

Diagnostic Related Groups

بررسی تحلیلی سیستم DRGs با گروه‌های تشخیصی وابسته

هاله آیت الهی رضا ربیعی

با توجه به محدودیت منابع در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، جهت جلوگیری از اتلاف منابع مالی و ممانعت از تحمیل هزینه‌های سنگین به مشتریان اعم از مردم یا سازمان‌های بیمه‌گر، نیز به منظور حداکثر استفاده از امکانات و رعایت ضوابط و استانداردها جهت ارتقای سلامت، سیستم‌های هزینه‌سنجی متفاوتی طراحی شده‌اند. در این زمینه، گروه‌های تشخیصی وابسته یا سیستم DRGs از جمله سیستم‌های هزینه‌سنجی مطرحی به حساب می‌آید که بر اساس تشخیص‌ها و نوع بیماران تحت درمان به تعیین هزینه واقعی خدمات ارائه شده کمک می‌کند. در تعریف سیستم DRGs می‌توان گفت که این سیستم یکی از سیستم‌های طبقه‌بندی بیماران است که می‌تواند بین وضعیت بیماران که در یک بیمارستان تحت درمان هستند و هزینه‌هایی که متحمل می‌شوند ارتباط برقرار سازد. سابقه طرح ریزی و پیشرفت سیستم DRGs به اواخر دهه ۱۹۶۰ در دانشگاه یال ایالت نیوجرسی باز می‌گردد که در راستای ایجاد چهار چوبی جهت افزایش کیفیت مراقبت‌ها و نیز افزایش میزان بهره‌وری خدمات بیمارستانی و کنترل هزینه‌ها، انگیزه طراحی چنین سیستمی شکل گرفت. این سیستم نخستین بار در اواخر دهه ۱۹۷۰ در ایالت نیوجرسی آمریکا به طور وسیع به کار گرفته شد و اداره بهداشت این ایالت نیز سیستم DRGs را به عنوان پایه و اساس یک سیستم پرداخت آینده‌نگر در بیمارستان‌هایی که یک مقدار ثابت و معین را بر طبق سیستم DRGs از بیماران درمان شده دریافت می‌کردند، به کار گرفت. در سال ۱۹۸۲، قانون مسئولیت مالی و عدالت مالیاتی، محدودیت‌های پرداخت را در بیمارستان‌هایی که مراقبت‌های پزشکی را ارائه می‌دادند، به سیستمی که بر پایه DRG بود و تمام موارد را در بر می‌گرفت، تغییر داد. در سال ۱۹۸۲ نیز، قانون تأمین اجتماعی به قانونی که یک سیستم پرداخت آینده‌نگر ملی را بر پایه DRGs در برداشت و برای تمام بیماران که مراقبت‌های بهداشتی دریافت می‌کردند، قابل تعمیم بود؛ تغییر کرد. تکامل تدریجی سیستم DRGs و استفاده از آن به عنوان پایه و اساس واحد پرداخت در سیستم پرداخت بیمارستان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های پزشکی نشانگر آن است که بیماران یک بیمارستان در تعیین هزینه‌های بیمارستانی نقش اساسی دارند. اخیراً پرداخت هزینه به بیمارستان‌ها بر طبق سیستم DRGs و یک میزان معین قابل پرداخت بیمارستان، منطقه جغرافیایی، شهری یا روستایی بودن بیمارستانی صورت می‌گیرد.

این مورد به نتایج حاصل از طول مدت و شدت بیماری که ناشی از فقدان مراقبت فوری و مستمر می باشد بر می گردد.

تدابیر گسترده:

منظور از تدابیر گسترده تمهیداتی است که جهت تشخیص، درمان و خدمات بیمارستانی مربوط به مراقبت از یک بیماری خاص فراهم می گردد. به طور کلی، دو راه برای استفاده از اصطلاح «Casemix» وجود دارد. ارائه دهندگان خدمات درمانی آن را برای بیمارانی که بیماری آنها وخیم است، مشکلات درمانی آنان بیشتر بوده و نیاز به مراقبت پزشکی بیشتری دارند و نیز امکان پیش بینی وضعیت آینده آنها ضعیف تر است، به کار می برند. اما مدیران و قانونگذاران این اصطلاح را معمولاً برای بیان نیاز بیمار به تدابیر درمانی بیشتر با در نظر گرفتن هزینه مراقبت های ارائه شده به کار می برند. شایان ذکر است که اغلب اوقات هر دو مفهوم «Casemix» در ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر مطرح می شوند، اما برای انواع بیماران کار بردهای متفاوت دارند. برای مثال در خصوص بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل نهایی این بیماری قرار دارند یا بیمارانی که بیماری آنها وخیم است و امکان پیش بینی وضعیت آنها ضعیف می باشد و در مراحل آخر مکرراً به تدابیر متعدد بیمارستانی که برای مراقبت های معمول پرستاری است نیاز دارند، مفهوم «Casemix» متفاوت خواهد بود.

