

PRAVIDLÁ KÓDOVANIA CHORÔB A PRAVIDLÁ KÓDOVANIA ZDRAVOTNÝCH VÝKONOV PRE ROK 2026

NÁZOV	Pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov pre rok 2026
NÁZOV DOKUMENTU	Pravidla_kodovania_2026
VERZIA	V1
OBLASŤ	Medicínska
PODOBLASŤ	Pravidlá kódovania
DRUH	Metodický pokyn
DÁTUM ZVEREJNENIA	30.11.2025
DÁTUM PLATNOSTI	1.1.2026

Základ pre odborný obsah publikácie k pravidlám kódovania v SK-DRG vychádza z dokumentu Deutsche Kodierrichtlinien 2011, ktorý poskytla spoločnosť Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (ďalej len „InEK“) v rámci „Zmluvy o spolupráci pri zavádzaní systému DRG v Slovenskej republike“ (ďalej len „Zmluva o spolupráci“) uzatvorenej s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“).

© 2025, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej Republiky - Centrum pre klasifikačný systém DRG, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

Všetky práva vyhradené. Dielo je autorsky chránené vrátane všetkých jeho častí a súvisiacich dokumentov. InEK disponuje všetkými právami k dokumentom, ktoré vytvoril InEK a poskytol ÚDZS. MZ SR používa tieto dokumenty na základe licencie udelenej v Zmluve o spolupráci.

Použitie diela a všetkých dokumentov, ktoré vytvoril InEK, je mimo územia Slovenskej republiky neprípustné.

ÚVOD

Základným princípom DRG systému je zaraďovanie klasifikačných prípadov do medicínsky podobných a ekonomicky homogénnych DRG skupín. Pre správnu realizáciu úhradového mechanizmu v ústavnej zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné, aby sa klinicky a nákladovo porovnateľné klasifikačné prípady zaradili do tej istej DRG skupiny. Jedným z predpokladov k dosiahnutiu tohto stavu je, aby sa klasifikácia diagnóz a klasifikácia zdravotných výkonov používala pri kódovaní poskytnutej zdravotnej starostlivosti v systéme DRG jednotným spôsobom.

Pravidlá kódovania v systéme DRG (PK-DRG) stanovujú jednoznačné kódovanie v určitých klinických situáciách s ohľadom na potreby aktuálneho systému DRG. Pravidlá sú členené nasledovne:

- Všeobecné pravidlá kódovania chorôb
- Všeobecné pravidlá kódovania zdravotných výkonov
- Špeciálne pravidlá kódovania

V prípade rozporov pravidiel s používanou medzinárodnou klasifikáciou chorôb alebo zoznamom zdravotných výkonov majú pravidlá kódovania určujúcu, tzn. prednostnú platnosť. Podobne vo vzťahu špeciálnych pravidiel ku všeobecným pravidlám kódovania sú určujúce špeciálne pravidlá kódovania.

Pravidlá kódovania v systéme DRG vychádzajú z pravidiel kódovania G-DRG systému verzie 2011 a paralelne s prípravou nových verzií DRG systému sú každoročne aktualizované. Aktualizácie zohľadňujú zmeny vychádzajúce z aktuálnej verzie DRG systému, ale i podnety z praxe a aktualizáciu zoznamu zdravotných výkonov alebo MKCH. Od roku 2018 sú pravidlá kódovania rozšírené o prílohy obsahujúce vysvetlenia k používaniu niektorých špecifických skupín zdravotných výkonov, ako sú napr. výkony komplexnej zdravotnej starostlivosti, príp. chemoterapie.

OBSAH

ÚVOD	3
ZOZNAM TABULIEK	8
ZOZNAM OBRÁZKOV	9
ZOZNAM SKRATIEK	10
VŠEOBECNÉ USMERNENIA PRE POUŽÍVANIE PRAVIDIEL KÓDOVANIA	12
VŠEOBECNÉ PRAVIDLÁ KÓDOVANIA CHORÔB	14
D01 Hlavná diagnóza	14
D0101A Definícia hlavnej diagnózy	14
D0102A Základná choroba ako hlavná diagnóza	14
D0103A Symptómy, abnormálne klinické a laboratórne nálezy ako hlavná diagnóza	15
D0104 Dve alebo viaceré diagnózy, ktoré rovnako zodpovedajú definícii hlavnej diagnózy	15
D0105C Lekárske pozorovanie pre podozrenie na chorobu (Z03.0 - Z03.9)	16
D0106A Choroby alebo poruchy po lekárskech výkonoch ako hlavná diagnóza	16
D0107H Stanovenie hlavnej diagnózy pri prekladoch a opakovaných hospitalizáciách	17
D0108A Kódy diagnóz z XX. kapitoly MKCH-10-SK	19
D0109I Hospitalizácie za účelom vykonania vyšetrenia	19
D02 Vedľajšie diagnózy	21
D0201C Definícia vedľajšej diagnózy	21
D0202A Symptómy ako vedľajšie diagnózy	22
D0203A Poradie vedľajších diagnóz	22
D0204A Abnormálne nálezy	23
D03 OSTATNÉ VŠEOBECNÉ PRAVIDLÁ KÓDOVANIA CHORÔB	24
D0301A Syndrómy	24
D0302A Následné stavy po predchádzajúcej chorobe a plánované následné výkony	25
D0303A Akútne a chronické choroby	27
D0304A Začínajúca alebo hroziaca choroba	27
D0305A Podozrenie na diagnózu	28
D0306A Kódy diagnóz s označením v názve „iné“ a „bližšie neurčené“	29
D0307C Hospitalizácia pre zdravotný výkon, ktorý nebol uskutočnený	30
D0308A Kombinované kódy	30
D0309A Rovnaké diagnózy na dvoch alebo viacerých lokalizáciách	31
D0310I Viacnásobné kódovanie	32
D0311J Poranenia súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti	40
D05 FORMÁLNE DOHODY POUŽÍVANÉ V KLASIFIKÁCII MKCH-10-SK	38
D0501a Konvencie použité v systematickom zozname MKCH-10-SK	38
VŠEOBECNÉ PRAVIDLÁ KÓDOVANIA ZDRAVOTNÝCH VÝKONOV	43
V01 Pokyny pre používanie zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín	43

V0101I	Zdravotné výkony pre klasifikačný systém DRG	43
V0102D	Vybrané špeciálne skupiny výkonov ZZV-DRG	47
V0103J	Výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti v rámci ZZV-DRG	49
V02	Všeobecné pravidlá pre kódovanie zdravotných výkonov	52
V0201F	Neukončené alebo prerušené zdravotné výkony	52
V0202J	Viacpočetné zdravotné výkony	53
V0203A	Bilaterálne zdravotné výkony	55
V0204A	Miniinvazívne a endoskopické zdravotné výkony	55
V0205B	Endoskopia viacerých oblastí (panendoskopia)	56
V0206E	Anestézia	56
V0207B	Opätovné otvorenie operačného poľa - reoperácia	57
V0208A	Zdravotné výkony, ktoré nie je potrebné kódovať	57
V0209H	Odbery orgánov/tkanív a transplantácia	58
V0210D	Kódovanie výkonov imunoabsorpcie	62
V0211G	Zdravotné výkony s počtom dní v názve	63
ŠPECIÁLNE PRAVIDLÁ KÓDOVANIA		65
S01	Infekčné a parazitové choroby	65
S0101B	HIV/AIDS	65
S0102J	Bakteriémia, sepsa, syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS) a neutropénia	67
S0103F	COVID-19	72
S02	Nádory	77
S0201I	Výber a poradie kódov	77
S0202A	Priľahlé oblasti	80
S0203A	Remisia malígnych imunoproliferatívnych ochorení a leukémia	81
S0204A	Zhubný nádor v osobnej anamnéze	82
S0205A	Aplikácia protinádorových liečiv do močového mechúra	82
S0206C	Karcinomatózna lymfangióza	83
S0207C	Lymfóm	83
S03	Choroby krvi a krvotvorných orgánov	84
S0301J	Stavy súvisiace s antikoagulačnou liečbou	84
S04	Endokrinné, nutričné a metabolické choroby	86
S0401J	Diabetes mellitus	86
S0402C	Akútne metabolické a špecifické komplikácie pri diabetes mellitus	91
S0403E	Cystická fibróza	95
S05	Duševné poruchy a poruchy správania	96
S0501a	Duševné poruchy a poruchy správania spôsobené psychoaktívnymi látkami	96
S06	Choroby nervovej sústavy	97
S0601D	Cievna mozgová príhoda	97
S0602A	Tetraplégia a paraplégia (netraumatická)	98
S07	Choroby oka a očných adnexov	100
S0701C	Katarakta: sekundárna inzercia šošovky	100
S0702A	Zlyhanie alebo odvrhnutie transplantátu rohovky	100
S08	Choroby ucha a hlávkového výbežku	101
S0801I	Strata sluchu (nedoslýchavosť a hluchota)	101
S09	Choroby obehovej sústavy	102
S0901C	Ischemická choroba srdca (ICHS)	102
S0902A	Akútny pľúcny edém	104
S0903A	Zastavenie srdca	104
S0904A	Hypertenzia a choroby srdca a/alebo obličiek	104
S0905C	Doplňkové výkony v súvislosti s operáciou srdca	105

S0906A	Revízie alebo reoperácie v kardiochirurgii.....	105
S0907B	Kardiostimulátory/defibrilátory	106
S0908J	Hospitalizácia v súvislosti s cievnym prístupom pre dlhodobú eliminačnú liečbu	107
S10	Choroby dýchacej sústavy	109
S1001I	Prístrojová umelá pľúcna ventilácia.....	109
S11	Choroby tráviacej sústavy.....	114
S1101J	Apendicitída.....	114
S1102A	Adhézie	114
S1103A	Žalúdočný vred s gastritídou.....	114
S1104C	Gastrointestinálne krvácanie.....	114
S1105A	Dehydratácia pri gastroenteritíde	115
S12	Choroby kože a podkožného tkaniva	116
S1201J	Plastická chirurgia	116
S14	Choroby močovopohlavnej sústavy.....	117
S1401I	Dialýza	117
S1402A	Anogenitálne bradavice	117
S1403A	Rekonštrukčná operácia pri mutilácii ženského genitálu	118
S15	Gravidita, pôrod a šestonedelie.....	119
S1501B	Definícia živonarodeného dieťaťa, mŕtvonarodeného dieťaťa (plodu) a potratu.....	119
S1502I	Komplikácie po potrate, mimomaternicovej a molárnej gravidite	119
S1503I	Predčasné ukončenie gravidity	120
S1504H	Spontánny vaginálny pôrod jedného plodu.....	121
S1505A	Výsledok pôrodu.....	122
S1506A	Čas trvania gravidity	122
S1507A	Pôrod viacerých plodov	122
S1508A	Komplikácie v gravidite a gravidita ako vedľajší nález	123
S1509A	Predpôrodná starostlivosť a pôrod.....	124
S1510A	Abnormálne polohy a postavenia plodu.....	124
S1511A	Znížená pohybová aktivita plodu	125
S1512A	Jazva maternice	125
S1513A	Pôrod pred prijatím	125
S1514A	Predčasný pôrod, predčasné pôrodné bolesti a hroziaci predčasný pôrod	126
S1515A	Predĺžená gravidita a prenášanie plodu	127
S1516A	Protrahovaný pôrod	127
S1517A	Predĺženie vypudzovacej fázy pri epidurálnej anestézii	127
S1518H	Primárny a sekundárny cisársky rez.....	128
S16	Určité choroby vzniknuté v perinatálnom období	130
S1601J	Novorodenec	130
S1602I	Perinatálne obdobie	135
S1603E	Špeciálne opatrenia pre chorého novorodenca	136
S1604A	Syndróm dychovej tiesne novorodenca (NRDS)/choroba hyalinnýchmembrán/nedostatok surfaktantu.....	136
S1605A	Masívny aspiračný syndróm a prechodné tachypnoe u novorodenca	136
S1606A	Hypoxicko - ischemická encefalopatia	137
S18	Príznaky a abnormálne klinické a laboratórne nálezy nezatriedené inde.....	138
S1801B	Inkontinencia	138
S1802A	Febrilné kŕče	138
S1803C	Diagnózy bolesti a spôsoby liečby bolesti.....	138
S19	Poranenia, otravy a niektoré iné následky vonkajších príčin.....	140
S1901A	Povrchové poranenia.....	140
S1902A	Zlomeniny a vyklbenia	140

S1903A	Otvorené rany a poranenia.....	141
S1904A	Poruchy vedomia.....	143
S1905A	Úrazy miechy (s traumatickou paraplégiou a tetraplégiou)	144
S1906A	Viacnásobné poranenia (polytrauma)	146
S1907A	Popálenie a poleptanie.....	147
S1908A	Zneužívanie alebo týranie dospelých a detí.....	148
S1909A	Otrava liekmi, chemicky a biologicky aktívnymi látkami	148
S1910A	Nežiaduce vedľajšie účinky liekov (pri užití v súlade s lekársym predpisom)	149
S1911A	Nežiaduce vedľajšie účinky/otravy pri súčasnom užití viacerých látok (v rozpore s predpisom)	150
 PRÍLOHA Č. 1.....		151
Špecifická komplexná zdravotná starostlivosť prislúchajúca niektorému odboru/ochoreniu/stavu		151
 PRÍLOHA Č. 2.....		165
Komplexná intenzívna zdravotná starostlivosť (8v3-)		165
 PRÍLOHA Č. 3.....		172
Včasná rehabilitačná starostlivosť (8n1-)		172
 PRÍLOHA Č. 4.....		175
Cytostatická chemoterapia, imunoterapia a antiretrovirálna terapia (8m30-)		175
 PRÍLOHA Č. 5.....		182
Výkony ošetrovateľskej starostlivosti (92-)		182

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1: Skupiny kódov diagnóz pre choroby alebo poruchy po lekárskych výkonoch	16
Tabuľka 2: Špecifické kódy pre príčiny neskorých následkov	26
Tabuľka 3: Zoznam doplnkových výkričníkových kódov/kategórií, ktorých uvedenie je voliteľné	34
Tabuľka 4: Zoznam doplnkových výkričníkových kódov/kategórií diagnóz, ktorých uvedenie je povinné	35
Tabuľka 5: Príklady zdravotných výkonov, ktoré sa nekódujú	57
Tabuľka 6: Kódy diagnóz a zdravotných výkonov pre odber orgánov a tkanív a transplantácie	61
Tabuľka 7: Kódy diagnóz a zdravotných výkonov pre transplantáciu orgánov odobratých post mortem	62
Tabuľka 8: Zoznam kódov diagnóz HIV	65
Tabuľka 9: Zoznam kódov diagnóz/skupín kódov asociovaných s HIV	66
Tabuľka 10: Zoznam kódov diagnóz pre sepsu	67
Tabuľka 11: Kódovanie sepsy v súvislosti s graviditou, pôrodom a potratom	68
Tabuľka 12: SOFA hodnotenie	68
Tabuľka 13: Phoenix Sepsis Score	70
Tabuľka 14: Zoznam kódov MKCH-10-SK pre SIRS	71
Tabuľka 15: MKCH-10-SK kódy relevantné pre COVID-19	72
Tabuľka 16: Prehľad príkladov možných kódov diagnóz súvisiacich s ochorením COVID-19	73
Tabuľka 17: Kódovanie typov klasifikačných prípadov s ochorením COVID-19, rozdelené podľa dôvodu prijatia a diagnostiky ochorenia	74
Tabuľka 18: Niektoré výkony systémovej chemo- alebo rádioterapie	85
Tabuľka 19: Zoznam kódov diagnóz, ktoré sa nemôžu použiť pri kódovaní lymfómov	90
Tabuľka 20: Príklady diagnóz orgánového krvácania	84
Tabuľka 21: Zoznam kódov diagnóz MKCH-10-SK pre DM	86
Tabuľka 22: Diagnózy, ktoré patria do obrazu syndrómu „diabetickej nohy“	94
Tabuľka 23: Zoznam kódov diagnóz, ktoré sa nekódujú u diabetikov ako hlavná diagnóza	95
Tabuľka 24: Obvyklé vedľajšie diagnózy v súvislosti s odvrhnutím alebo zlyhaním rohovkového transplantátu	100
Tabuľka 25: Kódy hlavných diagnóz pri prijatí na liečbu anogenitálnych bradavíc	118
Tabuľka 26: Pôrodné zdravotné výkony pri spontánnom pôrode jedného plodu, ktoré sa nekódujú	121
Tabuľka 27: Kódy diagnóz pre jednotlivé stupne HIE	137
Tabuľka 28: Kódy diagnóz MKCH-10-SK pre kódovanie inkontinencie	138
Tabuľka 29: Testy pre hodnotenie klinickej krehkosti	162
Tabuľka 30: Stanovenie škály klinickej krehkosti na základe bodového skóre z jednotlivých testov	162
Tabuľka 31: SAPS II bez GCS	166
Tabuľka 32: Core-10-TISS (10 najnáročnejších parametrov TISS-28-katalógu)	168
Tabuľka 33: Výpočet skóre KIZS u detí	169

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázok 1: Príklad štruktúry kódu pre konkrétny operačný výkon na tráviacom trakte	44
Obrázok 2: Jednomiestny skupinový kód	45
Obrázok 3: Skupinové kódy výkonu na príklade výkonu 5n420.21	45

ZOZNAM SKRATIEK

AML	Akútna myeloická leukémia
ASB	Adaptive Support Breathing (ventilácia s tlakovou podporou v expíriu aj v expíriu)
AV	Artériovenózný
b. n.	Bližšie neurčené
BCG	Bacillus Calmette-Guérin (baktéria BCG)
BSK	Bronchoskopia
CGM	Kontinuálne monitorovanie koncentrácií glukózy v intersticiálnej tekutine
CML	Chronická myeloická leukémia
CMP	Cievna mozgová príhoda
Core-10-TISS	10 najnáročnejších parametrov v intenzívnej medicíne
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure (kontinuálny pozitívny tlak v dýchacích cestách)
CRRT	Continuous renal replacement therapy, eliminačné metódy
CT	Computer Tomography (počítačová tomografia)
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiogram, elektrokardiografia
FGM	Female genital mutilation (mutilácia ženského genitálu)
GCS	Glasgow-Coma skóre (škála hodnotenia kvantitatívnych porúch vedomia)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GFS	Gastrofibroskopia
GMT	Gamaglutamyltransferáza
GVHD	Graft Versus Host Disease (reakcia štetu proti hostiteľovi)
HELLP	„hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count syndrom“ HELLP syndróm(ochorenia v priamej súvislosti s graviditou; preeklampsia)
HIE	Hypoxicko-ischemická encefalopatia
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Aquired Immunodeficiency Syndrome (vírus ľudskej imunitnej nedostatočnosti, syndróm získanej imunitnej nedostatočnosti)
IABC	Intraaortálna balónková kontrapulzácia
ICHs	Ischemická choroba srdca
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Inštitút pre úhradový systém v nemocnici
JIS	Jednotka intenzívnej starostlivosti
L2	Druhý drienkový stavec
MALT	Mucosa Associated Lymphoid Tissue, slizničný imunitný systém
MARS	Molekulárne adsorbčný recirkulačný systém
MKCH-10-SK	Medzinárodná klasifikácia chorôb, slovenská modifikácia, aktuálna verzia
MODS	Multiorgánová dysfunkcia
MR	Magnetická rezonancia
napr.	Napríklad
NRDS	Neonatal respiratory distress syndrom, syndróm respiračnej tiesne novorodenca
PA	Pulmonary artery (pľúcna žila)
PaO ₂ /FiO ₂	Oxygenačný index; pomer parciálnej artériovej tenzie a inspiračnej frakcie O ₂
PDE	Enzým fosfodiesteráza

PEG	Perkutánná endoskopická gastrostómia
PiCCO	Pulse counter cardiac output (meranie srdcového objemu z pulzovej krivky)
PIM	Pracovisko intenzívnej medicíny
PKDV	Pravidlá kódovania diagnóz a výkonov v systéme DRG
pozn.	Poznámka
PSV	Pressure Support Ventilation (ventilácia s tlakovou podporou)
PT, SPEKT	Zobrazovacie metódy pozitronovej emisnej tomografie
PÚZS	Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti
resp.	Respektíve
RTG	Röntgenové vyšetrenie (skiografia, skiaskopia)
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SF	Srdcová frekvencia
SIMV	Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation (synchronizovaná riadená ventilácia s intermitentnou tlakovou podporou pre spontánnu ventiláciu)
SIRS	Systemic Inflammatory Response Syndrom (syndróm systémovej zápalovej odpovede)
sTK	Systolický tlak krvi
TAR	Čas strávený mimo rozmedzia (Time Above Range) – pri CMG
TBR	Čas strávený v nízkych koncentráciách glukózy (Time Below Range)
Th12	Dvanásty hrudný stavec
TIR	Čas strávený v rozmedzí (Time in Range) – pri CMG
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
tzn.	To znamená
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
UPV	Umelá pľúcna ventilácia
UV	Ultrafialový
vyš.	Vyšetrenie
ZZV	Zoznam zdravotných výkonov, aktuálna verzia

VŠEOBECNÉ USMERNENIA PRE POUŽÍVANIE PRAVIDIEL KÓDOVANIA

Nomenklatúra a použitie pravidiel kódovania

Pravidlá kódovania pre DRG sú označené samostatnými 5-miestnymi základnými alfanumerickými znakmi (napríklad D0101a) so všeobecnou štruktúrou:

AXXYZ, pričom

A je písmeno, označujúce „kapitolu“ pravidiel (druh pravidiel kódovania):

Kód všeobecných pravidiel kódovania chorôb začína veľkým písmenom „D“

Kód všeobecných pravidiel kódovania výkonov začína veľkým písmenom „V“

Kód špeciálnych pravidiel kódovania začína písmenom „S“

XX - je dvojnakové číslo označujúce kód skupiny pravidiel, napr. pravidlá týkajúce sa stanovenia hlavnej sú D01, vedľajšej diagnózy D02 atď. V kapitole špeciálnych pravidiel poradie (číslovanie) skupín a takisto názvy skupín sú zhodné/obdobné s poradím a názvami jednotlivých kapitol MKCH-10-SK.

YY - je dvojnakové číslo označujúce konkrétne pravidlo v rámci danej skupiny pravidiel.

Rozsiahlejšie pravidlá, týkajúce sa zvyčajne jednej problematiky a skupiny ochorení, majú v rámci pravidiel uvedené pre rozdielne špecifiká ďalšie číslovanie v tvare **# (numerický znak)**. Uvedené slúži pre prehľadnosť a orientáciu.

Z - je písmeno, ktoré predstavuje doplnkový znak pre označenie príslušného kalendárneho roku, v ktorom bolo pravidlo vytvorené alebo modifikované. Všetky pravidlá kódovania platné v časovom intervale od roku 2013 po rok 2017 sú označené písmenom „A“. Počnúc rokom 2018 sa pri zmene pravidla (napr. aj v súvislosti so zmenou výkonu) alebo pri doplnení nového pravidla používajú okrem písmena „A“ i ďalšie písmena abecedy v abecednom poradí. To znamená, že pravidlá, ktoré boli zmenené alebo doplnené v roku 2018 a neboli ďalej menené, majú v kóde posledné písmeno „B“. Obdobne sú zmeny pravidiel pre rok 2019 označené písmenom „C“, pre rok 2020 písmenom „D“, pre rok 2021 písmenom „E“, atď. Zmenám **pre rok 2026 bude prislúchať písmeno „J“**. 5-miestny kód pravidla zostáva v jednotlivých rokoch zachovaný a jednoznačný.

Vyššie popísaný princíp označovania pravidiel prispieva k prehľadnosti zmien a uľahčuje prácu s pravidlami v kontexte každoročných zmien.

Poznámka k použitým príkladom kódovania

Pravidlá kódovania obsahujú pokyny pre kódovanie a modelové príklady ilustrujúce ich používanie. V jednotlivých modelových príkladoch nasledujú za klinickým popisom klasifikačného prípadu kódy pre hlavnú diagnózu a vedľajšie diagnózy, prípadne zdravotné výkony použité pri praktickom uplatnení príslušného pravidla kódovania.

V iných prípadoch sú uvedené len kódy priamo súvisiace s príslušným pravidlom kódovania. Z toho dôvodu môžu napríklad chýbať kódy diagnóz v príkladoch popisujúcich kódovanie určitých zdravotných

výkonov alebo kódy zdravotných výkonov v príkladoch demonštrujúcich iba príslušné kódovanie diagnóz.

Odporúčenia pre zabezpečenie správneho kódovania

Za správnosť diagnóz a zdravotných výkonov v zdravotnej dokumentácii, ako aj za objasnenie diskrepancií medzi nálezmi z vyšetrení a zdravotnou dokumentáciou zodpovedá ošetrojúci lekár.

V každodennej klinickej praxi s cieľom zabezpečiť validné kódovanie klasifikačných prípadov podľa *Pravidiel kódovania v systéme DRG* sa odporúča **spolupráca ošetrojúceho lekára a osoby poverenej kódovaním** (v prípade, ak nekóduje lekár). Kľúčový význam má pritom vedenie konzistentnej a kompletnej zdravotnej dokumentácie.

Kódovať sa môže iba to, čo je v zdravotnej dokumentácii riadne zaznamenané.

VŠEOBECNÉ PRAVIDLÁ KÓDOVANIA CHORÔB

D01 HLAVNÁ DIAGNÓZA

D0101A DEFINÍCIA HLAVNEJ DIAGNÓZY

Hlavná diagnóza je definovaná ako:

„diagnóza, ktorá je po analýze stanovená ako tá, ktorá bola **hlavnou príčinou hospitalizácie** pacienta“. Pojem „po analýze“ znamená vyhodnotenie výsledkov vyšetrení pri ukončení hospitalizácie za účelom

stanovenia toho ochorenia, ktoré **vyvolalo potrebu hospitalizácie**. Nálezy, ktoré sa analyzujú, môžu obsahovať informácie získané napr. z anamnézy, z vyšetrenia pri prijatí, z konzílií, z chirurgických zákrokov, z rádiologických vyšetrení, atď. Kódovanie sa vzťahuje takisto na nálezy, ktoré boli doručené po prepustení pacienta z nemocnice.

Hlavná diagnóza (stanovená po analýze) sa nemusí zhodovať s diagnózou, stanovenou pri odoslaní alebo pri prijatí.

Poznámka: Nie je vylúčené, že takto postavená definícia hlavnej diagnózy v ojedinelých prípadoch v DRG systéme neumožní zodpovedajúce hodnotenie zdravotných výkonov klasifikačného prípadu. V rámci neustálej aktualizácie úhradového systému DRG sa takéto klasifikačné prípady analyzujú pre potrebu ďalšieho vývoja.

D0101 - Príklad 1

Pacient pocítil ráno silnú bolesť v hrudníku a po vyšetrení lekárom RLP bol vozidlom záchrannej služby transportovaný do nemocnice a následne vyšetrený na urgentnom prijíme. S podozrením na srdcový infarkt bol prijatý na oddelenie, ktorý sa v ďalšom priebehu potvrdil.

Počas hospitalizácie boli stanovené nasledovné diagnózy:	<i>Diabetes mellitus</i>
	<i>Aterosklerotická choroba srdca</i>
	<i>Akútny infarkt myokardu</i>

Poznámka: Pre voľbu hlavnej diagnózy boli rozhodujúce okolnosti pri prijatí. Ako hlavná príčina hospitalizácie bol preto potvrdený infarkt myokardu.

Pri určovaní hlavnej diagnózy majú pravidlá kódovania chorôb prednosť pred všetkými ostatnými pravidlami.

Hierarchia v použití pravidiel kódovania je nasledovná: špeciálne pravidlá kódovania → všeobecné pravidlá kódovania → formálne konvencie a usmernenia v MKCH-10-SK. Ak existuje aktuálne špeciálne pravidlo kódovania, tak sa uprednostňuje pred všeobecným pravidlom. Pri používaní pravidiel kódovania je vhodné zohľadniť aj príslušné konvencie k použitým kódom MKCH.

D0102A ZÁKLADNÁ CHOROBA AKO HLAVNÁ DIAGNÓZA

Ak bol príčinou hospitalizácie symptóm, ktorý bol prejavom zodpovedajúcej základnej choroby a tá bola počas hospitalizácie známa a liečená, alebo bola počas hospitalizácie diagnostikovaná, kóduje sa základná choroba ako hlavná diagnóza. Pre kódovanie symptómov ako vedľajších diagnóz pozri aj pravidlo kódovania s označením D0202 *Symptómy ako vedľajšie diagnózy*.

D0102 - Príklad 1

Pacient je prijatý na liečbu narastajúcich bolestí hlavy, ktoré boli vyvolané pred tromi mesiacmi diagnostikovaným mozgovým nádorom. Pacient je pre progresiu mozgového nádoru operovaný.

Hlavná diagnóza: C71.- *Zhubný nádor mozgu*

Vedľajšie diagnózy: *žiadne*

D0102 - Príklad 2

Pacient je hospitalizovaný s akútnou bolesťou v pravom podbrušku, horúčkou a nevoľnosťou. Na základe klinickej diagnózy „akútna apendicitída“ je vykonaná apendektómia.

Hlavná diagnóza: K35.- *Akútna apendicitída*

Vedľajšie diagnózy: *žiadne*

D0103A SYMPTÓMY, ABNORMÁLNE KLINICKÉ A LABORATORNE NÁLEZY AKO HLAVNÁ DIAGNÓZA**#(1) Symptómy**

Ak bol príčinou hospitalizácie symptóm a základná choroba je pri prijatí známa, ale liečený je iba symptóm, kóduje sa symptóm ako hlavná diagnóza a základná choroba ako vedľajšia diagnóza.

D0103 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný s ascitom pri známej cirhóze pečene. Vykonaná je iba punkcia ako liečba ascitu.

Hlavná diagnóza: R18 *Ascites*

Vedľajšia diagnóza: K70.3 *Alkoholová cirhóza pečene*

#(2) Subjektívne a objektívne príznaky, abnormálne klinické a laboratorne nálezy, nezatriedené inde(R00-R99)

Symptómy, nálezy a nepresne označené stavy z kapitoly XVIII. MKCH-10-SK *Subjektívne a objektívne príznaky, abnormálne klinické a laboratorne nálezy, nezatriedené inde* sa nekódujú ako hlavná diagnóza, pokiaľ bola stanovená definitívna diagnóza vysvetľujúca symptómy.

D0104 DVE ALEBO VIACERÉ DIAGNÓZY, KTORÉ ROVNAKO ZODPOVEDAJÚ DEFINÍCII HLAVNEJ DIAGNÓZY

Ak dve alebo viaceré diagnózy v súvislosti s prijatím, výsledkami vyšetrení a/alebo vykonanou liečbou spĺňajú kritériá pre hlavnú diagnózu a ak MKCH-10-SK a pravidlá kódovania neuvádzajú iný postup, rozhodne lekár, ktorá z diagnóz najlepšie zodpovedá definícii „hlavná diagnóza“. V tomto prípade ošetrojúci lekár určí tú diagnózu, pri ktorej bolo spotrebovaných viac zdrojov. Pri tom nie je podstatné, či choroby boli príbuzné alebo nie.

D0105C LEKÁRSKE POZOROVANIE PRE PODOZRENIE NA CHOROBU (Z03.0 - Z03.9)

Kódy od Z03.0 do Z03.9 sa použijú ako hlavná diagnóza len vtedy, ak príčinou hospitalizácie bolo pozorovanie pacienta pre podozrenie na chorobu alebo poškodenie zdravia, pričom **podozrenie na chorobu sa nepotvrdí a liečba nebola potrebná**.

D0105 - Príklad 1

Matka nájde dieťa s prázdnu škatuľkou na lieky. Nie je jasné, kde sa obsah balenia nachádza. Dieťa síce nejaví žiadne symptómy, je však hospitalizované a sledované s podozrením na požitie liekov. Počas hospitalizácie sa nepreukážu žiadne známky intoxikácie.

Hlavná diagnóza: Z03.6 *Pozorovanie pri podozrení na toxický účinok použitej látky*

Vedľajšie diagnózy: *žiadne*

Pokiaľ pre hlavnú diagnózu existujú špecifickejšie kódy, majú prednosť pred kódmi z kategórie Z03.-. Ak existuje symptóm, ktorý napĺňa podozrenie pre určitú diagnózu, priradí sa kód symptómu ako hlavná diagnóza, a nie kód z kategórie Z03.-.

Ak dva alebo viac symptómov spĺňajú kritériá hlavnej diagnózy, ošetrojúci lekár určí ten symptóm ako hlavnú diagnózu, pri ktorom sa spotrebovalo viac zdrojov.

D0106A CHOROBY ALEBO PORUCHY PO LEKÁRSKYCH VÝKONCH AKO HLAVNÁ DIAGNÓZA

Kódy pre špecifické kódovanie chorôb, prípadne porúch po lekárskech výkonoch, sú v nasledovných kategóriách:

Tabuľka 1: Skupiny kódov diagnóz pre choroby alebo poruchy po lekárskech výkonoch

E89.-	Endokrinná a metabolická porucha po lekárskom výkone, nezatriedená inde
G97.-	Choroba nervovej sústavy po lekárskom výkone, nezatriedená inde
H59.-	Choroby oka a jeho adnexov po lekárskom výkone, nezatriedené inde
H95.-	Choroby ucha a hlávkového výbežku po lekárskom výkone, nezatriedené inde
I97.-	Komplikácie obehovej sústavy po lekárskom výkone, nezatriedené inde
J95.-	Choroby dýchacích ciest po lekárskom výkone, nezatriedené inde
K91.-	Choroby tráviacej sústavy po lekárskom výkone, nezatriedené inde
M96.-	Porucha svalovej a kostrovej sústavy po lekárskom výkone, nezatriedená inde
N99.-	Choroba močovo pohlavných orgánov, nezatriedená inde

Tieto kódy sa použijú ako kód pre hlavnú diagnózu iba vtedy, ak neexistuje špecifickejší kód v súvislosti s ochorením, resp. poruchou alebo kódovanie tohto špecifickejšieho kódu je podľa MKCH-10-SK vylúčené.

To isté platí pre kategórie T80-T88 *Komplikácie zdravotnej starostlivosti, nezatriedené inde*. Kódy z tabuľky 1 majú prednosť pred kódmi T80-T88, pokiaľ tieto nepopisujú dané ochorenie špecifickejšie.

D0106 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný pre hypotyreózu po tyreoidektómii vykonanej pred rokom.

Hlavná diagnóza: E89.0 *Hypotyreóza po lekárskom výkone*

D0106 - Príklad 2

Pacient s implantovaným kardiostimulátorom je hospitalizovaný pre dislokáciu elektródy.

Hlavná diagnóza: T82.1 *Mechanická komplikácia zapríčinená srdcovou elektronickou pomôckou*

D0106 - Príklad 3

Pacient je po predchádzajúcej liečbe zlomeniny päty hospitalizovaný pre hĺbkovú žilovú trombózu.

Hlavná diagnóza: I80.2 *Trombóza, flebitída a tromboflebitída iných hĺbkových žíl dolných končatín*

Poznámka: I97.8 *Iná komplikácia obehovej sústavy po lekárskom výkone, nezatriedená inde*, sa nekóduje ako hlavná diagnóza, pretože kód I80.2 *Trombóza, flebitída a tromboflebitída iných hĺbkových žíl dolných končatín* špecificky popisuje druh komplikácie krvného obehu.

D0106 - Príklad 4

Pacient je prijatý pre krvácanie z operačnej rany po tonzilektómii vykonanej pred niekoľkými dňami.

Hlavná diagnóza: T81.0 *Krvácanie a hematóm, komplikujúci výkon, nezatriedené inde*

D0107H STANOVENIE HLAVNEJ DIAGNÓZY PRI PREKLADOCH A OPAKOVANÝCH HOSPITALIZÁCIÁCH

#(1) Preklady pacientov medzi oddeleniami s rozličným úhradovým mechanizmom

Pri interných prekladoch pacientov medzi oddeleniami, ktoré sú zaradené do systému úhrad podľa DRG a oddeleniami uhrádzanými iným úhradovým mechanizmom (nonDRG), je potrebné zohľadniť nasledovné pravidlá:

- každé oddelenie kóduje podľa pravidiel platných pre toto oddelenie,
 - keď je pacient interne (v rámci nemocnice) prvýkrát preložený z nonDRG oddelenia na oddelenie, ktoré zúčtováva podľa DRG, tak sa definícia hlavnej diagnózy uplatní na symptómy/diagnózy, ktoré sú hlavnou príčinou pre preklad (príjem) na toto oddelenie,
 - keď je pacient preložený viackrát medzi oddeleniami, ktoré zúčtovávajú rozličným spôsobom, tak pre výber hlavnej diagnózy platí pravidlo o opätovnom prijatí pacienta z inej nemocnice (pozri #3).

#(2) Opäťovná hospitalizácia v tej istej nemocnici

Obe hospitalizácie môžu byť posudzované:

- ako jeden prípad, ak sa naplnili podmienky pre zlučovanie klasifikačných prípadov definované v dokumente *Pravidlá definujúce výpočet prípadového paušálu a pravidiel pre zlučovanie klasifikačných prípadov, ktorý vydalo CKS DRG*. V tomto prípade sú symptómy/diagnózy jednotlivých zlučovaných hospitalizácií posudzované spoločne a na základe toho sa potom stanoví aj hlavná diagnóza,
- ako dva samostatné prípady a vtedy sa hlavná diagnóza určuje pre každý prípad osobitne.

#(3) Preloženie späť z inej nemocnice

Pri spätnom preklade z inej nemocnice (napr. nemocnica A $\rightarrow$ nemocnica B $\rightarrow$ nemocnica A) platí pre výber hlavnej diagnózy nasledovné:

- pokiaľ sa obidve hospitalizácie v nemocnici A zúčtujú ako jeden klasifikačný prípad, ktorému prislúcha jeden prípadový paušál (pozri dokument *Pravidlá definujúce výpočet prípadového paušálu a pravidiel pre zlučovanie klasifikačných prípadov*, sú symptómy/diagnózy z obidvoch hospitalizácií posudzované spoločne. Hlavná diagnóza sa odvodí z diagnóz oboch hospitalizácií,
- ako dva samostatné prípady a vtedy sa hlavná diagnóza určuje pre každý prípad osobitne.

D0107 - Príklad 1

Pacient s aterosklerotickou chorobou srdca je hospitalizovaný s instabilnou angina pectoris v nemocnici A. Z dôvodu ďalšej diagnostiky a liečby je preložený do nemocnice B. Tu sa pri vyšetrení zistí srdcový infarkt. Pacient je operovaný s výkonom koronárnej bajpas. V stabilnom stave je preložený späť do nemocnice A.

nemocnica A:	1. hospitalizácia
Hlavná diagnóza:	I20.0 <i>Nestabilná angina pectoris</i>

nemocnica B:

Hlavná diagnóza:	I21.-	Akútny infarkt myokardu
Vedľajšie diagnózy:	I25.1-	Aterosklerotická choroba srdca

nemocnica A:	2. hospitalizácia
Hlavná diagnóza:	I21.- Akútny infarkt myokardu
Vedľajšie diagnózy:	I25.1- Aterosklerotická choroba srdca
	Z95.1 Stav po implantácii aortokoronárneho bajpasu pomocou štepu

Po spätnom preložení pacienta sa v nemocnici A posudzujú diagnózy z prvej aj druhej hospitalizácie, aby sa stanovila hlavná diagnóza a vedľajšie diagnózy.

nemocnica A:	Zlúčená hospitalizácia	
Hlavná diagnóza:	I21.-	<i>Akútny infarkt myokardu</i>
Vedľajšie diagnózy:	I25.1-	<i>Aterosklerotická choroba srdca</i>
	Z95.1	<i>Stav po implantácii aortokoronárneho baidpasu pomocou štepu</i>

D0107 - Príklad 2

Pacient je hospitalizovaný pre akútny IM (I21.1) v nemocnici A, kde mu je intervenčne realizovaný výkon na koronárnej cieve. Z dôvodu doriešenia akútneho poškodenia obličiek je preložený do nemocnice B. Následne je preložený späť do nemocnice A, kde je pacientovi vykonaný druhý intervenčný výkon na druhej cieve.

nemocnica A:

1. hospitalizácia

Hlavná diagnóza:	I21.1	Akútny transmúrálly infarkt myokardu spodnej steny
Vedľajšie diagnózy:	I25.11	Aterosklerotická choroba srdca, jednocievne postihnutie
	N17.9	Akútne zlyhanie obličiek, bližšie neurčené

nemocnica B:

Hlavná diagnóza:	I21.1	Akútny transmúrálly infarkt myokardu spodnej steny
Vedľajšia diagnóza:	N17.9	Akútne zlyhanie obličiek, bližšie neurčené

nemocnica A:

2. hospitalizácia

Hlavná diagnóza:	I21.1	Akútny transmúrálly infarkt myokardu spodnej steny
Vedľajšie diagnózy:	I25.11	Aterosklerotická choroba srdca, jednocievne postihnutie
	Z95.5	Stav po implantácii koronárneho angioplastického implantátu a štepu

Po spätnom preložení pacienta sa v nemocnici A posudzujú diagnózy z prvej aj druhej hospitalizácie, aby sa stanovila hlavná diagnóza a vedľajšie diagnózy.

nemocnica A:

Zlúčená hospitalizácia

Hlavná diagnóza:	I21.1	Akútny transmúrálly infarkt myokardu spodnej steny
Vedľajšie diagnózy:	I25.12	Aterosklerotická choroba srdca, dvojcievne postihnutie
	N17.9	Akútne zlyhanie obličiek, bližšie neurčené
	Z95.5	Stav po implantácii koronárneho angioplastického implantátu a štepu

D0108A KÓDY DIAGNÓZ Z XX. KAPITOLY MKCH-10-SK

Ako hlavnú diagnózu nie je možné použiť kódy diagnóz pre Vonkajšie príčiny chorobnosti a úmrtnosti uvedené v XX. kapitole MKCH-10-SK. Ide o všetky kódy diagnóz začínajúce sa písmenom V, W, X, Y.

D0109I HOSPITALIZÁCIE ZA ÚČELOM VYKONANIA VYŠETRENIA

#(1) Poskytnutie vyšetrenia počas hospitalizácie

Diagnóza

Z01.88 Iné bližšie určené špeciálne vyšetrenie

sa vykazuje ako hlavná diagnóza v prípade, ak dôvodom hospitalizácie je poskytnutie presne určeného špeciálneho vyšetrenia, ktoré nie je možné absolvovať ambulantnou formou a v čase hospitalizácie je pacient bez klinických príznakov a nie je diagnostikované žiadne ochorenie.

D0311 - Príklad 1

3-ročné dieťa je hospitalizované za účelom MRI vyšetrenia v celkovej anestézii. Počas hospitalizácie nie sú prítomné príznaky žiadneho ochorenia. Vyšetrenie je súčasťou diferenciálno-diagnostického postupu.

Hlavná diagnóza: Z01.88 Iné bližšie určené špeciálne vyšetrenie

Vedľajšie diagnózy:

#(2) Kontrolné vyšetrenie po liečbe

V prípade, ak bol pacient prijatý za účelom kontrolného vyšetrenia, ktoré nie je možné absolvovať ambulantnou formou, pre zistenie aktuálneho stavu choroby v minulosti už vyliečenej a vyšetrenie potvrdilo neprítomnosť tejto choroby, ako hlavná diagnóza sa vykazuje

Z09.- Sledovanie po liečbe inej choroby ako zhubného nádoru.

D0311 - Príklad 2

Pacientka bola pred 4 rokmi operovaná pre intrakraniálnu cievnu malformáciu, t.č. prijatá za účelom kontrolného vyšetrenia. Počas hospitalizácie je vykonaná digitálna subtrakčná angiografia intrakraniálnych ciev. Záver vyšetrenia: bez známkov vaskulárnej malformácie v DSA obraze.

Hlavná diagnóza: Z09.88 Sledovanie po inej liečbe pre iný chorobný stav

Vedľajšia diagnóza: Z86.7 Choroby obehovej sústavy v osobnej anamnéze

D02 VEDĽAJŠIE DIAGNÓZY

D0201C DEFINÍCIA VEDĽAJŠEJ DIAGNÓZY

Vedľajšia diagnóza je definovaná nasledovne:

choroba alebo zdravotné ťažkosti, ktoré buď existujú spolu s hlavnou diagnózou už pri prijatí, vzniknú a/alebo sa prejavia počas hospitalizácie.

Kódujú sa iba tie vedľajšie diagnózy, ktoré ovplyvňujú manažment pacienta a navyšujú tak s tým súvisiace náklady z dôvodu uplatnenia aspoň jedného z nasledujúcich opatrení:

- liečebné opatrenia,
- diagnostické opatrenia,
- zvýšená ošetrovateľská starostlivosť a/alebo monitorovanie.

U pacientov, pri ktorých sa jedno z vyššie uvedených opatrení vzťahuje na viaceré diagnózy, môžu byť kódované všetky tieto diagnózy.

D0201 - Príklad 1

Pacient je pre vedľajšie diagnózy koronárna choroba srdca, artérová hypertenzia a srdcová nedostatočnosť liečený betablokátorom.

Vedľajšie diagnózy:	I25.1-	Aterosklerotická choroba srdca
	I10.-	Primárna [esenciálna] artérová hypertenzia
	I50.-	Zlyhávanie srdca

Choroby, ktoré sú napríklad dokumentované anesteziológom počas predoperačného vyšetrenia, sa kódujú iba vtedy, ak zodpovedajú vyššie popísaným kritériám. Pokiaľ niektorá sprievodná choroba ovplyvní štandardný postup pri špeciálnom výkone, kóduje sa táto choroba ako vedľajšia diagnóza.

Anamnestické diagnózy, ktoré neovplyvnili spotrebu zdrojov, napr. vyliečená pneumónia pred šiestimi mesiacmi alebo vyliečený vred žalúdka, **sa nekódujú**.

D0201 - Príklad 2

Pacientka je hospitalizovaná pre liečbu chronickej myeloickej leukémie (CML). V anamnéze uvádza operáciu kolena pred 10 rokmi pre poškodenie vonkajšieho menisku. Potom bola bez ťažkostí. Známa koronárna choroba srdca je bez prerušenia chronicky liečená. Pri sonografickom vyšetrení dutiny brušnej sa zobrazí myóm maternice, ktorý nevyžaduje žiadnu ďalšiu diagnostiku ani liečbu. Počas hospitalizácie dôjde k vzniku depresívnej reakcie s nutnou liečbou antidepresívami. Pre pretrvávajúce bolesti svalov je pacientka liečená fyzioterapiou.

Hlavná diagnóza:	C92.1-	Chronická myeloická leukémia (CML), BCR/ABL-pozitívna
Vedľajšie diagnózy:	F32.9	Depresívna epizóda, bližšie neurčená
	M54.9-	Bolesť chrbta, bližšie neurčená
	I25.1-	Aterosklerotická choroba srdca

Poznámka: Vedľajšie diagnózy spĺňajú vyššie uvedené kritériá (spotreba zdrojov), a preto sa kódujú. Ostatné diagnózy (uterus myomatosus, stav po operácii poškodenia vonkajšieho menisku) túto definíciu nespĺňajú, a preto sa nekódujú. Sú však významné pre zdravotnú dokumentáciu a lekársku komunikáciu.

D0201 - Príklad 3

Pacient, ktorý je hospitalizovaný pre zápal pľúc, má aj diabetes mellitus typ 2. Ošetrovateľský personál kontroluje denne hladinu glukózy v krvi, pacient dostáva diabetickú diétu.

Hlavná diagnóza: J18.9 *Zápal pľúc, bližšie neurčený*
Vedľajšia diagnóza: E11.- *Diabetes mellitus 2. typu*

D0201 - Príklad 4

60-ročný pacient s kŕčovými žilami je hospitalizovaný pre liečbu vredov predkolenia. Z dôvodu v minulosti vykonanej amputácie predkolenia vyžaduje zvýšenú ošetrovateľskú starostlivosť.

Hlavná diagnóza: I83.0 *Varixy dolných končatín s vredom*
Vedľajšia diagnóza: Z89.5 *Získané chýbanie dolnej končatiny v úrovni kolena alebo pod kolenom, jednostranné*

D0201 - Príklad 5

Obézná pacientka je hospitalizovaná pre žlčové kamene a k odstráneniu žlčníka. Pooperačný stav je komplikovaný vznikom pľúcnej embólie.

Hlavná diagnóza: K80.- *Žlčové kamene [cholelitiáza]*
Vedľajšie diagnózy: I26.- *Pľúcna embólia*
E66.- *Obezita*

D0202A SYMPTÓMY AKO VEDĽAJŠIE DIAGNÓZY

Pre symptómy platia pravidlá kódovania vedľajších diagnóz.

D0202 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný pre liečbu pokročilej cirhózy pečene. Má výrazný ascites, ktorý vplýva na dýchanie, ako aj na funkciu obličiek. Okrem iného je vykonaná odľahčovacia punkcia.

Hlavná diagnóza: K70.3 *Alkoholová cirhóza pečene*
Vedľajšie diagnózy: R18 *Ascites*

D0203A PORADIE VEDĽAJŠÍCH DIAGNÓZ

Pravidlá kódovania neurčujú poradie vedľajších diagnóz. Napriek tomu by mali byť dôležitejšie vedľajšie diagnózy, predovšetkým komplikácie, kódované prednostne, pretože počet polí pre vedľajšie diagnózy môže byť obmedzený.

Pokiaľ je ku kódovaniu diagnóz potrebných viac ako jeden kód (napr. v prípadoch krížik-hviezdička systém), je potrebné vziať do úvahy pravidlo pre poradie kódov D0310 *Viacnásobné kódovanie*.

D0204A ABNORMÁLNE NÁLEZY

Abnormálne nálezy (napr. laboratórne, RTG a iné diagnostické nálezy) sa kódujú ako vedľajšia diagnóza iba v prípadoch, keď majú klinický význam v zmysle nejakej terapeutickej intervencie alebo ďalšej diagnostiky. Za ďalšiu diagnostiku sa nepovažuje opakovaná kontrola abnormálnych laboratórnych hodnôt.

D0204 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný pre zápal pľúc. V laboratórnom teste sa nájde ľahko zvýšená hodnota GMT, ktorá sa iba skontroluje bez toho, aby mala za následok vyplývajúce terapeutické alebo diagnostické opatrenia.

Hlavná diagnóza: J18.9 Zápal pľúc, bližšie neurčený

Poznámka: Zvýšená hodnota enzýmu GMT nespĺňa definíciu vedľajšej diagnózy, a preto sa v systéme DRG nekóduje. Má však význam pre zdravotnú dokumentáciu a lekársku komunikáciu.

D03 OSTATNÉ VŠEOBECNÉ PRAVIDLÁ KÓDOVANIA CHORÔB

D0301A SYNDRÓMY

Ak existuje v MKCH-10-SK špecifický kód choroby pre syndróm, použije sa tento kód. Pritom sa vždy zohľadní definícia hlavnej diagnózy. To znamená, ak je v popredí liečba špecifickej manifestácie syndrómu (napr. srdcová chyba), kóduje sa táto manifestácia ako hlavná diagnóza.

D0301 - Príklad 1

Dysmorfne dieťa je hospitalizované pre objasnenie syndrómu. Výsledky vyšetrení potvrdia diagnózu trizómia 21, meiotickú nondisjunkciu (Downov syndróm).

Hlavná diagnóza: Q90.0 Trizómia 21, meiotická nondisjunkcia

D0301 – Príklad 2

Dieťa s trizómiou 21, meiotická nondisjunkcia (Downov syndróm), je prijaté na operáciu vrodeného defektu komorovej priehradky srdca.

Hlavná diagnóza: Q21.0 Defekt medzikomorovej priehradky

Vedľajšia diagnóza: Q90.0 Trizómia 21, meiotická nondisjunkcia

Pokiaľ v MKCH-10-SK neexistuje pre určitý syndróm špecifický kód, kódujú sa jednotlivé manifestácie. Ak definícii hlavnej diagnózy zodpovedajú dve manifestácie, postupuje sa podľa pravidla D0104 *Dve alebo viaceré diagnózy, ktoré rovnako zodpovedajú definícii hlavnej diagnózy*.

Pri vrodenom syndróme sa použije k už kódovaným známym manifestáciám ako vedľajšia diagnóza doplnkový kód Q87.- *Syndrómy iných bližšie určených vrodených chýb, postihujúci viaceré systémy*. Tento kód platí ako upozornenie, že ide o syndróm, ktorému nie je v MKCH-10-SK priradený žiadny špecifický kód.

D0301 - Príklad 3

Chlapec s Galloway-Mowat-syndrómom (kombinácia symptómov pozostávajúca z mikrocefalie, hiátovej hernie a nefrózy, autosomálne-recesívna dedičnosť) je hospitalizovaný pre výkon biopsie obličky. Histologicky sa potvrdia fokálne a segmentálne glomerulárne poškodenia.

Hlavná diagnóza: N04.1 Nefrotický syndróm: fokálne a segmentové lézie glomerulov

Vedľajšie diagnózy: Q40.1 Vrodená hiátová hernia

Q02 Mikrocefalia

Q87.8 Iné syndrómy vrodených chýb, nezatriedené inde, bližšie určené

Výkon: 12o10 Perkutánná (ihlová) biopsia obličky

D0302A NÁSLEDNÉ STAVY PO PREDCHÁDZAJÚCEJ CHOROBE A PLÁNOVANÉ NÁSLEDNÉ VÝKONY

#(1) Následky predchádzajúcej choroby

Následky choroby sú aktuálne stavy choroby, ktoré sú vyvolané predchádzajúcim ochorením. Nie je definované žiadne všeobecné časové obmedzenie pre použitie kódu, ktorý označuje následok choroby. Následok choroby sa môže prejaviť už v počiatoch chorobného procesu, napr. neurologické poruchy (deficity) ako dôsledok mozgového infarktu, alebo sa môže prejaviť až po mnohých rokoch, napr. chronická nedostatočnosť obličky ako dôsledok v minulosti prekonanej tuberkulózy obličky.

Kódovanie chorôb, ktoré sú následkom inej predchádzajúcej choroby, vyžaduje dva kódy:

- jeden kód pre aktuálny stav,
- jeden kód („následky po ...“), ktorý vyjadruje, že tento stav je následkom predchádzajúcej choroby.

Kód aktuálneho stavu sa uvedie na prvom mieste.

D0302 - Príklad 1

Jednostranná strata zraku v dôsledku predtým prekonaného trachómu.

H54.4	<i>Slepota a veľmi ťažká slabozrakosť, monokulárna</i>
B94.0	<i>Následky trachómu</i>

D0302 - Príklad 2

Spastická hemiplegia v dôsledku predtým prekonanej mozgovej embólie.

G81.1	<i>Spastická hemiparéza a hemiplegia</i>
I69.4	<i>Následky cievnej mozgovej príhody bližšie neurčenej ako krvácanie alebo infarkt</i>

D0302 - Príklad 3

Monoplégia hornej končatiny v dôsledku predtým prekonanej poliomyelitídy.

G83.2	<i>Monoparéza a monoplégia hornej končatiny</i>
B91	<i>Následky poliomyelitídy</i>

D0302 - Príklad 4

Pacient je hospitalizovaný pre liečbu malpozície, ktorá je následkom vyliečenej zlomeniny rádia.

Hlavná diagnóza:	M84.03	<i>Zle zahojená zlomenina predlaktia (laktová kosť, vretenná kosť, zápästný kĺb)</i>
Vedľajšie diagnózy:	T92.1	<i>Neskoré následky zlomeniny ramena</i>

Ak je však pacient hospitalizovaný napríklad pre operáciu šľachy po jej roztrhnutí v oblasti prstov pred 2 týždňami, **toto sa nekóduje ako „následok“**, pretože roztrhnutie šľachy sa ešte stále lieči.

Tabuľka 2: Špecifické kódy pre príčiny neskorých následkov

B90.-	Následky tuberkulózy
B91	Následky poliomyelitídy
B92	Následky lepry
B94.-	Následky iných a bližšie neurčených infekčných a parazitových chorôb
E64.-	Následky podvýživy a iných nedostatkov vo výžive
E68	Následok nadmernej výživy
G09	Následky zápalových chorôb centrálnej nervovej sústavy
I69.-	Následky cievnych chorôb mozgu
O94	Následky komplikácií gravidity, pôrodu a šestonedelia
T90-T98	Neskoré následky poranení, otráv a iné dôsledky vonkajších príčin

#(2) Plánovaná následná zdravotná starostlivosť po liečbe akútnej fázy ochorenia, poranenia alebo popálenia

Pre **prvotné a aj následné ošetrovanie akútneho poranenia/popálenia** sa použije ako hlavná diagnóza kód pre poranenie/popálenie.

Takisto pri hospitalizácii pre druhú alebo ďalšiu operáciu po prvotnom zákroku, ktorá bola už v čase prvého zákroku plánovaná, sa kóduje pôvodná choroba ako hlavná diagnóza. Uvedené platí aj vtedy, keď už pôvodná choroba neexistuje.

D0302 - Príklad 5

Pacient je hospitalizovaný pre zrušenie kolostómie, ktorá bola založená v súvislosti s predchádzajúcou operáciou pre divertikulitídu esovitej kľučky hrubého čreva. Divertikulitída colon sigmoidum je medzitým vyliečená.

Hlavná diagnóza:	K57.32	Divertikulitída hrubého čreva bez perforácie, abscesu alebo prejavov krvácania
Vedľajšie diagnózy:	Z43.3	Ošetrovanie kolostómie

Plánované odstránenie kovových implantátov a iné ďalšie ošetrovanie poranenia (napr. odstránenie ortopedického klinca) treba odlíšiť od ošetrovania následkov pôvodného poranenia (pozri príklad 4). Tieto prípady sa kódujú príslušným kódom pre pôvodné poranenie ako hlavná diagnóza a nasleduje príslušný kód z kapitoly XXI. (napr. Z47.0 *Následná starostlivosť, zahŕňajúca odstránenie kostnej dlahy alebo inej vnútornej fixačnej pomôcky*) ako vedľajšia diagnóza.

D0302 - Príklad 6

Pacient je hospitalizovaný pre odstránenie kovového implantátu rok po distálnej zlomenine rádia (s luxáciou hlavičky ulny), ktorá bola ošetrovaná dlahou.

Hlavná diagnóza:	S52.31	Zlomenina dolnej časti diafýzy vretennej kosti s luxáciou hlavičky laktovej kosti
Vedľajšia diagnóza:	Z47.0	Následná starostlivosť zahŕňajúca odstránenie kostnej dlahy alebo inej vnútornej fixačnej pomôcky
Výkon:	5t073.5	Odstránenie dlahy, prípadne revízia diafyzárneho rádia

D0303A AKÚTNE A CHRONICKÉ CHOROBY

Ak má pacient zároveň chronickú aj akútnu formu tej istej choroby, ako je napr. akútna exacerbácia chronickej choroby, kóduje sa v prípade, že pre akútnu i chronickú formu tejto choroby existujú rozličné kódy, akútna forma ako hlavná diagnóza a chronická forma ako vedľajšia diagnóza.

D0303 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný pre akútne vzplanutie, pre akútnu epizódu chronickej idiopatickej pankreatitídy bez orgánových komplikácií.

Hlavná diagnóza:	K85.00	<i>Idiopatická akútna pankreatitída, bez orgánovej komplikácie</i>
Vedľajšia diagnóza:	K86.1	<i>Iná chronická pankreatitída</i>

Výnimky:

Toto kritérium sa nesmie použiť, ak:

1. MKCH-10-SK má pre kombináciu akútnej a chronickej choroby vlastný kód, napr.:
J44.1- Chronická obštrukčná choroba pľúc s akútnou exacerbáciou choroby, bližšie neurčená
2. v MKCH-10-SK je uvedený opačný pokyn, napr.:
C92.0- Akútna myeloblastová leukémia (AML)
Nepatrí sem: *akútna exacerbácia chronickej myeloickej leukémie (C92.1-)*
C92.1- Chronická myelocytová leukémia (CML), BCR/ABL-pozitívna
V tomto prípade sa použije iba kód C92.1-, pričom stav remisie sa uvedie na piatej pozícii kódu.
3. v MKCH-10-SK je usmernenie, že postačuje iba jeden kód, napr.:
I88.0 Nešpecifická mezenterická lymfadenitída
Patrí sem: *Mezenterická lymfadenitída (akútna) (chronická).*
Uvedené usmernenie v MKCH-10-SK znamená, že do tohto kódu patrí akútna a aj chronická forma ochorenia.

