

NOTA

Trecerea la codificarea morbiditatii cu patru caractere dupa Clasificatia Internationala a Maladiilor, Revizia 10, necesita nu numai un efort suplimentar din partea medicilor si codificatorilor, dar si respectarea unor reguli privind stabilirea diagnosticului principal, al celor secundare, a secventei dintre ele ca si a clasificarii corecte.

Lucrarea de fata va prezinta în sapte capitole defintii de termeni si regulile principale de care trebuie sa se tina seama în stabilirea diagnosticelor si a codificarii acestora. Au fost alese si exemplificate, în principal, acele reguli care cel mai adesea nu sunt respectate în practica, facându-se cele mai frecvente greseli.

La principalele capitole pe sisteme si aparate ale organismului s-au adaugat completari reiesite din greseli de codificare ce au dus la respingerea codului de catre grouper, ca si raspunsuri la întrebările pe care le-am primit.

Regula regulilor, însa, este ca medicii si cei ce codifica sa consulte permanent volumul privind Clasificatia Internationala a Maladiilor sau CD-ul care contine aceasta clasificatie, numai aceasta consultare fiind garantul gasirii unor corespondente între diagnosticul pus de medic (în conformitate cu scoala medicala din care face parte) si formularea acestui diagnostic în terminologia Clasificatiei a 10-a OMS. Aceasta va permite în consecinta si o codificare corecta a maladiilor.

Ultima parte a brosurii este forma concisa a unui capitol din lucrarea "Reglementari privind Clasificatia Internationala – Revizia 10 OMS" si cuprinde regulile de diagnostic si codificare în cazul decesului.

Director,

Ec. Ioana Pertache

ÎNDRUMAR DE CODIFICARE

Traian Ionescu, Petru Muresan, Ioana Pertache

Partea I: Selectia si codificarea cauzei principale de spitalizare

Partea a II-a: Definitii de termeni

Partea a III-a: Clasificarea si codificarea în ICD-10

Partea a IV-a: Principalele reguli generale de diagnostic si codificare în ICD-10

I. SELECTIA SI CODIFICAREA CAUZEI PRINCIPALE DE SPITALIZARE

1. Trecerea la codificarea dupa CIM-10 (Clasificatia Internationala a Maladiilor – Revizia 10) OMS, cu 4 caractere necesita unele lamuriri importante.

1.1 CIM-10 OMS este o clasificare a bolilor, traumatismelor, intoxicatiilor (cuprinse în 19 capitole notate alfa-numeric cu A-T), a cauzelor externe de morbiditate si mortalitate (cuprinse într-un capitol, notat alfa-numeric cu V-Y).

1.2 CIM-10 OMS cuprinde, de asemenea, (în capitolul notat cu Z) numeroase servicii de sanatate care se pot acorda în spital, pentru motive administrative, depistari sistematice de boli, planificarea familiei etc.

1.3 Rezulta ca la pacientii externati cauza principala de spitalizare poate fi : boala, traumatismul sau serviciul acordat în unitatea respectiva si se codifica la capitolul si codul alfanumeric corespunzator.

1.4 Selectia, clasificarea si codificarea cauzei principale este mai diversificata în cazul bolilor, motiv pentru care le vom analiza la punctul 2.

2. CIM-10 OMS este o clasificare relativ restrânsa a maladiilor si traumatismelor, cuprinzând 24.000 coduri posibile (în realitate circa 12.000 coduri precizate).

În aceasta clasificare relativ restrânsa a NOMENCLATORULUI MALADIILOR, care contine peste 100.000 boli cunoscute în lume, figureaza pe lânga boli :

- complicatiile ;
- simptomele ;
- sechelele ;
- metastazele tumorilor maligne ;
- semnele si rezultatele anormale ale investigatiilor.

Conform reglementarilor OMS acestea nu se codifica drept diagnostic principal, dar se accepta, atunci când spitalul nu poate pune un diagnostic corect sau nu poate stabili diagnosticul, sa se aleaga simptomul cel mai grav în locul bolii si acesta sa fie notat ca diagnostic principal.

2.1 Ceea ce trebuie deci retinut si codificat este definirea bolii principale si a celor secundare, deci :

- nu insuficienta cardiaca sau edemul acut al plamânului, sau stopul cardiac, ci cardiopatia hipertensiva cu insuficienta congestiva a inimii (cod I11.0) ;
- nu coma, ci diabetul zaharat insulino-dependent cu coma (cod E10.0) ;
- nu hematuria, ci polipii benigni ai vezicii urinare (cod D30.3) ;
- nu sechelele tuberculozei cailor respiratorii (tbc vindecata de un numar mare de ani), ci piopneumothorax fara fistule (cod J86.9) ;
- nu metastaza în meninge a unei tumori maligne cu sediu necunoscut, ci tumora maligna cu sediu neprecizat (cod C80).

3. Sistemul DRG de finantarea spitalelor în functie de complexitatea cazurilor internate, înca experimental la aceasta data, aduce o serie de reglementari în clasificarea si codificarea nu numai a bolilor, dar si a complicatiilor, simptomelor etc.

3.1 În ceea ce privește selecția bolii principale și a celor secundare, se ține seama de reglementările OMS, fără nici o diferență.

3.2 S-a introdus noțiunea de CASE-MIX, care exprimă complexitatea cazuisticii prin:

- severitatea bolii, ce se referă la nivele diferite ale pierderii unor funcțiuni ale organismului, putând ajunge la deces;
- prognoza în ceea ce privește evoluția bolii, cu deteriorările, recaderile probabile ulterioare;
- dificultatea tratamentului, care necesită utilizarea unor proceduri sofisticate, o monitorizare strânsă;
- necesitatea unor intervenții, ce ar fi necesare în lipsa unei observații continue;
- intensitatea consumului de resurse.

3.3 Rezultă ca pentru spital o pondere mai mare de CASE-MIX înseamnă o finanțare mai bună, dar aceasta este în funcție și de clasificarea și codificarea bolii principale, a celor secundare (comorbiditate), a complicațiilor și chiar a simptomelor, unde este cazul.

3.4 Asemănările și diferențierile de clasificare și codificare după OMS și sistemul DRG sunt următoarele:

3.4.1 Amândouă au ca bază CIM-OMS, Revizia a 9-a utilizată în prezent, de exemplu, în SUA sau Revizia a 10-a utilizată, de exemplu, în Australia;

3.4.2 Reglementările de codificare sunt unitare și sunt cele ale OMS;

3.4.3 Selectarea și codificarea cauzei principale și secundare a pacienților spitalizați se fac identic după regulile OMS;

3.4.4 Este diferit numărul capitolelor de boli:

- 21 capitole ale OMS;
- 25 capitole în sistemul DRG.

