

Pavel Kožený, Jiří Němec, Jana Kárníková, Miroslav Lomíček

Klasifikační systém DRG



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



KLASIFIKAČNÍ SYSTÉM DRG

Autorský kolektiv:

Ing. Pavel Kožený, Ph.D.

RNDr. Ing. Jiří Němec, CSc.

MUDr. Jana Kárníková

MUDr. Miroslav Lomíček

Nakladatelství Grada Publishing, a.s., děkuje Národnímu referenčnímu centru za spolupráci a podporu při vydání této publikace.



© Grada Publishing, a.s., 2010

Obrázky dodali autoři.

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2010

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 4126. publikaci

Odpovědný redaktor Mgr. Jan Lomíček

Sazba a zlom Josef Lutka

Počet stran 208

1. vydání, Praha 2010

Vytiskla Tiskárna PROTISK, s.r.o., České Budějovice

Poznámka redakce: V knize se vyskytuje mnoho cizojazyčných pojmů (ponejvíce anglických), často ve zkratkách. V písemnictví (z mnoha zemí světa) či v odborné komunikaci se používají sice originální názvy, ale mnohdy s nejednotným pravopisem, který se liší podle jednotlivých zdrojů (např. není jednotné používání vložených pomlček, koncového 's jako anglického množného čísla...). I z těchto důvodů jsou jen některé názvy přeloženy do češtiny (spíše pro vysvětlení), většina českých překladů nebyla odbornou veřejností konsenzuálně přijata, ale používá se jako „odborný slang“. Také proto nejsou přeloženy některé názvy v tabulkách či grafech.

V orientaci v těchto pojmech, definicích a zkratkách by měl čtenáři pomoci seznam zkratk, slovník pojmů a rejstřík. Z technických důvodů nebylo možné postihnout všechny výrazy či definice v místech jejich výskytu v knize.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-2701-1 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7347-6 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2012

Obsah

| | |
|---|------------|
| Zkratky | 5 |
| Předmluva | 9 |
| Úvod | 11 |
| 1 Historie vývoje klasifikačního systému DRG | 15 |
| 2 Principy výstavby klasifikačního systému DRG | 25 |
| 2.1 Klinická pravidla tvorby klasifikace DRG | 25 |
| 2.2 Statistická pravidla tvorby klasifikace DRG | 40 |
| 2.3 Varianty klasifikačního systému DRG | 46 |
| 2.3.1 Varianty DRG vyvinuté v USA | 46 |
| 2.3.2 Varianty DRG vyvinuté ve Francii | 55 |
| 2.3.3 Varianty DRG vyvinuté v Austrálii | 57 |
| 2.3.4 Varianty DRG vyvinuté ve skandinávských zemích ... | 59 |
| 2.3.5 Varianty DRG vyvinuté ve Velké Británii | 60 |
| 2.3.6 Varianty DRG vyvinuté v Kanadě | 61 |
| 2.3.7 Varianty DRG vyvinuté v Rakousku | 62 |
| 2.3.8 Varianty DRG vyvinuté v Německu | 63 |
| 2.3.9 Varianty DRG vyvinuté ve Švýcarsku | 63 |
| 2.3.10 Varianty DRG vyvinuté v Japonsku | 64 |
| 2.3.11 Alternativní systémy k DRG | 64 |
| 2.4 Kritéria kvality klasifikace DRG | 72 |
| 3 Použití klasifikačního systému DRG | 77 |
| 3.1 Úhrada zdravotní péče prostřednictvím DRG | 77 |
| 3.1.1 Výpočet relativních vah | 78 |
| 3.1.2 Případy mimo rozpětí | 115 |
| 3.1.3 Varianty použití DRG pro úhradu nemocniční péče ... | 122 |
| 3.2 Využití DRG při řízení a srovnávání činnosti nemocnic | 128 |
| 3.3 DRG a kvalita zdravotní péče | 134 |
| 3.3.1 Definice kvality zdravotní péče | 134 |
| 3.3.2 Ukazatele kvality zdravotní péče | 136 |
| 3.3.3 DRG pro kvalitu | 138 |
| 4 Implementace a kultivace klasifikačního systému DRG v národním prostředí | 141 |
| 4.1 Základní podmínky implementace a kultivace DRG v národním prostředí | 141 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4.2 | Organizační zajištění kultivace DRG | 147 |
| 4.2.1 | Činnosti a výstupy servisních organizací pro kultivaci DRG | 148 |
| 4.2.2 | Kultivace DRG v severských zemích (Nordic System) | 150 |
| 4.2.3 | Kultivace GHM ve Francii | 154 |
| 4.2.4 | Kultivace DRG v Austrálii | 157 |
| 4.2.5 | Kultivace DRG v rámci amerického programu Medicare | 160 |
| 4.2.6 | Kultivace DRG v Německu | 161 |
| 4.2.7 | Vývojové trendy v kultivaci DRG | 167 |
| 4.3 | Rizikové faktory implementace DRG | 169 |
| 4.4 | Implementace DRG v České republice | 176 |
| 5 | Závěr | 185 |
| | Slovník pojmů | 189 |
| | Literatura | 197 |
| | Rejstřík | 203 |

