Приложение 2 – Каталог дополнительных платежей (модифицированная выдержка).

В Приложениях 3а и 3б указаны услуги, которые не урегулированы DRG-системой:

Приложение 3а оплачиваемые стационарные услуги, не отраженные в Каталоге конкретных примеров расчета оплаты (FRK)

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Для следующих услуг происходит согласование индивидуальных больничных платежей в соответствии с § 6 пункт 1, положение 1, № 2 Закона о вознаграждении больницы, поскольку эта услуга может быть предоставлена в больнице.

DRG	Раздел	Наименование
-----	--------	--------------

...

...

MDC 03 Заболевания и расстройства уха, носа, рта и горла

D01A	O	Кохлеарный имплантат, двусторонний
------	---	------------------------------------

D23Z	O	Имплантация слухового аппарата
------	---	--------------------------------

MDC 04 Болезни и нарушения дыхательной системы

E37Z	O	Длительная госпитализация до трансплантации при высоком уровне срочности для борьбы с болезнями и расстройствами дыхательной системы
------	---	--

E41Z	A	Ранняя реабилитация при заболеваниях и расстройствах дыхательной системы
------	---	--

E76A	M	Туберкулез, более 14 дней госпитализации
------	---	--

MDC 05 Заболевания и расстройства сердечно-сосудистой системы

...

Таблица: 5.6.: Приложение 3а - Не отраженные в FRK оплачиваемые стационарные услуги (модифицированная выдержка) [11]

Приложение 3в оплачиваемые полу-стационарные услуги, не отраженные в Каталоге конкретных примеров расчета оплаты (FRK)

Для следующих услуг происходит согласование индивидуальных больничных платежей в соответствии с §6 пунктом 1, положение 1, № 2 Закона о вознаграждении больницы, поскольку эта услуга может быть предоставлена в больнице.

DRG	Раздел	Наименование
-----	--------	--------------

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Предварительное MDC

A90A	A	Полустационарное гериатрическое комплексное лечение, всеобъемлющее лечение
A90B	A	Полустационарное гериатрическое комплексное лечение, базисное лечение

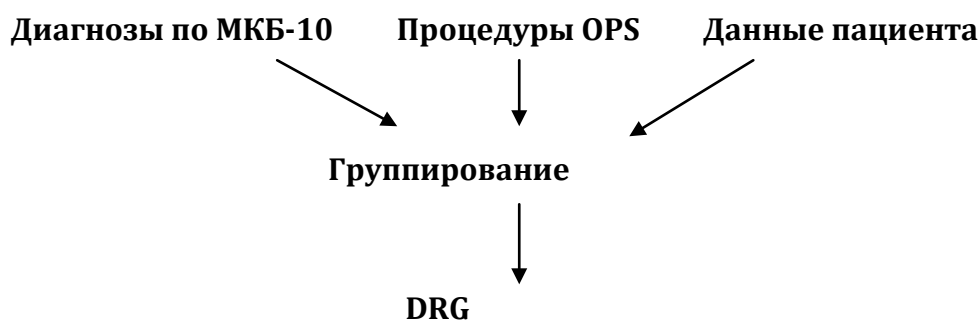
MDC 11 Заболевания и расстройства мочевыводящих путей

L90A	M	Почечная недостаточность, полустационарное, возраст <15 лет
L90B	M	Почечная недостаточность, полустационарное, возраст > 14 лет с перитонеальным диализом

Таблица: 5.7.: Приложение 3b – Не отраженные в Каталоге конкретные примеры счета оплаты (FRK), оплачиваемые полу-стационарные услуги (модифицированная выдержка) [11]

6. Группирование

Расчет конкретных примеров оплаты DRG от исходных данных (диагнозы, процедуры и данные пациентов) называется группирование (распределение по группам).



Индикация 6.1.: Принцип группирования

Группировщик (Groupер) это не что иное, как компьютерная программа (программное обеспечение), которая выполняет DRG-расчеты в соответствии с предписанными сложными алгоритмами. Эта сложная схема теоретически описана в Инструкции определений. Она дает возможность понять сложные операции и процессы группирования, от ознакомления с которыми становится

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

ясно, что без производительной электронной обработки данных, практическое использование системы DRG не было бы возможным.

Для того, чтобы программы разных производителей с такими же исходными данными пришли к одинаковым результатам, используется только сертифицированная (проверенная) InЕК (Институтом по расчетам возмещения стоимости медицинских услуг) программа.