3.4.5 Codificarea OMS are în vedere numai selecția bolii principale și secundare, iar în sistemul DRG se codifică în plus și complicațiile, simptomele, semnele (C.C. – comorbidity complication). De aici denumirea de C.M. (clinical classification), deci CIM-10 OMS (C.M.).

3.4.6 Gruparea DRG modifică radical sistemul OMS al capitolelor și grupelor de boli mergând:

- pe principiul topografic și nu epidemiologic;
- grupându-le pe cele chirurgicale separat de cele fără intervenții chirurgicale sau obstetricale;
- pe cele cu complicații separat de cele fără complicații;
- separându-le uneori pe grupele de vârstă sub 18 ani și cele de 18 ani și peste.

3.4.7 În sistemul DRG sunt grupe separate pentru:

- proceduri ca: radioterapie, chimioterapie, artroscopie;
- sau simptome ca: epistaxis, insuficiența cardiacă și soc, insuficiența renală, dureri de piept, sincopa și colaps;

- semne si simptome.

3.4.8 În sistemul OMS, în stabilirea codificării nu se tine seama de clasificarea duală cu semnele (+) dagger – pumnal și (*) asterisc, care sunt obligatoriu de codificat în sistemul DRG.

Despre acest sistem vezi Capitolul Clasificarea duală.

3.4.9 În sistemul OMS clasificatia duală a traumatismelor și otrăvirilor se codifică atât după natura lor (Capitolele S și T), cât și după cauza lor externă (Capitolele V, W, X și Y), în timp ce în sistemul DRG se utilizează numai după natura lor (Capitolele S și T).

3.4.10 În sistemul OMS pacientul transferat într-o altă secție a aceluiași spital, pentru o altă boală este un alt caz.

De exemplu: bolnav cu ciroză hepatică în secția de medicină internă este transferat în secția de dermatologie pentru tratamentul unei eczeme.

Pentru OMS se codifică ciroza hepatică, dar și eczema, deci două diagnostice principale.

În sistemul DRG se codifică boala mai gravă, mai costisitoare: ciroza hepatică (deci un singur pacient și un singur diagnostic principal).

3.4.11 În sistemul OMS, în cazul a două sau mai multe intervenții chirurgicale, se codifică fiecare caz, în timp ce în sistemul DRG doar cea mai importantă (ca dificultate și costul resurselor) pe baza unor reguli de ierarhizare. De exemplu: la același pacient, concomitent sau în timpul aceleiași spitalizări, se efectuează o rezecție gastrică cu anastomoza gastro-duodenală și o apendicectomie. După OMS se codifică două intervenții chirurgicale. Dar în sistemul DRG doar rezecția gastrică cu anastomoza duodenală, conform regulilor de ierarhizare.

4. Diferențierile de mai sus nu schimbă cu nimic sarcina codificatorilor care trebuie să aibă în vedere doar regulile de codificare corectă din volumul privind Clasificatia Internațională a Bolilor, iar medicii să stabilească corect diagnosticul principal, pe cele secundare și secvențele corecte dintre ele. În rest SOFT-ul utilizat rezolvă toate "iesirile" cerute de OMS și DRG. În continuare vom exemplifica regulile generale de diagnostic și codificare ca și unele reguli specifice unor sisteme sau aparate în care greselile sunt mai frecvent întâlnite.

II. DEFINITII

(stabilite în colaborare cu echipa Proiectului DRG)

1. Episod de îngrijiri de boala

Definitie: Perioada de îngrijire a pacientului internat, cuprinsa între o internare și o externare, caracterizată printr-un singur tip de îngrijire

Nota

Episodul de boala se caracterizează printr-o intrare despartită de ieșire printr-un interval de timp continuu și finalizat printr-un diagnostic principal.

Episodul este unic atât timp cât pacientul este internat pe o durată continuă în același spital, indiferent de secțiile prin care trece, fie ca acestea se găsesc în propriul spital, fie ca bolnavul este trimis pentru examene de specialitate în alte unități, dar se reîntoarce în aceeași zi în spitalul care a internat inițial bolnavul.

Dacă bolnavul este transferat în alt spital, pentru examinare specială, acesta se trimite cu diagnosticul suspect (exemplu.: "suspect de limfom"), la care se adaugă secundar codul Z75.3 – "nu sunt condiții de diagnostic în spitalul care trimite pacientul". În spitalul care primește bolnavul acesta va fi înregistrat și codificat ca un nou episod.

2. Diagnostic principal

Definitie: Diagnosticul considerat ca fiind principalul responsabil de internarea în spital, stabilit după evaluarea pacientului, în momentul externării din spital.

Nota

Fiecarui episod de boala trebuie să-i corespundă un singur diagnostic principal și, posibil, unul sau mai multe diagnostice secundare.

Dacă nu s-a putut stabili nici o boală, se va putea selecta simptomul cel mai important drept cauză principală a internării.

3. Diagnostic secundar

Definitie: Diagnosticul care fie coexistă cu afecțiunea principală (diagnosticul principal) la momentul internării, fie apare în timpul episodului de boală.

Sunt considerate diagnostice secundare:

- Comorbiditățile
- Complicațiile

Comorbiditatea este afecțiunea care însoțește diagnosticul principal și care necesită tratament și îngrijiri suplimentare pe lângă tratamentul afecțiunii pentru care pacientul s-a internat.

Nota

Se mai pot codifica aditional următoarele condiții care nu îndeplinesc standardele de mai sus:

Probleme de sanatate publică: purtători de germeni; utilizare alcool și droguri, screening pentru diferite afecțiuni.

Deficiente de durată: sechele după hemoragie cerebrală; paraplegii, hemiplegii, amputații.

Obstetrică: durată sarcinii; finalizarea nasterii; episoade de îngrijire post-partum.

Status de sanatate: infecție HIV; status de graviditate; istoric de boli personale și familiale.

Complicatia este afecțiunea ce apare pe parcursul episodului de boală, determinată de una din afecțiunile pre-existente sau de îngrijirile primite de pacient.

