

Klasa: 500-07/08-01/272  
Ur. broj: 338-01-34-08-101  
Zagreb, 14. svibnja 2009.

BOLNIČKIM ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA  
KOJE LIJEČE BOLESNIKE OBOLJELE OD  
AKUTNIH BOLESTI  
n/p ravnatelja

- s v i m a -

Predmet: Bolnička zdravstvena zaštita bolesnika oboljelih od akutnih bolesti–  
plaćanje po dijagnostičko-terapijskim skupinama (DTS)  
- naputak za postupanje

Poštovani!

Sustav plaćanja bolničkog liječenja bolesnika oboljelih od akutnih bolesti po sustavu dijagnostičko-terapijskih skupina (DTS) u punoj je primjeni od 1. siječnja ove godine. Kako vam je poznato, DTS je metoda klasifikacije akutnih bolničkih pacijenata u skupine koje zahtijevaju sličnu potrošnju bolničkih resursa i koje imaju slične kliničke osobitosti čime se osigurava jednakost za sve bolnice i bolesnike.

dijagnostičko-  
terapijske  
skupine

Zbog navedenih karakteristika DTS-a, jedna od značajnijih prednosti ovog načina plaćanja upravo je mogućnost usporedbe bolnica, pri čemu se u obzir uzima i složenost slučajeva koje te bolnice liječe. Stoga je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) objavio usporedne podatke bolnica, odnosno rezultate ispostavljanja računa po DTS-u na svojoj web stranici [www.cezih.hr](http://www.cezih.hr), koja na taj način postaje Vaše središnje mjesto najnovijih dostupnih informacija o DTS-u. Izvješća i rezultati ispostavljanja računa po DTS-u redovno će se ažurirati, te će se po potrebi dodavati nova izvješća. Uvedena je također i kontakt adresa elektroničke pošte [dts\\_info@hzzo-net.hr](mailto:dts_info@hzzo-net.hr) na kojoj možete postavljati pitanja vezana uz DTS.

usporedba  
bolnica

[www.cezih.hr](http://www.cezih.hr)

[dts\\_info@hzzo-net.hr](mailto:dts_info@hzzo-net.hr)

Ovim putem Vas također želimo podsjetiti na neke osnove ispostavljanja računa po DTS-u, kao i na ključna pravila šifriranja u DTS klasifikaciji.

Osnovna ideja plaćanja po DTS-u je plaćanje po epizodi, pri čemu je **epizoda** razdoblje od prijama do otpusta iz bolnice. Trajanje epizode može biti jedan ili više dana, a svi troškovi nastali u tom razdoblju uključeni su u cijenu. Znači, sva zdravstvena zaštita uključena je u epizodu i postoji **samo jedno** plaćanje za epizodu.

epizoda bolesti

Slijedom navedenog, kad je pacijent zaprimljen u bolnicu na jedan odjel primjerice na odjel interne medicine, a tijekom bolničkog liječenja promijeni odjel, na način da bude premješten na odjel kirurgije, pa nakon toga u jedinicu intenzivnog liječenja, te na posljepku ponovno na odjel interne medicine, ispostavlja se **samo jedan račun** za cjelokupni boravak u bolnici, budući da se radi o **jednoj epizodi liječenja**. Također, ako je pacijent zaprimljen u jedinicu intenzivnog liječenja, te se nakon toga premješta na odjel interne medicine s kojeg se konačno otpušta, ne ispostavlja se poseban račun za razdoblje liječenja u jedinici intenzivnog liječenja, nego jedan račun za cijelu epizodu liječenja.

jedan račun za  
jednu epizodu  
liječenja

Iznimka od ovog pravila su bolnice koje provode liječenje bolesnika oboljelih i od akutnih i od subakutnih ili kroničnih bolesti, koje tijekom jedne hospitalizacije mogu ispostaviti 2 računa – za akutno i subakutno ili kronično liječenje. Međutim, DTS račun mogu ispostaviti samo jednom i to isključivo na početku liječenja u okviru kojeg je pacijent premješten s akutnog na subakutni ili kronični odjel.

