



**ORDIN**  
mun. Chișinău

„06” 06 2012

Nr. 546

Privind aprobarea Regulilor de  
codificare a diagnosticelor și  
procedurilor medicale

În scopul îmbunătățirii calității codificării datelor clinice în cadrul instituțiilor medico-sanitare incluse în faza de pilotare a proiectului "Sistemul de rambursare a prestatorilor de asistență medicală și dezvoltare a sistemului CASE-MIX" în conformitate cu Ordinul MS Nr. 739 din 08.11.2010, cu modificările și completările ulterioare, realizat în cadrul proiectului „Servicii de Sănătate și Asistență Socială”, precum și în cadrul instituțiilor medico-sanitare incluse în faza de pilotare în conformitate cu Ordinul Ministerului Sănătății nr. 296 din 25.08.2009, realizat în cadrul proiectului „Regionalizarea serviciilor de urgențe pediatrice și terapie intensivă” (REPEMOL), și prevederilor Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, structurii și efectivului-limită a acestuia, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 397 din 31.05.2011,

**ORDON:**

1. Se aprobă:
  - Regulile de codificare clinică a stărilor și maladiilor în instituțiile medico-sanitare incluse în faza de pilotare, conform Ordinului Ministerului Sănătății nr.739 din 08.11.2010 (Anexa 1);
  - Regulile de codificare clinică a procedurilor medicale în instituțiile medico-sanitare incluse în faza de pilotare, conform Ordinului Ministerului Sănătății nr.739 din 08.11.2010 (Anexa 2);
  - Principiile de organizare și desfășurare a auditului de codificare a datelor clinice (diagnostice și proceduri medicale) (Anexa 3).
  
2. De a asigura organizarea și desfasurarea continuă a auditului codificării datelor clinice la nivel de spital și la nivel central.

2. De a asigura organizarea și desfasurarea continuă a auditului codificării datelor clinice la nivel de spital și la nivel central.

3. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare: Spitalul Clinic Republican, Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, Spitalul Clinic Municipal Bălți, Spitalul Clinic Municipal “Sfântul Arhanghel Mihail”, Spitalul Raional Orhei, Spitalul Raional Cimișlia, Spitalul Clinic Municipal „V.Ignatenco”, Spitalul Raional Cahul, Directorul general al Centrului Național de Management în Sănătate, Directorul general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, directorii Agențiilor Teritoriale Chișinău, Bălți, Orhei, Hîncești, Cahul ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină vor asigura respectarea prevederilor prezentului Ordin.

4. Controlul executării prezentului ordin mi-l asum personal.

**Ministru**



**Andrei USATÎ**

## REGULI DE CODIFICARE CLINICĂ A DIAGNOSTICELOR

### INTRODUCERE

Utilizarea codificării morbidității cu patru caractere conform Clasificației Internaționale a Maladiilor, Revizia 10 (CIM-10 al OMS), necesită nu numai un efort suplimentar din partea medicilor și codificatorilor, dar și respectarea unor reguli privind stabilirea diagnosticului principal, ale diagnosticelor secundare, a secvențialității acestora, ca și a clasificării corecte.

Regula de bază este ca medicii și cei ce codifică diagnosticile să consulte permanent clasificatorul CIM, numai această consultare fiind garantul identificării unor corespondențe între diagnosticul stabilit de medic și formularea acestui diagnostic în conformitate cu clasificatorul CIM-10. Aceasta va permite în consecință o codificare corectă a maladiilor.

Diferențele de principii de codificare care apar între sistemul OMS și codificarea în cadrul unui sistem de tip DRG nu schimbă cu nimic sarcina codificatorilor, care trebuie să aibă în vedere doar regulile de codificare corectă, iar medicii să stabilească corect diagnosticul principal, pe cele secundare și secvențialitatea corectă dintre ele.

### Reguli de codificare: definiții, explicații.

**Diagnosticul principal** este diagnosticul considerat ca fiind principalul responsabil de internarea pacientului în spital, *stabilit după evaluarea pacientului, în momentul externării din spital*. Fiecărui episod de spitalizare 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.

**Diagnostic secundar** - diagnosticul care fie coexistă cu afecțiunea principală (diagnosticul principal) la momentul internării, fie apare în timpul episodului de spitalizare. Sunt considerate diagnostice secundare **DOAR comorbiditățile și complicațiile** (CC).