Nota

Complicatia este caracterizată prin modificări fiziopatologice care, în mod normal, nu apar la boala respectivă sau apar în mai puțin de 10% din cazistica.

De exemplu:

- septicemia în salmoneloză (cod A02.1);
- anemia în cursul tumorilor (cod C00-D48);
- gangrena diabetică (cod E10-E14 cu a patra cifră .5);
- insuficiența cardiacă în cardiopatia hipertensivă (cod I11);
- hemoragia în gastrita acută (cod K29.0).

4. Procedura

Definiție: Este o intervenție medicală sau chirurgicală, efectuată asupra pacientului, cu scop diagnostic sau terapeutic.

Nota

Notiunea de procedură include explorările funcționale, investigațiile radiologice, intervențiile chirurgicale și procedurile comune de îngrijire, efectuate în scop de diagnostic și/sau terapeutic.

5. Transfer intraspitalicesc

Definiție: Transferul unui pacient de la o secție la alta în cadrul aceluiași spital, pe parcursul unui episod de boală.

Nota

Pentru un pacient cu transfer intraspitalicesc se stabileste un singur diagnostic principal, în momentul externarii din spital.

6. Transfer interspitalicesc

Definitie: Transferul unui pacient de la un spital la alt spital, cu asigurarea continuitatii îngrijirilor.

Nota

Pentru pacientul transferat interspitalicesc, la nivelul spitalului care trimite pacientul se încheie episodul de boala respectiv, iar la nivelul spitalului primitor începe un nou episod de boala.

III. CLASIFICARE/CODIFICARE

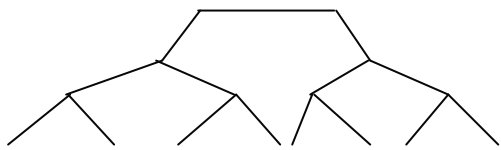
- Limbajul medical: bogat, termeni imprecisi
- Sinonime (aceeasi boala desemnata diferit)
- Polisemie (acelasi termen înteles diferit în functie de persoana)
- Este necesara reducerea ambiguitatii
- Standardizarea vocabularului folosit

Se realizeaza prin:

Clasificari si sisteme de codificare

Clasificarile sunt, în mare:

Monoaxiale (pleaca de la o radacina comuna: clase; ordine; familii; genuri; specii etc.)



Multiaxiale este o clasificare cu legaturi semantice între termenii medicali și organizată pe mai multe axe: topografică; morfologică; bacteriologică.

T	+	M	+	B	+	F	=	D
Plamân		Granulom		M.tuberculosi		Febra		Tuberculoza
28.000		M44060		S – 2001		F-03003		D-0188

	ICD 10	SNOMED
Structura	Ierarhic	Ierarhic multiaxial (axe legate)
Forma cod	A91.9	T.M.F. etc. 99999(9)
Un cod reprezintă:	Un grup de termeni	Un concept
Numar de intrari	80.000 (inclusiv indexul)	200.000
Continut	Diagnostic, simptome, rezultate laborator, raniri și intoxicații, cauze externe, factori ce influențează sănătatea	Topografie, etiologie, morfologie, funcție organisme, droguri, boli, proceduri, agenți fizici etc.

- ICD 10 publicat în 1993
- definește o familie de clasificare a bolilor și clasificările sanitare conexe, al cărui nucleu este ICD10.

Categoriile ICD10

I	Unele boli infectioase si parazitare	A00-B99
II	Tumori	C00-D48
III	Boli de sânge si ale organelor hematopietice si unele tulburari ale sistemului imunitar	D50-D89
IV	Boli endocrine, de nutritie si metabolice	E00-E90
V	Tulburari mintale si de comportament	F00-F99
VI	Bolile sistemului nervos	G00-G99
VII	Bolile ochiului si ale anexelor oculare	H00-H59
VIII	Bolile urechii si ale apofizei mastoide	H60-H95
IX	Bolile aparatului circulator	I00-I99
X	Bolile aparatului respirator	J00-J99
XI	Bolile aparatului digestiv	K00-K93
XII	Bolile pielii si ale tesutului celular subcutanat	L00-L99
XIII	Bolile sistemului osteo-articular, ale muschilor si ale tesutului conjunctiv	M00-M99
XIV	Bolile aparatului genito-urinar	N00-N99
XV	Sarcina, nasterea si lauzia	O00-O99
XVI	Unele afectiuni ale caror origini se situeaza în perioada perinatale	P00-P96
XVII	Malformatii congenitale si anomalii cromozomiale. Simptome, semne si rezultate anormale ale examenelor clinice si de laborator care nu sunt clasificate în alte categorii	Q00-Q99
XVIII	Simptome, semne si rezultate anormale ale investigatiilor clinice si de laborator, neclasificate la alte locuri	R00-R99
XIX	Leziuni traumatice, intoxicatii si alte consecinte de cauza externa	S00-T98
XX	Cauze externe de morbiditate si mortalitate	V01-Y98
XXI	Factori care influenteaza starea de sanatate si motive de a recurge la serviciile de sanatate	Z00-Z99

Afectiunile din fiecare categorie sunt notate cu literele mari ale alfabetului (primul semn alfanumeric) A-Z

Ex. Categoria Boli infectioase si parazitare se noteaza cu A00-A99 si B00-B99

Între A00 si A99 sunt blocuri de afectiuni

- A00-A09 Boli infectioase intestinale
- A80-A89 Boli virale ale sistemului nervos
- B50-B64 Boli prin protozoare

În ICD 10 fiecare categorie cuprinde afectiuni grupate diferit: dupa evolutie, dupa etiologie, dupa localizare, dupa tipul unor agenti, dupa unele caracteristici anatomo-patologice etc. (depinde de capitol):

Ex.: Bolile aparatului respirator (J00-J99)

J00 – J06 Afectiuni acute ale cailor respiratorii superioare

J10 – J18 Gripa si pneumonia (etiologie)

J20 – J22 Alte afectiuni acute ale cailor respiratorii inferioare

J30 – J39 Alte boli ale cailor respiratorii superioare (localizare)

J40 – J47 Boli cronice ale cailor respiratorii inferioare

J60 – J70 Boli pulmonare datorita agentilor externi (agenti)

J80 – J84 Alte boli respiratorii atingând în special tesutul interstitial

J85 – J86 Boli supurative si necrotice ale cailor respiratorii inferioare (anatomopatologie)

J90 – J94 Alte afectiuni ale pleurei

J95 – J99 Alte boli ale aparatului respirator

Codificarea ICD 10

Este o corespondenta între un element de informatie si o combinatie a unui limbaj.