D0304A ZAČÍNAJÚCA ALEBO HROZIACA CHOROBA

Keď sa v zdravotnom zázname dokumentuje začínajúca (*incipientná*) alebo hroziaca (*suspektná*) choroba, ktorá ale počas hospitalizácie neprepukne, je potrebné overiť, či sa kód choroby, označenej ako „začínajúca“ alebo „hroziaca“, nachádza v MKCH-10-SK. Keď pre chorobu takýto kód v MKCH-10-SK existuje, tak sa priradí tento kód. Ak takýto kód pre chorobu, ktorá sa opisuje ako „začínajúca“ alebo „hroziaca“ neexistuje, tak sa nekóduje.

D0304 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný so začínajúcou gangrénou nohy, ktorá počas pobytu v nemocnici vďaka okamžitému ošetreniu neprepukne.

Kód:	I70.23	<i>Ateroskleróza končatinových tepien s postihnutím panvy a dolnej končatiny, s ulceráciami</i>
------	--------	---

Poznámka: Záznam „začínajúca“ alebo „hroziaca“ gangréna sa v MKCH-10-SK nenachádza, to znamená, že sa tento prípad kóduje na základe základného ochorenia, napr. ako ateroskleróza končatinovej artérie s ulceráciou.

Pre niektoré diagnózy, ktoré svojím klinickým významom možno označiť ako „hroziace“, sa nachádza v MKCH-10-SK kód alebo príslušná poznámka (konvencia). Napr. pre diagnózu „hroziaci potrat“ existuje O20.0 *Hroziaci potrat (abortus imminens)*. Diagnóza „hroziaci infarkt“ je obsiahnutá v kóde I20.0 *Nestabilná angina pectoris*.

D0305A PODOZRENIE NA DIAGNÓZU

Podozrenie na diagnózu v zmysle Pravidiel kódovania v systéme DRG je diagnóza, ktorá nebola do konca hospitalizácie s istotou ani potvrdená, ale ani vylúčená.

Podozrenie sa kóduje rôzne, v závislosti od toho, či je pacient prepustený domov alebo je preložený do inej nemocnice.

#(1) Pri prepustení domov

Keď sa vykonajú vyšetrenia, ale **žiadne ošetrovanie alebo liečba v súvislosti s podozrením**, kóduje/ú sa **symptóm/y** (pozri D0103 *Symptómy, abnormálne klinické a laboratórne nálezy ako hlavná diagnóza*).

D0305 - Príklad 1

Dieťa je hospitalizované pre bolesti v pravom podbrušku s podozrením na zápal slepého čreva. Vyšetrenia počas hospitalizácie diagnózu apendicitída nepotvrdili. Špecifická liečba apendicitídy nebola potrebná.

Hlavná diagnóza: R10.3 *Boleť v iných častiach podbrušia*

Keď sa **ošetrovanie alebo liečba začali** a výsledky vyšetrení neboli jednoznačné, kóduje sa **podozrenie na diagnózu**.

D0305 - Príklad 2

Pacient je hospitalizovaný s podozrením na meningitídu pre silné bolesti hlavy. Vyšetrenia počas hospitalizácie diagnózu meningitídy ani nepotvrdili, ani s určitostí nevyvylúčili. Špecifická liečba meningitídy sa už začala.

Hlavná diagnóza: G03.9 *Meningitída, bližšie neurčená*

#(2) Pri preložení do inej nemocnice

Keď je pacient s podozrením na určitú chorobu preložený, prekladajúca nemocnica uvedie kód diagnózy určený pre podozrenie na danú chorobu.

Nemocnica, z ktorej je pacient preložený, môže pri kódovaní použiť iba tie informácie, ktoré boli k dispozícii v čase prekladu. Neskoršie informácie z nemocnice, do ktorej bol pacient preložený, sa dodatočne nesmú v prekladajúcej nemocnici pri kódovaní použiť.

Napríklad, ak bol pacient s podozrením na meningitídu preložený a prípad bol kódovaný ako podozrenie na meningitídu, tak sa kód určený pre meningitídu, ktorý použila prekladajúca nemocnica, dodatočne nesmie meniť. To platí aj vtedy, keď podľa lekárskej správy z nemocnice, do ktorej bol pacient preložený, pacient na základe vyšetrení meningitídu nemal a diagnóza sa nepotvrdila.

D0306A KÓDY DIAGNÓZ S OZNAČENÍM V NÁZVE „INÉ“ A „BLIŽŠIE NEURČENÉ“

Kódy pre diagnózy s označením „iné“ sa na kódovanie použijú vtedy, ak ide o presne označenú chorobu, pre ktorú však MKCH-10-SK nemá príslušnú klasifikáciu.

Kódy pre diagnózy „bližšie neurčené“ sa použijú vtedy, ak ide o chorobu zodpovedajúcu hlavnému klasifikačnému označeniu (napr. katarakta), pričom ďalšia podrobnejšia diferenciácia podľa kritérií MKCH-10-SK nie je na zodpovedajúcej pozícii kódu možná.

„Iné“ a „bližšie neurčené“ klasifikácie majú vo všeobecnosti prislúchajúce konkrétne označenie.

Na štvormiestnej úrovni kódu je spravidla nasledovné priradenie:

- „0 - .7“ špecifické choroby (v kapitole XIX. „Poranenia a otravy“ je „.7“ často použité pre „viacnásobné poranenia“),
- „.8“ špecifické choroby, ktoré nie sú klasifikované pod „0 - .7“ (alebo „iné“),
- „.9“ „bližšie neurčené“.

D0306 - Príklad 1

Členenie skupiny kódov na štvormiestne kódy:

L50.-	Žihľavka [urticaria]	kategória
L50.0	Alergická žihľavka	špecifická subkategória
L50.1	Idiopatická žihľavka	špecifická subkategória
L50.2	Žihľavka zapríčinená chladom alebo teplom	špecifická subkategória
L50.3	Dermografická žihľavka [urticaria factitia]	špecifická subkategória
L50.4	Vibračná žihľavka	špecifická subkategória
L50.5	Cholínergická žihľavka	špecifická subkategória
L50.6	Kontaktná žihľavka	špecifická subkategória
L50.8	Iná žihľavka	inde nezatriedená
L50.9	Žihľavka, bližšie neurčená	nešpecifická

Príležitostne sa klasifikácie „.8“ a „.9“ kombinujú v jednom kóde a obsahujú tak „iné“, ako aj „bližšie neurčené“ stavy.

Na päťmiestnej pozícii kódu nie je priradenie jednotné.

Tieto triedy (bližšie neurčené, inde nezatriedené) diagnóz sa nesmú používať na kódovanie chorôb, ktoré je možné kódovať špecifickým kódom. Pre správne priradenie kódu diagnóz je preto potrebné používať aktuálny systematický zoznam MKCH-10-SK. V prípadoch, ak nie je v MKCH-10-SK k dispozícii žiadny iný špecifickejší popis, pre kódovanie sa použije niektorá z nasledovných stratégií:

D0306 - Príklad 2

Diagnóza: *Leukoplakia na očnom viečku:*

Kód: H02.8 *Iná choroba mihalnice, bližšie určená*

Poznámka: Pretože leukoplakia je „bližšie určená choroba“, ktorá nemá svoj vlastný kód, je H02.8 korektný kód.

D0306 - Príklad 3

Diagnóza: *Subluxovaná katarakta:*

Kód: H26.9 *Zákal šošovky, bližšie neurčený*

Poznámka: Pod kódom katarakty sa nenachádza žiadny pojem „subluxovaná“ a žiadny ďalší záznam „bližšie určený, inde nezatriedený“. Preto je H26.9 správnym kódom.

D0307C HOSPITALIZÁCIA PRE ZDRAVOTNÝ VÝKON, KTORÝ NEBOL USKUTOČNENÝ

Ak bol pacient hospitalizovaný pre zdravotný výkon (operačnej alebo neoperačnej povahy), ktorý z nejakého dôvodu nebol vykonaný a pacient bol prepustený, kóduje sa nasledovne:

- keď zdravotný výkon nebol vykonaný z **technických príčin:**

D0307 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný pre inzerciu tympanorúrky pri séromukotympane. Operácia bola z technických príčin odložená.

Hlavná diagnóza: H65.3 *Chronický hlienový zápal stredného ucha*

Vedľajšia diagnóza: Z53.- *Osoby, ktoré navštívili zdravotnícke služby kvôli určitým neuskutočneným výkonom*

- keď zdravotný výkon nebol vykonaný z **dôvodu inej choroby alebo komplikácie, ktorá náhle vznikla u pacienta po prijatí do nemocnice:**

D0307 - Príklad 2

Pacient s chronickou tonzilitídou je hospitalizovaný za účelom vykonania tonzilektómie. Operácia nebola uskutočnená z dôvodu akútnej frontálnej sinusitídy.

Hlavná diagnóza: J35.0 *Chronický zápal mandlí*

Vedľajšie diagnózy: Z53.- *Osoby, ktoré navštívili zdravotnícke služby kvôli určitým neuskutočneným výkonom*

J01.1 *Akútny zápal čelovej dutiny*

D0308A KOMBINOVANÉ KÓDY

Jeden samostatný kód, ktorý sa používa na klasifikáciu dvoch diagnóz, alebo jednej diagnózy s jednou manifestáciou alebo jednou s ňou súvisiacou komplikáciou, sa nazýva kombinovaný kód.

Kombinované kódy sa použijú iba vtedy, ak obsahnu kompletnú diagnostickú informáciu.

Viacnásobné kódovanie (pozri D0310 *Viacnásobné kódovanie*) sa nesmie použiť vtedy, keď klasifikácia obsahuje kombinovaný kód, ktorý v popise choroby jednoznačne obsahuje dokumentované komponenty.

D0308 - Príklad 1

Ateroskleróza končatín s gangrénou:

správne:	I70.24	<i>Ateroskleróza končatinových tepien s postihnutím panvy a dolných končatín, s gangrénou</i>
nesprávne:	I70.20	Ateroskleróza iných a bližšie neurčených končatinových tepien
	R02	Gangréna, nezatriedená inde

D0309A ROVNAKÉ DIAGNÓZY NA DVOCH ALEBO VIACERÝCH LOKALIZÁCIÁCH

Ak sa manifestuje choroba na dvoch alebo viacerých lokalizáciách, platia pre kódovanie diagnózy nasledovné pravidlá:

- rovnaký kód sa pre jednu diagnózu uvedie iba raz
- ak v MKCH-10-SK existuje samostatný kód pre obojstranné ochorenie, použije sa tento kód (pozri príklad 1)
- ak v MKCH-10-SK chýbajú údaje o lokalizácii, môže sa za samotným kódom použiť doplnujúce označenie „B“ (bilaterálne) pre „obojsstranne“ (pozri príklad 2)

D0309 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný s obojstrannou hernia inguinalis, bez inkarcerácie a bez gangrény. V jednom sedení je laparoskopicky vykonaný transperitoneálny uzáver oboch hernií.

Hlavná diagnóza:	K40.20	<i>Obojstranná slabínová prietrž bez obštrukcie alebo gangrény, neoznačená akorecidivujúca</i>
Výkon:	5n813.1 B	<i>Uzavretie inguinálnej hernie [prietrže] s aloplastickým materiálom, laparoskopicky transperitoneálne</i>

D0309 - Príklad 2

Pacient je hospitalizovaný s obojstrannou fraktúrou rádia (Colles). V jednom sedení je vykonaná zatvorená repozícia fraktúry rádia so serklážou (osteosyntézou) obojsstranne .

Hlavná diagnóza:	S52.51 B	<i>Zlomenina dolného konca vretennej kosti: extenzný typ</i>
Výkon:	5t214.6 B	<i>Zatvorená repozícia zlomeniny alebo epifyzeolýzy distálneho rádia, osteosyntéza drôtomalebo ťahovou serklážou</i>

D0310I VIACNÁSOBNÉ KÓDOVANIE

Kódy diagnóz, ktoré sú v MKCH-10-SK bez symbolu alebo sú označené krížikom („†“, tzv etiologické kódy), sa označujú ako **primárne diagnostické kódy** a môžu sa používať samostatne.

Kódy diagnóz, ktoré sú v MKCH-10-SK označené symbolom hviezdička („*“) alebo výkričník („!“), sa označujú ako **sekundárne diagnostické kódy**; nemôžu sa používať samostatne, ale vždy len s primárnym kódom. Vykazujú sa v prípade splnenia podmienok uvedených v pravidlách kódovania.

Viacnásobné kódovanie je potrebné v nasledovných prípadoch:

#(1) Kódovanie etiológie a manifestácie („krížik-hviezdička systém“)

Kódy pre etiológiu (základná príčina) sa označujú krížikovým symbolom (†) a kódy pre manifestáciu sa označujú hviezdičkovým symbolom (*). Kódujú sa **v poradí, v akom sú ustanovené v MKCH-10-SK**, tzn. kód etiológie sa uvedie pred kódom manifestácie.

Toto poradie pre kódovanie etiológie a manifestácie platí iba pre krížik-hviezdička systém.

D0310 - Príklad 1

Diagnóza - Burzitída spôsobená gonokokmi v systematickom zozname MKCH-10-SK-2026:

A54.4†	Gonokoková infekcia svalovo-kostrovej sústavy
M73.0-*	Gonokoková burzitída (A54.4†)

Keď diagnóza, ktorá sa kóduje, má v MKCH-10-SK uvedený symbol „*“ (hviezdičkový kód, čiže kód manifestácie), musí byť následne objasnená a kódovaná etiológia.

Ak je v MKCH-10-SK uvedený hviezdičkový kód a chýba k nemu odkaz na možné krížikové kódy, potom určí základnú chorobu (etiológiu choroby) ošetrojúci lekár. Ku kódovaniu etiológie môžu byť použité aj kódy diagnóz, ktoré nie sú v systematike MKCH-10-SK označené krížikom (pozri príklad 2).

#(2) Ostatné prípady viacnásobného kódovania

V určitých situáciách, aby sa zdravotný stav pacienta dal kompletne popísať, sa používa iná forma viacnásobného kódovania ako krížik-hviezdička systém.

- **Lokálne infekcie** pri stavoch, ktoré sa priradujú ku kapitole chorôb „orgánových systémov“. Kódy kapitoly I. *Infekčné a parazitové choroby* (A00-B99) k identifikácii pôvodcu infekcie sa doplnia, pokiaľ nie sú obsiahnuté v názvosloví jedného kódu MKCH-10-SK. Na konci kapitoly I. je pre tento účel určená skupina kódov **B95! - B98!**.
- **Nádory s funkčnou aktivitou**. Vhodný kód z kapitoly IV. *Endokrinné, nutričné a metabolické choroby* (E00-E90) je možné priradiť k označeniu funkčnej aktivity príslušného kódu z kapitoly II. *Nádory* (C00-D48).
- **Morfológia nádorov**. Aj keď kód pre morfológiu nie je súčasťou hlavnej klasifikácie MKCH-10-SK, možno ho použiť k označeniu morfológie (histológie) nádorov ako doplnkový kód pre kapitolu II. Kódy MKCH-10-SK označujúce morfológiu nádorov nie sú pre zaradenie do DRG skupín relevantné.

- Doplňujúce údaje pre stavy z kapitoly V. (F00-F09; Organické duševné poruchy vrátane symptomatických). Základná choroba, poranenie alebo iné poškodenie mozgu možno doplniť použitím kódu z iných kapitol.
- Dva kódy k opisu jedného poranenia, otravy alebo iných vedľajších účinkov. K jednému kódu z kapitoly XIX. *Poranenia, otravy, a niektoré iné následky vonkajších príčin*, ktorý opisuje druh poranenia, môže byť priradený druhý kód z kapitoly XX. *Vonkajšie príčiny chorobnosti a úmrtnosti*, ktorý označuje príčinu a mechanizmus vzniku. Kódy z XX-tej kapitoly MKCH-10-SK nie sú pre zaradenie do DRG skupiny relevantné.

#(3) Poradie kódov diagnóz pri viacnásobnom kódovaní

Pre poradie kódov MKCH-10-SK pri viacnásobnom kódovaní s primárnym a sekundárnym diagnostickým kódom platia nasledovné pravidlá:

- primárny diagnostický kód je uvedený pred sekundárnym diagnostickým kódom
- primárny diagnostický kód platí pre všetky nasledujúce sekundárne diagnostické kódy, kým sa neobjaví nový primárny diagnostický kód
- jeden sekundárny diagnostický kód nesmie byť nikdy priradený k inému sekundárnemu diagnostickému kódu (tzn. jeden výkričníkový kód sa nesmie nikdy priradiť k jednému hviezdičkovému kódu a opačne)
- sekundárny diagnostický kód sa vykazuje v prípade splnenia podmienok uvedených v pravidlách kódovania (napr. pravidlo D0201 Definícia vedľajšej diagnózy, D0310 Viacnásobné kódovanie)

Krížik-hviezdička systém

V pravidlách kódovania, predovšetkým v príkladoch, sú kódy diagnóz zoradené podľa vyššie uvedených pravidiel.

D0310 - Príklad 2

Pacient s diabetes mellitus, typ 1, s periférnou cievnu komplikáciou vo forme aterosklerózy končatinových tepien a bolesťami v pokoji, je prijatý k rekonštrukčnej bapsovej operácii. Súčasne je prítomná retinopatia s výrazným obmedzením zraku.

Hlavná diagnóza:	E10.50†	<i>Diabetes mellitus 1. typu: s periférnymi cievnymi komplikáciami, kompenzovaný</i>
Vedľajšie diagnózy:	I79.2*	<i>Periférna angiopatia pri chorobách zatriedených inde</i>
	I70.22	<i>Ateroskleróza končatinových tepien s postihnutím panvy a dolných končatín, s bolesťou v pokoji</i>
	E10.30†	<i>Diabetes mellitus 1. typu: s očnými komplikáciami, kompenzovaný</i>
	H36.09*	<i>Diabetická retinopatia (E10-E14, štvrtá pozícia .3†)</i>

Poznámka: Kód I70.22 slúži v tomto príklade k bližšej špecifikácii krížik-hviezdička-systémom označenej diagnózy. Neuvádzasa ako označenie hlavnej diagnózy.

	Primárny diagnostický kód (primárna diagnóza)	Sekundárny diagnostický kód (sekundárna diagnóza)
Hlavná diagnóza:	E10.50†	I79.2*
Vedľajšia diagnóza:	I70.22	
Vedľajšia diagnóza:	E10.30†	H36.09*

D0310 - Príklad 3

Pacient s diabetes mellitus, typ 1, s mnohonásobnými komplikáciami vo forme aterosklerózy končatinových tepien, retinopatie a nefropatie, je hospitalizovaný pre dekompenzáciu vnútorného prostredia (metabolická dekompenzácia).

Hlavná diagnóza:	E10.73†	<i>Diabetes mellitus 1. typu: s inými, mnohopočetnými komplikáciami, dekompenzovaný</i>
Vedľajšie diagnózy:	I79.2*	<i>Periférna angiopatia pri chorobách zatriedených inde</i>
	H36.09*	<i>Diabetická retinopatia (E10-E14, štvrtá pozícia .3†)</i>
	N08.3*	<i>Glomerulová choroba pri diabetes mellitus (E10-E14, štvrtá pozícia .2†)</i>

Poznámka: Kód E10.73 je potrebné kódovať so symbolom „†“, pretože kóduje etiológiu nasledovného hviezdičkového kódu (manifestáciu). Podľa pravidiel stojí kód etiológie vždy pred kódom manifestácie. Ak platí kód etiológie pre viaceré manifestácie, ako v tomto prípade, tak platí pre všetky nasledujúce hviezdičkové kódy (manifestácie), až kým sa objaví novíkrižikový kód alebo kód bez označenia symbolom. Tak je kódovaná s kódom E10.73† etiológia manifestácií I79.2*, H36.09* a N08.3*.

	Primárny diagnostický kód (primárna diagnóza)	Sekundárny diagnostický kód (sekundárna diagnóza)
Hlavná diagnóza:	E10.73†	I79.2*
Vedľajšia diagnóza:	E10.73†	H36.09*
Vedľajšia diagnóza:	E10.73†	N08.3*

Výkričníkom označené kódy

MKCH-10-SK obsahuje aj tzv. výkričníkové kódy (napr. S31.83!). Tieto sú v DRG systéme **doplňkovými (sekundárnymi) kódmi**. Niektoré kódy označené symbolom „výkričník“ sú voliteľné, iné sa uvádzajú povinne. Prehľad o kódach/kategoriách MKCH-10-SK označených výkričníkom je uvedený v tabuľkách 3 a 4.

V tabuľke 3 sú uvedené príklady výkričníkových kódov, ktoré **môžu** byť použité, ak to má z klinického hľadiska zmysel.

Tabuľka 3: Zoznam doplnkových výkričníkových kódov/kategorií, ktorých uvedenie je voliteľné

V-, W-, X-, Y-	Všetky kódy z kapitoly XX. Vonkajšie príčiny chorobnosti a úmrtnosti
Z33!	<i>Gravidita ako vedľajší nález</i>
Z50.-!	<i>Starostlivosť s použitím rehabilitačných výkonov</i>
Z54.-!	<i>Rekonvalescencia</i>

D0310 - Príklad 4

Pacientka je hospitalizovaná so zlomeninou strednej časti ruky. Ako vedľajší nález je diagnostikovaná a sledovaná gravidita.

Hlavná diagnóza:	S62.32	<i>Zlomenina inej záprstnej kosti, diafýza</i>
Vedľajšie diagnózy:	Z33!	<i>Gravidita ako vedľajší nález</i>
	O09.1!	<i>Trvanie gravidity od začatého 5. po ukončený 13. týždeň</i>
	Z34.-	<i>Dohľad nad priebehom normálnej gravidity</i>

Môže sa stať, že jednému výkričníkovému kódu sa na základe klinických aspektov dajú priradiť viaceré primárne diagnostické kódy (pozri nasledujúci príklad). V takom prípade je potrebné sekundárny diagnostický kód uviesť iba raz a umiestniť ho na koniec zoznamu príslušných primárnych diagnostických kódov.

D0310 - Príklad 5

Pacient je hospitalizovaný s kompletným roztrhnutím obličkového parenchýmu, trhlinou sleziny s účasťou parenchýmu a malými trhlinami na viacerých častiach tenkého čreva a s vystúpením viscerálnych orgánov dutiny brušnej cez otvorenú ranu brucha.

Hlavná diagnóza:	S37.03	Kompletná ruptúra parenchýmu obličky
Vedľajšie diagnózy:	S36.03	Tržné poranenie sleziny vrátane parenchýmu
	S36.49	Poranenie iných a viacerých častí tenkého čreva
	S31.83!	Otvorená rana (ktorákoľvek časť brucha, drieku a panvy) v spojení s vnútrobrušným poranením
	Primárny diagnostický kód (primárna diagnóza)	
	Sekundárny diagnostický kód (sekundárna diagnóza)	
Hlavná diagnóza:	S37.03	S31.83!
Vedľajšia diagnóza:	S36.03	S31.83!
Vedľajšia diagnóza:	S36.49	S31.83!

Výkričníkové kódy, ktoré sú uvedené v nasledujúcej tabuľke, sa používajú **povinne**.

Tabuľka 4: Zoznam doplnkových výkričníkových kódov/kategórií diagnóz, ktorých uvedenie je povinné

B95.-!	Streptokok a stafylokok ako príčina chorôb zatriedených inde
B96.-!	Iné baktérie ako príčina chorôb zatriedených inde
B97.-!	Vírus ako príčina chorôb zatriedených inde
B98.-!	Iný infekčný pôvodca, bližšie určený, ako príčina chorôb zatriedených inde
C95.8!	Leukémia refraktérna na štandardnú indukčnú liečbu
C97!	Zhubné nádory mnohopočetné na viacerých nezávislých primárnych miestach
G82.6-!	Funkčná úroveň pri poškodení miechy
I67.80!	Vazospazmy pri subarachnoidálnom krvácaní
K72.7-!	Pečeňová encefalopatia a pečeňová kóma
N39.47!	Recidivujúca inkontinencia moču
O09.-!	Trvanie gravidity
R65.-!	Syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS)
S06.7-!	Bezvedomie pri poranení lebky a mozgu
S14.7-!	Funkčná úroveň pri poranení krčnej miechy
S24.7-!	Funkčná výška pri poranení hrudníkovej miechy
S34.7-!	Funkčná úroveň pri poranení driekovokrížovej miechy
S01.83!	Otvorená rana (ktorákoľvek časť hlavy) v spojení s intrakraniálnym poranením
S21.83!	Otvorená rana každej časti hrudníka v spojení s vnútrohrudníkovým poranením
S31.83!	Otvorená rana (ktorákoľvek časť brucha, drieku a panvy) v spojení s vnútrobrušným poranením
S01.84!	Poškodenie mäkkých častí I. stupňa pri zatvorenej zlomenine alebo vyklbení na hlave
S01.85!	Poškodenie mäkkých častí II. stupňa pri zatvorenej zlomenine alebo vyklbení na hlave
S01.86!	Poškodenie mäkkých častí III. stupňa pri zatvorenej zlomenine alebo vyklbení na hlave
S01.87!	Poškodenie mäkkých častí I. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení na hlave
S01.88!	Poškodenie mäkkých častí II. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení na hlave

S01.89!	Poškodenie mäkkých častí III. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vykĺbení na hlave
T31.-!	Popáleniny zatriedené podľa rozsahu postihnutého povrchu tela
T32.-!	Poleptania zatriedené podľa rozsahu postihnutého povrchu tela
U60.-!	Klinické kategórie choroby HIV
U61.-!	Počet pomocných T-buniek pri chorobe HIV
U69.00!	Sekundárna klasifikácia za účelom externej kontroly kvality: zápal pľúc u dospelých (18-ročných a starších), zatriedený inde, získaný v nemocnici
U69.10!	Sekundárna klasifikácia na osobitné administratívne účely: choroba zatriedená inde, u ktorej je podozrenie, že jedôsledkom medicínsky neindikovanej estetickej operácie, tetováže alebo piercingu
U80.-!	Pôvodca s potvrdenou rezistenciou na antibiotiká, vyžadujúci špeciálne terapeutické alebo hygienické opatrenia
U81!	Pôvodca s mutirezistenciou na antibiotiká
U82.-!	Mykobaktérie rezistentné na antituberkulotiká
U83!	Kandida s rezistenciou na flukonazol alebo vorikonazol
U84!	Herpesvírusy s rezistenciou na virostatiká
U85!	Vírus HIV s rezistenciou na virostatiká alebo inhibítory proteínáz
Z37.-!	Výsledok pôrodu

D0311J Poranenia súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Ak komplikácia súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti vznikla iatrogenným poranením, kóduje sa stav diagnózou z XIX. kapitoly MKCH-10-SK: Poranenia, otravy a niektoré iné následky vonkajších príčin. Súvislosť poranenia s výkonom zdravotnej starostlivosti je vyjadrená dodatkovým kódom z XX. kapitoly MKCH-10-SK: Y40 – Y84 Komplikácie lekárskej starostlivosti.

Nepatrí sem kódovanie komplikácií, ktoré vznikajú u rodičky počas pôrodu (diagnózy O70 – O71) a pôrodné poranenia novorodenca (diagnózy P10 – P15).

D0311 - Príklad 1

Pri kyretáži došlo k iatrogénnej perforácii maternice.

Diagnózy: S37.6 Poranenie maternice
Y60.0 Neúmyselné porezanie, pichnutie, prederavenie alebo krvácanie počas chirurgického výkonu

D0311 - Príklad 2

Pri operácii žlčníka došlo k náhodnému prerezaniu steny hrubého čreva, ktoré vyžadovalo samostatné ošetrenie.

Diagnózy: S36.52 Poranenie colon transversum
Y60.6 Neúmyselné porezanie, pichnutie, prederavenie alebo krvácanie počas chirurgického výkonu

D0311 - Príklad 3

Pri ureterorenoskopii dôjde k perforácii močovodu a vzniku fausse route.

Diagnózy: S37.1 Poranenie močovodu
Y60.4 Neúmyselné porezanie, pichnutie, prederavenie alebo krvácanie počas endoskopického vyšetrenia

Ak nie je možné poranenie orgánu kódovať špecifickým kódom pre príslušný orgán, použije sa kód

T81.2 Náhodné naštiepenie a natrhnutie počas výkonu, nezatriedené inde

D05 FORMÁLNE DOHODY POUŽÍVANÉ V KLASIFIKÁCII MKCH-10-SK

D0501A KONVENCIE POUŽITÉ V SYSTEMATICKOM ZOZNAM MKCH-10-SK

Niektoré konvencie v MKCH-10-SK sú dôležité pre kódovanie a interpretáciu kódovaných údajov.

Bodka a pomlčka „-“ a pomlčka „-“ na konci kódov

Všetky trojmiestne kódy, ktoré sú členené do štvor- alebo päťmiestnych kódov, sa na 4. a 5. pozícii označujú znakom „-“. Všetky štvormiestne kódy, ktoré sú členené do päťmiestnych kódov, sú na 5. pozícii označené jednou „-“.

Tým sa poukazuje na to, že pre troj-/štvormiestne kategórie sú v klasifikácii definované štvor-/päťmiestne subkategórie, ktoré sa musia pri kódovaní použiť.

D0501 - Príklad 1

Kódy diagnóz:	G90.-	<i>Porucha autonómnej nervovej sústavy</i>
	G90.0-	<i>Idiopatická periférna autonómna neuropatia</i>
	G90.00	<i>Syndróm karotického sínusu (synkopa)</i>
	G90.08	<i>Iná idiopatická periférna autonómna neuropatia</i>
	G90.09	<i>Idiopatická periférna autonómna neuropatia, bližšie neurčená</i>

„Patrí sem“ (inkluzíva)

V rámci troj- a štvormiestnych klasifikácií sa uvádza zvyčajne celý rad ďalších výrazov pre diagnózy. Tieto sú pomenované pod označením „Patrí sem“ a sú dopĺňujúcim údajom k nadpisu ako príklady pre potvrdenie diagnóz, ktoré sú zatriedené v danom odseku. Môžu to byť synonymá alebo objasnenia rôznych stavov, ktoré sú spoločne zhrnuté pod týmto kódom. Nepredstavujú žiadne členenie na subkategórie (pozri príklad nižšie).

Informácie v texte „Patrí sem“ sú uvedené ako poznámka pred obsahom daného odseku. Mnoho údajov sa vzťahuje na dôležité alebo používané názvy patriace do daného odseku v klasifikácii. Iné zasa slúžia pre určenie stavu choroby alebo ako lokalizácia hraničných prípadov, ktoré majú určiť vnútorné hranice pre rozlíšenie jednotlivých subkategórií. Zoznam označení „Patrí sem“ nie je v žiadnom prípade konečný.

„Nepatrí sem“ (exkluzíva)

Určité odseky v klasifikácii obsahujú údaje o chorobných stavoch, ktoré sú označené ako „Nepatrí sem“. Pritom ide o názvy diagnóz, ktoré sú v skutočnosti klasifikované inde, predovšetkým v prípadoch, keď nadpis odseku vyvoláva zdanie, že by mali byť klasifikované na tomto mieste. Takýmto príkladom je napr. kategória A46 „*Erysipel [Erysipelas, Ruža]*“, ktorá postpartálny a puerperálny erysipel nezahŕňa. V texte „Nepatrí sem“ je v zátvorkách uvedený kód tej kategórie alebo subkategórie, ktorá nie je zahrnutá do konkrétne zvolenej klasifikácie.

Všeobecné výluky pre veľký počet kategórií alebo pre všetky subkategórie jednej 3-miestnej kategórie sú uvedené hneď po nadpise kapitoly, skupiny alebo kategórie a zároveň sú označené prostredníctvom textu „Nepatrí sem“.

D0501 - Príklad 2

Kódy diagnóz:	K31.-	<i>Iná choroba žalúdka a dvanástnika</i>	
		Patrí sem: <i>Funkčné poruchy žalúdka</i>	
		Nepatrí sem: <i>Divertikul dvanástnika (K57.0 – K57.1)</i>	
		<i>Gastrointestinálne krvácanie (K92.0–K92.2)</i>	
	K31.0	<i>Akútna dilatácia žalúdka</i>	<i>Akútne roztiahnutie (distenzia) žalúdka</i>
	K31.1	<i>Hypertrofická pylorostenóza dospelých</i>	<i>Zúženie pyloru, bližšie neurčené</i>
		Nepatrí sem: <i>Vrodená alebo infantilná pylorostenóza (Q40.0)</i>	

Všeobecné názvy diagnóz, ktoré platia pre celý rad kategórií alebo pre všetky subkategórie jednej 3-miestnej kategórie, sú zakaždým uvedené v spojitosti s jedným zo zoznamov kapitol, skupín alebo kategórií a sú označené prostredníctvom textu „Patrí sem”.

Ďalšie konvencie

Napr. kapitola V. „*Duševné poruchy a poruchy správania*” obsahuje okrem označení „Patrí sem” a „Nepatrí sem” aj **poznámky** s obsahovými pokynmi k rubrikám, kde sú použité ďalšie nižšie vysvetlené konvencie. Používa sa v dôsledku rozmanitosti terminológie psychických duševných porúch, známej vo viacerých krajinách. Často sa používajú tie isté označenia k opisu úplne odlišných chorobných stavov.

Okrúhle zátvorky „()”

1. Okrúhle zátvorky (parentézy) obsahujú doplnkové slová, ktoré sa môžu nachádzať pri diagnóze bez toho, aby sa tým narušilo kódovanie. Napríklad, označenie I62.0- *Subdurálne krvácanie (neúrazové)* znamená, že I62.0 sa použije bez ohľadu na to, či ide o subdurálne krvácanie samotné alebo také, ktoré sa vzťahuje na slovo v zátvorkách.

D0501 - Príklad 3

V záverečnom zhrnutí pri I12.- Hypertenzná choroba obličiek je kód I12.- kódom pre požadované označenie „*Artériosklerotická nefritída (chronická) (intersticiálna)*”, a to bez ohľadu na to, či je uvedené samostatne alebo so slovami „chronická” alebo „intersticiálna” alebo oboma.

Okrúhle zátvorky sa využívajú pre údaj príslušného kódu v „Nepatrí sem”.

D0501 - Príklad 4

Kód diagnózy:	I88.-	<i>Nešpecifická lymfadenitída</i>	
		Nepatrí sem: <i>Akútna lymfadenitída, okrem mezenteriovej (L04.-)</i>	
		<i>Generalizovaná lymfadenopatia následkom choroby HIV (B23.8)</i>	
		<i>Zväčšenie lymfatických uzlín, bližšie neurčené (R59.-)</i>	

2. Okrúhle zátvorky pri označeníach skupiny zahŕňajú trojmiestne kódy tej kategórie, ktoré do tejto skupiny spadajú.
3. Napokon sa používajú okrúhle zátvorky pre krížik-hviezdička systém. Okrúhle zátvorky sa využívajú pre údaj krížikových kódov pri hviezdíčkových kategóriách alebo hviezdíčkových kódov pri krížikových kategóriách.

D0501 - Príklad 5

Kódy diagnóz:	A32.1†	Listériová meningitída a meningoencefalitída Meningitída (G01*), zapríčinená listériou Meningoencefalitída (G05.0*), zapríčinená listériou
	G01*	Meningitída pri baktériových chorobách zatriedených inde Patrí sem: Meningitída pri • antraxe (A22.8†) • gonokokovej infekcii (A54.8†) • leptospiróze (A27.-†) • listerióze • Lymskej chorobe (A69.2†) • meningokokovej infekcii (A39.0†). • neurosyfilise (A52.1†) • salmonelovej infekcii (A02.2†) • Syfilise: • vrodenom (A50.4†) • sekundárnom (A51.4†) • tuberkulóze (A17.0†) • brušnom týfuse (A01.0†)
		Nepatrí sem: Encefalitída, myelitída a encefalomyelitída pri baktériových chorobách zatriedených inde (G05.0*)

Hranaté zátvorky „[]”

Hranaté zátvorky sa používajú pre označenie synonyma, alternatívnych formulácií alebo vysvetľujúcich výrazov.

D0501 - Príklad 6

Kódy diagnóz:	A30.-	Lepra [malomocenstvo, Hansenova choroba]
	A46	Eryzipel [Erysipelas, Ruža]

Dvojbodka „:”

Dvojbodka sa používa v zoznamoch „Patrí sem” a „Nepatrí sem”, keď predchádzajúci pojem nemá jednoznačný význam pre zaradenie do príslušného odseku. Aby mohol byť pojem jednoznačne zaradený do odseku, je nevyhnutné uviesť jeden alebo viaceré modifikujúce alebo presnejšie popisujúce výrazy stojace za dvojbodkou.

D0501 - Príklad 7

Kód diagnózy:	K36	<i>Iná apendicitída</i>
		Patrí sem: <i>Apendicitída:</i>
		• <i>chronická</i>
		• <i>recidivujúca</i>

Zvislá čiara „|”

Zvislá čiara sa používa v zoznamoch „Patrí sem“ a „Nepatrí sem“ vtedy, keď buď jeden z predchádzajúcich alebo jeden z nasledujúcich pojmov je uceleným popisom. Každý pred zvislou čiarou stojaci pojem je kombinovateľný s jedným alebo viacerými pojmami stojacimi za zvislou čiarou.

D0501 - Príklad 8

Kód diagnózy:	O71.6	<i>Poškodenie panvových kĺbov a väzov pri pôrode</i>
		<i>Odrhnutie vnútornej chrupky symfýzy počas pôrodu</i>
		<i>Poškodenie kostrče</i>

Bližšie neurčené „b. n.”

Niekedy je nepresne popísaný pojem spolu so špecifickejšim pojmom klasifikovaný pod rovnakým kódom. Súvisí to so skutočnosťou, že v lekárskej terminológii sa často používa všeobecný výraz pre bežne sa vyskytujúcu formu choroby, zatiaľ čo menej častá forma choroby je popísaná (vyšpecifikovaná) bližšie. Napríklad výraz „stenóza mitrálnej chlopne“ sa používa zvyčajne pre „reumatickú formu stenózy mitrálnej chlopne“, a preto je spolu s ňou klasifikovaná. Stenóza pulmonálnej chlopne sa však kóduje iba vtedy ako reumatická, keď je aj takto stanovená, pretože býva zväčša iného pôvodu.

D0501 - Príklad 9

Kódy diagnóz:	I05.-	<i>Reumatická choroba mitrálnej chlopne</i>
		Patrí sem: stavy, ktoré sú klasifikovateľné pod I05.0 a I05.2-I05.9, bez zreteľa na to, či sa špecifikujú ako reumatické alebo nie
		Nepatrí sem: <i>Nereumatická choroba mitrálnej chlopne (I34.-)</i>
	I05.0	<i>Mitrálna stenóza</i> <i>Zúženie mitrálnej chlopne (reumatické)</i>
	I05.1	<i>Reumatická mitrálna insuficiencia</i>

Pri kódovaní je potrebné takéto implicitné skutočnosti brať do úvahy, aby sa predišlo chybám. Je ich možné zistiť pri dôkladnom prečítaní textu uvedeného pod „Patrí sem“. Kódy typu „bližšie neurčený“ by nemali byť kódované, pokiaľ nie je zrejmé, že neexistujú žiadne ďalšie údaje, ktoré by umožnili špecifické priradenie kódu diagnózy na inom mieste (pozri aj pravidlo s označením D0306).

Pri interpretácii štatistík na základe MKCH-10-SK je potrebné dávať pozor na to, že stále existujú niektoré „bližšie neurčené“ choroby kódované ako „bližšie určené“, ktoré však v podkladoch, podľa ktorých boli kódované, neboli jednoznačne špecifikované. Pre chronológiu a interpretáciu štatistík je preto dôležité si uvedomiť, že takéto implicitné predpoklady sa od jednej revízie MKCH-10-SK k druhej môžu meniť.

Nezatriedené inde „n. i.“

Ak je označenie „nezatriedené inde“ použité v trojmiestnom označení kategórie, slúži ako upozornenie, že vybrané bližšie označené varianty uvedených chorobných stavov sa môžu nachádzať i na iných miestach klasifikácie, napríklad:

D0501 - Príklad 10

Kódy diagnóz:	J16.-	<i>Zápal pľúc zapríčinený iným mikroorganizmom, nezatriedený inde</i>
		Možno použiť prídavný kód (U69.00!), o nozokomialnej pneumónii liečenej v nemocnici
		Nepatrí sem: <i>Ornitóza</i> (A70)
		<i>Pneumocystóza</i> (B59)
		<i>Pneumónia: vrodená</i> (P23.-)
	J16.0	Zápal pľúc zapríčinený chlamýdiami
	J16.8	Zápal pľúc zapríčinený iným bližšie určeným infekčným organizmom

Ku kódovaniu pneumónií, spôsobených bližšie neurčenými infekčnými patogénmi, možno použiť i kategórie nachádzajúce sa v kapitole I. Infekčné a parazitové choroby (napr. B05.2† Osýpky komplikované pneumóniou), v kapitole X. Choroby dýchacej sústavy (napr. J10-15) alebo v iných kapitolách (napr. P23.- Vrodený zápal pľúc). Kategória J18.- Zápal pľúc zapríčinený bližšie neurčeným mikroorganizmom obsahuje pneumónie, pre ktoré nebol zistený infekčný patogén.

„a“ v nadpisoch

„a“ znamená „a/alebo“. Napríklad kódom A18.0† *Tuberkulóza kostí a kĺbov* sa klasifikujú prípady „Tuberkulóza kostí“, „Tuberkulóza kĺbov“ a „Tuberkulóza kostí a kĺbov“.

VŠEOBECNÉ PRAVIDLÁ KÓDOVANIA ZDRAVOTNÝCH VÝKONOV

V01 POKYNY PRE POUŽÍVANIE ZOZNAMU ZDRAVOTNÝCH VÝKONOV PRE KLASIFIKAČNÝ SYSTÉM DIAGNOSTICKO-TERAPEUTICKÝCH SKUPÍN

V01011 ZDRAVOTNÉ VÝKONY PRE KLASIFIKAČNÝ SYSTÉM DRG

Zdravotné výkony sa kódujú vždy podľa aktuálneho zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej ZZV-DRG).

#(1) Štruktúra kódu zdravotného výkonu

Kód zdravotného výkonu je minimálne päťmiestny, maximálne sedemmiestny (napr. 8m411 Rádionuklidová liečba polycytémie vera, 5o115.11 Nefrektómia pre transplantáciu od živého darcu, laparotomicky).

Za piatym miestom v štruktúre šesťmiestneho a sedemmiestneho kódu výkonu je bodka (.). Do „dĺžky“ kódu sa znak pred bodkou nezapočítava.

Štruktúra kódu je multiaxiálna a hierarchicky usporiadaná, často prezentovaná nasledujúcou schémou:

NXXYY.ZZ

Prvé miesto kódu (N) je vždy číslo, ktoré predstavuje základné členenie ZZV-DRG, tzv. kapitolu. Pre verziu ZZV-DRG-2021 sú použité hodnoty 1, 3, 5, 6, 8, 9.

X,Y,Z sú alfanumerické znaky.

Druhé a tretie miesto kódu (XX) označuje detailnejšie členenie výkonov podľa vymedzených špecifik. Pri operačných výkonoch ide zvyčajne o topograficko-anatomické členenie podľa orgánového systému a následne podľa konkrétneho orgánu, prípadne charakteristiky výkonu. Členenie podľa špecializácie lekára, ktorý daný výkon vykonáva, nie je v zozname zohľadňované. Výkony realizované rozličnými špecialistami sú tak začlenené v príslušnej topograficko-anatomickej podskupine.

Štvrté a piate miesto kódu (YY) špecifikuje konkrétny „základný výkon“ v rámci danej skupiny a podskupiny.

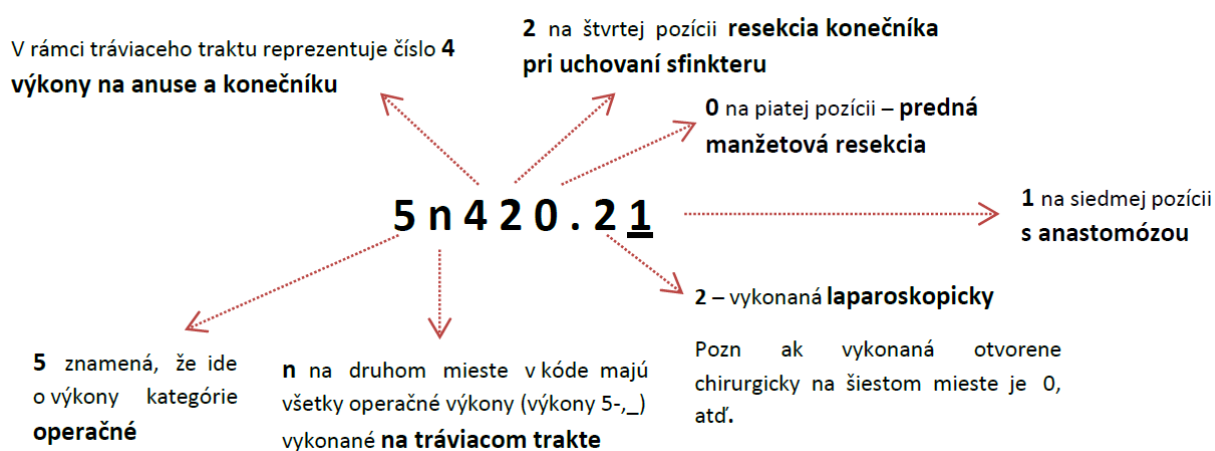
Prvými piatimi znakmi NXXYY je tak vyjadrený základný kód zdravotného výkonu.

Ďalšia subklasifikácia výkonu je uvedená za bodkou (ZZ). Subklasifikáciu (členenie oddelené bodkou) výkon môže, ale i nemusí mať. V prípade, že pre daný zdravotný výkon nie je definovaná subklasifikácia na 6. pozícii v štruktúre kódu, kód bodku neobsahuje.

Miesta za bodkou (ZZ) nesú zvyčajne tzv. subklasifikačné informácie. Subklasifikačné informácie slúžia na podrobnejšie členenie na 6. pozícii, prípadne na 7. pozícii v štruktúre kódu. Používajú sa napríklad pre tieto oblasti:

- údaje o lokalizácii,
- označenie kostí a kĺbov,
- údaje o spôsobe vykonania výkonu, prípadne použitej technike (napr. laparoskopicky, laparotomicky, endoskopicky,...),
- ďalšie pre výkon špecifické a diferencujúce kritériá, napr. druh protéz, počet stentov a podobne.

Napríklad výkonu *Predná manžetová resekcia konečníka pri uchovaní sfinkteru, laparoskopicky s anastomózou* v zmysle vyššie popísaných princípov prislúcha v ZZV-DRG kód 5n420.21 (pozri obrázok 1).



Obrázok 1: Príklad štruktúry kódu pre konkrétny operačný výkon na tráviacom trakte

#(2) Štruktúra ZZV-DRG – skupinové a terminálne kódy zdravotných výkonov

Hore popísaný systém tvorby kódov umožňuje v samotnej štruktúre ZZV-DRG vytvorenie tzv. skupín výkonov, ktoré slúžia k prehľadnejšej orientácii v zozname a efektívnejšej tvorbe súvisiacich dokumentov.

Pre verziu ZZV-DRG 2018 bolo prvýkrát použité zobrazenie sprehľadňujúce tieto skupiny (1M-6M). V stĺpci "Typ zdravotného výkonu" je uvedené, či daný riadok predstavuje tzv. „skupinový“ kód (kód, ktorý podlieha ďalšiemu členeniu) alebo ide o "terminálny" (koncový) kód.

Pre kódovanie zdravotných výkonov sa používajú výlučne terminálne kódy. Tieto kódy sú v stĺpci

„Typ zdravotného výkonu“ označené písmenom „T“. Minimálna dĺžka terminálneho kódu je 5 znakov.

Jednotlivé **skupinové kódy** sú označené v stĺpci "Typ zdravotného výkonu" od 1M až 6M.

Jednomiestny skupinový kód (1M) predstavuje základné členenie zoznamu, tzv. kapitolu (pozri obrázok 2).

Kapitoly ZZV-DRG:

Obrázok 2: Jednomiestny skupinový kód

Typ ZV-DRG 2022	Kapitola	Kód ZV-DRG 2022	Názov ZV-DRG 2022	Poznámka k vykazovaniu
1M	1	1-	Diagnostické zdravotné výkony	-
1M	3	3-	Zobrazovacie diagnostické metódy	-
1M	5	5-	Terapeutické operačné výkony	-
1M	6	6-	Podanie liekov	-
1M	8	8-	Terapeutické neoperačné výkony	-
1M	9	9-	Doplňujúce a iné vybrané výkony zdravotnej starostlivosti	-

2-až 6-miestne skupinové kódy zodpovedajú ďalšiemu hierarchickému členeniu (obrázok 3) Nasledujúci príklad znázorňuje v zmysle vyššie popísanej štruktúry jednotlivé skupiny v ZZV-DRG 2021, do ktorých je zaradený výkon 5n420.21.

Obrázok 3: Skupinové kódy výkonu na príklade výkonu 5n420.21

1M	5	5-	Terapeutické operačné výkony
2M	5	5n-	Terapeutické operačné výkony na tráviacom systéme
3M	5	5n4-	Operačné výkony na anuse a konečníku
4M	5	5n42-	Resekcia konečníka
5M	5	5n420-	Predná manžetová resekcia konečníka pri uchovaní sfinkteru
6M	5	5n420.2-	Predná manžetová resekcia konečníka pri uchovaní sfinkteru, laparoskopicky
T	5	5n420.21	Predná manžetová resekcia konečníka pri uchovaní sfinkteru, laparoskopicky s anastomózou

Poznámka k vykazovaniu

Štruktúra ZZV-DRG umožňuje uviesť pri výkonoch i ďalšie súvisiace informácie. V stĺpci „Poznámka k vykazovaniu“ je uvedená pomocná informácia pre kódovanie v systéme DRG, ako napr.

- zdravotný výkon vyjadruje doplňujúcu informáciu k inému zdravotnému výkonu
- zdravotný výkon, ktorý sa kóduje pre DRG systém iba jedenkrát
- výnimka v rámci kódovania transfúzných prípravkov. Kóduje sa v sumárnom počte podaných prípravkov z každého jednotlivého typu.

Poznámka k vykazovaniu uvedená v zozname nie je vyčerpávajúca. Pritom platí, že v prípade nesúlady tejto poznámky s pravidlom kódovania majú prioritu Pravidlá kódovania.

#(3) Kódovanie zdravotných výkonov a ich poradie

Neexistuje žiadne pravidlo kódovania, ktoré by určovalo poradie zdravotných výkonov pri kódovaní. Zvyčajne sa však finančne náročné výkony uvádzajú ako prvé, a to z dôvodu prípadných obmedzení ďalšieho spracovania.

Kódujú sa všetky zdravotné výkony vykonané od prijatia do nemocnice až po prepustenie z nemocnice podľa aktuálneho zoznamu ZZV-DRG a v súlade s pravidlami.

Základným princípom kódovania zdravotných výkonov je použitie „čo najšpecifickejšieho“ kódu pre vykonaný výkon. Ak to ZZV-DRG umožňuje, kóduje sa príslušný výkon podľa možnosti jedným kódom, ktorý zahŕňa nielen všetky rozhodujúce informácie o danom zdravotnom výkone, ale aj vyjadruje celú zložitosť a komplexnosť procesu (postupu) so všetkými potrebnými a súvisiacimi zložkami.

Zdravotný výkon v ZZV-DRG predstavuje obvykle úplný výkon, tzn. že zahŕňa aj všetky základné a štandardné súčasti (príprava pacienta, polohovanie, anestézia/analgézia, prístup, šitie/materiál atď.), ktoré súvisia s daným výkonom, aj keď tieto nie sú explicitne uvedené v názve. To znamená, že napr. v kóde **5k512.2 Náhrada mitrálnnej chlopne, otvorene xenotransplantátom - bioprotézou** je obsiahnutá i predoperačná príprava, anestézia, polohovanie, sternotomický prístup, vlastná operácia, chlopňová protéza, kožný steh, ako aj štandardná pooperačná starostlivosť. **Z vyššie uvedeného dôvodu sa jednotlivé komponenty zdravotného výkonu nekódujú osobitne.**

ZZV-DRG obsahuje i tzv. **doplňujúce zdravotné výkony** (skupina 5z- „Doplňujúce informácie k intervenčným terapeutickým výkonom“ ZZV-DRG). Doplnujúce zdravotné výkony sa používajú ako prídavné kódovanie vtedy, ak informácie doplnkového zdravotného výkonu nie sú obsiahnuté už v „základnom“ kóde zdravotného výkonu. Doplnujúce kódy nemôžu byť používané samostatne. Môžu byť použité len v kombinácii so zdravotným výkonom, s ktorým obsahovo súvisia (pozri aj pravidlo s označením V0201, V0204).

Ak zdravotný výkon vyjadrený jedným kódom **nezahŕňa všetky ostatné operačné výkony a postupy** súvisiace napr. s vykonaním jednej operácie (alebo v jednom sedení), vyjadruje sa informácia o uskutočnenej operácii použitím viacerých kódov zdravotných výkonov. Napr. pri implantácii necementovanej totálnej endoprotézy bedrového kĺbu so spongioplastikou sa pre zápis uceleného postupu pri operácii použijú nasledovné kódy:

5t500.0 *Implantácia totálnej endoprotézy bedrového kĺbu, necementovaná*

5t040.d *Autológna transplantácia spongióznej panvy*

5t030 *Odber spongióznej kosti z jedného odberového miesta*

Príbuzné diagnostické výkony sa nekódujú osobitne, ak sa vykonávajú v tom istom „sedení“ a sú riadnou súčasťou terapeutického zdravotného výkonu a táto skutočnosť nie je riešená iným pravidlom kódovania (napr. sa nekóduje diagnostická artroskopia vykonaná pred artroskopickou menisektómiou). Ostatné zdravotné výkony, ako napr. liečba akútnej bolesti (pozri aj pravidlo kódovania s označením S1801), enterálna alebo parenterálna výživa sa kódujú len vtedy, ak sú vykonané ako samostatné liečebné opatrenia.

V0101 - Príklad 1

Laparotómia ako operačný prístup je obsiahnutá v kóde výkonu:

5n621.0 *Cholecystektómia jednoduchá s revíziou žlčových ciest, laparotomicky*

Epiziotómia ako komponent výkonu je obsiahnutá vo výkone:

5r122 *Pôrod pomocou stredových klieští*

V0101 - Príklad 2

Liečba bolesti po operačných zákrokoch a diagnostických opatreniach je obsiahnutá v príslušnom kóde zdravotného výkonu, zatiaľ čo liečba bolesti ako jediné samostatné opatrenie sa kóduje vybraným kódom zo skupiny 8t- „Anestézia, analgézia a terapia bolesti“ ZZV-DRG.

Predoperačná a pooperačná liečba bolesti je napr. pri hysterektómii otvoreným chirurgickým prístupom obsiahnutá v kóde výkonu:

5q427.10 *Hysterektómia s odstránením vaječníka alebo vaječníkov, laparotomicky*

V0101 - Príklad 3

Liečba chronickej bolesti epidurálnou analgéziou ako jediné (výlučné) liečebné opatrenie (bez priamej súvislosti s iným zdravotným výkonom) sa kóduje osobitne. Napríklad počas hospitalizácie s chemoterapiou pri metastazujúcom nádore sa kóduje napr.:

Výkony: 8m303.32 *Komplexná a intenzívna bloková chemoterapia stredného stupňa: 3 dni, 2 lieky*
 8t210.0 *Epidurálna analgézia, jednorázové alebo kontinuálne podávanie*

Samostatne vykonané zdravotné výkony, ktoré **priamo nesúvisia** s terapeutickým operačným výkonom, sa **kódujú osobitne**.

V0101 - Príklad 4

Predoperačné CT brucha s kontrastnou látkou a hemikolektómia vľavo sa kódujú samostatne.

Výkony: 33010.51 *CT v oblasti brucha, kontrastné*
 5n246.04 *Ľavostranná hemikolektómia, laparotomicky s anastomózou a anus praeter naturalis*

V0102D VYBRANÉ ŠPECIÁLNE SKUPINY VÝKONOV ZZV-DRG

#(1) Výkony komplexnej zdravotnej starostlivosti

Výkony komplexnej zdravotnej starostlivosti majú odzrkadľovať náročnosť komplexnej starostlivosti. Preto je možné použiť ich pre kódovanie iba pri zohľadnení charakteristík a minimálnych požiadaviek, ktoré sú uvedené pre jednotlivé výkony v prílohách tohto dokumentu.

Výkony sa kódujú iba jedenkrát počas hospitalizácie.

Komplexná intenzívna zdravotná starostlivosť sa kóduje jedným výkonom zo skupiny 8v31- alebo 8v32- podľa dosiahnutej celkovej sumy bodov za poskytnutú intenzívnu starostlivosť počas celej hospitalizácie v nemocnici.

Pre kódovanie komplexnej intenzívnej zdravotnej starostlivosti platia nasledovné pravidlá:

- Denne sa zaznamenáva bodové skóre. Pre pacientov starších ako 14 rokov a dospelých sa skóre vypočítava podľa SAPS II a Core-10-TISS, pričom pri SAPS II nevstupuje do výpočtu GCS (Glasgow- Coma skóre). Skóre pre pacienta v detskom veku (vek viac ako 28 dní a menej ako 14 rokov) sa stanovuje podľa tabuľky pre výpočet určenej pre tento vek. Príslušné tabuľky sú v prílohe č. 2 tohto dokumentu.
- Perióda sledovania predstavuje vždy 24 hodinový interval od 0:00 do 24:00.
- Pri ošetrovacej dobe kratšej ako 24 hodín sa skóre nestanovuje.
- Počet bodov pre komplexnú intenzívnu zdravotnú starostlivosť (ďalej KIZS) prislúchajúci pobytu na PIM sa vypočíta ako súčet denných hodnôt skóre.
- **Deň prijatia:** Príjmové skóre (SAPS II a Core-10-TISS) sa hodnotí od okamihu prijatia až do uplynutia nasledujúcich 24 hodín. Ďalšia denná dokumentácia sa uskutočňuje pre každý interval od 0:00 do 24:00. To znamená, že za deň prijatia sa započítavajú aj hodiny nasledujúceho dňa, čiže tieto hodiny sa zohľadňujú 2x, raz pre deň prijatia a raz pre nasledujúci deň (pozri príklady).
- **Deň preloženia:** V deň preloženia sa nestanovuje skóre.
- **Opätovné prijatie pacienta:** Pri opätovnom prijatí pacienta na PIM sa postupuje analogicky. Skóre za jednotlivé pobyty na PIM sa sčítajú do výsledného skóre prislúchajúce jednej hospitalizácii v nemocnici a podľa tejto hodnoty sa pre klasifikačný prípad v nemocnici vykáže príslušný výkon pre komplexnú intenzívnu starostlivosť.

V0102- Príklad 1

Pacient je prijatý na PIM v deň A o 14.00 hod. Ošetrovaný na PIM je v dňoch B a C a v deň D je preložený. Výpočet skóre sa uskutoční v nasledujúce dni:

- Deň A (od 14:00 do 24:00 hod) + z dňa B (od 0:00 do 14:00) = 24 hodín
 - Deň B (od 00:00 do 24:00 hod) t. zn. 14 hodinové prekrytie intervalu
 - Deň C (od 00:00 do 24:00 hod)
 - Deň D sa už nepočíta, pretože ide o preloženie.
- Výpočet celkového skóre sa uskutoční teda **za 3 dni**.

V0102- Príklad 2

Pacient vo veku 15 rokov je prijatý na PIM v deň A o 9.00 a v deň B je o 18.00 preložený. Výpočet skóre sa uskutoční nasledovne:

- Deň A (od 9:00 do 24:00 hod) + deň B (od 0:00 do 9:00) = 24 hodín
 - Deň B sa skóre nepočíta, pretože ide o deň preloženia pacienta.
- Výpočet celkového skóre sa uskutoční teda **za 1 deň** – deň A.

Ak pacient podľa príkladu 2 dosiahol napr. celkový počet bodov 163 bodov/24 hodín a už počas pobytu v nemocnici nebol viackrát liečený na PIM, vykáže sa výkon:

8v311 *Komplexná intenzívna zdravotná starostlivosť u dospelého pacienta: 1-184 bodov*

#(2) Včasná rehabilitačná starostlivosť

Pri kódovaní výkonov včasnej rehabilitačnej starostlivosti (podmienky sú popísané v prílohe č. 3 tohto dokumentu) nie je potrebné kódovať aj jednotlivé dielčie výkony rehabilitácie.