Как правило, Группировщик интегрирован в информационную Систему больницы (KIS), так что прямой обмен данными между двумя системами может иметь место.

6.1. Исходные данные

Кодирование диагнозов и процедур известно из глав 2 и 4. Для группирования требуется, по крайней мере, один действительный основной диагноз и данные пациента. Кроме того, могут иметься несколько дополнительных диагнозов и / или процедур.

6.1.1. Данные пациента

Некоторые данные, такие как возраст, вес при приеме, продолжительность пребывания или продолжительность искусственной вентиляции легких могут влиять на группирование.

Для документирования данных пациента, есть определение [5] в Инструкции по определению 5, Дополнение D:

Переменная Допустимые значения и указания

Возраст	Допустимо в двух областях: от 1 до 365 дней, или от 1 года до 124 лет
Пол	1 = м или M = мужской 2 = w или W= женский 3 = i или I = неопределенный 9 = U или U = неизвестный

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Вес при приеме	Допустимый диапазон: от 250 до 19999 граммов Эта область будет проверена, если пациент младше 1 года. Если эта область пустая или с нулевым значением, то стандартное значение составляет 2500 граммов.
Время пребывания приема,	Допустимый диапазон: от 1 до 9999 дней Эта величина рассчитывается в соответствии с датой выписки и с учетом всех праздников
Статус пребывания	1 = день размещения
День размещения	0 = Больше, чем один день размещения Группировщик вычисляет этот статус, основываясь на дате приема и дате выписки
Праздничные дни	Допустимый диапазон: от 0 до 9999 Также включает в себя количество дней за пределами рамок KHEntgG
Продолжительность искусственной ДМВ (ДМВ-вентиляция легких)	Допустимый диапазон: от 0 до 9999 часов Группировщик использует введенное значение продолжительность искусственной вентиляции Значение для этой переменной "0"

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

<p>Статус психиатрический пребывание обязательной госпитализации</p>	<p>1 = недобровольное 2 = добровольное пребывание</p> <p>Эта переменная указывает, в соответствии с действующим законодательством в области психического здоровья страны, лечится ли пациент недобровольно. Значение для этой переменной "2"</p>
--	--

<p>Обстоятельства приема</p>	<p>E – направление от врача Z – направление от стоматолога N – экстренно R - запись после предыдущего лечения в реабилитационном центре V - перемещение с продолжительностью лечения в больнице > 24 часов K – перемещение из одной больницы в другую в рамках сотрудничества G – рождение B – сопровождающее лицо</p>
<p>Основание приема</p>	<p>01 - больничное лечение, стационарное 02 - стационарное лечение с предварительным достационарным лечением 03 - стационарное лечение, полустационарное 04 – достационарное лечение без последующего стационарного лечения 05 – роды в стационаре 06 – рождение 07 - восстановления в связи с осложнениями согласно КФРВ 2003 08 - госпитализация для изъятия органа</p>
<p>Причина выписки</p>	<p>01 - Лечение регулярно (планово) закончилось 02 - Лечение регулярно (планово) закончилось, 03 - Лечение прекращено по другим причинам 04 - Лечение прекращается вопреки совету врача 05 - Изменение компетентности объекта затрат 06 - Перемещение в другую больницу 07 – Смерть 08 - Перемещение в другую больницу, в рамках Сотрудничества 09 - Выписка в реабилитационный центр 10 - Выписка в дом для престарелых и инвалидов 11 - Выписка в хоспис</p>

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

	12 - Внутреннее перемещение 13 - Внешнее перемещение на психиатрическое лечение 14 - Лечение завершено по другим причинам, предвидится постстационарное лечение 15 - Лечение прекращено вопреки совету врача, предвидится постстационарное лечение 16 - Внешнее перемещение в другую больницу и последующее перемещение с внутренним перемещением, с обменом между секторами покрытия VPfIV и KHEntgG и последующее перемещение 17 - Внутреннее перемещение с обменом между секторами покрытия VPfIV и KHEntgG 18 - Перемещение назад 19 - Выписка перед возобновлением реклассификации 20 - Выписка перед возобновлением реклассификации в связи с осложнениями 21 - Выписка с последующим возобновлением приема 22 - Случай завершения (внутреннее перемещение) во время смены стационарного и полустационарного лечения
--	--