Co najdete na přiloženém CD

Ukázková data

- Počty hospitalizací
- Počty hospitalizací podle MDC
- Počty hospitalizací podle DRG skupin
- Průměrné délky hospitalizace podle MDC
- Průměrné délky hospitalizace podle DRG
- Způsob ukončení a závažnosti hospitalizace
- Číselníky
- Popis dat

Slovník pojmů

Diskuze o knize

O publikaci

O autorech

O NRC

O Gradě

Zkratky

| | |
|---------|--|
| AHRQ | Agency for Healthcare Research and Quality |
| ALDS | Average Length of Stay |
| AN-DRG | Australian National DRG |
| ARO | After Outliers are Removed |
| APCs | Ambulatory Payment Categories |
| AP-DRG | All Patient DRG |
| APGs | Ambulatory Patient Groups |
| APR-DRG | All Patient Refined DRG |
| AR-DRG | Australian Refined DRG |
| ATIH | Agence technique de l'information sur l'hospitalisation |
| BOR | Before Outliers are Removed |
| CC | Complications and Comorbidities |
| CCF | Complicating Clinical Factor |
| CCI | Complication and Comorbidity Level |
| CMG/Plx | Casemix Groups with Complexity Overlay and Age Adjustment |
| CMGs | Casemix Groups |
| DBC | Diagnose Behandelings-Combinatie |
| DDAS | Direction Départementale des Affaires Sanitaires |
| DPC | Diagnosis Procedure Combinations |
| DPG | Day Procedure Groups |
| DRAS | Direction Régionale des Affaires Sanitaires |
| D.S. | Disease Staging |
| EfP | Effeuillage Progressif |
| DRG | Diagnosis Related Groups |
| G-DRG | German DRG |
| GHM | Groupes Homogenes des Malades |
| HBGs | Health Benefit Groups |
| HCFA | Health Care Financing Administration |
| HIS | Health Information Systems |
| HMO | Health Maintenance Organization |
| HRG | Healthcare Resource Groups |
| HTP | High Trim Point |
| CHOP | Schweizerische Operationsklassifikation, Classification suisse des interventions chirurgicales |