#(3) Cytostatická chemoterapia, imunoterapia a antiretrovirálna terapia

Výkony skupiny 8m30- *Cytostatická chemoterapia, imunoterapia a antiretrovirálna terapia* zahŕňajú okrem chemoterapie aj liečbu imunomodulátormi alebo modifikovanými monoklonálnymi protilátkami.

Chemoterapia sa kóduje počas hospitalizácie v súlade s dĺžkou a náročnosťou aplikovanej parenterálnej chemoterapie. Základom sú dávkovacie schémy uvedené v oficiálnom protokole každej liečebnej schémy, individuálne vynútené predĺženia podávania sa nezohľadňujú. Skrátenia sa zohľadňujú iba vtedy, ak by viedli k nižšej klasifikácii.

Každý blok chemoterapie podaný v rámci hospitalizácie sa kóduje samostatne.

Podporná liečba pevne viazaná na cytostatiká sa nekóduje samostatne (napr. mesna po ifosfamide, kalcium-leukovorin po metotrexáte). Ku kódom skupiny 8m30- sa kódujú dodatočne aj lieky uvedené v kapitole 6 ZZV-DRG.

Rastové faktory používané pri podávaní niektorých cytostatických schém (napr. filgrastim, pegfilgrastim), a tiež biologické lieky ako napr. rituximab (podávaný samostatne alebo napr. v schéme R-CHOP) sa kódujú dodatočne ku kódu blokovej cytostatickej schémy, ich kódy sú uvedené v kapitole 6 ZZV-DRG.

V prílohe č. 4 sú uvedené jednotlivé bližšie konkrétne usmernenia ku kódovaniu výkonov tejto skupiny v ich ďalšom členení.

V0103J VÝKONY JEDNODŇOVEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V RÁMCI ZZV-DRG

Výkony kapitoly „J“ a kapitoly „K“ sú súčasťou systému SK-DRG a v rámci SK-DRG sa vykazujú.

Pri vykazovaní zdravotných výkonov s prefixom „k“ (t.j. kombinované) je potrebné súčasne vykázať aj jednotlivé špecifické výkony, ktoré boli poskytnuté počas operácie. Kombinované výkony sú rozhodujúce pre zaradenie do správnej DRG skupiny, avšak je potrebné identifikovať jednotlivé špecifické výkony, ktoré danú kombináciu tvoria.

Špecifiká vybraných JZS výkonov:

- Výkon *J0010 Potreba ošetrovateľskej starostlivosti u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti po výkone JZS* – kóduje sa v prípade potreby ošetrovateľskej starostlivosti u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti po výkone JZS; kóduje sa výnimočne iba v prípade, ak nie je možné kódovať dôvod hospitalizácie výkonom zo Zoznamu zdravotných výkonov alebo diagnózou z Medzinárodnej klasifikácie chorôb. Výkon sa kóduje v prípadoch, kedy došlo k peri- alebo pooperačnej komplikácii a po prepustení pacienta do domácej starostlivosti by objektívne nebolo možné zabezpečiť indikovanú, medicínsky odôvodnenú domácu ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom ADOS. O tejto skutočnosti sa vyžaduje záznam v zdravotnej dokumentácii pacienta.
- Výkon *J0011 Iný JZS výkon* – kóduje sa v prípade, ak bol prípad vykonaný režimom JZS, pričom správnym kódovaním prípad nebol zaradený do JZS DRG skupiny. Uvedený výkon slúži pre kompletný zber údajov na prechodné obdobie – k výkonu je potrebné kódovať presnú diagnózu/výkon, pre ktorý je JZS režim indikovaný. Uvedený výkon má prednosť pred všetkými kontraindikáciami, t.j. vždy po jeho vykázaní je prípad zaradený do JZS DRG skupiny.
- Výkon *J0012 Iná medicínska kontraindikácia pre JZS* – kóduje sa v prípade, ak prípad má kontraindikáciu pre JZS režim, ktorá súvisí výlučne s aktuálnym zdravotným stavom pacienta, ktorá však nie je zachytená v aktuálnych algoritmoch pre SK-DRG. Uvedený výkon slúži pre kompletný zber údajov na prechodné obdobie – k výkonu je potrebné kódovať presnú diagnózu/výkon, pre ktorý je JZS režim kontraindikovaný. Nevykázanie kódu konkrétnej kontraindikácie k výkonu J0012 predstavuje nesprávne kódovanie.
- Výkon *J0013 Iná kontraindikácia pre ASA III a IV* – kóduje sa v prípade kontraindikácie pre JZS režim z oblasti skóre ASA III alebo ASA IV, ktorá však nie je zachytená v aktuálnych algoritmoch pre SK-DRG. Kontraindikácia musí byť riadne zdokumentovaná anesteziológom v anesteziologickom protokole. Uvedený výkon slúži pre kompletný zber údajov na prechodné obdobie – k výkonu je potrebné kódovať presnú diagnózu/výkon z ASA III a IV, pre ktorý je JZS režim kontraindikovaný. Nevykázanie kódu konkrétnej kontraindikácie k výkonu J0013 predstavuje nesprávne kódovanie.
- Onkologické ochorenia sa kódujú ako kontraindikácia k JZS režimu pri aktuálne prebiehajúcej onkologickej liečbe (chemoterapia, rádioterapia, a i.). Karcinómy in situ a karcinómy v inej anatomickej lokalite, nesúvisiace s operačným výkonom, pri ktorých posledných 8-12 týždňov nebola poskytnutá onkologická liečba (chemoterapia, rádioterapia a i.), sa nepovažujú za kontraindikácie k JZS režimu.
- Na základe verejného zdravotného poistenia sa uhrádzajú aj výkony JZS poskytnuté na základe zdravotnej indikácie, ak sú nevyhnutné na zachovanie zdravia osoby. Ďalej sú uvedené výkony, pri ktorých je uvedenú podmienku potrebné zdôrazniť:

○ 5q1103	○ 5c243	○ 5g5302	○ 5v61110
○ 5q1104	○ 5c244	○ 5g5313	○ 5v61111
○ 5q1107	○ 5c245	○ 5g5314	○ 5v61120
○ 5q591	○ 5c246	○ 5g5318	○ 5v61121
○ 5c22x	○ 5c24x	○ 5v400a	○ 5v61130
○ 5c230	○ 5c270	○ 5v4010	○ 5v61131
○ 5c231	○ 5c271	○ 5v4014	○ 5v611x0
○ 5c23x	○ 5c272	○ 5v4015	○ 5v611x1
○ 5c2240	○ 5c273	○ 5v4016	○ 5v4000
○ 5c2241	○ 5c274	○ 5v4017	○ 5p421
○ 5c224x	○ 5c27x	○ 5v4018	○ 5p422
○ 5c225	○ 5c2800	○ 5v4019	○ 5p42x
○ 5c232	○ 5c2801	○ 5v401a	○ 5p432
○ 5c233	○ 5c281	○ 5v401b	○ 5p451
○ 5c234	○ 5c28x	○ 5v401c	○ 5p452
○ 5c235	○ 5c2803	○ 5v401d	○ 5p453
○ 5c236	○ 5c2802	○ 5v401e	○ 5p45x
○ 5c240	○ 5c280x	○ 5v401f	○ 5q590
○ 5c241	○ 5d0071	○ 5v401g	
○ 5c242	○ 5d0072	○ 5v401n	
	○ 5g5301	○ 5v401x	

V02 VŠEOBECNÉ PRAVIDLÁ PRE KÓDOVANIE ZDRAVOTNÝCH VÝKONOV

V0201F NEUKONČENÉ ALEBO PRERUŠENÉ ZDRAVOTNÉ VÝKONY

Ak je zdravotný výkon z nejakého dôvodu prerušený, alebo nie je úplne dokončený, postupuje sa nasledovne:

1. ak sa prejde z laparoskopického, torakoskopického, alebo akéhokoľvek iného endoskopického postupu na „otvorený chirurgický postup“, overí sa, či je pre túto konverziu v platnom ZZV-DRG k dispozícii príslušný špecifický kód,
 - a. ak je k dispozícii špecifický kód pre „prechod (zmenu, konverziu) na otvorený chirurgický“, tak sa tento použije (pozri príklady 1 a 2),
 - b. ak nie je k dispozícii špecifický kód pre prechod, kóduje sa otvorený chirurgický výkon (pozri príklad 3) a súčasne sa uvedie doplnkový kód **5z140** *Konverzia laparoskopického (torakoskopického) výkonu na otvorený* alebo **5z141** *Konverzia endoskopického výkonu na otvorený*,
2. ak je k dispozícii špecifický kód pre **neúspešný (nevydarený) zdravotný výkon** (pozri príklad 4), tak sa použije,
3. ak je možné kódovať podľa platného ZZV-DRG iba **častočne vykonaný zdravotný výkon**, kóduje sa iba časť takto vykonaného zdravotného výkonu (pozri príklady 5 a 6),
4. ak sa zdravotný výkon vykonal takmer úplne do konca, je kódovaný ako dokončený zdravotný výkon,
5. vo všetkých ostatných prípadoch je naplánovaný, ale nie kompletne vykonaný výkon kódovaný. Pri plánovaných, ale nie kompletne vykonaných operačných výkonoch je navyše potrebné zadať kód: **5z143** *Predčasné ukončenie operácie*.

V0201 - Príklad 1

Laparoskopicky začatá apendektómia je konvertovaná na otvorenú apendektómiu

Výkon: 5n632 *Apendektómia, konverzia laparoskopie na laparotómiu*

V0201 - Príklad 2

Laparoskopicky začatá jednoduchá cholecystektómia je konvertovaná na otvorený chirurgický výkon:

Výkon: 5n620.4 *Cholecystektómia jednoduchá bez revízie žilových ciest, konverzia z laparoskopie*

V0201 - Príklad 3

Laparoskopicky začatá hysterektómia je konvertovaná na otvorenú hysterektómiu:

Výkony: 5q426.20 *Subtotálna hysterektómia s odstránením vaječníka alebo vaječníkov, abdominálne*
5z140 *Konverzia laparoskopického (torakoskopického) výkonu na otvorený*

Pre vybrané pôrodnice zdravotné výkony označené v názve ako neúspešné existujú k dispozícii príslušné špecifické kódy uvedené v príklade 4.

V0201 - Príklad 4

Špecifické kódy:	5r311.2	<i>Sekundárny cisársky rez</i>
	5r221	<i>Neúspešný kliešťový pôrod</i>
	5r222	<i>Neúspešná extrakcia vákuovou pumpou</i>
	5r223	<i>Neúspešné vnútorné otočenie</i>

V0201 - Príklad 5

Pôvodne začatá laparotómia s cieľom odstrániť appendix je prerušená v dôsledku zastavenia srdca:

Výkon: 5n911 *Exploratívna laparotómia*

V0201 - Príklad 6

Operácia karcinómu pažeráka je prerušená pred preparáciou pažeráka v dôsledku inoperability:

Výkon: 5j501 *Torakotómia jednoduchá*

V0202J VIACPOČETNÉ ZDRAVOTNÉ VÝKONY

Kódovanie zdravotných výkonov má odzrkadľovať náklady, a preto sú vo všeobecnosti viacpočetné zdravotné výkony kódované toľkokrát, koľkokrát boli počas hospitalizácie vykonané. Ide predovšetkým o intervenčné zdravotné výkony alebo výkony spojené so významnými nákladmi uskutočnené počas jednej hospitalizácie v priebehu viacerých sedení. Tieto výkony sa kódujú za každé sedenie osobitne.

Kód podania liečiva môže byť vykázaný viacnásobne. Podanie liečiva sa vykáže toľkokrát, koľko liekov s príslušným ŠUKL-kódom bolo v liečbe použitých. ŠUKL kód lieku, podané množstvo a prípadne kód indikačného obmedzenia sa vykazujú prostredníctvom markerov.

Výnimky

1. Iba **jedenkrát** sa kódujú výkony realizované **počas jedného sedenia**, napr. viacnásobné excízie kožných lézií, alebo viacnásobné biopsie príp. iné nákladovo podobné výkony, ak sú **lokalizované v rovnakej topograficko-anatomickej oblasti** (pozri príklad1).

V0202 - Príklad 1

Pacient je prijatý na excíziu recidivujúceho bazocelulárneho karcinómu: dve ložiská sú lokalizované na predlaktí, tri lézie sú na trupe. Všetky lézie sú chirurgicky odstránené v jednom sedení.

Hlavná diagnóza:	C44.8	<i>Zhubný nádor kože presahujúci viaceré oblasti</i>
Vedľajšie diagnózy:	C44.6	<i>Zhubný nádor kože hornej končatiny vrátane pleca</i>
	C97!	<i>Zhubné nádory mnohopočetné na viacerých nezávislých primárnych miestach</i>
Výkony:	5v131.8	<i>Lokálne operačné odstránenie chorého tkaniva na koži a podkoží s primárnym uzavretím rany v oblasti predlaktia</i>

5v131.a	Lokálne operačné odstránenie chorého tkaniva na koži a podkoží s primárnym uzavretím rany v oblasti hrudnej steny a chrbta
5v480	Chirurgické ošetrenie viacerých nádorov na koži v rámci jedného sedenia, 3 - 5 nádorov

2. Iba **jedenkrát počas jednej hospitalizácie** sa kódujú:

- A. zdravotné výkony obsahujúce údaj o počte, množstve, prípadne čase už v definícii kódu
Ide napr. o výkony komplexnej intenzívnej starostlivosti zo skupín 8v31- a 8v32-, ďalšie výkony komplexnej zdravotnej starostlivosti prislúchajúce určitému odboru/ochoreniu/stavu (príklad 2, príklad 3).

V0202 – Príklad 2

Na základe dosiahnutého počtu bodov v intenzívnej zdravotnej starostlivosti sa kóduje jeden z kódov:

Výkony: 8v311 Komplexná intenzívna zdravotná starostlivosť u dospelého pacienta: 1-184 bodov
8v312 Komplexná intenzívna zdravotná starostlivosť u dospelého pacienta: 185-368 bodov
8v313 Komplexná intenzívna zdravotná starostlivosť u dospelého pacienta: 369-552 bodov
8v314 Komplexná intenzívna zdravotná starostlivosť u dospelého pacienta: 553-828 bodov
..
.. atď.

V0202 – Príklad 3

Podľa dĺžky poskytovanej starostlivosti sa kóduje jeden z kódov:

Výkony: 8v1b1 Komplexná chirurgická liečba ťažkých infekcií: najmenej 7 až najviac 13 dní
8v1b2 Komplexná chirurgická liečba ťažkých infekcií: najmenej 14 až najviac 20 dní
8v1b3 Komplexná chirurgická liečba ťažkých infekcií: najmenej 21 až najviac 27 dní
8v1b4 Komplexná chirurgická liečba ťažkých infekcií: najmenej 28 až najviac 34 dní
..
.. atď.

- B. zdravotné výkony, ktorých charakteristika, poznámka k vykazovaniu v aktuálnom zozname ZZV- DRG alebo pravidiel kódovania uvádzajú, že ich kód sa použije iba jedenkrát, alebo ak ide o výkon, ktorý sa počas hospitalizácie zásadne vykonáva opakovane. Pri zdravotných výkonoch kódovaných iba jedenkrát počas hospitalizácie sa uvádza dátum uskutočnenia prvého výkonu.

Poznámky

❶ Údaje o počte, množstve, prípadne o čase sú priebežne zaznamenávané a pri prepustení pacienta kódované súhrnne za celý pobyt. Implantovateľné materiály ako napr. stenty môžu byť kódované aj vtedy, ak boli implantované, ale z medicínskych dôvodov museli byť následné odstránené.

❷ Monitoring pacienta sa kóduje iba vtedy, ak ide o monitorovanie pacienta v intenzívnej starostlivosti a tento nie je komponentom iného výkonu (napr. umelá pľúcna ventilácia, celková anestézia).

3. **Iba jedenkrát za celú hospitalizáciu** sa kóduje každý druh transfúzneho prípravku
Celkové množstvo podaných transfúzných jednotiek sa vykazuje prostredníctvom markerov.
4. **Ošetrovanie neočakávaných komplikácií** v priebehu zdravotného výkonu sa kóduje **osobitne** (pozri príklad 4)

V0202 - Príklad 4

Pri ľavostrannej lumbotomickej nefrektómii s resekciou močovodu v patologicky zmenenom operačnom poli pre základnú diagnózu došlo k poraneniu dolnej dutej žily s nevyhnutnou sutúrou.

Výkony:	5o111.2 L	Radikálna nefrektómia s ureterektómiou, lumbotomicky
	5l169.e	Sutúra v. cava superior

V0203A BILATERÁLNE ZDRAVOTNÉ VÝKONY

Pre výkony na párových orgánoch alebo na párových častiach tela sa vykazuje ako doplnkový údaj označenie strany, na ktorej bol výkon vykonaný (**P** - vpravo, **L** - vľavo, **B** - obojstranne). Ak je výkon realizovaný v jednom sedení obojstranne, vykazuje sa s doplnkovým znakom „B“. V inom prípade je uvedené označenie aktuálnej strany (P alebo L).

V0203 - Príklad 1

Amputácia oboch predkolení počas jedného operačného výkonu:

Výkon:	5t948 B	Amputácia v oblasti predkolenia
--------	---------	---------------------------------

V0204A MINIINVAZÍVNE A ENDOSKOPICKÉ ZDRAVOTNÉ VÝKONY

Spôsob vykonania zdravotného výkonu s použitím **laparoskopickej**, **torakoskopickej**, **artroskopickej**, **endoskopickej** alebo **robotickej** techniky je definovaný zvyčajne na 6. alebo 7. subklasifikačnej pozícii kódu zdravotného výkonu.

V0204 - Príklad 1

Parciálna resekcia vaječníka:

Kódy výkonov:	5q010.4	Parciálna resekcia vaječníka, laparoskopicky
	5q010.8	Parciálna resekcia vaječníka, roboticky

V prípade, že sa v ZZV-DRG nenachádza subklasifikácia v príslušnom výkone, ktorá vyjadruje spôsob vykonania výkonu, použije sa ku kódovaniu spôsobu výkonu k základnému výkonu doplňujúci kód zo skupiny kódov **5z112.- Miniinvazívne postupy**.

V0205B ENDOSKOPIA VIACERÝCH OBLASTÍ (PANENDOSKOPIA)

Endoskopie viacpočetných oblastí sa kódujú na základe plošne najväčšej oblasti alebo na základe najhlbšej dosiahnutej oblasti.

V0205 - Príklad 1

Jednoduchá ezofago-, gastro-, duodeno-, jejuno- a ileoskopia

Výkon: 14n11.40 Intestinoskopia "push" technikou

V0206E ANESTÉZIA

#(1) Klinické vyšetrenie v celkovej anestézii

Klinické vyšetrenie v celkovej anestézii sa kóduje ako samostatný zdravotný výkon iba vtedy, **ak bolo vyšetrenie vykonané ako samostatný zákrok**. Pokiaľ ZZV-DRG pre toto klinické vyšetrenie neobsahuje žiadny špecifický kód (pozri príklad 1) použije sa, a to výlučne iba v tomto prípade, kód:

19901 *Klinické vyšetrenie v celkovej anestézii*

V0206 - Príklad 1

Vyšetrenie očnej gule v anestézii

Výkon: 19901 *Klinické vyšetrenie v celkovej anestézii*

Ak sa v jednom sedení uskutoční aj invazívny alebo operačný zdravotný výkon, ktorý sa vždy vykonáva v anestézii, kód

19901 *Klinické vyšetrenie v celkovej anestézii*

sa samostatne **nekóduje** (pozri príklad 2).

V0206 - Príklad 2

Vyšetrenie a následná extirpácia nádoru pošvy v anestézii

Výkon: 5q620.2 *Extirpácia nádoru pošvy*

#(2) Použitie kódov anestézie

Kódovanie anestézie kódom z podskupiny 8t1- *Anestézie* zo ZZV-DRG sa vzťahuje na výnimočné situácie. Platí to napríklad vtedy, ak je podaná anestézia pacientom v šoku, malým deťom alebo nespolupracujúcim pacientom s tým, aby mohol byť vykonaný diagnostický alebo terapeutický zdravotný výkon, ktorý sa za normálnych okolností vykonáva bez anestézie.

V0206 - Príklad 3

Dieťa je prijaté s podozrením na nádor mozgu. Je vykonaná magnetická rezonancia mozgu v intravenózne anestézii.

Výkony:	34011	<i>MR v oblasti hlavy</i>
	8t131.0	<i>Totálna intravenózna anestézia [TIVA] bez použitia myorelaxancií: do 60 minút</i>

V0207B OPÄTOVNÉ OTVORENIE OPERAČNÉHO POĽA - REOPERÁCIA

Pri opätovnom otvorení operačného poľa pre:

- ošetrenie komplikácie
- liečbu recidívy
- vykonanie inej intervencie v operačnom poli

je potrebné najskôr overiť, či vykonaná operácia s opätovným otvorením operačného poľa môže byť kódovaná prostredníctvom špecifického kódu z príslušnej kapitoly orgánov, napr. kódmi:

5t511.81 *Výmena femorálnej komponenty protézy hlavice femuru na totálnu cementovanú protézu hlavice femuru*

5n12b *Revízia po resekcii žalúdka, premena Billroth-I-resekcii na Billroth-II rekonštrukciu*

Ak nie je k dispozícii špecifický kód pre reoperáciu, použije sa kód pre vykonanú operáciu spolu s jedným doplňujúcim kódom pre reoperáciu napr.

5z142 *Reoperácia*

5j902 *Retorakotómia, resternotómia, reoperácia v torakochirurgii*

5k795 *Reoperácia na srdci a perikarde*

V0207 - Príklad 1

Výkony:	5t101.8	<i>Otvorená repozícia jednoduchej zlomeniny v diafyzárnej oblasti ulny, osteosyntéza skrutkou</i>
	5z142	<i>Reoperácia</i>

V0208A ZDRAVOTNÉ VÝKONY, KTORÉ NIE JE POTREBNÉ KÓDOVAŤ

Zdravotné výkony, ktoré sa vykonávajú rutinne a opakovane u väčšiny pacientov alebo mnohonásobne počas hospitalizácie, nie je potrebné v systéme DRG kódovať, a to z dôvodu, že náklad na tieto výkony zohľadňuje už samotná hlavná alebo vedľajšia diagnóza alebo iné zdravotné výkony.

Tabuľka 5: Príklady zdravotných výkonov, ktoré sa nekódujú

▪ Obviazanie rany s výnimkou rozsiahlych a ťažkých lézií kože (rozsiahle popáleniny)
▪ Kardiotokografia (plodu)

▪ Kardioplégia
▪ EKG snímané v kľude
▪ Závažové EKG
▪ 24-hodinové neinvazívne monitorovanie krvného tlaku
▪ Vizita
▪ Konziliárne vyšetrenie
▪ Konvenčné RTG vyšetrenie
▪ Ultrasonografia (okrem endosonografie, komplexných diferenciálno-diagnostických sonografií a špeciálnych zobrazovacích techník)
▪ Laboratórne vyšetrenia

V0209H ODBERY ORGÁNOV/TKANÍV A TRANSPLANTÁCIA

Pri odbere orgánu/tkaniva a transplantácii sa pri kódovaní zdravotných výkonov rozlišuje medzi darcom a príjemcom. Pri darcovstve sa rozlišuje medzi živým darcom a posmrtným darcovstvom. Pri autológom darcovstve je darca a príjemca identický.

#(1) Vyšetrenie potenciálneho darcu orgánu alebo tkaniva

Ak je potenciálny darca hospitalizovaný na predbežné vyšetrenie pred možným darcovstvom (od živého darcu) a odber orgánu alebo tkaniva nie je vykonaný v priebehu tej istej hospitalizácie, kóduje sa ako hlavná diagnóza

Z00.5 *Vyšetrenie potenciálneho darcu orgánov a tkanív.*

Kód Z52.- *Darcovia orgánov a tkanív sa nekóduje.*

#(2) Živý darca

U živého darcu, ktorý bol prijatý pre darcovský odber orgánu alebo tkaniva, sa ako hlavná diagnóza použije kód

Z52.- *Darcovia orgánov a tkanív*

iba vtedy, ak je odber orgánu alebo tkaniva vykonaný počas tej istej hospitalizácie. Takisto je potrebné kódovať aj príslušné zdravotné výkony pre odber transplantátov.

V0209 - Príklad 1

Živý darca je prijatý pre odber obličky. Vykonaná je nefrektómia pre následnú transplantáciu u príjemcu. Vedľajšie diagnózy neboli prítomné.

Hlavná diagnóza:	Z52.4	<i>Darca obličky</i>
Výkony:	5o115.11	<i>Nefrektómia pre transplantáciu od živého darcu, laparotomicky</i>

V0209 - Príklad 2

Živý darca je prijatý pre odber kmeňových buniek. Vedľajšie diagnózy nie sú prítomné.

Hlavná diagnóza:	Z52.01	<i>Darca kmeňových buniek</i>
Výkony:	5m300.1	<i>Odber kmeňových krvotvorných buniek z perifernej krvi pre alogénnu transplantáciu</i>

Pri autológom darcovstve a transplantácii sa nepoužijú kódy Z52.- *Darcovia orgánov a tkanív*.

Uvedie sa hlavná diagnóza (príčina autotransplantácie), prípadné vedľajšie diagnózy a kódy zdravotných výkonov vzťahujúce sa k odberu a k vlastnému výkonu transplantácie.

Kombinácie kódov diagnóz a zdravotných výkonov pre odber orgánov a tkanív a transplantácie sú uvedené v Tabuľke 6.

#(3) Posmrtné darcovstvo po mozgovej smrti v nemocnici

Kódovanie výkonov u pacienta, ktorý prichádza do úvahy ako darca orgánu, sa neodlišuje od bežného postupu kódovania diagnóz a výkonov, tzn. že

- ako hlavná diagnóza sa kóduje ochorenie alebo úraz, ktoré boli príčinou prijatia, k tomu prístupujú existujúce vedľajšie diagnózy a vykonané výkony
- ako vedľajšia diagnóza sa kóduje aj príslušný kód diagnózy zo skupiny Z52.-
- kóduje sa príslušný kód výkonu pre odber orgánu (napr. 5o115.21 *Nefrektómia pre transplantáciu od mŕtveho darcu, laparotomicky*, 5z150 *Multiorgánový odber od mŕtveho darcu*) a prípadne i kód 8v233 *Udržiavanie homeostázy pre postmortálne darovanie orgánu*
- **kód Z00.5** *Vyšetrenie potenciálneho darcu orgánov alebo tkanív sa nekóduje*

Pokiaľ sa jedná o preklad z iného zdravotného zariadenia za účelom odberu orgánov post mortem je hlavnou diagnózou kód diagnózy pre darcovstvo orgánu.

Kombinácie kódov diagnóz a zdravotných výkonov pre transplantáciu orgánov odobratých post mortem sú uvedené v Tabuľke 7.

#(4) Transplantácia

Príjemcovia transplantovaného orgánu majú uvedenú ako hlavnú diagnózu ochorenie, ktoré je príčinou prijatia a príslušný kód zdravotného výkonu pre transplantáciu. Odstránenie chorého orgánu sa nekóduje.

Domino-transplantační pacienti (tj. pacient počas liečebnej fázy orgán nielen dostane, ale aj daruje) sa kódujú príslušným kódom Z52.- *Darcovia orgánov a tkanív* pre vedľajšiu diagnózu, rovnako sa kódujú zdravotné výkony pre transplantáciu a pre odber (s transplantáciou ako významným zdravotným výkonom).

#(5) Zlyhanie transplantátu a odvrhnutie štepú po transplantácii, choroba štepú proti hostiteľovi (GVHD)

Ak sa vyskytne u pacienta zlyhanie transplantátu alebo odvrhnutie štepú po transplantácii orgánu alebo tkaniva alebo ochorenie štepú proti hostiteľovi (GVHD), uvedie sa ako hlavná diagnóza jeden z kódov:

T86.- Zlyhávanie a odvrhnutie transplantovaných orgánov a tkanív

V prípade transplantácie krvotvorných kmeňových buniek sa orgánová manifestácia choroby štepú proti hostiteľovi (GVHD) kóduje podľa pravidla D0310 Viacnásobné kódovanie. Pre hlavnú chorobu sa použije T86.01† až T86.09. Následne sa uvedie základná choroba (napr. malígne ochorenie), ktorá bola príčinou transplantácie krvotvorných kmeňových buniek, ako vedľajšia diagnóza.

Ak je pacient po transplantácii hospitalizovaný **z iného dôvodu, ako je zlyhanie** alebo odvrhnutie štepú po transplantácii alebo choroba štepú proti hostiteľovi (GVHD), **kód T86.- sa nekóduje ako hlavná diagnóza.**

Tabuľka 6: Kódy diagnóz a zdravotných výkonov pre odber orgánov a tkanív a transplantácie

Odber orgánov/tkanív a transplantačná tabuľka					
(táto tabuľka neobsahuje úplný zoznam)					
Orgán / tkanivo	Darcovstvo (kód diagnózy darcu)	Odber		Transplantácia	
		kód a názov zdravotného výkonu: darca		kód a názov zdravotného výkonu: prijemca	
kmeňové bunky	Z52.01			8r222.-	Iná terapia kmeňovými bunkami
		5m300.0	Odber kmeňových krvotvorných buniek z periférnej krvi pre autológnu transplantáciu	8r22a.-	Autológna transplantácia kmeňových krvotvorných buniek
				8r22b.-	Alogénna transplantácia kmeňových krvotvorných buniek z periférnej krvi od príbuzného darcu
		5m300.1	Odber kmeňových krvotvorných buniek z periférnej krvi pre alogénnu transplantáciu	8r22c.-	Alogénna transplantácia kmeňových krvotvorných buniek z periférnej krvi od nepríbuzného darcu
				8r22g.-	Transfúzia periférne získaných krvotvorných kmeňových buniek, prudký vzostup počtu kmeňových buniek (boost) po úspešnej transplantácii krvotvorných kmeňových buniek
koža	Z52.1	5v21-	Voľná transplantácia kože od darcu (kože)	5v22.-	Voľné transplantácie kože u prijemcu transplantátu
kosti	Z52.2	5t03-	Odber kostného transplantátu	5t04-	Transplantácia a transpozícia kostného tkaniva
kostná dreň	Z52.3	5m301.0	Odber kmeňových krvotvorných buniek z kostnej drene pre autológnu transplantáciu	8r22-	Transplantácie kmeňových krvotvorných buniek z periférnej krvi a z kostnej drene
		5m301.1	Odber kmeňových krvotvorných buniek z kostnej drene pre alogénnu transplantáciu		
oblička	Z52.4	5o115.1-	Nefrektómia pre transplantáciu od živého darcu	5o14-	Transplantácia obličky
pečeň	Z52.6	5n533	Ľavostranná bisegmentektómia pečene (resekcia segmentov 2 a 3), pre orgánové darcovstvo počas života	5n54-	Transplantácia pečene
		5n534	Ľavostranná hemihepatektómia (resekcia segmentov 1, 2, 3, 4a a 4b) pre orgánové darcovstvo počas života		
		5n535	Pravostranná hemihepatektómia (resekcia segmentov 5 až 8) pre orgánové darcovstvo počas života		
		5n536	Resekcia časti pečene, ďalšie segmentárne kombinácie pre orgánové darcovstvo počas života		

Tabuľka 7: Kódy diagnóz a zdravotných výkonov pre transplantáciu orgánov odobratých post mortem

Kódy zdravotných výkonov pre transplantáciu orgánov odobratých post mortem				
(táto tabuľka neobsahuje úplný zoznam)				
Orgán / tkanivo	Darcovstvo (kód diagnózy darcu)	Odber		Transplantácia
		kód a názov zdravotného výkonu: darca		kód a názov zdravotného výkonu: príjemca
srdce / pľúca	Z52.7 ¹⁾	5k792	Posmrtné odobratie srdca na transplantáciu	5k750.- Transplantácia srdca, ortotopicky
		5k793	Posmrtné odobratie srdcového tkaniva na transplantáciu	5k751.- Transplantácia srdca, heterotopicky (asistenčné srdce)
				5k752 Transplantácia komplexu srdce-pľúca: En-bloc
		5k794	Posmrtné odobratie srdca a pľúc na transplantáciu	5j415.1 Transplantácia pľúc
				5j415.2 Retransplantácia pľúc v priebehu tej istej hospitalizácie
pankreas	Z52.82 ¹⁾	5n72e	Totálna pankreatektómia pre transplantáciu, postmortálne	5n74a Transplantácia pankreasu, injekcia z pankreatického tkaniva
				5n74b Transplantácia pankreasu
				5n74d.- Retransplantácie pankreasu
oblička	Z52.4 ¹⁾	5o141	Transplantácia obličky, alogénny mŕtvy darca	5n74c Transplantácia pankreasu a obličky
		5o115.2-	Nefrektómia pre transplantáciu od mŕtveho darcu	5o14- Transplantácia obličky
pečeň	Z52.6 ¹⁾	5n530	Hepatektómia pre transplantáciu, postmortálne	5n54- Transplantácia pečene
rohovka	Z52.5 ¹⁾	5c534	Odstránenie rohovky alebo odstránenie oka k odobratiu rohovky na transplantáciu, postmortálne	5c54- Transplantácie rohovky a keratoprotetiky
viac orgánov	Z52.- ¹⁾	5z150	Multiorgánový odber od mŕtveho darcu	

Vysvetlivky: ¹⁾ Diagnózy pre darcovstvo orgánu sa kódujú ako vedľajšia diagnóza, pokiaľ sa nejedná o preklad z iného zdravotníckeho zariadenia len za účelom odberu orgánov post mortem.

V0210D KÓDOVANIE VÝKONOV IMUNOADSORPCIE

#(1) Imunoabsorpcia bez regenerovateľnej kolóny

Každý výkon poskytnutej imunoabsorpcie pri použití kolóny, ktorá nie je regenerovateľná, sa kóduje samostatne. Pre kódovanie sa používa kód

8r175.01 Imunoabsorpcia bez regenerovateľnej kolóny

Kódovanie viacerých výkonov počas jednej hospitalizácie prichádza do úvahy vo veľmi ojedinelých prípadoch. Každý výkon sa kóduje samostatne kódom 8r175.01 s uvedením dátumu vykonania.

V0210 - Príklad 1

Pacientovi boli počas hospitalizácie poskytnuté 2 výkony imunoabsorpcie s použitím neregenerovateľnej kolóny.

Výkony:	8r175.0	<i>Imunoabsorpcia bez regenerovateľnej kolóny</i>
	8r175.0	<i>Imunoabsorpcia bez regenerovateľnej kolóny</i>

Poznámka: Ku každému výkonu sa uvedie dátum poskytnutia.

#(2) Imunoabsorpcia s regenerovateľnou kolónou

- a) Ak sa imunoabsorpcia poskytne s použitím regenerovateľnej kolóny, kóduje sa výkon pri prvom použití kolóny kódom:

8r175.11 *Imunoabsorpcia s regenerovateľnou kolónou, prvé použitie*

Každé ďalšie použitie tej istej kolóny sa kóduje kódom

8r175.12 *Imunoabsorpcia s regenerovateľnou kolónou, ďalšie (opakované) použitie*

- b) Ak sa výkon imunoabsorpcie počas tej istej hospitalizácie z klinických príčin opakuje s použitím novej regenerovateľnej kolóny, opäť sa kóduje výkon 8r175.11 a prípadne 8r175.12 toľkokrát, koľkokrát sa tá istá kolóna použije. Pri každom výkone sa uvedie dátum poskytnutia.

V0210 - Príklad 2

Pacientovi boli počas hospitalizácie poskytnutá imunoabsorpcia s použitím regenerovateľnej kolóny. Procedúra s tou istou kolónou bola opakovaná 3x. Následne bol realizovaný počas tej istej hospitalizácie výkon s novou regenerovateľnou kolónou a jedenkrát opakovaný výkon s rovnakou kolónou.

Výkony:	8r175.11	<i>Imunoabsorpcia s regenerovateľnou kolónou – prvé použitie</i>	dátum 1
	8r175.12	<i>Imunoabsorpcia s regenerovateľnou kolónou – ďalšie použitie</i>	dátum 2
	8r175.12	<i>Imunoabsorpcia s regenerovateľnou kolónou – ďalšie použitie</i>	dátum 3
	8r175.12	<i>Imunoabsorpcia s regenerovateľnou kolónou – ďalšie použitie</i>	dátum 4
	8r175.11	<i>Imunoabsorpcia s regenerovateľnou kolónou – prvé použitie</i>	dátum 5
	8r175.12	<i>Imunoabsorpcia s regenerovateľnou kolónou – ďalšie použitie</i>	dátum 6

V0211G ZDRAVOTNÉ VÝKONY S POČTOM DNÍ V NÁZVE

Pri kódovaní zdravotných výkonov, ktoré v názve obsahujú počet dní sa zdravotné výkony kódujú v takom rozsahu v akom bola zdravotná starostlivosť poskytnutá a pri podaní látok, v takom rozsahu dní, v akom bol uvedený prípravok (liek, výživa, iné) podaný.

V0211 - Príklad 1

Pacient je prijatý v utorok 1.11. a prepustený o týždeň v pondelok 7.11.. Pacientovi je počas každého dňa hospitalizácie (od utora do pondelka vrátane) aplikovaná enterálna výživa.

Výkon:	8a210.1	<i>Aplikácia enterálnej výživy, minimálne 7 dní až 13 dní</i>
--------	---------	---

Poznámka: Ošetrovacia doba je síce iba 6 dní, ale enterálna výživa bola pacientovi podávaná 7 dní, preto sa kóduje výkon zodpovedajúci 7 dňom.

V0211 - Príklad 2

Pacient je prijatý v piatok 4.11. a prepustený nasledujúci štvrtok 10.11. Pacientovi je počas každého dňa hospitalizácie (od piatku do štvrtka vrátane) poskytovaná *Komplexná liečba a intenzívna starostlivosť pri cerebrovaskulárnych vazospazmoch*.

Výkon: 8v132 *Komplexná liečba a intenzívna starostlivosť pri cerebrovaskulárnych vazospazmoch: najmenej 7 a najviac 13 dní*

Poznámka: Ošetrovacia doba je síce iba 6 dní, ale starostlivosť bola pacientovi poskytovaná 7 dní, preto sa kóduje výkon zodpovedajúci najmenej 7 dňom.

V0211 - Príklad 3

Pacient prijatý 1.11. a prepustený 21.11. Pacientovi bola poskytovaná od 1.11. do 21.11. Komplexná reumatologická liečba pre dospelých.

Výkon: 8v173.1 Komplexná reumatologická liečba dospelých: najmenej 21 dní

Poznámka: Ošetrovacia doba je síce iba 20 dní, ale starostlivosť bola pacientovi poskytovaná 21 dní, preto sa kóduje výkon zodpovedajúci najmenej 21 dňom.

ŠPECIÁLNE PRAVIDLÁ KÓDOVANIA

S01 INFEKČNÉ A PARAZITOVÉ CHOROBY

S0101B HIV/AIDS

#(1) Kódy diagnózy HIV

Vysvetlivka: Ak sa v týchto pravidlách poukazuje na skupinu kódov „B20.- až B24“, ide o všetky kódy tejto skupiny, okrem B23.0 *Syndróm akútnej infekcie HIV*.

Tabuľka 8: Zoznam kódov diagnóz HIV

R75	<i>Laboratórny dôkaz vírusu ľudskej imunodeficiencie(HIV)</i>
B23.0	<i>Syndróm akútnej infekcie HIV</i>
Z21	<i>Bezpríznakový stav infekcie HIV (vírusom ľudského imunodeficitu)</i>
B20 až B24	<i>Choroba zapríčinená vírusom ľudskej imunitnej nedostatočnosti (choroba HIV)</i>
O98.7	<i>Choroba HIV komplikujúca graviditu, pôrod a šestonedelie</i>

Kódy B23.0, R75, Z21 a skupina B20 - B24 sa navzájom vylučujú a nie je možné ich počas tej istej hospitalizácie uvádzať spoločne.

#(2) Laboratórny dôkaz vírusu HIV (R75)

Tento kód diagnózy je možné kódovať len u tých pacientov, u ktorých nie je test na dôkaz HIV protilátok jednoznačne pozitívny. Je to obvyčajne v prípade, ak je skriningový test pre HIV pozitívny, ale potvrdzujúci test je buď negatívny alebo nejednoznačný.

Kód

R75 *Laboratórny dôkaz vírusu ľudskej imunodeficiencie (HIV)*

nie je možné použiť ako hlavnú diagnózu.

#(3) Syndróm akútnej infekcie HIV (B23.0)

Pri „*Syndróme akútnej infekcie HIV*“ (potvrdennej alebo predpokladanej) sa priradí kód B23.0 ako vedľajšia diagnóza ku kódu existujúcich symptómov (napr. lymfadenopatia, horúčka) alebo komplikácie (napr. meningitída).

Poznámka: Podľa všeobecných pravidiel kódovania je možné symptómy kódovať len vtedy, ak je ich príčina neznáma. Vyššie uvedené pravidlo kódovania je výnimkou voči pravidlu kódovania D0103 *Symptómy, abnormálne klinické a laboratórne nálezy ako hlavná diagnóza*.

S0101 - Príklad 1

HIV pozitívny pacient je prijatý s lymfadenopatiou. Stanovená je diagnóza syndróm akútnej HIV infekcie.

Hlavná diagnóza: R59.1 *Generalizované zväčšenie lymfatických uzlín*

Vedľajšie diagnózy: B23.0 *Syndróm akútnej infekcie HIV*

Po kompletom zvrate primárneho ochorenia sú takmer všetci pacienti asymptomatickí a tento stav pretrváva niekoľko nasledujúcich rokov. V prípade budúcich hospitalizácií sa kóduje podľa existujúcich pravidiel. Kód pre „syndróm akútnej infekcie HIV“ (B23.0) sa v týchto prípadoch už nepoužije.

#(4) Asymptomatická HIV infekcia (Z21) Diagnóza

Z21 *Bezpríznakový stav infekcie HIV (vírusom ľudského imunodeficitu)*

sa nepoužíva rutinne, ale ako vedľajšia diagnóza iba vtedy, keď HIV pozitívny pacient síce nejaví známky infekcie, ale toto infekčné ochorenie preukázateľne zvyšuje náklady na jeho ošetrovanie (pozri aj pravidlo kódovania s označením D0201 *Definícia vedľajšej diagnózy*).

Keďže sa Z21 vzťahuje na pacientov, ktorí sú asymptomatickí a sú prijatí s iným ochorením bez súvislosti s HIV infekciou, **kód Z21 sa nekóduje ako hlavná diagnóza**.

#(5) Choroba HIV (AIDS)

Pre kódovanie u pacientov s ochorením asociovaným s HIV (môže ísť o ochorenie definujúce AIDS alebo iné) sú k dispozícii nasledovné kódy:

Tabuľka 9: Zoznam kódov diagnóz/skupín kódov asociovaných s HIV

B20.-	<i>Choroba HIV s následnými infekčnými a parazitovými chorobami</i>
B21.-	<i>Choroba HIV s následnými zhubnými nádormi</i>
B22.-	<i>Choroba HIV s inými následnými chorobami, bližšie určenými</i>
B23.8	<i>Choroba HIV s inými následnými, bližšie určenými stavmi</i>
B24	<i>Choroba HIV, bližšie neurčená</i>
U60.-!	<i>Klinické kategórie choroby HIV</i>
U61.-!	<i>Počet pomocných T-buniek pri chorobe HIV</i>

Kódy R75 a Z21 sa v týchto klasifikačných prípadoch nekódujú.

#(6) Poradie a výber kódov

Pokiaľ je hlavnou príčinou hospitalizácie pacienta HIV choroba, zodpovedajúcimi kódmi pre hlavnú diagnózu sú kódy diagnóz skupiny B20.- až B24 (okrem B23.0) alebo O98.7. Príkladom je pacient, ktorý je prijatý na antiretrovirálnu chemoterapiu HIV choroby.

Pokiaľ je hlavným dôvodom hospitalizácie pacienta ochorenie, ktoré je manifestáciou už známej diagnózy HIV, manifestácia sa kóduje ako hlavná diagnóza. Kódy B20.- až B24 (okrem B23.0) sa uvádzajú ako **vedľajšie diagnózy**. Štádium HIV choroby je vyjadrené sekundárnymi kódmi U60.-! a U61.-! (pozri tabuľku 9), ktoré sa kódujú ako vedľajšia diagnóza. Ako vedľajšia diagnóza sa pri rezistencii vírusu HIV na antiretrovirálnu chemoterapiu kóduje i sekundárny kód

U85! *Vírus HIV s rezistenciou na virostatiká alebo inhibítory proteínáz.*

Napriek definícii vedľajšej diagnózy je možné kódovať všetky prejavy HIV choroby (AIDS).

S0101 - Príklad 2

Pacient je prijatý s kandidózou dutiny ústnej pri už známej HIV infekcii.

Hlavná diagnóza: B37.0 *Kandidová stomatitída*

Vedľajšie diagnózy: B20.4 *Choroba HIV s následnými kandidózami*

S0102J BAKTERIÉMIA, SEPSA, SYNDRÓM SYSTÉMOVEJ ZÁPALOVEJ ODPOVEDE (SIRS) A NEUTROPÉNIA

#(1) Bakteriémia

Bakteriémia sa môže kódovať ako:

A49.- *Baktériová infekcia bez bližšieho určenia miesta*

alebo iným kódom, ktorý stanovuje bakteriálne agens, napr. A54.9 *Gonokoková infekcia, bližšie neurčená*.

Nie je povolené kódovať bakteriémiu prostredníctvom kódov určených pre kódovanie sepsy (pozri Tabuľka 10: Zoznam kódov diagnóz pre sepsu).

Výnimkou je meningokoková bakteriémia, ktorá sa kóduje kódom diagnózy

A39.4 *Meningokoková sepsa, bližšie neurčená*

#(2) Sepsa

Sepsa sa naproti tomu kóduje príslušným kódom, napr. z tabuľky 10.

Tabuľka 10: Zoznam kódov diagnóz pre sepsu

A02.1	<i>Salmonelová sepsa</i>
A32.7	<i>Listériová sepsa</i>
A39.2	<i>Akútna meningokoková sepsa</i>
A39.3	<i>Chronická meningokoková sepsa</i>
A39.4	<i>Meningokoková sepsa, bližšie neurčená</i>
A40.-	<i>Streptokoková sepsa</i>
A41.-	<i>Iná sepsa</i>
B37.7	<i>Kandidová sepsa</i>
P36.-	<i>Baktériová sepsa u novorodenca</i>

Takéto kódovanie sa týka aj klinicky manifestovanej **urosepsy**.

Sepsa v súvislosti s potratom, mimomaternicovou graviditou, hydatidóznou molou, pôrodom alebo šestonedelím sa kóduje kódmi z tabuľky 11. Doplnkovým kódom môže byť kód z tabuľky 10, aby sa poukázalo na vyvolávajúce agens, resp. príčinu sepsy.

Tabuľka 11: Kódovanie sepsy v súvislosti s graviditou, pôrodom a potratom

O03.0-O07.9	Gravidita končiaci potratom
O08.0	Infekcia pohlavných a panvových orgánov po potrate, mimomaternicovej gravidite a gr. s molou hydatidosa
O75.3	Iná infekcia počas pôrodnej činnosti
O85	Puerperálna sepsa

1. Kódovanie sepsy v dospelom veku

Sepsa je charakterizovaná v Tretej medzinárodnej konsenzuálnej definícii sepsy a septického šoku (Sepsa-3) z roku 2016 takto: sepsa je život ohrozujúce zlyhávajúce orgánov, ktoré je spôsobené neprimeranou odpoveďou hostiteľa na infekciu. Na hodnotenie orgánovej dysfunkcie spojennej so sepsou sa používa sekvenčné hodnotenie zlyhania orgánov (SOFA, Sequential Organ Failure Assessment) – tabuľka 12. Z klinického hľadiska je orgánové zlyhávajúce reprezentované zvýšením SOFA skóre u dospelých pacientov o ≥ 2 body. Body za rôzne orgánové systémy sa spočítavajú každý deň.

SOFA skóre pre hodnotenie sepsy sa uplatňuje u dospelých pacientov.

Tabuľka 12: SOFA hodnotenie

Orgán/systém Body	0	1	2	3	4
Respiračný systém paO ₂ /FiO ₂ [paO ₂ v mmHg (1 kPa = 7,5 mmHg)]	≥ 400 (53,3)	< 400 (53,3)	< 300 (40)	< 200 (26,7) s UVP	< 100 s UVP
Koagulácia Trombocyty $\times 10^3/\text{mm}^3$	> 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Pečeň Bilirubín $\mu\text{mol/l}$	< 20	20 – 32	33 – 101	102 – 204	> 204
Kardiovaskulárny systém Hypotenzia / dávky katecholaminov	MAP ≥ 70 mm Hg	MAP < 70 mm Hg	DOP ≤ 5 alebo DOB	DOP 5 – 15 alebo A $\leq 0,1$ alebo NA $\leq 0,1$	DOP > 15 alebo A $> 0,1$ alebo NA $> 0,1$
Centrálny nervový systém Glasgowské skóre	15	14- 13	12-10	9-6	< 6
Obličky Kreatinín $\mu\text{mol/l}$ alebo diuréza	< 110	110 - 170	171 - 299	300 - 440 alebo < 500 ml/24 hod	> 440 alebo < 200 ml/24 hod
MAP=stredný a. TK, DOP = dopamín, DOB = dobutamín, A = adrenalin, NA = noradrenalin (v $\mu\text{g/kg/min}$ počas > 1 h)					

Zdroj: Singer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–810

Sepsu je možné vykázať ako hlavnú diagnózu aj v prípade, ak zhoršenie SOFA skóre o ≥ 2 body nastane do 48 hodín od prijatia. Konkrétne orgánové zlyhania (akútna respiračná insuficiencia, akútne zlyhanie obličiek, poruchy vedomia, poruchy koagulácie, atď.) sa kódujú ako vedľajšie diagnózy v súlade s pravidlom D0201.

Preexistujúca orgánová dysfunkcia sa hodnotí ako septická orgánová dysfunkcia/komplikácia len vtedy, ak je prítomné akútne zhoršenie súvisiace so sepsou (príklad 1). Orgánová dysfunkcia, ktorá zjavne nie je spôsobená sepsou, by sa nemala používať ako kritérium na diagnostiku orgánovej dysfunkcie spojenej so sepsou. Ak východisková hodnota SOFA skóre pred hospitalizáciou nie je známa, počíta sa s hodnotou 0 bodov.

S0102 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný s febrilitami a príznakmi infekcie močových ciest. V anamnéze je známe chronické ochorenie obličiek 3. štádia s dokumentovanými hodnotami kreatinínu 135 $\mu\text{mol/l}$ (SOFA skóre = 1 bod). Pri prijatí je laboratórne zistená hodnota kreatinínu 185 $\mu\text{mol/l}$ (SOFA skóre = 2 body). Pre ostatné hodnotené parametre je SOFA skóre 0 bodov.

Stanovenie SOFA skóre:

Pri chronickom ochorení obličiek je východiskové SOFA skóre 1 bod. Akútne zhoršenie skóre znamená 1 bod, t. zn. nie sú splnené kritériá orgánovej dysfunkcie súvisiace so sepsou.

Pri kódovaní sepsy sa postupuje v nasledovnom poradí:

1. kód sepsy (napr. kód/kódy z tabuľky 10)
2. kód pre infekčné ochorenie (infekcia dýchacích ciest, močových ciest, ranová infekcia, atď.), ktoré viedlo k vzniku sepsy
3. kód etiopatologického agens
4. kód pre prípadnú rezistenciu vyvolávateľa
5. kódy pre dysfunkciu (zlyhanie) orgánov

Kód diagnózy

R57.2 *Septický šok*

sa priradí, ak stav pacienta so sepsou vyžaduje na udržanie stredného arteriálneho tlaku na hodnote > 65 mm Hg podávanie vazopresorov a hodnoty laktatémie v sére sú ≥ 2 mmol/l.

2. Kódovanie sepsy v detskom veku

Pre hodnotenie sepsy v detskom veku sa používajú kritériá *Phoenix Sepsis Score*. – tabuľka č. 13. Tieto kritériá hodnotia orgánovú dysfunkciu v štyroch systémoch: respiračný, kardiovaskulárny, koagulačný a neurologický. Platia pre pacientov vo veku 1 mesiac až < 18 rokov.

Sepsa je život ohrozujúca suspektná alebo potvrdená infekcia s *Phoenix Sepsis Score* s počtom bodov 2 alebo viac.

Tabuľka 13 Phoenix Sepsis Score

	0 bodov	1 bod	2 body	3 body
Respiračný systém (0 - 3 body)				
	PaO ₂ : FiO ₂ ≥ 400 alebo SpO ₂ : FiO ₂ ≥ 292	PaO ₂ : FiO ₂ < 400 a akákoľvek respiračná podpora alebo SpO ₂ : FiO ₂ < 292 a akákoľvek respiračná podpora	PaO ₂ : FiO ₂ 100 – 200 a IMV alebo SpO ₂ : FiO ₂ 148 – 220 a IMV	PaO ₂ : FiO ₂ < 100 a IMV alebo SpO ₂ : FiO ₂ < 148 a IMV
Kardiovaskulárny systém (0 - 6 bodov)				
		1 bod za každý (do 3) za:	2 body za každý (do 6) za:	
	bez vazoaktívnej liečby	1 vazoaktívny liek	≥ 2 vazoaktívne lieky	
	laktát < 5 mmol/l	laktát 5 – 10,9 mmol/l	laktát 11 mmol/l	
stredný art. tlak podľa veku (v mm Hg)				
< 1 mes.	> 30	17 - 30	< 17	
1 – 11 mes.	> 38	25 - 38	< 25	
1 až < 2 r.	> 43	31 - 43	< 31	
2 až < 5 r.	> 44	32 - 44	< 32	
5 až < 12 r.	> 48	36 - 48	< 36	
12 až < 17 r.	> 51	38 - 51	< 38	
Koagulácia (0 - 2 body)				
		1 bod za každý		
	TRC ≥ 100 x 10 ⁹ /l	TRC < 100 x 10 ⁹ /l		
	INR ≤ 1,3	INR > 1,3		
	D-dimér ≤ 2 mg/l FEU	D-dimér > 2 mg/l FEU		
	fibrinogén ≥ 1 g/l	fibrinogén < 1 g/l		
Neurológia (0 - 2 body)				
	GCS skóre > 10; reagujúce zreničky	GCS skóre ≤ 10	bilaterálne fixované zreničky	
IMV – podporná ventilácia; INR – International Normalised Ratio; FiO ₂ – frakcia vdychovaného kyslíka; FEU – fibrinogen equivalent unit Hodnoty PaO ₂ : v mm Hg – pri jednotkách SI (kPa) je potrebný prepočet				

Zdroj: Schlapbach L.J., Watson R.S., Sorce L.S. et al. Internatiol Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. JAMA. 2024. 331, (8): p. 665-674

Sanchez-Pinto, L.N., Bennett, T. D., DeWitt, P. E. et al: Development and Validation of the Phoenix Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock JAMA. 2024;331(8):675-686

Kód diagnózy

R57.2 Septický šok

Septický šok u detí je podtrieda sepsy u pacientov s manifestovanou kardiovaskulárnou dysfunkciou. Dysfunkcia KVS (kardiovaskulárneho systému) má minimálne 1 bod z *Phoenix Sepsis Score* (t.j. ťažká hypotenzia podľa veku, koncentrácia sérového laktátu > 5 mmol/l alebo podanie vazoaktívnej liečby).

#(3) Neutropénia (agranulocytóza)

Sepsa sa kóduje u neutropenických pacientov v nasledovnom poradí:

- jeden kód pre „sepsu“,
- jeden kód z D70.- *Agranulocytóza a neutropénia*.

#(4) Syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS)

Pre kódovanie SIRS sú v MKCH-10-SK k dispozícii nasledovné doplnkové (sekundárne) kódy:

Tabuľka 14: Zoznam kódov MKCH-10-SK pre SIRS

R65.0!	<i>Syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS) infekčného pôvodu, bez orgánového zlyhávania</i>
R65.1!	<i>Syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS) infekčnej genézy s orgánovým zlyháváním</i>
R65.2!	<i>Syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS) neinfekčnej genézy bez orgánového zlyhávania</i>
R65.3!	<i>Syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS) neinfekčnej genézy s orgánovým zlyháváním</i>
R65.9!	<i>Syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS), bližšie neurčený</i>

Pre kódovanie SIRS platí, že na prvom mieste sa použijú kódy diagnóz MKCH-10-SK, ktoré primárne spustili SIRS, a to

- kód pre **zápalové ochorenie** pri infekčnej príčine SIRS alebo
- kód pre **základnú chorobu** pri neinfekčnej príčine SIRS (napr. polytrauma, popáleniny, akútna pankreatitída)

Na druhom mieste sa uvádza doplnkový kód kategórie R65.-! (pozri tabuľka 12), ktorým sa špecifikuje závažnosť (s/bez orgánového zlyhávania) a príčina (infekčná alebo neinfekčná etiológia) vzniku SIRS.

Vzhľadom na definíciu sepsy (Sepsa-3) sa kód R65.0! už nevykazuje s kódom základného ochorenia, ktoré spôsobuje sepsu (vrátane kódov z tabuľky 10).

Pri SIRS infekčnej etiológii sa k presnej špecifikácii použijú tiež kódy pre mikrobiálnych pôvodcov ochorenia a ich prípadnej rezistencie k antimikrobiálnej liečbe (pozri príklad 2).

S0102 - Príklad 2

Pacient hospitalizovaný s ťažkou obojstrannou pneumóniou a rozvinutým SIRS. Z hemokultúry je potvrdený meticilín rezistentný zlatý stafylokok (MRSA).

Hlavná diagnóza:	J15.2	<i>Zápal pľúc zapríčinený stafylokokom</i>
Vedľajšie diagnózy:	R65.0!	<i>Syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS) infekčnej genézy bez orgánového zlyhávania</i>
	U80.0!	<i>Staphylococcus aureus rezistentný na oxacilín, glykopeptidové antibiotiká, chinolón, streptogramín alebo oxazolidinón</i>

S0103F COVID-19

Nový druh koronavírusu SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2) je pôvodcom pandémie ochorenia COVID-19 (**Coronavirus-Disease-2019**).

V XXI. a XXII. kapitole Medzinárodnej klasifikácie chorôb 10 boli vytvorené nové kódy označujúce stavy súvisiace s diagnostikou, ochorením, prekonaným ochorením či prevenciou COVID-19 (tabuľka 15).

Tabuľka 15: MKCH-10-SK kódy relevantné pre COVID-19

Diagnostika ochorenia COVID-19	
U07.1	Potvrdená infekcia COVID-19
U07.2	Podozrenie z infekcie COVID-19
U07.3	Potvrdená infekcia COVID-19 PCR testom
U07.4	Potvrdená infekcia COVID-19 Ag testom
Stavy po prekonaní COVID-19	
U08.0	Osobná anamnéza COVID-19
U08.9	Osobná anamnéza COVID-19, bližšie neurčená
U09.0	Stav po COVID-19
U09.1	Vedľajšie príznaky v súvislosti s podaním vakcíny proti COVID-19
U09.9	Stav po COVID-19, bližšie neurčený
U10.0	Multisystémový zápalový syndróm v časovom vzťahu ku COVID-19
U10.9	Multisystémový zápalový syndróm v časovom vzťahu ku COVID-19, bližšie neurčený
Prevencia ochorenia COVID-19	
Z25.7-	Potreba imunizácie výlučne proti COVID-19
Z25.70	Potreba imunizácie výlučne proti COVID-19, očkovacia látka Tozinameran
Z25.71	Potreba imunizácie výlučne proti COVID-19, očkovacia látka mRNA-1273
Z25.72	Potreba imunizácie výlučne proti COVID-19, očkovacia látka ChAdOx1-SARS-COV-2
Z25.73	Potreba imunizácie výlučne proti COVID-19, očkovacia látka Ad26.COV2.S
Z25.74	Potreba imunizácie výlučne proti COVID-19, očkovacia látka Gam-COVID-Vac

U07.1 Potvrdená infekcia COVID-19: kód sa použije vždy, ak bola laboratórnym vyšetrením potvrdená infekcia vírusom SARS-CoV-2 (COVID-19) bez ohľadu na závažnosť klinických príznakov alebo prejavov.