Таблица 6.2.: Демографические характеристики данных пациента (в сокращении)

6.1.2. Уровни сложности (CCL, PCCL)

Вторичный диагноз и осложнения могут увеличить расходы и, следовательно, стоимость лечения случая тоже увеличится. Таким образом, для выполнения классификации услуг, существенно, также, принимать во внимание различные степени тяжести заболевания. Для понимания расчета, первоначально, следует отличить концептуально три вида сходных сокращений:

СС осложнения / сопутствующие заболевания (вторичные диагнозы)

= Осложнения / Сопутствующие заболевания

CCL тяжесть осложнений / сопутствующие заболевания = **СС уровень**

PCCL связанный с пациентом, общий уровень сложности лечения = **Уровень клинической сложности лечения пациента**

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

CCL и PCCL -значения делятся на 5 уровней:

- 0 - нет СС
- 1 - незначительные СС
- 2 - средней тяжести СС
- 3 - тяжелые СС
- 4 - крайне тяжелые СС

Каждый вторичный диагноз имеет присвоенную степень сложности (CCL). В **оперативном** разделе она может быть между 0-4, а в **медицинском**, между 0-3. Возможные значения определяются в Инструкции определений 5, Приложение С, например:

МКБ	Текст	Опер. CCL	Мед. CCL
V05.2	Корь, осложненная пневмонией	3, 4	3
V05.3	Корь, осложненная средним отитом	2	2
V05.4	Корь с кишечными осложнениями	2, 4	2
V05.8	Корь с другими осложнениями	2, 4	2
J96.0	Острая дыхательная недостаточность	2, 3, 4	2, 3

Таблица 6.3.: CCL-значения для вторичных диагнозов (пример)

Различные базисные DRG, также могут иметь различные значения CCL. Например, диагноз J96.0 *Острая дыхательная недостаточность* может в базисном DRG B70 - *Аноплексия*, иметь CCL-значение 2, в то время как в базисном DRG B71 - *Заболевания черепномозговых нервов и периферических нервов*, CCL может иметь значение - 3.

Уровень клинической сложности лечения пациента (PCCL) является мерой для кумулятивного эффекта СС (осложнений и сопутствующих заболеваний) в случае лечения. Определение представляет собой сложный процесс, во избежание того, что похожие конфигурации СС могут быть оценены более одного раза. [5]

Подробнее об этом в следующих процедурах и примерах этой главы.

6.2. Процесс группирования

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Внутренние процессы Группировщика (*Groupier*) не обязательно знать при кодировании. Однако, если вы все еще хотите немного глубже вникнуть в принципы работы Группировщика, то рекомендуется использовать следующие модели.

Группировщик, на основе входных данных, делает свое группирование в следующем порядке:

1. MDC-группирование
2. MDC-партиционирование
3. группирование для базисных DRG
4. группирование CCL и PCCL
5. DRG-группирование

6.2.1. Выделение основной группы (MDC)

Выбор MDC состоит из трех основных этапов:

А) Контроль ошибок

Во-первых, данные демографических и клинических характеристик проверяются на достоверность. На этом этапе программа откидывает недействительную или ошибочную информацию, происходит выделение ошибочных значений:

901A Обширные операционные процедуры, не связанные с основным диагнозом, осложняют положение вещей или лучевую терапию

901B Обширные операционные процедуры, не связанные с основным диагнозом, не осложняющие положение вещей, без лучевой терапии, со сложными операционными процедурами

901C Обширные операционные процедуры, не связанные с основным диагнозом, не осложняющие положение вещей, без лучевой терапии, без сложных операционных процедур, с другими методами лечения головы и позвоночника, возраст <1 год или с параплегией/ тетраплегией

901D Обширные операционные процедуры, не связанные с основным диагнозом, не осложняющие положение вещей, без лучевой терапии, без сложных операционных процедур на голове и позвоночнике, возраст > 0 лет, за исключением параплегии / тетраплегии

902Z Обширные операционные процедуры, не связанные с основным диагнозом

960Z Не включены в группы

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

- 961Z** Неприемлемый основной диагноз
- 962Z** Неприемлемая акушерская диагностическая комбинация
- 963Z** Дородовая диагностика несовместимая с возрастом или весом