O codificare trebuie sa fie biunivoca, adica:

Un termen pentru a numi un obiect si fiecare termen trebuie sa desemneze un singur obiect.

Fara ambiguitate prin

- sinonimie
- polisemie

În ICD10 codul este alfanumeric (litera urmata de cifre).

Litera urmata de 2 cifre pentru categorii cu 3 caractere si cu 3 cifre pentru categorii cu 4 caractere.

Ex.: J80 = Sindrom de suferinta respiratorie la adult

Nota: multe coduri din clasificarea extinsa (cu patru caractere) nu sunt urmate de a treia 3-a cifra (al patrulea caracter).

Când un diagnostic cere un asemenea cod, acesta se pune ca atare (nu se mai adauga nici o cifra).

În codificarea extinsa (cu patru caractere) codul arata astfel:

J84 Alte afectiuni pulmonare interstitiale

J84.0 Pneumopatii alveolare si parieto-alveolare

J84.1 Alte afectiuni pulmonare interstitiale

J84.8 Alte afectiuni pulmonare interstitiale precizate

J84.9 Alte afectiuni pulmonare interstitiale fara precizare

Nota: În acest caz este obligatoriu ca diagnosticul sa fie codificat cu subcategoriile 0, 1, 8 sau 9.

Motiv: Cele mai multe softuri (majoritatea) resping codul J84 daca este înscris ca atare si nu cu subcategorii.

Regula: Subcategoriile vor fi codificate ori de câte ori acestea exista

Sunt diagnostice care (facultativ) cer si a 4-a cifra

Ex.: S82.1 Fractura a extremitatii superioare a tibiei

- închisa 0 = S82.1.0
- deschisa 1 = S82.1.1

La cauzele externe de morbiditate si mortalitate (V01 – W01 – X01 pâna la Y99)

Foarte multe au coduri de trei caractere

Pentru al patrulea caracter, în aceste cazuri, exista în capul blocului însemnele celui de-al patrulea caracter.

Ex.: Blocul V01 – V09 – Pieton ranit într-un accident de transport

- V01 ranit într-o coliziune cu un ciclu cu pedale
- V04 ranit în coliziune cu vehicol greu sau autobuz

În capul capitolului este cel de-al patrulea caracter:

- accident în afara cailor publice
- accident de circulatie
- fara precizare

Nota: În softul pus la dispozitie sunt trecute aceste caractere. Vetii gasi deci:

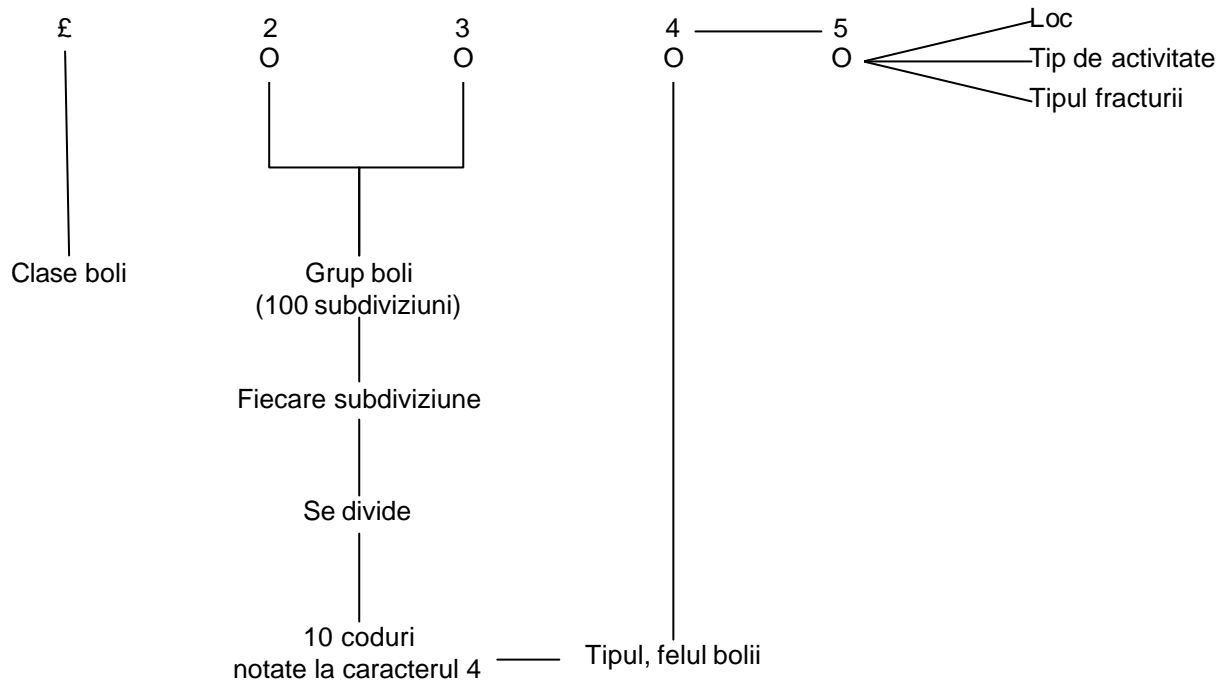
Ex.: V01.0

V01.1

V01.9

Codificarea dubla steluta si dagger (vezi text cap. II)

Formula codului



a) Categoria cu 3 caractere = o singura entitate sau o grupa legata de entitatea respectiva.

Ex. G92 = Encefalopatie toxica. Se noteaza ca atare.

La nevoie cod de cauze externe cap. XX.

Ex. G81 = Hemiplegie

G81.0 Hemiplegie flasca

G81.1 Hemiplegie spastica

G81.9 Hemiplegie fara precizare

În acest caz nu se codifica G81, ci numai subcategoriile.

b) Subcategoria cu 4 caractere = axa de clasificare, loc, etiologie, stadii boala (acut, cronic) . Vezi mai sus G81 si:

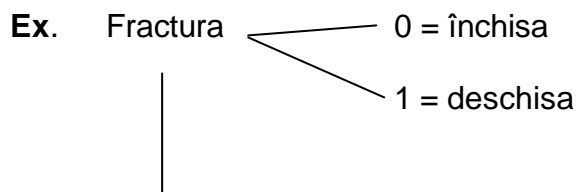
Ex. A00 = Holera

A00.0 Cu vibrio cholerae (forma clasica)

A00.1 Cu vibrio cholerae eltor

A00.9 Holera fara precizare

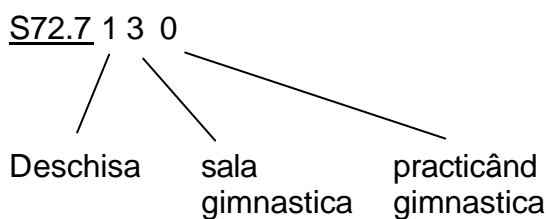
c) Subcategoria cu 5 si 6 caractere = specifica o forma în interiorul subcategoriei cu 4 caractere.