است که شامل موارد زیر می باشد:

۱- وخامت بیماری

۲- پیش بینی وضع بیمار

۳- مشکل در ارائه درمان

۴- نیاز به مداخله و پیشگیری

۵- تدابیر گسترده هر یک از این مشخصه ها معنایی دقیق دارد که وضعیت های خاص یک بیمار بستری را در بیمارستان توصیف می کند:

۱- **وخامت بیماری:**

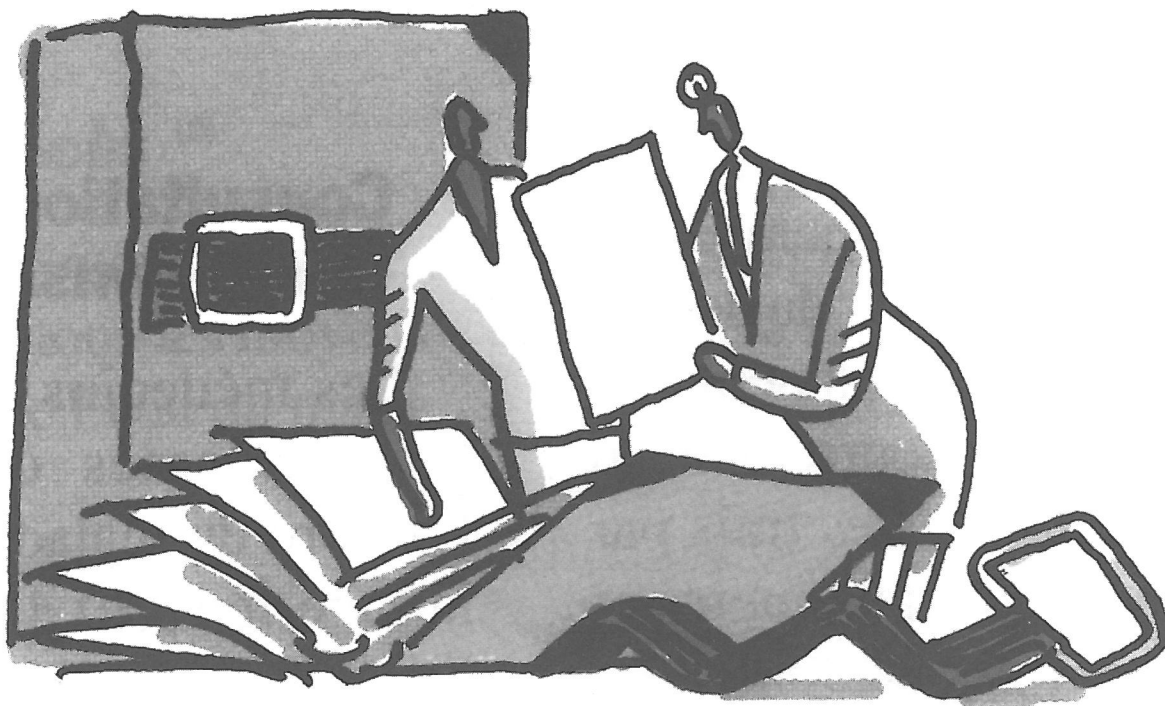
وخامت بیماری به سطوح کاهش فعالیت بدنی و مرگ برمی گردد که ممکن است به علت بیماری خاصی باشد.