| | |
|------------|---|
| ICD | International Classification of Diseases |
| ICD-10-AM | ICD 10 Australian Modification |
| ICD-10-CM | ICD 10 Clinical Modification |
| ICD-10-PCS | ICD 10 Procedure Coding System |
| ICF | The Nordic ICF Reference Group |
| InEK | Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus |
| IPPS | the Inpatient Prospective Payment System |
| IPVZ | Institut pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví |
| IR-DRG | International Refined DRG |
| IT | informační technologie |
| IQIP | International Quality Indicator Project |
| LDF | Leistungsbezogene Diagnose-Fallgruppen |
| LEP | Leistungserfassung in der Pflege |
| LKF | Leistungsorientierte Krankenhaus Finanzierung |
| LOS | Length of Stay |
| LTP | Low Trim Point |
| MDC | Major Diagnostic Category |
| MCC | Major CC |
| mipp | Modell integrierte Patientenpfade |
| MKN | Mezinárodní klasifikace nemocí |
| NACHRI | National Association of Children's Hospitals and Related Institutions |
| NCCH | National Centre for Classification in Health |
| NCSP | Nordic Classification of Surgical Procedures |
| NHS | Performance and Quality Indicators |
| NordDRG | Nordic DRG |
| NRC | Národní referenční centrum |
| MCO | Medecine, Chirurgie et Obstétrique |
| MRDx | Most Responsible Diagnosis |
| PCCL | Patient Clinical Complexity Level |
| PCS | Patient Classification System |
| PCS/E | Patient Classification Systems in Europe |
| PMCs | Patient Managent Categories |
| PM-DRG | Pediatric Modification DRG |
| PMS | Patient Measurements Systems |
| PMSI | Program de la Médicalisation du Systeme d'Information |
| POS | Point of Service |
| PPO | Prefered Provider Organization |

| | |
|----------|---|
| PPS | Prospective Payment System |
| PRO | Peer Review Organization |
| RIW | Resource Intensity Weights |
| RSA | Les Résumés de Sortie Anonymes |
| RUG | Resource Utilization Groups |
| SQLape | Striving for Quality Level and Analysis of Patient Expenditures |
| UHDDS | Uniform Hospital Discharge Data Set |
| USAID US | Agency for International Development |
| ÚZIS | Ústav zdravotnických informací a statistiky |
| VZP | Všeobecná zdravotní pojišťovna CR |
| WHO | World Health Organization |

Další výrazy jsou vysvětleny ve Slovníku pojmů na straně 189.

Předmluva

Prakticky všechny systémy sociálního a zdravotního zabezpečení občanů si navzdory různým geopolitickým a kulturním odlišnostem kladou za cíl poskytování kvalitní zdravotní péče za přijatelné náklady. Trvalá snaha o objektivní ohodnocení užitečnosti a efektivity zdravotní péče je úlohou těch, kdo tento systém organizují. Objektivní vyjádření užítku zdravotní péče musí být co nejlépe měřitelné a musí vyjadřovat standardizovanou potřebnost, a tedy i dostupnost zdravotní péče a experty očekávaný, tedy obvyklý výsledek péče. Tento zájem je společný jak zdravotním pojišťovnám, tak zdravotnickým zařízením. Společným problémem je i hledání rovnováhy mezi dosahováním očekávané kvality péče a spotřebou omezených finančních zdrojů. Konkrétní úhradový mechanismus pak musí z těchto principů vycházet a musí být doplněn vyváženými motivacemi.

Ve vyspělých zemích očekávají pacienti a plátcí péče, že pacientům bude poskytována kvalitní zdravotní péče za dobrou cenu. Od poskytovatelů péče pak všichni očekávají, že budou schopni předkládat důkazy o kvalitě jimi poskytované péče.

V podmínkách našeho zdravotnictví, při vědomí všech zvláštností našeho systému veřejného zdravotního pojištění, se jedná především o optimalizaci alokace zdrojů. Snahou autorů této knihy je popsat jeden z nástrojů, který je často ve vyspělých státech používán a ovlivňuje alokaci zdrojů – klasifikační systém DRG.

