

# Zasady kodowania chorób i procedur medycznych

na podstawie podręcznika kodowania - Adam Kozierekiewicz

## I. Uwagi ogólne i definicje

Podręcznik jest przeznaczony głównie dla osób kodujących rozpoznania w szpitalach, przede wszystkim w kontekście sprawozdawania świadczeń szpitalnych i w powiązaniu z przekazywaniem informacji rozliczeniowej.

Niniejsze wytyczne dotyczące kodowania zostały opracowane na podstawie Oficjalnych Wytycznych dotyczących Kodowania i Sprawozdawczości ICD-9-CM obowiązujących od 1 października 2003<sup>1</sup>, Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – Rewizja Dziewiąta, Modyfikacja Kliniczna (ICD-9-CM), Wydanie Szóste 2007<sup>2</sup> oraz tomu 2 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10)<sup>3</sup> wydanego przez Światową Organizację Zdrowia.

Wersje tabelaryczne i alfabetyczne obu klasyfikacji dostępne są w oryginale na stronie <http://icd9cm.chrisendres.com/2007/index.php?action>.

Podręcznik bierze pod uwagę potrzeby wynikające z grupowania pacjentów do tzw. grup diagnostycznych (DRG, JGP - jednorodne grupy pacjentów). Zasady kodowania oraz przeważająca część omawianych potencjalnych przypadków oparte zostały na metodach kodowania zatwierdzonych przez strony współpracujące przy tworzeniu ICD-9-CM: *American Hospital Association*, *American Health Information Management Association*, *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)* oraz *National Centre for Health Statistics (NCHS)*.

Niniejsze zasady zostały opracowane, aby pomóc użytkownikowi w kodowaniu i sprawozdawczości w sytuacjach gdy ICD nie wskazuje drogi postępowania lub gdy występują różnice pomiędzy kodowaniem statystycznym a kodowaniem w celu podziału pacjentów na grupy diagnostyczne.

Zarówno w ICD-10 jak i w ICD-9, przyjmuje się, że kodowanie następuje z wykorzystaniem klasyfikacji w ich wersjach przynajmniej czteroznakowych. Kodowanie przy pomocy klasyfikacji w wersji trzyznakowej jest niewystarczająco precyzyjne tak dla celów grupowania pacjentów do grup diagnostycznych jak i dla celów weryfikacji i kontroli, jakie wykonywać może płatnik z użyciem dokumentacji medycznej u świadczeniodawcy.

---

<sup>1</sup> ICD-9-CM Official Guidelines For Coding and Reporting Effective October 1, 2003, The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), Washington DC

<sup>2</sup> The International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification" (ICD-9-CM), Sixth Edition, issued for use beginning October 1, 2006 for federal fiscal year 2007 (FY07)

<sup>3</sup> Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta, Tomi-III, Vesalius, Kraków 1994-1999

**Rozpoznanie zasadnicze** (podstawowe, główne) to stan, który po przebadaniu pacjenta w szpitalu, okazał się głównym powodem przyjęcia.

1. Kody objawów, cech chorobowych oraz nieprawidłowych wyników badań:

Nie należy traktować tych kodów, znajdujących się w Rozdziale VIII, jako rozpoznanie podstawowe, jeżeli postawione zostało rozpoznanie, określające schorzenie, z którego powodu objawy te najprawdopodobniej wystąpiły.

2. Dwa lub więcej powiązanych stanów chorobowych, każdy potencjalnie kwalifikujący się jako rozpoznanie podstawowe:

W nadzwyczajnych przypadkach, gdy dwa lub więcej rozpoznań jednakowo spełniają kryteria rozpoznania podstawowego w danym epizodzie leczenia szpitalnego, a Indeks Alfabetyczny lub Lista Tabelaryczna i inne wytyczne nie podają wskazówek dotyczących kolejności kodowania, kolejność kodowania rozpoznań jest dowolna.

3. Pierwotny plan leczenia nie został zrealizowany:

Jeśli plan leczenia założony przy przyjęciu, nie został zrealizowany (np. nie wykonano zaplanowanej operacji) z uwagi na nieprzewidziane okoliczności (np. pogorszenie stanu chorego), jako rozpoznanie podstawowe należy zakodować stan chorobowy, który po przeprowadzonej diagnostyce w szpitalu, był powodem przyjęcia do szpitala i to pomimo, że leczenie tego stanu mogło nie zostać przeprowadzone.

4. Niepewna Diagnoza:

Jeżeli diagnoza udokumentowana w chwili wypisania pacjenta określana jest jako „prawdopodobna”, „podejrzewana”, „możliwa” lub „nadal niemożliwa do wykluczenia”, należy zakodować stan chorobowy, jak gdyby nadal był obecny lub został stwierdzony. Podstawę takiego kodowania stanowią badania diagnostyczne, zalecenia co do dalszych badań lub obserwacji czy początkowy kierunek leczenia.

**Rozpoznania (choroby, stany) współistniejące:** są to wszystkie stany, które:

- występują u pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala;
- powstały w trakcie leczenia i/ lub wpływają na proces terapeutyczny lub czas pobytu.

Rozpoznania związane z poprzednimi epizodami opieki medycznej, a nie wpływające na aktualny pobyt w szpitalu, należy pominąć.

1. Wcześniejsze/ Przebyte stany chorobowe:

Jeżeli lekarz postawi diagnozę w rozpoznaniu końcowym, takim jak karta informacyjna leczenia szpitalnego lub historia choroby pacjenta, z reguły powinna ona zostać zakodowana. Niektórzy lekarze w rozpoznaniu wpisują choroby przebyte lub

rozpoznania i zabiegi z poprzednich pobytów, które nie mają wpływu na obecny pobyt. Takich stanów nie należy kodować, chyba że wymaga tego procedura postępowania określona w danym szpitalu. Kody określające przeszły stan chorobowy, zawarte w rozdziale XX (kody Z....) mogą być stosowane (w następnej kolejności) jako kody drugorzędne (w pozycji „choroby współistniejące”), jeżeli stan wcześniejszy lub wywiad rodzinny ma wpływ na obecną opiekę i leczenie.

## 2. Nieprawidłowe wyniki badań:

Nieprawidłowe wyniki badań (laboratoryjne, obrazowe, patomorfologiczne oraz inne wyniki diagnostyczne) nie są kodowane lub zgłaszane chyba, że lekarz wskaże na ich istotność kliniczną. Jeżeli wyniki badań nie mieszczą się w granicach normy a lekarz prowadzący zlecił dodatkowe badania w celu oceny stanu chorobowego lub zalecił leczenie, właściwym jest zapytać lekarza jak należy traktować to rozpoznanie. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, iż niniejsza procedura różni się od praktyki stosowanej w przychodniach.

## II. Ogólne Zasady Kodowania Chorób

Zasada 1. Należy koniecznie korzystać zarówno z Indeksu Alfabetycznego jak i Listy Tabelarycznej. Opieranie się wyłącznie na Indeksie Alfabetycznym lub na Liście Tabelarycznej prowadzi do błędnego przypisania kodu oraz mniejszej dokładności w wyborze kodu.

Zasada 2. Po odnalezieniu określonego terminu w Indeksie Alfabetycznym, należy zweryfikować kod wybrany z Listy Tabelarycznej. Należy koniecznie przeczytać i kierować się wskazówkami występującymi zarówno w Indeksie Alfabetycznym, jak i w Liście Tabelarycznej.

