

Mégis, ki kódoljon?

Dr. Hermann Csaba, Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika

Antal Sándorné, Fejér Megyei Szent György Kórház

Dr. Dávid Gyula, Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház

A kódolási gyakorlat a HBCs rendszer egyik fontos eleme. Az optimális kódolás a kórházak számára méltányos bevételt hoz, míg az OEP számára jó minőségű, pontos adatot szolgáltat. Cikkünk összefoglalja a magyarországi kórházakban kialakult különböző kódolási gyakorlatokat, külön kiemelve a Székesfehérváron és Veszprémben működő kódoló csoport előnyeit.

Medical coding is an important element of the DRG system. The optimal hospital coding service results in accurate reimbursement for the hospitals and provides high quality data for the National Health Insurance Fund. This publication reviews the different forms of hospital coding services in Hungary. It presents a new solution which was introduced in Szent György Hospital, Székesfehérvár and in Csolnoky Ferenc Hospital, Veszprém.

AZ IDEÁLIS FEKVŐBETEG KÓDOLÁS

A HBCs rendszer bevezetésének célja a teljesítmény (definitíven ellátott betegek számát, súlyosabb betegek ellátását tekintve) ösztönzése volt. A szándékolt cél mellett nem szándékolt negatív következmények is jelentkeztek, melyeket összefoglalóan a rendszer működészavaraként aposztrofálhatunk. A HBCs rendszer működészavaráinak egy része a finanszírozási technika logikájából következik, és más DRG alapú finanszírozást alkalmazó országokban is megfigyelhetők. Ide tartozik a teljesítménypörgetés, a hatékonyság növelésének mellékhatásaként megjelenő minőségromlás, a bevétel fokozása céljából történő elszámolási anomáliák (túlkódolás), a DRG creep jelensége (egyre súlyosabb esetek ellátásának lejelentése), kedvező betegportfolió kialakítása (kifizetődőbb beteg ellátása, költségesebb beteg továbbküldése). A DRG alapú finanszírozás orvosszakmai szempontból ellátási, ellátás szervezési torzulásokhoz is vezethet, a „jól” fizetett szakterületek előretörése mellett az alulfinanszírozott szakterületek elsorvasztásával.

A magyarországi HBCs számos olyan működészavart mutat, mely csak hazánkban jellemző, és a klasszikus DRG rendszer módosítása miatt alakult ki. Ide sorolható a HBCs-k súlyszám értékének torzulása, az amortizáció elszámolásának problémája, a kontrollfunkciók (informatikai, szakmai ellenőrzés) gyengesége, a TVK (teljesítmény volumenkorlát) torzító hatása [1, 2].

A kódolási gyakorlat tagadhatatlanul kényes eleme a HBCs rendszernek [3]. A nem megfelelő kódolás is a rend-

szer működészavarához vezet. Az egészségpolitika oldaláról nézve nem csupán finanszírozási anomáliát okoz (romlik az allokációs hatékonyság), de a kórházak összehasonlítása (benchmarking) is lehetetlenné válik, korrekt egészségügyi statisztika vezetését, a morbiditási és mortalitási mutatók valóságát is megkérdőjelezheti.

A kódolási szabályok megfelelő szintű oktatása, és betartásának következetes ellenőrzése elengedhetetlen, ahogy a csalás, túlkódolás kordában tartása is, mely önmagában is veszélyeztetheti a HBCs rendszer létjogosultságát, és rossz fényt vet a szolgáltatókra. Az Egészségügyi Finanszírozási Tanácsadók Egyesülete (EFTE) felmérése szerint létezik az alulkódolás jelensége is, mely a fekvőbeteg ellátó intézetek bevételében átlagosan mintegy 3-4 százaléknyi veszteséget jelent [3].

A fekvőbeteg ellátások adatainak jelentése, azaz a „kódolási tevékenység”- ahogy ez a szakmai köznyelvben elterjedt – a 43/1993. (III.3). kormányrendelet 14. számú mellékletében szereplő (elektronikus) adataalap kitöltésével történik. Bár a rendelet külön nem említi, az adataalap alján szereplő aláírás mező alapján az adataalap kitöltése a kezelőorvos feladata [4]. A HBCs rendszer bevezetésekor ez a megoldás még magától értetődőnek tűnt, az elmúlt 19 évben végbement finanszírozási és jogszabályi változások azonban már koncepcióváltást sürgetnek.