В) Предварительная обработка MDC

Предварительная обработка MDC имеет две функции. Во-первых, содержащиеся в Предварительной MDC-категории, дорогостоящие «Особые [процедуры]» - определяют DRG. Во-вторых, программа меняет назначение MDC в случаях, когда MDC не определена исключительно на основе первичного диагноза, а именно:

MDC 15 Новорожденный

MDC 18A ВИЧ

MDC 21A Политравма

Каждая группа данных проверяется на правильность. Группировщик распределяет соответствующую группу данных DRG в предварительную MDC-категорию или изменяет распределение MDC, в случае утвердительного ответа "да" на вопросы:

- Была ли в рамках этого эпизода лечения произведена трансплантация печени, мульти-органов, легких, костного мозга, поджелудочной железы или сердца или были введены стволовые клетки?
- Проводилась ли долгосрочная искусственная вентиляция легких?
- Осуществлялось ли при лечении у пациентов в возрасте до 16 лет искусственное дыхание?
- Был ли поставлен диагноз острого заболевания или травмы спинного мозга?
- Был ли поставлен диагноз недостаточности или отторжения пересаженных органов или трансплантированных гемопоэтических клеток?
- Проводился ли сбор стволовых клеток от специального донора?
- Лечились ли значительные травмы в нескольких местах тела?
- Был ли возраст пациента менее 28 дней (т.е. новорожденный), или менее 1 года с весом при рождении менее 2500 граммов?
- Есть ли ВИЧ-инфекция?

Примеры:

- A01A O Трансплантации печени с искусственным дыханием > 179 часов
- A05B O Пересадка сердца без искусственного дыхания > 179 часов, возраст > 15 лет

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

- A13G O Искусственное дыхание > 95 и <250 часов без сложных или специфических операционных процедур, без интенсивного медицинского комплексного лечения > 552 пунктов, без усложнения ситуации, возраст > 15 лет, или умерший, или перемещенный <9 дней, без сложного диагноза или РТСА [чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики]
- A42A A Сбор стволовых клеток от специального донора с химиотерапией
- A60C M Отказ от трансплантации органа, размещение более одного дня, без крайне тяжелых СС, возраст > 15 лет

С) Распределение "нормальных" основных групп

Если не существуют ни ошибки, ни особые случаи, то следует группирование обычной основной группы В - Z.

Группировщик проверяет правильность всех диагностических и процедурных кодов не только с точки зрения МКБ и OPS, но и с точки зрения возраста и пола пациента. Коды, которые встречаются неоднократно, игнорируются, если они связаны с диагнозами, но не в случаях, когда они связаны с процедурами.

6.2.2. MDC-партиционирование

Распределение эпизода лечения к "оперативному", "медицинскому" или к "другому" разделу MDC, в основном, зависит от наличия или отсутствия процедур. Как уже говорилось в предыдущем разделе, применяется следующее:

- Чтобы эпизоду лечения был назначен "операционной" раздел, то должна существовать по крайней мере одна операционная процедура.
- Эпизоду лечения назначается "другой" раздел, если при отсутствии операционной процедуры, была проведена по крайней мере одна НЕоперационная [т.е., интервенционная] процедура, что имеет большое значение для MDC.
- Если в рамках эпизода лечения ни операционная процедура, ни НЕоперационная процедура местного значения не были выполнены, то тогда назначается "медицинский" раздел.

6.2.3. Распределение базисной DRG

Распределение базисной DRG, в основном, базируется на документированной диагностике и / или процедурах. Если, например, болезнь Крона (K50.1) была кодирована, как первичный диагноз, то Группировщик имеет для выбора следующие DRG:

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

МКБ	MDC	DRG
K50.1	06	G40Z, G46A, G46B, G46C, G47A, G48A, G48B, G64A, G64B, G64C

Таблица 6.4.: DRG для определения первичного диагноза K50.1

Возможными базисными DRG являются следующие:

G46	A	Комплексная терапевтическая гастроскопия для основных болезней органов пищеварения
G47	A	Другая гастроскопия при тяжелых болезнях органов пищеварения
G64	M	Воспалительное заболевание кишечника

Без гастроскопии выбирается медицинский базисный DRG **G64** (воспалительное заболевание кишечника) из **MDC 06**. Если также НЕоперационная процедура для Гастроскопии ... будет закодирована, то Группировщик определяет базисным DRG **G46** или **G47**.