Zasada 3. Należy ująć jak najwięcej szczegółów podczas kodowania zarówno rozpoznania jak i procedury poprzez zastosowanie jak największej liczby dostępnych cyfr. Kody rozpoznań w ICD-10 składają się z jednej litery oraz trzech lub czterech cyfr. Kody składające się z trzech znaków oznaczają w ICD nagłówki kategorii, które dalej można podzielić na podkategorie stosując kody cztero- lub pięciodziankowe, uwzględniające więcej szczegółów. Kod trzydziankowy stosowany jest wyłącznie w przypadku, gdy nie następuje dalszy podział. Tam gdzie występują kody cztero- lub pięciodziankowe, muszą one zostać przypisane. W wielu krajach stosujących systemy grupowania pacjentów kod jest nieważny i przeważnie odrzucany przez odpowiednie oprogramowanie, jeżeli nie składa się z odpowiedniej ilości wymaganych znaków. Kody procedury w ICD-9-CM zawierają 3 lub 4 cyfry. Kody składające się z 2 cyfr oznaczają nagłówki kategorii kodów, które mogą być dalej podzielone przez dodanie trzecich i czwartych cyfr podających więcej szczegółów.

Zasada 4. Kody opisujące objawy i cechy chorobowe, w przeciwieństwie do rozpoznań, można stosować w sprawozdawczości, tylko wtedy jeśli odpowiednie rozpoznanie ostateczne nie zostało postawione (potwierdzone) przez lekarza. Rozdział XVIII ICD-10 Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań (...) zawiera wiele, lecz choć zapewne nie wszystkie kody objawów.

Zasada 5. Jeśli użyto kodu jednostki chorobowej to nie stosuje się dodatkowo kodów oznak i cech chorobowych będących integralnym elementem tego procesu chorobowego. Jeśli wystąpiły dodatkowe oznaki i objawy chorobowe nie kojarzone standardowo z danym procesem chorobowym powinny być zakodowane jako kody uzupełniające.

Zasada 6. Pewne stany chorobowe posiadają główne przyczyny (etiologię), które stanowią podłoże dla wielu objawów patologicznych. Zgodnie z zasadami stosowania ICD-10 najpierw koduje się samą chorobę (jej etiologię), a następnie jej objawy. Kody określające etiologię oznaczone są znakiem „†” (krzyżyk), natomiast kod objawu oznaczony jest znakiem „\*” (gwiazdka).

Zasada 7. W przypadku, gdy u pacjenta występuje ostra lub przewlekła forma danej choroby, w pierwszej kolejności należy zakodować stan ostry, a następnie przewlekły.

Zasada 8. *Kod złożony* to pojedynczy kod używany do klasyfikowania:

- × dwóch rozpoznań jednocześnie, lub
- × rozpoznania z powiązaniem procesem wtórnym (objawy podmiotowe i przedmiotowe)
- × rozpoznania z powiązaniem powikłaniem (np. „Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek”).

Należy przypisać tylko kod złożony, jeżeli kod ten w pełni określa potrzebne warunki diagnostyczne lub gdy tak wskazuje wynik przeszukiwania Indeksów Alfabetycznych. Gdy klasyfikacja podaje kod złożony jasno określający wszelkie elementy potwierdzone w rozpoznaniu, nie należy stawiać wielu kodów dla danego przypadku a jedynie kod złożony. W przypadku, gdy w niniejszym kodzie brakuje niezbędnych szczegółów dla opisanego objawu lub powikłania, można zastosować inny kod klasyfikacji jako kod pomocniczy.

9. *Późne następstwa* oznaczają efekty (wywołane przez stan chorobowy) pozostałe po ustąpieniu fazy ostrej choroby lub urazu. Nie ma określonego limitu czasowego, od którego można stosować kody późnych następstw i pozostaje to w gestii osoby kodującej. Następstwa mogą pojawić się wcześnie, jak w przypadkach udaru naczyniowego mózgu, lub wiele miesięcy a nawet lat później, jak na przykład w rezultacie wcześniejszego urazu lub schorzeń układu kostno-szkieletowego. Kodowanie późnych następstw wymaga dwóch kodów występujących w następującej kolejności:

- × kod stanu chorobowego lub charakteru późnych następstw, który znajduje się na pierwszym miejscu
- × kod późnego następstwa, który zajmuje drugą pozycję.

Kod fazy ostrej choroby lub urazu, który doprowadził do późnych następstw, nigdy nie jest stosowany z kodem późnego następstwa.

### III. Szczegółowe zasady kodowania

#### Rozdział pierwszy – Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze

##### A. Zakażenia wirusem nabytego niedoboru odporności u ludzi (HIV)

1. Należy zakodować wyłącznie potwierdzone przypadki zakażeń/zachorowań HIV. Nie wymagane jest udokumentowanie pozytywnym badaniem serologicznym lub hodowlą HIV; wystarczy rozpoznanie lekarza stwierdzające, że pacjent jest zakażony wirusem HIV lub cierpi na chorobę związaną z zakażeniem wirusem HIV.
2. Wybór i kolejność
  - a. Jeżeli pacjent jest przyjęty z chorobą związaną z zakażeniem wirusem HIV, należy przyjąć kod z zakresu B20-B24 jako rozpoznanie podstawowe.
  - b. Jeżeli pacjent z chorobą wywołaną wirusem HIV jest przyjęty z chorobą nie powiązaną (jak na przykład uraz), kod choroby nie powiązanej (np. kod urazu) powinien stanowić rozpoznanie podstawowe. Pozostałe rozpoznania będą kodowane kod z zakresu B20-B24.
  - c. Fakt, iż pacjent został po raz pierwszy zdiagnozowany lub był wcześniej przyjmowany/konsultowany w związku z chorobami wywołanymi wirusem HIV nie ma wpływu na kolejność kodowania.
  - d. Kod Z21 powinien być stosowany przy Bezobjawowym zakażeniu wirusem HIV, gdy pacjent bez potwierdzonych objawów uznawany jest jako „nosiciel wirusa HIV”, „potwierdzony nosiciel”, „zarażony wirusem HIV” lub podobnie. Nie należy stosować tego kodu jeżeli stosuje się termin „AIDS” lub jeżeli pacjent jest leczony na chorobę wywołaną zakażeniem wirusem HIV lub określa się go jako cierpiącego na choroby wynikające ze statusu nosiciela; w takich przypadkach należy korzystać z kodu z zakresu B20-B24.
  - e. Pacjenci z wynikiem serologicznym HIV, jednak bez ostatecznego rozpoznania oraz nie zdradzający objawów choroby mogą zostać określeni kodem R75, a więc *Laboratoryjne dowody wskazujące na zakażenie wirusem HIV*.
  - f. Pacjenci z wcześniejszym rozpoznaniem choroby wywołanej zakażeniem wirusem HIV powinni być określani kodem z zakresu B20-B24. Od momentu zachorowania na chorobę wywołaną wirusem HIV, pacjent powinien być już zawsze określany kodem z zakresu B20-B24 podczas każdego kolejnego przyjęcia/wizyty. Pacjenci z wcześniej

rozpoznaną chorobą wywołaną zakażeniem wirusem HIV nigdy nie powinni być określani kodem Z21 lub R75.