A kódolási szabályok oktatása az orvosok körében még napjainkban is döntően szójhagyomány útján zajlik, nem része a graduális és posztgraduális képzésnek. Bár léteztek és léteznek költségtérítési tanfolyamok, a részvétel nem kötelező, hivatalos képesítést nem adnak. Ezek alapján etikai szempontból pontos kódolási tevékenység egyik kezelőorvostól sem várható el. Mondhatjuk azt, hogy a jogszabály [5] ismerete mindenki számára kötelező, ez a tény azonban finanszírozási szabályokon túl a büntetőjogra, polgárjogra is vonatkozik. Míg az utóbbi két esetre az egészségügyi szolgáltatók nagy része szakembert, jogászt alkalmaz, addig a kódolást egyelőre kevés menedzsment tekinti külön szakterületnek. A helyzet azért is paradox, hisz a komplex kódolási, finanszírozási szabályok naprakész ismerete és folyamatos fejlesztése sok időt igényel. A szakmailag korrekt kódolási folyamat így nem csak az adataalap kitöltésével csökkenti a gyógyító tevékenységet végző orvos betegellátásra fordítható idejét, a finanszírozási tudás karbantartása az orvosi továbbképzés egy részét is kisajátítja. Ez a folyamat az amúgy is orvoshiánnyal küzdő egészségügytől vesz el kapacitást, melynek mértéke akár 5% is lehet [6].

A kódolás minősége a fekvőbeteg ellátó intézeteket gazdasági oldalról érinti leginkább. Míg a túlkódolás az ellenőr-

zések, és retorziók veszélyét hordja magában, addig az alulkódolás egyértelmű veszteséget jelent, az elvégzett teljesítményért nem kapja meg az intézet az őt megillető finanszírozást. A felelősség ilyen esetben nehezen érvényesíthető. Ezt nem csak a korábban említett etikai szempont akadályozza. A kezelőorvos betegellátó tevékenysége sokszor nélkülözhetetlen, mely korlátozza a hibás adatlap kitöltés esetén alkalmazható szankciók mértékét (többnyire szóbeli dorgálás marad, mint lehetőség).

Az alulkódolás finanszírozási jelentősége a merev, depresszió nélküli TVK esetén a TVK-t általában túllépő intézményeknél kevés volt (de: a valós teljesítmények kimutatása, korrekciós adatok szolgáltatása a TVK felülvizsgálatok alapjául szolgálhatott!), a jelenlegi 10%-nyi depresszió sáv mellett azonban újra fontossá vált. Az OEP nyilvános adatbázisa alapján 2012 első 9 hónapjában a 10%-nyi depresszió sávból csak valamivel több, mint a fele (56,5%) került kihasználásra, 3 milliárd forintot meghaladó, potenciálisan kifizethető súlyszám maradt a fekvőbeteg kasszában.

Ezért a maradékért természetesen nemcsak az alulkódolás a felelős, szerepet játszhat forráshiány vagy a hibás teljesítménytervezés is. Ennek egyik megoldása éppen a naprakész kódolás, mely a kontrolling egyik fontos inputja. A naprakész kódolást informatikai eszközökkel (adatbázisok, elemzések) kiegészítve a teljesítmény folyamatosan, valós időben (nem csak a visszaigazolások alapján) követhető, lehetőség nyílik még az elszámolási időszakon belül is kiegészíteni, egy adott osztály teljesítményelvárásait korrigálni.

Az eddig felsorolt egészségpolitikai, etikai, szakmai és gazdasági szempontokat összesítve az ideális fekvőbeteg kódolás ismérvei az alábbiakban foglalhatók össze:

- Legyen szervezett oktatás, folyamatos továbbképzés.
- A szabályok átfogó ismerete elengedhetetlen a pontos adatok szolgáltatásához.
- A naprakész kódolás segítségével a teljesítmény legyen követhető, tervezhető, szükség esetén egy elszámolási időszakon belül is korrigálható.
- A kódolási tevékenység váljon számon kérhetővé (felelősség).

AZ IDEÁLIS KÓDOLÁS MEGVALÓSÍTÁSA

A finanszírozási következmények miatt a kódolás folyamatának javítása az elmúlt években csaknem minden fekvőbeteg ellátó intézetben előtérbe került. Különböző megoldásokkal találkozhatunk.