S72.70 Fractura multipla închisa de femur.

Ex. Cap. XX Cauze externe de morbiditate si mortalitate (V; Y; W; X)

Fractura multipla deschisa de femur (în sala de gimnastica, practicând gimnastica scolara).



d) În clasificatia americana ICD-10-CM (1.200 modificari).

Ex.: Codificarea dubla înlaturata – cu al 5-lea cod OMS10:

M05 Artrita reumatismala seropozitiva cu 0.1.2. si

M05.3+ Artrita reumatismala cu atingerea altor organe

Cardita (I52.8)

Endocardita (I39)

Miocardita (I41.8)

Miopatia (G783.7)

Pericardita (I32.8)

Polinevrita (G63.6).

Dupa regulile OMS diagnosticul se codifica dublu.

Ex.: Artrita reumatoida cu afectarea miocardului (miocardita)

Cod M05.3; I41.8

1. Dupa ICD-10-CM (american) codul M05..3 a capatat al 5-lea caracter si se înlatura codificarea dubla.

M05.3 Artrita reumatoida cu afectarea altor organe sau sisteme

M05.31 Miocardita reumatoida

M05.32 Miopatie reumatoida

M05.33 Polineuropatie reumatoida

M05.39 Alte implicari neprecizate

2. Se face precizare în cadrul codului cu 4 caractere

Ex. OMS = I49.0 Fibrilatie ventriculara si flutter

ICD-10-CM = I49.0 Fibrilatie ventriculara si flutter

I49.01 Fibrilatie ventriculara

I49.02 Flutter ventricular

3. Se modifica încadrarea

Ex. ICD 10 (OMS): Boli ale sistemului digestiv (K00-K93)

K07 = Anomalii dentofaciale

K10 = Alte boli ale maxilarelor

ICD-10-CM: Boli ale sistemului musculoscheletic si tesuturi (M00-M99)

M26 = Anomalii dentofaciale

M29 = Alte boli ale maxilarelor

4. Modificarile sunt numeroase, ceea ce demonstreaza ca nici o clasificatie nu poate satisface o anumita scoala medicala.

Nota: Toate modificarile nu au iesit din tipul de grupare din Clasificatia OMS si sau adaugat fie un alt numar de cod, fie sau gasit locuri libere în clasificare. În ex. 3 în clasificarea OMS între codurile M25 si M30 este lasat spatiu liber. Aceste spatii sunt lasate în acest scop.

Clasificarea DRG

Definitie: DRG (diagnosis related groups) reprezinta un sistem de clasificare al pacientilor bazat pe diagnostic, cu ajutorul caruia se poate stabili o relatie între tipul pacientilor tratati de un spital si costurile acelui spital.

Altfel spus, **DRG este o clasificare a pacientilor** care ofera mijloace de a lega tipurile de pacienti tratati în spital (case-mix) cu costurile folosite pentru îngrijirea lor.

Definitie: Case-mix reprezinta tipurile de cazuri tratate într-un spital, în functie de complexitatea lor si nivelul consumului de resurse; este o metoda optima de a masura cât de bolnavi sunt pacientii dintr-un anumit spital si evidentiaza resursele necesare spitalului în concordanta cu pacientii tratati.

Conceptul de case-mix este format din:

1. Severitatea bolii – relativa pierdere a functiilor sau mortalitatea pacientilor suferinzi de o anumita boala
2. Prognoza: se refera la probabilitatea de însanatosire, ameliorarea sau deteriorarea, severitati, recurenta si la probabilitatea de supravietuire
3. Dificultatea tratamentului: se refera la managementul problemelor unor boli cu evolutie particulara care nu se încadreaza în îngrijirile standard si care cer proceduri tehnice dificile si sofisticate, monitorizare stricta si supraveghere
4. Necesitatea unor interventii: se refera la consecinte în termeni de accentuare a severitatii bolii în lipsa unor masuri imediate
5. Intensitatea resurselor: se refera la volumul relativ al acestora, legat de tipurile de diagnostic, tratament, servicii infirmiere, utilizatii în managementul unei anumite boli.

Fiecare DRG trebuie sa contina pacienti în modele similare privind intensitatea resurselor.

Fiecare DRG trebuie sa contina pacienti similari din perspectiva clinica (fiecare clasa trebuie sa fie clinic coerenta).