g. Jeżeli pacjent jest badany w celu określenia jego statusu, należy używać kodu Z11.4 *Specjalne badanie przesiewowe w kierunku zakażenia wirusem HIV.*

#### B. Posocznica i wstrząs septyczny

1. W większości przypadków należy nadać kod z kategorii A40-A41, z określeniem czynnika zakaźnego będącego przyczyną tego stanu. Jeżeli w karcie pacjenta stwierdzono posocznicę paciorkowcową należy zastosować kody z kategorii A40.
2. Jeżeli terminy takie jak sepsa, ciężka sepsa pojawiają się przy zakażeniu głównym, takim jak np. zapalenie płuc, zapalenie tkanki łącznej lub nieokreślone zakażenie dróg moczowych, w pierwszej kolejności należy przypisać kod z zakresu A40-A41, następnie kod zakażenia podstawowego. Użycie terminów sepsa czy posocznica wskazuje na fakt, iż zakażenie rozwinęło się do zakażenia uogólnionego, dlatego też powinno ono zajmować wcześniejszą pozycję przed infekcją umiejscowioną w określonym organie.
3. Jeżeli wstrząs septyczny został udokumentowany, należy koniecznie w pierwszej kolejności zastosować kod z zakresu A40-A41, a następnie nieswoisty kod A41.9 Wstrząs septyczny.
4. Posocznica oraz wstrząs septyczny powiązane z aborcją, ciążą pozamaciczną i zaśnięciem groniastym są sklasyfikowane pośród kodów w zakresie O03-O07, O08.0.
5. Negatywny lub niejednoznaczny posiew krwi nie wyklucza rozpoznania posocznicy u pacjentów z rozpoznaniem klinicznym istnienia choroby, o ile lekarz postawi taką diagnozę.

### **Rozdział drugi - Nowotwory**

A. Jeżeli leczenie związane jest z leczeniem nowotworu o złośliwym charakterze, podstawowym rozpoznaniem powinien być nowotwór złośliwy.

B. W przypadku, gdy pacjent jest przyjmowany z nowotworem pierwotnym z przerzutami, natomiast leczenie koncentruje się wyłącznie na miejscach przerzutów, nowotwór wtórny oznaczany jest jako rozpoznanie podstawowe mimo, iż pierwotny nowotwór złośliwy wciąż jest obecny.

C. Kodowanie oraz ustalanie kolejności powikłań powiązanych z nowotworami złośliwymi lub z ich leczeniem podlega następującym wytycznym:

1. Jeżeli przyjęcie ma na celu leczenie niedokrwistości będącej rezultatem choroby nowotworowej lub terapii nowotworu (chemioterapia, radioterapia), a leczenie obejmuje wyłącznie anemię, powinna być ona zaznaczona jako rozpoznanie podstawowe (kody D60-D64), a kody nowotworu powinny być użyte jako dodatkowe.
2. Jeżeli przyjęcie ma na celu leczenie powikłania będącego rezultatem zabiegu chirurgicznego wykonanego w celu usunięcia złośliwego nowotworu, należy oznaczyć powikłanie jako rozpoznanie.

D. Jeżeli pierwotny nowotwór złośliwy został uprzednio wycięty lub usunięty z jego lokalizacji, oraz jeżeli nie podjęto dalszego leczenia tego miejsca oraz nie ma obecnie dowodu na istnienie komórek nowotworu złośliwego, należy przypisać kod z kategorii Z85.- *Nowotwór złośliwy w wywiadzie dotyczącym danej osoby*, w celu wskazania uprzedniej lokalizacji komórek złośliwych. Wszelkie wzmianki na temat rozszerzenia, nacieczenia lub przerzutów na inne lokalizacje należy oznaczyć jak wtórny nowotwór złośliwy w tych lokalizacjach.

E. Przyjęcia w celu wykonania zabiegu chemoterapii i radioterapii:

1. Jeżeli fragment cyklu leczenia polega na usunięciu chirurgicznym nowotworu, pierwotnego lub wtórnego, po którym następuje leczenie chemioterapeutyczne lub radioterapeutyczne, kod nowotworu powinien stanowić rozpoznanie podstawowe.
2. Jeżeli przyjęcie ma na celu wykonanie zabiegu chemioterapii lub radioterapii, kody Z51.1 *Cykle chemioterapii nowotworów* lub Z51.0 *Seanse radioterapii* powinny stanowić rozpoznanie podstawowe. Jeżeli pacjent został poddany obu sposobom leczenia, należy uwzględnić oba kody zachowując kolejność przeprowadzonych terapii.
3. W przypadku, gdy pacjent został przyjęty w celu przeprowadzenia zabiegów radioterapii lub chemioterapii i wystąpią u niego powikłania w postaci np. mdłości lub niekontrolowanych wymiotów lub odwodnienia organizmu, podstawowym będzie w dalszym ciągu Z51.1 *Cykle chemioterapii nowotworów* lub Z51.0 *Seanse radioterapii* powinny.

F. W przypadku, gdy powodem przyjęcia jest chęć określenia stopnia złośliwości, lub wykonanie zabiegu takiego jak np. nakłucie klatki piersiowej, pierwotna lokalizacja komórek złośliwych lub miejsce przerzutów powinno być oznaczone jako rozpoznanie podstawowe, pomimo zastosowania zabiegów chemioterapii i radioterapii.

G. Objawy, oznaki lub nieprawidłowe wyniki badań podane w Rozdziale R00-R99, charakterystyczne lub powiązane z istniejącą lokalizacją złośliwego nowotworu pierwotnego lub wtórnego, nie mogą zastąpić złośliwości nowotworu jako rozpoznania podstawowego, bez względu na liczbę przyjęć w celu leczenia nowotworu.



## **Rozdział trzeci – Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych**

Aktualnie brak wytycznych kodowania

## **Rozdział czwarty – Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej**

Kody cukrzycy, tak jak większość pozostałych kodów Klasyfikacji powinny być używane w postaci 4-znakowej. Dla kategorii z zakresu E10-E14 wprowadzono jednolite rozszerzenia 4-znakowe, na stronach 266-267 I Tomu Klasyfikacji.

## **Rozdział piąty – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania**

Aktualnie brak wytycznych kodowania

## **Rozdział szósty - Choroby układu nerwowego**

Aktualnie brak wytycznych kodowania

## **Rozdział siódmy – Choroby oka i przydatków oka**

Aktualnie brak wytycznych kodowania

## **Rozdział ósmy – Choroby ucha i wyrostka sutkowatego**

Aktualnie brak wytycznych kodowania

## **Rozdział dziewiąty – Choroby układu krążenia**

A. Nadciśnienie:

1. Nadciśnienie (tętnicze) (samoistne) (pierwotne) (układowe) (NOS), jeśli nie skutkuje schorzeniami nerek i serca ani jest skutkiem innych schorzeń, należy zakodować I10.
2. Choroby serca powiązane z nadciśnieniem, czyli takie w których stwierdzono lub sugeruje się ich związek przyczynowy z nadciśnieniem tętniczym, wymagają nadania kodu z

zakresu I11.-. W celu zidentyfikowania typu niewydolności serca u pacjentów można zastosować kod pomocniczy z kategorii I50.-, przy czym można więcej niż jednego kodu z tej kategorii. Inne schorzenia serca, którym towarzyszy nadciśnienie, jednakże nie stwierdza się związku pomiędzy nimi, są kodowane oddzielnie.