V České republice máme již určitou zkušenost s použitím tohoto nástroje. Převládá názor, že je to systém užitečný a perspektivní jak pro klasifikaci, tak pro zapojení do úhradových mechanismů. Všechny zdravotní pojišťovny působící v České republice a Sdružení soukromých nemocnic ČR v roce 2003 založily Národní referenční centrum jako servisní organizaci pro implementaci DRG. Později se k tomuto sdružení právnických osob připojila i ostatní profesní sdružení poskytovatelů akutní lůžkové péče. V roce 2003 Ministerstvo zdravotnictví ČR smluvně zajistilo pro Českou republiku klasifikační systém IR-DRG verze 1.2 a počátkem roku 2008 integrovalo MZ aktivity spo-

jené s vývojem systému DRG do Národního referenčního centra. Tím byla vytvořena vyvážená platforma pro tvorbu a údržbu klasifikačních systémů v České republice.

Národní referenční centrum považuje tuto publikaci za cenný příspěvek k zavádění systému DRG, a to zejména pro její komplexnost z pohledu popisu klasifikačního systému DRG jak obecně, tak v podmínkách České republiky. Jsou zde uvedeny některé již dosažené výstupy v oblasti implementace DRG a v neposlední řadě je i přiloženo CD obsahující některé statistiky, které Národní referenční centrum zpracovává z dat všech zdravotních pojišťoven. Věříme proto, že tato publikace bude užitečná pro široký okruh zájemců.

červen 2010

MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA,
předseda představenstva Národního referenčního centra

Ing. Jaroslava Kunová,
místopředsedkyně představenstva Národního referenčního centra

Ing. Ladislav Friedrich, CSc.,
místopředseda představenstva Národního referenčního centra

Úvod

Problematika řízení, financování a zajištění kvality zdravotní péče je již několik desetiletí v popředí zájmu ve všech zemích. Jedním z významných nástrojů, které přispívají k zvládnutí této problematiky, jsou tzv. casemixové klasifikační systémy. Klasifikační systém je obecně soubor pravidel, který umožňuje soubor jevů či objektů rozdělit (klasifikovat) do skupin na základě určitých společných vlastností. Ačkoliv každý člověk, resp. pacient, je jedinečný a respektování této jedinečnosti je předpokladem dobré zdravotní péče, lze v případech léčení různých pacientů nalézt určité podobnosti, které lze využít. Koncept casemixu (směsi případů) se vztahuje k poznání, že výsledky a náklady zdravotnického zařízení jsou významně determinovány určitými atributy pacientů, které zdravotnické zařízení léčí. Tyto atributy zahrnují několik rozdílných, i když vzájemně souvisejících charakteristik pacientů a jejich onemocnění. Zatímco kliničtí pracovníci budou nejvíce zdůrazňovat závažnost onemocnění pacienta, jeho prognózu, riziko úmrtí nebo obtížnost léčení, pro administrátory nemocnic nebo pro zdravotní pojišťovny bude důležitá intenzita nasazení zdrojů pro léčení a s tím spojené náklady na léčení. Ne vždy větší závažnost onemocnění nebo větší riziko úmrtí znamená i vyšší náklady na léčení. Casemixové klasifikační systémy klasifikují případy uskutečněného léčení do skupin z hlediska klinické příbuznosti a z hlediska některé nebo několika z výše uvedených charakteristik, nejčastěji z hlediska nákladové podobnosti. Klinická příbuznost je důležitá pro to, aby pro zdravotnické pracovníky byly takové klasifikace srozumitelné a akceptovatelné a podobnost dalších charakteristik onemocnění pacienta naplňuje vlastní cíl casemixových klasifikací, tj. odhadnout výdaje plátců zdravotní péče, resp. náklady poskytovatelů zdravotní péče spojené s jejím poskytováním, nebo odhadnout složitost léčení, prognózu léčení či riziko úmrtí pacienta.

V knize se budeme zabývat nejnámějším a historicky prvním casemixovým klasifikačním systémem, který našel široké praktické použití. Je jím klasifikační systém DRG (Diagnostic Related Groups) pro oblast nemocniční péče. Klasifikační systém DRG má za sebou již čtyřicet let vývoje, ve větší či menší míře se používá ve zdravotnictví většiny vyspělých zemí a před třinácti lety se s ním začalo experimentovat i v České republice.