U07.2 Podozrenie z infekcie COVID-19: kód sa použije v prípade, ak ochorenie COVID-19 je diagnostikované **klinicky alebo epidemiologicky**, ale laboratórne testovanie je nejednoznačné alebo nedostupné.

Epidemiologicky potvrdené ochorenie: pozitívna cestovateľská anamnéza, pobyt v rizikových krajinách/oblastiach s epidemickým výskytom COVID-19, blízky kontakt s osobou s potvrdenou infekciou COVID-19.

Akútne ochorenie vyvolané vírusom SARS-CoV-2 sa prejavuje najmä kašľom, dýchavičnosťou, telesnou teplotou nad 38 °C. Tabuľka 16 opisuje možné príznaky a ochorenia, najčastejšie sa vyskytujúce pri ochorení COVID-19.

Tabuľka 16: Prehľad príkladov možných kódov diagnóz súvisiacich s ochorením COVID-19

R05	Kašeľ
R06.0	Dýchavičnosť (dyspnoe)
R43.0	Anosmia
R43.2	Parageusia
R50.88	Iná horúčka, bližšie neurčená
R07.0	Bolesť v hrdle
R07.1	Bolesť v hrudníku pri dýchaní
J02.8	Akútny zápal hltana, zapríčinený inými bližšie určenými organizmami
J04.0	Akútny zápal hrtana
J04.1	Akútny zápal priedušnice
J06.0	Akútny zápal hrtana a hltana
J12.8	Iný vírusový zápal pľúc
J20.8	Akútna bronchitída zapríčinená iným bližšie určeným organizmom
J21.8	Akútna bronchiolitída zapríčinená iným bližšie určeným organizmom
J22	Akútna infekcia dolných dýchacích ciest, bližšie neurčená
J44.0-	Chronická obštrukčná choroba pľúc s akútnou infekciou dolných dýchacích ciest
J44.1-	Chronická obštrukčná choroba pľúc s akútnou exacerbáciou choroby, bližšie neurčená
J44.8-	Iná chronická obštrukčná choroba pľúc, bližšie určená
J96.00	Akútna respiračná insuficiencia, nezatriedená inde, typ I (hypoxemický)
J96.01	Akútna respiračná insuficiencia, nezatriedená inde, typ II (hyperkapnický typ)
J96.09	Akútna respiračná insuficiencia, nezatriedená inde, typ bližšie neurčený
A08.3	Iná vírusová enteritída

Pravidlá kódovania a vykazovania klasifikačných prípadov pacientov, u ktorých sa vyskytuje ochorenie COVID-19 alebo je prítomné podozrenie na toto ochorenie, sú uvedené v tabuľke 15.

Pre **určenie hlavnej diagnózy** klasifikačného prípadu je v súlade s platnými Pravidlami kódovania chorôb a pravidlami kódovania zdravotných výkonov **rozhodujúci dôvod prijatia a hlavná príčina hospitalizácie** pacienta v ústavnom zdravotníckom zariadení.

Tabuľka 17: Kódovanie typov klasifikačných prípadov s ochorením COVID-19, rozdelené podľa dôvodu prijatia a diagnostiky ochorenia

DÔVOD HOSPITALIZÁCIE	HLAVNÁ DIAGNÓZA	VEDĽAJŠIA/E KDG SÚVISIACE S COVID-19	PODMIENKY PRE VYKAZOVANIE	POZNÁMKA
Ochorenie alebo príznak, ktorý je alebo môže byť prejavom ochorenia COVID-19	Kód príslušného ochorenia alebo príznaku (vybrať z tab. 2)	U07.1	potvrdená infekcia COVID-19	Ako ďalšie vedľajšie diagnózy je možné vykazovať: - komplikácie, ktoré vznikli počas trvania klasifikačného prípadu (napr. respiračná insuficiencia pri zápale pľúc), resp. - ďalšie komorbidity, ktoré spĺňajú definíciu vedľajšej diagnózy podľa pravidiel kódovania
		U07.2	(nedostupný alebo nejednoznačný výsledok lab. testu) a (prítomnosť klinických príznakov alebo pozitívna epidemiologická anamnéza)	
		-	prítomné klinické príznaky ochorenia nie je potvrdená infekcia COVID-19 (negatívny lab test) negatívna epidemiologická anamnéza	
Iný dôvod hospitalizácie ako sú príznaky ochorenia COVID-19 (napr. úraz, pôrod, malígne ochorenie, atď.)	Kód príslušného ochorenia alebo príznaku , ktorý je dôvodom hospitalizácie	U07.1	potvrdená infekcia COVID-19 pacient klinicky asymptomatický	Vykazovanie ďalších vedľajších diagnóz sa riadi platnými pravidlami kódovania chorôb
		U07.1 + VDG z tab. 2	potvrdená infekcia COVID-19 prítomné klinické príznaky ochorenia Covid-19	
		U07.2	(nedostupný alebo nejednoznačný výsledok lab. testu) a (pozitívna epidemiologická anamnéza alebo pacient je klinicky asymptomatický)	
		U07.2 + VDG z tab. 2	(nedostupný alebo nejednoznačný výsledok lab. testu) a (pozitívna epidemiologická anamnéza alebo prítomné klinické príznaky ochorenia)	
		VDG z tab. 2	prítomné klinické príznaky ochorenia nie je potvrdená infekcia COVID-19 (negatívny lab. test) negatívna epidemiologická anamnéza	

Iné situácie týkajúce sa klasifikačných prípadov súvisiacich s ochorením COVID-19

- V prípade hospitalizácie pacienta, kde sú dôvodom ústavnej starostlivosti a poskytovanej liečby súčasne **príznaky ochorenia COVID-19 a príznaky iného ochorenia, podľa pravidla D0104 hlavnú diagnózu určí ošetrojúci lekár.**

S0103 - Príklad 1:

Hospitalizácia z dôvodu prítomnosti **vážnych nežiaducich vedľajších účinkov po očkovaní:**

HLAVNÁ DIAGNÓZA – vybrať podľa prítomnosti ochorenia, resp. príznakov, napr.	
I80.-	Trombóza, flebitída a tromboflebitída
M25.5-	Bolesť kĺbu
R51	Bolesť hlavy
T88.1	Iná komplikácia po imunizácii
VEDĽAJŠIA DIAGNÓZA	
U09.1	Vedľajšie príznaky v súvislosti s podaním vakcíny proti COVID-19

S0103 - Príklad 2:

Výskyt multisystémového zápalového syndrómu v súvislosti s ochorením COVID-19; vzniká spravidla niekoľko týždňov po prekonaní infekcii:

HLAVNÁ DIAGNÓZA – vybrať podľa najzávažnejšieho orgánového postihnutia, napr.	
R10.4	Iná a bližšie neurčená bolesť brucha
R50.88	Iná horúčka, bližšie určená
R57	Kardiogénny šok
D89.8	Iná porucha s účasťou imunitných mechanizmov, bližšie určená, nezatriedená inde
VEDĽAJŠIA DIAGNÓZA	
U10.0	Multisystémový zápalový syndróm v časovom vzťahu ku COVID-19

S0103 - Príklad 3:

Chronické (dlhodobé) následky po prekonanom ochorení COVID-19, ak sú dôvodom hospitalizácie:

HLAVNÁ DIAGNÓZA – vybrať podľa prítomnosti ochorenia, resp. príznakov, napr.	
G93.3	Chronický únavový syndróm
R68.8	Iné celkové subjektívne a objektívne príznaky, bližšie určené
R05	Kašeľ
VEDĽAJŠIA DIAGNÓZA	
U09.0	Stav po COVID-19

Všeobecné poznámky k vykazovaniu klasifikačných prípadov:

- Všetky kódy z XXII. kapitoly MKCH-10-SK-2021 označujúce súvislosť s ochorením COVID-19 (U07.-, U08.-, U09.-, U10.-) je možné v DRG klasifikačných prípadoch vykázať **výlučne ako vedľajšie diagnózy**
- Pri potvrdenom ochorení COVID-19 sa vykazuje kód U07.1, prípadne môžu byť vykázané doplňujúce štatistické kódy U07.3 alebo U07.4
- U07.3 a U07.4 využívajú prednostne laboratória, ktoré uvedené testy vykonávajú

- Kódy U07.1 a U07.2 sa nevykazujú spolu v jednom klasifikačnom prípade; ak je infekcia potvrdená napr. až po opakovaných vyšetreniach, vykazuje sa len kód U07.1
- Štandardné vyšetrenie na prítomnosť infekcie SARS-CoV-2 z preventívnych dôvodov, u pacienta bez príznakov a bez pozitívnej epidemiologickej **anamnézy nie je dôvodom pre vykazovanie diagnózy U07.2**
- V prípade jednoznačne negatívneho výsledku testu na prítomnosť infekcie vírusom SARS-CoV-2 sa v klasifikačnom prípade žiadna diagnóza U- nevykazuje (ani pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze)
- Diagnózy U07.- sú **špecifické pre ochorenie COVID-19 zapríčinené typom koronavírusu SARS-Cov-2**, z tohto dôvodu sa nekombinujú s nešpecifickou diagnózou B97.2! *Koronavírus ako príčina chorôb zatriedených inde*
- Diagnóza U08.- označuje osobnú anamnézu COVID-19, bez súvislosti s aktuálnou hospitalizáciou; ako anamnestická diagnóza sa v klasifikačných prípadoch nevykazuje
- Diagnóza U09.- *Stav po COVID-19* označuje stav pacienta rozvinutý po uzdravení z aktívnej infekcie COVID-19
- Kód U09.1 *Vedľajšie príznaky v súvislosti s podaním vakcíny proti COVID-19* sa nekombinuje s kódom Y59.0! *Nežiaduce vedľajšie účinky pri liečebnom použití: očkovacia látka proti vírusovým chorobám*
- Diagnóza U10.- *Multisystémový zápalový syndróm v časovom vzťahu ku COVID-19* je asociovaná s COVID-19 pri nasledovných stavoch:
 - Cytokínová búrka,
 - Kawasaki-like syndróm,
 - Dočasne priradený detský zápalový multisystemový syndróm (PIMS) spojený s COVID-19,
 - Multisystemový zápalový syndróm u detí (MIS-C)

S02 NÁDORY

S0201 VÝBER A PORADIE KÓDOV

#(1) Diagnózy

Následnosť zvolených kódov závisí od ošetrovacieho procesu počas hospitalizácie. Ak je hospitalizácia uskutočnená za účelom diagnostiky/liečby primárneho zhubného nádoru (malignóm, tumor), kóduje sa primárny zhubný nádor ako hlavná diagnóza.

S0201 - Príklad 1

Pacient je prijatý na liečbu zhubného nádoru mozgu vo frontálnom laloku.

Hlavná diagnóza: C71.1 Zhubný nádor čelového laloka mozgu

Kód zhubného nádoru je potrebné uviesť ako hlavnú diagnózu pri každej hospitalizácii spojenej výlučne s liečbou **zhubného nádoru a s nevyhnutnou následnou zdravotnou starostlivosťou** (napr. operácia, chemo- / rádioterapia, iná onkologická liečba) (pozri príklad 2), **rovnako aj s diagnostikou** (napr. staging) (pozri príklad 3), **až pokiaľ nie je liečba definitívne ukončená**, teda aj pri tej hospitalizácii, ktorá súvisí s následnou liečbou, pretože aj keď bol zhubný nádor chirurgicky odstránený, naďalej je pacient ošetrovaný kvôli zhubnému nádoru. Pokiaľ je prijatie z iných dôvodov ako liečba zhubného nádoru, kód hlavnej diagnózy sa zvolí podľa pravidla D0101 *Definícia hlavnej diagnózy*.

S0201 - Príklad 2

Pacientka je po predchádzajúcej mastektómii pre mamárny karcinóm (horný vonkajší kvadrant) znovu prijatá na hospitalizáciu za účelom rádioterapie.

Hlavná diagnóza: C50.4 Zhubný nádor horného vonkajšieho kvadrantu prsníka

S0201 - Príklad 3

Pacient je prijatý za účelom restaging-u Morbus Hodgkin (lymfocytárna klasická forma) po predchádzajúcej chemoterapii.

Hlavná diagnóza: C81.4 Klasický Hodgkinov lymfóm bohatý na lymfocyty

Pokiaľ je potrebné pri liečbe primárneho zhubného nádoru alebo sekundárneho zhubného nádoru (metastáza) rozdeliť chirurgický výkon u pacienta na viac zákrokov (sekvenčná operácia), kóduje sa primárny zhubný nádor/metastáza ako hlavná diagnóza rovnako pri každej ďalšej hospitalizácii súvisiacej s operačným (onkochirurgickým) zákrokom.

Ako hlavná diagnóza sa zhubný nádor/metastáza kóduje aj v prípade, keď je zhubný nádor odstránený alebo sú odstránené metastázy už pri prvej operácii a pacient je počas následnej hospitalizácie liečený stále na následky zhubného nádoru/metastázy, to znamená, že zhubný nádor alebo metastázy sú dôvodom k nasledujúcej operácii.

Ak je dôvodom na hospitalizáciu **len liečba metastáz**, kódujú sa metastázy ako hlavná diagnóza a následne je ako vedľajšia diagnóza kódovaný zhubný nádor, ak je známy (pozri príklad 4). Zhubný nádor môže byť kódovaný aj niekoľko ďalších rokov po resekcii ako vedľajšia diagnóza, ak je pacient z tohto dôvodu liečený.

Ak je lokalizácia primárneho nádoru neznáma, je potrebné použiť kód C80.- *Zhubný nádor bez údajov o mieste.*

S0201 - Príklad 4

Pacient je prijatý na resekciu metastáz pečene. Tri mesiace predtým bol operačne odstránený karcinóm priečnej časti hrubého čreva.

Hlavná diagnóza: C78.7 *Sekundárny zhubný nádor pečene a vnútropečeňových žlčových*

Vedľajšia diagnóza: C18.4 *Zhubný nádor priečnej časti hrubého čreva*

Ak je pacient prijatý na systémovú chemoterapiu alebo „systémovú“ rádioterapiu zhubného nádoru a/alebo metastáz, tak primárny zhubný nádor sa uvedie ako hlavná diagnóza (pozri príklad 5). Tabuľka 16 obsahuje príklady výkonov systémovej chemo- alebo rádioterapie.

Tabuľka 18: Niektoré výkony systémovej chemo- alebo rádioterapie

8m145.-	<i>Celotelové ožiarenie</i>
8m307.0	<i>Iná imunoterapia s nemodifikovanými protilátkami</i>
8m307.1	<i>Iná imunoterapia s modifikovanými protilátkami</i>
8m307.2	<i>Iná imunoterapia s imunomodulátormi</i>
8m311.1	<i>Aplikácia chemoterapie, chemoimunoterapie subkutánne</i>
8m400.-	<i>Liečba rádioaktívnym jódom do 1,0 Gbq 131I</i>
8m401.-	<i>Liečba rádioaktívnym jódom od 1,0 GBq do 5 GBq 131I</i>
8m402.-	<i>Liečba rádioaktívnym jódom nad 5 GBq 131I</i>
8m403	<i>Liečba hyperfunkcie štítnej žľazy rádiofarmakom frakcionovaná</i>
8m411	<i>Rádionuklidová liečba polycytémie vera</i>
8m412	<i>Liečba nádorov značkovými monoklonálnymi protilátkami</i>
8m416.1	<i>Rádionuklidová liečba kostných metastáz s rádiofarmakom obsahujúcim 223Ra</i>
8m416.2	<i>Rádionuklidová liečba kostných metastáz s rádiofarmakom obsahujúcim 153Sm</i>
8m416.3	<i>Rádionuklidová liečba kostných metastáz s rádiofarmakom obsahujúcim 89Sr</i>
8m417	<i>Liečba metajodobenzylguanidínom značeným 131I</i>
8m418.0	<i>Liečba somatostatínovým analógom značeným 90Y</i>
8m418.1	<i>Liečba somatostatínovým analógom značeným 177Lu</i>
8m418.30	<i>Liečba 177Lu-PSMA [Lutecium]</i>
8m418.31	<i>Liečba 225Ac-PSMA [Actinium]</i>
8m419	<i>Intrakavitárna rádionuklidová liečba</i>
8m41a	<i>Intracerebrálna rádionuklidová liečba</i>

Ak je prvotnou príčinou prijatia pacienta systémová chemoterapia a primárny nádor nie je známy, uvedie sa kód z C80.- *Zhubný nádor bez údajov o mieste.*

Pri aplikácii systémovej protinádorovej a biologickej liečby nádorov sa kódujú jedným sumárnym kódom aj výkony z kapitoly 6- *Podanie liekov*. Pri splnení podmienok uvedených v prílohe 4 sa kódujú aj sumárne kódy 8m30- *Cytostatická chemoterapia, imunoterapia a antiretrovirálna terapia*.

S0201 - Príklad 5

Pacient je prijatý na systémovú chemoterapiu metastáz pečene. Tri mesiace predtým mu bol operatívne odstránený karcinóm hrubého čreva (colon transversum).

Hlavná diagnóza:	C18.4	<i>Zhubný nádor priečnej časti hrubého čreva</i>
Vedľajšia diagnóza:	C78.7	<i>Sekundárny zhubný nádor pečene a vnútropečeňových žľazovodov</i>

Ak je hlavnou príčinou prijatia **lokálna** chemoterapia alebo **lokálna liečba metastáz** (napr. ožiarení, chirurgicky a pod.), kódujú sa tieto metastázy ako hlavná diagnóza a zhubný nádor je vedľajšou diagnózou (pozri kódovanie v príklade 4).

Ak je príčinou prijatia liečba aj zhubného nádoru a aj metastáz, je podľa pravidla D0104 *Dve alebo viaceré diagnózy, ktoré rovnako zodpovedajú definícii hlavnej diagnózy*, potrebné zvoliť tú diagnózu ako hlavnú, ktorá spotrebuje viac zdrojov (pozri príklad 6).

S0201 - Príklad 6

Pacient je prijatý na ďalšie dovyšetrenie na základe ultrazvukového nálezu (podozrenie na metastázy pečene) za účelom zistenia primárneho nádoru. Zistí sa karcinóm hrubého čreva s metastázami do pečene. Vykoná sa hemikolektómia a čiastočná resekcia pečene.

Hlavná diagnóza:	Rozhodnutie je na ošetrojúcom lekárovi na základe spotreby vynaložených finančných zdrojov	
Vedľajšia diagnóza:		

Ak sa pacient dostaví so symptómom a v čase prijímu na hospitalizáciu je známe základné ochorenie, kóduje sa tento symptóm ako hlavná diagnóza v prípade, ak sa lieči výlučne tento symptóm. Základná diagnóza sa v tom prípade kóduje ako vedľajšia diagnóza (pozri príklad 7).

S0201 - Príklad 7

Pacient, u ktorého sa pred 3 mesiacmi diagnostikoval veľký malígny mozgový tumor pokrývajúci viaceré oblasti, je prijatý pre recidivujúce kŕče. Liečiť sa bude iba kŕčový stav pacienta.

Hlavná diagnóza:	R56.8	<i>Iné kŕče, bližšie neurčené</i>
Vedľajšia diagnóza:	C71.8	<i>Zhubný nádor mozgu presahujúci viaceré oblasti</i>

Ak je prítomných viacero symptómov, ktoré sú prejavom známeho základného ochorenia, kóduje sa základné ochorenie ako hlavná diagnóza.

#(2) Recidíva primárneho zhubného nádoru

Ak recidivuje primárny zhubný nádor, ktorý bol predtým radikálne odstránený z rovnakého orgánu alebo tkaniva, kóduje sa recidíva ako primárny tumor danej oblasti (pozri príklad 8).

S0201 - Príklad 8

Pacient je prijatý po dvoch rokoch pre recidívu predtým resekovaného karcinómu žalúdka lokalizovaného v corpus ventriculi.

Hlavná diagnóza:	C16.2	<i>Zhubný nádor tela žalúdka</i>
------------------	-------	----------------------------------

#(3) Rozsiahla excízia nádorovej oblasti

Pri hospitalizácii v dôsledku rozsiahlej excízie predtým odstráneného zhubného nádoru je potrebné použiť kód tohto nádoru, aj keď histopatologický nález nepoukazuje na zvyškový nádor.

#(4) Dôkaz malígneho nádoru len v biopsii

Ak vedie výsledok biopsie k diagnóze malígneho nádoru, ale v operačnom materiáli sa nenašli žiadne malígne bunky, kóduje sa diagnóza primárneho nádoru, ktorá bola stanovená na základe biopsie.

S0202A PRIĽAHLÉ OBLASTI

#(1) Známa primárna lokalizácia

Pokiaľ pokračuje progresia nádoru zo známej primárnej lokalizácie na susedný orgán alebo oblasť (napr. z čreva na močový mechúr alebo z jejuna na ileum), kóduje sa iba primárna lokalizácia. Rozšírenie nádoru do priľahlej oblasti sa nekóduje.

S0202 - Príklad 1

Pacientka s karcinómom krčka maternice, ktorý sa rozširuje na vagínu, je prijatá na operáciu

Hlavná diagnóza: C53.1 *Zhubný nádor exocervixu maternice*

#(2) Neznáma primárna lokalizácia

Nádor presahujúci dve alebo viac navzájom susediacich anatomicko-topografických oblastí z pohľadu trojmiestnej klasifikácie MKCH-10-SK a ktorého pôvod nie je jednoznačný, sa kóduje prostredníctvom subkategoríí .8 (presahujúci viaceré oblasti) za predpokladu, že kombinácia nie je špeciálne uvedená na inom mieste, ako napríklad C16.0 *Zhubný nádor kardie* (Patrí sem: *Zhubný nádor ezofagogastrického prechodu; Zhubný nádor pažeráka a žalúdka; Zhubný nádor kardie žalúdka [ostium cardiacum]; Zhubný nádor kardioezofágového spojenia*).

S0202 - Príklad 2

Pacientka s karcinómom vonkajšieho a vnútorného krčka maternice je prijatá na operáciu

Hlavná diagnóza: C53.8 *Zhubný nádor krčka maternice presahujúci viaceré oblasti*

Pre určité zhubné nádory, ktorých pôvod sa nedá jednoznačne určiť a u ktorých lokalizácia „presahuje“ dve alebo viaceré trojmiestné klasifikácie, obsahuje MKCH osobitné kódy.

S0202 - Príklad 3

Pacientka s nálezom pokročilého karcinómu krčka maternice a vagíny je prijatá na viacdňovú rádioterapiu. Pôvod zhubného nádoru sa nepodarilo presne určiť.

Hlavná diagnóza: C57.8 *Zhubný nádor ženských pohlavných ústrojov presahujúci viaceré oblasti*

Poznámka: V tomto prípade ide o karcinóm krčka maternice (C53) a karcinóm vagíny (C52). Keďže pôvod nádoru nemohol byť presne určený a daná lokalizácia pokrýva dve alebo viac trojmiestnych kategórií MKCH-10-SK, je priradený kód C57.8 *Zhubný nádor ženských pohlavných ústrojov, presahujúci viaceré oblasti*.

#(3) Nepresné/bližšie neurčené lokalizácie

Pre zhubný nádor, ktorého pôvod je neznámy a ktorý sa rozširuje na susediace oblasti (presahuje viaceré oblasti) a ktorého lokalizácia je nepresne popísaná alebo nezatriedená inde, je možné použiť kód

C76.- *Zhubný nádor na iných a nepresne určených miestach*

Poznámka: Použitie tejto kategórie je možné len vtedy, keď nie je k dispozícii žiadna špecifická informácia vo vzťahu k typu nádoru napr. malígný novotvar hrudníka: C76.1 *Zhubný nádor na iných a nepresne určených miestach hrudníka*.

S0203A REMISIA MALÍGNÝCH IMUNOPROLIFERATÍVNYCH OCHORENÍ A LEUKÉMIA

Pri kódach:

C88.- *Zhubná imunoproliferatívna choroba*

C90.- *Mnohopočetný myelóm a zhubné nádory z plazmatických buniek*

C91-C95 *Leukémia*

je k dispozícii piata pozícia pre uvedenie stavu remisie s hodnotami:

0 *bez kompletnej remisie*

1 *v kompletnej remisii*

Pre správne použitie piatej pozície kódu pri vyššie uvedených diagnózach platí:

x0 bez kompletnej remisie, bez prejavov remisie, v čiastočnej remisii sa priradí,

- ak ide o prvý výskyt a prvú diagnózu ochorenia
- ak nejde o remisiu alebo napriek ústupu prejavov ochorenie trvá (parciálna remisia)
- ak nie je známy stav remisie

x1 v kompletnej remisii sa priradí,

- ak ide o **kompletnú** remisiu, tzn. nie sú dokázateľné **žiadne** príznaky alebo symptómy „recidívy zhubného nádoru“

Pre leukémie skupiny C91-C95, ktoré sú refrakterné na štandardnú indukčnú liečbu, je k dispozícii doplnkový kód C95.8! *Leukémia refraktérna na štandardnú indukčnú liečbu*.

S0204A ZHUBNÝ NÁDOR V OSOBNEJ ANAMNÉZE

#(1) Zhubný nádor v osobnej anamnéze

„Anamnestický kód“ sa použije vtedy, ak je možné vychádzať z predchádzajúceho definitívneho vyliečenia zhubného nádoru. Kedy je „anamnestický kód“ možné u pacienta použiť, závisí od jeho aktuálneho ochorenia. Keďže toto určenie je možné len retrospektívne, rozlíšenie je skôr „klinické“, a to na základe pokračujúcej liečby zhubného nádoru, ako aj na základe stanovenia časového rámca.

V prípade ukončenej liečby zhubného nádoru sa priradí kód:

Z85.- Zhubný nádor v osobnej anamnéze

ako vedľajšia diagnóza, pokiaľ to navýši náklady na starostlivosť počas aktuálnej hospitalizácie (pozri aj pravidlo s označením D0201 Definícia vedľajšej diagnózy a prípadne ďalšie pravidlá skupiny D02).

Pokiaľ pacient v určitom časovom období nebol ošetrovaný pre zhubný nádor, následne sa však z tejto primárnej lokalizácie vyvinú metastázy, **nie je možné priradiť kódy zo Z85.- Zhubný nádor v osobnej anamnéze**.

#(2) Následné vyšetrenia u pacienta so zhubným nádorom v osobnej anamnéze

Kódy z kategórie:

Z08.- Sledovanie po liečbe zhubného nádoru

je možné použiť ako **hlavnú diagnózu** len vtedy, ak bol pacient prijatý na následné vyšetrenie po liečbe zhubného nádoru a **nebol zistený žiadny zhubný nádor**. Ako vedľajšiu diagnózu je možné použiť zodpovedajúci kód z kategórie Z85.- *Zhubný nádor v osobnej anamnéze*.

S0204 - Príklad 1

Následne po ožarovaní karcinómu močového mechúra (bočná stena močového mechúra) je pacient vyšetrovaný flexibilnou cystoskopiou. Pritom sa nenájde žiadna recidíva zhubného nádoru.

Hlavná diagnóza:	Z08.1	<i>Sledovanie po rádioterapii zhubného nádoru</i>
Vedľajšia diagnóza:	Z85.5	<i>Zhubný nádor močovej sústavy v osobnej anamnéze</i>
Výkon:	14o02	<i>Diagnostickej uretroscystoskopia</i>

S0205A APLIKÁCIA PROTINÁDOROVÝCH LIEČIV DO MOČOVÉHO MECHÚRA

U pacientov, ktorí sú prijatí na instiláciu cytostatík alebo BCG (Bacillus Calmette-Guérin) do mechúra, **sa kóduje ako hlavná diagnóza liečený nádor**.

Kód Z51.1 *Cyklus chemoterapie pre nádor* sa nekóduje ako hlavná diagnóza.

Kód zdravotného výkonu

8d120 *Instilácia liečiva do močového mechúra*

sa vykáže iba jedenkrát za hospitalizačný pobyt.

S0206C KARCINOMATÓZNA LYMFANGIÓZA

Karcinomatózna lymfangióza sa kóduje analogicky ako metastázovanie (pozri aj pravidlo kódovania s označením S0201 *Výber a poradie kódov*).

Karcinomatózna lymfangióza, napríklad pohrudnice, sa kóduje kódom C78.2 *Sekundárny zhubný nádor pohrudnice*.

S0207C LYMFÓM

Lymfómy, ktoré sú „extranodálne“ alebo tie, ktoré sa nachádzajú v inej oblasti ako v lymfatických žľazách (napr. MALT-lymfóm žalúdka, lymfóm tenkého čreva), sa kódujú zodpovedajúcim kódom zo skupiny C81 - C88. Lymfóm sa nepovažuje za metastazujúci bez ohľadu na počet postihnutých oblastí.

U lymfómov sa nemôžu použiť kódy diagnóz uvedené v nasledujúcej tabuľke:

Tabuľka 19: Zoznam kódov diagnóz, ktoré sa nemôžu použiť pri kódovaní lymfómov

C77.-	<i>Sekundárny a bližšie neurčený zhubný nádor lymfatických uzlín</i>
C78.-	<i>Sekundárny zhubný nádor dýchacích a tráviacich orgánov</i>
C79.0	<i>Sekundárny zhubný nádor obličky a obličkovej panvičky</i>
C79.1	<i>Sekundárny zhubný nádor močového mechúra a iných a bližšie neurčených močových orgánov</i>
C79.2	<i>Sekundárny zhubný nádor kože</i>
C79.4	<i>Sekundárny zhubný nádor iných a bližšie neurčených častí nervového systému</i>
C79.6	<i>Sekundárny zhubný nádor vaječníka</i>
C79.7	<i>Sekundárny zhubný nádor nadobličky</i>
C79.8-	<i>Sekundárny zhubný nádor na iných bližšie určených miestach</i>
C79.9	<i>Sekundárny zhubný nádor bez bližšieho určenia miesta</i>

Pri kódovaní kostných metastáz pri malígnych lymfómoch sa použije kód:

C79.5 *Sekundárny zhubný nádor kosti a kostnej drene*
Kostná dreň pri zhubných lymfómoch (stavy zatriedené pod C81 – C88)

Ak sú pri nádorovom postihnutí lymfatických, cievnych alebo príbuzných tkanív zároveň postihnuté mozgové pleny alebo mozog, uvedie sa doplňujúci kód:

C79.3 *Sekundárny zhubný nádor mozgu a mozgových plien*
Meningeóza pri neopláziách lymfatického, krvotvorného a iného príbuzného tkaniva

S03 CHOROBY KRVÍ A KRVOTVORNÝCH ORGÁNOV

S0301J STAVY SÚVISIACE S ANTIKOAGULAČNOU LIEČBOU

#(1) Krvácanie súvisiace s antikoagulačnou liečbou

V prípade hospitalizácie pacienta s výskytom prejavov krvácania, ktoré vznikajú preukázateľne v dôsledku antikoagulačnej liečby, je stav kódovaný takto:

- diagnóza, ktorá špecificky vyjadruje orgánovú lokalizáciu krvácania (tabuľka č. 20) a
- diagnóza D68.30 Stav krvácavosti zapríčinený antikoagulanciami a
- diagnóza Y44.2 Nežiaduce vedľajšie účinky pri liečebnom použití: antikoagulanciá

Tabuľka 20 Príklady diagnóz orgánového krvácania

Krvácanie do mozgu	
I60.-	Subarachnoidálne krvácanie
I61.-	Vnútromozgové krvácanie
I62.-	Iné neúrazové intrakraniálne krvácanie
Vnútroočné krvácanie	
H44.8	Iná choroba očnej gule (Hemofthalmus)
Krvácanie do kĺbov	
M25.0-	Hemartros
Krvácanie do svalov	
M62.8-	Iné choroby svalov, bližšie určené
Krvácanie do podkožia a mäkkých tkanív (napr. prsník)	
M79.8-	Iná choroba mäkkého tkaniva, bližšie určená
Krvácanie do kože	
R23.3	Spontánne ekchymózy (Petechie)
Krvácanie z GIT-u	
K92.0	Hemateméza
K92.1	Meléna
K92.2	Gastrointestinálne krvácanie, bližšie neurčené
R19.5	Iná porucha stolice (Okultné krvácanie v stolici)
alebo presne lokalizované miesto krvácania, <u>napr.</u> :	
K22.8	Iná choroba pažeráka, bližšie určená
K26.4	Vred dvanástnika, chronický alebo bližšie neurčený, s krvácaním
K29.6	Iná gastritída (Erózia žalúdka akútna)
Krvácanie do brušnej dutiny	
K66.1	Hemoperitoneum
Krvácanie z dýchacích ciest	
R04.-	Krvácanie z dýchacích ciest

Krvácanie z močových ciest	
R31	Hematúria, bližšie neurčená
Krvácanie z pohlavných orgánov u ženy	
N93.8	Iné abnormálne krvácanie z maternice alebo pošvy, bližšie určené

#(2) Laboratórne zmeny v koagulačných parametroch pri antikoagulačnej liečbe

Ak počas antikoagulačnej liečby dôjde k zmenám v laboratórnych výsledkoch hemokoagulačných parametrov (napr. prewarfarinizácia, zvýšená hladina anti-Xa alebo zvýšená hladina NOAK-u v sére), príznaky krvácania nie sú prítomné, ale zvýšené hodnoty vyžadujú terapeutickú intervenciu, stav sa kóduje nasledovne:

- diagnóza D68.8 Iná porucha zrážanlivosti krvi, bližšie určená a
- diagnóza Y44.2 Nežiaduce vedľajšie účinky pri liečebnom použití: antikoagulanciá

#(3) Dlhodobé užívanie antikoagulačnej liečby

Pri dlhodobom užívaní antikoagulačnej liečby bez nežiaducich vedľajších účinkov (klinických či laboratórnych) sa vykazuje diagnóza

Z92.1 Dlhodobé (súčasnú) užívanie antikoagulancií v osobnej anamnéze

S04 ENDOKRINNÉ, NUTRIČNÉ A METABOLICKÉ CHOROBY

S0401J DIABETES MELLITUS

#(1) Typy Diabetes mellitus

Rôzne typy diabetes mellitus (DM) sú v MKCH-10-SK klasifikované kódmi uvedenými v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka 21: Zoznam kódov diagnóz MKCH-10-SK pre DM

E10.-	<i>Diabetes mellitus 1.typu</i>
E11.-	<i>Diabetes mellitus 2.typu</i>
E12.-	<i>Diabetes mellitus spojený s podvýživou</i>
E13.-	<i>Iný diabetes mellitus, bližšie určený</i>
E14.-	<i>Diabetes mellitus, bližšie neurčený</i>
O24.0 až O24.3	<i>Diabetes mellitus v gravidite: predtým existujúci diabetes mellitus...</i>
O24.4	<i>Diabetes mellitus so vznikom v gravidite</i>
P70.0	<i>Syndróm dieťaťa matky s gestačným diabetes mellitus</i>
P70.1	<i>Syndróm dieťaťa matky s diabetes mellitus</i>
P70.2	<i>Diabetes mellitus u novorodenca</i>
R73.0	<i>Abnormálny glukózový tolerančný test</i>

Poznámka: Liečba inzulínom neurčuje typ DM a nie je dôkazom DM 1. typu.

#(2) Kódovanie diagnóz kategórie E10–E14 na 4. a 5. pozícii

Na 4. pozícii kódu sa kódujú možné komplikácie (napr. kóma, obličkové komplikácie). Na 5. pozícii kódu sa uvádza:

- 0 pre diabetes mellitus kompenzovaný
- 1 pre diabetes mellitus dekompenzovaný
- 2 pre diabetes mellitus s mnohopočetnými inými komplikáciami, kompenzovaný
- 3 pre diabetes mellitus s mnohopočetnými inými komplikáciami, dekompenzovaný
- 4 pre diabetes mellitus so syndrómom diabetickej nohy, kompenzovaný
- 5 pre diabetes mellitus so syndrómom diabetickej nohy, dekompenzovaný

Čísla 0 a 1 na piatej pozícii kódu sa používajú s číslami 2 až 6 na štvrtej pozícii kódu. Čísla 2 až 5 na piatej pozícii kódu sa viažu výhradne s číslom 7 na štvrtej pozícii. Pritom je potrebné si uvedomiť, že nie všetky kombinácie štvormiestneho kódu majú medicínsky zmysel s piatou pozíciou.

#(3) Diabetes mellitus pri poruche výživy

DM pri nedostatočnej výžive sa vyskytuje prevažne u pacientov z rozvojových krajín. Objavuje sa so zjavnými alebo bez zjavných príznakov ochorenia pankreasu a je podstatou klinickej diagnózy. DM v rámci metabolického syndrómu sa v tomto prípade nekóduje.

#(4) Diabetes mellitus vzniknutý po lekárskejších intervenciách

Diabetes mellitus vzniknutý po lekárskejších zákrokoch sa najskôr kóduje kódom z kategórie:

E13.- *Iný diabetes mellitus, bližšie určený*

Patrí sem: Pankreatoprívny diabetes mellitus

a následne kódom

E89.1 *Hypoinzulinémia po lekárskom výkone*

#(5) Dekompenzovaný diabetes mellitus

Ani pri diabetes mellitus typ 1, ako ani pri type 2 nie je hladina glykémie v čase prijatia na hospitalizáciu kritériom pre diagnózu „dekompenzovaný DM“. Zaradenie k typu „dekompenzovaný“ a „kompenzovaný“ sa dá potvrdiť len po vyhodnotení celého priebehu hospitalizácie retrospektívne. Pojem dekompenzovaný sa pritom vzťahuje na stav metabolizmu.

S0401 - Príklad 1

Pacient s diabetes mellitus 1. typu, je prijatý pre dekompenzáciu stavu metabolizmu. Nevyskytujú sa žiadne komplikácie.

Hlavná diagnóza: E10.91 *Diabetes mellitus 1. typu: bez komplikácií, dekompenzovaný*

Vedľajšie diagnózy: žiadne

Pre vykazovanie metabolicky dekompenzovanej forma diabetes mellitus musí byť splnená niektorá z nasledujúcich podmienok:

Hyperglykémie

- HbA1C $\geq$ 8,0 % (štandard DCCT), počas $\geq$ 3 mesiacov, napriek opakovaným úpravám liečby. Pre seniorov alebo komorbidných pacientov voľnejšia hladina HbA1c $\geq$ 8,5 % ako hranica dekompenzácie
- Glykémie > 14 mmol/l (závažná hyperglykémia) opakovane, $\geq 4x$ počas 7dní alebo $\geq 2x$ denne/3 dni
- CGM* - TAR (> 10 mmol/l) > 40 %
- CGM* - TIR (3.9–10 mmol/l) < 50 %,
- CGM* - priemerná glykémia s CGM > 10 mmol/l
- Symptómy chronickej hyperglykémie: polyúria, polydipsia, úbytok hmotnosti
- Epizóda diabetickej ketoacidózy (DKA) alebo hyperosmolárneho stavu v posledných 3 mesiacoch

Hypoglykémie

- ≥ 1 ťažká hypoglykémia v priebehu 30 dní. Ťažká hypoglykémia = vyžaduje pomoc inej osoby, strata vedomia, kŕče, parenterálne podanie glukózy alebo glukagónu
- ≥ 2 symptomatické hypoglykémie v priebehu 7 dní. Symptomatické hypoglykémie = s klinickými prejavmi hypoglykémie a/alebo glykémia $< 3,0$ mmol/l (klinicky signifikantná hypoglykémia)
- Asymptomatické hypoglykémie s hodnotami $< 3,0$ mmol odhalené meraním
- „Hypoglycemia unawareness“ (strata vnímania nízkych glykémií) potvrdená klinicky alebo dotazníkom

- CGM* - TBR (< 3.9 mmol/l) > 4 %,

Výrazná variabilita glykémii

- Denné fluktuácie glykémie opakovane významne presahujúce rozmedzie 4-10 mmol/l, keď rozdiel medzi najmenšími a najvyššími hodnotami presahuje 8-9 mmol/l (napr. 3–13 mmol/l) počas ≥ 3 po sebe nasledujúcich dní
- CGM* - CV (koeficient variability počas CGM) > 36 %, ťažká viac ako 42% alebo štandardná odchýlka (SD) $> 3,0$ mmol/l
- Významná variabilita glykémii môže byť sprevádzaná: kolísaním medzi symptomatickými hypoglykémiami a hyperglykémiami a častými korekciami dávok inzulínu bez stabilizácie glykémii.

* počas minimálne 10 dní CGM monitorovania so ≥ 70 % validnými údajmi

Podmienky spracované Národným endokrinologickým a diabetologickým ústavom, n.o., Slovenskou diabetologickou asociáciou, v súlade so ŠDTP Komplexný manažment diabetikov 2. typu – 1. revízia a Interdisciplinárnymi odporúčaniami pre diagnostiku a liečbu diabetes mellitus - 2021

#(6) Hlavná diagnóza diabetes mellitus s komplikáciami

Ak ide o diabetes mellitus, ktorý je kódovaný kódmi E10.- až E14.- a vyskytujú sa komplikácie, je potrebné pre správne kódovanie najprv určiť, či k hospitalizácii bezprostredne viedla:

- liečba **základnej choroby diabetes mellitus** alebo
- liečba **jednej alebo viacerých komplikácií DM**.

V ďalšom priebehu je pre kódovanie dôležité, koľko komplikácií diabetu sa u pacienta vyskytuje a či tieto spĺňajú kritériá definície vedľajšej diagnózy.

Pokiaľ je **liečená základná diagnóza diabetes mellitus a vyskytuje sa len jedna komplikácia diabetu** (jej manifestácia), kóduje sa **na štvrtej pozícii** kódu E10 až E14 označením „6“ (pozri príklad 2). Okrem toho sa kóduje kód pre prejav/manifestáciu (komplikáciu), pokiaľ tento spĺňa kritériá vedľajšej diagnózy (pozri príklad 3).

S0401 - Príklad 2

Pacient s diabetes mellitus 1 typu, je prijatý pre dekompenzáciu metabolizmu. Anamnesticky je známa jediná komplikácia - diabetická retinopatia, ktorá nebude znamenať žiadne (zvýšené) náklady.

Hlavná diagnóza:	E10.61	Diabetes mellitus 1. typu: s inými, bližšie určenými komplikáciami, dekompenzovaný
Vedľajšie diagnózy:	Žiadne	

Kódovaním v príklade 2 je poukázané na to, že ide o známu komplikáciu diabetu (jej manifestáciu), ktorá nie je počas hospitalizácie liečená, a preto nespĺňa kritériá vedľajšej diagnózy a nie je osobitne kódovaná.

S0401 - Príklad 3

Pacient s diabetes mellitus 1. typu, je prijatý pre dekompenzáciu stavu metabolizmu. Súčasne sa ako jediná komplikácia vyskytuje diabetická nefropatia, ktorá je počas hospitalizácie tiež liečená.

Hlavná diagnóza: E10.61† *Diabetes mellitus 1. typu: s inými, bližšie určenými komplikáciami, dekompenzovaný*

Vedľajšie diagnózy: N08.3* *Glomerulová choroba pri diabetes mellitus (E10-E14, štvrtá pozícia .2†)*

Poznámka: Kód E10.61† tu má význam ako „kód etiológie“ (označený krížikom) pre kód s hviezdičkou N08.3* (manifestácia).

V tomto prípade je zvolené pre štvrtú pozíciu diabetického kódu číslo „6“, aby sa odlišila liečba dekompenzovanej cukrovky od liečby diabetickej komplikácie (pre porovnanie pozri aj príklad 6), a tým aby sa zabezpečilo správne zaradenie v DRG systéme. Toto pravidlo kódovania **predstavuje výnimku oproti pravidlám MKCH-10-SK** pri kódovaní diabetes mellitus.

Pokiaľ ide o liečbu základného ochorenia diabetes mellitus a sú prítomné viaceré prejavy komplikácií diabetu bez toho, aby bola liečba niektorej z nich v popredí, kóduje sa **na štvrtej pozícii** kódu E10 - E14 číslo „7“. Okrem toho sa môžu použiť kódy jednotlivých prejavov komplikácií (manifestácie), pokiaľ spĺňajú kritériá vedľajšej diagnózy.

S0401 - Príklad 4

Pacient s diabetes mellitus 1. typu, s mnohými diabetickými komplikáciami typu ateroskleróza končatinových artérií, retinopatia a nefropatia, je prijatý pre dekompenzáciu metabolizmu. Tiež sú liečené všetky existujúce diabetické komplikácie.

Hlavná diagnóza: E10.73† *Diabetes mellitus 1. typu: s inými, mnohopočetnými komplikáciami, dekompenzovaný*

Vedľajšie diagnózy: I79.2* *Periférna angiopatia pri chorobách zatriedených inde*

H36.09* *Diabetická retinopatia (E10-E14, štvrtá pozícia .3†)*

N08.3* *Glomerulová choroba pri diabetes mellitus (E10-E14, štvrtá pozícia .2†)*

Poznámka: Kód E10.73 tu má význam ako „kód etiológie“ a je preto označený krížikom. Tento etiologický kód platí pre všetky nasledovné kódy s hviezdičkami (manifestácie) až po nový kód s krížikom, resp. kód bez označenia. Týmto spôsobom je v uvedenom príklade krížikovým kódom E10.73† kódovaná etiológia manifestácií vyjadrených kódmi I79.2*, H36.09* a N08.3*.

Pokiaľ sa vyskytujú viaceré komplikácie diabetu a v popredí je liečba jednej komplikácie, je na štvrtej pozícii v kódach E10 až E14 kódovaná táto **komplikácia**. Kódy pre ostatné komplikácie sa použijú iba v tom prípade, keď zodpovedajú definícii vedľajšej diagnózy.

S0401 - Príklad 5

Pacient s kompenzovaným diabetes mellitus 1. typu, s periférnou cievnu komplikáciou typu roky trvajúcej progresívnej diabetickej angiopatie dolných končatín s kľudovými bolesťami, je prijatý na bajpasovú operáciu. Súčasne sa bude liečiť diabetická retinopatia s výrazným obmedzením zrakových schopností.

Hlavná diagnóza: E10.50† *Diabetes mellitus 1. typu: s periférnymi cievnymi komplikáciami, kompenzovaný*

Vedľajšie diagnózy: I79.2* *Periférna angiopatia pri chorobách zatriedených inde*

I70.22 *Ateroskleróza končatinových tepien s postihnutím panvy a dolnej končatiny, s bolesťou v pokoji*

E10.30† *Diabetes mellitus 1. typu: s očnými komplikáciami, kompenzovaný*

H36.09* *Diabetická retinopatia*

Výkony: 51515.1 *Bajpasové operácie a. iliaca a viscerálnej tepny pomocou žily, iliakoifemorálny bajpas*

Poznámka: Kód I70.22 Ateroskleróza končatinových tepien s postihnutím panvy a dolnej končatiny, s bolesťou v pokoji, v tomto prípade slúži bližšej špecifikácii diagnózy označenej systémom krížik-hviezdička.

Pokiaľ sa vyskytujú mnohopočetné komplikácie diabetes mellitus a v popredí je liečba viacerých prejavov, postupuje sa v súlade s pravidlom kódovania s označením D0104 *Dve alebo viaceré diagnózy, ktoré súčasne spĺňajú kritériá hlavnej diagnózy.* V tom prípade sa zvolí štvrtá pozícia kódov E10 až E14 podľa rozhodnutia ošetrojúceho lekára, a to podľa tej manifestácie, ktorá najviac zodpovedá definícii hlavnej diagnózy. Kódy pre ďalšie manifestácie komplikácií sa použijú vtedy, keď zodpovedajú definícii vedľajšej diagnózy.

#(7) Diabetes mellitus ako vedľajšia diagnóza

Keď sa uskutoční hospitalizácia z iného dôvodu ako diabetes mellitus, potom je pre správne kódovanie dôležité určiť:

- či diabetes mellitus spĺňa definíciu vedľajšej diagnózy
- či sa vyskytujú diabetické komplikácie
- či tieto komplikácie spĺňajú definíciu vedľajšej diagnózy

Keď DM spĺňa definíciu vedľajšej diagnózy, kóduje sa. Ak sa vyskytujú komplikácie, kódujú sa v kódoch E10 - E14 ako štvrtá pozícia podľa zodpovedajúcich príznakov. Kódujú sa len tie príznaky, ktoré zodpovedajú definícii vedľajšej diagnózy.

Odlíši sa ale od pravidiel pre hlavnú diagnózu diabetes mellitus kóduje:

- nepoužije sa „.6“ na štvrtej pozícii kódu, ak sa dá zvoliť špecifický kód pre jednu samostatnú komplikáciu
- u mnohopočetných komplikácií sa vždy kóduje „.7“ na štvrtej pozícii kódu

S0401 - Príklad 6

Pacient je prijatý pre zatvorenú zlomeninu hlavice humeru bez poškodenia mäkkých častí. Okrem toho má diabetes mellitus 2. typu, liečený diétou a liekmi. Ako jediná komplikácia je prítomná diabetická nefropatia, ktorá nie je spojená so žiadnymi liečebnými nákladmi.

Hlavná diagnóza:	S42.21	Zlomenina horného konca ramennej kosti, hlava
Vedľajšie diagnózy:	E11.20	Diabetes mellitus 2. typu: s obličkovými komplikáciami, kompenzovaný

S0401 - Príklad 7

Pacient je prijatý na operáciu bajpasu s anamnézou dlhoročnej arteriálnej hypertenzie, intenzívnym abúsom nikotínu, ide o zhoršenie známej periférnej cievnej obštrukcie s kľudovými bolesťami. Súčasne bude prebiehať liečba DM typu 2 začínajúcej diabetickéj polyneuropatie a začínajúcej diabetickéj retinopatie.

Hlavná diagnóza:	I70.22	Ateroskleróza končatinových tepien s postihnutím panvy a dolnej končatiny, s bolesťou v pokoji
Vedľajšie diagnózy:	I10.00	Benígna primárna artériová hypertenzia bez prejavov hypertenznej krízy
	E11.72†	Diabetes mellitus 2. typu: s inými mnohopočetnými komplikáciami, kompenzovaný
	G63.2*	Diabetická polyneuropatia
	H36.09*	Diabetická retinopatia
Výkon:	5I515.1	Bajpasové operácie a. iliaca a viscerálnej tepny pomocou žily, iliakoifemorálny bajpas

S0402C AKÚTNE METABOLICKÉ A ŠPECIFICKÉ KOMPLIKÁCIE PRI DIABETES MELLITUS

Vo vzťahu ku kódovaniu komplikácií diabetes mellitus si treba všimnúť predchádzajúce odseky.

#(1) Akútne metabolické komplikácie

Diabetes mellitus s **ketoacidózou** sa kóduje na štvrtej pozícii kódov E10 - E14 ako „1“. V malom počte prípadov diabetickej acidózy sa môžu súčasne vyskytnúť ketoacidóza a laktátová acidóza u toho istého pacienta. V týchto prípadoch sa kóduje:

E10 - E14, štvrtá a piata pozícia „.73“ („... s mnohopočetnými komplikáciami, dekompenzovaný“).

#(2) Obličkové komplikácie

Obličkové ochorenia, ktoré sú v kauzálnom vzťahu s diabetes mellitus, sa kódujú ako „**diabetes mellitus s obličkovými komplikáciami**“

E10† - E14†, štvrtá pozícia „.2“

Okrem toho sa dá použiť kód pre špecifické prejavy, pokiaľ tieto zodpovedajú definícii vedľajšej diagnózy. Tu si treba všimnúť nasledovné príklady.

S0402 - Príklad 1

Pacient prichádza na liečbu diabetickej nefropatie.

Hlavná diagnóza: E10.20† *Diabetes mellitus 1. typu: s obličkovými komplikáciami, kompenzovaný*

Vedľajšia diagnóza: N08.3* *Glomerulová choroba pri diabetes mellitus*

S0402 - Príklad 2

Pacient je prijatý na liečbu terminálnej obličkovej insuficiencie v dôsledku diabetickej nefropatie.

Hlavná diagnóza: E10.20† *Diabetes mellitus 1. typu: s obličkovými komplikáciami, kompenzovaný*

Vedľajšie diagnózy: N08.3* *Glomerulová choroba pri diabetes mellitus*

N18.5 *Chronická choroba obličiek, 5. štádium*

Upozornenie: Kód N18.5 Chronická choroba obličiek, 5. štádium slúži v tomto príklade na bližšiu špecifikáciu diagnózy popísanej pomocou systému krížik-hviezdica. Kód nie je použitý ako hlavná diagnóza.

#(3) Diabetické očné ochorenia

Očné ochorenia, ktoré sú v kauzálnnej súvislosti s diabetes mellitus, sa kódujú ako „**diabetes mellitus s očnými komplikáciami**“

E10† - E14†, štvrtá pozícia „.3“

Okrem toho je možné použiť kód pre špecifickú manifestáciu, pokiaľ táto zodpovedá definícii vedľajšej diagnózy. Tu si treba všimnúť nasledovné príklady.

Diabetická retinopatia

E10† - E14†, štvrtá pozícia „.3“ *Diabetes mellitus s očnými komplikáciami*

H36.09* *Diabetická retinopatia*

Diabetická retinopatia s edémom sietnice a makuly:

E10† - †E14, štvrtá pozícia „.3“ *Diabetes mellitus s očnými komplikáciami*

H36.09* *Diabetická retinopatia*

H35.8 *Iná choroba sietnice, bližšie určená*

Ak má diabetické očné ochorenie za následok slepotu alebo výrazné zníženie zraku, použije sa kód kategórie:

H54.- *Slepota a slabozrakosť*

Diabetická katarakta (šedý zákal) sa kóduje len vtedy, ak je v kauzálnom vzťahu s diabetes mellitus. V takomto prípade sa kóduje nasledovne:

E10† - E14†, štvrtá pozícia „.3“ *Diabetes mellitus s očnými komplikáciami*

H28.0* *Diabetická katarakta (E10-E14, štvrtá pozícia .3†)*

Keď sa kauzálny vzťah nezistí, kóduje sa **katarakta** (starecký zákal šošovky) **u diabetika** nasledovne:

zodpovedajúci kód z H25.- *Senilná katarakta*

alebo

zodpovedajúci kód z H26.- *Iná katarakta*

a k tomu zodpovedajúce kódy E10 - E14 pre diabetes mellitus.

#(4) Neuropatia a diabetes mellitus

Neurologické komplikácie (periférne a autonómne neuropatie), ktoré sú v kauzálnom vzťahu s diabetes mellitus, sa kódujú ako „diabetes mellitus s nervovými komplikáciami“

E10† - E14†, na štvrtej pozícii „.4“

Okrem toho sa použije kód pre špecifické manifestácie, pokiaľ tieto spĺňajú definíciu vedľajšej diagnózy. Treba si všimnúť nasledovné príklady.

Diabetická mononeuropatia

E10† - E14†, štvrtá pozícia „.4“ *Diabetes mellitus s nervovými komplikáciami*

G59.0* *Diabetická mononeuropatia*

Diabetická autonómna neuropatia (postihnutie inervácie vnútorných orgánov pri DM)

E10† - E14†, štvrtá pozícia „.4“ *Diabetes mellitus s nervovými komplikáciami*

G99.0* *Autonómna neuropatia pri endokrinných a metabolických chorobách*

Diabetická polyneuropatia

E10† - E14†, štvrtá pozícia „.4“ *Diabetes mellitus s nervovými komplikáciami*

G63.2* *Diabetická polyneuropatia*

#(5) Periférne cievne choroby a diabetes mellitus

Periférne cievne choroby (diabetická makro-/mikro- angiopatia), ktoré sú v kauzálnom vzťahu s diabetes mellitus, sa kódujú ako „diabetes mellitus s periférnymi cievnymi komplikáciami“

E10† - E14†, na štvrtej pozícii „.5“

Okrem toho sa použije kód pre špecifickú manifestáciu, pokiaľ táto spĺňa definíciu vedľajšej diagnózy. Treba si to všimnúť v ďalšom príklade .

Diabetes mellitus s periférnou angiopatiou

E10† - E14†, štvrtá pozícia „.5“ *Diabetes mellitus s periférnymi cievnymi komplikáciami*

I79.2* *Periférna angiopatia pri chorobách zatriedených inde*

#(6) Syndróm diabetickej nohy

Diagnóza diabetickej nohy sa kóduje ako E10 - E14, na štvrtej a piatej pozícii

„.74“ *Diabetes mellitus s mnohopočetnými komplikáciami, so syndrómom diabetickej nohy, kompenzovaný*

alebo

„.75“ *Diabetes mellitus, s mnohopočetnými komplikáciami, so syndrómom diabetickej nohy, dekompenzovaný*

Kódy pre existujúce **manifestácie**,

napr.

G63.2* *Diabetická polyneuropatia*

I79.2* *Periférna angiopatia pri chorobách zatriedených inde*

sa potom pripájajú. Všetky existujúce manifestácie a komplikácie sa kódujú vtedy, keď spĺňajú definíciu vedľajšej diagnózy.

V tabuľke 19 sú uvedené diagnózy, ktoré môžu patriť do obrazu syndrómu „diabetickej nohy“.

#(7) Metabolický syndróm

Pokiaľ ide o kódovanie metabolického syndrómu, jednotlivé komponenty syndrómu sú kódované samostatne podľa pravidla kódovania s označením D0301 *Syndrómy*.

#(8) Poruchy vnútornej sekrécie pankreasu

V tabuľke 20 sú uvedené kódy, ktoré sa u diabetikov **nekódujú** ako hlavná diagnóza.

Tabuľka 22: *Diagnózy, ktoré patria do obrazu syndrómu „diabetickej nohy“*

<u>Infekcie a/alebo vred</u>	
L02.4	<i>Kožný absces, furunkul a karbunkul končatiny</i>
L03.02	<i>Flegmóna prstov nohy</i>
L03.11	<i>Flegmóna dolnej končatiny</i>
Poznámka: pri nasledujúcich štvormiestnych kódoch L89.- <i>Dekubit</i> (dekubitový vred, preležanina, tlaková oblasť) sa kóduje na 5. pozícii lokalizácia tlakového miesta (dekubitu):	
L89.0-	<i>Dekubitus 1. stupňa</i>
L89.1-	<i>Dekubitus 2. stupňa</i>
L89.2-	<i>Dekubitus 3. stupňa</i>
L89.3-	<i>Dekubitus 4. stupňa</i>
L89.9-	<i>Dekubitus, stupeň bližšie neurčený</i>
L97	<i>Vred predkolenia, nezatriedený inde</i>
<u>Periférne cievne ochorenia</u>	
I70.20	<i>Ateroskleróza iných a bližšie neurčených končatinových tepien</i>
I70.21	<i>Ateroskleróza končatinových tepien s postihnutím panvy a dolných končatín, s ischemickou bolesťou po záťaži</i>
I70.22	<i>Ateroskleróza končatinových tepien s postihnutím panvy a dolných končatín, s bolesťou v pokoji</i>
I70.23	<i>Ateroskleróza končatinových tepien s postihnutím panvy a dolných končatín, s ulceráciami</i>
I70.24	<i>Ateroskleróza končatinových tepien s postihnutím panvy a dolných končatín, s gangrénou</i>
I79.2*	<i>Periférna angiopatia pri chorobách zatriedených inde; Periférna diabetická angiopatia (E10 – E14, štvrté miesto 5†)</i>
<u>Periférna neuropatia</u>	
G63.2*	<i>Diabetická polyneuropatia (E10-E14, štvrtá pozícia .4†)</i>
G99.0*	<i>Autonómna neuropatia pri endokrinných a metabolických chorobách</i>
<u>Deformity</u>	
M20.1	<i>Vbočený palec nohy [hallux valgus] (získaný)</i>
M20.2	<i>Stuhnutý palec nohy [hallux rigidus]</i>
M20.3	<i>Iná deformita palca (získaná)</i>
M20.4	<i>Iný kladivkový prst (prsty) nohy (získaný)</i>
M20.5	<i>Iné deformity prsta (prstov) nohy (získané)</i>
M21.27	<i>Flekčná deformita členka a nohy (predpriehlavok, priehlavok, prsty nohy, členkový kĺb, iné kĺby nohy)</i>
M21.37	<i>Ovisnutá noha (získaná) s postihnutím členka a nohy (predpriehlavok, priehlavok, prsty nohy, členkový kĺb, iné kĺby nohy)</i>
M21.4	<i>Plochá noha [Pes planus] (získaná)</i>
M21.57	<i>Získaná pazúrovitá noha a konská noha [talipes]</i>
M21.67	<i>Iná získaná deformita členka a nohy (predpriehlavok, priehlavok, prsty nohy, členkový kĺb, iné kĺby nohy)</i>
M21.87	<i>Iná bližšie určená získaná deformita končatiny v oblasti členka a nohy (predpriehlavok, priehlavok, prsty nohy, členkový kĺb, iné kĺby nohy)</i>
<u>Predchádzajúce amputácie</u>	
Z89.4	<i>Získané chýbanie nohy a členka</i>
Z89.5	<i>Získané chýbanie dolnej končatiny v úrovni kolena alebo pod kolenom, jednostranné</i>
Z89.6	<i>Získané chýbanie dolnej končatiny nad kolenom, jednostranné</i>

Z89.7 *Získané chýbanie oboch dolných končatín (ktorákoľvek úroveň, okrem samých prstov)*

Tabuľka 23: Zoznam kódov diagnóz, ktoré sa nekódujú u diabetikov ako hlavná diagnóza

E16.0	<i>Hypoglykémia zapríčinená liekmi, bez kómy</i>
E16.1	<i>Iná hypoglykémia</i>
E16.2	<i>Hypoglykémia, bližšie neurčená</i>
E16.8	<i>Iná porucha vnútornej sekrécie podžalúdkovej žľazy, bližšie určená</i>
E16.9	<i>Porucha vnútornej sekrécie podžalúdkovej žľazy, bližšie neurčená</i>

S0403E CYSTICKÁ FIBRÓZA

Pri hospitalizácii pacientov s cystickou fibrózou sa nezávisle od toho, na základe ktorého prejavu tohto ochorenia bol pacient prijatý do nemocnice, kóduje jeden z kódov **E84.- Cystická fibróza** ako **hlavná diagnóza**. Špecifické prejavy choroby sa kódujú vždy ako vedľajšie diagnózy.