3. Choroby nerek powiązane z nadciśnieniem, czyli takie w których stwierdzono lub sugeruje się ich związek przyczynowy z nadciśnieniem tętniczym, wymagają nadania kodu z zakresu I12.-.
4. Choroby serca i nerek powiązane z nadciśnieniem, czyli takie w których stwierdzono lub sugeruje się ich związek przyczynowy z nadciśnieniem tętniczym, wymagają nadania kodu z zakresu I13.-. Należy przyjąć, iż istnieje związek pomiędzy nadciśnieniem oraz niewydolnością nerek, bez względu na to czy choroba jest tak właśnie określona. W celu zidentyfikowania typu niewydolności serca u pacjentów można zastosować kod pomocniczy z kategorii I50.-.
5. Nadciśnienie przejściowe; przypisz kod R03.0, *Podwyższone ciśnienie, bez rozpoznanego nadciśnienia* chyba, że pacjentowi postawiono rozpoznanie nadciśnienia. Dla nadciśnienia przejściowego podczas ciąży należy przypisać kod O16.

B. Późne następstwa choroby naczyniowej mózgu. Kategoria I69.- określa stany, które można zaliczyć jako późne następstwa (deficyty neurologiczne), chorób sklasyfikowanych w kategoriach I60-I67. Rzeczony „późne następstwa” obejmują deficyty neurologiczne, które nie ustępują po początkowym ataku chorób. Deficyty neurologiczne spowodowane chorobą naczyniową mózgu mogą występować od początku choroby lub wystąpić w każdej chwili po rozpoczęciu choroby, którą można zaliczyć do kategorii I60-I67. Kody z kategorii I69.- mogą być umieszczane w karcie pacjenta razem z kodami z kategorii I60-I67, jeżeli pacjent cierpi obecnie na udar naczyniowy mózgu oraz posiada deficyty z wcześniejszego udaru. Dla wcześniejszego udaru naczyniowego mózgu, jeżeli u pacjenta nie występują żadne deficyty neurologiczne, jako kod pomocniczy, należy przypisać kod Z86.6 zamiast kodu z kategorii I69.-.

### C. Niewydolność serca

Niewydolność serca to choroba, w której mięsień sercowy nie jest zdolny do tłoczenia krwi do układu krążenia. Skutkiem tego jest zmniejszony dopływ krwi do nerek, powodujący zatrzymanie wody i sodu w nerkach. Woda zatrzymana w nerkach dostaje się do układu krążenia zbierając się w płucach, narządach jamy brzusznej i kończynach dolnych. Wszystkie kody niewydolności serca uwzględniają powiązane obrzęki płuc; nie przypisuje się żadnego dodatkowego kodu.

Pojęcie zastoinowa niewydolność serca jest często – mylnie – używane wymienne z pojęciem niewydolności serca. Nagromadzenie się płynu opłucnowego lub obrzęk płuc stanowią

jedne z cech charakterystycznych niewydolności serca, jednak nie występuje u wszystkich pacjentów.

Niewydolność serca można podzielić na dwa rodzaje: zastoinowa (prawokomorowa) i lewokomorowa. Często oba rodzaje niewydolności występują razem. Niewydolność lewej strony serca jest spowodowana nagromadzeniem się płynu za lewą komorą. Dla zakodowania tych stanów należy użyć kodów z kategorii I50.-.

Jeżeli niewydolność serca spowodowana jest nadciśnieniem, w pierwszej kolejności podaj poprawny kod choroby serca spowodowanej nadciśnieniem z kategorii I11.-. Jeżeli występuje również powiązana choroba nerek, zamiast w/w kodu należy podać poprawny kod z kategorii I13.-. W obu przypadkach, należy zastosować kod pomocniczy z kategorii I50.- w celu zidentyfikowania rodzaju niewydolności serca. Można przypisać więcej niż jeden kod z kategorii I50.- jeżeli pacjent cierpi obie formy niewydolności serca.

Nie należy z góry zakładać związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy niewydolnością serca a nadciśnieniem. Takie założenie można przyjąć, jeżeli w dokumentacji medycznej stwierdza się chorobę serca spowodowaną nadciśnieniem lub nadciśnieniową chorobę serca. Jeżeli dokumentacja wymienia obie choroby, niewydolność serca oraz nadciśnienie, lecz nie wskazuje na związek pomiędzy nimi, każda z nich kodowana jest oddzielnie. Kolejność kodowania określona jest przez okoliczności przyjęcia pacjenta oraz towarzyszącą dokumentację.

Zastoinowa niewydolność serca wywołana nadciśnieniem: I11.0

Zastoinowa niewydolność serca z towarzyszącym nadciśnieniem bez związku przyczynowego: I50.0 i I10

Jeżeli pacjent przyjmowany jest do szpitala w stanie niewydolności oddechowej spowodowanej lub powiązanej z zaostrzeniem przewlekłej choroby nie będącej schorzeniem oddechowym (np. niewydolności serca), wtedy ta choroba stanowi rozpoznanie podstawowe. Odwrotnie, jeśli niewydolność oddechowa jest rozwinięciem choroby układu oddechowego – wtedy niewydolność oddechowa jest głównym rozpoznaniem.

## **Rozdział dziesiąty – Choroby układu oddechowego**

Kodowanie niewydolności oddechowej pozostaje jednym z największych wyzwań dla osób kodujących. Zamieszanie jest częściowo spowodowane faktem, iż należy dobrze przeanalizować główną przyczynę, jeżeli jest znana, zanim przypisze się ostateczny kod w danym przypadku.

Niewydolność oddechowa określana jest jako niezdolność organizmu do pełnienia podstawowej funkcji płuc – wymiany gazowej. Wymiana gazowa to proces przeniesienia tlenu z wdychanego powietrza do krwi oraz wytworzonego dwutlenku węgla z krwi do płuc. Niewydolnością oddechową może być nieodpowiednie natlenowanie (hipoksja) – tkanki płuc nie funkcjonują prawidłowo; lub też niewydolność wentylacyjna - upośledzenie przepływu powietrza do i z płuc; albo może być połączeniem obu.

Gdy proces wymiany gazowej nie przebiega prawidłowo, w krwi znajduje się za mało tlenu, stan określany mianem hipoksemii, co można znaleźć w historii choroby. Zdarza się również, iż we krwi znajduje się nadmiar dwutlenku węgla, co określa się mianem hiperkapnii. Powoduje ona wzrost kwasowości krwi, prowadząc do kwasicy. Jeżeli w historii choroby pojawi się którykolwiek z tych terminów – hypoksemia, hiperkapnia lub kwasica – osoba kodująca ma za zadanie poszukać pozostałej dokumentacji dotyczącej niewydolności oddechowej.

Prawie wszystkie choroby płuc, w tym astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), mukowiscydoza, zapalenie płuc mogą postępować lub w końcu doprowadzić do niewydolności oddechowej, jeżeli nie będą odpowiednio nadzorowane.