Možnosti použití klasifikačního systému DRG jsou velmi široké, od financování nemocniční péče po srovnávání kvality nebo nákladů nemocniční péče nebo pro řízení nemocnic. Je to však pouze nástroj a jeho úspěch a přínosy jeho používání nejsou automatické ani zadarmo, ale závisí na celé řadě faktorů, se kterými se snažíme čtenáře seznámit.

Kniha je určena pro všechny, kteří se chtějí podrobněji seznámit s klasifikačním systémem DRG, především však pro pracovníky zdravotnických zařízení, pro odborné pracovníky pojišťoven a pro pracovníky ve státní a veřejné správě. Nejedná se však o podrobný popis klasifikačního systému DRG. Ten ostatně existuje v celé řadě verzí a jeho podrobný popis čtenář nalezne v příslušných definičních manuálech. Kniha je rozdělena do čtyř kapitol, které čtenáře seznamují s vlastním klasifikačním systémem DRG, možnostmi a předpoklady jeho použití a s problematikou jeho implementace.

V první kapitole seznámíme čtenáře s historickým vývojem klasifikačního systému DRG a s podněty, které přispěly k jeho vzniku a rozšíření. Uvedeme i základní charakteristiku nejvýznamnějších verzí DRG, které představovaly milníky v jeho vývoji.

V druhé kapitole je popis samotného klasifikačního systému DRG a popis základních principů, na kterých je založen. Uvádíme jak principy z klinické oblasti, tak i principy z oblasti statistiky, protože klasifikační systém DRG je neoddělitelně spjat s oběma z nich. Podrobněji popisujeme verzi IR-DRG (International Refined DRG), která je v současné době v České republice nejvíce rozšířena, a zabýváme se i přístupy k hodnocení výkonnosti klasifikačních systémů.

Ve třetí kapitole se zaměřujeme na široké možnosti použití klasifikačního systému DRG při financování, srovnávání nebo monitorování nemocniční péče a při řízení nemocnic. Uvádíme zde nové pojmy, jako jsou například relativní váhy DRG skupin, které jsou důležité pro použití klasifikačního systému při financování nemocnic, a seznamujeme čtenáře s typickými přístupy k jejich určení. Ukazujeme, jakými způsoby je klasifikační systém DRG možné použít pro financování nemocniční péče, včetně příkladů ze zahraničí. U nás značně zakořeněnou představu, že klasifikační systém DRG znamená platbu za jednotlivý případ, se snažíme napravit vysvětle-

ním jeho možné úlohy při tvorbě rozpočtů nemocnic, při řízení nemocnic nebo při srovnávání výsledků činnosti nemocnic.

Čtvrtá kapitola je věnována problematice implementace a kultivace DRG v národním prostředí, zejména pak faktorům, které jsou z pohledu úspěšnosti a přínosů použití DRG nejdůležitější. V této kapitole jsou uvedeny i příklady implementace DRG v zahraničí a historie implementace klasifikačního systému DRG v České republice.

Kniha je doplněna bohatým datovým materiálem, pocházejícím z Národního referenčního centra, který kromě vlastní informativní hodnoty ilustruje na praktickém příkladě možnosti použití klasifikačního systému DRG pro srovnávání nemocnic a monitorování jejich činnosti.

Doufáme, že kniha poskytne čtenáři dostatek informací o klasifikačním systému DRG a pomůže mu i s jeho používáním, pokud se s ním čtenář setkává ve své profesní činnosti. Čtenář, který zatím s tímto systémem nepřišel do styku, narazí v knize na celou řadu nových pojmů z řady oblastí, jako je zdravotní pojištění, úhrada a poskytování zdravotní péče nebo hodnocení kvality zdravotní péče. Je to z toho důvodu, že možnosti použití klasifikačního systému DRG jsou velmi široké a ve všech uvedených oblastech nachází tento systém svoje uplatnění.