S0403 - Príklad 1

Pacient s cystickou fibrózou a respiračnou infekciou (*hemophilus influenzae*) je prijatý na liečbu bronchitídy.

Hlavná diagnóza:	E84.0	<i>Cystická fibróza s pľúcnymi prejavmi</i>
Vedľajšia diagnóza:	J20.1	<i>Akútna bronchitída zapríčinená Haemophilus influenzae</i>

Ak je pacient hospitalizovaný s prejavmi viacerých orgánových postihnutí, a teda ide o kombinované manifestácie (prejavy) choroby, tieto sa kódujú zodpovedajúcim kódom z kategórie

E84.8- Cystická fibróza s inými prejavmi

E84.80 Cystická fibróza s pľúcnymi a črevnými prejavmi
 E84.87 Cystická fibróza s inými mnohopočetnými prejavmi
 E84.88 Cystická fibróza s inými prejavmi

Kód

E84.80 *Cystická fibróza s pľúcnymi a črevnými prejavmi*

sa nekóduje, pokiaľ je v popredí liečba ochorenia čreva a hospitalizácia sa uskutočnila z dôvodu operácie „črevnej manifestácie“. V týchto prípadoch sa kóduje E84.1 *Cystická fibróza s črevnými prejavmi* ako hlavná diagnóza a ako vedľajšia diagnóza sa kóduje E84.0 *Cystická fibróza s pľúcnymi prejavmi*.

U hospitalizácií, ktoré nesúvisia s cystickou fibrózou, sa ochorenie, ktoré je dôvodom hospitalizácie (napr. zlomenina) kóduje ako hlavná diagnóza a E84.- *Cystická fibróza* ako vedľajšia diagnóza.

S05 DUŠEVNÉ PORUCHY A PORUCHY SPRÁVANIA

S0501A DUŠEVNÉ PORUCHY A PORUCHY SPRÁVANIA SPÔSOBENÉ PSYCHOAKTÍVNYMI LÁTKAMI

#(1) Všeobecné poznámky

Ku kategóriám F10 - F19 je potrebné zohľadniť všeobecné poznámky v MKCH-10-SK.

Pokiaľ je pri diagnózach F10 - F19 možné kódovať na štvrtej pozícii viac stavov, ktoré zodpovedajú stavu pacienta (napr. „akútna intoxikácia“, „závislosť“ alebo „psychotická porucha“), tak sa priradia všetky kombinovateľné kódy.

V prípadoch neúmyselného užitia alebo neodborného užitia **liekov** sa kategórie F10 - F19 pri kódovaní nepoužijú. Tieto prípady sa kódujú príslušným kódom z XIX. kapitoly MKCH-10-SK a podľa pravidiel kódovania s označením S1909, S1910 a S1911.

#(2) Akútna intoxikácia

V prípade akútnej intoxikácie spojennej s poruchou psychiky a správania sa priradí príslušný kód z F10 - F19, štvrtá pozícia „0“, prípadne spolu s ďalším štvormiestnym kódom z F10 - F19 (pozri príklad 1). Pokiaľ je akútna intoxikácia príčinou hospitalizácie, kóduje sa táto ako hlavná diagnóza.

S0501 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný v ebriete pri súčasnom syndróme závislosti na alkohole.

Hlavná diagnóza:	F10.0	Porucha psychiky a správania, zapríčinená užívaním alkoholu: akútna intoxikácia
Vedľajšia diagnóza:	F10.2	Porucha psychiky a správania, zapríčinená užívaním alkoholu: syndróm závislosti

#(3) Škodlivé užívanie

Na štvrtej pozícii kódov F10-F19 sa priradí „1“, ak je medzi určitou chorobou/chorobami a užívaním alkoholu/psychoaktívnymi látkami súvislosť. To je napríklad vtedy, keď sú diagnózy bližšie popísané výrazmi ako „alkoholom indukovaná“ alebo „vzťahujúca sa na drogy“ (v kódach MKCH-10-SK označené ako „škodlivé užívanie“).

S0501 - Príklad 2

U pacienta je diagnostikovaný zápal pažeráka vzťahujúci sa k užívaniu alkoholu.

Hlavná diagnóza:	K20	Ezofagitída
Vedľajšia diagnóza:	F10.1	Porucha psychiky a správania, zapríčinená užívaním alkoholu: škodlivé užívanie

Pri vyššie uvedenej definícii je potrebné dbať na to, aby sa na štvrtú pozíciu nepriradila „1“, ak existuje špecifická, na alkohol/psychoaktívne látky sa vzťahujúca choroba, predovšetkým syndróm závislosti (F10-F19) na štvrtej pozícii „2“ alebo psychotická porucha (F10 - F19) na štvrtej pozícii „5“.

S06 CHOROBY NERVOVEJ SÚSTAVY

S0601D CIEVNA MOZGOVÁ PRÍHODA

#(1) Akútna cievna mozgová príhoda

Pri komplexnej neurologickej liečbe akútnej CMP sa kóduje aj jeden zo zdravotných výkonov skupiny 8v16-. Podmienkou kódovania týchto výkonov je splnenie minimálnych požiadaviek uvedených v prílohe č. 1 tohto dokumentu.

Pri poskytovaní rehabilitačnej starostlivosti v súvislosti s akútnou CMP je možné vykazať aj výkon 8n11- *Neurologická, neurochirurgická včasná rehabilitačná starostlivosť*, ak boli splnené podmienky uvedené v prílohe č. 3 tohto dokumentu.

Ak pacient pokračuje v liečbe akútnej cievnej mozgovej príhody (CMP) a jej bezprostredných následkov (neurologických deficitov), kóduje sa kód z kategórie I60 - I64 (kapitola IX., MKCH-10-SK *Cievne choroby mozgu*, pozri aj „patrí sem“ a „nepatrí sem“) s príslušným kódom pre neurologické deficity (napr. hemiplegia, afázia, hemianopsia, atď.) (príklad 1).

S0601 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný pre pokračovanie liečby akútneho mozgového infarktu, ktorý sa prejavil chabou hemiplegiou a afáziou.

Hlavná diagnóza:	I63.3	<i>Mozgový infarkt, zapríčinený trombózou mozgových tepien</i>
Vedľajšie diagnózy:	G81.0	<i>Chabá hemiparéza a hemiplégia</i>
	R47.0	<i>Dysfázia a afázia</i>

Poznámka: mozgový infarkt je kódovaný ako hlavná diagnóza, všetky ostatné funkčné poruchy sú kódované ako vedľajšie diagnózy.

#(2) Cievna mozgová príhoda prekonaná v minulosti

Ak má pacient anamnézu CMP s **pretrvávajúcimi** neurologickými deficitmi (výpadkami) a je hospitalizovaný z dôvodu liečby následkov CMP, tak sa neurologické deficity (napr. hemiplégia, afázia, hemianopsia, neglect syndróm) kódujú ako hlavná diagnóza a kód z kategórie I69.0 až I69.8 *Následky cievnych chorôb mozgu* sa priradí ako vedľajšia diagnóza (príklad 2).

S0601 - Príklad 2

Pacient je hospitalizovaný za účelom rehabilitačnej starostlivosti pre pretrvávajúcu spastickú hemiparézu po prekonanej CMP v minulosti.

Hlavná diagnóza:	G81.1	<i>Spastická hemiparéza a hemiplégia</i>
Vedľajšie diagnózy:	I69.4	<i>Následky cievnej mozgovej príhody bližšie neurčenej ako krvácanie alebo infarkt</i>

Ak je pacient s anamnézou v minulosti prekonanej CMP s pretrvávajúcimi neurologickými deficitmi hospitalizovaný z dôvodu iného ochorenia, kóduje sa toto ochorenie ako hlavná diagnóza. Neurologické deficity sa kódujú podľa pravidiel kódovania pre vedľajšie diagnózy a následne sa priradí kód z kategórie I69.0 až I69.8 *Následky cievnych chorôb mozgu* (príklad 3).

S0601 - Príklad 3

Pacient je hospitalizovaný s pneumokokovou pneumóniou. Pred tromi rokmi mal akútnu cievnu mozgovú príhodu a odvtedy užíva inhibítor agregácie trombocytov k profylaxii recidívy. Pretrvávajú reziduálna spastická hemiparéza. Táto vyžaduje zvýšenú mieru ošetrovateľskej starostlivosti.

Hlavná diagnóza:	J13	<i>Zápal pľúc zapríčinený Streptococcus pneumoniae</i>
Vedľajšie diagnózy:	G81.1	<i>Spastická hemiparéza a hemiplegia</i>
	I69.4	<i>Následky cievnej mozgovej príhody bližšie neurčenej ako krvácanie alebo infarkt</i>

Pri CMP sa dysfágia a inkontinencia moču a stolice kódujú len vtedy, keď sú splnené určité kritériá (pozri aj pravidlo kódovania s označením S1801 *Inkontinencia*).

R13.- *Dysfágia* sa kóduje len vtedy, keď je potrebná žalúdočná sonda alebo iné invazívne opatrenie (napr. PEG - perkutánná endoskopická gastrotómia) k zabezpečeniu enterálnej výživy a potreba takýchto opatrení trvá viac ako 7 kalendárnych dní po vzniku cievnej mozgovej príhody.

S0602A TETRAPLÉGIA A PARAPLÉGIA (NETRAUMATICKÁ)

Poznámka: ku kódovaniu traumatickej tetraplégie/paraplégie pozri pravidlo kódovania s označením S1905 *Úrazy miechy*.

#(1) Iniciálna (akútna) fáza paraplégie/tetraplégie

Akútna fáza netraumatickej paraplégie/tetraplégie zahŕňa bezprostredné prijatie po vzniku netraumaticky podmieneného funkčného neurologického deficitu (napr. myelitída transversa, infarkt miechy a pod.). Môže ísť aj o konzervatívne alebo operačne liečené ochorenie, ktoré sa nachádzalo v remisii, následne sa však zhoršilo a vyžaduje rovnakú intenzitu ošetrovania ako u pacientov po prvýkrát hospitalizovaných po poranení.

Pokiaľ sa u pacienta vyskytne ochorenie, ktoré má za následok akútne poškodenie miechy (napr. myelitída), kódujú sa nasledovné kódy:

Choroba ako hlavná diagnóza, napr.

G04.9 *Encefalitída, myelitída a encefalomyelitída, bližšie neurčená*

a jeden z kódov:

G82.- *Paraparéza a paraplégia, tetraparéza a tetraplégia, piata pozícia „0“ alebo „1“.*

Pre funkčnú výšku poškodenia miechy (lokalita) sa uvedie zodpovedajúci kód z

G82.6-! *Funkčná úroveň pri poškodení miechy*

#(2) Chronická fáza paraplégie/tetraplégie

O chronickú fázu paraplégie/tetraplégie ide, ak je liečba akútneho ochorenia (napr. myelitídy), ktoré ochrnutie spôsobilo, ukončená.

Pokiaľ je pacient prijatý a liečený v tejto chronickej fáze paraplégie/tetraplégie, uvedie sa kód z kategórie

G82.- *Paraparéza a paraplégia, tetraparéza a tetraplégia*

piata pozícia „2“ (úplná) alebo „3“ (neúplná) ako hlavná diagnóza.

Pre funkčnú úroveň poškodenia miechy sa uvedie zodpovedajúci kód z

G82.6-! *Funkčná úroveň pri poškodení miechy*

S07 CHOROBY OKA A OČNÝCH ADNEXOV

S0701C KATARAKTA: SEKUNDÁRNA INZERCIA ŠOŠOVKY

V prípadoch predchádzajúceho operačného odstránenia šošovky alebo ak je šošovka dislokovaná, subluxovaná, nesprávne umiestnená, sa pri inzercii novej šošovky kóduje diagnóza:

H27.0 *Afakia*

S0702A ZLYHANIE ALEBO ODVRHNUTIE TRANSPLANTÁTU ROHOVKY

Zlyhanie a odvrhnutie transplantátu rohovky sa kóduje kódom:

T86.83 *Zlyhanie a odvrhnutie transplantovanej rohovky oka*

K uvedenému kódu sa v súvislosti s odvrhnutím alebo zlyhaním rohovkového transplantátu ďalej kódujú vedľajšie diagnózy uvedené v tabuľke 21.

Tabuľka 24: *Obvyklé vedľajšie diagnózy v súvislosti s odvrhnutím alebo zlyhaním rohovkového transplantátu*

H44.0	<i>Hnisová endoftalmitída</i>
H44.1	<i>Iná endoftalmitída</i>
H20.-	<i>Iridocyklitída</i>
H16.-	<i>Keratitída</i>
H18.-	<i>Iná choroba rohovky</i>
Z94.79	<i>Stav po transplantácii rohovky</i>

S08 CHOROBY UCHA A HLÁVKOVÉHO VÝBEŽKU

S0801I STRATA SLUCHU (NEDOSLÝCHAVOSŤ A HLUCHOTA)

Diagnózy označujúce stratu sluchu z kategórie H90.- alebo H91.-sa môžu kódovať ako **hlavná diagnóza**, a to v nasledovných situáciách:

- pri vyšetreniach u detí, ak sa CT alebo MRI vyšetrenie vykonáva v celkovej anestézii alebo boli vykonané sluchové testy,
- pri náhlej strate sluchu u dospelých,
- pri operačnom riešení poruchy sluchu (implantácia kochleárneho implantátu alebo implantovateľného naslúchadla).

Klinická poznámka k pravidlu: u dieťaťa s podozrením na poruchu sluchu sa v rámci hospitalizácie vykonávajú okrem základného ORL vyšetrenia aj sluchové testy (tympanometria, otoakustické emisie a ASSSR (auditory steady state response) v celkovej anestézii. V prípade, že dieťa má ťažkú poruchu sluchu až hluchotu a kochleárne centrum u dieťaťa plánuje kochleárnu implantáciu, vykoná sa CT vyšetrenie spánkových kostí a/alebo MR vyšetrenie spánkových kostí v celkovej anestézii.

S09 CHOROBY OBEHOVEJ SÚSTAVY

S0901C ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDCA (ICHs)

#(1) Angina pectoris

Ak má pacient angina pectoris, použije sa príslušný kód pred kódom označujúcim koronárnu aterosklerózu.

Pokiaľ je pacient hospitalizovaný s instabilnou angina pectoris a z tejto sa počas hospitalizácie vyvinie infarkt myokardu, kóduje sa iba infarkt myokardu.

Keď sa však u pacienta vyvinie angina pectoris po infarkte myokardu, môže sa ako doplňujúci kód uviesť

I20.0 *Nestabilná angina pectoris*

#(2) Koronárne syndrómy z hľadiska dĺžky ich liečby

Akútny infarkt myokardu (I21.-)

Ako akútny infarkt myokardu je možné kódovať stav, ktorý vznikol v časovom intervale maximálne 4 týždne (≤ 28 dní) dozadu. Kóduje sa niektorým kódom z kategórie:

I21.- *Akútny infarkt myokardu*

Kódy z kategórie

I21.- *Akútny infarkt myokardu*

sa používajú tak pre iniciálnu liečbu infarktu v prvej nemocnici, ktorá pacienta s infarktom prijala, ako aj v ďalších zariadeniach, do ktorých je pacient v priebehu týchto štyroch týždňov (≤ 28 dní) prijatý alebo preložený.

Recidivujúci infarkt myokardu (I22.-)

Touto kategóriou sa kóduje **recidivujúci infarkt myokardu**, ktorý sa vyvinie v priebehu štyroch týždňov (≤ 28 dní) po predchádzajúcom infarkte.

Starý infarkt myokardu (I25.2-)

Kód

I25.2- *Starý infarkt myokardu*

kóduje anamnestickú diagnózu, aj keď táto nie je v kapitole XXI. uvedená ako „Z-kód“. Kóduje sa prídavne vtedy, keď má pre aktuálnu liečbu význam (pravidlo D0201 *Definícia vedľajšej diagnózy*).

Iná forma chronickej ischemickej choroby srdca

Infarkt myokardu, ktorý je liečený viac ako štyri týždne (> 28 dní) od jeho vzniku, sa kóduje ako:

I25.8 *Iná forma chronickej ischemickej choroby srdca*

#(3) ICHS, ktorá bola pred časom ošetrovaná kardiochirurgicky/intervenčne

Keď je počas aktuálnej hospitalizácie liečená ischemická choroba srdca, ktorá bola už v minulosti liečená kardiochirurgicky alebo intervenčne, postupuje sa nasledovne:

Ak sú existujúce bajpasy/stenty funkčné a je vykonaný opätovný zákrok, aby sa ošetrili ďalšie časti ciev, použije sa jeden z kódov diagnóz:

I25.11 *Aterosklerotická choroba srdca, jednocievne postihnutie*

I25.12 *Aterosklerotická choroba srdca, dvojcievne postihnutie*

I25.13 *Aterosklerotická choroba srdca, trojcievne postihnutie*

I25.14 *Aterosklerotická choroba srdca, stenóza ľavého hlavného kmeňa*

a zároveň jeden z nasledujúcich kódov:

Z95.1 *Stav po implantácii aortokoronárneho bajpasu pomocou štepu*

Z95.5 *Stav po implantácii koronárneho angioplastického implantátu a štepu*

Kódy diagnóz:

I25.15 *Aterosklerotická choroba srdca so stenózou bajpasu*

I25.16 *Aterosklerotická choroba srdca so stenózou stentu*

sa použijú iba vtedy, keď je postihnutý samotný bajpas/stent. V takom prípade sa kódy:

Z95.1 *Stav po implantácii aortokoronárneho bajpasu pomocou štepu*

Z95.5 *Stav po implantácii koronárneho angioplastického implantátu a štepu*

nepoužijú ako doplnkové vedľajšie diagnózy.

S0901 - Príklad 1

Pacient bol hospitalizovaný s instabilnou angina pectoris, ktorá sa vyvinula tri roky po operácii bajpasu. Koronarografické vyšetrenie potvrdilo stenózu v oblasti venózneho bajpasu.

Hlavná diagnóza: I20.0 *Nestabilná angina pectoris*

Vedľajšia diagnóza: I25.15 *Aterosklerotická choroba srdca so stenózou bajpasu*

Predpokladom pre priradenie kódu

Z95.1 *Stav po implantácii aortokoronárneho bajpasu pomocou štepu*

alebo

Z95.5 *Stav po implantácii koronárneho angioplastického implantátu a štepu*

je okrem existencie anamnestických informácií o prítomnosti koronárno-cievneho bajpasu alebo pred časom vykonanej koronárnej angioplastiky aj to, že tieto údaje majú pre aktuálnu hospitalizáciu význam (pozri skupinu pravidiel kódovania s označením D02 *Vedľajšie diagnózy*).

S0902A AKÚTNY PŔÚČNY EDÉM

Keď je diagnostikovaný „akútny pľúcný edém“, kóduje sa **podľa príčiny**. Napríklad akútny **kardiálny edém pľúc** sa kóduje ako:

I50.14 *Zlyhávanie ľavej komory s ťažkosťami v pľúcach*

K vyššie uvedenému pozri aj usmernenie v MKCH-10-SK pri diagnóze J81 *Pľúcný opuch*.

J81 *Pľúcný opuch*

Patrí sem:

Akútny pľúcný edém Pľúcna stáza (pasívna)

Nepatrí sem:

Hypostatická pneumónia (J18.2) Pľúcný edém

- *zapríčinený chemickými látkami (akútny) (J68.1)*
- *zapríčinený vonkajšími faktormi (J60 – J70)*
- *s údajom o chorobe srdca, bližšie neurčenej, alebo o srdcovej insuficiencii (I50.1-)*

S0903A ZASTAVENIE SRDCA

Zastavenie srdca (asystólia) alebo zastavenie srdca a dýchania (I46.- *Zastavenie srdca*) sa **kóduje iba vtedy, keď boli vykonané resuscitačné opatrenia**, bez ohľadu na ich výsledok pre pacienta.

Zastavenie srdca (I46.- *Zastavenie srdca*) sa neuvádza ako hlavná diagnóza, keď je príčina zastavenia známa.

Pri kardiopulmonálnej resuscitácii v zdravotníckom zariadení pri zastavení srdca sa okrem toho kóduje aj kód výkonu:

8q124 *Rozšírená kardiopulmonálna resuscitácia*

S0904A HYPERTENZIA A CHOROBY SRDCA A/ALEBO OBLIČIEK

#(1) Hypertenzná choroba srdca

Ak je srdcová choroba **v kauzálnom vzťahu** s hypertenziou, uvedie sa kód pre srdcovú chorobu (napr. z I50.- *Zlyhávanie srdca* alebo I51.- *Komplikácie choroby srdca a nepresne opísaná choroba srdca*) nasledovaný kódom z I11.- *Hypertenzná choroba srdca*.

Keď pre chorobu srdca nie je žiadny iný kód v MKCH-10-SK okrem I11.- *Hypertenzná choroba srdca*, použije sa tento kód.

Pokiaľ medzi chorobou srdca a hypertenziou neexistuje žiadny kauzálny vzťah, kódujú sa hypertenzia a choroba srdca osobitne.

#(2) Hypertenzná choroba obličiek

Ak je ochorenie obličiek **v kauzálnom vzťahu** s hypertenziou, uvedie sa kód pre ochorenie obličiek (napr. z N18.- *Chronická choroba obličiek*) nasledovaný kódom z I12.- *Hypertenzná choroba obličiek*. Keď pre

chorobu obličiek nie je žiadny iný kód v MKCH-10-SK okrem I12.- *Hypertenzná choroba obličiek*, použije sa tento kód.

Pokiaľ medzi chorobou obličiek a hypertenziou neexistuje kauzálny vzťah, kódujú sa hypertenzia a choroba obličiek osobitne.

#(3) Hypertenzná choroba srdca a obličiek

V prípadoch, keď sa vyskytuje aj hypertenzná choroba srdca (I11.-), aj hypertenzná choroba obličiek (I12.-), použije sa kód pre chorobu srdca (napr. z I50.- *Zlyhávanie srdca*) a pre chorobu obličiek (napr. z N18.- *Chronická choroba obličiek*), nasledovaný kódom

I13.- *Hypertenzná choroba srdca a obličiek*

Keď pre chorobu srdca a chorobu obličiek nie je v MKCH-10-SK žiadny iný kód okrem I13.-

Hypertenzná choroba srdca a obličiek, použije sa tento kód samostatne.

Hlavná diagnóza sa určuje podľa pravidiel kódovania D01 pre hlavnú diagnózu.

S0905C DOPLNKOVÉ VÝKONY V SÚVISLOSTI S OPERÁCIOU SRDCA

#(1) Mimotelový (extrakorporálny) obeh

Pri operáciách, pri ktorých sa obligátne používa mimotelový obeh, je jeho použitie zvyčajne obsiahnuté v kóde operácie, preto sa kód označujúci použitie mimotelového obehu osobitne nekóduje.

V prípade, že použitie mimotelového obehu nie je rutinnou súčasťou operačného výkonu, kóduje sa jeho použitie príslušným kódom výkonu 8r717.0 až 8r717.x.

Výnimku tvoria operácie, pri ktorých sa mimotelový obeh použije **v hlbokom podchladení** pod 26 stupňov Celzia. V týchto prípadoch sa doplnkovo ku kódu operácie, v ktorom je štandardne obsiahnuté použitie mimotelového obehu, použije aj jeden z nižšie uvedených kódov:

8r717.3 *Vedenie mimotelového obehu krvi v hlbokoj hypotermii (20-26°C)*

8r717.4 *Vedenie mimotelového obehu krvi v hlbokoj hypotermii (menej ako 20°C)*

#(2) Dočasný kardiostimulátor, dočasné elektródy

Implantácia sond pre dočasnú stimuláciu srdcovej frekvencie je rutinnou súčasťou kardiochirurgických operačných výkonov, a preto sa nekóduje osobitne.

S0906A REVÍZIE ALEBO REOPERÁCIE V KARDIOCHIRURGII

Reoperácia je opätovný zákrok po predchádzajúcej operácii srdca s otvorením perikardu alebo s otvorenou operáciou na srdcových chlopniach.

V zásade sa pri každej reoperácii na srdci uvedie k špecifickému kódu pre operáciu aj doplňujúci kód:

5k795 *Reoperácia na srdci a perikarde*

Ak sa reviduje existujúci **bajpas alebo ak sa vytvorí nový bajpas** kódujú sa dodatočne aj príslušné kódy zdravotných výkonov :

5k631 *Revízia aortokoronárneho bajpasu*

5k632 *Reimplantácia aortokoronárneho bajpasu*

S0906 - Príklad 1

Pacient je hospitalizovaný pre výmenu aortálnej chlopne. Pred 8 rokmi bola aortálna chlopňa nahradená bioprotézou.

Výkony:	5k510.2	<i>Náhrada aortálnej chlopne xenotransplantátom - bioprotézou</i>
	5k795	<i>Reoperácia na srdci a perikarde</i>

S0907B KARDIOSTIMULÁTORY/DEFIBRILÁTORY

#(1) Implantovateľné kardiostimulátory a defibrilátory

Implantácia trvalého kardiostimulátora, ktorá nasleduje po odstránení dočasného kardiostimulátora (sondy), sa kóduje zdravotným výkonom označujúcim prvotnú implantáciu trvalého kardiostimulátora, nie kódom pre výmenu.

Odkúšanie a kontrola nastavenia implantovateľného kardiostimulátora sa počas hospitalizácie pre implantáciu kardiostimulátora vykonáva rutinne, a preto sa kód zdravotného výkonu pre tento účel osobitne nekóduje. Odkúšanie, uskutočnené nie v súvislosti s implantáciou počas inej hospitalizácie, sa kóduje kódom

1k120.0 *Elektrofyzilogické vyšetrenie srdca bez katétra pri implantovanom kardiostimulátore*

Pri hospitalizácii z dôvodu **výmeny agregátu** kardiostimulátora/defibrilátora sa kóduje sa príslušný kód zdravotného výkonu a ako hlavná diagnóza sa priradí kód

Z45.0 *Kontrola a nastavenie kardiostimulátora*

Komplikácie systému implantovateľného kardiostimulátora/defibrilátora sa kódujú jedným z nasledovných kódov diagnózy:

T82.1 *Mechanická komplikácia zapríčinená srdcovou elektronickou pomôckou*

T82.7 *Infekcia a zápalová reakcia zapríčinená inou srdcovou a cievnu protézou, implantátom a transplantátom*

T82.8 *Iná komplikácia zapríčinená srdcovou a cievnu protézou, implantátom a transplantátom, bližšie určená*

U pacienta s implantovaným kardiostimulátorom/defibrilátorom sa kóduje kód diagnózy:

Z95.0 *Stav po implantácii kardiostimulátora*

S0908J HOSPITALIZÁCIA V SÚVISLOSTI S CIEVNÝM PRÍSTUPOM PRE DLHODOBÚ ELIMINAČNÚ LIEČBU

Cievny prístup pre dlhodobú mimotelovú eliminačnú liečbu môže byť zabezpečený vytvorením arterio-venózne spojky (A-V shunt) angiochirurgickým výkonom alebo zavedením špeciálneho permanentného katétra.

V prípade, ak je pacient hospitalizovaný **výlučne** za účelom vytvorenia A-V fistuly, zavedenia permanentného katétra, riešenia komplikácií súvisiacich s vytvoreným cievny prístupom, alebo pre jeho uzatvorenie, postupuje sa podľa nasledujúcich pravidiel.

#(1) Vytvorenie A-V fistuly, zavedenie permanentného katétra

Hlavná diagnóza: Z49.0 *Starostlivosť počas prípravy na dialýzu*

Ako výkon sa kóduje jeden z výkonov

5I502.1- až 5I502.9	<i>Vytvorenie A-V fistuly</i>
5I591.4-	<i>Operačné vloženie katétra do tepny/žily</i>
5I591.50, 5I591.51	<i>Implantácia alebo výmena katétra v žile</i>
8r724.1-	<i>Zavedenie centrálneho venózneho katétra, externý tunelizovaný katéter</i>

#(2) Komplikácia A-V fistuly, permanentného katétra

Ak je pacient hospitalizovaný z dôvodu zúženia, nepriechodnosti alebo inej komplikácie už vytvoreného cievneho prístupu pre dlhodobú eliminačnú liečbu, použijú sa pre kódovanie tieto kódy:

1. Komplikácia A-V fistuly

Hlavná diagnóza: I74.8 *Embólia a trombóza iných tepien* alebo
 I87.8 *Iné choroby žily, bližšie určené*

Výkony: kóduje sa napr. jeden z výkonov:

5I502.a-	<i>Cievna rekonštrukcia A-V fistuly alebo</i>
5I502.b	<i>Trombektómia A-V fistuly</i>
8r732	<i>Trombolytická liečba A-V shuntu</i>
8r800.q	<i>Perkutánna transluminálna balónová angioplastika: umelé cievy alebo</i>
8r800.x	<i>Perkutánna transluminálna balónová angioplastika: iné</i>

2. Mechanická komplikácia permanentného katétra

Hlavná diagnóza: T82.4 *Mechanická komplikácia zapríčinená cievny dialyzačným katétrom*

Ako výkon sa kóduje napr. jeden z výkonov:

5I591.50	<i>Implantácia alebo výmena katétra vo véne chirurgicky</i>
5I591.51	<i>Implantácia alebo výmena katétra vo véne sonograficky navigovaná</i>
5I591.52	<i>Revízia katétra vo véne</i>

#(3) Zrušenie A-V fistuly, permanentného katétra

Hlavná diagnóza: I87.8 *Iné choroby žily, bližšie určené*

V prípade zrušenia A-V fistuly sa výkony kódujú jedným z výkonov:

5I502.c- *Zrušenie A-V fistuly bez/s cievnu rekonštrukciou*

V prípade odstránenia katétra sa kódujú výkony:

5I591.53 Odstránenie katétra zo žily

8r726.1 Extrakcia centrálného venózneho katétra, tunelizovaný katéter

S10 CHOROBY DÝCHACEJ SÚSTAVY

S1001 PRÍSTROJOVÁ UMELÁ PĽÚCNA VENTILÁCIA

#(1) Definícia a postup pri kódovaní

Prístrojová UPV („umelá pľúcna ventilácia“) je proces, pri ktorom sa plyny v pľúcach pohybujú prostredníctvom mechanického zariadenia. Dýchanie je podporované posilnením alebo náhradou vlastného dýchacieho úsilia (respiračnej aktivity). Pod prístrojovú UPV patria tie druhy ventilácie, pri ktorých má pacient invazívne zaistené dýchacie cesty. Výnimkou sú:

- neinvazívna ventilácia u novorodencov a dojčiat
- odpájací režim od UPV (kedy sú v hodinách UPV zahrnuté aj hodiny odpájacieho režimu, počas ktorého sú pacientovi poskytované iné režimy ventilačnej podpory – bližšie špecifikované v pravidle #(2)

Keď umelá pľúcna ventilácia spĺňa vyššie uvedenú definíciu, tak sa postupuje pri kódovaní nasledovne:

- 1) najskôr sa stanoví **doba trvania** umelej pľúcnej ventilácie. Pre tento parameter je v dátovej vete vyhradené samostatné povinné pole;
- 2) potom sa uvedie jeden z nasledovných kódov pre **typ zaistenia dýchacích ciest**:

2a) zo skupiny **8p14-** (okrem výkonu *8p14a Nasadenie masky pre mechanickú ventiláciu*)

Pre potreby intenzívnej medicíny obvykle ide o kódy:

8p142 *Orotracheálna intubácia*

8p143 *Nazotracheálna intubácia*

a/alebo

2b) v prípadoch **chirurgického zaistenia dýchacích ciest** pre potreby umelej pľúcnej ventilácie jeden z kódov:

5h302.- *Výkony súvisiace s tracheostómiou*

V prípade prijatia pacienta s už zaistenými dýchacími cestami (RZP, predchádzajúce zdravotnícke zariadenie, už vytvorená tracheostómia) sa uvedené kódy nevykazujú.

- 3) pri novorodencoch a dojčatách pri **neinvazívnom zaistení dýchacích ciest** sa použije kód výkonu:

8p100.7 *Neinvazívna ventilácia u novorodencov*

8p100.8 *Neinvazívna ventilácia u dojčiat*

Poznámka: U novorodencov sa môžu kódovať aj iné zdravotné výkony súvisiace s podporou dýchania, ako napr. podanie kyslíka (8p132 *Aplikácia kyslíka [oxygenoterapia] v inkubátore*). Pozri aj pravidlo kódovania s označením S1603. V tomto prípade nejde o dýchanie podporované prístrojmi, preto sa doba trvania umelej pľúcnej ventilácie nekóduje.

#(2) Výpočet času trvania umelej pľúcnej ventilácie

Prístrojová UPV (pozri definíciu), potrebná k vykonaniu operácie alebo začatá počas operácie, ktorá ale netrvá dlhšie ako 24 hodín, sa nezapočítava k celkovej dobe ventilácie.

Ak je však umelá pľúcna ventilácia potrebná z dôvodu operácie alebo sa začala počas operácie a trvá dlhšie ako 24 hodín, tak sa započítava do celkovej doby ventilácie. Výpočet doby trvania umelej pľúcnej ventilácie sa začína intubáciou. Intubácia sa v tomto prípade kóduje, aj keď bola vykonaná pre potreby operácie.

Umelá pľúcna ventilácia, ktorá nezačala pre potreby operačného výkonu, ale pri intenzívnej starostlivosti, napr. po poranení hlavy alebo po popálení, sa započítava do celkovej doby trvania UPV vždy, a to bez ohľadu na dobu trvania. Ak je pacient ventilovaný a počas tohto obdobia sa vykoná operácia, tak sa doba trvania operácie započítava k celkovej dobe trvania UPV.

Pri jednej perióde alebo viacerých periódach umelej pľúcnej ventilácie počas hospitalizácie sa najskôr dokumentuje celková doba trvania ventilácie podľa vyššie uvedených pravidiel. Výsledok sa zaokrúhľuje k najbližšej celej hodine smerom nahor.

Začiatok

Výpočet doby trvania UPV začína **jednou z nasledovných udalostí**:

- **Endotracheálna intubácia**

U pacientov, ktorí sú pre potreby umelej pľúcnej ventilácie intubovaní, začína výpočet doby trvania pripojením na ventilátor.

Niekedy sa endotracheálna kanyla musí vymeniť kvôli mechanickým problémom. Doba trvania odstránenia a bezprostrednej výmeny endotracheálnej kanyly sa v tomto prípade považuje za časť doby ventilácie, výpočet trvania doby ventilácie pokračuje.

Pri pacientoch, u ktorých začala umelá pľúcna ventilácia endotracheálnou intubáciou a neskôr sa vykonala tracheostómia, sa začína výpočet doby trvania intubáciou. Doba trvania ventilácie cez tracheostómiu sa pripočíta.

- **UPV maskou**

Výpočet doby trvania umelej pľúcnej ventilácie začína okamihom, kedy začína dýchanie s pomocou prístrojov.

- **Tracheostómia**

Pri tracheostómii s následným začiatkom UPV výpočet doby trvania UPV začína okamihom dýchania s pomocou prístrojov.

- **Príjem umelo ventilovaného pacienta na hospitalizáciu**

U pacienta, ktorý bol prijatý na hospitalizáciu s umelou pľúcnou ventiláciou, začína výpočet doby trvania časom prijatia na hospitalizáciu (pozri aj #3 *Kódovanie ventilácie pri prekladoch medzi zdravotníckymi zariadeniami*).

Koniec

Výpočet trvania UPV končí jednou z nasledovných udalostí:

- **Extubácia**
- **Ukončenie ventilácie po perióde odpojovania**

U pacientov s tracheostómiou (po perióde odpojovania od UPV) platí: u ventilovaných pacientov sa tracheostomická kanyla ponechá niekoľko dní (alebo dlhšie, napr. pri neuromuskulárnych ochoreniach) na svojom mieste po tom, čo bola umelá pľúcna ventilácia ukončená. Doba trvania UPV v tomto prípade končí ukončením prístrojovej ventilácie.

- **Prepustenie, preloženie alebo smrť** pacienta s umelou pľúcnou ventiláciou (pozri #3 *Kódovanie ventilácie pri prekladoch medzi zdravotníckymi zariadeniami*)

Ventilačný režim odpojovania (napr. CPAP, SIMV, PSV) od umelej pľúcnej ventilácie sa nekóduje.

Doba trvania odpojovania od UPV sa pripočíta k celkovej dobe trvania umelej pľúcnej ventilácie pacienta (vrátane intervalov, keď sa pacient počas odpojovania neventiluje). Môžu byť potrebné viaceré pokusy odpájania pacienta od prístroja.

Koniec periódy odpojovania od UPV sa dá určiť len retrospektívne po stabilizácii respiračného stavu pacienta.

Za stabilný respiračný stav pacienta sa považuje stav, keď pacient dýcha spontánne bez pomoci ventilátora dlhšiu dobu.

Stabilizovaný respiračný stav pacienta je definovaný z hľadiska systému DRG nasledovne:

- pre pacientov, ktorí boli ventilovaní **do 7 dní** (vrátane doby odpojovania): **24 hodín**
- pre pacientov, ktorí boli ventilovaní **viac ako 7 dní** (vrátane doby odpojovania): **36 hodín**

Pre výpočet doby trvania UPV platí ako ukončenie doby odpojovania od UPV koniec poslednej prístrojmi podporovanej ventilácie.

S1001 - Príklad 1

Pacient je ventilovaný od 05. 07. Dňa 10. 07 o 12:00 hod. končí posledné podporovanie dýchania s cieľom podporu dýchania ukončiť. Dňa 11. 07 potrebuje pacient kvôli respiračnej instabilite o 10:00 hod. znova mechanickú podporu dýchania (v rámci definovaného časového rámca 24 hodín pri ventilácii do 7 dní).

Pri výpočte celkového trvania ventilácie sa zohľadňuje aj časový interval, kedy pacient nebol ventilovaný, od 10. 07. o 12:00 hod. až do 11. 07. o 10:00 hod

S1001 - Príklad 2

Pacient je ventilovaný od 05. 07. Dňa 10. 07 o 12:00 hod. končí posledné podporovanie dýchania s cieľom podporu dýchania ukončiť. Dňa 11. 07. sa o 12:00 hod. konštatuje, že pacient je respiračne stabilizovaný a spontánne dýcha (koniec definovaného časového rámca 24 hodín pri ventilácii do 7 dní).

Výpočet trvania ventilácie končí 10. 07 o 12:00 hod.

Ak by pacient potreboval k neskoršiemu okamihu zase mechanickú podporu dýchania, začne sa nová perióda podpory dýchania.

K odpojovaniu od ventilátora sa počíta aj mechanická podpora dýchania prerušovanými fázami neinvazívnej ventilácie, resp. podpory dýchania ako napr. maskami CPAP/ASB, maskami CPAP alebo systémom masiek pre high-flow, vždy s intervalmi spontánneho dýchania bez mechanickej podpory. Insuflácia, resp. inhalácia kyslíka (8p131 *Aplikácia kyslíka [oxygenoterapia]*) cez maskové systémy alebo O₂-sondy k nim však nepatria.

V špeciálnom prípade odpájania od UPV, keď je spontánne dýchanie pacienta prerušované fázami mechanickej podpory dýchania **cez masku CPAP**, sa doba takejto ventilácie môže počítať do doby umelej ventilácie len vtedy, keď spontánne dýchanie pacienta bolo podporované ventiláciou cez masku CPAP spolu **najmenej 6 hodín za jeden kalendárny deň**.

Výpočet doby trvania umelej ventilácie končí v tomto prípade **poslednou fázou ventilácie cez masku CPAP** v tom kalendárnom dni, kedy bolo naposledy spontánne dýchanie pacienta mechanicky podporované dýchaním cez masku CPAP spolu najmenej 6 hodín.

S1001 - Príklad 3

Pacient je ventilovaný od 02. 07. V rámci odpojovania od UPV prebehla podpora dýchania maskou CPAP

10. 07. spolu 8 hodín,

11. 07. spolu 6 hodín (posledné použitie masky CPAP skončilo o 22:00),

12. 07. spolu 4 hodiny.

Výpočet trvania ventilácie vrátane odpojovania končí týmto 11. 07. o 22:00.

V prípade, že počet hodín umelej pľúcnej ventilácie presahuje ošetrovaciu dobu o menej ako 24 hodín, daný klasifikačný prípad nemôže byť vnímaný ako chybný z dôvodu špecifického počítania dní ošetrovacej doby v systéme SK-DRG.

S1001 - Príklad 4

Pacient je prijatý a priamo pri prijíme intubovaný a ventilovaný od 02.11. o 8:00. Dňa 5.11 o 20:00 bol konštatovaný exitus letalis, pričom počas celej hospitalizácie bol pacient napojený na UPV.

Ošetrovacia doba: 3 dni

Trvanie UPV: 84 hodín

Poznámka: výpočet trvania UPV je správny a nemôže byť vnímaný ako chybný aj keď 84 hodín presahuje v reálnom čase dobu 3 dní, vzhľadom na špecifikácie počítania ošetrovacej doby v SK-DRG.

#(3) Kódovanie ventilácie pri prekladoch medzi zdravotníckymi zaradeniami

Ventilovaní a/alebo intubovaní pacienti

Ak je **pacient s UPV** preložený na hospitalizáciu, uplatňujú sa nasledovné základné pravidlá:

- zdravotnícke zariadenie, ktoré pacienta prekladá, dokumentuje dobu trvania umelej pľúcnej ventilácie počas tejto hospitalizácie aj s uvedením zodpovedajúcich kódov:
 - pre spôsob zaistenia dýchacích ciest (8p14-)
 - pre prípadnú tracheostómiu (5h302.-)
 - pre UPV a inú respiračnú podporu u novorodencov a dojčiat

pokiaľ tieto opatrenia vykonalo;

- zdravotnícke zariadenie, ktoré pacienta prijíma, dokumentuje dobu trvania ventilácie počas tejto hospitalizácie samostatne. Kód pre zaistenie dýchacích ciest pri umelej pľúcnej ventilácii sa neuvádza, pretože toto opatrenie bolo vykonané u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý pacienta preložil.

Keď je preložený pacient, ktorý **nie je ventilovaný, ale je len intubovaný**, kóduje zdravotnícke zariadenie, ktoré ho prekladá, spôsob zaistenia dýchacích ciest (napr. tracheostómiu). Zdravotnícke zariadenie, ktoré pacienta prijíma, tieto zdravotné výkony už opätovne nekóduje.

#(4) Intubácia bez prístrojovej umelej pľúcnej ventilácie

Intubácia môže byť vykonaná aj vtedy, ak umelá pľúcna ventilácia nie je potrebná, napr. keď je dôležité udržať voľné dýchacie cesty. Deti môžu byť intubované pri diagnózach ako laryngitída, astma, epilepsia, dospelí pri popáleniach alebo kraniotraumách s bezvedomím. Intubácia sa v týchto prípadoch kóduje kódom:

8p142 *Orotracheálna intubácia*

#(5) Kontinuálny pozitívny tlak v dýchacích cestách (CPAP)

Kód

8p101 *Neinvazívna ventilácia u novorodencov*

sa pri novorodencoch ale aj dojčatách (<365 dní veku) kóduje bez ohľadu na dobu trvania liečby, tzn. aj pri čase kratšom ako 24 hodín, **minimálne však 30 minút**.

Ak sa maska CPAP použije ako ventilačný režim odpojovania pri mechanickej ventilácii, doba trvania ventilácie sa zohľadní, tzn. pripočíta sa k celkovej dobe trvania ventilácie.

S11 CHOROBY TRÁVIACEJ SÚSTAVY

S1101J APENDICITÍDA

Pre priradenie kódu z kategórií

K35.- *Akútna apendicitída*

K36 *Apendicitída chronická*

K37 *Apendicitída, bližšie neurčená*

stačí klinická diagnóza apendicitídy. Histopatologický nález potvrdzujúci túto diagnózu nie je potrebný.

S1102A ADHÉZIE

Uvoľnenie abdominálnych adhézií môže byť samostatným „hlavným zdravotným výkonom“ alebo môže byť „vedľajším zdravotným výkonom“, uskutočneným v rámci iného terapeutického operačného výkonu. Aj keď je vykonané uvoľnenie adhézií v rámci iného hlavného zdravotného výkonu, v ojedinelých prípadoch môže zapríčiniť relevantné navýšenie nákladov. Potom sa osobitne uvedie aj kód diagnózy

K66.0 *Pobrušnicové zrasty*

a jeden z kódov skupiny výkonov pre uvoľnenie adhézií

5n392.-*Adhéziolýza na čreve*

S1103A ŽALÚDOČNÝ VRED S GASTRITÍDOU

Ak má pacient žalúdočný vred a gastritídu kódujú sa obidve diagnózy, to znamená kód zo skupiny diagnóz

K25.- *Vred žalúdka*

nasledovaný kódom zo skupiny

K29.- *Gastritída a duodenitída*

S1104C GASTROINTESTINÁLNE KRVÁCANIE

Keď je pacient hospitalizovaný pre objasnenie krvácania z **hornej časti** gastrointestinálneho traktu a pri endoskopii sa potvrdí ulkus, erózie alebo pažerákové varixy, kóduje sa ochorenie s označením „s krvácaním“. Napríklad akútny vred žalúdka s krvácaním sa kóduje:

K25.0 *Vred žalúdka, akútny s krvácaním*

V prípade refluxnej ezofagitídy s krvácaním sa kóduje:

K21.0 *Gastroezofágová refluxová choroba sezofagitídou*

a

K22.8 *Iná choroba pažeráka, bližšie určená*

Patrí sem: *Krvácanie pažeráka, bližšie neurčené*

Krvácanie z lézie, ktoré vyplýva z endoskopického nálezu, je možné kódovať, aj keď sa neobjavilo počas hospitalizácie alebo iného vyšetrenia.

Nie všetky kategórie diagnóz určené pre kódovanie gastrointestinálnych lézií majú modifikáciu „s krvácaním“. V takých prípadoch sa pre krvácanie použije kód z kategórie:

K92.- Iné choroby tráviacej sústavy

Nepatrí sem: *Gastrointestinálne krvácanie u novorodenca* (P54.0 – P54.3)

Keď pri enterorágii (krvácaní z konečníka) nie je možné určiť jeho zdroj alebo nebolo vykonané príslušné endoskopické vyšetrenie, uvedie sa kód:

K92.2 Gastrointestinálne krvácanie, bližšie neurčené

Kód

K62.5 Krvácanie z anusu a konečníka

Nepatrí sem: *Krvácanie z konečníka u novorodenca* (P54.2)

sa v tomto prípade **nekóduje**.

Ak je pacient endoskopicky vyšetrený pre melénu (térová stolica) alebo okultné krvácanie, nemožno jednoznačne vychádzať z toho, že zistená lézia je zároveň príčinou melény alebo prítomnosti krvi v stolici. Keď sa nepotvrdí kauzálne spojenie medzi symptómom a výsledkom vyšetrenia, uvedie sa najskôr symptóm a potom výsledok vyšetrenia.

Niekedy sú pacienti s anamnézou predchádzajúceho gastrointestinálneho krvácania hospitalizovaní pre vykonanie endoskopického vyšetrenia, za účelom zistenia zdroja krvácania. Počas endoskopického vyšetrenia sa však krvácanie nepotvrdí. Ak sa klinická diagnóza stanoví na základe anamnézy, resp. iných záchytných bodov (keďže počas hospitalizácie sa krvácanie neobjavilo), nevylučuje samotná skutočnosť, že sa počas hospitalizácie nevyskytlo krvácanie, možnosť použitia kódu s modifikáciou „s krvácaním“ zo skupiny K92.- *Iné choroby tráviacej sústavy*, a to v tých prípadoch, keď príčinu predchádzajúceho krvácania nebolo možné určiť.

S1105A DEHYDRATÁCIA PRI GASTROENTERITÍDE

Pri prijatí na liečenie gastroenteritídy s dehydratáciou sa gastroenteritída kóduje ako hlavná diagnóza a dehydratácia (E86 *Dehydratácia, hypovolémia*) ako vedľajšia diagnóza.

S12 CHOROBY KOŽE A PODKOŽNÉHO TKANIVA

S1201J PLASTICKÁ CHIRURGIA

Plastická chirurgia sa vykonáva na základe estetickej alebo medicínskej indikácie. Pri operačných výkonoch z medicínskych dôvodov sa stav choroby, resp. rizikový faktor, ktorý je príčinou zákroku, kóduje ako hlavná diagnóza.

Ak je indikácia operačného výkonu estetická, potom je hlavnou diagnózou kód

Z41.1 *Plastická operácia z kozmetických príčin*

#(1) Subkutánná profylaktická amputácia prsníka

V klasifikačnom prípade, kde hlavnou príčinou hospitalizácie je vykonanie subkutánnej mastektómie z profylaktických dôvodov (napr. rakovina prsníka v rodinnej anamnéze, lobulárny karcinóm na druhej strane, pozitívny výsledok genetického vyšetrenia) sa ako hlavná diagnóza kóduje

Z40.00 *Profylaktický chirurgický výkon pre ohrozenie zhubným nádorom prsníka*

#(2) Revízia jazvy

Ak sa reviduje(ú) jazva(y) pre medicínske komplikácie (napr. kontraktúra, chronická bolesť a pod.), kóduje sa kódom:

L90.5 *Jazvové stavy a fibróza kože*

#(3) Odstránenie prsníkových implantátov

Prsníkové implantáty sa odstraňujú z medicínskych alebo esteticých dôvodov. Pri odstránení prsníkových implantátov na základe medicínskej indikácie sa použije jeden z nasledujúcich kódov pre hlavnú diagnózu:

T85.4 *Mechanická komplikácia zapríčinená protézou alebo implantátom prsníka*

T85.78 *Infekcia a zápalová reakcia zapríčinená inou vnútornou protézou, implantátom alebo transplantátom*

T85.82 *Kapsulová fibróza prsníka zapríčinená protézou alebo implantátom prsníka*

T85.88 *Iná komplikácia zapríčinená vnútornou protézou, implantátom alebo transplantátom, nezatriedená inde*

Pri estetickej indikácii odstránenia implantátu sa kóduje hlavná diagnóza:

Z41.1 *Plastická operácia z kozmetických príčin*

S14 CHOROBY MOČOVOPOHLAVNEJ SÚSTAVY

S1401I DIALÝZA

#(1) Diagnózy

U pacientov, ktorým sa počas hospitalizácie vykoná dialýza, je kódovanie hlavnej diagnózy závislé aj od dĺžky ošetrovacej doby.

- a) V prípade, že pacient bol prijatý výlučne pre účely dialýzy a hospitalizácia trvala iba jeden deň (príjem a prepustenie v ten istý deň alebo pri dialýze cez noc na druhý deň), kóduje sa ako hlavná diagnóza

Z49.1 *Mimotelová dialýza*

Ako vedľajšia diagnóza sa kóduje základné ochorenie.

- b) Ak hospitalizácia pacienta, ktorý vyžaduje dialýzu, trvá viac ako jeden deň a dialýza nie je dôvodom prijatia, kóduje sa ako hlavná diagnóza to ochorenie, ktoré bolo príčinou hospitalizácie.

Diagnózy

Z49.1 *Mimotelová dialýza*

Z99.2 *Závislosť od obličkovej dialýzy*

sa nekódujú.

#(2) Zdravotné výkony dialýzy

Za výkony dialýzy v zmysle tohto pravidla sa považuje *peritoneálna dialýza* (8r11-), *hemodialýza* (8r12-), *hemodiafiltrácia* (8r14-), *hemofiltrácia* (8r15-).

Pri výkonoch kontinuálnej dialýzy sa na poslednom mieste kódu výkonu zohľadňuje trvanie dialýzy.

Doba trvania kontinuálnej dialýzy sa počíta od začiatku pripojenia pacienta na dialyzačné zariadenie a končí odpojením z dialyzačného zariadenia alebo prerušením cyklu na viac ako 24 hodín. Výmena filtra alebo podobné prerušenie kontinuálneho výkonu z technických príčin, prípadne prerušenie cyklu na menej ako 24 hodín nie je dôvodom na kódovanie nového výkonu. Pri viacerých výkonoch kontinuálnej dialýzy v rámci jednej hospitalizácie (prerušenie kontinuálnej dialýzy na viac ako 24 hodín) sa každý výkon kóduje samostatným kódom, tzn. jednotlivé doby trvania sa nesčítavajú.

Pri dialýzach z dôvodu chronického ochorenia, kedy sa výkon dialýzy poskytuje intermitentne, napr. niekoľko hodín 2 – 4-krát týždenne, sa kóduje príslušný výkon pre intermitentnú dialýzu. Tento výkon sa kóduje toľkokrát, koľkokrát bola dialýza vykonaná. Pri každom výkone sa uvedie dátum vykonania.

S1402A ANOGENITÁLNE BRADAVICE

Prijatie na liečbu anogenitálnych bradavíc sa kóduje **hlavnou diagnózou** niektorým z nasledovných kódov:

Tabuľka 25: Kódy hlavných diagnóz pri prijatí na liečbu anogenitálnych bradavíc

Perianálne	K62.8	Iná choroba anusu a konečníka, bližšie určená
Krčok maternice	N88.8	Iná nezápalová choroba krčka maternice, bližšie určená
Vaginálne	N89.8	Iná nezápalová choroba pošvy, bližšie určená
Vulva	N90.8	Iná nezápalová choroba vulvy a hrádze, bližšie určená
Penis	N48.8	Iné choroby penisu, bližšie určené

Ako **vedľajšia diagnóza** sa uvedie **kód**:

A63.0 Anogenitálne (venerické) bradavice

S1403A REKONŠTRUKČNÁ OPERÁCIA PRI MUTILÁCII ŽENSKÉHO GENITÁLU

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje „mutiláciu ženského genitálu“ (FGM) nasledovne: „Všetky postupy, ktoré vedú k čiastočnému alebo úplnému odstráneniu vonkajšieho ženského genitálu, alebo iné poranenia ženských pohlavných orgánov, či už z dôvodu etnicko-kultúrneho alebo z iného, nie liečebného dôvodu.“

Kódovanie: Kódujú sa tie choroby, ktoré vyžadovali rekonštrukčnú operáciu. Ak nejde o špecifickú chorobu, kóduje sa ako hlavná diagnóza:

N90.8 Iná nezápalová choroba vulvy a hrádze, bližšie určená

Patrí sem: Zrasty vulvy

Hypertrofia klitorisu

S15 GRAVIDITA, PÔROD A ŠESTONEDELIE

S1501B DEFINÍCIA ŽIVONARODENÉHO DIEŤAŤA, MŔTVONARODENÉHO DIEŤAŤA (PLODU) A POTRATU

Definícia základných pojmov (živonarodené dieťa, smrť plodu/mŕtvonarodený plod, pôrod, potrat) vzťahujúcich sa k ukončeniu gravidity a pôrodu je uvedená v platných právnych predpisoch (napr. vyhláška o povinných hláseniach súvisiacich s ukončením tehotenstva).

Pre potrebu DRG systému je potrebné rešpektovať uvedené pravidlá kódovania (S15) a zohľadniť ich kombinácie.

S1502I KOMPLIKÁCIE PO POTRATE, MIMOMATERNICOVEJ A MOLÁRNEJ GRAVIDITE

Kódy:

O08.- *Komplikácie po potrate, mimomaternicovej gravidite a gravidite s molou hydatidosa*

sa uvádzajú **ako hlavná diagnóza iba vtedy**, keď je pacientka prijatá pre komplikácie, ktoré sú následkom predtým liečeného potratu.

S1502 - Príklad 1

Pacientka je prijatá s diseminovanou intravaskulárnou koaguláciou po potrate v 10. týždni gravidity, ku ktorému došlo pred dvomi dňami v inej nemocnici.

Hlavná diagnóza: O08.1 *Oneskorené alebo nadmerné krvácanie po potrate, mimomaternicovej gravidite a gravidite s molou hydatidosa*

Vedľajšia diagnóza D65.1 *Diseminovaná intravaskulárna koagulácia [DIK, DIC]*

Poznámka: Trvanie gravidity sa nekóduje ako vedľajšia diagnóza, nakoľko prijatie pre liečbu komplikácie nasleduje po predchádzajúcom ošetrovaní pre potrat.

Kódy:

O08.- *Komplikácie po potrate, mimomaternicovej gravidite a gravidite s molou hydatidosa*

sa kódujú ako **vedľajšia diagnóza** vtedy, ak je potrebné kódovať spoločné komplikácie diagnóz z kategórie

O00.- *Mimomaternicová gravidita*, O01.- *Mola hydatidosa*, O02.- *Iný abnormálny výtvor počatia*.

S1502 - Príklad 2

Pacientka je prijatá pre ruptúru vajcovodu pri tubárnej gravidite v 6. týždni v šokovom stave.

Hlavná diagnóza: O00.1 *Tubárna gravidita*

Vedľajšie diagnózy: O08.3 *Šok po potrate, mimomaternicovej gravidite a gravidite s molou hydatidosa*

O09.1! *Trvanie gravidity od začiatku 5. po ukončení 13. týždňa*

Ak je pacientka prijatá pre zvyšky plodového vajca po predchádzajúcom potrate, kóduje sa ako hlavná diagnóza **neúplný potrat** s komplikáciou (O03-O06 so štvrtou pozíciou „.0“ až „.3“).

S1502 - Príklad 3

Pacientka je prijatá s krvácaním pri retinovaných zvyškoch plodového vajca dva týždne po spontánnom potrate. K potratu došlo v 5. týždni gravidity a bol ošetrovaný ambulantne.

Hlavná diagnóza: O03.1 *Spontánny potrat: nekompletný potrat, komplikovaný oneskoreným alebo nadmerným krvácaním*

Poznámka: Trvanie gravidity sa nekóduje ako vedľajšia diagnóza, nakoľko prijatie na liečbu komplikácie nasledovalo po predchádzajúcom ošetrovaní potratu.

Kódy:

O08.- *Komplikácie po potrate, mimomaternicovej gravidite a gravidite s molou hydatidosou*

sa uvedú v spojitosti s diagnózami kategórie O03-O07 vtedy **ako vedľajšia diagnóza**, ak tým bude kódovanie presnejšie (porovnaj príklad 3 a 4).

S1502 - Príklad 4

Pacientka je prijatá na hospitalizáciu v šokovom stave s nekompletným potratom v 12. týždni gravidity.