Zespół ostrej niewydolności oddechowej dorosłych (ARDS), znany również jako zespół ostrej niewydolności oddechowej, jest rodzajem niewydolności spowodowanej rozległymi uszkodzeniami płuc w takich okolicznościach jak ostre zakażenie, udar i poparzenia. Odpowiedni kod to J80.

Niewydolność oddechowa z hiperkapnią spowodowana może być chorobą mięśni oddechowych i można ją również określać jako „niewydolność aparatu tłoczącego lub wentylacyjnego”. Pomimo, iż płuca u tych pacjentów funkcjonują normalnie, obserwuje się utratę lub spadek funkcji nerwowo-mięśniowych, płytki oddech oraz ograniczenie dopływu powietrza do płuc. Jest to drugi rodzaj niewydolności oddechowej i występuje u pacjentów cierpiących na choroby takie jak miastenia ciężka rzekomoporaźna (męczliwość mięśni), porażenie (apopleksja), porażenie mózgowie, stwardnienie zanikowe boczne, dystrofia mięśni, zapalenie istoty szarej rdzenia. Właściwe kodowanie w tym przypadku to J96.0.

W przypadku zaistnienia powyższych zjawisk w stanach pooperacyjnych ograniczających możliwość wzięcia głębokiego oddechu oraz po przedawkowaniu środków uspokajających, należy nadać kod z zakresu J95.-.

Główne zasady kodowanie niewydolności oddechowej:

1. Najbardziej oczywisty przypadek obejmuje niewydolność oddechową u pacjenta, u którego główna przyczyna choroby posiada również charakter oddechowy. W takim przypadku, niewydolność oddechowa stanowi rozpoznanie podstawowe.

2. Jeżeli pacjent jest przyjęty w stanie niewydolności oddechowej spowodowanej lub powiązanej z ostrym schorzeniem poza układem oddechowym, to właśnie ostre schorzenie stanowi rozpoznanie podstawowe.
3. Jeżeli pacjent jest przyjęty z ostrą niewydolnością oddechową spowodowaną lub powiązaną z poważnym zaostrzeniem przewlekłego schorzenia poza układem oddechowym, to zaostrzone schorzenie stanowi rozpoznanie podstawowe.
4. Jeżeli pacjent przyjęty jest w stanie niewydolności oddechowej spowodowanej przewlekłym schorzeniem poza układem oddechowym, które nie uległo zaostrzeniu w ostatnim czasie, niewydolność oddechowa stanowi rozpoznanie podstawowe.

### **Rozdział jedenasty – Choroby układu pokarmowego**

Aktualnie brak wytycznych kodowania

### **Rozdział dwunasty – Choroby skóry i tkanki podskórnej**

Aktualnie brak wytycznych kodowania

### **Rozdział trzynasty – Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej**

Aktualnie brak wytycznych kodowania

### **Rozdział czternasty – Choroby układu moczowo-płciowego**

Aktualnie brak wytycznych kodowania

### **Rozdział piętnasty i szesnasty – Ciąża i noworodki**

#### **Wytyczne dotyczące kodowania stanu matki:**

Przypadki położnicze wymagają kodów pochodzących z Rozdziału XV, Ciąża, poród, poród,

Stwierdzenie czy leczona choroba nie wpływa na ciążę lub odwrotnie należy do obowiązków lekarza. Kody z Rozdziału 15 mają pierwszeństwo przed kodami z pozostałych rozdziałów. Kody z pozostałych rozdziałów można stosować jako kody dodatkowe w celu

dalszego sprecyzowania chorób. Kody z Rozdziału 15 mogą być umieszczane wyłącznie w dokumentacji matki, natomiast nigdy nie powinny być umieszczane w dokumentacji noworodka.

Kodu rodzaju porodu z zakresu O80-O84 powinien znajdować się w karcie każdej matki w przypadku porodu szpitalnego. Dodatkowym kodem stosowanym w dokumentacji matki jest kod z zakresu Z37.-, który wskazuje czy poród był pojedynczy czy mnogi oraz czy noworodek jest żywo czy martwo urodzony. Nie należy przypisywać kodów z kategorii O80-O84 jeżeli poród nastąpił poza szpitalem.

Jeżeli w trakcie pobytu szpitalnego planowany poród nie nastąpi, podstawowym rozpoznaniem powinno być powikłanie ciąży, które spowodowało konieczność pobytu. Jeżeli istnieje więcej niż jedno powikłanie, a wszystkie są leczone lub kontrolowane, każde z nich może być zakodowane jako pierwsze. Jeżeli poród nastąpi, rozpoznanie podstawowe powinno uwzględniać główne okoliczności lub powikłania porodowe. Jeżeli ciąża zostaje rozwiązana przez cesarskie cięcie, rozpoznanie podstawowe powinno podać powody decyzji o cesarskim cięciu.

Kod porodu samoistnego: kodu O80.- używa się w przypadkach kiedy kobieta jest przyjęta do porodu o czasie i rodzi jedno, zdrowe niemowlę bez żadnych powikłań. Poród uważany jest za samoistny gdy odbywa się bez lub z niewielką pomocą położniczą, z lub bez nacięcia krocza, bez obracania płodu (kleszcze) lub bez użycia przyrządów; poród główkowy, pochwowy, o czasie, kiedy rodzi się jedno żywe niemowlę. Kodu O80.- należy używać jeżeli u pacjentki wystąpiły powikłania na pewnym etapie ciąży, ale powikłanie nie występuje w momencie przyjęcia do porodu. Kod O80.- zawsze stanowi rozpoznanie podstawowe. Kodu O80.- nigdy nie stosuje się, jeżeli występują jakiegokolwiek powikłania.

Można używać kodów pomocniczych z innych rozdziałów wraz z kodem O80.-, jeżeli nie są one związane z lub w żaden sposób nie powodują powikłań ciąży. Kod wyniku porodu Z37.0 *Pojedyncze żywe urodzenie*, jest jedynym możliwym kodem, którego można używać z O80.-. Jeżeli nastąpi poród mnogi stosujemy kody z zakresu O84.- a jeśli nastąpiło urodzenie martwe, wtedy konieczne jest określenie kodu powikłań porodowych.

Kody z kategorii O32.-, i O33.- są przypisywane jedynie w przypadkach, gdy stan płodu jest rzeczywiście przyczyną zmiany opieki położniczej nad matką. Takie przypadki obejmują badania diagnostyczne mające na celu ocenę nieprawidłowości lub zaburzenia, dodatkową obserwację, specjalną opiekę lub przerwanie ciąży. Sam fakt istnienia choroby płodu nie stanowi podstawy do zastosowania kodu z tej serii.

Okres połogu zaczyna się bezpośrednio po porodzie i trwa przez sześć kolejnych tygodni. Powikłanie w połogu to takie, które wystąpi podczas tego okresu. Kody z Rozdziału

XV mogą być stosowane do opisu powikłania poporodowego, które wystąpiło po okresie sześciu tygodni, jeżeli lekarz potwierdzi, iż jest ono związane z ciążą.

Jeżeli matka urodzi poza szpitalem jeszcze przed przyjęciem, a następnie zostanie przyjęta w celu otrzymania rutynowej opieki poporodowej, jak również nie wystąpią żadne powikłania, należy przypisać kod Z39.0, Opieka i badania poporodowe bezpośrednio po porodzie, jako rozpoznanie podstawowe. Nie powinno się stosować kodu porodu w stosunku do pacjentki, która urodziła przed przyjęciem do szpitala. Wszelkie postępowanie poporodowe powinno być kodowane.