A rendelet szövegét szigorúan véve minden kezelőorvosnak kódolnia kellene. Ez az állapot az ideális fekvőbeteg kódolás feltételei közül egyiket sem teljesítette, így a legtöbb intézményben szükségessé vált a kódolás centralizálása, illetve az adatlapok utólagos auditálása. Ennek legegyszerűbb formája az osztályos kódfelelős funkciójának megjelenése. A kódfelelős feladata általában az adatlapok ellenőrzése, ritkább esetben a teljes kódolást is átveszi. Bár a finanszírozási szabályok ismerete megvalósul, ez a tudás azonban ritkán átfogó, többnyire a saját osztályon megfor-

duló beteganyagra vonatkozik. A szabályváltozások követése ritkán naprakész. Az osztályos kódfelelős funkcióját egyes esetekben szakdolgozó látja el (főnővér, adminisztrátor).

Szervezettebb formát jelent a kórházi auditáló team. Különböző osztályról érkező orvosok ellenőrzik a teljes kórház kódolási tevékenységét. A szabályváltozások követése, egymás képzése, oktatása megvalósulhat. Auditáló tevékenységük egyéb betegellátó feladataik miatt ritkán naprakész, orvosi munkájuk a számonkérhetőséget itt is akadályozza. Teljesítményük sokszor nehezen követhető, ennek egyik oka a megfelelő informatikai háttér hiánya.

A pontos kódolás gazdasági következményei megteremtették a külső audit piacát. Bár a kezdeti időben számos „szerencsevadász” szervezet illetve informatikai megoldás („sámán” program) jelent meg, napjainkban már csak néhány vállalkozás működik ezen a területen. Külső audit esetén a finanszírozási szabályok átfogó ismerete és a folyamatos továbbképzés (a piaci pozíció megtartása miatt is) biztosított, a szerződéses jogviszony a számonkérhetőség szempontjából egyértelmű helyzetet teremt. Az audit azonban ritkán naprakész, többnyire csak intermittáló támogatást ad. Működésüket a kezelőorvosok bizalmatlansága, kommunikációs problémák nehezítik. Bár sokszor átnézik az összes beteg dokumentációját, auditáló funkciójuk csak finanszírozási ellenőrzésre terjed ki, a teljes körű audit járulékos hasznai (lásd később) nem kerülnek kiaknázásra.

KÓDOLÓ CSOPORT

Bár a fekvőbeteg adatlapot a kezelőorvosnak kell aláírnia, az adatlap összeállításában betöltött szerepe nem egyértelmű. A betegellátás részleteinek ismerete csak a zárójelentés pontosságát garantálhatja, a kódolási szabályok elsajátítása, a megszerzett tudás karbantartása nélkül a fekvőbeteg adatlap nem tükrözi hűen a beteg ápolását.

A kezelőorvos egyértelmű feladata az orvosi dokumentáció pontos vezetése. A kórlap illetve zárójelentés kellő információt ad egészségügyi tapasztalatokkal rendelkező, orvosi terminológiát és a kódolási szabályokat egyaránt ismerő személy számára a fekvőbeteg adatlap kitöltéséhez. Ezt a tényt néhány osztály már felismerte, az osztályos kódfelelős feladatokat egyes helyeken szakdolgozó (például főnővér) vagy adminisztrátor végzi. Székesfehérváron (majd később Veszprémben is) a kórház vezetése a betegellátó tevékenységet végző orvosok tehermentesítése mellett döntött. A kódolási tevékenység egy önálló, szakdolgozókból álló csoport feladata lett. A csoport vezetéséért és továbbképzéséért a finanszírozási szabályokat jól ismerő, kellő gyakorlattal rendelkező orvos felel. Új dolgozó felvételének feltétele egészségügyi végzettség, vagy egészségügyben, kódolással eltöltött minimum 5 év. A felvételt követően kidolgozott forгатókönyv szerint 3 hónapos képzés (finanszírozási, kódolási ismeretek) zajlik, önálló kódolási tevékenység ez idő alatt még nem megengedett.