Hlavná diagnóza: O03.3 *Spontánny potrat: nekompletný potrat s inými a bližšie neurčenými komplikáciami*

Vedľajšie diagnózy: O08.3 *Šok po potrate, mimomaternicovej gravidite a gravidite s molou hydatidosou*

O09.1! *Trvanie gravidity od začatého 5. po ukončený 13. týždeň*

S1503I PREDČASNÉ UKONČENIE GRAVIDITY

Ak je napr. z medicínskych dôvodov potrebné graviditu predčasne ukončiť, platia nasledovné pravidlá:

#(1) Lekársky potrat

Ak sa uskutočnilo prijatie pacientky z dôvodu ukončenia tehotenstva **potratom** a tento bol vykonaný počas tej istej hospitalizácie, uvedie sa ako hlavná diagnóza jeden z kódov

O04.- *Lekársky potrat*

Patrí sem: *Ukončenie gravidity:*

- *Legálne*
- *zo zdravotných príčin*

Liečebný potrat

Ďalej sa kóduje

O09.-! *Trvanie gravidity*

a kód, ktorý vysvetľuje dôvod ukončenia, napr.

O35.0 *Starostlivosť o matku pre (suspektnú) vývinovú chybu centrálnej nervovej sústavy plodu*

#(2) Predčasné ukončenie tehotenstva pôrodom živo- alebo mŕtvonarodeného dieťaťa

Ak sa uskutočnilo prijatie pacientky z dôvodu predčasného ukončenia tehotenstva, napr. z medicínskych dôvodov a pôrod bol vykonaný počas tej istej hospitalizácie, uvedie sa ako hlavná diagnóza dôvod/príčina ukončenia tehotenstva, napr.

O35.0 *Starostlivosť o matku pre (suspektnú) vývinovú chybu centrálnej nervovej sústavy plodu*

Ako vedľajšie diagnózy sa priradí jeden z kódov:

O60.1 *Predčasná pôrodná činnosť s predčasným pôrodom*

O60.3 *Predčasný pôrod bez spontánnej pôrodnej činnosti*

spolu s kódom:

O09.-! *Trvanie gravidity*

Zároveň sa kóduje:

Z37.0! *Jedno dieťa, živonarodené alebo*

Z37.1! *Jedno dieťa, mŕtvonarodené*

(prípadne obdobné kódy pre viacplodovú graviditu)

S1504H SPONTÁNNY VAGINÁLNY PÔROD JEDNÉHO PLODU

O80.- *Spontánny pôrod jedného plodu*

Patrí sem: Žiadne alebo minimálne pôrodné opatrenia

Normálny pôrod

Spontánny pôrod záhlavím

Spontánny vaginálny pôrod jedného plodu

sa kóduje výlučne pri spontánnom vaginálnom pôrode jedného plodu bez výskytu chorôb (anomálií/komplikácií), ktoré sú uvedené na inom mieste v kapitole XV „Gravidita, pôrod a šestonedelie“, a tiež bez manuálnych alebo inštrumentálnych opatrení.

Tabuľka 26: Pôrodné zdravotné výkony pri spontánnom pôrode jedného plodu, ktoré sa nekódujú

5r911	<i>Sutúra ruptúry alebo nástrihu hrádze</i>
-------	---

V prípade, že pôrod pokladaný za rizikový, skončil spontánne vaginálne bez akýchkoľvek komplikácií, kóduje sa v kombinácii s kódom diagnózy O80.- aj kód (pozri príklad 1)

91127 *Sledovanie a vedenie rizikového pôrodu*

S1504 - Príklad 1

Spontánny vaginálny pôrod záhlavím jedného zdravého novorodenca v 39. týždni gravidity, perineum neporušené.

Hlavná diagnóza:	O80.0	<i>Spontánny pôrod jedného plodu záhlavím</i>
Vedľajšie diagnózy:	O09.6!	<i>Trvanie gravidity od začatého 37. po ukončený 41. týždeň</i>
	Z37.0!	<i>Jedno dieťa, živonarodené</i>
Výkon:	91127	<i>Sledovanie a vedenie rizikového pôrodu</i>

S1504 - Príklad 2

Spontánny vaginálny pôrod záhlavím jedného zdravého novorodenca v 39. týždni gravidity, perineum neporušené, rodička s anémiou, pričom uvedená diagnóza mala priamy vplyv na poskytovanie pôrodnej starostlivosti.

Hlavná diagnóza:	O99.0	<i>Anémia, komplikujúca graviditu, pôrod a šestonedelie</i>
Vedľajšie diagnózy:	D55.0	<i>Anémia zapríčinená nedostatočnou aktivitou glukóza-6-fosfát-dehydrogenázy</i>
	O09.6!	<i>Trvanie gravidity od začatého 37. po ukončený 41. týždeň</i>
	Z37.0!	<i>Jedno dieťa, živonarodené</i>

S1505A VÝSLEDOK PÔRODU

Pre každý pôrod v nemocnici, v ktorej pôrod prebiehal, sa u matky kóduje zodpovedajúci kód:

Z37.-! *Výsledok pôrodu*

Tento kód nemôže byť hlavnou diagnózou.

S1506A ČAS TRVANIA GRAVIDITY

Kód: O09.-! *Trvanie gravidity*

sa stanoví v čase prijatia na hospitalizáciu (trvanie gravidity je súčasťou základných údajov o matke). Pri prijatí na liečbu komplikácií po predchádzajúcom potrate sa trvanie gravidity nekóduje.

S1507A PÔROD VIACERÝCH PLODOV

Ak vedie viacplodová gravidita k spontánnemu pôrodu, napríklad dvojčiat, priradia sa kódy:

O30.0 *Gravidita s dvojčatami*

Z37.2! *Dvojčatá, živonarodené*

91127 *Sledovanie a vedenie rizikového pôrodu*

Ak pri viacplodovej gravidite prebehli pôrody rôznymi spôsobmi, kódujú sa obe metódy pôrodu.

S1507 - Príklad 1

Predčasný pôrod dvojčiat v 35. týždni, prvé dvojča porodené extrakciou pre polohu koncom panvovým, druhé dvojča porodené klasickým cisárskym rezom pre prekážku v pôrode pri priečnej polohe plodu.

Hlavná diagnóza:	O64.8	<i>Nepokračujúci pôrod, zapríčinený inou nesprávnou polohou a naliehaním plodu</i>
Vedľajšie diagnózy:	O32.5	<i>Starostlivosť o matku pre viacplodovú graviditu s nesprávnym naliehaním a nesprávnou polohou jedného alebo viacerých plodov</i>
	O30.0	<i>Gravidita s dvojčatami</i>
	O60.1	<i>Predčasná pôrodná činnosť s predčasným pôrodom</i>
	O09.5!	<i>Trvanie gravidity od začatého 34. po ukončený 36. týždeň</i>

	Z37.2!	<i>Dvojčatá, živonarodené</i>
Výkony:	5r112	<i>Asistovaný pôrod koncom panvovým s manuálnymi hmatmi</i>
	5r311.2	<i>Sekundárny cisársky rez</i>

S1508A KOMPLIKÁCIE V GRAVIDITE A GRAVIDITA AKO VEDĽAJŠÍ NÁLEZ

#(1) Komplikácie v gravidite

Ku kódovaniu komplikácií v gravidite používame kódy **O20.0 až O29.9** pre stavy, ktoré súvisia prevažne s graviditou.

S1508 - Príklad 1

Pacientka je prijatá v 30. týždni gravidity na liečbu syndrómu karpálneho tunela, ktorý sa v gravidite zhoršil.

Hlavná diagnóza: O26.82 *Syndróm karpálneho tunela počas gravidity*

Vedľajšia diagnóza: O09.4! *Trvanie gravidity od začatého 26. po ukončený 33. týždeň*

Poznámka: Syndróm karpálneho tunela zhoršený v priebehu gravidity je uvedený v Kapitole XV špecifickým kódom (O26.- *Starostlivosť o matku pre iné stavy súvisiace najmä s graviditou*). Kód upresňuje diagnózu dostatočne presne.

Celkové ťažkosti vznikajúce v priebehu gravidity (napr. únavový syndróm), pre ktoré sa nenašli žiadne špecifické a patologické príčiny, sa kódujú kódom MKCH-10-SK:

O26.88 *Iné stavy súvisiace s graviditou, bližšie určené*

Patrí sem: *Vyčerpanie a únava*

#(2) Choroby komplikujúce graviditu

Pre kódovanie chorôb, ktoré komplikujú priebeh gravidity alebo šestonedelia, sa použije kód:

O94-O99 *Iné chorobné stavy v gravidite, pôrode a šestonedelí, nezatriedené inde*

Kódy z kategórie **O94 - O99.-** sú nasledované kódom vedľajšej diagnózy z inej kapitoly MKCH-10-SK pre označenie existujúceho ochorenia (pozri príklad 2 a 3).

S1508 - Príklad 2

Gravidita komplikovaná anémiou z nedostatku železa.

Hlavná diagnóza: O99.0 *Anémia, komplikujúca graviditu, pôrod a šestonedelie*

Vedľajšia diagnóza: D50.9 *Bližšie neurčená anémia z nedostatku železa*

Poznámka: Anémia, komplikujúca graviditu, pôrod a šestonedelie je klasifikovaná kódom O99.0. Potrebný je kód vedľajšej diagnózy špecifikujúci druh anémie.

S1508 - Príklad 3

Pacientka je prijatá v 30. týždni gravidity pre alergickú astmu bronchiálne komplikujúcu graviditu.

Hlavná diagnóza:	O99.5	<i>Choroby dýchacej sústavy komplikujúce graviditu, pôrod a šestonedelie</i>
Vedľajšie diagnózy:	J45.0	<i>Bronchiálna astma, prevažne alergická</i>
	O09.4!	<i>Trvanie gravidity od začatého 26. po ukončený 33. týždeň</i>

#(3) Gravidita ako vedľajší nález

Ak je pacientka prijatá pre chorobu alebo úraz, ktorá nesúvisí s graviditou alebo sa priebeh gravidity nekomplikuje touto chorobou, kóduje sa táto choroba ako hlavná diagnóza spolu s vedľajšími diagnózami z kategórie:

Z34.- Dohľad nad priebehom normálnej gravidity

S1508 - Príklad 4

Pacientka (primipara) je prijatá v 30. týždni gravidity s metakarpálnou (záprstnou) zlomeninou.

Hlavná diagnóza:	S62.32	<i>Zlomenina inej záprstnej kosti, diafýza</i>
Vedľajšie diagnózy:	Z34.0	<i>Dohľad nad normálnou prvou graviditou</i>
	O09.4!	<i>Trvanie gravidity od začatého 26. po ukončený 33. týždeň</i>

S1509A PREDPÔRODNÁ STAROSTLIVOSŤ A PÔROD

Pokiaľ je hospitalizácia spojená s pôrodom dieťaťa, ale pacientka je prijatá na potrebnú predpôrodnú starostlivosť, priradenie hlavnej diagnózy pri pôrode je nasledovné:

- ak nevyhnutná liečba trvala **viac ako sedem kalendárnych dní** pred pôrodom, kóduje sa tento predpôrodný stav ako hlavná diagnóza,
- vo všetkých ostatných prípadoch sa ako hlavná diagnóza kóduje diagnóza vzťahujúca sa k pôrodu.

S1510A ABNORMÁLNE POLOHY A POSTAVENIA PLODU

Abnormálne polohy, držanie a naliehanie plodu sa kódujú vtedy, ak sa vyskytujú pri pôrode. Pri pôrode, napr. koncom panvovým, sa pri zistení prekážky pôrodu ako hlavná diagnóza kóduje kód diagnózy:

O64.1 Nepokračujúci pôrod, zapríčinený polohou panvovým koncom

Pri spontánnom pôrode bez pôrodnej prekážky sa ako hlavná diagnóza kóduje:

O32.1 Starostlivosť o matku pre naliehanie plodu panvovým koncom

Okcipitálne polohy (napr. predná, zadná, bočná alebo diagonálna) sa kódujú len vtedy, pokiaľ vyžadujú manuálny zásah pôrodníka. Pre kódovanie okcipitálnych polôh sa používa kódom

O64.0 Nepokračujúci pôrod, zapríčinený nekompletnou rotáciou hlavičky plodu.

Kód O80.- *Spontánny pôrod jedného plodu*

sa v prípade kódovania abnormálnych polôh a postavenia plodu podľa vyššie uvedeného neuvádza.

S1511A ZNÍŽENÁ POHYBOVÁ AKTIVITA PLODU

Ak pri diagnóze „znížená pohybová aktivita plodu“ nie sú známe základné príčiny tohto stavu, kóduje sa:

O36.8 *Starostlivosť o matku pre iné problémy plodu, bližšie určené*

Ak je základná príčina pre zníženú pohybovú aktivitu plodu známa, je potrebné túto príčinu kódovať.

Kód O36.8 sa v takomto prípade nepoužíje.

S1512A JAZVA MATERNICE

Kód diagnózy

O34.2 *Starostlivosť o matku pre jazvu na maternici po predchádzajúcom chirurgickom výkone*
sa priradí:

- ak je pacientka prijatá na plánovaný cisársky rez na základe v minulosti vykonanom cisárskom reze,
- ak je neúspešná snaha o vaginálny pôrod pri jazve maternice (napr. jazvy maternice z cisárskeho rezu alebo iné pooperačné jazvy) a vedie k pôrodu cisárskym rezom,
- ak existujúca jazva maternice vyžaduje liečbu, v priebehu hospitalizácie však nedošlo k pôrodu, napr. predpôrodná starostlivosť pre bolesti maternice v dôsledku existujúcej jazvy.

S1513A PÔROD PRED PRIJATÍM

Pokiaľ pacientka porodila dieťa pred prijatím do nemocnice, nevykonali sa žiadne operačné výkony vo vzťahu k pôrodu počas hospitalizácie a u matky sa nevyskytli v popôrodnom období žiadne komplikácie, priradí sa vhodný kód z kategórie:

Z39.- *Popôrodná starostlivosť a vyšetrenie matky*

Ak **komplikácia** vedie k prijatiu na hospitalizáciu, kóduje sa táto komplikácia ako hlavná diagnóza. Kód z kategórie Z39.- sa priradí ako vedľajšia diagnóza.

Pokiaľ sa pacientka po pôrode ako sprievodca chorého dieťaťa preloží do inej nemocnice a tam dostane aj rutinnú popôrodnú starostlivosť, priradí sa rovnako kód z kategórie Z39.-.

Ak sa pacientka preloží po cisárskom reze na popôrodnú starostlivosť do inej nemocnice bez toho, aby jej stav spĺňal definíciu hlavnej alebo vedľajšej diagnózy, priradí sa kód Z39.- ako hlavná diagnóza a ako vedľajšia diagnóza sa priradí kód

Z48.8 *Iná bližšie určená následná chirurgická starostlivosť.*

S1514A PREDČASNÝ PÔROD, PREDČASNÉ PÔRODNÉ BOLESTI A HROZIACI PREDČASNÝ PÔROD

Pôrod (spontánny, vedený alebo pôrod cisárskym rezom) pred dovŕšeným 37. týždňom (menej ako 259 dní) gravidity (predčasný pôrod, MKCH-10-SK) sa kóduje ako:

O60.1 *Predčasná pôrodná činnosť s predčasným pôrodom*

O60.3 *Predčasný pôrod bez spontánnej pôrodnej činnosti*

Keď je známa príčina predčasného pôrodu, kóduje sa táto príčina ako hlavná diagnóza, ďalej sa priradí ako vedľajšia diagnóza kód O60.1 alebo O60.3. Ak príčina nie je známa, použije sa ako hlavná diagnóza kód O60.1 alebo O60.3. Okrem toho sa ako vedľajšia diagnóza priradí kód:

O09.-! *Trvanie gravidity*

Predčasné **pôrodné bolesti s účinkom na krčok** maternice pred ukončeným 37. týždňom gravidity, **ktoré vedú k pôrodu** v stanovenom termíne počas tej istej hospitalizácie, sa kódujú ako:

O60.2 *Predčasná pôrodná činnosť s pôrodom v termíne*

Keď je príčina predčasných pôrodných bolestí známa, kóduje sa táto príčina ako hlavná diagnóza a ďalej sa priradí ako vedľajšia diagnóza kód O60.2. Ak príčina nie je známa, použije sa kód O60.2 ako hlavná diagnóza. Okrem toho sa ako vedľajšia diagnóza priradí kód:

O09.-! *Trvanie gravidity*

Predčasné pôrodné bolesti s účinkom na krčok maternice pred ukončeným 37. týždňom gravidity, **ktoré nevedú k pôrodu** v stanovenom termíne počas tej istej hospitalizácie, sa kódujú ako:

O60.0 *Predčasná pôrodná činnosť bez pôrodu*

Ak je známa príčina predčasných pôrodných bolestí, kóduje sa táto príčina ako hlavná diagnóza a ďalej sa priradí kód O60.0 ako vedľajšia diagnóza. Ak príčina nie je známa, použije sa ako hlavná diagnóza kód O60.0. Okrem toho sa ako vedľajšia diagnóza priradí kód:

O09.-! *Trvanie gravidity*

Pri prijatí pacientky s kontrakciami bez účinku na cervix maternice sa použije jeden z kódov:

O47.0 *Falošná pôrodná činnosť pred ukončením 37. týždňa gravidity*

O47.1 *Falošná pôrodná činnosť po ukončení 37. týždňa gravidity a neskôr*

Keď je známa príčina frustných kontrakcií, kóduje sa táto príčina ako hlavná diagnóza a ďalej sa priradí kód O47.- ako vedľajšia diagnóza. Ak príčina nie je známa, použije sa ako hlavná diagnóza kód:

O47.- *Falošná pôrodná činnosť*

Okrem toho sa ku kódu O47.0 Falošná pôrodná činnosť pred ukončením 37. týždňa gravidity priradí kód:

O09.-! *Trvanie gravidity*

ako vedľajšia diagnóza.

S1515A PREDĹŽENÁ GRAVIDITA A PRENÁŠANIE PLODU

O48 *Predĺžená gravidita*

Patrí sem: *Predĺženie doby gravidity*

sa kóduje vtedy, ak pôrod nasleduje po ukončenom 41. týždni gravidity alebo dieťa javí zjavné známky prenášania.

S1515 - Príklad 1

Pacientka porodila dieťa v 42. týždni gravidity.

Hlavná diagnóza:	O48	<i>Predĺžená gravidita</i>
Vedľajšia diagnóza:	Z37.0!	<i>Jedno dieťa, živonarodené</i>
	O09.7!	<i>Trvanie gravidity viac ako 41 ukončených týždňov</i>
Výkon:	91127	<i>Sledovanie a vedenie rizikového pôrodu</i>

S1515 - Príklad 2

Pacientka porodila dieťa v 40. týždni gravidity. Dieťa javí zjavné známky prenášania.

Hlavná diagnóza:	O48	<i>Predĺžená gravidita</i>
Vedľajšia diagnóza:	Z37.0!	<i>Jedno dieťa, živonarodené</i>
	O09.7!	<i>Trvanie gravidity viac ako 41 ukončených týždňov</i>
Výkon:	91127	<i>Sledovanie a vedenie rizikového pôrodu</i>

S1516A PROTRAHOVANÝ PÔROD

Pri aktívnom usmerňovaní pôrodných kontrakcií v nemocnici sa pôrod označuje ako proťahovaný vtedy, ak po **18 hodinách** pravidelnej pôrodnej činnosti nedôjde k progresii nálezu, tzn. nie sú vyhliadky na skoré ukončenie pôrodu prirodzenou cestou.

Kódovanie je nasledovné:

O63.- *Predĺžený pôrod*

O75.5 *Proťahovaný pôrod po umelom pretrhnutí plodových blán*

O75.6 *Proťahovaný pôrod po spontánnom alebo bližšie neurčenom puknutí plodových blán*

S1517A PREDĹŽENIE VYPUDZOVACEJ FÁZY PRI EPIDURÁLNEJ ANESTÉZII

Epidurálna anestézia môže predĺžiť vypudzovaciu fázu. V danom prípade sa použije kód:

O74.6 *Iné komplikácie pri spinálnej a epidurálnej anestézii počas pôrodnej činnosti a pôrodu*

S1518H PRIMÁRNY A SEKUNDÁRNY CISÁRSKY REZ

Primárny cisársky rez je definovaný ako cisársky rez, ktorý sa síce vykoná ako plánovaný výkon pred alebo po nástupe pôrodných bolestí, ale rozhodnutie k sekcii sa prijalo pred nástupom pôrodných bolestí. Pre kódovanie sa použije príslušný kód zdravotného výkonu označujúci primárny cisársky rez (pozri príklad 1).

Sekundárny cisársky rez (vrátane urgentného cisárskeho rezu) je definovaný ako cisársky rez, ktorý je nevyhnutný v dôsledku urgentnej situácie v priebehu pôrodu z indikácie ohrozenia matky alebo dieťaťa (napr. HELLP syndróm, zastavenie pôrodnej činnosti, fetálny distress), aj keď bol plánovaný primárne. Zodpovedajúcim kódom výkonu sú kódy zdravotných výkonov pre cisársky rez s klasifikáciou „2“ na 6. pozícii. Pre kódovanie sa použije príslušný kód zdravotného výkonu označujúci sekundárny cisársky rez (pozri príklad 2).

S1518 - Príklad 1

U pacientky s plodom uloženým koncom panvovým je plánovaný pôrod cisárskym rezom v 40. týždni gravidity. Večer dva dni pred termínom operácie bola pacientka prijatá s predčasnou ruptúrou plodového vaku. Všetky nálezy boli bezpríznakové, bez známok začínajúcej alebo hrozacej infekcie plodovej vody, žiadna pôrodná činnosť. Následne je vykonaná rutinná príprava k sekcii a rozhodnutie počkať do nasledujúceho rána, kedy bola aj vykonaná klasická sekcia.

Výkon: 5r311.1 Primárny cisársky rez

S1518 - Príklad 2

U pacientky s plodom uloženým koncom panvovým je plánovaný pôrod cisárskym rezom v 40. týždni gravidity. Večer dva dni pred termínom operácie bola pacientka prijatá s predčasnou ruptúrou plodového vaku. Všetky nálezy boli bezpríznakové, bez známok začínajúcej alebo hrozacej infekcie plodovej vody, žiadna pôrodná činnosť. Následne je vykonaná rutinná príprava k sekcii a rozhodnutie vyčkať do nasledujúceho rána. V priebehu noci sú zosilnené pôrodné bolesti a odteká zelená plodová voda. Prichádza k rozhodnutiu o skoršej (urgentnej) sekcii ešte v noci zdôvodu ohrozenia dieťaťa.

Výkon: 5r311.2 Sekundárny cisársky rez

V súlade s konvenciou MKCH-10-SK diagnózy O82.- sa použijú len vtedy, ak sa žiadny iný stav (choroba) uvedený v kapitole XV. nedá kódovať ako príčina vedúca k cisárskemu rezu.

S1518 - Príklad 3

Pacientka v druhom tehotenstve, predchádzajúce tehotenstvo bolo ukončené cisárskym rezom. Pre obavy z možných komplikácií pri spontánnom pôrode bolo rozhodnuté o ukončení tehotenstva opäť cisárskym rezom. Rozhodnutie k sekcii bolo prijaté pred nástupom pôrodných bolestí. Cisársky rez vykonaný v 39. týždni tehotenstva, porodený zdravý novorodenec.

Hlavná diagnóza:	O34.2	Starostlivosť o matku pre jazvu na maternici po predchádzajúcom chirurgickom výkone
Vedľajšie diagnózy:	Z37.0!	Jedno dieťa, živonarodené
	O09.6!	Trvanie gravidity od začatého 37. po ukončení 41. týždňa
Výkon:	5r311.1	Primárny cisársky rez

S1518 - Príklad 4

Tehotenstvo bolo ukončené cisárskym rezom, ktorý bol plánovaný ešte pred hospitalizáciou a pred začiatkom pôrodných bolestí. Žiadna z diagnóz uvedených v XV. kapitole MKCH-10-SK nebola indikáciou k operačnému výkonu. Pacientka bez pridružených ochorení, pôrod v 39. týždni gravidity, výsledkom pôrodu je jedno živonarodené dieťa.

Hlavná diagnóza:	O82.0	<i>Pôrod jedného plodu elektívnym cisárskym rezom</i>
Vedľajšie diagnózy:	Z37.0!	<i>Jedno dieťa, živonarodené</i>
	O09.6!	<i>Trvanie gravidity od začatého 37. po ukončený 41. týždeň</i>
Výkon:	5r311.1	<i>Primárny cisársky rez</i>

S1518 - Príklad 5

Pacientka v 39. týždni tehotenstva je prijatá k pôrodu s pôrodnými bolesťami. Počas prvej doby pôrodnej dochádza k alterácii ozív plodu. Tehotenstvo je okamžite ukončené urgentným cisárskym rezom. Výsledkom pôrodu je živý novorodenec.

Hlavná diagnóza:	O68.0	<i>Komplikácie pôrodnej činnosti a pôrodu pre abnormálnu srdcovú frekvenciu plodu</i>
Vedľajšie diagnózy:	Z37.0!	<i>Jedno dieťa, živonarodené</i>
	O09.6!	<i>Trvanie gravidity od začatého 37. po ukončený 41. týždeň</i>
Výkon:	5r311.2	<i>Sekundárny cisársky rez</i>

S16 URČITÉ CHOROBY VZNIKNUITÉ V PERINATÁLNOM OBDOBÍ

S1601J NOVORODENEC

#(1) Z38.- ako hlavná a jediná diagnóza

Novorodenecká perióda je definovaná nasledovne: „Novorodenecká perióda sa začína pôrodom a končí sa dovŕšením 28 dní po pôrode“. Kód zo skupiny:

Z38.- Živonarodené deti podľa miesta narodenia

je priradený ako hlavná diagnóza, ak je novorodenec zdravý (vrátane dieťaťa, u ktorého bola vyžiadaná obriezka). Táto kategória zahŕňa deti:

- ktoré sa narodili v nemocnici
- ktoré sa narodili mimo nemocnice a do nemocnice boli prijaté bezprostredne po pôrode

S1601 - Príklad 1

Do nemocnice je prijatý novorodenec narodený doma (vaginálny pôrod). Nie sú prítomné žiadne choroby.

Hlavná diagnóza: Z38.0 *Jedno dieťa, narodené v nemocnici*

#(2) Z38.- ako vedľajšia diagnóza

Pre predčasne narodené deti a pre novorodencov, ktorí ochoreli pri pôrode alebo v priebehu hospitalizácie, sa uvedú kódy pre chorobné stavy pred kódom Z38.- *Živonarodené deti podľa miesta narodenia*.

S1601 - Príklad 2

Zdravý novorodenec narodený v nemocnici (vaginálny pôrod) je liečený pre kŕčové stavy, ktoré sa objavili 3 dni po pôrode.

Hlavná diagnóza: P90 *Kŕče [konvulzie] u novorodenca*

Vedľajšia diagnóza: Z38.0 *Jedno dieťa, narodené v nemocnici*

S1601 - Príklad 3

Predčasne narodené dieťa v 36. týždni gravidity, s pôrodnou hmotnosťou 2280 gramov, s ľahkou asfyxiou počas pôrodu, je ošetrované ihneď po pôrode.

Hlavná diagnóza: P07.12 *Novorodenec s pôrodnou hmotnosťou od 1500 do 2500 gramov*

Vedľajšie diagnózy: P21.1 *Ľahká a stredná pôrodná asfyxia*

Z38.0 *Jedno dieťa, narodené v nemocnici*

Kódy z kategórie Z38.- sa nepoužívajú, ak ide o druhú alebo nasledujúcu liečbu v nemocnici.

S1601 - Príklad 4

Novorodenec mužského pohlavia je 2. deň po cisárskom reze so syndrómom dychovej tiesne (NRDS) a pneumotoraxom preložený z nemocnice A do nemocnice B.

Nemocnica A:

Hlavná diagnóza: P22.0 *Syndróm respiračnej tiesne (respiratory distress syndrome) novorodenca*
Vedľajšie diagnózy: P25.1 *Pneumotorax so vznikom v perinatálnom období*
Z38.0 *Jedno dieťa, narodené v nemocnici*

Nemocnica B:

Hlavná diagnóza: P22.0 *Syndróm respiračnej tiesne (respiratory distress syndrome) novorodenca*
Vedľajšia diagnóza: P25.1 *Pneumotorax so vznikom v perinatálnom období*

S1601 - Príklad 5

Novorodenec vo veku 7 dní bol opäť prijatý s novorodeneckou žltackou na fototerapiu. Je vykonaná kontinuálna fototerapia v sumárnom trvaní viac ako 12 hodín.

Hlavná diagnóza: P59.9 *Novorodenecká žltacka, bližšie neurčená*
Výkony: 8n202.2 *Fototerapia II.*

#(3) Pôrodná hmotnosť

Nízka pôrodná hmotnosť môže byť výsledkom predčasného pôrodu (menej ako 37 týždňov tehotenstva) alebo sa môže vyskytnúť pri pôrode v termíne.

- Ak je gestačný vek novorodenca menej ako 37 týždňov, kóduje sa diagnóza zo skupiny P07.- Porucha súvisiaca so skrátenou graviditou a s malou pôrodnou hmotnosťou, nezatriedená inde – podľa pôrodnej hmotnosti; údaj o pôrodnej hmotnosti má v kódovaní prednosť pred kódom o gestačnom veku
- Ak je dokumentovaná fetálna podvýživa (IUGR - intrauterinná retardácia rastu plodu), použije sa kód diagnózy P05.2
- Ak je zaznamenané vnútromaternicové obmedzenie rastu plodu (v hmotnosti a/alebo dĺžke), pre kódovanie sa použijú kódy P05.0, P05.1 alebo P05.9

Vysoká pôrodná hmotnosť a predĺžená gravidita

- U novorodencov s pôrodnou hmotnosťou $\geq 4\,500$ g sa vykazuje kód P08.0
- Ak je pôrodná hmotnosť alebo dĺžka vyššia vzhľadom na svoj vek bez ohľadu na trvanie gravidity, vykazuje sa kód P08.1
- Kódy P08.0 a P08.1 sa nepožijú pre novorodenca matky s diabetes mellitus, u ktorého bol diagnostikovaný syndróm dieťaťa matky s diabetes mellitus (P70.0, P70.1)
- Pre novorodenca, ktorý nie je priveľmi ťažký alebo veľký vzhľadom na trvanie gravidity, ale jeho gestačný vek je ≥ 42 ukončených týždňov, sa použije kód P08.2

#(4) Pôrodná trauma

Proces pôrodu je zmesou kompresie, kontrakcií, krútiaceho momentu a ťahu. Keď veľkosť plodu, jeho poloha alebo nezrelosť komplikuje túto udalosť, intrapartálne sily môžu viesť u novorodenca k poškodeniu tkaniva, edému, krvácaniu alebo zlomeninám. Použitie pôrodných nástrojov môže ďalej zosilniť účinky takýchto síl alebo môže samo o sebe spôsobiť zranenie.

S1601 - Príklad 6

Pri vaginálnom pôrode donoseného novorodenca bola prítomná významná dystokia pliecka, ktorá viedla k zlomenine kľúčnej kosti počas pôrodu.

Hlavná diagnóza:	P13.4	<i>Zlomenina kľúčnej kosti zapríčinená poranením pri pôrode</i>
Vedľajšia diagnóza:	P03.1	<i>Poškodenie plodu a novorodenca inou nepravidosťou naliehania, držania tela a polohy a disproporciou počas pôrodnej činnosti a pôrodu</i>
	Z38.0	<i>Jedno dieťa, narodené v nemocnici</i>

Kódy diagnóz P03 sa nepoužívajú ako hlavná diagnóza, potrebné je vždy pôrodné poranenie špecifikovať kódmi P10 – P15.

Kódujú sa traumatické poškodenia, ktoré sú významné z hľadiska klinického, diagnostického, terapeutického alebo ošetrovateľského a predstavujú náklady na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Pôrodné poranenia, ktoré nevyžadujú žiadnu intervenciu, sa nekódujú – napr.

P12.- Pôrodné poranenia vlasatej časti hlavy

#(5) Sepsa novorodenca

Novorodenecká sepsa je definovaná ako invazívna bakteriálna infekcia vyskytujúca sa v novorodeneckom období, t.j. počas prvých 28 dní života. Sepsu novorodencov možno rozdeliť do dvoch skupín: sepsa so skorým začiatkom a sepsa s neskorým začiatkom.

- Včasná neonatálna sepsa je charakterizovaná vertikálnym prenosom bakteriálneho pôvodcu z matky na dieťa. Prejavuje sa spravidla do 72 hodín po pôrode. V kódovaní ochorenia sa použijú kódy diagnóz P36.- Bakteriálna sepsa u novorodenca
- Neskorá sepsa sa prejavuje neskôr, po 72 hodinách, maximum prejavov je vo veku 15 – 17 dní a zahŕňa spravidla nozokomiálne infekcie (horizontálny prenos baktérií). V kódovaní sa použijú diagnózy z I. kapitoly MKCH-10-SK.

S1601 - Príklad 7

U rodičky došlo k predčasnemu puknutiu plodových obalov a následnej chorioamnionitíde. Pôrod je spontánny vaginálny, v termíne. Novorodenec je prijatý na jednotku intenzívnej starostlivosti, odobraté sú hemokultúry, podávajú sa antibiotiká. Kultivačne je v hemokultúre potvrdená prítomnosť streptokoka.

Hlavná diagnóza:	P36.1	<i>Sepsa u novorodenca, zapríčinená iným a bližšie neurčeným streptokokom</i>
------------------	-------	---

Vedľajšia diagnóza: P02.7 *Poškodenie plodu a novorodenca chorioamnionitídou*
Z38.0 *Jedno dieťa, narodené v nemocnici*

S1601 - Príklad 8

Dieťa sa rodí sponánne vaginálne, v 37. týždni. U matky došlo k predčasnému puknutiu plodových obalov viac ako 24 hodín pred pôrodom. Dieťa má horúčku, sedem dní sú podávané antibiotiká. Výsledok kultivácie hemokultúry je negatívny.

Hlavná diagnóza: P39.9 *Infekcia špecifická pre perinatálne obdobie, bližšie neurčená*
Vedľajšia diagnóza: P01.1 *Poškodenie plodu a novorodenca predčasným puknutím blán*
Z38.0 *Jedno dieťa, narodené v nemocnici*

S1601 - Príklad 9

15-dňový novorodenec je prijatý do nemocnice s príznakmi sepsy a akútnou pyelonefritídou, kultivačne je v moči potvrdená prítomnosť baktérie *E. coli*. Novorodencovi sú podávané intravenózne antibiotiká.

Hlavná diagnóza: A41.51 *Sepsa zapríčinená Escherichia coli [E. coli]*
Vedľajšia diagnóza: N10 *Akútna tubulointersticiálna nefritída*
B96.2 *Escherichia coli [E. coli] a iné Enterobacteriaceae ako príčina chorôb zatriedených inde*

S1601 - Príklad 10

Dieťa sa rodí vaginálne v 37. týždni. U matky došlo k predčasnému puknutiu plodových obalov. Pre obavy z možnej sepsy sa novorodencovi odoberá krv na kultiváciu a profylakticky sa podávajú antibiotiká. Výsledky kultivácie hemokultúry sú negatívne.

Hlavná diagnóza: Z38.0 *Jedno dieťa, narodené v nemocnici*
Vedľajšia diagnóza: Z29.21 *Celková profylaktická chemoterapia*

S1601 - Príklad 11

Dieťa sa rodí vaginálne v 38. týždni. Matka je pozitívna na streptokok skupiny B. Dieťa je monitorované na JIS pre „možnú sepsu“ (údaj v dokumentácii). Nie sú prítomné príznaky sepsy, žiadna liečba nie je podávaná.

Hlavná diagnóza: Z38.0 *Jedno dieťa, narodené v nemocnici*
Vedľajšia diagnóza: Z03.8 *Pozorovanie pri podozrení na inú chorobu a chorobný stav*

#(6) Hyperbilirubinémia novorodencov

Klinickým prejavom hyperbilirubinémie je žltáčka.

Fyziologickej žltáčke novorodencov je priradený kód

P59.9 Novorodenecká žltáčka, bližšie neurčená.

Patologická novorodenecká nekonjugovaná hyperbilirubinémia je definovaná ako:

- žltáčka, ktorá sa objaví v prvých 24 hodinách života;
- koncentrácia celkového bilirubínu v sére presahuje 220 – 250 µmol/l (podľa veku novorodenca);
- zvýšenie sérového bilirubínu o > 85 µmol/l za deň;
- pretrváva viac ako 1-2 týždne u zrelých alebo > 2-3 týždne u nezrelých novorodencov;
- objavenie sa odchýlok zdravotného stavu.

Patologické formy žltáčky sa kódujú vždy pri poskytovaní intenzívneho monitoringu a opakovaných laboratórnych kontrolách hodnôt bilirubínu. Pre kódovanie sa používajú kódy, vyjadrujúce príčinu žltáčky

P55.- Hemolytická choroba plodu a novorodenca

P58.- Novorodenecká žltáčka zapríčinená inou nadmernou hemolýzou

P59.- Novorodenecká žltáčka z iných a bližšie neurčených príčin

#(7) Vrodené vývojové chyby

Kódy pre vrodené chyby a anomálie sa nachádzajú v MKCH-10-SK v XVII. kapitole Vrodené chyby, deformity a chromozómové anomálie (Q00-Q99), v IV. kapitole Endokrinné, nutričné a metabolické choroby (E00-E90) a v III. kapitole Choroby krvi a krvotvorných orgánov a niektoré poruchy s účasťou imunitných mechanizmov (D50-D90).

Kód vrodenej vývojovej chyby sa vykazuje v prípade, ak ochorenie alebo stav vyžadovali cielený diagnostický postup, opakované kontroly, boli predmetom terapeutickej, rehabilitačnej alebo ošetrovateľskej starostlivosti.

Kód vrodenej vývojovej chyby sa nevykazuje, ak chyba bola zistená pri pravidelnom skriningovom vyšetrení novorodenca a nevyžadovala ďalšiu intervenciu počas hospitalizácie.

S1601 - Príklad 12

U novorodenca je zistená vrodená defomita nožičiek – konská noha. Bolo vykonané rtg vyšetrenie, cielené vyšetrenie ortopédom a špeciálne zameraná rehabilitácia.

Hlavná diagnóza: Z38.0 Jedno dieťa, narodené v nemocnici

Vedľajšia diagnóza: Q66.0 Pes equinovarus congenitus

S1601 - Príklad 13

U novorodenca je pri skrínigovom vyšetrení močových ciest zistený vrodený megaureter. Žiadne klinické príznaky nie sú prítomné, odporučené je kontrolné vyšetrenie u detského urológa po prepustení z nemocnice.

Hlavná diagnóza: Z38.0 *Jedno dieťa, narodené v nemocnici*

Vedľajšia diagnóza: – –

S1602 PERINATÁLNE OBDOBIE

Perinatálne obdobie je definované nasledovne:

„Perinatálne obdobie začína 22. týždňom (154 dní) gravidity (vtedy je hmotnosť zvyčajne okolo 500 g) a končí sa 7 dní po pôrode“.

Ku kódovaniu chorôb vzniknutých v perinatálnom období je v MKCH-10-SK k dispozícii kapitola XVI. *Určité choroby vzniknuté v perinatálnom období (P00-P96).*

S1602 – Príklad 1

Predčasne narodený novorodenec s hypopláziou pľúc je prijatý na detskú kliniku inej nemocnice. Matka mala v 25. týždni gravidity predčasný odtok plodovej vody. Gravidita bola udržiavaná pomocou tokolýzy do 29. týždňa. Pre predpokladaný syndróm amniovej infekcie a patologickú kardiokografiu nasledoval pôrod cisárskym rezom v 29. týždni. Predčasný pôrod následkom ruptúry plodového vaku viedol ku hypoplázii pľúc. Prijímajúca novorodenecká klinika kodovala nasledovne:

Hlavná diagnóza: P28.0 *Primárna atelektáza novorodenca*

Vedľajšia diagnóza: P01.1 *Poškodenie plodu a novorodenca predčasným puknutím blán*

Treba brať do úvahy, že niektoré stavy (napr. poruchy metabolizmu), ktoré sa môžu vyskytnúť v perinatálnom období, nie sú klasifikované v kapitole XVI. Keď sa taký prípad u novorodenca vyskytne, priradí sa kód z príslušnej kapitoly MKCH-10-SK **bez** kódu z kapitoly XVI.

S1602 - Príklad 2

Novorodenec je preložený z pôrodnice na pediatriu pre rotavírusovú enteritídu.

Hlavná diagnóza: A08.0 *Rotavírusová enteritída*

Vedľajšia diagnóza: Z38.0 *Jedno dieťa, narodené v nemocnici*

Ak sa ochorenie vyskytne alebo lieči po siedmom dni, ale má pôvod v perinatálnom období, napr.

P27.1 Bronchopulmonálna dysplázia so vznikom v perinatálnom období

môže sa táto diagnóza používať aj naďalej bez ohľadu na vek pacienta.

S1603E ŠPECIÁLNE OPATRENIA PRE CHORÉHO NOVORODENCA

#(1) Parenterálna liečba

Kód zdravotného výkonu pre aplikáciu liečiv a elektrolytov u novorodenca:

Kód 8a959 *Aplikácia liekov a infúzných roztokov do cievneho systému u novorodenca*

sa použije, ak potreba aplikácie infúznej **liečby trvala kontinuálne 24 hodín a viac**, napr. vtedy, ak je indikovaný **parenterálny prívod tekutín** nevyhnutný k rehydratácii alebo pri poruchách elektrolytov. Rovnako to platí pre preventívny parenterálny prívod tekutín u predčasne narodených detí s hmotnosťou pod 2000 g, aby sa predišlo hypoglykémii alebo rozvratu elektrolytov.

#(2) Fototerapia

Kód výkonu fototerapie a kód diagnózy novorodeneckej žltacky sa priradí **iba vtedy**, ak sa vykonávala fototerapia **dlhšie ako 12 hodín**

Ak fototerapia bola vykonávaná menej ako 12 hodín alebo boli vykonané iné terapeutické postupy či sledovania, priradí sa iba kód diagnózy novorodeneckej žltacky podľa pravidla S1601.

#(3) Aplikácia kyslíka

Kód zdravotného výkonu označujúci spôsob aplikácie kyslíka u novorodenca:

8p132 *Aplikácia kyslíka [oxygenoterapia] v inkubátore*

sa priradí, ak aplikácia kyslíka **trvala 4 hodiny a viac**.

S1604A SYNDRÓM DYCHOVEJ TIESNE NOVORODENCA (NRDS)/CHOROBA HYALINNÝCH MEMBRÁN/NEDOSTATOK SURFAKTANTU

Kód pre syndróm dychovej tiesne novorodenca P22.0 *Syndróm respiračnej tiesne (respiratory distress syndrome) novorodenca* je vyhradený pre nasledovné stavy:

- choroba hyalinných membrán
- syndróm dychovej tiesne
- nedostatok surfaktantu

S1605A MASÍVNY ASPIRAČNÝ SYNDRÓM A PRECHODNÉ TACHYPNOE U NOVORODENCA

Kódy z kategórie:

P24.- *Novorodenecký syndróm z aspirácie*

sa použijú, ak si porucha dýchania, podmienená aspiračným syndrómom, vyžiadala **liečbu kyslíkom viac ako 24 hodín**.

Kód:

P22.1 *Prechodná tachypnea novorodenca*

sa použije u nasledovných diagnóz:

- prechodné (tranzitórne) tachypnoe u novorodenca (bez ohľadu na trvanie liečby kyslíkom), alebo
- novorodenecký aspiračný syndróm, ak si porucha dýchania vyžiadala **prívod kyslíka menej ako 24 hodín**.

S1606A HYPOXICKO - ISCHEMICKÁ ENCEFALOPATIA

Hypoxicko - ischemická encefalopatia je klinicky odstupňovaná nasledovne:

1. stupeň - predráždenosť, hyperreflexia, rozšírenie zreničiek, tachykardia, ale žiadne kŕče.
2. stupeň - letargia, zúženie zreničky, bradykardia, zníženie reflexov (napr. Morov reflex), hypotónia a kŕče.
3. stupeň - stupor, ospalosť, kŕče, chýbajúci Morov reflex a bulbárne reflexy.

MKCH-10-SK stanovuje pre kódovanie hypoxicko - ischemickej encefalopatie kód:

P91.6 *Hypoxicko-ischemická encefalopatia u novorodenca*

Kódy pre jednotlivé stupne HIE je potrebné kódovať ďalšími kódmi podľa tabuľky 24.

Vyššie uvedené príznaky sa s výnimkou kŕčov osobitne nekódujú.

Tabuľka 27: Kódy diagnóz pre jednotlivé stupne HIE

Kódovanie pre 1. stupeň	P91.3	Mozgová dráždivosť novorodencov
	+	
	P21.0	Ťažká pôrodná asfyxia
	alebo	
Kódovanie pre 2. stupeň	P20.–	Vnútromaternicová hypoxia
	P91.4	Mozgový útlm novorodencov
	+	
	P90	Kŕče [konvulzie] u novorodenca
	+	
	P21.0	Ťažká pôrodná asfyxia
Kódovanie pre 3. stupeň	alebo	
	P20.–	Vnútromaternicová hypoxia
	P91.5	Kóma u novorodenca
	+	
	P90	Kŕče [konvulzie] u novorodenca
	+	
	P21.0	Ťažká pôrodná asfyxia
	alebo	
	P20.–	Vnútromaternicová hypoxia

S18 PRÍZNAKY A ABNORMÁLNE KLINICKÉ A LABORATÓRNE NÁLEZY NEZATRIEDENÉ INDE

S1801B INKONTINENCIA

Nález inkontinencie má klinický význam pre kódovanie, ak:

- sa vyskytne v rámci patologického stavu (napr. po určitých operáciách),
- nezodpovedá normálnemu vývojovému stupňu (napr. fyziologická u malých detí),
- pretrváva u pacienta so zreteľným postihnutím alebo duševným zaostávaním.

Kódy diagnóz pre inkontinenciu moču alebo stolice sú uvedené v tabuľke 28. Tieto kódy sa vykazujú vtedy, ak je inkontinencia dôvodom na nemocničnú liečbu alebo má vyššie uvedený klinický význam.

Tabuľka 28: Kódy diagnóz MKCH-10-SK pre kódovanie inkontinencie

N39.3	Stresová inkontinencia moču
N39.4-	Iná inkontinencia moču, bližšie určená
R32	Inkontinencia moču, bližšie neurčená
R15	Inkontinencia stolice

S1802A FEBRILNÉ KRČE

Kód

R56.0 *Febrilné krče*

sa použije ako hlavná diagnóza len vtedy, keď chýbajú vyvolávajúce choroby ako zápal pľúc alebo iné infekčné ložisko. Ak je známa základná príčina, uvedie sa táto ako hlavná diagnóza a kód R56.0 *Febrilné krče* sa kóduje doplnkovo ako vedľajšia diagnóza.

S1803C DIAGNÓZY BOLESTI A SPÔSOBY LIEČBY BOLESTI

#(1) Akútna bolesť

Ak je pacient ošetrovaný pre pooperačné bolesti (pozri aj pravidlo s označením V0101, príklad 2) alebo pre bolesti v súvislosti s iným známym ochorením, kódujú sa len vykonané operačné výkony alebo choroby, ktoré bolesť vyvolali.

Kód

R52.0 *Akútna bolesť*

sa použije len vtedy, ak je lokalizácia a príčina akútnej bolesti neznáma.

Intervenčné (neoperačné) postupy analgézie pre akútnu bolesť sa uvádzajú vtedy, ak sa vykonajú ako jediné opatrenia. Kódujú sa jedným z kódov zdravotných výkonov zo skupiny 8t2- *Terapia bolesti*.

#(2) Chronická bolesť, farmakologicky rezistentná bolesť, nádorová bolesť

Ak bol pacient prijatý špeciálne pre liečbu bolesti a výlučne tá bude predmetom liečby, udáva sa kód pre lokalizáciu -bolesti ako hlavná diagnóza. To isté platí aj pre bolesť pri nádore. Základné ochorenie sa kóduje ako vedľajšia diagnóza analogicky k pravidlu D0103 *Symptómy ako hlavná diagnóza*.

S1803 - Príklad 1

Pacient je prijatý pre liečbu chronickej bolesti v dolnej časti chrbta, rezistentnej na liečbu, na základe kostného nádoru. Pacientovi bude implantovaný stimulátor miechy s permanentným jedoelektrodovým *nedobíjajúcim* systémom na trvalú epidurálnu stimuláciu. Liečená je výlučne bolesť v dolnej časti chrbta.

Hlavná diagnóza:	M54.5	<i>Bolesť v krížovej oblasti</i>
Vedľajšia diagnóza:	C41.4	<i>Zhubný nádor kosti a kĺbovej chrupky panvovej kosti</i>
Výkon:	5a311.40	<i>Implantácia alebo výmena neurostimulátora pre epidurálnu stimuláciu miechy s implantáciou alebo výmenou neurostimulačných elektród: jednokanálový plne implantovateľný systém bez dobíjania</i>

Kódy:

R52.1 *Chronická neutišiteľná bolesť*

alebo

R52.2 *Iná chronická bolesť*

sa kódujú ako **hlavná diagnóza** iba vtedy, ak lokalizácia bolesti nie je bližšie určená a vyhovujú definícii hlavnej diagnózy.

S1803 - Príklad 2

Pacient je prijatý do nemocnice na vyšetrenie chronickej bolesti rezistentnej na terapiu. Príčina a bližšie určenie bolesti nebolo počas hospitalizácie upresnené.

Hlavná diagnóza:	R52.1	<i>Chronická neutišiteľná bolesť</i>
------------------	-------	--------------------------------------

Vo všetkých ostatných prípadoch chronickej bolesti musí byť ochorenie, ktoré bolesť spôsobuje, kódované ako hlavná diagnóza, pokiaľ bolo príčinou poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti.

S1803 - Príklad 3

Pacient je prijatý na liečbu kostných metastáz zhubného pľúcneho tumoru v hornom laloku. Dostáva hydromorfónna ovplyvnenie výrazných bolestí kostí.

Hlavná diagnóza:	C79.5	<i>Sekundárny zhubný nádor kosti a kostnej drene</i>
Vedľajšia diagnóza:	C34.1	<i>Zhubný nádor priedušky alebo pľúc v hornom laloku</i>

S19 PORANENIA, OTRAVY A NIEKTORÉ INÉ NÁSLEDKY VONKAJŠÍCH PRÍČIN

S1901A POVRCHOVÉ PORANENIA

Povrchové poranenia, napr. odreniny alebo pomliaždenia, sa nekódujú, ak súvisia so závažnými poraneniami rovnakej lokalizácie. Výnimkou sú prípady, kedy zvyšujú náklady na liečbu týchto závažných poranení (pozri aj pravidlá kódovania s označením D02 *Vedľajšie diagnózy*).

S1901 - Príklad 1

Pacient prichádza na liečbu suprakondylovej zlomeniny ramennej kosti a pomliaždenie lakťa, ako aj zlomeninu tela lopatky.

Hlavná diagnóza: S42.41 Zlomenina dolného konca ramennej kosti, suprakondylová

Vedľajšia diagnóza: S42.11 Zlomenina lopatky, telo

Poznámka: V uvedenom prípade sa pomliaždenie lakťa nekóduje.

S1902A ZLOMENINY A VYKLBENIA

Ku kódovaniu zlomeniny a vykĺbenia stavcov pozri pravidlo S1905 *Úrazy miechy (s traumatickou paraplégiou a tetraplégiou)*.

#(1) Zlomeniny a vykĺbenia s poškodením mäkkého tkaniva

Na kódovanie zlomenín a luxácií s poškodením mäkkého tkaniva sú potrebné dva kódy.

Najprv sa uvedie kód zlomeniny alebo kód vykĺbenia a k tomu treba priradiť zodpovedajúci kód pre stupeň závažnosti poškodenia mäkkých tkanív v okolí zlomeniny/vykĺbenia. Len zatvorené zlomeniny 0. stupňa alebo vykĺbenia s poškodením mäkkého tkaniva 0. stupňa (označené ako „minimálne poškodenie mäkkých tkanív, jednoduchý tvar lomu“) alebo bližšie neurčený stupeň sa nekódujú žiadnym doplnkovým kódom.

S1902 - Príklad 1

Pacient je prijatý s otvorenou zlomeninou stehnovej kosti II. stupňa.

Hlavná diagnóza: S72.3 Zlomenina diafýzy stehnovej kosti

Vedľajšia diagnóza: S71.88! Poškodenie mäkkých častí II. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vykĺbení bedra a stehna

S1902 - Príklad 2

Pacient je prijatý na liečbu otvoreného vykĺbenia ramena s dislokáciou ramennej kosti dopredu a poškodením mäkkých tkanív 1. stupňa.

Hlavná diagnóza: S43.01 Vykĺbenie ramennej kosti dopredu

Vedľajšia diagnóza: S41.87! Poškodenie mäkkých častí I. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vykĺbení ramena

#(2) Luxačné zlomeniny

V týchto prípadoch je ako pre zlomeninu, tak aj pre luxáciu priradený osobitný kód, v prvom rade kód pre zlomeninu. V určitých prípadoch stanovuje MKCH-10-SK pre vyklbenie spojené so zlomeninou oproti tomuto pravidlu odlišné kódovanie.

Napríklad Monteggiaova luxačná zlomenina je klasifikovaná ako zlomenina S52.21 *Zlomenina proximálnej časti diafýzy lakťovej kosti s luxáciou hlavičky vretennej kosti*.

#(3) Zlomeniny a vyklbenia rovnakej alebo odlišnej lokalizácie

Za predpokladu kombinovaného poranenia v rovnakej lokalizácii je údaj jedného doplnkového kódu pre poškodenie mäkkých tkanív dostatočný (pozri príklad 3).

S1902 - Príklad 3

Pacient je prijatý na liečbu otvorenej zlomeniny hlavice ramennej kosti I. stupňa s vyklbením ramena dopredu a s poškodením mäkkých tkanív 1. stupňa.

Hlavná diagnóza: S42.21 *Zlomenina horného konca ramennej kosti, hlava*

Vedľajšie diagnózy: S43.01 *Vyklbenie ramennej kosti dopredu*

S41.87! *Poškodenie mäkkých častí I. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení ramena*

Ak sa u pacienta vyskytuje viacero zlomenín alebo vyklbení rôznej lokalizácie, kóduje sa pre každú lokalizáciu zodpovedajúci kód podľa stupňa závažnosti poškodenia mäkkých tkanív pri zlomenine/vyklbení (Sx1.84!-Sx1.89!), ak nejde o 0. stupeň poškodenia mäkkých tkanív.

#(4) Pomliaždenie kosti

Pomliaždenie kosti („bone bruise“, rádiodiagnostickou metódou potvrdená zlomenina spongiózy pri intaktnej kortikalis kosti) sa kóduje ako zlomenina zodpovedajúcej lokalizácie.

S1903A OTVORENÉ RANY A PORANENIA

Pre každú telesnú oblasť je k dispozícii v kapitole XIX (Poranenia, otravy a niektoré iné následky vonkajších príčin S00-T98) odsek týkajúci sa otvorených rán. Tu sú uvedené aj kódy, ktorými sa kódujú otvorené rany spojené so zlomeninou alebo vyklbením alebo rany prenikajúce cez kožu do telových dutín (tzn. vnútrolebečné, vnútrohrudné a vnútrobrušné poranenia).

Otvorená rana sa v týchto prípadoch kóduje **doplnkovým** kódom k poraneniu (napr. k zlomenine), pozri aj pravidlo S1902 *Zlomeniny a vyklbenia*

#(1) Otvorené poranenia s poškodením ciev, nervov a šliach

Pri poranení s poškodením ciev záleží na postupnosti zadávania kódov podľa toho, či hrozí strata postihnutej končatiny. V tomto prípade sa pri poranení s poškodením artérie a nervu kóduje nasledovne:

- ako prvé arteriálne poranenie

- následne poranenie nervov
- potom prípadné poranenie šliach
- nakoniec hlboká rana

V prípadoch, pri ktorých napriek poškodeniu nervov a ciev je nepravdepodobná strata končatiny, závisí poradie kódovania od miery závažnosti poškodenia jednotlivých oblastí.

#(2) Otvorené vnútrolebečné/vnútrohrudné/vnútrobrušné poranenie

V prípade otvoreného vnútrolebečného/vnútrohrudného/vnútrobrušného poranenia sa kóduje najprv kódom pre vnútrolebečné/vnútrohrudné/vnútrobrušné poranenie a následne kódom pre otvorenú ranu.

S1903 - Príklad 1

Pacient je prijatý s otvorenou ranou brucha, kompletnou ruptúrou obličkového parenchýmu, ruptúrou parenchýmu sleziny, malými tržnými ranami na viacerých úsekoch tenkého čreva a s vystúpením viscerálnych orgánov dutiny brušnej.

Hlavná diagnóza:	S37.03	Kompletná ruptúra parenchýmu obličky
Vedľajšie diagnózy:	S36.03	Tržné poranenie sleziny vrátane parenchýmu
	S36.49	Poranenie iných a viacerých častí tenkého čreva
	S31.83!	Otvorená rana (ktorákoľvek časť brucha, drieku a panvy) v spojení s vnútrobrušným poranením

#(3) Otvorená zlomenina s vnútrolebečným/vnútrohrudným/vnútrobrušným poranením

V prípade zlomeniny lebky spojenej s vnútrolebečným poranením/otvorenou zlomeninou osového skeletu spolu s vnútrohrudným/vnútrobrušným poranením, sa kóduje:

- jeden kód pre vnútrolebečné/vnútrodutínové poranenie
- jeden z kódov:

S01.83! Otvorená rana (ktorákoľvek časť hlavy) v spojení s intrakraniálnym poranením

S21.83! Otvorená rana každej časti hrudníka v spojení s vnútrohrudníkovým poranením

S31.83! Otvorená rana (ktorákoľvek časť brucha, drieku a panvy) v spojení s vnútrobrušným poranením

- kódy pre zlomeninu a
- jeden kód pre stupeň závažnosti poškodenia mäkkých tkanív otvorenej zlomeniny z:

S01.87! Poškodenie mäkkých častí I. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení na hlave

S01.88! Poškodenie mäkkých častí II. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení na hlave

S01.89! Poškodenie mäkkých častí III. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení na hlave

S21.87! Poškodenie mäkkých častí I. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení na hrudníku

S21.88! Poškodenie mäkkých častí II. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení na hrudníku

S21.89! Poškodenie mäkkých častí III. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení na hrudníku

S31.87! Poškodenie mäkkých častí I. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení drierkovej chrbtice a panvy

S31.88! Poškodenie mäkkých častí II. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení drierkovej chrbtice a panvy

S31.89! Poškodenie mäkkých častí III. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vyklbení driekovej chrbtice a panvy

#(4) Komplikácie otvorených rán

V prípade komplikácie otvorenej rany sa uvedie kód pre otvorenú ranu s následným kódom:

T89.0- *Komplikácia otvorenej rany*

Na vyznačenie infekčného pôvodcu použite prídavný kód (B95 – B98).

T89.00 *Komplikácia otvorenej rany, bližšie neurčená*

T89.01 *Komplikácia otvorenej rany, cudzie teleso (s infekciou alebo bez infekcie)*

T89.02 *Komplikácia otvorenej rany, infekcia*

T89.03 *Komplikácia otvorenej rany, iná*

Predĺžené ošetrovanie

Príčiny predĺženého hojenia rany

S1903 - Príklad 2

Pacient je prijatý s úločkami skla v otvorenej rane kolena. Rana je infikovaná. Výter z rany potvrdil prítomnosť *Staphylococcus aureus*.

Hlavná diagnóza: S81.0 *Otvorená rana kolena*

Vedľajšie diagnózy: T89.01 *Komplikácia otvorenej rany, cudzie teleso (s infekciou alebo bez infekcie)*

B95.6! *Staphylococcus aureus ako príčina chorôb, zatriedených inde*

S1904A PORUCHY VEDOMIA

#(1) Poruchy vedomia v súvislosti s úrazom

Keď dôjde k strate vedomia v súvislosti s úrazom mozgu a lebky, kóduje sa typ úrazu pred kódom

S06.7-! *Bezvedomie pri poranení lebky a mozgu.*

Na 5. mieste (druhej pozícii za bodkou) sa v kóde S06.7- kóduje trvanie bezvedomia.

S1904 - Príklad 1

Pacient je prijatý so zlomeninou labyrintu čuchovej kosti (RTG snímka). CT vyšetrením sa zistil veľký subdurálny hematóm. Pacient bol 3 hodiny v bezvedomí.