**Comorbiditatea** este afecțiunea care *însoțește diagnosticul principal și care necesită tratament și îngrijiri suplimentare* pe lângă tratamentul afecțiunii pentru care pacientul sa internat. Se mai pot codifica adițional următoarele condiții care nu îndeplinesc standardele de mai sus:

- Probleme de sănătate publică: purtători de germeni; utilizare alcool și droguri, screening pentru diferite afecțiuni.
- Deficiențe de durată: sechele acute după hemoragie cerebrală, paraplegii, hemiplegii, amputații.
- Starea de sănătate: infecție HIV, status de graviditate, istoric de boli personale și familiale.

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

caracterizată prin modificări fiziopatologice care, în mod normal, nu apar la boala respectivă sau apar în mai puțin de 10% din cazuri. De exemplu: septicemia în salmoneloze (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).

**Procedura** este o intervenție *medicală sau chirurgicală, efectuată asupra pacientului, cu scop diagnostic sau terapeutic*. Noțiunea de procedură include explorările funcționale, investigațiile radiologice, intervențiile chirurgicale și procedurile comune de îngrijire (de „nursing”), efectuate în scop de diagnostic și/sau terapeutic.

**Priorități în clasificare pentru selectarea diagnosticului principal vor avea:**

1. Leziuni, otrăviri
2. Sarcina, nașterea și afecțiuni neonatale
3. Anumite boli infecțioase
4. Neoplasme
5. Malformații
6. Boli la nivelul sistemelor de organe
7. Simptome. Rezultate anormale
8. Factori ce influențează starea de sănătate

Regulile generale stabilite de experții și specialiștii OMS privind diagnosticul principal, respectarea secvențelor între acesta și diagnosticele secundare precum și codificarea lor sunt următoarele:

**Regula 1.** Diagnosticul principal se pune după examinarea finală a bolnavului, la externarea acestuia din spital.

**Regula 2.** Diagnostice anterioare care nu au legături cu episodul acut ce necesită îngrijire, se codifică **NUMAI/ DOAR** dacă introduc o notă de nesiguranță asupra diagnosticului principal sau pot influența într-un sens nefavorabil boala pentru care bolnavul este internat.

**Regula 3.** Se codifică ca și diagnostic principal afecțiunea pentru care pacientul a fost internat în spital, celelalte afecțiuni fiind trecute la diagnosticele secundare dacă se consumă pentru ele resurse și pot influența durata de internare. Motivul internării argumentează scenariu: „aici și acum”. Motivul internării poate fi: diagnosticul; simptomul; examinarea repetată după tratament; pentru a beneficia de serviciile de îngrijiri în volum limitat pentru o condiție; profilaxie; consiliere, etc.

**Regula 4.** Dacă în cursul episodului de spitalizare pentru o anumită afecțiune apare o altă afecțiune majoră, care **NU ESTE COMPLICAȚIE SAU COMORBIDITATE** a afecțiunii de bază (și pentru care se consumă cele mai multe resurse), aceasta afecțiune majoră se selectează ca și afecțiune principală și i se va alocă codul de diagnostic principal.

**O complicație a motivului de internare (fie ea a tratamentului sau diagnosticului) nu va fi niciodată ales ca diagnostic principal, indiferent de nivelul consumului de resurse asociat.**

**Regula 5.** Identificarea cauzei pentru care se face o internare motivată de un simptom sau sindrom necesită notarea cauzei identificate ca diagnostic principal.

**Regula 6.** Când nu se poate stabili cauza unui semn sau simptom de boală, acesta se notează ca diagnostic principal.

**Regula 7.** Dacă în același timp coexistă un diagnostic acut și unul cronic, se codifică întâi forma acută și apoi cea cronică.

**Regula 8.** Semnele care sunt cuprinse în procesul patologic nu se codifică.

**Regula 9.** Examenele de laborator, radiologice, funcționale, etc., care nu au semn sau semnificație clinică nu se codifică.

#### **Reguli de codificare duală.**

În sistemul DRG, care ține seama de topografia bolii și în baza regulilor de codificare a diagnosticelor CIM-10, în cazul afecțiunilor (diagnosticelor) notate cu dagger (+) și asterix (\*), codificarea diagnosticului principal la externare (clinic definitiv), se va face obligatoriu cu două coduri. Anume, în primul rând se trece diagnosticul cu dagger (+), principalul cod de morbiditate și mortalitate, iar cel de-al doilea - diagnosticul cu asterix (\*), cel care indică localizarea afecțiunii cu dagger (+). **CODUL ASTERIX (\*) NU POATE FOLOSIT NICIODATĂ SINGUR.**

## **REGULI DE CODIFICARE CLINICĂ A PROCEDURILOR MEDICALE**

### **DEFINIȚIE:**

**O procedură este definită ca o intervenție clinică ce:**

- Este de natură chirurgicală; și/sau
- Poartă un risc procedural; și/sau
- Poartă un risc anestezic; și/sau
- Cere o pregătire de specialitate; și/sau
- Cere facilități speciale sau aparatură care este disponibilă numai într-o unitate de îngrijiri acute.