A tudás szinten tartása, illetve fejlesztése a jogszabályváltozások követésével és évi legalább 2 alkalommal sorra kerülő tematikus képzésekkel biztosított. A csoport működése informatikai háttér nélkül elképzelhetetlen. A naprakész kódolás megengedi a heti (vagy sűrűbb) besorolásokat, melyek információt adnak a vezetőség számára az osztályok teljesítményéről. Lehetővé válik a havi elszámolási időszakon belül történő beavatkozás (betegforgalom emelése, visszafogása vagy krónikus osztályra történő átirányítása). A párhuzamosságok elkerülése céljából a csoport szorosan együttműködik a kontrolling osztállyal, a feladatmegosztás tisztázott.

Az összes beteg elektronikus dokumentációjának áttekintése nemcsak a kódolás pontosságát biztosítja, de lehetővé válik a zárójelentés, illetve a kórlap formai auditja (van-e végleges zárójelentés; létezik-e műtéti leírás; van-e diszcrepancia az epikrízis és a műtéti leírás között stb.). Lehetővé válik az osztályos betegűd menedzsment ellenőrzése (garanciális esetek aránya, rövid illetve hosszú ápolások, krónikus osztályra történő áthelyezés időzítése stb.). A kódoló csoport a korábbi megoldásokkal (osztályos kódfelelős, kórházi auditáló team) ellentétben független a betegellátást végző osztályoktól, így objektívebb adatszolgáltatást biztosít.

A kódoló csoport funkciói az alábbiakban foglalhatók össze:

- Összes eset naprakész kódolása főállásként, ezáltal az egészségügyi személyzet kapacitása felszabadul.
- A teljesítményjelentés teljes spektrumának felügyelete, formai és tartalmi elemzések, hibalisták javítása.
- Finanszírozási tanácsadás a kezelőorvosok számára, mely a betegutak szervezésében segít (például: krónikus osztályra történő áthelyezés, kontrollvizsgálat, ismételt befevés, tervezhető képalkotó vizsgálatok időzítése stb.).
- Rendszeres oktatás, jogszabályváltozások prezentálása a betegellátásban résztvevők számára (szintén betegűd tervezés céljából).

- Folyamatos teljesítményelemzés, döntés-előkészítés a menedzsment számára.
- Elektronikus fekvőbeteg dokumentáció formai auditja.
- Osztályos gyakorlat kontrollja (betegutak).
- A menedzsment tevékenységét támogató, fekvőbeteg ellátástól független információforrás.
- Rugalmasan terhelhető, kódolással, kórlapaudittal összefüggő tevékenységek beépíthetőek (pl.: egynapos ellátás figyelése, várólistákkal kapcsolatos tevékenységek).

Az orvosvezető segíti a komplikált, vagy félreérthető orvosi dokumentáció értelmezését, egyben a kódolási tevékenység utólagos auditját is elvégzi, mely az informatikai elemzés mellett egy második ellenőrzési tevékenységet jelent.

A DRG alapú finanszírozási technikával a világ számos pontján találkozunk. A legtöbb országban megjelent speciális kódolási szakemberek iránti igény is [7, 8]. A kódolási specialisták az Egyesült Államokban már saját országos szervezetet is alapítottak [9]. Akár a svájci, akár az amerikai példát nézzük, a kódolási tevékenységet nem a kezelőorvos munkakörének részeként képzik el. A kódolási specialistának ugyan rendelkeznie kell egészségügyi ismeretekkel, tisztában kell lennie az orvosi terminológiával, de nem feltétel az orvosi diploma. A székesfehérvári és veszprémi kódoló csoport felépítése így a nemzetközi mintákat követi.

ÖSSZEFOGLALÁS

A fekvőbeteg ellátás kódolása speciális ismereteket kíván ugyan, de nem szükséges hozzá orvosi diploma. A kódoló csoport tehermentesíti a kezelőorvost, több időt hagy a betegellátásra. Biztosítja a pontos, naprakész kódolást az osztályok teljesítményeinek folyamatos követését. A kódoló csoport tevékenységének számos járulékos haszna is van, a kórházi menedzsment számára független információforrásként szolgálhat.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Szummer Cs.: A HBCs rendszer működési zavarai és azok megszüntetésének lehetőségei. IME – Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, IV. évf. 2. szám, 2005. 17-23 oldal
- [2] Dózsa Cs.: „Agresszív” HBCs politika Magyarországon: kérdések és válaszok a HBCs rendszer működésével és jövőjével kapcsolatban, IME – Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, III évf. 4. szám, 2004. 14-20 oldal
- [3] Imre L. Szabó T, Szummer Cs.: A HBCS finanszírozási technika, valamint a magyar kórházak kódolási gyakorlata az Egészségügyi Finanszírozási Tanácsadók Egyesülete (EFTE) kérdőív felmérése alapján, IME – Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2005. IV. évf. 9. szám: 18-22 oldal
- [4] 43/1999 (III.3) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól, http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99900043.KOR. (Letöltés dátuma: 2012. szeptember 9.)