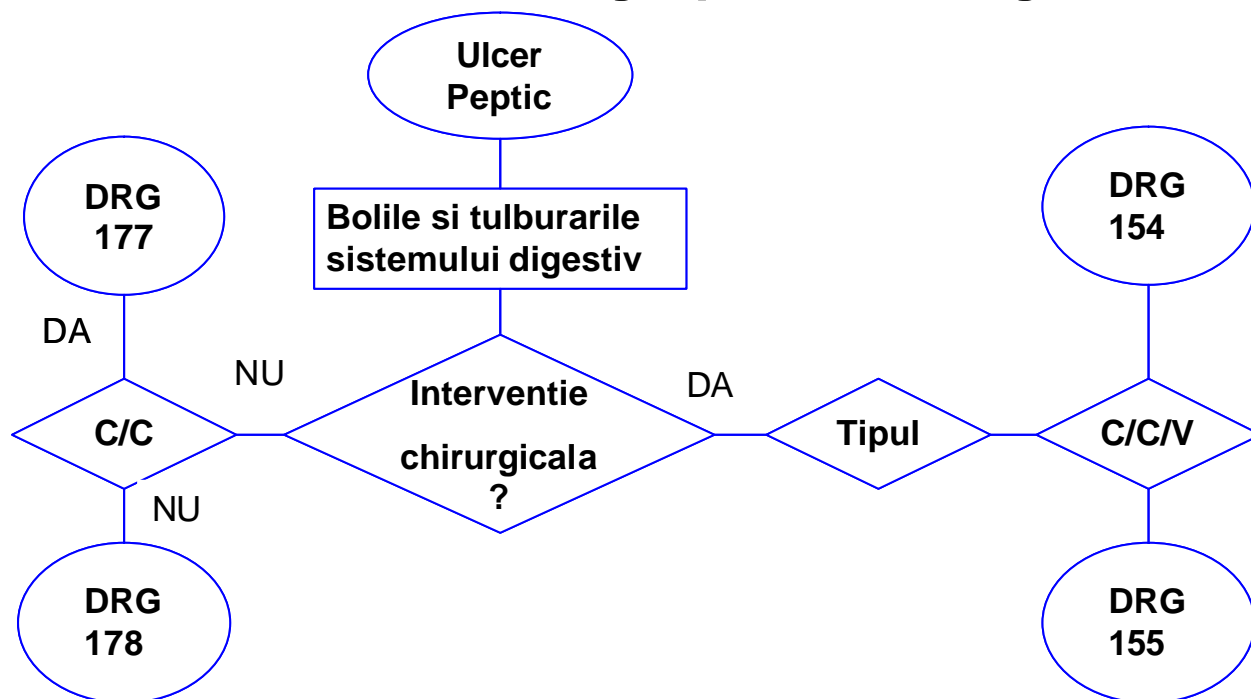
Procesul de formare al DRG a început prin divizarea tuturor posibilitatilor de diagnostic principal în 23 de arii de diagnostice principale, mutual exclusive numite Categoriile Majore de Diagnostic (MDC) – a opta versiune DRG are 25 MDC-uri, ca în tabelul urmator:

1.	Boli si tulburari ale sistemului nervos
2.	Boli si tulburari ale ochiului
3.	Boli si tulburari ale urechii, nasului, gurii si gâtului
4.	Boli si tulburari ale sistemului respirator
5.	Boli si tulburari ale sistemului circulator
6.	Boli si tulburari ale sistemului digestiv
7.	Boli si tulburari ale sistemului hepatobiliar si pancreatic
8.	Boli si tulburari ale sistemului articular si ale tesuturilor
9.	Boli si tulburari ale pielii, tesutului subcutanat si sânului
10.	Boli si tulburari ale sistemului endocrin, nutritional si metabolic
11.	Boli si tulburari ale rinichiului si tractului urinar
12.	Boli si tulburari ale sistemului de reproducere masculin
13.	Boli si tulburari ale sistemului de reproducere feminin
14.	Graviditate, nastere si lauzie

15.	Noi-nascuti si conditii ale perioadei perinatale
16.	Boli si tulburari ale sângelui si ale organelor formatoare de sânge, sistem imunitar
17.	Boli mieloproliferative si neoplasme slab diferite
18.	Boli infectioase si parazitare
19.	Boli mentale
20.	Alcool, droguri si dezordini mentale produse de acestea
21.	Rani otraviri si efecte toxice ale drogurilor
22.	Arsuri
23.	Factorii influentând starea de sanatate si contacte cu serviciile de sanatate
24.	Traumatisme semnificante multiple
25.	Imunodeficienta umana si virusuri infectioase

Structura DRG tipica pentru o categorie de diagnostic majora

Procesul formarii grupelor de diagnostic



Clasele medicale si chirurgicale au fost apoi divizate bazate pe vârsta sau prezenta complicatiilor si co-morbiditatii.

IV. REGULI DE DIAGNOSTIC SI CODIFICARE ÎN ICD-10

Regulile generale stabilite de expertii si specialistii Organizatiei Mondiale a Sanatatii privind diagnosticul principal, secventele de respectat între acesta si diagnosticile secundare precum si codificarea lor sunt, pe scurt, urmatoarele:

Regula 1: Diagnosticul principal se pune dupa studiul bolnavului la iesirea acestuia din spital:

Exemplu:

Diagnostic admitere	Diagnostic iesire
1. Ascita	1. Carcinom ovar
2. Durere severa abdominala	2. Ruptura diverticol de colon

Regula 2: Diagnostiche anterioare care nu au legaturi cu episodul ce necesita îngrijire, se codifica si diagnosticheaza numai daca introduc o nota de nesiguranta asupra diagnosticului principal sau pot influenta într-un sens nefavorabil boala pentru care bolnavul este internat.

Exemple:

1. Diagnostic principal: Pneumonie lobara comunitara J18.1

Diagnostic secundar: Antecedent personal cancer de sân Z85.3

2. Diagnostic principal: Cardiopatie hipertensiva cu insuficienta congestiva a inimii I11.0

Diagnostic secundar: Infarct de miocard vechi I25.2

Regula 3: Ca boala principala se codifica afectiunea pentru care pacientul a fost internat în clinica de specialitate, celelalte afectiuni fiind trecute la diagnosticile secundare daca se consuma pentru ele resurse si pot influenta durata de internare.

Exemplu:

1. Bolnavul se interneaza într-o clinica de dermatologie cu: Bronsita cronica obstructiva; Hipertrofie de prostata si Psoriazis.

Diagnosticul principal: Psoriazis

Diagnosticul secundar: Bronsita cronica obstructiva

Hipertrofie de prostata

2. Bolnav internat pentru puseu de hipertensiune; sinuzita acuta. Se gaseste un carcinom de endocol. Se efectueaza histerectomie totala.

Diagnostic principal: Carcinom de endocol

Diagnostic secundar: Hipertensiune arteriala

Sinuzita acuta

Regula 3.1: În cazul în care pentru o afecțiune se efectuează o intervenție chirurgicală, aceasta va figura ca diagnostic principal.

Regula 4: Între o boală minoră sau cronică, pentru care bolnavul a fost internat și o boală majoră ce poate apărea și pentru care se consumă cele mai multe resurse, aceasta din urmă se diagnostichează ca principală (Regula MB1 OMS)

Exemplu:

Internat pentru cardiopatie hipertensivă și în timpul internării face o comă diabetică pentru care se cheltuie cele mai multe resurse:

Diagnostic principal: Diabet insulino-dependent

Diagnostice secundare: Coma diabetică

Cardiopatie hipertensivă

Exemplu:

Se internează pentru: Diabet zaharat

Poliartrita reumatoidă

Ateroscleroza generalizată

Hernie inghinală

În timpul internării hernia se strangulează și se efectuează cura chirurgicală

La ieșire, diagnosticul principal va fi: hernie inghinală încarcerată.