U bolnicama koje isključivo liječe bolesnike oboljele od akutnih bolesti nema iznimaka, dakle za jednu epizodu liječenja, bez obzira na trajanje i bez obzira na promjenu odjela tijekom liječenja ispostavlja se samo jedan račun.

Osnova razvrstavanja bolesnika u dijagnostičko-terapijske skupine su šifre dijagnoza i šifre postupaka. Stoga je od osobite važnosti kvaliteta medicinske dokumentacije, te ispravno bilježenje potrebnih informacija (dijagnoza i postupaka).

**Glavna dijagnoza** je pojedinačno najvažniji podatak koji se koristi u svrhu DTS šifriranja! Definirana je kao dijagnoza koja, nakon analize **svih dokumenata** predstavlja dijagnozu koja je uzrokovala epizodu bolničkog liječenja. Dakle radi se o dijagnozi koja je u najvećem stupnju odgovorna za odluku o prijama u bolnicu, a utvrđuje se kada su dostupne **sve** informacije o liječenju, uključujući i one informacije koje nisu bile poznate u vrijeme prijama (dobivene tijekom ispitivanja, procjene i evaluacije, specijalističkih konzultacija, dijagnostičkih postupaka, kirurškog zahvata...).

Važno je također shvaćanje razlike između komorbiditeta i komplikacije. Komorbiditet je stanje koje postoji u vrijeme prijama, a komplikacija je stanje koje nastane tijekom hospitalizacije. Stoga **komplikacija** nikad **ne može biti glavna dijagnoza**, jer se nije mogla očekivati, niti je mogla biti razlogom prijama bolesnika.

**Dodatna dijagnoza** je stanje ili problem koji je bio prisutan već u vrijeme glavne dijagnoze ili se pojavio tijekom samog liječenja u bolnici. To je stanje koje je utjecalo na liječenje bolesnika i izazvalo povećanu potrebu liječenja, dijagnostičkih pretraga i/ili njegu ili monitoriranje, a općenito rezultira i produženim liječenjem. Stoga je dodatnu dijagnozu dozvoljeno šifrirati samo ako je utjecala na liječenje bolesnika tijekom boravka u bolnici, s obzirom na povećanu potrebu za liječenjem, dijagnostičkim pretragama, njegom ili monitoriranjem, odnosno ako je stvarno utjecala na produženu njegu i na taj način značajno povećanje troškova i duži boravak u bolnici.

Sljedom rečenog, upućujemo Vas da ne šifirate dodatne dijagnoze ukoliko nisu iziskivale povećanu potrebu za liječenjem, dijagnostičkim pretragama, njegom i/ili monitoriranjem, budući da bilježenje određenih dodatnih dijagnoza razvrstava pacijente u DTS kategorije višeg stupnja kompleksnosti. Navedeno znači da se kao dodatne dijagnoze ne šifriraju sve dijagnoze navedene u medicinskoj dokumentaciji, već samo one koje zadovoljavaju kriterije za šifriranje dodatnih dijagnoza.

Kako bi se epizoda liječenja razvrstala u odgovarajuću DTS kategoriju, potrebno je bilježiti sve značajne postupke izvršene od prijama do otpusta. Postupke je preporučljivo bilježiti i šifrirati u skladu sa sljedećim rasporedom: postupci izvršeni zbog liječenja glavne dijagnoze, postupci izvršeni zbog liječenja dodatne dijagnoze, dijagnostički postupci povezani s glavnom dijagnozom, dijagnostički postupci povezani s dodatnim dijagnozama. Pri tome je važno da se prilikom navođenja postupaka na slogu računa **značajni postupci**, koji utječu na grupiranje, navedu **među prvih 30 postupaka**, kako bi bili uzeti u obzir za grupiranje.