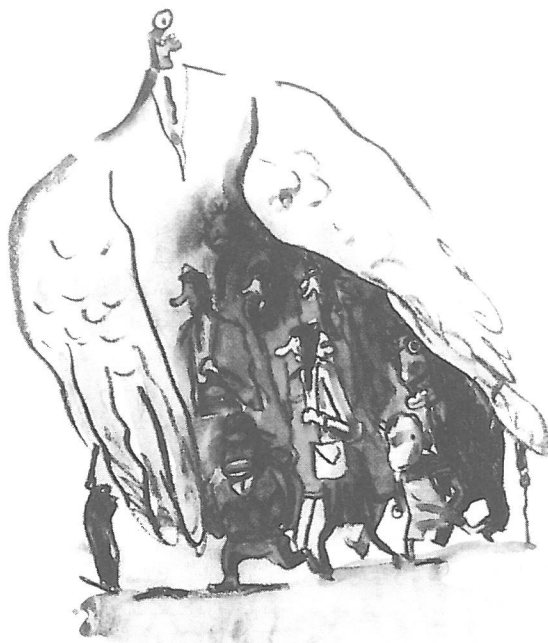
۲- **پیش بینی وضع بیمار:** منظور از آن پیش بینی پیامد احتمالی یک بیماری است و شامل احتمال بهتر شدن یا بدتر شدن یک بیماری وخیم، احتمال عود بیماری و یا تخمین تقریبی طول عمر یک بیمار می باشد.

۳- **مشکل در ارائه درمان:** مشکل در ارائه درمان به مشکلات درمانی بیمار بر می گردد که در اثر یک بیماری خاص برای دست اندر کاران مراقبت بهداشتی پدید می آید. برخی از مشکلات درمان بیمار نیز با بیماریهایی که الگوی مشخصی از علائم ندارند یا بیماریهایی که به توجه و مراقبت زیاد نیاز دارند و اقدامات مشکل و تکنیکهای خاصی باید به آنها اختصاص یابد و یا بیماریهایی که به نظارت و حمایت همه جانبه نیاز دارند، در ارتباط می باشند.

نیاز به مداخله و پیشگیری:

این مقدار قابل پرداخت در خصوص بیمارانی که مراقبت بهداشتی و پزشکی دریافت کرده اند و براساس نوع مرکز و سایر عواملی که بر هزینه درمانهای ارائه شده تأثیر گذارند تعیین شده است. در گذشته، ویژگیهای بیمارستان از قبیل آموزشی بودن و تعداد تختها برای بیان اختلاف مبلغ قابل پرداخت به بیمارستانهای مختلف مورد توجه قرار می گرفت. اما در حال حاضر، برخی از این ویژگیها در خصوص محاسبه کل هزینه بیماران بیمارستان مرود شناخته شده است. در این خصوص یکی از نکات قابل توجه آن است که بیمارستانهای خصوصی اغلب تلاش می کنند تا با اظهار این مطلب که بیماران آنها متنوع هستند یا بیمارانی که تحت درمان قرار گرفته اند، به بیماری های مزمن مبتلا بوده اند، مبالغ هنگفت دریافتی خود را مورد تصدیق قرار دهند. البته این مطلب درست است که هزینه بیماران متنوع یک بیمارستان با بیشتر شدن درمان افزایش می یابد، اما اینکه چگونه یک بیمار بستری در بیمارستان به طور دقیق تعریف و تعیین شود موضوعی بسیار پیچیده است. به طور کلی طبقه بندی بیماران درمان شده یک بیمارستان براساس نوع بیماری و وخامت آن نشانگر ترکیبی از موارد مختلف بیمارستانی است و به واژه «Casemix» یا انواع وضعیت هایی که بیماران یک بیمارستان ممکن است به آنها مبتلا شوند مربوط می شود. در واقع مفهوم Casemix در برگیرنده مجموعه ای از مشخصه ها





چون هدف DRGs برقرار کردن ارتباط بین وضعیت یک بیمار بستری در بیمارستان و نیازهای او به تدابیر درمانی و هزینه‌هایی است که توسط بیمارستان دریافت می‌شود، در این صورت پذیرش انواع بیماران در بیمارستان به معنای آن است که بیماران تحت درمان به تدابیر بیمارستانی و درمانی بیشتری نیاز دارند و نه لزوماً به این معنا که بیماران چنین بیمارستانی دارای وخامت حال شدیدتر، مشکلات درمانی بیشتر، امکان ضعیف‌تر برای پیش بینی وضع بیمار یا نیازمند به مراقبت بیشتر می‌باشند.