Regula 5: Când afecțiunile pentru care bolnavul este internat pot toate figura ca boli principale, la rubrica diagnosticului principal se va trece (Regula MB2 OMS):

- a) Boala care este specifică patologiei clinicii de specialitate
- b) Boala pentru care s-au consumat cele mai multe resurse sau a necesitat cel mai mare volum de îngrijiri.

Regula 6: Identificarea cauzei pentru care se face o internare motivată de un simptom sau sindrom necesită notarea acestuia ca diagnostic principal (regula MB3 OMS).

Exemplu:

Se internează pentru Hematurie

1. Se găsește un Papilom al peretelui posterior al vezicii urinare

Diagnostic principal: Papilom vezică urinară

2. Se internează cu: Comă

Se depisteaza o tumora de lob frontal

Diagnostic principal: Tumora lob frontal

Regula 6.1: Când nu se stabileste cauza unui semn sau simptom, aceasta se noteaza ca diagnostic principal.

Exemplu:

Leucocitoza fara cauza precizata

Epistaxis, etc.

Regula 7: Când în cadrul unui diagnostic general se poate stabili un diagnostic mai localizat si deci mai precis, acesta se noteaza ca diagnostic principal (Regula MB4 OMS).

Exemplu:

Enterita si se precizeaza apoi, Ileita terminala

Diagnostic principal: Ileita terminala

Exemplu:

Se interneaza cu Hipertensiune cod I10 si se precizeaza cauza renala a acestuia. Diagnosticul principal va fi: Nefropatie hipertensiva cod I12.9 fara insuficienta renala sau, daca exista, cu insuficienta renala I12.0

Regula 8: Daca în acelasi timp coexista un diagnostic acut si unul cronic, se codifica întâi forma acuta si apoi cea cronica.

Exemplu:

Diagnostic principal: Glomerulopatie acuta N00.9

Diagnostic secundar: Glomerulopatie cronica N03.9

Regula 9: În cazul existentei a doua sau mai multor afectiuni care se contrazic sau se pot compara se codifica oricare dintre ele ca diagnostic principal sau se tine seama de secventa fiziopatologica.

Exemplu:

Pancreatita acuta K85

versus

Colecistita acuta K81.0

Regula 10: Un diagnostic însotit de cuvinte ca: probabil, posibil, se codifica acceptând ca acest diagnostic ar exista.

Exemplu:

Probabil pancreatita acuta K85

datorita

Alcoolismului cronic F10.2

Regula 11: Un bolnav internat cu un diagnostic care se confirma dar nu este tratat pentru acesta ci pentru complicatia aparuta va primi ca diagnostic principal pe aceasta din urma.

Exemplu:

Bolnava internata pentru "Polipoza a corpului uterin" cu indicatie de Histerectomie. Interventia este amânata din cauza sângerarilor si anemiei care trebuie tratate.

Diagnostic principal: Sângerare uterina disfunctionala N93.8

Diagnostic secundar: Anemie secundara D63.8

Polipoza de corp uterin N84.0

Regula 12: În cazul unor conditii reziduale sau sechele, se vor codifica întâi acestea si în al doilea rând cauza.

Exemplu:

1. Diagnostic principal: Afectiune reziduala nerv auditiv H93.3

Diagnostic secundar: Tumora maligna de nerv auditiv în antecedente Z85.8

2. Retardare mintala datorita unui abces cerebral vechi

Diagnostic principal: Retardare mintala severa F72.9

Diagnostic secundar: Abces cerebral G09

Regula 13: Bolnav internat pentru îngrijirea si tratamentul unor complicatii aparute în urma unor interventii chirurgicale sau medicale anterioare primeste ca diagnostic principal aceasta complicatie.

Exemplu:

Bolnav internat pentru tratamentul herniei abdominale dupa interventie anterioara pe abdomen cu stomie externa

Diagnostic principal: Hernie abdominala K43.9

Diagnostic secundar: Antecedent de tumora maligna aparat digestiv Z85.0

Stare postchirurgicala dupa derivatie intestinala Z98.0

Exemplu:

Atelectazie pulmonara dupa transplant cardiac

Diagnostic principal: Atelectazie pulmonara J98.1

Diagnostic secundar: Interventie chirurgicala anterioara cu transplant Y83.0

Regula 14: Semnele care sunt cuprinse în procesul patologic nu se codifica.

Exemplu:

Durerea retrosternala în infarct

Greata si varsaturile în toxinfectii

Regula 15: Examenele de laborator, radiologice, functionale, etc. care nu au semn sau semnificatie clinica nu se codifica.

Exemplu:

- Potasiu scazut care nu se trateaza – nu se codifica
- Hernie hiatala evidentiata radiosopic – dar fara semne clinice – nu se codifica
- Hiperpotasemia acuta cu unda q, necesitând tratament – se codifica E87.5
- Hematocrit scazut – fara semne clinice si fara ca bolnavul sa ia un tratament – nu se codifica
- EKG cu interval PR scurt si o portiune QRS neuniforma (unda Delta) urmata de tahicardii cu complexe QRS înguste sau largi – se codifica Sindrom WPW la J45.6

Regula 16: Patologia de mai jos se codifica numai daca se consuma resurse, acordându-se îngrijiri si tratamente.

Pentru ca dupa DRG-ul (format de specialistii americani) se ramburseaza banii catre asigurari, codicatorii români vor codifica în plus ori de câte ori apar urmatoarele:

1. Anemia prin carenta de fier – care primeste tratament D50.0 – D50.9
2. Anemiile cardiace (flutter) – în special la pacientii cu infarct I49.0
3. Hipopotasemia: care se trateaza E87.6
4. Deshidratarea: care se trateaza E86; E87.8 si dezechilibrele hidroelectrolitice
5. Infectia cailor urinare: bacteriurie, durerea în regiunea renala, disurie, cistita acuta cu administrarea de antibiotice N30.0 si un cod suplimentar (B95 – B97)
6. Insuficienta cardiaca congestiva cu administrare de diuretice I50.0
7. Bolile pulmonare obstructive cronice: dispnee, tuse cronica, Rx pozitiv, etc. (De exemplu: BPOC cu infectie acuta a cailor respiratorii inferioare J44.0).