Autoři si rozdělili psaní knihy následujícím způsobem: MUDr. M. Lomíček je autorem první kapitoly, MUDr. J. Kárníková je autorkou kapitol 2.1 a 3.2, RNDr. Ing. J. Němec, CSc., je autorem kapitol 2.2, 2.4, 3.1, 4.1, 4.3 a spoluautorem 4.4 a Ing. P. Kožený, Ph.D., je pak autorem kapitol 2.3, 3.3, 4.2 a spoluautorem 4.4.

Autoři budou velmi vděční za jakékoliv připomínky, postřehy nebo komentáře, které zasílejte na adresu:

<http://www.nrc.cz/diskuze-ke-knize-klasifikacni-system-drg>

prosinec 2009

Autoři

1 Historie vývoje klasifikačního systému DRG

Vznik a vývoj systému DRG je zjevně spjat s určitými sociálně ekonomickými podmínkami ve společnosti a dosažením jistého stupně vědeckotechnického pokroku. Jedná se zejména o: úroveň technického – počítačového zpracování dat, sběr standardních údajů o nemocných, statistické zpracování dat, zjednodušený „popis“ nemocných pro potřebu analýzy (daný určitou motivací), ekonomický tlak nutící systémem používat (např. jako nástroje řízení, nástroje regulace výdajů na zdravotní péči...).

První pokus klasifikovat „směs případů“ pochází již od Florence Nightingalové z roku 1852 (s cílem analyzovat náklady a zjistit přínos léčby nemocných s různými chorobami). Další praktické pokusy byly učiněny např. Dr. Eugenem Codmanem v roce 1914. Ve své matici sledoval na jedné ose patologie, na druhé pak léčebné postupy. Snažil se sledovat léčebné procesy včetně nákladů a účinnosti. Celý pokus však skončil pro nepochopení ze strany ostatních kolegů-lékařů. V roce 1965 se snažil prokázat prof. Martin Feldstein roli casemixu při vysvětlování rozdílů v nemocničních nákladech, velmi jednoduchý model ale nebyl prakticky použitelný.

Pokrok v technice a mimořádný nárůst nákladů na zdravotní péči po zavedení systému Medicare v USA v roce 1965 si ale důrazně vynutil rozvoj v této oblasti (náklady stoupaly ročně o více než 15 %). Úkol byl řešen na Yalské univerzitě přibližně od roku 1967. Kromě jména emeritního profesora Yalské univerzity Roberta B. Fettera se zde setkáme se jmény jeho spolupracovníků, mezi kterými byli J. D. Thomson, R. E. Mills, R. F. Averill, J. L. Freeman a prof. G. Palmer.

Nově zvolený přístup k řešení problému s cílem kontroly nemocničních služeb za využití casemixu se zaměřil na konečný „produkt“ práce nemocnice, kterým je v tomto případě souhrn služeb poskytnutých danému nemocnému s určitou konkrétní nemocí (nikoli tedy na jednotlivé služby jako položky samy o sobě). To umožňuje zabývat se efektivností produkce těchto služeb i efektivností jejich využívání.

V roce 1967 tedy začaly práce, jejichž výsledkem byl systém casemixové klasifikace, který dostal název „diagnosis related groups“ – skupiny (pacientů) o příbuzné diagnóze – DRG.

Jednotlivé fáze vývojového procesu nebyly jednoduché. Jednak bylo nutno vyhodnotit statistice chorobopisů nemocných, a to jak ze statistického, tak z klinického hlediska. Lékaři se snažili popsat léčebné procesy pomocí jejich významných prvků, které bylo ale zapotřebí nejprve definovat. Výsledkem bylo mnoho tisíc různých typů průběhů léčení nemocných. Pracovní skupiny odborníků se pak snažily stanovit a vybrat to obvyčejné, rutinní a za použití statistických metod odfiltrovat a prozkoumat ty případy, které se svým průběhem nějak odlišovaly.