### **Wytyczne dotyczące kodowania stanu noworodków**

Okres okołoporodowy określany jest jako okres od chwili narodzin do 28 dnia po urodzeniu. Należy zakodować wszelkie stany istotne klinicznie zauważone podczas standardowego badania noworodka. Stan jest istotny klinicznie, jeżeli wymaga: oceny klinicznej; leczenia; badań diagnostycznych; wydłużonego pobytu w szpitalu; wzmożonej opieki i kontroli pielęgniarskiej; lub pociąga za sobą implikacje dla przyszłego leczenia.

Należy przypisać kod z kategorii Z38.- dla noworodków żywo urodzonych według typu urodzenia i miejsca. Typ określa się jako pojedynczy, bliźniaczy lub mnogi. W przypadku typu mnogiego, kod w dokumentacji matki określa czy rodzeństwo jest żywo czy martwo urodzone.

Kody z kategorii Z38.- wskazują na żywe urodzenie. Kody z kategorii P00-P99 są przypisywane wszystkim stanom istotnym klinicznie zauważonym podczas badania noworodka i tylko w przypadku, jeżeli lekarz zapisał chorobę w karcie pacjenta. Stan jest istotny klinicznie, jeżeli spełnia wyżej wymienione warunki. Stany nieistotne klinicznie lub oznaki lub objawy, które ustępują bez zastosowania leczenia, nie są kodowane ani zapisywane. Stany ustępujące bez zastosowania leczenia oraz nie wymagające badań diagnostycznych również nie powinny być kodowane. Do tych stanów zalicza się wysypki oraz żółtaczkę o łagodnym przebiegu.

Kody z kategorii P00-P04, określające przyczyny matczyne zachorowalności i umieralności okołoporodowej, są wpisywane tylko do kart noworodków i tylko w przypadkach, jeżeli choroba matki rzeczywiście wpłynęła na stan płodu lub noworodka. Fakt, iż matka cierpi na powiązany stan chorobowy lub występują u niej pewne powikłania ciążowe, powikłania w ostatniej fazie ciąży lub powikłania porodowe nie stanowi podstawy do zastosowania kodów z tych kategorii.

### **Rozdział siedemnasty – Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe**

Należy przypisać odpowiedni kod z kategorii Q00-Q99 jako rozpoznanie pomocnicze w przypadku gdy rozpoznano konkretną wrodzoną wadę rozwojową. Wady wrodzone mogą również stanowić podstawowe lub wstępne rozpoznanie podczas przyjęć następujących po przyjęciu noworodka. Mogą one występować jako zbiór objawów lub wielu wad rozwojowych.

## **Rozdział osiemnasty – Objawy, cechy chorobowe (...)**

Rozdział ten obejmuje nie w pełni zdefiniowane stany, dla których nie można ustalić jednoznacznego rozpoznania nadającego się do sklasyfikowania w innych rozdziałach. W zasadzie kody w niniejszym rozdziale obejmują słabo zdefiniowane stany, takie stany w których można przypuszczać współistnienie dwóch lub więcej różnych chorób albo też chorób dotyczących dwóch lub więcej narządów, a także objawy i cechy dotyczące przypadków będących w trakcie diagnozowania, na etapie gdy nie można postawić definitywnego rozpoznania.

Wymienione w niniejszym rozdziale hasła można by określić jako "bliżej nie określone" lub "o nie znanej etiologii", a także jako "przemijające" i obejmują:

- (a) przypadki, w których nie można ustalić dokładnej diagnozy nawet po uwzględnieniu wszystkich danych i przeprowadzeniu badań;
- (b) objawy i oznaki, które istniały na początku obserwacji pacjenta i okazały się przemijające, lecz których przyczyn nie udało się ustalić;
- (c) rozpoznanie tymczasowe u pacjentów, którzy nie zgłosili się do dalszych lub bardziej szczegółowych badań;
- (d) przypadki przeniesione do innych placówek leczniczych dla badania lub leczenia, zanim ustalono ostateczne rozpoznanie;
- (e) przypadki, w których nie udało się ustalić dokładnej diagnozy z jakiegokolwiek przyczyny;
- (f) niektóre objawy chorobowe, dla których jest przewidziana dodatkowa informacja, a przedstawiają one istotne zagadnienia dla opieki lekarskiej.

## **Rozdział dziewiętnasty i dwudziesty – Urazy i zatrucia**

### **Kodowanie urazów**

Podczas kodowania urazów, należy starać się przypisać oddzielny kod każdemu urazowi chyba, przy czym na pierwszym miejscu powinien zostać zakodowany uraz wyraźnie najpoważniejszy w skutkach i najważniejszy z punktu widzenia terapii.



Urazy powierzchowne, takie jak otarcia czy stłuczenia nie są kodowane, jeżeli mają związek z innymi cięższymi obrażeniami w tej samej lokalizacji. Jeżeli uraz główny pociąga za sobą uszkodzenia drugorzędne nerwów obwodowych lub naczyń krwionośnych, uraz główny kodowany jest jako pierwszy, z kodem (kodami) pomocniczym z kategorii określającej urazy nerwów i rdzenia kręgowego, i/lub 900-904, Uraz naczyń krwionośnych. Jeżeli uraz główny dotyczy naczyń krwionośnych lub nerwów, ten rodzaj urazu powinien być zakodowany jako pierwszy. Jeśli są dwa lub więcej miejsc i rodzajów urazów i nie można określić wyraźnie dominującego, można zastosować kod urazu mnogiego (T00-T07).

Niniejsze kody nie są przeznaczone do kodowania klasycznych, gojących się ran chirurgicznych, ani też do identyfikacji powikłań związanych z ranami chirurgicznymi.

### **Kodowanie złamań**

Złamania są przeważnie dokumentowane jako “otwarte” lub “zamknięte”. Złamanie zamknięte to takie kiedy skóra pozostaje nie uszkodzona w miejscu złamania.

Złamanie otwarte wskazuje, iż skóra została przebita oraz towarzyszy jej otwarta rana w miejscu złamania. Należy zwrócić uwagę, że otwór w skórze musi łączyć się z miejscem złamania żeby można było zaliczyć złamanie do otwartych. W niektórych przypadkach karta pacjenta powinna stwierdzać, że pacjent ma złamanie a dodatkowo skaleczenia w miejscu złamania. Jeżeli jednak skaleczenie jest powierzchowne i nie łączy się ze złamaniem, powinny być one klasyfikowane oddzielnie, z oddzielnym kodem dla złamania zamkniętego i oddzielnym dla skaleczenia.

Wszelkie złamania nie określane mianem otwartego lub zamkniętego powinny być klasyfikowane jako złamania zamknięte.

Osoba kodująca musi dokładnie upewnić się/ustalić która kość została złamana; jeżeli ani dokumentacja lekarska, ani opis radiologiczny nie zawierają takiej informacji, osoba kodująca powinna skonsultować się z lekarzem przed przypisaniem kodu.

Urazy mnogie powinny być kodowane oddzielnie, jeżeli tylko jest to możliwe, natomiast jeżeli złamanie jest leczone chirurgicznie powinno zajmować pozycję wyższą niż pozostałe urazy, których leczenie jest mniej złożone.