رده‌های تشخیصی اصلی (MDCs)

روند ایجاد و طرح ریزی سیستم (DRGs) از طریق تقسیم کردن کلیه تشخیص‌ها به ۲۲ تشخیص اصلی که «رده‌های تشخیصی اصلی» نامیده می‌شوند، آغاز شد. دو رده جدید نیز در ویرایش هشتم این سیستم جهت داشتن یک مجموعه کامل و جامع DRGs ایجاد شده است. برای انجام چنین کاری گروه‌های پزشکی، مجموعه تشخیص‌های قابل گنجاندن در هر رده را به صورت گسترده و جامع مطرح کرده‌اند تا هر یک از رده‌ها بتواند پاسخ‌گوی بیماری هر یک از سیستم‌های بدنی باشد، مانند (سیستم تنفس، سیستم گردش خون، سیستم گوارش) و به طور کلی با یک تخصص پزشکی ویژه مرتبط گردند. بدین ترتیب اغلب مراقبت‌های بالینی در حوزه تخصص‌های پزشکی خاص خود سازماندهی

می‌شوند. البته همه بیماریها را نمی‌توان به اندام یا سیستم خاصی از بدن نسبت داد، مثلاً «عفونت سیستمیک»، بنابراین تعدادی از رده‌ها وجود دارد که به سیستم بدنی خاصی مربوط نیست مانند بیماریهای عفونی سیستمیک، بیماریهایی که با تکثیر زیاده از حد مغز استخوان مربوط می‌باشند و نئوپلاسمایی که به سختی تشخیص داده می‌شوند. همچنین هر یک از رده‌های DRGs در بر گیرنده مجموعه‌ای از مشخصات و ویژگیهای یک بیمار است که از آن جمله می‌توان به تشخیص اصلی، تشخیص ثانویه، اقدامات لازم برای هر بیماری، سن، جنس و وضعیت تریخی اشاره کرد. جهت درک هر چه بهتر نحوه استفاده از سیستم DRGs می‌توان یک نمودار درختی (فلوچارت) ترسیم نمود. در واقع یک نمودار درختی (فلوچارت) ساختار DRGs را در هر رده تشخیصی آن شرح می‌دهد. در نمودار درختی تعدادی از علائم و نشانه‌ها برای توصیف انواع تصمیمات اتخاذ شده در زمان تخصیص کد DRGs بکار می‌روند که این علائم به شرح زیر می‌باشند:

لوزی: لوزی نشان دهنده این است که تصمیم باید در خصوص یک متغیر فردی، با جستجو در میان تعدادی از متغیرهای پیشنهادی تصمیم‌گیری شود. این علامت زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که تصمیم‌گیری مربوط به متغیرهایی نظیر تشخیص اصلی، وضعیت تریخی یا سن باشد.

دایره: دایره نشان دهنده آن است که با جستجو

در میان متغیرهای مختلف تصمیم نهایی اتخاذ شده است. برای مثال، دایره زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که تمام تشخیص‌های ثانویه لیست شده جهت تعیین یک پیچیدگی یا وجود چند بیماری همزمان مورد بررسی قرار گرفته باشند. همچنین زمانی از آن استفاده می‌شود که مطابق ساختار DRG تصمیم نهایی مشتمل بر وجود یک اقدام باشد که در اتاق عمل صورت گرفته یا در برگرفته یک تشخیص ویژه مانند تشخیص اصلی یا یک تشخیص ثانویه باشد.

مربع: مربع نشان دهنده آن است که کد DRGs مناسب اختصاص یافته است.

فلش: فلش به معنای آن است که ساختار نمودار درختی در صفحه بعد ادامه خواهد داشت. در کل می‌توان گفت که طبقه بندی بیماران با فلوچارت یا نمودار درختی که شامل تشخیص و رده‌های تشخیصی اصلی است، قرار گیرد، کد DRGs عدد ۴۸۲ خواهد بود و برای پیوند کد کد DRGs کد ۴۸۰ است اما اگر بیماری آغاز می‌شود. برای مثال، اگر بیماری برای اقدام تراکتوستومی در بیمارستان مورد پذیرش برای تراکتوستومی یا پیوند کبد مورد پذیرش قرار نگرفته باشد، سوال بعدی در نمودار درختی از ما می‌پرسد که آیا بیمار برای پیوند مغز استخوان (کد ۴۸۱) پذیرش شده است، و به همین ترتیب نمودار ادامه می‌یابد. اگر بیماری بعلت یکی از تشخیص‌های اصلی که در فلو چارت ذکر شده بستری نشده باشد، طبقه بندی بیمار در جهت

۲۲ رده اصلی باقیمانده حرکت می‌کند تا تشخیص اصلی درست و به دنبال آن رده درست به فرد اختصاص یابد. وقتی اقدامات جراحی طبقه بندی می‌شوند، تدابیر درمانی و بیمارستانی اضافی نیز بارده‌های اصلی اقدامات جراحی دسته بندی می‌شوند.