### **Regula I.**

**Ordinea codurilor ar trebui să fie determinată prin folosirea următoarei ierarhii:**

1. Procedură efectuată pentru tratamentul diagnosticului principal
2. Procedură efectuată pentru tratamentul unui diagnostic secundar
3. Procedură pentru diagnostic/explorări legate de diagnosticul principal
4. Procedură pentru diagnostic/explorări legate de un diagnostic secundar pentru episodul de îngrijiri

### **Regula II.**

**Nu se codifică proceduri incluse în alte proceduri mai complexe.**

### **Regula III.**

**Se codifică numai procedurile chirurgicale efectuate (finalizate), și nu cele nefinalizate sau întrerupte.**

### **Regula IV.**

**Se codifică specific procedurile multiple, bilaterale etc.**

### **Regula IVa.**

**Transfuziile se codifică ori de câte ori se efectuează, dar fiecare tip de transfuzie se codifică o singură dată, codul fiind urmat de numărul de efectuări.**

### **Regula V.**

**Procedurile necodificate în mod normal.** Procedurile de rutină, repetitive, care se efectuează pentru majoritatea pacienților, nu se codifică în mod normal. Excepție de la această regulă fac procedurile care se efectuează sub anestezie sau când există o necesitate particulară a instituțiilor medicale, pentru codificarea lor.

### **Regula VI.**

Dacă o procedură este efectuată **laparoscopic, artroscopic sau endoscopic** și nu există nici un cod care să cuprindă atât endoscopia cât și procedura, atunci ambele proceduri trebuie să fie codificate.

#### **Regula VII.**

În *Lista Tabelară a procedurilor*, termenul **panendoscopie** cuprinde **endoscoopiile tractului digestiv**, de exemplu, gastroscopie, duodenoscopie, ileoscopie și esofagogastroduodenoscopie (EGD). Termenul de **panendoscopie** poate fi de asemenea folosit și în înțelesul de **endoscoopiile tractului respirator și a sistemului urinar** și de aceea endoscoopiile non-gastrointestinale trebuie să fie codificate adecvat, până la cea mai îndepărtată localizare vizualizată.

#### **Regula VIII.**

**Intervențiile în domeniile înrudite cu sănătatea (dietetica, asistența socială, terapia ocupațională, fizioterapia, podiatRIA, patologia vorbirii, audiologia, terapia prin muzică, etc.).** O cheie principală a dezvoltării clasificării procedurilor este aceea că intervențiile ar trebui să fie 'neutre din punctul de vedere al furnizorului', adică același cod ar trebui să fie acordat pentru o intervenție specifică indiferent de profesionistul care efectuează intervenția.

#### **Regula IX.**

**Proceduri de pediatrie.** În general, definiția de **pediatrie** poate fi aplicată **pacienților internați având vârsta mai mică de 16 ani**, doar dacă nu indică altceva Lista Tabelară de proceduri.

#### **Regula X.**

**Redeschiderea locului operator.** Codurile pentru redeschiderea locului operat trebuie să fie acordate pentru tratamentul complicațiilor post-operatorii, cum ar fi hemoragia. Aceste coduri nu ar trebui să fie folosite pentru o deschidere ulterioară a locului operat pentru tratamentul unei afecțiuni recurente sau fără legătură.

## **PRINCIPIILE DE ORGANIZARE ȘI DESFĂȘURARE A AUDITULUI DE CODIFICARE A DATELOR CLINICE**

### **I. Prevederi generale**

1. Codificarea clinică a stărilor și maladiilor în spitalele incluse în faza de pilotare, conform Ordinului Ministerului Sănătății nr.739 din 08.11.2010, se va efectua conform Listei Tabelare a Bolilor a Clasificării Internaționale a Maladiilor, revizia 10 Organizația Mondială a Sănătății, cu 4 caractere și în strictă conformitate cu Regulile de codificare clinică a diagnosticelor (Anexa 1 la prezentul Ordin).