Hlavná diagnóza: S06.5 *Subdurálne krvácanie po úraze*

Vedľajšie diagnózy: S02.1 *Zlomenina spodiny lebky*

S06.71! *Bezvedomie pri poranení lebky a mozgu, trvajúce 30 minút až 24 hodín*

Výkon: 33000.00 *CT hlavy*

#(2) Poruchy vedomia bez súvislosti s úrazom

Pokiaľ porucha vedomia pacienta **nesúvisí** s úrazom lebky a mozgu, použijú sa nasledovné kódy:

R40.0 *Somnolencia*

R40.1 *Sopor (stupor)*

R40.2 *Kóma, bližšie neurčená*

S1905A ÚRAZY MIECHY (S TRAUMATICKOU PARAPLÉGIU A TETRAPLÉGIU)

#(1) Akútna fáza - bezprostredne po úraze

Pod akútnou fázou úrazu miechy sa rozumie časovo vymedzený interval liečby bezprostredne po úraze. Môže zahŕňať viaceré nemocničné pobyty. Ak je pacient prijatý s poranením miechy (napr. s kompresiou miechy, zmliaždením, ruptúrou, priečnym preťatím alebo útlakom), kódujú sa nasledovné detaily:

1. **Typ lézie** miechy sa uvedie ako prvý kód (poranenie úplným alebo neúplným priečnym preťatím)
2. **Funkčná úroveň lézie** miechy sa kóduje kódmi:

S14.7-I, S24.7-I, S34.7-I *Funkčná úroveň pri poranení krčnej/hrudníkovej/bedrovokrížovej miechy*

Pri údajoch o funkčnej úrovni sa prihliada na odkazy v MKCH-10-SK. Pacienti s úrazom miechy majú s veľkou pravdepodobnosťou aj zlomeninu alebo luxáciu stavca. V tejto súvislosti sa kódujú nasledovné údaje:

3. **Miesto poškodenia**, ak je prítomná zlomenina stavca
4. **Miesto luxácie** stavca, ak sa luxácia vyskytla
5. **Stupeň závažnosti poškodenia mäkkých tkanív** pri fraktúre/luxácii

S1905 -Príklad 1

Pacient je prijatý s kompresívnou zlomeninou stavca Th12. Ide o kompresívny úraz miechy v rovnakej výške s nekompletnou paraplégiou vo funkčnej výške L2.

Hlavná diagnóza:	S24.12	<i>Nekompletné priečne poranenie hrudníkovej miechy</i>
Vedľajšie diagnózy:	S34.72-I	<i>Funkčná úroveň pri poranení drienkovokrížovej miechy: L2</i>
	S22.06	<i>Zlomenina hrudníkového stavca Th11 a Th12</i>

#(2) Akútna fáza - preklad pacienta

Ak pacient v dôsledku úrazu utrpel poranenie miechy a je bezprostredne potom preložený z jednej „akútnej“ nemocnice do druhej, obidve zariadenia uvedú kód pre typ úrazu ako hlavnú diagnózu a zodpovedajúci kód pre funkčnú úroveň poranenia miechy ako prvú vedľajšiu diagnózu.

S1905 - Príklad 2

Pacient je prijatý do nemocnice A s ťažkým úrazom miechy. CT vyšetrenie potvrdilo luxáciu stavca Th7/Th8 s poranением miechy na rovnakej úrovni. Neurologicky ide o nekompletné priečne preťatie pod stavcom Th8. Po stabilizácii stavu v nemocnici A je pacient preložený do nemocnice B, v ktorej sa vykonala spondylodéza.

Nemocnica A

Hlavná diagnóza:	S24.12	<i>Nekompletné priečne poranenie hrudníkovej miechy</i>
------------------	--------	---

Vedľajšie diagnózy:	S24.75!	<i>Funkčná výška pri poranení hrudníkovej miechy: Th8/Th9</i>
	S23.14	<i>Vykĺbenie hrudníkového stavca v úrovni Th7/Th8 a Th8/Th9</i>
Výkon:	33000.21	<i>CT chrbtice a miechy</i>
Nemocnica B		
Hlavná diagnóza:	S24.12	<i>Nekompletné priečne poranenie hrudníkovej miechy</i>
Vedľajšie diagnózy:	S24.75!	<i>Funkčná výška pri poranení hrudníkovej miechy: Th8/Th9</i>
	S23.14	<i>Vykĺbenie hrudníkového stavca v úrovni Th7/Th8 a Th8/Th9</i>
Výkon:	5t643.2	<i>Dorzálna a ventrálna kombinovaná spondylodéza medzi stavcami, 2 segmenty</i>

#(3) Úrazy miechy - chronická fáza

O chronickej fáze paraplégie/tetraplégie hovoríme, ak je ukončená liečba akútneho ochorenia (napr. akútny úraz miechy), ktoré spôsobilo ochrnutie.

U pacienta prijatého na liečbu paraplégie/tetraplégie v chronickej fáze sa kóduje hlavná diagnóza kódom z kategórie:

G82.- Paraparéza a paraplégia, tetraparéza a tetraplégia,

na piatej pozícii „2“ alebo „3“..

Ak je však pacient v chronickej fáze paraplégie/tetraplégie prijatý na liečbu iného ochorenia, napr. infekcie močových ciest, zlomenina stehrovej kosti atď., kóduje sa ako hlavná diagnóza toto liečené ochorenie (príčina hospitalizácie) a ako vedľajšie ochorenie kód z kategórie:

G82.- Paraparéza a paraplégia, tetraparéza a tetraplégia, piata pozícia kódu „2“ alebo „3“

Pre funkčnú úroveň úrazu miechy sa uvedie zodpovedajúci doplnkový kód:

G82.6-! Funkčná úroveň pri poškodení miechy

Kódy pre poranenie miechy sa neuvedú, pretože sa môžu použiť len v akútnej fáze.

S1905 - Príklad 3

Pacient je prijatý na liečbu infekcie močových ciest. Prítomná je aj nekompletná chabá paraplégia na úrovni L2, nekompletný syndróm cauda equina a neurogénna porucha vyprázdňovania močového mechúra.

Hlavná diagnóza:	N39.0	<i>Infekcia močovej sústavy, miesto bližšie neurčené</i>
Vedľajšie diagnózy:	G82.03	<i>Chabá paraparéza a paraplégia, chronické nekompletné priečne poškodenie miechy</i>
	G82.66!	<i>Funkčná úroveň pri poškodení miechy: L2 – S1</i>
	G83.41	<i>Syndróm cauda equina, nekompletný</i>
	G95.81	<i>Obrna močového mechúra pri poškodení dolného motoneurónu [LMNL]</i>

Poznámka: Ak má byť kódovaná neurogénna porucha funkcie močového mechúra, použije sa doplnkový kód z G95.8-.

#(4) Kódovanie zlomeniny a luxácie stavcov

Pozri aj S1902 *Zlomeniny a vykĺbenia*.

Pri viacnásobných zlomeninách alebo luxáciách sa kóduje každá úroveň poškodenia samostatne.

S1905 - Príklad 4

Pacient je prijatý s komplikovanou otvorenou zlomeninou II. stupňa druhého, tretieho a štvrtého hrudného stavca s posunom na úrovni Th2/Th3 a Th3/Th4 a kompletným preťatím miechy vo výške Th3. Neurologickým vyšetrením sa potvrdilo kompletne priečne preťatie pod Th3.

Hlavná diagnóza:	S24.11	<i>Kompletné priečne poranenie hrudníkovej miechy</i>
Vedľajšie diagnózy:	S24.72!	<i>Funkčná výška pri poranení hrudníkovej miechy: Th2/Th3</i>
	S22.01	<i>Zlomenina hrudníkového stavca Th1 a Th2</i>
	S22.02	<i>Zlomenina hrudníkového stavca Th3 a Th4</i>
	S21.88!	<i>Poškodenie mäkkých častí II. stupňa pri otvorenej zlomenine alebo vykĺbení na hrudníku</i>
	S23.11	<i>Vykĺbenie hrudníkového stavca v úrovni Th1/Th2 a Th2/Th3</i>
	S23.12	<i>Vykĺbenie hrudníkového stavca v úrovni Th3/Th4 a Th4/Th5</i>

S1906A VIACNÁSOBNÉ PORANENIA (POLYTRAUMA)

#(1) Diagnózy pri viacnásobných poraneniach

Jednotlivé poranenia sa kódujú vždy, keď je to možné, podľa lokalizácie a typu čo najpresnejšie.

Kombinované kategórie pre viacnásobné poranenia (T00-T07 *Poranenia postihujúce viaceré oblasti tela*) a kódy kategórie S00-S99, ktoré s číslom „.7“ na štvrtej pozícii kódu prislúchajú viacnásobným poraneniam, sa používajú len vtedy, ak množstvo poranení, ktoré je potrebné kódovať, prekračuje maximálny počet diagnóz. Špecifické kódy (poranenia podľa lokalizácie a typu) sa použijú v týchto prípadoch pre závažné poranenia. Pre ľahšie poranenia (napr. povrchové poranenia, otvorené rany, vyvrtnutia a natiahnutia) sa použijú kódy z kategórie viacnásobných poranení (pozri aj D0310#(2) *Viacnásobné kódovanie*).

Poznámka: zoznam MKCH-10-SK ponúka pre „viacnásobné poranenie“ alebo „polytraumu“ kód: T07 *Viaceré poranenia, bližšie neurčené*

Tento kód je **nešpecifický**, a preto by sa podľa možnosti nemal používať.

#(2) Poradie kódov pri viacnásobných poraneniach

V prípade viacerých bližšie popísaných poranení sa ako hlavná diagnóza kóduje poranenie, ktoré je najzávažnejšie.

S1906 - Príklad 1

Pacient je prijatý s fokálnou kontúziou mozgu, traumatickou amputáciou jedného ucha, 20-minútovým bezvedomím, pomliaždením tváre, hrtana, ramena, ako aj reznými ranami tváre a stehna.

Hlavná diagnóza:	S06.31	Ložiskové pomliaždenie mozgu
Vedľajšie diagnózy:	S06.70!	Bezvedomie pri poranení lebky a mozgu, trvajúce menej ako 30 minút
	S08.1	Úrazová amputácia ucha
	S01.41	Otvorená rana líca a temporomandibulárnej oblasti: líce
	S71.1	Otvorená rana stehna
	S00.85	Povrchové poranenie inej časti hlavy: pomliaždenie
	S10.0	Pomliaždenie hrdla
	S40.0	Pomliaždenie pleca a ramena

Poznámka: V tomto prípade sa nepoužijú kódy S09.7 Viaceré poranenia hlavy a T01.8 Otvorená rana postihujúca inú kombináciu oblastí tela, pretože sú k dispozícii individuálne, špecifické kódy, ktoré treba vždy použiť, ak je to možné.

#(3) Zdravotné výkony pri viacnásobných poraneniach

Pri starostlivosti o pacienta s viacnásobnými poraneniami a polytraumou je potrebné okrem jednotlivých zdravotných výkonov použiť aj vhodný kód zo skupiny dopĺňujúcich kódov:

5z136.- Polytrauma s akútnym ohrozením života

S1907A POPÁLENIE A POLEPTANIE

#(1) Poradie kódov

Oblasť s najťažším popálením/poleptaním sa kóduje ako prvá. Popálenie/poleptanie 3. stupňa je preto pred popálením/poleptaním 2. stupňa, a to aj vtedy, ak popálenie/poleptanie 2. stupňa zasiahlo väčšiu časť telesného povrchu.

Popálenie/poleptanie rovnakého rozsahu, ale rôzneho stupňa, sa kóduje ako popálenie/poleptanie dosiahnutého najvyššieho stupňa.

S1907 - Príklad 1

Popálenie 2. a 3. stupňa členku sa kóduje nasledovne:

Hlavná diagnóza:	T25.3	Popálenina členka a nohy 3. stupňa
------------------	-------	------------------------------------

Popáleniny/poleptania, ktoré vyžadujú transplantáciu kože sa vždy kódujú **pred** tými, ktoré kožnú transplantáciu nevyžadujú.

Pokiaľ existujú viaceré popáleniny/poleptania **rovnakého stupňa**, potom sa kóduje oblasť s najväčším rozsahom postihnutého telesného povrchu ako prvá. Všetky ďalšie popáleniny/poleptania sa kódujú vždy, ak je to možné, podľa svojej aktuálnej lokalizácie.

S1907 - Príklad 2

Popálenina brušnej steny a perinea stupňa 2a sa kóduje nasledovne:

Hlavná diagnóza:	T21.23	<i>Popálenina trupu 2a. stupňa, brušná stena</i>
Vedľajšia diagnóza:	T21.25	<i>Popálenina trupu 2a. stupňa, vonkajšie genitálie</i>

Ak by počet kódov u hospitalizovaného pacienta mal byť extrémne vysoký, má zmysel použiť kódy pre viacnásobné popáleniny alebo poleptania (T29.- *Popáleniny a poleptania viacerých oblastí tela*). Pri popáleninách/poleptaniach 3. stupňa treba použiť vždy diferencujúce kódy. Keď je potrebné použiť kódy pre viacnásobné popáleniny/poleptania, použijú sa pre popáleniny/poleptania 2. stupňa.

#(2) Rozsah postihnutého povrchu tela

Každý prípad popálenia/poleptania je potrebné zakódovať aj doplnkovým kódom z kategórie

T31.-! *Popáleniny zatriedené podľa rozsahu postihnutého povrchu tela*

T32.-! *Poleptania zatriedené podľa rozsahu postihnutého povrchu tela*

aby sa poukázalo na percentuálne postihnutie telesného povrchu.

Štvrtá pozícia v kóde popisuje súčet všetkých jednotlivých popálení/poleptaní, uvedením percentuálnej hodnoty postihnutého telesného povrchu.

Kód z T31.-! a T32.-! sa používa len jedenkrát, a to po poslednom kóde pre postihnutú oblasť.

S1908A ZNEUŽÍVANIE ALEBO TÝRANIE DOSPELÝCH A DETÍ

V prípade zneužitia alebo týrania sa kódujú existujúce **akútne poranenia**, prípadne vzniknuté psychické poruchy ako **hlavná diagnóza**.

Kód z kategórie:

T74.- *Syndróm, zapríčinený zlým zaobchádzaním [týraním]*

sa kóduje ako **vedľajšia diagnóza**.

Toto platí aj pre kódovanie pri Münchhausenovom syndróme v zastúpení (by proxy):

F68.1 *Úmyselné vyvolávanie alebo predstieranie somatických alebo psychických príznakov, alebo nespôsobilostí [predstieraná porucha]*

S1909A OTRAVA LIEKMI, CHEMICKY A BIOLOGICKY AKTÍVNymi LÁTKAMI

Diagnózu „Otrava liekmi/drogami (psychoaktívnymi látkami)“ stanovíme pri **neúmyselnom užití omylom** alebo **úmyselnom neodbornom užití** (napr. pri suicidálnom pokuse, pri zabití) a pri vedľajších účinkoch liekov, ktoré boli použité v súvislosti s lekársym predpisom (napr. správne ordinované, ale nesprávne užívané).

Otravy sú klasifikované v kategóriách kódov:

T36-T50 *Otravy liekmi, liečivami a biologickými látkami*

T51-T65 *Toxické účinky látok používané prevažne mimo lekárstva*

Nekóduje sa zámer použitím kódu:

X84.9! *Úmyselné samopoškodenie bližšie neurčenými prostriedkami*

Pri kódovaní otravy sa použije doplňujúci kód pre manifestáciu otravy (napr. kóma, arytmia).

S1909 - Príklad 1

Pacient je prijatý v kóme po predávkovaní kodeínom.

Hlavná diagnóza: T40.2 *Otrava inými opioidmi*

Vedľajšia diagnóza: R40.2 *Kóma, bližšie neurčená*

Výnimkou z týchto pravidiel je predávkovanie inzulínom, pri ktorom sa najprv použije kód E10-E14 (na štvrtej pozícii kódu „6“ pre Diabetes mellitus s inými bližšie určenými komplikáciami) a kód pre otravu (T38.3 *Otrava inzulínom a orálnymi antidiabetikami*) sa použije ako vedľajšia diagnóza (pozri S0401 *Diabetes mellitus*).

S1910A NEŽIADUCE VEDĽAJŠIE ÚČINKY LIEKOV (PRI UŽITÍ V SÚLADE S LEKÁRSKYM PREDPISOM)

Nežiaduce vedľajšie účinky indikovaných liekov pri užívaní podľa predpisu sa kódujú nasledovne: jeden alebo viacero kódov popisujúcich chorobný stav, pri ktorom sa manifestujú vedľajšie účinky liekov, **prípadne** doplnené kódom

Y57.9! *Nežiaduce vedľajšie účinky pri liečebnom použití: liečivo alebo liek, bližšie neurčené*

S1910 - Príklad 1

Pacient je prijatý s akútnou hemoragickou gastritídou v dôsledku ordinovanej kyseliny salicylovej. Iná príčina gastritídy nebola zistená.

Hlavná diagnóza: K29.0 *Akútna hemoragická gastritída*

Vedľajšia diagnóza, voliteľná: Y57.9! *Nežiaduce vedľajšie účinky pri liečebnom použití: liečivo alebo liek, bližšie neurčené*

S1910 - Príklad 2

HIV pozitívny pacient je prijatý na liečbu hemolytickej anémie, ktorá bola vyvolaná antiretrovirálnou chemoterapiou.

Hlavná diagnóza: D59.2 *Neautoimunitná hemolytická anémia zapríčinená liekmi*

Vedľajšie diagnózy: Z21 *Bezpríznakový stav infekcie HIV (vírusom ľudského imunodeficitu)*

Vedľajšia diagnóza, voliteľná: Y57.9! *Nežiaduce vedľajšie účinky pri liečebnom použití: liečivo alebo liek, bližšie neurčené*

Kódovanie nežiaducich vedľajších účinkov antikoagulačnej liečby upravuje pravidlo S0301.

S1911A NEŽIADUCE VEDĽAJŠIE ÚČINKY/OTRAVY PRI SÚČASNOM UŽITÍ VIACERÝCH LÁTKOK (V ROZPORE S PREDPISOM)

#(1) Otrava liekmi v kombinácii s chemicky alebo biologicky aktívnymi látkami

Vedľajší účinok lieku, ktorý bol užitý napr. spolu s alkoholom, sa kóduje ako **otrava dvoma účinnými látkami**.

S1911 - Príklad 1

Pacient je prijatý s depresiou dýchacieho centra spôsobenou neúmyselným užitím barbiturátov v kombinácii s alkoholom.

Hlavná diagnóza:	T42.3	<i>Otrava barbiturátmi</i>
Vedľajšie diagnózy:	G93.88	<i>Iná choroba mozgu, bližšie určená</i>
	T51.0	<i>Toxický účinok etanolu</i>
Vedľajšia diagnóza, voliteľná:	X49.9!	<i>Náhodná otrava</i>

#(2) Otrava dvomi a viacerými liekmi (nežiaduce interakcie)

Súčasné užitie viacerých liekov, napr. kombinácie predpísaných a nepredpísaných liekov, sa kóduje ako otrava všetkými účinnými látkami, vrátane jednotlivých prejavov otravy.

S1911 - Príklad 2

Pacient je prijatý s hematemézou v dôsledku užívania warfarínu spolu s náhodným užitím kyseliny acetylosalicylovej.

Hlavná diagnóza:	T39.0	<i>Otrava salicylátmi</i>
Vedľajšie diagnózy:	K92.0	<i>Hemateméza</i>
	T45.5	<i>Otrava antikoagulantami</i>
Vedľajšia diagnóza, voliteľná:	X49.9!	<i>Náhodná otrava</i>

PRÍLOHA Č. 1

ŠPECIFICKÁ KOMPLEXNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ PRISLÚCHAJÚCA NIEKTORÉMU ODBORU/OCHORENIU/STAVU

V tejto prílohe sú detailnejšie popísané základné charakteristiky a podmienky pre kódovanie nasledovných skupín výkonov:

- 8v10- *Multimodálna komplexná dermatologická liečba*
- 8v11- *Komplexná liečba ťažkej formy epilepsie*
- 8v12- *Komplexná liečba pri transverzálnom prerušení miechy*
- 8v13- *Komplexná liečba a intenzívna starostlivosť pri cerebrovaskulárnych vazospazmoch*
- 8v14- *Komplexná liečba a intenzívna starostlivosť pri neuromuskulárnych chorobách*
- 8v15- *Komplexná liečba Parkinsonovej choroby*
- 8v16- *Komplexná neurologická liečba akútnej cievnej mozgovej príhody [CMP]*
- 8v17- *Komplexná reumatologická liečba*
- 8v18- *Komplexná liečba porúch príjmu a vnútorného prostredia*
- 8v19- *Špeciálna komplexná liečba ruky*
- 8v1a- *Komplexná liečba infekcie multirezistentnými pôvodcami*
- 8v1b- *Komplexná chirurgická liečba ťažkých infekcií*
- 8v1c- *Komplexná paliatívna starostlivosť*
- 8v1d- *Neoperačná komplexná liečba pohybového aparátu*
- 8v1e- *Komplexná liečba spina bifida*
- 8v1f- *Komplexná liečba inej chronickej choroby*
- 8v43- *Geriatrická zdravotná starostlivosť*
- 8t250 *Multimodálna terapia bolesti*
- 99- *Ostatné doplňujúce a iné vybrané výkony zdravotnej starostlivosti*

Multimodálna komplexná dermatologická liečba (8v10-)

Výkon zo skupiny 8v10- Multimodálna dermatologická komplexná liečba je možné použiť iba za podmienky, že dermatologická komplexná liečba trvala najmenej 7 dní pod odborným lekársym dohľadom a špecializovaným ošetrovateľským personálom.

Komplexná liečba ťažkej formy epilepsie (8v11-)

Výkony skupiny 8v11- Komplexná liečba ťažkej formy epilepsie sú členené podľa počtu dní poskytnutej starostlivosti a sú charakterizované nasledovnými minimálnymi požiadavkami na ich zabezpečenie:

- a) porady tímu 1-krát týždenne s vyhodnotením doterajšej liečby a stanovením ďalších cieľov liečby na základe dokumentácie a liečebných výsledkov z predchádzajúceho týždňa,
- b) použitie liečebných postupov najmenej z 3 terapeutických oblastí: ergoterapia, fyzioterapia, neuropsychológia, psychoterapia, sociálna práca, u detí liečebná a sociálna pedagogika v rôznych kombináciách špecifických pre pacienta a v rôznych požiadavkách na časový rozsah.

Komplexná liečba pri transverzálnom prerušení miechy (8v12-)

Kódovanie výkonov skupiny 8v12- *Komplexná liečba pri transverzálnom prerušení miechy* je možné iba za predpokladu, že ide o hospitalizáciu s interdisciplinárnou starostlivosťou viacerých medicínskych odborov bezprostredne po vzniku úplnej alebo čiastočnej transverzálnej lézie miechy s liečebným výsledkom v oblasti medicínskej a sociálnej reintegrácie v zmysle sebestačnosti v osobnom živote.

Komplexná liečba a intenzívna starostlivosť pri cerebrovaskulárnych vazospazmoch (8v13-)

Kódy skupiny 8v13- *Komplexná liečba a intenzívna starostlivosť pri cerebrovaskulárnych vazospazmoch* je možné kódovať iba u hospitalizácií bez umelej pľúcnej ventilácie. Intraarteriálna spasmolýza sa kóduje osobitne. Minimálne požiadavky na výkony tejto skupiny sú:

- a) hypertenzná hypervolemická hemodilúcia (tri-H-terapia) so systémovou dávkou katecholamínu,
- b) intenzívne lekárske monitorovania so sledovaním všetkých neurologických funkcií každú hodinu,
- c) transkraniálne dopplerovské vyšetrenie všetkých intracerebrálnych úsekov ciev minimálne jedenkrát denne.

Komplexná liečba a intenzívna starostlivosť pri neuromuskulárnych chorobách (8v14-)

Kódovanie výkonov skupiny 8v14- *Komplexná liečba a intenzívna starostlivosť pri neuromuskulárnych chorobách* predpokladá splnenie nasledovných minimálnych požiadaviek:

- a) diagnóza neuromuskulárneho ochorenia zo skupiny G12.-, G13.-, G61.-, G70.-, G71.-, G72.- G73.-, M33.-, M36.0-, M60.- okrem M60.2, M63.-,
- b) vitálna kapacita pľúc pacienta je menej ako 1,6 litra,
- c) pacienti nevyžadujú umelú pľúcnu ventiláciu,
 - a) meranie vitálnej kapacity pľúc najmenej 2-krát denne,
 - b) analýza krvných plynov najmenej 2-krát denne.

Komplexná liečba Parkinsonovej choroby (8v15-)

Kódovanie výkonov komplexnej liečby Parkinsonovej choroby je podmienená splnením týchto kritérií:

- a) tím pod vedením odborného lekára špecialistu v odbore neurológia,
- b) porady tímu 1-krát týždenne s vyhodnotením doterajšej liečby a stanovením ďalších cieľov liečby na základe dokumentácie a liečebných výsledkov z predchádzajúceho týždňa,
- c) použitie liečebných postupov najmenej z 3 terapeutických oblastí (fyzioterapia/fyzikálna terapia, ergoterapia, športová terapia, logopédia, terapia umením a muzikoterapia, psychoterapia) v rôznych kombináciách špecifických pre pacienta, najmenej 7,5 hodín týždenne, z toho 5 hodín individuálnej terapie. Jednou z terapeutických oblastí musí byť fyzioterapia/fyzikálna terapia alebo ergoterapia.

Komplexná neurologická liečba akútnej cievnej mozgovej príhody [CMP] (8v16-)

Výkony sa vykazujú u pacientov s cerebrovaskulárnym akútnym ochorením (ACMP akejkoľvek etiológie) vyjadrujúcich komplexnú zdravotnú starostlivosť. Výkony tejto skupiny je možné použiť v prípade diagnostiky a následnej liečby (medikamentóznej, intervenčnej, neurochirurgickej apod.) akútneho cerebrovaskulárneho ochorenia v danom zdravotníckom zariadení.

Cievne mozgové príhody (CMP) sú definované podľa aktuálne platnej a používanej medicínskej klasifikácie. Pre hospitalizovaného pacienta s akútnym cerebrovaskulárnym ochorením (napr. Ischemické - TIA, RIND, hemoragické, mozgové infarkty, atd.) je možné vykazať jeden z výkonov komplexnej neurologickej starostlivosti pri akútnej CMP podľa nižšie popísaných kritérií.

Skupina výkonov *pre komplexnú neurologickú liečbu akútnej CMP* sa člení ďalej na:

8v161.- *Komplexná neurologická liečba akútnej CMP*

8v162.- *Iná komplexná neurologická liečba akútnej CMP: najmenej 24 až najviac 72 hodín*

8v163.- *Iná komplexná neurologická liečba akútnej CMP: viac ako 72 hodín*

Počas hospitalizácie sa vykazuje vždy iba jeden výkon, a to v závislosti od trvania komplexnej starostlivosti.

Požiadavky pre použitie ktoréhokoľvek z výkonov menovaných skupín sú nasledovné:

- 24 hodinový monitoring (kontinuálny alebo intermitentný) najmenej 6 nasledujúcich parametrov: tlak krvi, frekvencia srdca, EKG, frekvencia dýchania, saturácia periférnych tkanív kyslíkom, telesná teplota, EEG (EEG-monitoring a evokované potenciály nie sú rutinnou a štandardnou súčasťou liečby), evokované potenciály. Monitoring môže byť prerušený len v prípade vyšetrenia resp. terapeutickéj intervencie.
- Minimálne á 6-hodinová dokumentovaná revízia (prehodnocovanie) neurologického statusu lekárom s cieľom včas rozpoznať progresiu, recidívu resp. komplikácie ACMP (vnoci maximálne 8 hodinové prerušenie).
- Pri indikácii trombolýzy alebo endovaskulárneho výkonu vykonanie CT alebo MR vyšetrenia najneskôr do 45 minút, v ostatných prípadoch do 6 hodín po prijatí, pokiaľ toto vyšetrenie už nebolo vykonané extramurálne k objasneniu ACMP.
- Vykonanie duplexného ultrazvukového vyšetrenia mozgových ciev. Pri potvrdení ACMP inými zobrazovacími metódami nie je potrebné vykonanie duplexného ultrazvukového vyšetrenia mozgových ciev.
- Diferenciálna diagnostika ACMP (napríklad transezofageálna echokardiografia, vyšetrenie krvnej zrážanlivosti - hemostázy, EEG a ďalšie vyšetrenia). Špeciálne laboratorné vyšetrenia môžu byť vykonané aj extramurálne.
- 24 hodinová dostupnosť jednej zo zobrazovacích metód cerebrálnej angiografie (CT-angiografia alebo MR angiografia, digitálna subtrakčná angiografia).
- Stála možnosť fibrinolytickej (trombolytickej liečby) a endovaskulárnej intervenčnej neurorádiologickej liečby ACMP.
- Začatie fyzioterapie, neuropsychologickej liečby, ergoterapie alebo logopedickej liečby do 24 hodín najmenej v jednom sedení denne v oblasti predpokladaného deficitu a v rámci existujúcich možností.
- V prípade potreby dostupnosť neodkladnej neurochirurgickej intervencie, výkonov cievnej chirurgie a výkonov intervenčnej neurorádiologickej liečby (v rámci zdravotníckeho zariadenia alebo extramurálne v rámci regiónu so zabezpečením transportu najviac do 30 minút).

Ďalšie špecifické požiadavky sú

- výkony 8v161.- Komplexná neurologická liečba akútnej CMP** môžu vykazovať špecializované pracoviská so zabezpečením multidisciplinárnej starostlivosti špecializovanej pre liečbu CMP pod odborným vedením lekára s odbornosťou neurológiu, pričom musí byť zabezpečená:
 - 24 hodinová prítomnosť lekárskej starostlivosti (prítomnosť lekára v dňoch od pondelka do piatku minimálne 8-hodín každý deň. Lekár atestovaný v odbore neurológiu alebo

sekundárny lekár v špecializačnej príprave v odbore neurológia), pričom tento lekár sa počas prítomnosti venuje iba pacientom s akútnou CMP. Lekár sa v tomto 8-hodinovom časovom intervale môže zo špecializovaného pracoviska pre CMP vzdialiť len za účelom konziliárneho vyšetrenia pacienta s neurologickou symptomatológiou. Počas zvyšných 16 hodín ako aj počas 24- hodinovej víkendovej služby alebo počas sviatkov je prípustné, aby sa lekár staral aj o iných neurologických pacientov, ako len o pacientov s CMP, pokiaľ sa títo pacienti nachádzajú v blízkosti špecializovaného pracoviska pre CMP tak, aby bol lekár rýchlo dostupný pre týchto pacientov.

- b) **výkony 8v162.- Iná komplexná neurologická liečba akútnej CMP: najmenej 24 až najviac 72hodín, 8v163.- Iná komplexná neurologická liečba akútnej CMP: viac ako 72 hodín.** Tieto zdravotné výkony skupín 8v162.- alebo 8v163.- môžu vykazovať špecializované pracoviská so zabezpečením multidisciplinárnej starostlivosti špecializovanej pre liečbu CMP pod odborným vedením lekára s odbornosťou neurológia alebo interná medicína (v takomto prípade musí byť zabezpečená dostupnosť priebežných neurologických konzílií). Pritom musí byť naplnená minimálna požiadavka
- 24 hodinová prítomnosť lekárskej starostlivosti (aj ako pohotovostná služba)
- c) Pri výkonoch komplexnej neurologickej liečby akútnej CMP je možné do doby trvania komplexnej starostlivosti započítať i dobu pobytu na pracovisku intenzívnej medicíny (JIS, OAIM), kde neprebíha starostlivosť iba o pacienta s akútnou CMP; minimálne požiadavky pre vykazovanie výkonu (pozri vyššie) musia byť však splnené.
- d) Pre výkony inej komplexnej neurologickej liečby s klasifikáciou bez využitia telekonziliárnej služby musí byť splnené, že do multidisciplinárneho terapeutického tímu je začlenený špecialista s atestáciou v neurológii prípadne so subšpecializáciou v neurovaskulárnej problematike. Tento špecialista je vždy v akútnych prípadoch k dispozícii a každý pacient s ACMP je vyšetrený týmto špecialistom-neurológom. Špecialista-neurológ sa denne zúčastňuje vizít u pacientov s ACMP.
- e) Pre výkony inej komplexnej neurologickej liečby s klasifikáciou s využitím telekonziliárnej služby lekárskeho tímu platí, že v tíme pôsobí neurológ, ktorý je k dispozícii cez telekonziliárne spojenie. Každý pacient s ACMP je neodkladne vyšetrený špecialistom- neurológom.
- f) Pri liečbe ACMP v rámci telekonziliárnej služby platia pre zapojené kliniky (klinické pracoviská) nasledujúce kritériá:
- raz ročne usporiadať 2 vzdelávacie akcie pre lekárov a ošetrovateľský personál venované ACMP,
 - raz ročne usporiadať 2 stretnutia s koordinátormi siete zamerané na vyhodnotenie kvality,
 - tréning starostlivosti o chorého na lôžku pre ošetrovateľský personál v dĺžke najmenej 5 dní v roku, organizovaný sieťou telekonziliárnej služby,
 - kontinuálne vedenie štruktúrovanej dokumentácie so zohľadnením kvality liečby.

Komplexná reumatologická liečba (8v17-)

Výkony komplexnej reumatologickej liečby v kontexte kódovania v systéme DRG vyžadujú naplnenie nasledovných požiadaviek pre ich zabezpečenie:

- a) realizácia tímom pod odborným vedením lekárov - špecialistov (lekár v odbore interná medicína so zameraním na reumatológiu, lekár v odbore ortopédia alebo traumatológia so zameraním na reumatológiu),

- b) použitie liečebných postupov najmenej z 3 terapeutických oblastí: bazálna antireumatická liečba, rehabilitácia/fyzioterapia/fyzikálna terapia, , terapia bolesti, , psychoterapia v rôznych kombináciách špecifických pre pacienta v časovom rozsahu najmenej 11 hodín týždenne,
- c) procesné riadenie liečby so štandardizovaným hodnotením, stanovením aktivity ochorenia, funkčného obmedzenia a miery bolesti na začiatku a na konci hospitalizácie,
- d) pre posúdenie intenzity ochorenia sa využije niektorý z nasledujúcich postupov, ako napr. skóre aktivity ochorenia 28 (DAS 28), dotazník funkčnej schopnosti Health Assessment Questionnaire (HAQ), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), European Consensus Lupus Activity Measurement (ECLAM), kritériá podľa The Systemic Lupus Erythematosus International Collaborating Clinics (SLICC) a iné,
- e) pre stanovenie intenzity bolesti sa použije číselná stupnica/vizuálna analógová stupnica (NRS/VAS) ako skóre bolesti,
- f) musí sa zabezpečiť okamžité zahájenie liečby bolesti, fyzioterapie alebo fyzikálnej terapie.

Komplexná liečba diabetes mellitus (8v181.0-)

Kódovanie výkonu vyžaduje splnenie týchto podmienok:

- a) Nepretržité poskytovanie a vykonávanie diferencovaných liečebných programov zameraných na pacientov s diabetes mellitus (DM) typ 1 a typ 2, liečba inzulinovou pumpou, vysokého krvného tlaku, obezity, dyslipidémie, nefropatie a ťažkej hypoglykémie. V prípade liečby detí a mladistvých (napr. na detských oddeleniach) postačuje vykonávanie diferencovaných liečebných programov iba pri DM typ 1. ,
- b) multimodálny tím pod vedením odborníkov v špecializovanom medicínskom odbore diabetológia, detská endokrinológia a detská diabetológia,
- c) použitie liečebných postupov z najmenej 3 terapeutických oblastí: fyzikálna terapia, psychológia, diabetologické poradenstvo, lekárska pedikúra, sociálna intervencia pacienta v rôznych súvisiacich kombináciách v rozsahu najmenej 11 hodín týždenne,
- d) stretnutie/porada členov tímu pre multimodálnu liečbu 1-krát týždenne s vyhodnotením doterajšej liečby a stanovením ďalších cieľov liečby na základe dokumentácie a liečebných výsledkov z predchádzajúceho týždňa,
- e) u detí a dospelých sa liečba vykonáva aj zapojením rodičov a/alebo iných blízkych osôb.

Kódy zdravotných výkonov pre komplexnú liečbu diabetes mellitus sú členené podľa počtu dní, počas ktorých je táto starostlivosť zabezpečovaná, so začiatkom od minimálne 7 dní. Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti je oprávnený kódovať iba jeden z uvedených kódov zdravotných výkonov pre jeden klasifikačný prípad pri splnení hore uvedených kritérií.

Liečba diabetickej ketoacidózy a kómy u detí s diabetes mellitus (8v181.1)

Kódovanie výkonu vyžaduje splnenie týchto podmienok:

- a) poskytovanie a vykonávanie liečebných programov zameraných na pacientov s diabetickou ketoacidózou (iba v liečbe detí a mladistvých do 19 rokov),
- b) multimodálny tím pod vedením odborníkov v špecializovanom medicínskom odbore detská endokrinológia a detská diabetológia,
- c) intenzívny monitoring a infúzna liečba podľa stanoveného štandardného terapeutického postupu,

- d) v prípade potreby dostupnosť neodkladnej intenzívnej a resuscitačnej intervencie s možnosťou invazívnych spôsobov monitorovania a umelej pľúcnej ventilácie (v rámci rovnakého zdravotníckeho zariadenia) špecializovanej na detský vek (špecializované pracovisko detskej intenzívnej medicíny),
- e) stretnutie/porada členov tímu pre multimodálnu liečbu s vyhodnotením doterajšej liečby a stanovením ďalších cieľov liečby na základe dokumentácie a liečebných výsledkov z predchádzajúceho obdobia,
- f) zdravotné zariadenie musí mať rozsiahle skúsenosti s diagnostikou a liečbou diabetes mellitus a charakterizované minimálne 100 pacientami v dispenzárnej starostlivosti s diabetes mellitus do 19. roku života,
- g) existencia štandardného diagnostického a terapeutického postupu pre diabetickú ketoacidózu u detí. Postup je k dispozícii na oddelení, ktoré poskytuje zdravotnú starostlivosť,
- h) u detí a dospelých sa liečba vykonáva aj zapojením rodičov a/alebo iných blízkych osôb
- i) minimálna ošetrovacia doba 3 dni.

Multimodálna komplexná liečba hypoglykémie u detí (8v181.2)

Kódovanie výkonu vyžaduje splnenie týchto podmienok:

- a) nepretržité poskytovanie a vykonávanie diferencovaných liečebných programov zameraných na pacientov s hypoglykémiou (iba v liečbe detí a mladistvých - napr. na detských oddeleniach - je dostatočné kontinuálne zabezpečovanie a realizácia diferencovaných liečebných programov zameraných na hypoglykémiu),
- b) multimodálny tím pod vedením odborníkov v špecializovanom medicínskom odbore detská endokrinológia a detská diabetológia,
- c) použitie liečebných postupov z najmenej 2 terapeutických oblastí: dietologické poradenstvo, psychológia, diabetologické poradenstvo, sociálna intervencia pacienta v rôznych súvisiacich kombináciách,
- d) v prípade potreby dostupnosť neodkladnej intenzívnej a resuscitačnej intervencie s možnosťou invazívnych spôsobov monitorovania a umelej pľúcnej ventilácie (v rámci rovnakého zdravotníckeho zariadenia) špecializovanej na detský vek (špecializované pracovisko detskej intenzívnej medicíny),
- e) stretnutie/porada členov tímu pre multimodálnu liečbu 1-krát týždenne s vyhodnotením doterajšej liečby a stanovením ďalších cieľov liečby na základe dokumentácie a liečebných výsledkov z predchádzajúceho obdobia,
- f) existencia štandardného diagnostického a terapeutického postupu pre hypoglykémiu u detí. Postup je k dispozícii na oddelení, ktoré poskytuje zdravotnú starostlivosť,
- g) u detí a dospelých sa liečba vykonáva aj zapojením rodičov a/alebo iných blízkych osôb
- h) minimálna ošetrovacia doba 5 dní.

Multimodálna komplexná liečba porúch príjmu potravy u detí (8v181.3)

Kódovanie výkonu vyžaduje splnenie týchto podmienok:

- a) nepretržité poskytovanie a vykonávanie diferencovaných liečebných programov zameraných na pacientov s poruchami príjmu potravy (iba v liečbe detí a mladistvých - napr. na detských oddeleniach - je dostatočné kontinuálne zabezpečovanie a realizácia diferencovaných liečebných programov zameraných na poruchy príjmu potravy),

- b) multimodálny tím pod vedením odborníkov v špecializovanom medicínskom odbore detská endokrinológia a detská diabetológia,
- c) použitie liečebných postupov z najmenej z 2 terapeutických oblastí: dietologické poradenstvo, psychológia, psychiatria, sociálna intervencia pacienta v rôznych súvisiacich kombináciách,
- d) stretnutie/porada členov tímu pre multimodálnu liečbu 1-krát týždenne s vyhodnotením doterajšej liečby a stanovením ďalších cieľov liečby na základe dokumentácie a liečebných výsledkov z predchádzajúceho týždňa,
- e) zdravotné zariadenie musí mať rozsiahle skúsenosti s diagnostikou a liečbou diabetes mellitus a charakterizované minimálne 30 pacientami v dispenzárnej starostlivosti s diabetes mellitus do 19. roku života,
- f) u detí a dospievajúcich sa liečba vykonáva aj zapojením rodičov a/alebo iných blízkych osôb
- g) minimálna ošetrovacia doba 7 dní.

Špeciálna komplexná liečba ruky (8v19-)

Charakteristické požiadavky pre definovanie komplexnej liečby ruky sú nasledovné:

- a) liečba pod vedením lekára so špecializovaným zameraním na chirurgiu ruky alebo lekára pre fyzikálnu a rehabilitačnú medicínu s minimálne 3-ročnou praxou v chirurgickej liečbe ruky v spolupráci s lekárom – špecialistom pre chirurgiu ruky,
- b) 24-hodinová dostupnosť (aspoň pohotovostná) lekára so špecializovaným zameraním na chirurgiu ruky,
- c) vykonávanie liečby pod vedením fyzioterapeutov a/alebo ergoterapeutov s najmenej 3-ročnou praxou s pacientami s chirurgickou liečbou ruky,
- d) najmenej 1-krát denne porada tímu (lekár, fyzioterapeut a ergoterapeut),
- e) kontrola výsledkov a úprava režimu liečby na základe pravidelných, viackrát týždenne vykonaných konzultačných porád pre terapiu,
- f) použitie jednej z metód liečebnej gymnastiky, fyzikálnej terapie a/alebo ergoterapie, prípadne v rôznych kombináciách špecifických pre pacienta; celkovo sa musia vykonať najmenej dva liečebné výkony/ošetrenia denne,
- g) použitie najmenej dvoch z nasledujúcich terapeutických oblastí v rôznych kombináciách špecifických pre pacienta:
 - individuálne nastavenie koľajnice pre statické, dynamické alebo kombinované koľajnice,
 - cielený funkcionálny tréning citlivosti,
 - liečba bolesti alebo antiflogistická liečba,
 - pravidelné monitorovanie stavu rany najmenej 1-krát denne v prípade operovaných
 - pacientov alebo klinických nálezov na ruke pri čisto konzervatívnej liečbe,
 - vykonanie jednej z nasledujúcich liečebných metód: prístrojová dekongestívna terapia (napr. Hydroven-terapia) alebo ošetrenie na motorovej koľajnici (CPM)/motodlahe alebo na pracovnom simulátore.

Komplexná liečba infekcie multirezistentnými pôvodcami (8v1a-)

Kódy zo skupiny výkonov 8v1a- *Komplexná liečba infekcie multirezistentnými pôvodcami* je možné použiť iba vtedy, ak je zabezpečené nasledovné:

- a) liečba špeciálne vyškoleným zdravotníckym personálom v spolupráci s nemocničným hygienikom a/alebo sestrou pre nemocničnú hygienu (odborník pre hygienu) pod dohľadom hygienikov nemocnice so zohľadnením aktuálnych liečebných a ošetrovateľských štandardov,
- b) vykonanie špeciálnych vyšetrení pre dôkaz nosičstva multirezistentných pôvodcov chorôb (MKCH, U80-U82), prípadne úspešnej dezinfekcie kolonizácie alebo infekcie, ako aj prevencie ďalšieho šírenia,
- c) realizácia prísnej izolácie (izolácia jednotlivca alebo skupinová izolácia) s vlastnou sanitárnou zónou alebo ležadlom pri zodpovedajúcej hygienickej indikácii (zabránenie krížovým infekciám). Izolácia sa udržiava dovtedy, až kým nie sú negatívne aspoň tri tampóny/vzorky predilekčných miest MRSA. Tampóny/vzorky sa nemajú odoberať v ten istý deň. Je potrebné pritom zohľadniť prípadné súčasné smernice platné na území SR.

Pri kódovaní týchto výkonov musia byť zdokumentované vzniknuté priemerne zvýšené/dodatočné náklady z minimálne 2 hodín denne počas liečby s prísnou izoláciou. K tomu patrí okrem hore uvedených opatrení aj napríklad:

- použitie chemoterapeutík/antibiotík špecifických pre pôvodcov
- minimálne 1-krát denne lokálne antiseptické ošetrovanie postihnutých oblastí (napr. ošetrovanie hltanu alebo rany; antiseptické ošetrovanie iných postihnutých častí tela/orgánov)
- antiseptické celotelové umytie, pri neporušenej pokožke aspoň 1-krát denne
- denná výmena posteľnej bielizne, odevov a predmetov starostlivosti o telo (uteráky atď.)
- ochranné opatrenia pri vstupe a odchode z miestnosti (izbové oblečenie, rukavice prípadne ochrana úst a nosa, prísun a odsun atď.)
- ak je to nutné, niekoľkokrát denne dezinfekcia plôch v okolí pacientov
- aspoň 1-krát denne dezinfekcia podlahy a konečná dezinfekcia
- diskusia pacientov a príbuzných o tom, ako zaobchádzať s MRSA
- vykonávanie diagnostických a terapeutických opatrení za špeciálnych priestorovo-organizačných podmienok (napr. v miestnosti pacienta namiesto vo funkčnej oblasti; ak je vo funkčných oblastiach, potom s okamžitou konečnou dezinfekciou).

Komplexná chirurgická liečba ťažkých infekcií (8v1b-)

Tieto výkony zahŕňajú i starostlivosť pri septických komplikáciách.

Osobitne sa pritom kóduje: *komplexná intenzívna liečba* (8v31-, 8v32-), *komplexná liečba osídlenia alebo infekcie multirezistentnými pôvodcami* (8v1a-), vykonané operácie a ďalšie výkony ako napr. podávanie krvných prípravkov a liekov, liečba prostredníctvom podtlakového systému.

Minimálne požiadavky, ktoré musia byť splnené, ak sa kóduje výkon skupiny 8v1b- *Komplexná chirurgická liečba ťažkých infekcií* sú:

- a) chirurgická komplexná liečba je vykonaná pod vedením odborného lekára so špecializáciou v chirurgickom odbore,
- b) chirurgický zákrok v celkovej anestézii alebo regionálnej anestézii pre liečbu infekcie a/alebo pri zabezpečení výsledkov liečby (vrátane revízie a následných intervencií) vykonaný viacnásobne v rozličných časoch,
- c) každodenné použitie nákladných liečebných/ošetrovacích foriem (priemerne 30 minút/deň), napr. vykonávanie operácií, nákladné preväzy, ošetrovanie otvorenej rany alebo debridement-kúpeľ, odvodňovacia (odsávacia) drenáž alebo aplikácia podtlakového systému hojenia rán,

- d) možnosť monitorovania hygieny, prípadne infekcie s 24-hodinovou dostupnosťou (aj externe) pre výkony a výsledky vyšetrení.

Komplexná paliatívna starostlivosť (8v1c-)

Paliatívna medicína a paliatívna starostlivosť je definovaná ako aktívna komplexná starostlivosť o pacienta, ktorého ochorenie neodpovedá na kuratívnu liečbu, ohrozuje jeho život a je sprevádzané závažnými somatickými symptómami vyplývajúcimi z tejto situácie. Okrem liečby príznakov (najmä bolesti) musí riešiť aj psychologické, spirituálne a sociálne utrpenie pacienta zoči-voči blížiacej sa smrti. Cieľom paliatívnej starostlivosti je dosiahnutie čo najlepšej kvality života pacientov a ich rodín. Paliatívna starostlivosť je poskytovaná najčastejšie pacientom s onkologickými ochoreniami, ale je určená aj pre pacientov s chronickým zlyhávaním vnútorných orgánov (najčastejšie srdca, obličiek alebo pľúc), reumatologickými, osteodegeneratívnymi a neurologickými ochoreniami vrátane následkov mozgovocievnych príhod. V prípade onkologických ochorení majú rádioterapia, chemoterapia a chirurgické výkony svoje miesto v paliatívnej starostlivosti za podmienok, že ich prednosti v symptomatickej liečbe prevažujú nad ich nevýhodami.

Komplexná paliatívna starostlivosť sa kóduje výkonmi skupiny 8v1c-, ktoré sa ďalej členia podľa počtu dní

8v1c-	<i>Komplexná paliatívna starostlivosť</i>
8v1c1	<i>Komplexná paliatívna starostlivosť: do 6 dní</i>
8v1c2	<i>Komplexná paliatívna starostlivosť: najmenej 7 až najviac 13 dní</i>
8v1c3	<i>Komplexná paliatívna starostlivosť: najmenej 14 až najviac 20 dní</i>
8v1c4	<i>Komplexná paliatívna starostlivosť: najmenej 21 dní</i>

Výkon komplexnej paliatívnej starostlivosti sa vykazuje počas jednej hospitalizácie iba jedenkrát, a to za predpokladu, že nie je súčasťou špecializovanej stacionárnej komplexnej paliatívnej liečby.

Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a rozsah zdravotnej starostlivosti:

- Komplexnú paliatívnu starostlivosť poskytuje zdravotnícky tím pod vedením lekára špecialistu v paliatívnej medicíne a sestry (špecialistky v komunitnom ošetrovatelstve, v odboroch vo vnútornom lekárstve, v odboroch v chirurgii, v onkológii, v pediatrii, v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti o dospelých, v pediatrii),
- Počas celej hospitalizácie sú v prípade potreby dostupní aj ďalší špecialisti a profesijné skupiny – psychológ, psychiater, chirurg, rádioterapeut, klinický onkológ, neurológ, gastroenterológ, urológ, kardiológ, geriatér, pneumológ, fyzioterapeut, sociálny pracovník. Títo sú prizývaní na konzultácie a liečebné intervencie podľa aktuálneho stavu pacienta,
- Ak je pacient prijatý na akútne oddelenie paliatívnej medicíny v nemocnici, zdravotnícky tím pod vedením špecialistu v paliatívnej medicíne vytvorí a zdokumentujú individuálny plán diferenciálnej diagnostiky symptómov a plán ich liečby,
- Ak je pacient prijatý na iné ako paliatívne oddelenie s nevyliciteľným a progredujúcim chronickým ochorením, s vyčerpanými možnosťami liečby modifikujúcej priebeh ochorenia a s potrebou paliatívnej starostlivosti, lekár so špecializáciou v paliatívnej medicíne vykoná na začiatku hospitalizácie zhodnotenie pacienta z pohľadu paliatívnej starostlivosti a navrhne liečebný plán,
- Počas celej hospitalizácie sa raz týždenne uskutočňujú stretnutia zdravotníckeho tímu za účasti lekára špecialistu v paliatívnej medicíne, ošetrovateľov a sestier, za účelom konzultácie týkajúcej sa zhodnotenia stavu pacienta, výsledkov predchádzajúcej liečby a ďalších cieľov liečby,
- O všetkých výkonoch a aktivitách sa vedie priebežná zdravotná dokumentácia,

- g) Počas hospitalizácie sa využije aspoň jedna z nasledujúcich terapeutických oblastí: sociálna práca, psychológia, fyzioterapia a realizácia rozhovorov s pacientmi a/alebo ich príbuznými. Uvedené terapeutické oblasti sú aplikované celkovo najmenej 5 hodín na jedného pacienta za týždeň v rôznych kombináciách (konverzácie s pacientom a/alebo rodinou môžu byť vykonávané všetkými profesijnými skupinami v zdravotníckom tíme),
- h) Podmienkou vykázania zdravotného výkonu skupiny 8v1c- je komplexná paliatívna liečba a ošetrovateľská starostlivosť minimálne jedného z uvedených klinických stavov (ktoré vznikli v dôsledku progresie základného onkologického alebo iného ochorenia):
- Liečba bolestí, vrátane kontinuálneho subkutánneho alebo intravenózneho podávania liekov prenosným dávkovačom liekov
 - Konzervatívna liečba malígnej črevnej obštrukcie
 - Syndróm krátkeho čreva a jeho sprievodné komplikácie (ťažká malnutrícia a/alebo dehydratácia a/alebo minerálový rozvrat)
 - Liečba dýchavice
 - Liečba opuchov
 - Liečba výpotkov v hrudníku a/alebo v abdomene s potrebou opakovaných odľahčovacích punkcií
 - Zavedenie vnútorných alebo vonkajších stentov a starostlivosť o ne
 - Ošetrovanie komplikovaných nádorových fistúl alebo rozsiahlych rozpadnutých nádorov na povrchu tela, a komplexná podporná liečba podľa potreby (analgézia, antisekrečná liečba)
 - Liečba krvácania, ktoré nie je možné riešiť kauzálne
 - Syndróm intrakraniálnej hypertenzie a/alebo sekundárnych epileptických záchvatov u pokročilých primárnych alebo sekundárnych mozgových nádorov
 - Syndróm transverzálnej miechovej lézie spôsobený zhubným nádorom, ktorý nemožno riešiť operačne
 - Stavy zmätenosti a/alebo delírium
 - Stav aktívneho zomierania, podľa potreby podávanie paliatívnej sedatívnej liečby a psychologickej podpory pacienta a jeho príbuzných.

Neoperačná komplexná liečba pohybového aparátu (8v1d-)

Neoperačná komplexná liečba pohybového aparátu zahŕňa interdisciplinárnu diagnostiku a liečbu komplexných (multifaktoriálnych) porúch pohybového systému pod odborným lekárske dohľadom najmenej 12 dní. Súčasne sa predpokladá:

- a) použitie 5-ich diagnostických postupov:
- neuro-ortopedická štruktúrna diagnostika
 - manuálna lekárska funkcionálna diagnostika
 - diagnostika bolesti
 - prístrojová diagnostika pri patologických aspektoch funkcií (napr. RTG, MR, CT, video-asistovaná pohybová analýza, posturografia, počítačom podporované meranie pohybu alebo sily, EMG, optimetria)
 - psychodiagnostika
- b) zabezpečenie liečby minimálne 3-mi liečebnými postupmi:
- manuálna liečba
 - reflexná terapia
 - infiltračná liečba/intervenčná liečba bolesti
 - psychoterapia

a najmenej 3-mi postupmi:

- manuálna liečba a liečebná gymnastika na neurofyziológickom základe
- lekárska tréningová terapia
- fyzikálna terapia
- relaxačné techniky

s frekvenciou liečby najmenej 30 aktívnych a pasívnych samostatných výkonov z oboch skupín.

Použitie kódov neoperačnej komplexnej liečby zahŕňa aj terapeutické hodnotenia interdisciplinárnou tímovou poradou.

Komplexná liečba spina bifida (8v1e-)

Kódy zdravotných výkonov tejto skupiny sa používajú na kódovanie multidisciplinárnej somatickej (detská a dospelá medicína, neurochirurgia, ortopédia, oftalmológia, urológia), psychologickej a psychosociálnej liečby pacientov so spina bifida. Vykonané operácie sa kódujú osobitne.

Komplexná liečba inej chronickej choroby (8v1f-)

Výkony tejto skupiny môžu zahŕňať aj komplexnú starostlivosť pri napr. obezite, astme, DM, neurodermatitíde, reumatologických, hematologicko-onkologických alebo kardiologických ochoreniach.

Minimálne požiadavky sú :

- a) starostlivosť je zabezpečená tímom pod odborným vedením lekára – špecialistu,
- b) aplikácia liečebných postupov najmenej z 3-och oblastí: fyzioterapia/fyzioterapia v ergoterapii, športová terapia, logopédia, terapia umením a muzikoterapia, terapia bolesti, psychoterapia v rôznych kombináciách špecifických pre pacienta a v rôznych požiadavkách na časový rozsah

Zdravotná starostlivosť o geriatrického pacienta s klinickou krehkosťou (8v430.-)

Výkony 8v430.- zohľadňujú náročnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti o geriatrického pacienta podľa jeho aktuálneho stavu a bez ohľadu na špecializáciu oddelenia, na ktorom je hospitalizovaný (t.j. nie len na geriatrických oddeleniach).

Podmienky pre kódovanie výkonu 8v430.-:

- a) vek pacienta > 65 rokov,
- b) dokumentované zhodnotenie stavu pacienta v týchto testoch:
 - MMSE (MiniMental State Examination) – test kognitívnych funkcií
 - ADL (Activity Daily Living) – Bartelovej test základných činností
 - Karnofského index – skóre telesnej výkonnosti
 - MNA (Mini Nutritional Assessment) – test nutrície
- c) posúdenie komplexného stavu pacienta lekársym tímom pod odborným vedením lekára - špecialistu v špecializovanom odbore geriatra, vnútorné lekárstvo alebo neurológia.

Tabuľka 29: Testy pre hodnotenie klinickej krehkosti

Hodnotenie testov pre stanovenie klinickej krehkosti		
Test	Výsledok testu	Body
MMSE	kognitívna porucha ťažkého stupňa	1
	kognitívna porucha stredného stupňa	2
	kognitívna porucha ľahkého stupňa	3
	norma	4
ADL	vysoká závislosť	1
	stredná závislosť	2
	mierna závislosť	3
	nezávislosť	4
MNA	podvýživa	1
	vysoké riziko podvýživy	2
	mierne riziko podvýživy	3
	stav výživy dobrý / veľmi dobrý	4
KARNOF	0-25%	1
	26-50%	2
	51-75%	3
	76-100%	4
Spolu bodov:		

Tabuľka 30: Stanovenie škály klinickej krehkosti na základe bodového skóre z jednotlivých testov

Škála klinickej krehkosti		
Získaný počet bodov		Stupeň
15 - 16 bodov	zdravý/zdravý s liečenými komorbiditami	I. stupeň
13 - 14 bodov	zjavne zraniteľný	II. stupeň
11 - 12 bodov	mierne krehký	II. stupeň
9 - 10 bodov	stredne krehký	III. stupeň
7 - 8 bodov	závažne krehký	III. stupeň
5 - 6 bodov	veľmi závažne krehký	IV. stupeň
4 body	chorý v terminálnom štádiu	IV. stupeň

8v430.1 Zdravotná starostlivosť o geriatrického pacienta s klinickou krehkosťou: I. stupeň (samostatne schopný, nezávislý pacient s liečenými komorbiditami) – nevyžaduje pomoc inej osoby

8v430.2 Zdravotná starostlivosť o geriatrického pacienta s klinickou krehkosťou: II. stupeň (zjavne zraniteľný, mierne krehký pacient) – čiastočne odkázaný na pomoc druhých, napr. pri chôdzi vonku, pri domácich prácach

8v430.3 Zdravotná starostlivosť o geriatrického pacienta s klinickou krehkosťou: III. stupeň (stredne krehký, závažne krehký pacient) – stredne krehký: odkázaný na pomoc pri inštrumentálnych, ale aj niektorých bežných denných aktivitách (napr. pomoc pri kúpaní, minimálna asistencia pri obliekaní); závažne krehký: úplne závislý, odkázaný na pomoc druhej osoby z rôznej príčiny, zdravotný stav stabilizovaný, minimálny predpoklad dožitia aspoň 6 mesiacov

8v430.4 Zdravotná starostlivosť o geriatrického pacienta s klinickou krehkosťou: IV. stupeň (veľmi závažne krehký, chorý v terminálnom štádiu) – úplne závislý, napriek liečbe nedochádzak úplnému uzdraveniu ani v prípade menej závažného ochorenia, terminálne stavy (predpoklad dožitia menej ako 6 mesiacov) a umieranie

Multimodálna terapia bolesti v trvaní minimálne 7 dní (8t250)

Kód z tejto kategórie sa používa na kódovanie najmenej 7 dní trvajúcej interdisciplinárnej liečby pacientov s chronickými bolestivými stavmi (vrátane bolesti pri nádorovom ochorení) zahŕňajúcej najmenej dve špecializačné odbornosti, z ktorých jedna je psychiatrická alebo psychologicko-psychotherapeutická, podľa definovaného liečebného plánu. Pacienti musia vykazovať aspoň tri z nasledujúcich charakteristík:

- Závažné fyzické ochorenie
- Zjavné alebo hroziace zhoršenie kvality života, schopnosti pracovať a/alebo pravidelnej školskej dochádzky
- Zlyhanie predchádzajúcej unimodálnej terapie bolesti
- Existujúca závislosť od liekov alebo ich zneužívanie
- Bolestou vyvolané komorbidné psychické ochorenie

Štruktúrne charakteristiky:

- Liečba vedená odborníkom v špecializovanej terapii bolesti
- Interdisciplinárna diagnostika aspoň dvoma odbornosťami (povinné: psychologicko-psychotherapeutická podpora)
- Okrem farmakologickej liečby bolesti použitie aspoň troch z nasledujúcich aktívnych terapeutických modalít: intervenčné analgetické metódy, psychotherapia, fyzioterapia/fyzikálna terapia, relaxačné techniky, liečebná tréningová terapia, senzomotorický tréning, iné terapie založené na cvičení. Terapeutické sedenia trvajú v priemere 30 minút. V prípade skupinovej terapie je veľkosť skupiny obmedzená na maximálne 8 osôb.
- Preskúmanie pokroku v liečbe prostredníctvom štandardizovaného terapeutického hodnotenia jedenkrát týždenne.