(برای مثال، اتاق عمل، ریکاوری و بیهوشی همه تحت عنوان اقدام جراحی قرار می‌گیرند) به این منظور اغلب رده‌های تشخیصی اصلی از ابتدا به گروه‌های جراحی و غیر جراحی تقسیم شده‌اند.

در این خصوص بیمارانی در طبقه بندی جراحی قرار می‌گیرند که اقدام انجام شده برای آنها نیازمند استفاده از اتاق عمل باشد. اگر بیماری، چند عمل جراحی داشته باشد، کد DRGs که به او اختصاص می‌یابد بر پایه طبقه بندی اعمال جراحی خواهد بود که از مهمترین به کم اهمیت ترین اقدام دسته بندی می‌گردند. این طبقه بندی در ارتباط با تدابیر بیمارستانی بوده و در اصطلاح «سلسله مراتب جراحی» نامیده می‌شود. برای مثال اگر بیماری دو عمل همزمان «کورتاژ و دیلاتاسیون» و در آوردن رحم داشته باشد، از آنجا که عمل جراحی خارج کردن رحم به تدابیر درمانی بیشتری نیاز دارد، اساس انتخاب کد در سیستم DRGs خواهد بود. در تعریف تشخیص اصلی باید توجه داشت که این تشخیص بیشتر به منظور ارائه درمان مشخصی منظور می‌شود تا برای انجام دادن یک اقدام تشخیصی یا یک اقدام اکتشافی و یا تشخیصی است که به منظور ارائه مراقبت و توجه بیشتر به یک وضعیت پیچیده لحاظ می‌گردد. انتخاب کد DRGs نیز بر پایه انتخاب تشخیص اصلی است و این در صورتی امکان پذیر می‌گردد که هیچ عمل جراحی در مورد بیمار صورت نگرفته باشد. همچنین انتخاب کد DRGs بر پایه پیچیدگی‌های موجود، وجود چند بیماری همزمان و سن بیمار متغیر می‌باشد. لذا گروه‌های پزشکی هر یک از کدهای تشخیصی را بر پایه مواردی نظیر، نوع بیماری، بروز بیماری با یک وضعیت ثانویه، وجود یک وضعیت پیچیده یا چند بیماری همزمان، طبقه بندی کرده‌اند. در این خصوص بروز وضعیت پیچیده یا چند بیماری همزمان به عنوان وضعیت در نظر گرفته می‌شود که طول مدت اقامت بیمار را در بیمارستان حداقل در ۷۵٪ موارد بیمارستانی یک روز افزایش می‌دهد. مثلاً پنومونی به عنوان یک وضعیت پیچیده یا بیماری همزمان با سایر بیماریها در نظر گرفته می‌شود در حالیکه فشار خون در چنین دسته بندی قرار نمی‌گیرد. البته، در اغلب کتابهای DRGs چنین فهرستی از وضعیت های پیچیده و ناخوشیهای همزمان

مورد توجه قرار گرفته‌اند. گاهی اوقات سن بیمار نیز در تعریف کد DRGs شایان توجه است. در این رابطه در اغلب موارد کد جداگانه ای از DRGs برای بیماران خردسال استخراج می‌شود. در نظر گرفتن سن به این دلیل است که بیماران کم سن و سال و افراد پیر و مسن اغلب به تدابیر درمانی بیشتری نیاز دارند. همچنین وضعیت بیمار هنگام ترخیص از جمله موارد مهمی است که به هنگام اختصاص کد DRGs باید در نظر گرفته شود. کدهای DRGs جداگانه‌ای نیز برای بیمارانی که دچار سوختگی شده‌اند و یا نوزادان تازه به دنیا آمده‌ای که جهت استفاده از تسهیلات مراقبتی و درمانی سریع و فوری به سایر مراکز انتقال داده شده‌اند در نظر گرفته شده است. همچنین برای بیمارانی که اعتیاد به الکل یا دارو داشته و بر خلاف دستورات پزشکی، مرکز درمانی را ترک کرده‌اند، بیمارانی که انفارکتوس حاد میوکارد داشته‌اند و برای نوزادانی که پس از تولد مرده‌اند نیز کدهای جداگانه‌ای از DRGs استخراج می‌شود.