Для каждого диагноза и процедуры в Инструкции определений 5, Приложение А, перечислены возможные основные группы и DRG, как в таблице 6.4.

И наоборот, есть таблицы с перечнем всех возможных основных диагнозов, которые могут привести к базисному DRG G64:

Воспалительные заболевания кишечника

DRG G64A	Воспалительное заболевание кишечника PCCL > 3 с крайне тяжелыми СС
DRG G64B	Воспалительное заболевание кишечника, без крайне тяжелых СС, возраст <18 лет или > 69 лет
DRG G64C	Воспалительное заболевание кишечника, без крайне тяжелых СС, возраст > 17 лет и < 70 лет

Главный диагноз TAB-G62-1

K50. - Болезнь Крона [регионарный энтерит] [Morbus Crohn]

K51. - Язвенный колит

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

Таблица 6.5.: Возможные диагнозы для DRG G64 (отрывок)

В этом случае, только две основные диагностические категории K50.- и - K51.- вызывают базисный DRG G64. В других случаях, как правило, есть гораздо больше диагнозов, которые могут привести к определенному DRG.

Возможные назначения процедур DRG и наоборот, следуют тому же принципу.

6.2.4. Назначение уровней сложности

Назначение уровня сложности осуществляется в 3 этапа

1. ССL-назначение

Каждому диагнозу, присваивается значение СС. В *оперативном* разделе оно может варьировать между 0-4, а в *медицинском*, между 0-3. Возможные значения определяются в Инструкции определений 5, Приложение С, например:

МКБ	Текст	Опер. ССL	Мед. ССL
164	Инсульт, указанный не как кровотечение или инфаркт	3,4	2,3

Таблица 6.6.: ССL значения для диагностики 164 (Извлечение)

Таким образом, Группировщик определяет ССL-значение каждого документированного диагноза в соответствии с процедурами его расчетов.

2. Сортировка и процесс исключения

Прежде всего, все вторичные диагнозы сортируются в соответствии с их ССL-значением в порядке убывания. Далее, в процессе исключения диагноз теряет свой ССL-статус (ССL = 0), когда он

- является частью определения базисного DRG
- похож на основной диагноз
- уже указан в другом месте (дважды)

Для этой цели, последовательно каждый вторичный диагноз устанавливается в качестве основного диагноза и и все другие диагнозы сравниваются с ним по значимости. Как следствие, значительные диагнозы не могут быть исключены, а аналогичные диагнозы учитываются только один раз.

3. РССL-значения

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

От остальных значений ССL, Группировщик, путем сложного процесса, рассчитывает РССL-значение, представляющее собой меру кумулятивного эффекта СС в каждом конкретном случае лечения и, таким образом, отражает усилия и ресурсы.

На основании рассчитанных РССL-значений и с учетом демографических данных пациента (например, возраст, дни размещения) в конечном счете устанавливается степень тяжести (разделительный индикатор), и, таким образом, полное число DRG. Нахождение решения для рассматриваемого заболевания кишечника (см. таблицу 6.5) возникает можно проследить на следующей схеме:

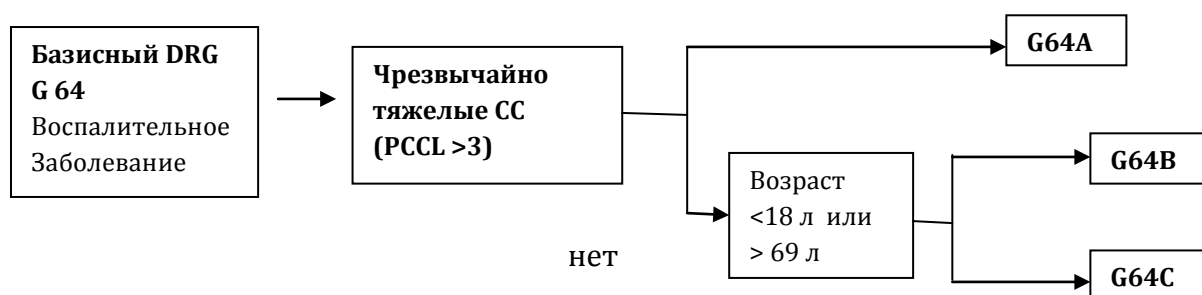


Таблица 6.7.: Схема назначения уровня тяжести

6.3. Примеры

Следующие примеры показывают результаты группирования в соответствии с различными исходными данными (диагнозы, процедуры, возраст). Также, можно проследить, как Группировщик берет во внимание различные расходы. В качестве базового варианта стоимости принимаются 2500,- €.