Ostatné doplňujúce a iné vybrané výkony zdravotnej starostlivosti (99-)

Sociálnopediatrická, neuropediatrická a pediatrikopsychosomatická liečba (99700)

Operatívna individuálna liečba a poradenstvo poskytované prostredníctvom multidisciplinárneho tímu pod vedením pediatra pri hrozíacej alebo zjavnej poruche správania ako aj pri duševných poruchách. Liečba sa uskutočňuje po stanovení diagnózy v súlade s multidimenzionálnou diagnostikou v oblasti sociálnej pediatrie alebo pediatickej psychosomatiky. Liečba sa vykonáva podľa existujúcich štandardov neuropediatickej alebo sociálnopediatickej spoločnosti alebo štandardov pediatickej psychosomatiky.

V závislosti od príslušného liečebného plánu sú zahrnuté nasledovné skupiny terapeutov: lekári, psychológovia, ergoterapeuti, výchovní pedagógovia, arteterapeuti, logopédi, hudobní terapeuti, výživní poradcovia, psychoterapeuti, fyzioterapeuti (vrátane fyzikálnej terapie), sociálni pedagógovia.

Minimálne požiadavky v prípade výkonu ako „Sprievodná terapia“:

Počas troch dní sa vykonávajú denne minimálne dve sedenia po 45 min. Z toho musia byť minimálne 3 poskytnuté lekárom alebo psychológom.

Minimálne požiadavky v prípade výkonu ako „Bloková terapia“:

Minimálne počas 5 dní sa denne vykonávajú aspoň 2 sedenia po 45 min. Z toho musí byť 5 vykonaných lekárom alebo psychológom. Zároveň sa uskutočňuje cielené poradenstvo k definovanému problému zo strany rodiny alebo jednotlivých rodinných príslušníkov.

[Psychosomatická komplexná liečba \(99701\)](#)

Operatívna cielená liečba multidisciplinárnym tímom.

Minimálne požiadavky: psychoterapeutické postupy akreditovaných vzdelávacích programov za účasti viacerých osôb s písomným plánom terapie (minimálne 1x za týždeň), individuálna lekárska alebo psychologická liečba (100 minút za týždeň; prípadne z toho 50 minút za týždeň ekvivalentne ako skupinová terapia), skupinová psychoterapia (max. 10 pacientov 120 min. za týždeň) a použitie špecifických psychoterapeutických techník (360 minút za týždeň).

Integrovaná komplexná klinicko-psychosomatická zdravotná starostlivosť

Somatická a psychosomatická liečba pri akútnych a chronických somatických chorobách s psychickou komorbiditou, popri somatickej liečbe sa predpokladá minimálne 1,5 hod. týždenne individuálna liečba lekárom alebo klinickým psychológom a použitie psychoterapeutických postupov v rozsahu minimálne 6 hodín za týždeň v štandardných sedeniach.

PRÍLOHA Č. 2

KOMPLEXNÁ INTENZÍVNA ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ (8V3-)

Poskytovanie intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti u pacientov so zlyhávajúcimi alebo zlyhanými životnými (vitálnymi) funkciami vyžadujúcimi nepretržitú starostlivosť je zabezpečované pracoviskami intenzívnej medicíny (ďalej PIM). Patria sem špecializované jednotky intenzívnej starostlivosti, oddelenia anesteziológie a intenzívnej medicíny, oddelenia intenzívnej medicíny.

Výkony komplexnej intenzívnej starostlivosti (ďalej KIZS) nezahŕňajú:

- Pozorovanie na jednotke intenzívnej starostlivosti bez akútnej starostlivosti o životne dôležité orgánové systémy alebo krátkodobú (menej ako 24 hodín) intenzívnu zdravotnú starostlivosť
- Krátkodobú (menej ako 24-hodinovú) stabilizáciu pacienta po operačných výkonoch

Minimálne požiadavky na zabezpečenie výkonu sú:

- Kontinuálne, 24-hodinové pozorovanie a pripravenosť k akútnej zásahu ošetrovateľským a lekárskeým tímom so skúsenosťami z intenzívnej medicíny
- Vedenie liečby lekárom so špecializáciou v odboroch intenzívnej medicíny a odboroch príslušných JIS
- Zabezpečenie stálej lekárskej prítomnosti na jednotke intenzívnej starostlivosti.

Komplexná intenzívna starostlivosť sa kóduje jedným výkonom zo skupiny 8v31- alebo 8v32- podľa dosiahnutého celkového súčtu bodov za poskytnutú intenzívnu starostlivosť počas celej hospitalizácie v nemocnici.

A. Výpočet bodov KIZS u dospelého pacienta a dospelievajúceho pacienta vo veku ≥ 14 rokov

Počet bodov pre komplexnú intenzívnu starostlivosť na PIM sa vypočíta ako súčet hodnôt z denných SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) bez zohľadnenia Glasgow-Coma skóre, a to počas celej doby pobytu na PIM a 10-ich denne stanovovaných náročných výkonov z TISS katalógu počas celého pobytu na PIM.

Denné **SAPS II bez GCS** sa vypočíta podľa tabuľky 28. Záznam sa robí výberom patologických hodnôt za uplynulých 24 hodín, pričom za relevantné sa považujú dosiahnuté najpatologickejšie hodnoty vo vzťahu ku klinickému stavu pacienta v danom intervale 24 hodín, resp. hodnoty, ktoré v bodovom hodnotení znamenajú najvyšší počet bodov.

Tabuľka 31: **SAPS II bez GCS**

Hodnotené parametre	Body	
1. Vek pacienta	<40	0
	40-59	7
	60-69	12
	70-74	15
	75-79	16
	≥80	18
2. SF [1/min] Použije sa tá hodnota pre srdcovú frekvenciu z dokumentovaného 24-hodinového intervalu, ktorá znamená v bodovom hodnotení najvyšší počet bodov.	<40	11
	40-69	2
	70-119	0
	120 - 159	4
	≥160	7
3. sTK [mmHg] Použije sa tá hodnota dokumentovaného 24-hodinového intervalu, ktorá znamená v bodovom hodnotení najvyšší počet bodov.	<70	13
	70-99	5
	100-199	0
	≥200	2
4. Telesná teplota [°C] Pre stanovenie počtu bodov sa použije najvyššia hodnota telesnej teploty počas dokumentovaného 24-hodinového intervalu.	<39	0
	≥39	3
5. PaO₂/FiO₂ [mmHg] Oxygenačný index pacienta sa počíta za predpokladu použitia ventilačných režimov riadenej alebo podpornej UPV. Bodujeme za 24 hodín najnižšiu dosiahnutú hodnotu pomeru PaO ₂ /FiO ₂ .	<100 mmHg	11
	100- <200 mmHg	9
	≥200 mm Hg	6
	Bez mechanickej ventilácie alebo CPAP za posledných 24 hodín	0
6. Močovina v sére [mmol/l] Použije sa najvyššia hodnota dokumentovaného 24-hodinového intervalu.	<10	0
	10-29,9	6
	≥30	10
7. Diuréza [l/d] Body sa priradia podľa nazbieraného množstva moču za dokumentovaný 24-hodinový interval	<0,5	11
	0,5- <1,0	4
	≥1,0	0
8. Nátrium v sére [mmol/l] Použije sa tá hodnota dokumentovaného 24-hodinového intervalu, ktorá znamená v bodovom hodnotení najvyšší počet bodov (najvyššia alebo najnižšia hodnota).	<125	5
	125- <145	0
	≥145	1

Hodnotené parametre	Body	
9. Kálium v sére [mmol/l] Použije sa tá hodnota dokumentovaného 24-hodinového intervalu, ktorá znamená v bodovom hodnotení najvyšší počet bodov (najvyššia alebo najnižšia hodnota).	<3,0	3
	3,0- <5,0	0
	≥5,0	5
10. Bikarbonát v sére [mmol/l] Použije sa najnižšia hodnota dokumentovaného 24-hodinového intervalu.	<15	6
	15- <20	3
	≥20	0
11. Celkový bilirubín v sére [μmol/l] Použije sa najvyššia hodnota dokumentovaného 24-hodinového intervalu	<68,4 μmol/L	0
	68,4- <102,6 μmol/L	4
	≥102,6 μmol/L	9
12. Leukocyty [10³/mm³] Použije sa tá hodnota dokumentovaného 24-hodinového intervalu, ktorá znamená v bodovom hodnotení najvyšší počet bodov (najvyššia alebo najnižšia hodnota).	<1,0	12
	1,0- <20,0	0
	≥20,0	3
13. Chronické choroby	bez chronickej choroby	0
	metastazujúca malignita	9
	hematologická malignita (lymfómy, akútne leukémie, mnohonásobný myelóm)	10
	AIDS Pozn. hodnotí sa u HIV pozitívneho pacienta, ak má zodpovedajúce klinické komplikácie (oportúnne pneumónie, Kaposiho sarkóm, tuberkulózu, toxoplazmózu)	17
14. Druh prijatia Plánovaný príjem: ak je operácia plánovaná minimálne 24 hodín vopred a pooperačné prijatie na PIM je plánované Medicínsky dôvod: ak bol pacient pred prijatím na PIM minimálne 1 (jeden) týždeň neoperovaný, alebo bolo prijatie na PIM nutné z iných neoperačných medicínskych dôvodov (napr. infarkt myokardu) Neplánovaný príjem: ak je operácia plánovaná menej ako 24 hodín vopred alebo pooperačné prijatie na PIM nebolo plánované (peroperačné komplikácie)	Plánovaný príjem	0
	Medicínsky dôvod	6
	Neplánovaný príjem	8

Tabuľka 32: Core-10-TISS (10 najnáročnejších parametrov TISS-28-katalógu)

Parametre	Body/deň
1. Umelá ventilácia pľúc (UPV) ¹	5
2. Infúzia dvoch alebo viacerých vazopresorov (>1) ²	4
3. Náhrada tekutín vo vysokých množstvách (>5l/24 hod) ³	4
4. Artériálny katéter (Invazívne monitorovanie krvného tlaku)	5
5. Katetrizácia arteria pulmonalis, intraaortálna balónková kontrapulzácia (IABC), Kardiostimulácia ⁴	8
6. Použitie eliminačnej metódy (CRRT) ⁵	3
7. Intrakraniálne meranie tlaku	4
8. Liečba metabolickej acidózy/alkalózy ⁶	4
9. Špeciálne intervencie na PIM ⁷	5
10. Opatrenia mimo PIM (diagnostika/operácia) ⁸	5

Poznámka: Za rutinné a nie špeciálne intervencie na PIM pre účely bodového hodnotenia podľa vyššie uvedenej tabuľky považujú napr.:

- zaistenie dýchacích ciest (intubácia bez bronchoskopie, kyslíková maska),
- zaistenie prístupu do cievneho riečiska (centrálny venózný katéter),
- zaistenie prístupu do GIT (nazogastrická sonda),
- zaistenie močového systému (permanentný močový katéter),
- monitoring vitálnych funkcií kontinuálne/intermitentne (neinvazívny krvný tlak, SF, saturácia periférnych tkanív O₂, centrálny venózný tlak),
- techniky analgézie a sedácie, polohovanie a bandáže, RTG natívne vyšetrenia na lôžku (napr. RTG hrudníka a pľúc, RTG brušnej dutiny),
- semikvantitatívne „bedside“ testy,
- analýzy vnútorného prostredia.

¹Invazívna alebo neinvazívna UPV, Konvenčné a nekonvenčné ventilačné stratégie. ECMO, IVOX, ECCO2R

²Kontinuálne podanie viacerých inotropne účinných liekov (napr. noradrenalín, adrenalín, dobutamín, PDE-blokátory, levosimendan) >1 hodinu/24 hodín

³Intravenózna rehydratácia (viac ako 5l/24hodín), volumová resuscitácia pri hypovolemických šokových stavoch

⁴Invazívne hemodynamické monitorovacie metódy; napr. pulmonálny katéter, COLD, PiCCO, LiDCO, VIGILEO

⁵Intermitentné (IHD) a kontinuálne (napr. CVVH, CVVHD, CVVHDF, SCUF) metódy CRRT, plazmaferéza, MARS. Pri výkaze výkonov eliminačných metód v systéme DRG je nutné rešpektovať a zohľadniť špeciálne pravidlo kódovania S1401 Dialýza a vykázat príslušné CRRT - výkony zo skupín výkonov ZZV: 8r12-, 8r13-, 8r14- a 8r15- a 8r160

⁶Aktívne liečenie metabolických porúch (koncentrovanými roztokmi, intravenóznymi diuretikami, atď.)

⁷Tracheostómia, endoskopia na PIM (GFS, BSK), terapeutická hypotermia, cerebrálna oxymetria, laváž GIT (preplachové drenáže hrudnej a brušnej dutiny, Sengstakenova-Blakemoorova sonda), echokardiografia, hrudná drenáž, punkcia perikardu, USG navigované katetrizácie, atď.

⁸Operačné výkony, invazívne výkony (katetrizácia srdca, intervenčná neurorádiológia), diagnostické výkony (napr. CT, MR), transport pacienta a iné

B. Bodové hodnotenie KIZS pre detský vek

Kód zdravotného výkonu 8v32- sa používa u hospitalizovaných pacientov starších ako 28 dní, ktorí ale zároveň nedovърšili vek 14 rokov.

Počet bodov sa stanovuje denne podľa Prílohy č. 2 - Tabuľka 33: Výpočet skóre KIZS u detí.

Referenčné hodnoty laboratórnych vyšetrení uvedené v tabuľke sa môžu v jednotlivých laboratóriách mierne líšiť, avšak pre potreby klasifikácie je nutné rešpektovať klinicky významné odchýlky.

Tabuľka 33: Výpočet skóre KIZS u detí

Hodnotené parametre			Body
1. Vek	≥ 8 rokov a < 14 rokov		0
	≥ 1 rok a < 8 rokov		7
	> 28 dní a < 365 dní		15
2. Závažnosť klinického stavu	Nízko-riziková skupina diagnóz	Asthma bronchiale (status asthmaticus), Konvulzívne stavy (status epilepticus)	10
		Asfyktické stavy (laryngitída, epiglotitída, "difterický croup") Diabetická ketoacidóza (s kómou alebo bez)	
		Zápaly dolných ciest dýchacích (napr. bronchiolitída)	
	Vysoko-riziková skupina diagnóz	Stavy po KPCR (malígne poruchy srdcového rytmu), akútne kardiologické stavy	17
Akútne zlyhanie obličiek a pečene, Polytrauma a popáleniny detského pacienta			
Intoxikácie MODS, SIRS, sepsa			
Šokové stavy			
3. Druh prijatia na PIM	Plánovaná operácia alebo po inom výkone		0
	Iný neoperačný (medicínsky) dôvod		6
	Neplánovaná operácia, tzn. urgentný/akútny operačný výkon		8
4. Systolický krvný tlak (sTK) v mmHg (meranie invazívne alebo neinvazívne)			
> 28 d a < 365 d.	≥ 1 rok a < 8 rokov	≥ 8 rokov a < 14 rokov	
≥ 65 do < 130	≥ 75 do < 140	≥ 90 do < 150	
≥ 55 do < 65	≥ 65 do < 75	≥ 65 do < 90	
≥ 130 do < 160	≥ 140 do < 180	≥ 150 do < 200	
≥ 40 do 55	≥ 50 do 65	≥ 50 do 65	
≥ 160	≥ 180	≥ 200	
0 do < 40	0 do < 50	0 do < 50	

5. Pulz, SF (1/min)			
> 28 dní do < 365 dní	≥ 1 rok do < 8 rokov	≥ 8 rokov do < 14 rokov	
≥ 90 do < 160	≥ 70 do < 150	≥ 55 do < 140	0
≥ 160	≥ 150	≥ 140	4
< 90	< 70	< 55	6
6. PaO₂/FiO₂ (iba keď UPV; PaO₂ v mmHg) HOROWITZOV INDEX	≥ 300		0
	≥ 200 do < 300		2
	≥ 100 do < 200		8
	< 100		13
7. PaCO₂ [mmHg]	< 80		0
	≥ 80		6
8. Leukocyty [10³/mm³]	≥ 4 do < 20		0
	≥ 20		3
	≥ 1 do < 4		3
	< 1		12
9. Trombocyty [10³/mm³]	≥ 100		0
	50 - 100		2
	< 50		6
10. Standard Base Excess [SBE]	≥ -3.0 do ≤ +3.0		0
	≥ -8.0 do < -3.0		2
	> +3.0 do ≤ +8.0		2
	≥ -13.0 do < -8.0		6
	> +8.0		6
	< -13.0		10
11. Kreatinín [μmol/l] Pozn: Hodnoty kreatinínu je možné prispôbiť ku korelačným tabuľkám fyziologických a patologických hodnôt pre daný vek	< 53		0
	≥ 53 do < 159 (vek ≥ 1 rok)		4
	≥ 53 do < 159 (vek < 1 rok)		6
	≥ 159		10
12. Protrombínový čas (Quickov test)	≥ 60%		0
	≥ 40% do < 60%		2
	< 40%		6
13. AST [μkat/l]	< 0,72		0
	≥ 0,72		4
14. Reakcia pupily	Obojstranná reakcia alebo veľkosť priemeru < 3 mm		0
	Reakcia iba na 1 strane a veľkosť priemeru ≥ 3 mm		3
	Obojstranná reakcia a veľkosť priemeru ≥ 3 mm		8
15. Glasgow Coma skóre (GCS)	≥ 8		0
	≥ 4 do < 8		6
	< 4		13

16. Umelá ventilácia pľúc vrátane akejkoľvek formy CPAP			5
17. Infúzia viac ako 1 vazopresoru	Dopamin, Dobutamín, Adrenalin, Noradrenalin, Milrinon, Amrinon, Enoximon, Vasopressin, Terlipressin		4
18. Náhrada tekutín > 3 000 ml/m² povrchu tela/24h			4
19. Zavedené katétre	Patrí sem napr.: arteriálny prístup, centrálny venózný katéter, katétre na meranie intraabdominálneho tlaku.	Nepatrí sem: transuretrálny katéter alebo suprapubický balónkový katéter. Tieto body môžu byť započítané iba raz za deň, aj keď je zavedených viacero katérov.	4
20. Invazívny monitoring a podpora krvného obehu	Merania minútového srdcového objemu PiCCO alebo PA katétami alebo FATD (femoral artery thermodilution)		5
21. Eliminačné metódy	Myslia sa všetky dialyzačné/filtračné postupy.	Samostatne sa pri tom kóduje príslušný výkon pre konkrétnu CRRT metódu	6
22. Intrakraniálne meranie tlaku (invazívna metóda)			4
23. Terapia alkalózy alebo acidózy			4
24. Špeciálne intervenčné výkony na PIM	(napr. tracheostómia, hrudná drenáž..)	Tieto body môžu byť započítavane iba raz denne.	8
25. Transport pacienta mimo pracovisko PIM		Tieto body môžu byť započítavane iba raz denne.	5
MAXIMÁLNY POČET BODOV			196

PRÍLOHA Č. 3

VČASNÁ REHABILITAČNÁ STAROSTLIVOSŤ (8N1-)

Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba (8n10-)

Kód zo skupiny zdravotných výkonov 8n10- *Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba* môže byť počas jedného klasifikačného prípadu vykázaný iba jedenkrát, a to za predpokladu, že je súčasťou zdravotnej starostlivosti o geriatrických pacientov bezprostredne súvisiacej so starostlivosťou resp. nasledujúcej po starostlivosti v iných špecializačných odbornostiach a spĺňa nižšie uvedené podmienky.

Terapeutický výkon nezahŕňa výkony skupiny 8n11- *Neurologická, neurochirurgická včasná rehabilitačná starostlivosť*, 8n12- *Viacodborová a iná včasná rehabilitácia*

Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a rozsah zdravotnej starostlivosti sú pre použitie výkonu z tejto skupiny nasledovné:

- Poskytnutie výkonu geriatrickým tímom na geriatrickom oddelení, geriatrickej klinike, na oddelení dlhodobo chorých alebo v liečebni pre dlhodobo chorých pod dohľadom lekára so špecializáciou a špecializačnom odbore geriatria. V tíme musí byť kontinuálne integrovaná odbornosť fyziatrie, balneológie a liečebná rehabilitácia zabezpečovaná lekárom so špecializáciou v príslušnom odbore.
- Existencia štandardizovaného geriatrického zhodnotenia najmenej štyroch oblastí (vedomie, mobilita, sebestačnosť, orientácia v čase a priestore, psychiatrický status), a to na začiatku liečby a po ukončení liečby najmenej dvoch oblastí (sebestačnosť, mobilita). Pokiaľ aktuálny klinický stav pacienta nedovoľuje uskutočniť predmetné zhodnotenia, je potrebné túto skutočnosť zaznamenať v zdravotnej dokumentácii. Vyhodnotenie je potrebné doplniť, keď to klinický stav pacienta umožní.
- Súčasťou dokumentácie je písomná správa lekára so špecializáciou v odbore FBLR s popisom objektívneho vyšetrenia pacienta a návrhom terapeutického rehabilitačného postupu podľa aktuálneho klinického stavu. Kontrolné vyšetrenie je realizované 1x týždenne, obsahuje vyhodnotenie výsledkov liečby z predchádzajúceho týždňa a stanovenie ďalšieho postupu liečby.
- Poskytnutie integrovanej zdravotnej starostlivosti, pozostávajúcej z minimálne dvoch z nasledujúcich štyroch terapeutických oblastí: fyzioterapia/fyzikálna liečba, pohybová liečba, polohovanie, reflexná terapia, masáže, ergoterapia, logopédia/orofaciálna terapia, psychológia.

Poznámka: Trvajúci alebo prerušený diagnostický resp. terapeutický výkon poskytnutý pacientovi akútne sa kóduje samostatne ako ďalší výkon.

Výkony skupiny 8n10- sa členia v závislosti od počtu dní a počtu rehabilitačných jednotiek (pozri ďalej). Pritom v terapeutickej časti zahŕňajúcej spolu príslušné množstvo rehabilitačných jednotiek trvá jedna rehabilitačná jednotka/sedenie priemerne 30 min. a z celkovej terapeutickej časti predstavuje skupinová terapia maximálne 10 %.

Členenie výkonov skupiny 8n10- *Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba* :

8n100.0 *Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba do 6 dní a 10 rehabilitačných jednotiek*

8n100.1 *Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba: najmenej 7 dní a 10 rehabilitačných jednotiek*

8n100.2 *Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba: najmenej 14 dní a 20 rehabilitačných jednotiek*

8n100.3 *Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba: najmenej 21 dní a 30 rehabilitačných jednotiek*

Neurologická, neurochirurgická včasná rehabilitačná starostlivosť (8n11-)

Výkony sa členia v závislosti od počtu dní poskytovania starostlivosti v rozsahu spĺňajúcom minimálne požiadavky.

Kód zo skupiny zdravotných výkonov 8n11- *Neurologická, neurochirurgická včasná rehabilitačná starostlivosť* môže byť počas jedného klasifikačného prípadu vykázaný iba jedenkrát, a to za predpokladu, že je súčasťou zdravotnej starostlivosti bezprostrednej súvisiacej s poskytovaním neurologickej starostlivosti resp. neurochirurgickými zdravotnými výkonmi alebo nasleduje po tejto starostlivosti a spĺňa nižšie uvedené podmienky.

Výkon nezahŕňa výkony skupiny 8n10- *Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba* a 8n12- *Viacodborová a iná včasná rehabilitácia*.

Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a rozsah zdravotnej starostlivosti sú:

- Výkon poskytuje rehabilitačný tím odborníkov pod vedením lekára so špecializáciou v odbore fyziatru, balneológia a liečebná rehabilitácia. V tíme musí byť kontinuálne integrovaná neurologická alebo neurochirurgická odbornosť.
- Existencia štandardizovaného vyhodnotenia funkčného deficitu v najmenej piatich oblastiach (stav vedomia, komunikácia, mobilita, sebestačnosť, správanie, psychologický status) na začiatku liečby prostredníctvom príslušných testov.
- Súčasťou dokumentácie je písomná správa lekára so špecializáciou v odbore FBLR s popisom objektívneho vyšetrenia pacienta a návrhom terapeutického rehabilitačného postupu. Kontrolné vyšetrenie je realizované 1x týždenne, obsahuje vyhodnotenie výsledkov liečby z predchádzajúceho týždňa a stanovenie ďalšieho postupu liečby.
- Aktívna, terapiu podporujúca ošetrovateľská starostlivosť, poskytovaná vyškoleným zdravotníckym personálom v oblasti neurologickej, neurochirurgickej včasnej rehabilitácie.
- Existencia a využívanie nasledujúcich terapeutických a ošetrovateľských oblastí: fyzioterapia /liečebná telesná výchova, kinezioterapia, fyzikálna liečba, ergoterapia, neuropsychológia, logopédia/oro-faciálna terapia a/alebo ošetrovateľská starostlivosť (polohovanie, telesná hygiena, tréning oblečania, tréning jedenia, tréning kontinencie, tréning orientácie, tréning prehĺtania, tréning starostlivosti o tracheostómiu, tréning úkonov sebestačnosti) v ľubovoľnej pacientovi individuálnej kombinácii najmenej však priemerne 5 hodín (300 minút) denne. Pri paralelnom poskytovaní terapeutickej starostlivosti dvoma alebo viacerými zamestnancami sa môžu ich trvania výkonu (minúty strávené pri pacientovi) spočítavať. Pritom diagnostický resp. terapeutický výkon poskytnutý pacientovi akútne (nad rámec) sa kóduje samostatne ako ďalší výkon.
- V časovom intervale 300 minút tvoria minimálne 120 minút výkony rehabilitačnej starostlivosti (liečebná telesná výchova, fyzikálna terapia, pohybová terapia, reflexná terapia, manuálna terapia, balneoterapia, atď.).

Viacodborová a iná včasná rehabilitácia (8n12-)

Kód zo skupiny zdravotných výkonov 8n12- *Viacodborová a iná včasná rehabilitácia* môže byť počas jedného klasifikačného prípadu vykázaný iba jedenkrát, a to za predpokladu, že je súčasťou zdravotnej starostlivosti bezprostredne súvisiacej/nasledujúcej po výkonoch v iných špecializačných odbornostiach (napr. chirurgia, ortopédia, traumatológia, atď.) a spĺňa nižšie uvedené podmienky.

Terapeutický výkon nezahŕňa výkony skupiny 8n10- *Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba* a 8n11- *Neurologická, neurochirurgická včasná rehabilitačná starostlivosť*.

Výkony skupiny 8n12- sa členia v závislosti od počtu dní a počtu rehabilitačných jednotiek. V terapeutickú časť zahŕňajúcej spolu príslušné množstvo rehabilitačných jednotiek trvá jedna rehabilitačná jednotka/sedenie priemerne 30 min. a z celkovej terapeutickú časť predstavuje skupinová terapia maximálne 10 %.

Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a rozsah zdravotnej starostlivosti sú:

- a) Výkon poskytuje rehabilitačný tím odborníkov pod vedením lekára so špecializáciou v odbore fyziatru, balneológia a liečebná rehabilitácia. V tíme musí byť kontinuálne integrovaný aj lekár so špecializáciou v odbornosti, s ktorou poskytovanie včasnej rehabilitačnej starostlivosti súvisí.
- b) Existencia štandardizovaného vyhodnotenia funkčného deficitu v najmenej v piatich oblastiach (stav vedomia, komunikácia, orientácia v čase a v priestore, mobilita, sebestačnosť, správanie, psychologický status) z pohľadu včasnej rehabilitácie alebo použitím špecifického skórovacieho systému.
- c) Súčasťou dokumentácie je písomná správa lekára so špecializáciou v odbore FBLR s popisom objektívneho vyšetrenia pacienta a návrhom terapeutického rehabilitačného postupu. Kontrolné vyšetrenie je realizované 1x týždenne, obsahuje vyhodnotenie výsledkov liečby z predchádzajúceho týždňa a stanovenie ďalšieho postupu liečby.
- d) Aktívna, terapiu podporujúca ošetrovateľská starostlivosť, poskytovaná vyškoleným ošetrovateľským tímom (polohovanie, mobilizácia, osobná hygiena, obliekanie, jedenie a pitie, tréning kontinencie, tréning percepcie, aktivácia, tréning starostlivosti o tracheálnu kanylu).
- e) Existencia najmenej štyroch z nasledujúcich terapeutických oblastí: fyzioterapia, fyzikálna terapia, ergoterapia, neuropsychológia, psychoterapia, logopédia/oro-faciálna terapia, rečová terapia, terapia umením, hudbou, terapia dysfágie a využitie najmenej 3 z nich v rôznych kombináciách u jednotlivých pacientov z hľadiska štruktúry a doby trvania.
- f) Celkové posúdenie stavu pacienta pre prípadné prepustenie alebo preklad pacienta.

PRÍLOHA Č. 4

CYTOSTATICKÁ CHEMOTERAPIA, IMUNOTERAPIA A ANTIRETROVIRÁLNA TERAPIA (8M30-)

Základné usmernenia pre kódovanie výkonov sú uvedené v pravidle V0102.

V ďalšom sú uvedené bližšie konkrétne vysvetlenia podľa jednotlivých výkonov.

Instilácia a lokálna regionálna liečba cytotoxickými látkami a imunomodulátormi (8m301.-)

Výkon zo skupiny **8m301.-** *Instilácia a lokálna regionálna liečba cytotoxickými látkami a imunomodulátormi* je možné kódovať počas hospitalizácie iba jedenkrát.

Príklady: intratekálna, intrapleurálna, intraperitoneálna, intravezikálna aplikácia

Nekomplexná chemoterapia (8m302.-)

Výkony zo skupiny **8m302.-** *Nekomplexná chemoterapia* sa používajú pre kódovanie jedno- alebo viacdňovej nekomplexnej chemoterapie. Nezahŕňajú intratekálnu injekciu cytostatika, orálne podanie cytostatík, podanie steroidov alebo protilátok.

Kódy pre výkony nekomplexnej chemoterapie sa používajú pri subkutánnej alebo intravenózne chemoterapii s jedným liečivom.

Každý podaný liek terapie sa kóduje raz podľa prislúchajúceho počtu dní. Počítajú sa iba dni, počas ktorých sa chemoterapia aplikuje. Pri podávaní cez noc sa započítava ibadeň, kedy sa podanie začalo. Prerušenie podávania v trvaní max. 1 deň sa započítava vtedy, ak regulárne patrí do príslušného protokolu chemoterapie. Pri prerušení v trvaní od dvoch dní sa pre kódovanie používa nový (ďalší) kód.

Počítajú sa použité cytostatiká a nie jednotlivé aplikácie.

Príklady liečebných schém pre deti a mladistvých:

- Indukčná alebo reindukčná liečba, infúzie cyklofosfamidu deň 36 (Protokol I, II a III) alebo deň 64 (Protokol I) pri ALL alebo NHL
- Jednotlivé injekcie cytarabínu alebo VCR alebo jednotlivé infúzie ASP alebo DNR/DOX pri ALL a AML
- Udržiavacia liečba (PCV), séria karboplatiny pri atypických teratoidných rabdoidných tumorov, lipozomálny DOX pri mozgových nádoroch
- Jednotlivé podania karboplatiny, VCR alebo etopozidu počas indukčnej liečby LGG alebo konsolidačná liečba mozgových nádorov nízkeho stupňa malignity
- Jednotlivé podania VCR v udržiavacej liečbe
- Jednotlivé injekcie vinblastínu, jednotlivé infúzie etopozidu alebo kladribínu pri histiocytóze alebo ALCL (NHL)
- Jednotlivé injekcie VCR alebo AMD, alebo infúzie DOX v rámci bloku AV-1 alebo AV-2 pri nefroblastóme
- Gemcitabín v monoterapii pri rôznych nádoroch
- N7 pri neuroblastóme (iba pri parenterálnej aplikácii)
- BEACOPP (d1-3, d8), CHOP, MCP, VACOP-B, FCM, COP-BLAM, fludarabín, Fludarabin/CFA, kladribín, bendamustin, melfalán i.v., bortezomib, VAD, VID, VAP pri lymfómoch alebo plazmocytóme
- ELF, FLP pri nádoroch žalúdka
- Gemcitabín/oxaliplatina, oxaliplatina/5-FU/Ca-leu pri karcinómoch pankreasu

- CMF, FAC, AC, EP, MCP, docetaxel, vinorelbín, gemcitabín, doxorubicín/docetaxel, paklitaxel monoterapia, bendamustín, docetaxel/kapecitabín, docetaxel/gemcitabín, vinorelbín/MMC, IFO/karboplatina, FEC, EC, ET, paklitaxel/gemcitabín pri nádoroch prsníka

Karboplatina monoterapia, CFA/karboplatina, treosulfán i.v., pegylovaný lipozomálny doxorubicín, gemcitabín, epirubicín, etopozid deň 1-3, topotekán pri karcinóme ovária Prípravná fáza (conditioning) pred transplantáciou krvotvorných buniek u detí a mladistvých:

- Etopozid (1 deň)
- Fludarabín (3 dni)
- Busulfán p.o., CYC (BU-CY, 5-8 dní)
- Busulfán p.o., melfalán (BU-MEL, 5-6 dní)
- Cyklofosfamid (2-4 dni)
- Melfalán (1 deň)
- Topotekán (5 dní)

Príklady liečebných schém pre dospelých:

- TAD pri plazmocytóme
- ALL-predfáza, konsolidačná terapia V pri ALL
- CFA/pentostatín pri CLL
- Azacitidín pri MDS
- Bloky B, C pri CNS lymfómoch u pacientov starších ako 60 rokov („Bonner protokol“)
- CE, Epi-CE, Epi-CO, CEV pri SCLC
- Paklitaxel/karboplatina, topotekán, gemcitabín, docetaxel, vinorelbín, DOX/docetaxel, pemetrexed, gemcitabín/pemetrexed, gemcitabín/irinotekán pri NSCLC
- 5-FU/karboplatina, MMC/5-FU pri nádoroch hlavy a krku
- 5-FU monoterapia, 5-FU/Ca-leu, irinotekán monoterapia, gemcitabín, vinorelbín, oktreotid, raltitrexed/oxaliplatin, gemcitabín/5-FU/Ca-leu, oxaliplatin/kapecitabín pri GIT nádoroch
- CFA, doxorubicín, CFA/doxorubicín, mitoxantron/prednizolón, taxán/mitoxantrón/ prednizolón,
- docetaxel/estramustín/prednizolón/DEXA pri karcinóme prostaty
- Gemcitabín, paklitaxel, POMB-ACE pri nádoroch semenníka
- Paklitaxel/gemcitabín, gemcitabín, paklitaxel pri urotelových nádoroch
- Deriváty nitrózomochoviny (ACNU, BCNU)/tenipozid, prokarbazín, CCNU, VCR pri gliómoch
- IVA, gemcitabín/docetaxel pri sarkómoch
- Doxorubicín pri osteosarkómoch
- DTIC pri melanómoch
- VAC pri Ewingovom sarkóme
- Metotrexát ako GvHD profylaxia po alogénnej transplantácii krvotvorných buniek

Prípravná fáza (conditioning) pred transplantáciou krvotvorných buniek u dospelých:

- TBI/fludarabín
- Vysokodávkovaný treosulfán
- Vysokodávkovaný melfalán
- VP16-TBI (ALL)
- Fludarabín/melfalán ako allo-conditioning
- Mobilizačná CHT pred CTX

Príloha č.4, 8m302.- - Príklad 1

Pacient je prijatý v pondelok a prepustený nasledujúci piatok. Pacientovi je počas každého dňa hospitalizácie (od pondelka do piatku vrátane) podávaná nekomplexná chemoterapia.

Výkon: 8m302.5 Nekomplexná chemoterapia: 5 dní, 1 liek

Poznámka: Ošetrovacía doba je síce iba 4 dni, ale chemoterapia bola pacientovi podávaná 5 dní, preto sa kóduje výkon zodpovedajúci piatim dňom.

Komplexná a intenzívna bloková chemoterapia stredného stupňa (8m303.-)

Pri výkonoch skupiny **8m303.- Komplexná a intenzívna bloková chemoterapia stredného stupňa** ide napríklad o dvoj- až štvordňové bloky chemoterapie. Aplikované sú minimálne 2 cytostatiká intravenózne počas jedného bloku chemoterapie alebo sa vykonáva komplexná a intenzívna chemoterapia s náročnými, od meraní závislými liečebnými postupmi (napr. vysokodávkovaný metotrexát s podávaním Ca-leu v závislosti od hladiny metotrexátu, ku dňom podania MTX sa pripočítavajú aj dni merania hladiny až do vylúčenia MTX).

Počítajú sa iba tie dni, počas ktorých sa chemoterapia aplikuje. Pri podaní cez noc sa započítava iba deň, kedy sa podanie začalo. Prerušenia podávania v trvaní maximálne 1 deň sa započítavajú vtedy, ak regulárne patria do príslušného protokolu chemoterapie. Pri prerušení v trvaní od dvoch dní sa pre kódovanie používa nový (ďalší) kód.

Počítajú sa všetky cytostatiká nezávisle od toho, či boli podávané počas všetkých dní alebo menej. Počítajú sa použité cytostatiká a nie jednotlivé aplikácie. Pri podaní vysokej dávky metotrexátu sa počítajú aj dni s meraním jeho hladiny.

Výkony skupiny 8m303- nezahŕňajú intratekálnu injekciu cytostatika, orálne podanie cytostatika, podanie steroidov alebo protilátok.

Príklady liečebných schém pre deti a mladistvých:

- Bloky EIIS, EIVS, CARBO-ETO 96h, cisplatina/VCR/CCNU alebo CFA/VCR pri malígnych nádoroch mozgu
- Bloky DDP/VCR alebo CARBO/VCR/ETO pri mozgových nádoroch nízkeho stupňa malignity
- Bloky VAI, VAC pri Ewing-kostných nádoroch
- Bloky A alebo AP pri osteosarkómoch
- Blok CARBO-ETO 96h pri nádoroch pečene
- Blok haM (konsolidačná liečba) pri AML
- Bloky OEPA, COPDAC alebo DHAP pri Hodgkinovej chorobe
- Bloky D1, D2, M1 pri malígnych endokrinných nádoroch
- Blok N5, bloky A, B, C (COJEC) pri neuroblastóme
- Blok AVD, HR-blok pri nefroblastóme
- Bloky I2VA, I2VAd, TOPO/ETO/CARBO, I3VAd, I3VE, TE, TC pri sarkómoch mäkkých tkanív
- Predfáza po 1. DNR/VCR/PRED, konsolidačná fáza, VCR/ADR/ASP/DEXA v reindukčnej fáze v rámci COALL-Protokolu
- DOX/AMD/DDP (DAC) pri atypických teratoidných rhabdoidných tumoroch

Prípravná fáza (conditioning) pred transplantáciou krvotvorných buniek u detí a mladistvých:

- ATG, CFA (ATG-CY, 4 dni)
- Busulfán po., CFA, melfalán (BU-CY-MEL, 6-7 dní)
- Busulfán po., CFA, melfalán, ATG (BU-CY-MEL-ATG, 7 dní)
- Busulfán po., ETO, CFA, ATG (BU-ETO-CY-ATG, 8 dní)
- Karboplatina, etopozid (CARBO-ETO, 3-4 dni)

- Karboplatina, etopozid, melfalan (CARBO-ETO-MEL, 4 dni)
- Karboplatina, etopozid, tiotepa (CARBO-ETO-TEPA, 4 dni)
- CFA, CARBO, tiotepa (CY-CARBO-TEPA, 4 dni)
- CFA, tiotepa (CY-TEPA, 3-4 dni)
- Etopozid, ATG (ETO-ATG, 3 dni)
- Etopozid, CFA (ETO-CY, 4 dni)
- Fludarabín, ATG (FLU-ATG, 4 dni)
- Fludarabín, ATG, melfalán (FLU-ATG-MEL, 4 dni)
- Fludarabín, busulfán iv., ATG (FLU-BUI-ATG, 3 dni)
- Fludarabín, CFA, tiotepa (FLU-CY-TEPA, 3 dni)
- Tiotepa, CFA, ATG (TEPA-CY-ATG, 4 dni)
- Tiotepa, etopozid (TEPA-ETO, 2-3 dni)
- Tiotepa, etopozid, CFA (TEPA-ETO-CY, 4 dni)

Príklady liečebných schém pre dospelých:

- pred fáza B-ALL protokolu
- konsolidačná fáza II až VI (vysokodávkovaný Ara-C + i.thek. CHT) pri ALL
- konsolidačná liečba – vysokodávkovaný Ara-C (CALGB)
- COP, CHOEP, DHAP, DEXA-BEAM, IMVP16, ICE, MINE, Mega-CHOEP pri NHL
- AC, AD ako udržiavacia liečba pri AML
- ABVD pri Hodgkinovom lymfóme
- Blok A pri CNS lymfómoch u pacientov starších ako 60 rokov („Bonner protokol“)
- IFO/etopozid/epirubicin pri lymfómoch alebo plazmocytóme
- Cisplatina/5-FU pri nádoroch hlavy a krku
- Cisplatina/etoposid, cisplatina/vinorelbín pri NSCLC
- PLF, PELF, DCF pri nádoroch žalúdka
- Cisplatina/doxorubicín, doxorubicín/vysokodávkovaný IFO (iba deň 1), pemetrexed/cisplatina pri pleurálnom mezotelióme
- M-VAC deň 1 a deň 2 pri urotelových nádoroch (potom deň 15 a deň 22 sa kóduje ako nekomplexná chemoterapia)
- E/AC-docetaxel, E/AC-paclitaxel, TA/EC, denzné režimy E/TAC, E-T, EC-TX, E/AT-CMF, IFO/epirubicín pri nádoroch prsníka
- Epirubicín/paclitaxel/karboplatina, cisplatina/paclitaxel pri nádoroch ovárií
- RAT/5-FU/cisplatina pri nádoroch pažeráka
- RAT/5-FU/MMC/cisplatina pri nádoroch anu
- RAT/5-FU/cisplatina pri nádoroch pankreasu
- Gemcitabín/cisplatina pri NSCLC, mezotelióme pleury, nádoroch pankreasu, GIT nádoroch, urotelových nádoroch a iných
- CVD, cisplatina/DTIC/BCNU pri melanómoch
- Doxorubicín/IFO pri sarkómoch mäkkých tkanív
- VAI, VIDE pri Ewingovom sarkóme
- IP, CE, IFO/DOXO, cisplatina/DOXO pri osteosarkómoch
- EIA, Mini-ICE, IFO sekvenčne pri sarkómoch
- FOLFIRI, FOLFOX pri GIT nádoroch
- ADOC pri tymóme
- CAD, CED pri plazmocytóme

Prípravná fáza (conditioning) pred transplantáciou krvotvorných buniek u dospelých:

- TBI-CFA, busulfán/CFA, FC
- Busulfán-melfalán (Euro-EWING)

- Fludarabín/melfalán (AML)
- Karboplatina/etopozid (nádory z germinatívnych buniek)
- Karboplatina/etopozid/CFA
- VCI-E, HD-PEI
- Fludarabín/busulfán/ATG
- CVB (BCNU, CFA, etopozid)

Príklady chemoterapie závislej od merania hladín liekov:

- Vysokodávkovaný MTX pri mozgových nádoroch, histiocytóze, kostných nádoroch a leukémiách u detí
- Vysokodávkovaný MTX/asparagináza pri ALL u dospelých
- Vysokodávkovaný MTX vo všetkých protokoloch u dospelých

Príloha č. 4, 8m303.- - Príklad 1

Pacient je prijatý v pondelok a prepustený nasledujúci piatok. Pacientovi je počas každého dňa hospitalizácie (od pondelka do piatku vrátane) podávaná komplexná a bloková chemoterapia stredného stupňa.

Výkon: 8m303.5- *Komplexná a intenzívna bloková chemoterapia stredného stupňa : 5 dní, X lieky*

Poznámka: Ošetrovacia doba je síce iba 4 dni, ale chemoterapia bola pacientovi podávaná 5 dní, preto sa kóduje výkon zodpovedajúci piatim dňom. Terminálny výkon sa kóduje podľa podaných liekov.

Komplexná a intenzívna bloková chemoterapia vysokého stupňa (8m304.-)

Obdobne ako pri výkonoch 8m302.- alebo 8m303.- nezahŕňajú ani výkony tejto skupiny intratekálnu injekciu cytostatika, orálne podanie cytostatika, podanie steroidov alebo protilátok. Ide napr. o 5- až 8-dňové bloky chemoterapie. Intravenózne sa podávajú minimálne 2 cytostatiká v rámci jedného bloku chemoterapie.

Komplexná a intenzívna bloková chemoterapia vysokého stupňa, jeden blok chemoterapie počas jednej hospitalizácie (8m304.1-)

Príklady liečebných schém pre deti a mladistvých:

- Bloky PEV, PEI, CycEV, CarboEV, MET-HIT-BIS4 indukcia pri mozgových nádoroch
- Bloky VBP, BEP, PEI, vysokodávkový PEI, PE pri nádoroch z germinatívnych buniek
- Blok VIDE pri Ewingových kostných nádoroch
- Bloky Ai alebo IE pri osteosarkómoch
- Bloky IPA, TOPO-DOXO pri nádoroch pečene
- Bloky HR-1, HR-2, HR-3, F1, F2, R1, R2; Protokol I, II alebo III: fáza 1 alebo 2 pri ALL
- Bloky SIA (F1 alebo F2) alebo SIB (fáza 1); SCA1 alebo SCB1 (fáza 2), SCA2 alebo SCB2 (fáza 3); SCA3- SCA7; SCB3 Part 1 alebo 2, SCB4 Part 1 alebo 2; bloky F1, F2, R1, R2; protokoll II-Ida, fáza 1 alebo 2; Clo/Cyc/Eto pri relapsoch ALL
- Bloky HAM, AIE, ADxE (indukcia), AI, AI/2-CDA (konsolidácia), HD-Ara-C/ETO (HAE), FLAG, FLAG-L-DNR, Ida-FLAG, ARAC/L-DNR pri AML
- Bloky IEP, DEXA-BEAM pri Hodgkinovej chorobe
- Cyklus a, A4, A24, AA, AA24, AAZ1, AAZ2, AM, b, B4, B24, BB, BB24, BBZ1, BBZ2, BM, CC, Protokoly I, II oder III: fáza 1 alebo 2 (a alebo b) pri NHL
- AraC/2-CDA pri histiocytóze z Langerhansových buniek
- A1, A2, A3, B1, B2, B3, AV2, AV3, BV1, BV2, BV3, AM1, AM2, AM3, BM1, BM2, BM3, AMV2, AMV3, BMV1, BMV2, BMV3, CC, ICM a ICI pri NHL

- Bloky M2, NN-1, NN-2 pri malígnych endokrinných nádoroch
- Bloky A, B pri nazofaryngeálnom karcinóme
- Bloky N4, N6, TCE (N8) pri neuroblastóme
- TECC (topotekán, ETO, karboplatina, CFA, 5 dní); TACC (topotekán, AMD, CFA, karboplatina, 5 dní) pri sarkómoch mäkkých tkanív;

Prípravná fáza (conditioning) pred transplantáciou krvotvorných buniek u detí a mladistvých:

- ATG, busulfán, CFA (ATG-BU-CY, 12 dní)
- ATG, busulfán, fludarabín, CFA (ATG-BU-FLU-CY, 15 dní)
- BCNU, etopozid, cytarabín, melfalán (BEAM, 6 dní)
- Busulfán iv., CFA (BUI-CY, 5-8 dní)
- Busulfán iv., CFA, melfalán (BUI-CY-MEL, 7 dní)
- Busulfán iv., CFA, melfalán, ATG (BUI-CY-MEL-ATG, 7-11 dní)
- Busulfán iv., CFA, tiotepa (BUI-CY-TEPA, 7 dní)
- Busulfán, etopozid, CFA (BU-ETO-CY, 5-7 dní)
- Busulfán, fludarabín, CFA, ATG (BU-FLU-CY-ATG, 7-11 dní)
- Busulfán iv., melfalán (BUI-MEL, 5 dní)
- Busulfán, tiotepa, fludarabín, CFA (BU-TEPA-FLU-CY, 8 dní)
- Busulfán po., etopozid, tiotepa (BU-ETO-TEPA, 6-7 dní)
- Busulfán po., fludarabín, ATG (BU-FLU-ATG, 5-6 dní)
- Busulfán po., fludarabín, CFA (BU-FLU-CY, 5 dní)
- Busulfán po., tiotepa, etopozid, ATG (BU-TEPA-ETO-ATG, 8 dní)
- Campath, fludarabín, melfalán (CAM-FLU-MEL, 7 dní)
- Karboplatina, etopozid, melfalán (CARBO-ETO-MEL, 6-7 dní)
- Fludarabín, CFA (FLU-CY, 5 dní)
- Fludarabín, CFA, ATG; (FLU-CY-ATG, 7-9 dní)
- Fludarabín, etopozid (FLU-ETO, 5 dní)
- Fludarabín, etopozid, ATG (FLU-ETO-ATG, 7-8 dní)
- Fludarabín, melfalán (FLU-MEL, 6 dní)
- Fludarabín, melfalán, ATG (FLU-MEL-ATG, 5-7 dní)
- Tiotepa, ATG, fludarabín (TEPA-ATG-FLU, 7 dní)
- Tiotepa, etopozid, ATG (TEPA-ETO-ATG, 5 dní)

Príklady liečebných schém pre dospelých:

- Indukčná liečba I alebo II, konsolidačná liečba I, konsolidačná liečba II u high-risk alebo very-high-risk ALL, reindukčná liečba I alebo II pri ALL
- Blok A, B alebo C pri B-ALL, agresívnych lymfómoch a CNS lymfómoch u pacientov pred dosiahnutím 60. roku života ("Bonner Protokol"), BEAM, DEXA-BEAM pri NHL
- CLAEg, IDA-FLAG alebo Mito-FLAG pri AML alebo ALL
- AML indukcia (A-EC, AIE, DA, DA+dasatinib, DAV, DNR, EC, HAM, IA, IAA, ICE, IC s/bez kľofarabínu, IDAC, I-MAC, IVA, IVA+ATRA, IVA+kyselina valproová, IVA+kyselina valproová+ATRA, MAV, MAMAC, Mini-ICE, MTC)
- AML konsolidácia (HAM, H-MAC, I-MAC, MAMAC, MHD-Ara-C/AMSA, MHD-Ara-C/daunorubicin, MICE, NOVE)
- Busulfán/CFA, ICE (sarkómy), HD-BEAM pred transplantáciou krvotvorných buniek
- BEP, EP, PEI, PIV, PVbI, TIP pri nádoroch semenníkov

Komplexná a intenzívna bloková chemoterapia vysokého stupňa, dva bloky chemoterapie počas jednej hospitalizácie (8m304.2-)

Príklady liečebných schém pre deti a mladistvých:

- Indukčná liečba fáza 1 a 2, bloky F1 a F2, blok MARAM, blok OCTADD, protokol II-IDA, protokoly I, II alebo III: fáza 1 a 2; R1 a R2 pri ALL
- Bloky AIE a HAM („double induction“) pri AML
- Bloky AA a BB; bloky A a B, AAZ1 a AAZ2, protokoly I, II alebo III: fáza a a b pri NHL

Príklady liečebných schém pre dospelých:

- Indukčná liečba I a II pri ALL
- Indukčná liečba s 2 cyklami počas jednej hospitalizácie („double induction“); neskorá konsolidácia s HD-Ara-C/daunorubicin, HAM („double induction“), I-MAC („double induction“), S-HAM pri AML⁹

⁹Vysvetlivky niektorých skratiek:

VCR = vinkristín, ASP = asparagináza, DNR = daunorubicín, DOX, ADR = doxorubicín, PND = prednizón, DEXA = dexametazón, CFA = cyklofosfamid, Ara-C = cytarabín, 6-TG = tioguanín, AMD = aktinomycín D, VBL = vinblastín, 5-FU = 5- fluorouracil, MMC = mitomycin, Ca-leu = kalciumfolinát, IFO = ifosfamid, MTX = metotrexát, CARBO = karboplatina, DDP = cisplatina, ETO = etopozid, ATG = antitymocytový globulín, RAT = rádioterapia

PRÍLOHA Č. 5

VÝKONY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI (92-)

Výkony zo skupiny 92- zohľadňujú náročnosť poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta podľa jeho aktuálneho stavu a bez ohľadu na špecializáciu oddelenia, na ktorom je hospitalizovaný.

Požiadavky pre použitie ktoréhokoľvek z výkonov ošetrovateľskej starostlivosti:

- poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v súlade so štandardnými diagnostickými a terapeutickými postupmi z oblasti ošetrovateľstva (ďalej „štandardy“), schválenými MZ SR (<https://www.standardnepostupy.sk/standardy-osetrovatelstvo/>),
- vedenie ošetrovateľskej dokumentácie v rozsahu stanovenom štandardami,
- výkony zabezpečuje minimálne 1 sestra v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientovi. Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na praktické sestry a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti,
- kód zdravotného výkonu zo skupiny 92 – *Výkony ošetrovateľskej starostlivosti* je možné použiť iba jedenkrát počas klasifikačného prípadu za podmienky, že dĺžka poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti trvala viac ako 7 dní.

Ďalšie špecifické požiadavky pre kódovanie jednotlivých výkonov:

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s rizikom vzniku a rozvoja malnutrície (92001.0)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0005 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s rizikom vzniku a rozvoja malnutrície* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0005 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s rizikom vzniku a rozvoja malnutrície*,
- d) zdravotná dokumentácia obsahuje záznamy preukazujúce posudzovanie a realizáciu intervencií, pričom identifikáciu rizika a plánovanie realizácie väčšiny intervencií na jeho redukciu sestra realizuje počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s deficitom sebaopatery (92001.1)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 034 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 034 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery*,
- d) zdravotná dokumentácia obsahuje záznamy preukazujúce posudzovanie a realizáciu intervencií, pričom prvú identifikáciu nesebestačnosti u pacienta a plánovanie realizácie väčšiny intervencií na redukciu jej rizík sestra realizuje počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s rizikom vzniku dekubitov (92001.2)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0006 *Komplexný ošetrovateľský manažment predchádzania vzniku dekubitov u rizikového pacienta* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0006 *Komplexný ošetrovateľský manažment predchádzania vzniku dekubitov u rizikového pacienta*,
- e) zavedený individuálny plán prevencie dekubitov, pričom sestra realizuje individuálne plánovanie prevencie dekubitov optimálne počas prvých 8 - 12 hodín od prijatia pacienta a tento proces finalizuje najneskôr do 24 hodín od prijatia,
- f) preventívne opatrenia sú vykonávané denne a sú zaznamenané v dokumentácii.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s dekubitom (92001.3)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0001 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s dekubitom* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0001 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s dekubitom*,
- d) zavedená dokumentácia dekubitu/dekubitov,
- e) spôsoby a metódy ošetrovania dekubitov, frekvencia prevázov sú zaznamenávané v dokumentácii pacienta.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s chronickou ranou (92001.4)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0033 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s chronickou ranou* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0033 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s chronickou ranou*,
- d) zavedená dokumentácia rany,
- e) spôsoby a metódy ošetrovania chronickej rany, frekvencia prevázov sú zaznamenávané v dokumentácii pacienta.

Komplexný ošetrovateľský manažment v paliatívnej starostlivosti o dieťa (92001.5)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0036 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (dieťa)* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0036 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (dieťa)*,
- d) zdravotná dokumentácia obsahuje individuálny plán ošetrovateľskej starostlivosti a záznamy preukazujúce realizáciu intervencií.

Komplexný ošetrovateľský manažment o dospelého pacienta v terminálnom štádiu choroby (92001.6)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 003 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (u dospelých)* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 003 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (u dospelých)*,
- d) zdravotná dokumentácia obsahuje individuálny plán ošetrovateľskej starostlivosti a záznamy preukazujúce realizáciu intervencií.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchou prehĺtania (92001.7)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0039 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami prehĺtania* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0039 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami prehĺtania*,
- d) zdravotná dokumentácia obsahuje záznamy preukazujúce individuálne plánovanie a realizáciu ošetrovateľských intervencií vo vzťahu k poruchám prehĺtania.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s demenciou (92001.8)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0035 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s demenciou* sa určí na základe prítomnosti lekárskej diagnózy Demencia v lekárskech záznamoch pacienta. Dôkaz o indikácii je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- b) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0035 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s demenciou*
- c) zdravotná dokumentácia obsahuje záznamy preukazujúce posudzovanie a realizáciu intervencií, zhodnotenie úrovne demencie využitím škály MMSE.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami správania (92001.9)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0002 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami správania* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0002 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami správania*,
- d) zdravotná dokumentácia obsahuje záznamy preukazujúce posudzovanie a realizáciu intervencií, pričom sestra realizuje identifikáciu rizika porúch správania a plánovanie intervencií na jeho redukciu počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta a tento proces finalizuje najneskôr do 48 hodín od prijatia.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s rizikom vzniku alebo rozvoja imobilizačného syndrómu (92001.a)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0004 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,

- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0004 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu*,
- d) zdravotná dokumentácia obsahuje záznamy preukazujúce posudzovanie a realizáciu intervencií, pričom prvú identifikáciu rizika imobilizačného syndrómu u pacienta a plánovanie realizácie väčšiny intervencií na redukciiu jej rizík sestra realizuje počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s imobilitou (92001.b)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0032 *Komplexný ošetrovateľský manažment imobilného pacienta* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0032 *Komplexný ošetrovateľský manažment imobilného pacienta*,
- d) zdravotná dokumentácia obsahuje záznamy preukazujúce posudzovanie a realizáciu intervencií, pričom prvú identifikáciu imobility a plánovanie realizácie väčšiny intervencií sestra realizuje počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so žalúdočnou sondou (92001.c)

- a) splnenie indikácie k zaradeniu pacienta do indikačného rámca štandardu č. 0038 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so sondami* sa určuje na základe posúdenia použitím kontrolného listu predmetného štandardu,
- b) vyplnený kontrolný list je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- c) plnenie požiadaviek v zmysle štandardu č. 0038 *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so sondami*,
- d) zdravotná dokumentácia obsahuje záznamy preukazujúce posudzovanie a realizáciu intervencií v súlade so štandardom č. 0038.

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s tracheostómou (92001.d)

- a) prítomnosť tracheostómie je potvrdená lekársym nálezom, ktorý je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta,
- b) zdravotná dokumentácia obsahuje záznamy preukazujúce posudzovanie a realizáciu intervencií v súvislosti so starostlivosťou o dýchacie cesty (toaleta horných dýchacích ciest pomocou odsávania, čistenie vnútornej vložky, ošetrovanie okolia tracheostomickej kanyly).

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s permanentným katétrom (92001.e)

- a) permanentný katéter je zavedený iba v odôvodnených prípadoch, pričom samotná prítomnosť inkontinencie sa nepovažuje za dôvod pre zavedenie katétra. Odôvodnenie zavedenia katétra je súčasťou dokumentácie,
- b) zdravotná dokumentácia obsahuje záznamy preukazujúce zavedenie katétra a ďalšie intervencie v súvislosti so starostlivosťou o permanentný katéter (preplach katétra, odber vzorky moču na laboratórne vyšetrenie, meranie diurézy apod.).