Wadliwy zrost kości (kod M84.0, Wadliwy zrost po złamaniu) oznacza, iż zrost kości przebiegł prawidłowo natomiast fragmenty kości znajdują się w nieodpowiedniej pozycji. Leczenie nieprawidłowego zrostu kości z reguły obejmuje chirurgiczne cięcie kości (przecięcie lub nacięcie kości), nastawienie kości oraz zwykle zastosowanie unieruchomienia wewnętrznego z lub bez przeszczepu kości.

Brak zrostu (kod M84.1 Brak zrostu po złamaniu) oznacza, iż części złamanej kości nie zrosły się. Leczenie takich przypadków z reguły obejmuje otwarcie złamania oraz wykonanie częściowego opracowania chirurgicznego rany na zakończeniu kości wraz z nastawieniem kości.

Kodów rozpoznań dla następstw urazów (T90-T98) powinno się również używać w przypadkach wadliwego zrostu lub braku zrostu kości. Kody te mogą być przypisane w rok lub później po wystąpieniu urazów.

Dokumentacja lekarska najczęściej zawiera informacje związane z leczeniem złamań otwartych lub zamkniętych. Osoba kodująca nie powinna mylić informacji dotyczących opisu typu postępowania z informacjami dotyczącymi opisu samego złamania, „otwartego” bądź „zamkniętego”. Obie informacje niekoniecznie muszą sobie odpowiadać. Rzadko zdarza się, aby przypadki złamania zamkniętego wymagały leczenia otwartego. Obie informacje powinny być kodowane oddzielnie i niezależnie. Kody rodzaju złamania (zamknięte – 0, otwarte - 1) dodaje się jako piąty znak przy kodzie określającym lokalizację złamania (złamaną kość).

### **Kodowanie oparzeń termicznych lub chemicznych**

Oparzenia (T20-T32) klasyfikowane są według rodzaju czynnika parzącego, miejsca oparzenia oraz jego stopnia. Jako kod dodatkowy można podać kod okoliczności zewnętrznych prowadzących do oparzenia (np. próba samobójcza, czy wypadek przy pracy z Rozdziału XX).

Oparzenia dzieli się na oparzenia pierwszego stopnia (rumień), drugiego stopnia (pęcherze) oraz trzeciego stopnia (zajęcie pełnej grubości). Jeżeli występuje więcej niż jedno oparzenie miejsce oparzenia, w pierwszej kolejności należy zakodować oparzenie o najwyższym stopniu. Oparzenia różnego stopnia występujące w jednym miejscu należy zakwalifikować do kategorii opisującej najwyższy stopień zawarty w rozpoznaniu.

Podczas kodowania oparzeń, każde miejsce oparzenia powinno być kodowane oddzielnie. Kody z kategorii T29-T32, dla oparzeń mnogich okolic ciała, powinny być stosowane wyłącznie w przypadkach, gdy lokalizacja oparzenia nie została umieszczona w dokumentacji.

Kod z kategorii T31 i T32 Oparzenia sklasyfikowane według rozległości objętej powierzchni ciała należy zastosować, jeżeli nie określono miejsca oparzenia lub gdy istnieje potrzeba zgromadzenia dodatkowych danych do celów określenia śmiertelności z powodu oparzeń, potrzebnych np. ośrodkom leczenia oparzeń. Zaleca się również korzystanie z tej kategorii, jako dodatkowego kodu w przypadku, gdy wymienia się oparzenia trzeciego stopnia obejmujące ponad 20% powierzchni ciała.

Przyjęcia w celu leczenia późnych następstw oparzeń (tj. blizn lub przykurczów stawów) powinny być kodowane wraz ze stanem charakteryzującym te następstwa, natomiast następny w kolejności powinien być kod odpowiedniego późnego następstwa (T90-T98).

### **Kodowanie skutków przyjęcia substancji chemicznych**

Własności niektórych leków, substancji leczniczych i biologicznych lub połączenia takich substancji, mogą wywoływać reakcje toksyczne. Przypadki toksyczności leków są ujęte w ICD-10, jak podano poniżej:

Szkodliwe działanie uboczne występuje wtedy, gdy lek został właściwie przepisany oraz prawidłowo podawany, a mimo to wywoła określone negatywne skutki dla organizmu. W takiej sytuacji należy zakodować charakter tych skutków, taki jak na przykład: częstoskurcz, majaczenie, krwawienie żołądkowo-jelitowe, wymioty, hipokaliemia, zapalenie wątroby, niewydolność nerek lub niewydolność oddechowa. Jeśli w kodzie stanu (np. zapalenie skóry kontaktowe (L23-L25) nie znajduje się określenie jaka substancja wywołana taki skutek, a substancja ta jest znana, należy zastosować kod z Rozdziału XX, z zakresu Y40-Y59 oraz substancji znajdujący się w odpowiednie tabeli w Indeksie alfabetycznym.

Zatrucie lekami i substancjami farmakologicznymi i odpowiedni kod zatrucia z zakresu T36-T50 stosuje się:

- a. W przypadku gdy został popełniony błąd podczas przepisywania lub podawania leku przez lekarza, pielęgniarkę, pacjenta lub osobę trzecią;
- b. Jeżeli przyjęta lub podana została zbyt duża dawka leku, która spowodowała jego toksyczność.
- c. Jeżeli przyjęto nie przepisany lek lub środek leczniczy razem z lekiem właściwie przepisany i prawidłowo podawany, wszelka toksyczność leku lub każda inna reakcja będąca skutkiem interakcji obu leków.
- d. Podczas kodowania zatrucia lub reakcji na niewłaściwe używanie leku (np. nieprawidłowe dawkowanie, nieodpowiednia substancja, nieprawidłowy sposób podawania) kod zatrucia znajduje się w pierwszej kolejności, a po nim następuje kod objawu. Jeżeli dodatkowo w rozpoznaniu stwierdza się nadużywanie narkotyków lub uzależnienie od substancji leczniczej, nadużywanie lub uzależnienie będzie kodowane w kodzie dodatkowym.

### **Rozdział dwudziesty pierwszy – Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia**

Wyróżnia się cztery główne przypadki kiedy należy używać kodu Z:

1. Jeżeli osoba nie jest obecnie chora natomiast zgłasza się z innego powodu, jak na przykład w charakterze dawcy organów, w celu leczenia profilaktycznego lub w celu uzyskania porady zdrowotnej
2. Jeżeli osoba cierpiąca na ustępującą lub przewlekłą chorobę, uraz lub dolegliwości zgłasza się w ramach opieki pooperacyjnej po chorobie lub urazie, jak np. dializa w przypadku choroby nerek; chemioterapia po nowotworze złośliwym; lub zmiana opatrunku unieruchamiającego,
3. Jeżeli okoliczności lub problemy wpływają na stan zdrowia pacjenta, jednak same w sobie nie są obecną chorobą lub urazem,
4. W przypadku noworodków, w celu ustalenia typu urodzenia.

Kody przebytej choroby (Z85-Z87) wskazują na wcześniejsze przebyte choroby lub dolegliwości. Jeżeli choroba wciąż nie ustąpiła lub jeżeli pacjent jest w trakcie leczenia, nie używa się kodu przebytej choroby.