DRGs و مدارک پزشکی بیماران

در کتاب DRGs، ۵ کد وجود دارد که در برگزیده بیمارانی است که مدارک پزشکی آنها مشتمل بر اطلاعات متناقض یا غیر معتبر است. کدهای ۴۷۷، ۴۷۶، ۴۶۸، به گزارشاتی اختصاص می‌یابند که نشانگر انجام یک اقدام جراحی غیر مرتبط با تشخیص اصلی باشند. برای نمونه می‌توان گفت که این بیماران به جهت تشخیصی که به عمل جراحی نیاز ندارد بستری می‌شوند اما به علت شدت یافتن یک وضعیت دیگر که با تشخیص اصلی نیز مرتبط نمی‌باشد و با این حال یک عمل جراحی را به دنبال دارد تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، یا یک اقدام تشخیصی برای یک تشخیص اصلی دیگر که همزمان با تشخیص اولیه وجود دارد برای آنها صورت می‌گیرد. مثلاً بیماری که دارای تشخیص اصلی نارسایی احتقانی قلب می‌باشد و کوله سیستیت حاد نیز در او در حال پیشرفت است و اقدام جراحی وی فقط کوله سیستکتومی می‌باشد، کد ۴۶۸ DRGs به او اختصاص می‌یابد و این تا زمانی است که کوله سیستکتومی بعنوان یک اقدام مهم که برای او انجام گرفته در نظر گرفته شود، در حالیکه با علت پذیرش بیمار ارتباطی ندارد. کد ۴۶۹-DRGs نیز زمانی به پرونده بیماران اختصاص می‌یابد که تشخیص اصلی انتخاب شده به اندازه کافی دقیق و درست نیست تا بتوان کد خاصی از DRGs را به پرونده بیمار اختصاص داد. حتی اگر کدی صحیح از ICD-9-CM برای آن در نظر گرفته شده باشد.

کد DRGs-۴۷۰ جهت انواع خاصی از اشتباهات ثبت شده در گزارشهای پزشکی به کار می‌رود که ممکن است بر تخصیص کد DRGs صحیح اثر بگذارند. چرا که، با داشتن تشخیص های اصلی درست است که می‌توان برای یک بیمار کدهای درستی از DRGs را اختصاص داد. در این رابطه یک برنامه کامپیوتری که «groupet» یا (برنامه طبقه بندی) نامیده می‌شود برای وارد کردن تشخیصهای اصلی و سایر اطلاعات معتبری که در رابطه با بیمار است نظیر تشخیص ثانویه، اقدامات، سن، جنس و وضعیت بیمار هنگام ترخیص مورد استفاده قرار می‌گیرد. پس از وارد کردن اطلاعات به کامپیوتر کد صحیح DRGs بر پایه اطلاعاتی که کد گذار آنها را کد گذاری کرده است به بیمار اختصاص می‌یابد.

ارتباط بین ICD-9-CM و DRGs

در کتاب DRGs، هر یک از اعداد و کدهای DRGs به گروهی از کدهای ICD-9-CM که با عبارت تشخیص اصلی مربوط می‌باشند اختصاص داده شده‌اند. برای مثال تشخیص اصلی، تحت عنوان آمبولی و انفارکتوس ریه به علت تجویز داروی اشتباه توسط پزشک، در کتاب ICD-9-CM با کد ۴۱۵.۱۱ مشخص شده است. کتاب DRGs نیز این کد را زیر کد ۷۸-DRG و تحت عنوان آمبولی ریه لیست کرده است. (تذکر این نکته لازم است که در کتاب DRG، رقم اعشاری که در کتاب ICD-9-CM استفاده می‌شود حذف شده چرا که کامپیوتر نیازی به رقم اعشاری ندارد). بنا براین تشخیص آمبولی و انفارکتوس ریه به علت تجویز نادرست پزشک یا کد ۴۱۵.۱۱ بطور خود کار توسط برنامه کامپیوتری در رده ۷۸-DRG دسته بندی می‌شود. هر یک از تشخیصهای اصلی لیست شده زیر کد ۷۸-DRG نیز بر پایه کد ICD-9-CM که وارد کامپیوتر شده به طور خودکار در رده ۷۸-DRG قرار می‌گیرد. شایان ذکر است که توانایی در امر کد گذاری و کامل کردن مدارک پزشکی برای اختصاص کدهای صحیح DRG بسیار حائز اهمیت است. البته برنامه کامپیوتری نیز برای اختصاص کد DRGs مسیر فلوچارتها را دنبال می‌کند اما کامپیوتر، با سرعت بیشتری می‌تواند کد صحیح DRGs را اختصاص داده و کار را به انجام برساند. هر چند که اختصاص کد درست به صحیح بودن اطلاعات وارد شده به کامپیوتر وابسته می‌باشد. نکته مهم آن است که اختصاص کد نادرست از DRGs هر چند هم که مورد اختلاف کم باشد می‌تواند در هزینه‌های دریافتی بیمارستان در قبال مراقبتهای ارائه شده به بیمار