Vezano uz navedeno ističemo da se šifrnari DTS postupaka nalazi

razvrstavanje  
šifre dijagnoza  
šifre  
postupaka  
glavna  
dijagnoza

komorbiditet

komplikacija

dodatna  
dijagnoza

povećana  
potreba za  
liječenjem

bilježenje  
značajnih  
postupaka

prvih 30  
postupaka

na web stranicama Zavoda [www.hzzo-net.hr](http://www.hzzo-net.hr), u dijelu: Za HZZO partnere – Šifarnici HZZO-a, DTS postupci, pri čemu su postupci koji utječu na grupiranje (značajni postupci) u stupcu "Utječe na gruper" označeni slovom **D**.

Vezano uz navedeno posebno ističemo da **ne bilježite i ne upisujete** postupke iz Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima ("Plave knjige"), budući da će se svi DTS računi na kojima su šifre postupaka iz "Plave knjige" vraćati ustanovama.

Upućujemo Vas da na računima i dalje, kao i do sada, bilježite upotrijebljeni potrošni i ugradbeni medicinski materijal i lijekove s količinom i jediničnom cijenom.

Slijedom učestalih upita o upisivanju šifara opravdanosti prijama, ističemo da je rečena kategorija uvedena na bolničke račune kako bi se utvrdilo da li su postojale ekonomičnije alternative bolničkom liječenju, kao što je zbrinjavanje bolesnika u okviru specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite i/ili dnevne bolnice, te kućnog liječenja. Kako ćete i sami vidjeti na rezultatima DTS-a, veći dio bolnica kao osnovni kriterij prijama koristio je šifru 20 – ostalo, što dovodi u pitanje opravdanost prijama, odnosno opravdanost samog bolničkog liječenja. Iz navedenog razloga privremeno je bilo onemogućeno korištenje šifre 20, kako bi se bolnice potaknule na korištenje onih šifara koje zaista odgovaraju stvarnim razlozima prijama, a ne da se šifra opravdanosti prijama upisuje "automatski". Stoga ponovno možete koristiti šifru opravdanosti prijama 20.

Vezano uz upite koji se odnose na fakturiranje postupaka dnevne kirurgije, izvješćujemo Vas da među postojećim DTS kategorijama postoji nekoliko kategorija koje se odnose na jednodnevno liječenje koje se Zavodu mogu fakturirati na bolničkom računu odnosno kao DTS račun. Uz naziv tih kategorija stoji oznaka "isti dan". Ostale postupke koji se provode u okviru dnevne bolnice bilo koje djelatnosti, pa tako i dnevne kirurgije, koji ne ulaze u DTS kategoriju s oznakom "isti dan", možete fakturirati Zavodu isključivo kao SKZZ račun, dakle koristeći šifre postupaka iz "Plave knjige".

Nastavno navedenom napominjemo da se bolnički (DTS) računi u slučaju smrti pacijenta koja je nastupila **nakon prijama na bolničko liječenje** ukupnog trajanja kraće od 24 sata, mogu ispostavljati kao DTS računi, što znači, da će račun biti prihvaćen u slučaju ako je isti dan prijama i otpusta, a ishod liječenja je smrt.

Ovim naputkom pokušali smo ujedno odgovoriti na dio pitanja koja se učestalo pojavljuju, no još jednom ističemo da pitanja možete postavljati putem e-mail adrese [dts\\_info@hzzo-net.hr](mailto:dts_info@hzzo-net.hr), te ćete na njih izravno dobiti odgovor putem elektroničke pošte ili će biti odgovoreno pod rubrikom: *Najčešća pitanja*.

Molimo da s ovim naputkom upoznate sve zdravstvene djelatnike uključene u proces pružanja zdravstvene zaštite temeljem kojeg proizlazi ispostavljanje računa po DTS-u.

S poštovanjem,

Ravnatelj

Tihomir Strizrep, dr. med.

O tome obavijest:

HZZO, Područnim uredima

n/p rukovoditelja

- svima -

medicinski  
materijal i  
lijekovi  
opravdanost  
prijama

dnevna  
kirurgija

najčešća  
pitanja