CODIFICARE DUALA

SISTEMUL DAGGER (+) SI ASTERIX (*)

1.1 Codul dagger (+) este principalul cod de morbiditate si mortalitate.

Se poate folosi si codul asterix (*), dar el nu poate fi folosit niciodata singur. În sistemul DRG, care tine seama de topografia bolii, se foloseste obligatoriu si codul asterix (*), dar obligatoriu si în acest sistem codul dagger (+) este principalul cod de morbiditate si mortalitate, inclusiv cea spitalizata.

1.2 Rubricile în care apar notiunile marcate cu dagger (+) si asterix (*) sunt cuprinse sub 3 forme în volumul Clasificatiei Internationale a Maladiilor (CIM) – Revizia a 10-a OMS vol. I :

1.2.1 Daca ambele simboluri, dagger (+) si asterix (*), apar la rubrica afectiunii codificate cu 3 caracteristici, toti termenii din cadrul acestei rubrici vor avea ambele simboluri (+ si *) fara ca aceste simboluri sa apara separat la fiecare termen.

Exemplul 1:

A17.0+ Meningita tbc (G01*)

Tbc al meningelui cerebral

Tbc al meningelui spinal

Leptomeningita tbc

Exemplul 2:

B00.4+ Encefalita cu virus herpetic (G05.1*)

Herpesvirus simiae

Meningoencefalita cu virus herpetic

Nota: Codificarea fiecarui termen al rubricii trebuie sa fie facuta cu dagger (+) si pe locul doi cu asterix (*).

1.2.2 Daca simbolul dagger (+) apare înaintea rubricii de boala, dar nu apare în acelasi rând (în paranteza) si cel de asterix (*), înseamna ca toti termenii ce urmeaza vor avea simbolul dagger unitar (+), dar cel de-al doilea simbol asterix (*) va fi diferit.

Exemplul 1:

A18.1+ Tuberculoza aparatului urogenital

Tuberculoza :

rinichiului A18.1+ (N29.1*)

ureterului A18.1+ (N29.1*)

vezicii urinare A18.1+ (N33.0*)

organelor genitale masculin A18.1+ (N51.-*)

colului uterin A18.1+ (N74.0*)

etc., etc.

Exemplul 2:

A54.4+ Infecția gonococică a sistemului osteo-articular

Artrita A54.4+ (M01.3*)

Sinovita A54.4+ (M68.0*)

Tenosinovita A54.4+ (M68.0*)

Osteomielite A54.4+ (M90.2*)

1.2.3 În cazul în care nu apare nici un simbol înaintea rubricii de boală, dar la unii termeni din cuprinsul rubricii de boală apar ambele simboluri (+ și *), doar acești termeni și nu toți vor avea aceste simboluri și vor fi codificați ca atare.

Exemplul 1:

A32.8 Alte listerioze

Arterita cerebrală listeriană A32.8+ (I68.1*)

Endocardita listeriană A32.8+ (I39.8*)

Listerioza oculo-glandulară

Exemplul 2:

E50.8 Alte manifestări ale avitaminozei A

Xerodermia E50.8+ (L86*)

Cheratoza foliculară

Exemplul 3:

M35.0 Sindromul Gougerot-Sjögren

cu:

atingere pulmonară (tulburări respiratorii) M35.0+ (J99.1*)

cheratoconjunctivită uscată M35.0+ (H19.3*)

boala renală tubulo-interstitală M35.0+ (N16.4*)

miopatie M35.0+ (G73.7*)

1.2.4 Procedul de utilizare a simbolurilor este similar si, în cazurile în care rubricile (cu 3 sau 4 caractere) sunt notate invers, mai întâi cu asterix (*) si în paranteza, la urma, cu dagger (+).

Exemplul 1:

Retinopatie diabetica H36.0* (E10-E14+, cu a 3 a cifra)

Exemplul 2:

Sindroame vasculare cerebrale în cursul unor boli cerebrovasculare G46* (I60-I67+)

Codificarea si în aceste cazuri tine seama de regula de la punctul 1.1 anterior: diagnosticul principal este cel cu dagger (+), urmând cel cu asterix (*).

1.2.5 Exista numerosi termeni ce cuprind boli sau sindroame numeroase, care nu au coduri separate, dar care sunt necesare de individualizat pentru medicul specialist care a stabilit aceste diagnostice.

Exemplu :

G46.3* Sindroame vasculare de trunchi cerebral (I60-I67+)

Sindromul:

Benedikt

Claude

Foville

Millard-Gubler

Wallenberg

Weber

Aceste sindroame nu pot fi cunoscute fara a se introduce a 5-a caracteristica, daca se are în vedere cerinta justa a neurologului. Astfel toate vor intra în "sacul": Sindroame vasculare de trunchi cerebral I60-I67+ (G46.3*).

Problema ramâne optionala la latitudinea spitalului.

ALTE CODIFICARI DUALE

Exista o serie de codificari duale, în afara de cea a sistemului « dagger » - « pumnal » (+) si asterix (*), unele fiind obligatorii de codificat, dar altele doar optional, la dorinta spitalului.

2.1 Cele obligatorii sunt :

2.1.1 În tumori, pe lângă codul principal topografic (C00-D48), se utilizeaza codul morfologic (M800-M998).

2.1.2 În traumatisme, otrăviri, pe lângă codul după natura (S00-T98) se utilizează codul după cauza externă acestora (V01-Y98) ;

Mentionăm că OMS utilizează în publicațiile ei (anuale) codificarea după cauza externă, în timp ce sistemul DRG cere doar natura traumatismului.

2.1.3 În caz de deces, în mod obligatoriu, se schimbă unele coduri care pot fi utilizate opțional în diagnosticele bolilor secundare, dar nu pentru diagnosticul de bază (initial) al decesului (vezi tabelul următor).

Nu pot fi considerate cauze de deces următoarele :

Se va codifica la cele din paranteză, iar în lipsă se va codifica la R99.

B95-B97	Y90-Y98
E89.-	Z00-Z99
G97.-	
H59.-	
H95.-	2) Nu se utilizează codurile ce urmează la decese:
I15.-	
I23.-(I21 sau I22)	F01-F09
I24.0 (I21 sau I22)	F70-F79
I65.-	G81.-
I66.-	G82.-
I97.-	G83.-
I95.-	H54.-
K91.-	H90-H91
M96.-	N46
N99.-	N97.-
O08.-	O30.-
O80-O84 (O75.9)	P07.-
R69.- (R95-R99)	P08.-
S00-T98 (V01-Y89)	T79.-