HD = основной диагноз, ND = вторичный диагноз,

Относительный CW = Коэффициент стоимости

Пример 1: Болезнь Крона

MDC 06: Болезни и расстройства пищеварительной системы

1.1. Болезнь Крона без вторичного диагноза, возраст = 40 лет

HD: K50.1 Болезнь Крона, толстой кишки

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

DRG: G64C Воспалительное заболевание кишечника, без крайне тяжелых СС, возраст >17 лет и возраст <70 лет

PCCL = 0 Относительный CW = 0,577
DRG-доход = 1442,50 €

В результате группирования, мы получаем *медицинский DRG G64C*.

1.2. Болезнь Крона без вторичного диагноза, возраст = 75 лет

HD: K50.1 Болезнь Крона, толстой кишки

DRG: G64B Воспалительное заболевание кишечника, без крайне тяжелых СС, возраст < 18 лет и > 69 лет

PCCL = 0 Относительный CW = 0,653
DRG-доход = 1632,50 €

Повышенные затрат у более молодых и более старших людей, снова показывают нам, как увеличение уровня тяжести отражается на оплате.

1.3. Болезнь Крона с вторичным диагнозом, возраст = 75 лет

HD: K50.1 Болезнь Крона, толстой кишки

ND: I10.00 Гипертония (CCL = 0)

ND: R15 Недержание кала (CCL = 1)

ND: J18.9 Пневмония (CCL 3)

DRG: G64B Воспалительное заболевание кишечника, без крайне тяжелых СС, возраст <18 лет и > 69 лет

PCCL = 3 Относительный CW = 0,653
DRG-доход = 1632,50 €

Действительно, вторичные диагнозы увеличивают PCCL на "3", однако для увеличения уровня тяжести в данном случае этого не достаточно. У одного пациента в возрасте от 17 до 69 лет, уровень тяжести вновь вернется к "С", несмотря на вторичные диагнозы.

1.4. Болезнь Крона с вторичным диагнозом, возраст = 75 лет

HD: K50.1 Болезнь Крона, толстой кишки

ND: I10.00 Гипертония (CCL = 0)

ND: R15 Недержание кала (CCL = 1)

ND: J18.9 Пневмония (CCL = 3)

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

ND: I64 Апоплексия о.п.а. (CCL = 3)

DRG: G64B Воспалительное заболевание кишечника, без крайне тяжелых СС

PCCL = 4 Относительный CW = 1,486
DRG-доход = 3715,00 €

Еще один серьезный вторичный диагноз (апоплексия, CCL = 3) достаточен, чтобы наклонить PCCL на "4", а уровень тяжести к "А". В этом случае, возраст пациентов не влияет на результат.

Пример 2: Аппендицит

MDC 06: Болезни и расстройства пищеварительной системы

2.1. без вторичного диагноза

ND: K35.9 Острый аппендицит о.п.А.

DRG: G72B **другая легкая до умеренной болезнь органов пищеварения**

PCCL = 0 относительный CW = 0,318
DRG-доход = 795,00 €

2.2. с процедурой

ND: K35.9 Острый аппендицит

OPS: 5-470.0 Открытая аппендэктомия

DRG: G64B **Аппендэктомия без крайне тяжелых или тяжелых СС**

PCCL = 0 относительный CW = 0,740
DRG-доход = 2595,00 €

Хирургическое вмешательство приводит к новому, оперативному базисному DRG "G23".

2.3. с процедурой и вторичным диагнозом

ND: K35.9 Острый аппендицит

ND: R32 тахикардия (CCL =2)

ND: T81.4 инфекции после операции (CCL = 4)

OPS: 5-470.0 аппендэктомия, операции на открытом

DRG: G64B **Аппендэктомия при перитоните или с крайне тяжелыми или тяжелыми СС**

Диагностически связанные группы (DRG) Базис

PCCL = 4 относительный CW = 1,038
DRG-доход = 2595,50 €

Конечно, здесь можно было бы ожидать увеличения уровня тяжести от "B" до "A". В этом случае вторичные диагнозы изменяют базисный DRG от "G23" на "G22" и, тем самым, увеличивают доход.