2. Codificarea procedurilor medicale în spitalele incluse în faza de pilotare, conform Ordinului Ministerului Sănătății nr.739 din 08.11.2010, se va efectua conform Listei Tabelare a Procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, versiunea australiană a Clasificării Internaționale a Maladiilor (CIM-10-AM) versiunea 7.0, cu 7 caractere și în strictă conformitate cu Regulile de codificare clinică a procedurilor medicale (Anexa 2 la prezentul Ordin).

3. Înregistrarea codurilor corespunzătoare codificării clinice a stărilor, maladiilor și procedurilor se face de către spitale în Fișa medicală a bolnavului de staționar (Formular 003-1/e), aprobată prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.1023 din 29.12.2011 „Privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală” și în aplicația informatică „Pacienti v.1.3” și se transmit în format electronic către CNMS conform Ordinului comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1034/217-A din 30.12.2011.

### **II. Scopul auditului de codificare clinică**

Scopul auditului activității de codificare a datelor clinice este reprezentat de verificarea respectării principiilor de codificare clinică așa cum sunt ele stabilite prin acest ordin și alocării corespunzătoare a codurilor din sistemele de clasificare menționate în Anexa 1 și 2 la prezentul Ordin.

### **III. Principiile auditului de codificare clinică**

Auditul codificării datelor clinice va respecta următoarele principii:

- Verifică corectitudinea datelor codificate, prin comparație cu datele din Fișa bolnavului și respectarea regulilor de codificare clinice;
- Verifică consistența datelor, prin comparație cu celelalte date înregistrate în Fișa bolnavului;
- Verifică integritatea datelor în procesul codificării, colectării și transmiterii datelor în format electronic.

### **IV. Organizarea auditului de codificare clinică**

4. Auditul codificării datelor clinice, la nivel de spital, va fi realizat de către personalul din subdiviziunea de audit medical sau cel desemnat specific pentru efectuarea auditului de



codificare (de exemplu, din departamentul de statistică medicală).

5. Auditul codificării datelor clinice, la nivel central, va fi realizat de către specialiștii din cadrul Centrului Național de Management în Sănătate (în continuare – CNMS), Direcția analiză de suport CASE-MIX, după necesitate cu antrenarea specialiștilor din cadrul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare – CNAM) (după caz Agențiilor teritoriale CNAM) și a Ministerului Sănătății.

6. Atît auditul intern, cît și cel extern de codificare a datelor clinice pot fi realizate numai de persoane care pot face dovada urmării unui curs de bază de codificare a datelor clinice în cadrul celor 2 sisteme utilizate în cadrul proiectului pilot: CIM 10 (diagnostice) și AR DRG (proceduri medicale).

#### **V. Desfășurarea auditului de codificare clinică**

7. Auditul codificării datelor clinice, la nivel de spital, va fi efectuat, conform unei proceduri proprii stabilite de către spital, folosind inclusiv rezultatele grupării în DRG și validării datelor clinice de către CNMS.

8. Auditul codificării datelor clinice, la nivel central, va fi efectuat selectiv pentru episoadele de spitalizare care nu respectă Regulile de codificare a diagnosticelor și procedurilor medicale, așa cum pot fi ele identificate din analiza datelor, folosindu-se inclusiv rezultatele grupării și validării datelor clinice prezentate de către spital.

9. În ambele cazuri (audit intern sau extern), vor fi puse la dispoziția auditorilor materialele necesare: fișele bolnavilor de staționar (în original), deschis accesul la sistemele informaționale în care sunt stocate fișele electronice ale pacienților, organizată posibilitatea de a discuta și clarifica anumite detalii cu medicii curanți, șefii de subdiviziuni medicale, alt personal implicat în activitatea de îngrijire a bolnavului și/ sau codificare clinică.

10. În cazul auditului extern de codificare a datelor clinice (reprezentanții CNMS), administrația spitalului va organiza condiții adecvate pentru desfășurarea lui (birou separat, computer cu acces la internet după caz, etc.)

#### **VI. Raportarea rezultatelor auditului**

11. După finalizarea auditului codificării clinice a datelor, auditorii vor pregăti un raport cu rezultatele, concluziile și recomandările misiunii de audit, care va fi întocmit în 2 exemplare (cîte unul pentru spital și pentru echipa care a efectuat auditul).

12. Raportul de audit a codificării datelor clinice poartă caracter de recomandare.