Kody wywiadów rodzinnych stosowane są wówczas, gdy obciążenia rodzinne stanowią przyczynę wizyty. Na przykład, pacjent zgłasza się na zabieg endoskopii okrężnicy, ponieważ w jego rodzinie zdarzały się przypadki raka okrężnicy. Kody dotyczące wywiadu rodzinnego (Z80-Z84) mogą być stosowane z kodami badań przesiewowych, potwierdzając konieczność wykonania badań przesiewowych lub zabiegów operacyjnych.

Badanie przesiewowe to badania wykonywane u zdrowych osób, w celu wczesnego wykrycia oraz zastosowania leczenia u tych osób, u których wynik był pozytywny. Jeżeli badanie jest wykonywane dlatego, iż pacjent wykazuje oznaki lub objawy, stosuje się kod danej oznaki lub objawu jako wyjaśnienie powodu badania, a nie kod badania przesiewowego. Kod badania przesiewowego może znajdować się na pierwszym miejscu, jeżeli wyłącznym powodem przyjęcia jest przeprowadzenie takiego badania. Może być również stosowany jako kod pomocniczy, jeżeli badanie przesiewowe wykonywane jest podczas wizyty lekarskiej z powodu innych problemów zdrowotnych. Jeżeli wykryje się chorobę podczas takiego badania, wtedy kod choroby może stanowić diagnozę pomocniczą.

Kody opieki pooperacyjnej stosuje się, gdy wstępne leczenie choroby lub urazu zostało zakończone, jednak pacjent wymaga dalszej opieki podczas fazy gojenia, lub w celu wyeliminowania długofalowych skutków choroby. Kod opieki pooperacyjnej nie powinien być stosowany, jeżeli leczenie dotyczy obecnej choroby lub urazu, a zamiast należy użyć kodu danej choroby. Wyjątki od niniejszej reguły stanowią wizyty pacjentów z powodu Z51.0, Radioterapia oraz Z51.1-Z51.2 Chemioterapia. Istnieje kilka kodów pomocniczych towarzyszących kodom chemioterapii lub radioterapii. Zalicza się do nich te, które określają rodzaj opieki pooperacyjnej po zabiegach przeprowadzanych w celu usunięcia nowotworu, lub rodzaj opieki po leczeniu złamań podczas fazy gojenia.

Kody opieki pooperacyjnej z reguły zajmują pierwszą pozycję, w celu wyjaśnienia powodów wizyty. Taki kod może być stosowany jako kod pomocniczy, jeżeli opieka pooperacyjna świadczona jest z powodu innego niż powód przyjęcia. Przykładem tego może być zamknięcie kolostomii podczas wizyty dotyczącej leczenia innej choroby.

#### **IV. Ogólne Zasady Kodowania Procedur Medycznych**

Szczegółowe zasady kodowania i sporządzania raportów z przeprowadzonych zabiegów leczniczych czy badań laboratoryjnych zależą od odbiorcy informacji. Odbiorca informacji może dość dowolnie zdefiniować format, zakres i szczegółowość raportowania z zastrzeżeniem respektowania, jako warunku minimum, odpowiednich zapisów prawa. W przypadku Narodowego Funduszu Zdrowia raporty z przeprowadzonych zabiegów będą miały charakter załączników do rachunków lub faktur i niejednokrotnie sposób/ technika zabiegu nie będzie wpływała na kwoty refundowane przez NFZ. W innych przypadkach właśnie technika przeprowadzonego zabiegu a nie jego rodzaj, będzie miała zasadniczy wpływ na ceny operacji.

Zasady ogólne:

1. Kodowaniu podlegają procedury i zabiegi wykonane pacjentowi w czasie jego pobytu w szpitalu, a w szczególności te które:
  - mają charakter zabiegów chirurgicznych,
  - niosą za sobą istotne ryzyko związane z wykonywaniem danego zabiegu,
  - niosą za sobą ryzyko związane ze znieczuleniem przed zabiegiem,
  - wymagają specjalnego przygotowania personelu.
2. Zalecane jest kodowanie zabiegów wpływających istotnie na koszty pobytu pacjenta w szpitalu.
3. Jeśli wystąpi kilka zabiegów podlegających kodowaniu u danego pacjenta w czasie jednego pobytu w szpitalu, wtedy w pierwszej kolejności należy kodować te procedury, które mają ścisły związek z główną przyczyną pobytu pacjenta w szpitalu, czyli z rozpoznaniem zasadniczym. W następnej kolejności należy kodować dodatkowe procedury wykonane podczas pobytu pacjenta, nie związane bezpośrednio z przyczyną przyjęcia.
4. Na pierwszym miejscu należy umiejscawiać procedury terapeutyczne (w tym chirurgiczne). Winny one się znajdować przed procedurami diagnostycznymi, niezależnie jak ściśle związane są one z głównym rozpoznaniem (diagnozą).
5. Jeśli dwa lub więcej zabiegów podlegających kodowaniu jest w taki sam sposób związanych z głównym rozpoznaniem, pierwszeństwo kodowania należy się temu zabiegowi, który wystąpił chronologicznie wcześniej. Jeśli oba (lub więcej) zabiegi wystąpiły równocześnie, najpierw należy kodować ten, który pociągnął za sobą usunięcie tkanki lub organu.

W celu zakodowania zabiegu należy:

- zapoznać się ze strukturą Klasyfikacji Procedur;
- zapoznać się z głównymi zasadami kodowania procedur;
- określić, jakiego organu lub części ciała dotyczy dana procedura w pierwszej kolejności;
- odszukać, według struktury Klasyfikacji (lub w Indeksie Alfabetycznym) właściwy organ (część ciała) i odpowiednie kody;
- w Liście Tabelarycznej Klasyfikacji odszukać właściwy kod dwucyfrowy i poszukać w jego obrębie najbardziej precyzyjnego określenia opisującego wykonany zabieg;
- zwrócić uwagę czy pod właściwym kodem występują komentarze typu „obejmuje” lub „nie obejmuje” i zastosować się do nich przy kodowaniu;
- jeśli zabieg podlegający kodowaniu znalazł się w obrębie wyłączeń (komentarz: „nie obejmuje”) – przejść do rubryki wskazanej w komentarzu;
- dążyć do zakodowania zabiegu z największą możliwą precyzją, czyli przy użyciu kodu czterocyfrowego (pięcio-, sześciocyfrowego);
- jeśli dany zabieg posiada swój kod czterocyfrowy lub bardziej szczegółowy -wprowadzić go do dokumentacji (najlepiej wraz z pełnym brzmieniem nazwy zaczerpniętej z Klasyfikacji);
- jeżeli dany zabieg nie posiada swojego kodu czterocyfrowego – zakodować go przy pomocy najbardziej właściwego kodu trzycyfrowego;
- jeśli zabieg nie posiada własnego kodu – zakodować go ostatnim występującym kodem;
- jeśli wykonany zabieg nie posiada w Klasyfikacji określenia jednoznacznie dla niego właściwego – w rubryce o najbardziej zbliżonym charakterze odszukać punkt z określeniem „inne”, który zawiera w sobie wszystkie zbliżone, a nie sklasyfikowane jednoznacznie procedury;
- w punktach 38, 77, 78, 79, 80, 90, 91 zastosowano rozszerzającą kolejną cyfrę kodu dla uszczegółowienia wykonywanej procedury o lokalizację.