منابع:

۱- شرقی نمین، علیرضا. تحلیل هزینه های عمل بیویسی کبد در دو روش بستری و سرپایی و ارائه مدل اقتصادی. خلاصه مقالات اولین همایش کشوری مدیریت منابع در بیمارستان. دی ماه ۱۳۸۱.

2-Buck carol j,Lovaafen Karla R.Green Michelle A.Step By Step Medical Coding.3rd edition.philadelphia :WB.saunders,2000 .pp : 487-502.
3-www.ahcpr.gov/data/hcup/rn4.htm
4-www.who.int/whosis/icd10/report 2000.pdf
5-www.3.who.int/whosis/bethesda/documents/Bethesda.72.doc
6-www.drg.ro/eng/whatare.htm



بنابراین اگر چه وجود وضعیت های پیچیده هزینه های یک تشخیص خاص را افزایش می دهد ولی سیستم DRGs مشخص می کند که چه پیچیدگیهایی نمی توانند با یک تشخیص اصلی خاص در نظر گرفته شوند. با این حال تمام موارد وضعیت های پیچیده و گرفتاری ها باید به طور دقیق و کافی در مدارک پزشکی ثبت شوند. در خاتمه لازم به ذکر است که در اغلب موارد کیفیت مدارک پزشکی به طور مستقیم یا غیر مستقیم با کیفیت مراقبت های بهداشتی ارائه شده در ارتباط می باشد. معمولاً سیستمهایی که از لحاظ ارائه مراقبت های بهداشتی وضع بهتری دارند، مدارک پزشکی بهتر و کاملتری نیز دارا می باشند. همچنین به این نکته باید توجه کرد که در کنار مدارک پزشکی بیمار اطلاعات مالی وی نیز دارای اهمیت است. بنابراین توسعه کاربرد کامپیوتر و سیستمهای اطلاعاتی بهداشتی باید به موازات حل مشکلات اطلاعاتی داخل پرونده ها صورت گیرد که از آن جمله می توان به کافی نبودن اطلاعات درون پرونده ها اعم از پزشکی و غیر پزشکی، عدم استفاده از تعاریف خاص برخی از کتب مثل DRGs، استفاده ناکافی پزشکان از سیستمهای ICD و غیره اشاره کرد.

اختلاف فاحشی را پدید آورد. برای اینکه بدانیم وضعیت های پیچیده و بیماریهای همزمان چگونه می توانند بر مقدار هزینه و پرداخت ها تأثیر بگذارند بهتر است مثال زیر را مورد بررسی قرار دهیم. برای مثال در خصوص بیماری که عمل جراحی «برش از طریق مجرای ادرار» برای او صورت گرفته و وضعیت پیچیده دیگری به دنبال نداشته است کد DRG-۳۱۱ اختصاص می یابد و اگر گرفتاری قلبی پس از عمل جراحی برای او عارض شود کد DRG۴۷۷ به او داده می شود. اختصاص کد DRG۴۷۷ هزینه بیمار را از ۱.۵۴۶ دلار به ۴۳.۰۱ دلار افزایش می دهد که این افزایش در هزینه معادل ۲.۷۵۵ دلار است. بدین ترتیب اختصاص کدهای صحیح DRGs، امور مالی بیمارستان را بهبود خواهد بخشید. در نظر گرفتن کدهای کتاب ICD-9-CM بعنوان وضعیت های پیچیده یا بیماری های همزمان نیز قسمتی از سیستم DRGs می باشد که در کتاب DRGs در ضمیمه C آمده است. به این ترتیب که وضعیت های پیچیده یا بیماری هایی که همزمان با سایر بیماریها رخ می دهند و از کتاب ICD-9-CM استخراج شده به صورت پر رنگ و با یک عبارت تشخیصی خلاصه شده در کنار کدمشخص شده اند.