DRG bylo zpočátku vyvinuto jako nástroj určený pro manažery k řízení chodu nemocnic. Během dalšího vývoje však bylo jeho užití rozšířeno i pro kontrolu nákladů na zdravotní péči a její úhrady. V národním prostředí narůstajících nákladů na nemocniční péči se totiž jevil systém DRG jako vhodný k tomu, aby se jeho pomocí dala stanovit finanční sazba, která by nemocnice odrazovala od poskytování nákladnější péče, než jakou by toleroval otevřený trh. K zamezení toho, aby omezení příjmů nemocnic neznamenalo také možné nekvalitní výstupy v jejich práci (péči o nemocné), byl vytvořen mechanismus „peer review“ (tj. systém kontroly – revize ze strany smluvních partnerů), zaručující určitou minimální úroveň kvality. Zde je i jeden ze začátků pozdějších doporučených léčebných postupů. „Peer review“ kontrola je prováděna vybranými lékaři, kteří kontrolují léčebný postup podle dohodnutých pravidel, a to ve smyslu, zda nemocnému byly poskytnuty všechny služby, které má daný léčebný postup obsahovat (a který je také nemocnici uhrazen).

Pro vznik celého systému bylo tedy důležité jednak definovat produkt nemocnice se zvláštním zaměřením na účinnost-výkonnost a efektivnost při jeho využívání, a jednak stanovit náklady poskytovaných služeb.

Byly vymezeny „třídy nemocných“ (se stejnými klinickými příznaky či vybranými a sledovanými prvky), kteří byli léčení podobnými léčebnými postupy. Při kódování nemocných bylo používáno tehdy v USA

platné Mezinárodní klasifikace nemocí, 9. revize, a to její Klinické modifikace (ICD-9-CM). To byly podmínky a okolnosti, za kterých se podařila statistická agregace nemocných do tzv. „případových typů“. Byly použity údaje, které byly o nemocných běžně zaznamenávány a shromažďovány. Jako zdroj byl zvolen „Uniform Hospital Discharge Data Set“ (UHDDS) – soubor údajů, které byly nemocnice o nemocných povinny evidovat při jejich propuštění.

Důležitou podmínkou bylo, aby se daný typ případů vyskytoval natolik často, že existence speciální klasifikační skupiny byla oprávněná, protože nemocní ve skupině musí tvořit klinicky koherentní skupinu. Při vytváření DRG skupin byla použita následující kritéria:

- definice tříd za využití informací, které se v nemocnici běžně evidují (UHDDS),
- zvládnutelný počet tříd,
- podobná charakteristika intenzity zdrojů v rámci dané třídy,
- podobný typ pacientů v dané třídě z klinického hlediska.

DRG bylo zapotřebí v jejich vývoji opakovaně revidovat. Byla to nutná reakce jak na vývoj a změny v kódování diagnóz nemocí a kódování zdravotních výkonů (anglicky: procedure), tak na nové koncepční modely využívání zdravotnických služeb. Odpovídaly tímto způsobem dynamicky na zpětnou vazbu přicházející od zdravotníků, a to jak z hlediska klinické interpretovatelnosti, tak z hlediska statistického vyhodnocování využívání zdrojů.

Klasifikační systém DRG se snažil, pokud to bylo možné, využívat přístup z hlediska orgánových systémů. Zde se proces tvorby rozdělil na dvě hlavní stadia. V prvním z nich byla uvažována diagnóza. Kódy ICD-9-CM reprezentující nemoci nebo zdravotní postižení, které by mohly sloužit jako pacientova základní diagnóza (tj. důvod přijetí do nemocnice pro akutní péči), byly uspořádány do 23 vzájemně se vylučujících kategorií, kterým se říká hlavní diagnostické kategorie (major diagnostic categories – MDC). Ty obsahovaly přibližně 10 000 diagnostických kódů ICD-9-CM. V druhém stadiu klasifikačního procesu byly vybrány z chirurgických kódů soustavy ICD-9-CM kódy pro ty zákroky, které vyžadovaly využití chirurgických složek