- [5] A nemzeti erőforrás miniszter 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelete a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegcsoportok kódolási és besorolási szabályairól, http://www.gyogyinfok.hu/magyar/fekevo/hbcs50/konyv/aktualis/10_2012_NEFMI_rend_hbcs.pdf. (Letöltés dátuma: 2012. szeptember 9.)
- [6] C. Steinke: Berufsbild der „Klinischen Kodierer“ in Greifswald etabliert, 2008. <http://idw-online.de/pages/de/news251800> (Letöltés dátuma: 2012-11-14)
- [7] <http://www.aapc.com/certification/cpc.aspx> (Letöltés dátuma: 2012-11-14)
- [8] <http://www.berufsberatung.ch/dyn/1199.aspx?data=activity&id=7581> (Letöltés dátuma: 2012-11-14)
- [9] <https://www.acmcs.org/index.php> (Letöltés dátuma: 2012-11-14)

A SZERZŐK BEMUTATÁSA

Dr. Hermann Csaba, PhD, egyetemi docens az aneszteziológia és intenzív terápia, valamint a sürgősségi orvostan szakorvosa. Korábban a Szent Rókus Kórházban, majd a Dél-pesti Jahn Ferenc Kórházban dolgozott osztályvezetőként, jelenleg a Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és

Intenzív Terápiás Klinikájának igazgatóhelyettese. A 2000-es évek eleje óta foglalkozik a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának problémáival. Idén a Semmelweis Egyetem Közszolgálati Karán egészségügyi szakmenedzseri diplomát szerzett.

Antal Sándorné, gazdasági igazgató-helyettes. 43 éve dolgozik a szakmában pénzügyi-számviteli területen, 1998 óta a Fejér Megyei Szent György Kórház alkalmazásában. 2011 novemberéig pénzügyi osztályvezető, ezt követően a gazdasági igazgató helyettese. Szakmai irányítása alá tartozik a pénzügyi és műszaki terület, bér és munkaügy, a

kontrolling és finanszírozás, továbbá az informatika. Elkötelezett híve a költségvetési gazdálkodás üzemgazdasági szemléletű számvitel fejlesztésének, az ennek megvalósításához elengedhetetlenül szükséges magas színvonalú kontrolling és finanszírozási rendszer működtetésének.

Dr. Dávid Gyula, orvosigazgató, a belgyógyászat és a gasztroenterológia szakorvosa. 1991 óta folyamatosan a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház I. Belgyógyászati Osztályán dolgozik. 2000-2006 között a kórház

minőségügyi vezetője, 2009-től orvosigazgató. 2004-ben szerzett Egészségügyi szakmenedzser diplomát a Semmelweis Egyetemen.

Fiatal Nőorvosok VIII. Kongresszusa

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája 2012. november 30-án a debreceni Kölcsey Központban rendezte meg a Fial Nőorvosok VIII. Kongresszusát.

A rendezvényen az ország valamennyi szülészeti-nőgyógyászati klinikáján, kórházi osztályán dolgozó, 35 évesnél fiatalabb mintegy 150 szakorvos, szakorvosjelölt és rezidens képviselte a szülészeti és nőgyógyászati ellátás különböző hazai szintjeit. Az elhangzó 46 előadásban a fiatal kollégák a szakma teljes skáláját felölelő témákban áttekintést nyújtottak az új tudományos eredményekről, a hazai ellátás színvonaláról. A kongresszus ideje alatt 20 cég mutatta be a szakmával kapcsolatos szolgáltatásait. A kongresszus elnöke, a rendezvény házigazdája, Dr. Tóth Zoltán egyetemi tanár volt.