

## Kódolás és finanszírozási adatszolgáltatás kiszervezéssel

Dr. Fendler Judit, Dr. Szummer Csaba, HBCS Audit Kft.

A kódolás nem tartozik a kórházak alaptevékenységéhez, ezért hatékonyan valósítható meg kiszervezéssel. A cikk három fokozatát mutatja be a kódolás kiszervezésének. Az első fokozatban a kódolás funkcióját nem, csupán a kódolás rendszeres havi auditját szervezi ki a kórház. A második fokozatban nem csupán a kódolás ellenőrzését, hanem az egyes kórházi esetek kikódolását is kiszervezi az intézmény. A külső szállító itt még a kórház épületeibe telepíti alkalmazottait. Végül a harmadik esetben a kiszervezett tevékenység nem csupán szervezeti, hanem fizikai értelemben is kikerül a kórházból, és a szolgáltató cég központjában végzik.

*Since coding (registration of patients' treatment data to the National Health Insurance Fund) is not among the „core business” of hospitals, to outsource it is a feasible and efficient way to accomplish this function. The authors suggest that with the launch of the for-profit Health Insurance Funds the importance of coding is increasing since the new Funds will introduce a much stricter audit and control system as it was previously under the OEP (National Health Insurance Fund) era. The coding firms could be able to fulfil this activity with up-to-date professionalism along with lower cost than the employees of the institutions. The accomplishment can be on-the-spot or with remote access.*

### BEVEZETÉS

A kiszervezés (eredeti nevén outsourcing) a nyolcvanas években terjedt el az üzleti életben. A kiszervezés során rendszerint olyan tevékenységeket delegálnak külső beszállítóknak, amelyek nem tartoznak az adott gazdasági szervezet főtevékenységéhez, és amelyeket az adott területre specializálódott külső szállító hatékonyabban old meg, mint a szervezet a maga saját belső erőforrásaival. A kiszervezés járulékos előnye, hogy a szervezet energiáit a szervezet főtevékenységére, vagyis az alapkompenciáit igénylő szolgáltatásokra fókuszálhatja.

A hazai kórházakban a '90-es évek második felében terjedt el a kiszervezés módszere, takarítás, mosás, étkeztetés, informatika, labor és diagnosztika a leginkább kiszervezett terület, és hamarosan eljön az idő, amikor a bérszámfejtést és a könyvelést is kiszervezéssel oldják majd meg egyes kórházak. A funkcionális privatizáció kedvez a kiszervezéseknek, különösen akkor, ha régiókra koncentrálódva megy végbe. A kórház-üzemeltetésben piacvezető Hospin-vest gyöngyösi, hatvani, illetve egri akvizíciójában például

látható a törekvés: a befektető területileg összefüggő kórházakat igyekszik üzemeltetésre megszerezni, ez a kiszervezés szempontjából is kedvező számára.

### A FINANSZÍROZÁSI ADATSZOLGÁLTATÁS

A finanszírozási adatszolgáltatás tekinthető virtuális számlázásnak, amelyből az előbesorolás a teljesítményvolumen-korláthoz (TVK) való alkalmazkodás eszköze is egyben. A számlázás alapja egy teljesítményarányos finanszírozás mellett a fekvő- és járóbeteg szolgáltatások kódolása és pontos lejelentése a finanszírozó felé. A finanszírozási adatszolgáltatás az egészségügyi szolgáltatók számára ugyanazt jelenti, mint más piaci szereplők számára a termékek, szolgáltatások különböző összetevőit, alapanyag- és munkaigényét pontosan tartalmazó számlázás. Könnyű belátni: az a szolgáltató, aki nem képes számon tartani költségeit, továbbá maradéktalanul kiszámlázni szolgáltatásait, jelentős pénzügyi veszteségeket szenved el, és csupán kivételes körülmények, paranormális piaci viszonyok között tud ideig-óráig talpon maradni.

Egyfelől igaz az, hogy a 2006 július elsejével életbe léptetett merev plafonú TVK ilyen kivételes körülményeket teremtett ideiglenesen, és csupán a fekvőbeteg szolgáltatók számára, másfelől azonban látni kell: ebben a helyzetben a kódolás és előbesorolás új funkciót kapott a fekvőbeteg szolgáltatóknál. Az új funkció a TVK-hoz való pontos illeszkedés, ami a kórházi gazdálkodás kulcskérdésévé vált, ez az illeszkedés pedig elképzelhetetlen a pontos kódolás és hőközi besorolások nélkül. A TVK plafonja felett ellátott eseteket az OEP nem finanszírozza, minden ilyen eset tehát legalább akkora veszteséget eredményez a kórháznak, mint amekkora az eset változó költsége, elsősorban a gyógyszerek, kötszerek és implantátumok költségeinek formájában. A TVK-tól való elmaradás pedig még nagyobb veszteséget termelhet a kórháznak. Ez a veszteség az elmaradt haszonnal egyenlő, ami az elmaradást képező virtuális HBCs-k fix költségeinek felel meg.

Ami a járóbeteg szolgáltatókat illeti, a TVK-k nekik alig jelentettek korlátozást, mivel a járóbeteg ellátás iránti kereslet csökkenése, továbbá a többletfinanszírozás miatt bekövetkező fizetőképes kínálat növekedése miatt a TVK-k elérése 2007-ben megoldhatatlan problémát okozott a legtöbb szakrendelés és szakambulancia számára: a finanszírozási év végére, tehát 2007. szeptember 30-ra mintegy 8 milliárd német pont (aktuális értéken csaknem 12 milliárd Ft) maradt a rendszerben, azaz a járóbeteg szolgáltatók átlagosan egy havi finanszírozással maradtak el TVK-juktól.

A teljesítményarányos finanszírozás a több-pénztár/több-biztosítós finanszírozás (a továbbiakban EBP, az az egészségbiztosítási pénztár) mellett is fennmarad (már amennyiben az EBP-k ténylegesen megszerveződnek majd). Ezt rögzíti egyrészt az EBP-kről szóló törvény, másrészt erre utaló intézkedés, hogy felállt a Ráfordítási Adatgyűjtési Bizottság: 1999 után az OEP most először szánta rá magát országos méretű ráfordítási adatgyűjtésre 40 kórházban, 2 hónapon keresztül, mintegy 80 000 kórházi esetre kiterjedően. Az adatgyűjtés a tervek szerint 2008. 3. negyedévében zajlik majd. A magánbiztosítók piacra lépésével a kódolás jelentősége nagy mértékben megnő a kórházak számára. A magánbiztosítók hatékony ellenőrzési rendszert állítanak fel, ami a kifizetések jogos voltát aggályos pontossággal vizsgálja majd, ahol csak lehet, késleltetni fogja a kifizetéseket, a túlkódolást pedig kemény, az elrettentést biztosító szankciókkal bünteti, ahogyan ezt az EBP-khez legközelebb álló amerikai gyakorlat is mutatja.

### ÉRVEK A KÓDOLÁS ÉS A KÓDJAVÍTÁS KISZERVEZÉSE MELLETT

Jól ismert tény, hogy a kódolás nem tartozik a gyógyító intézmények alapkompenciájához, ugyanakkor a pontos elszámolás hiányában az intézmények jelentős veszteségeket kénytelenek elszenvedni. A két premisszát figyelembe véve adódik a konklúzió: a kódolás kiszervezése kézenfekvő megoldás, hiszen a kórházak kódolói csupán kivételes esetekben érik el az erre szakosodott tanácsadó cégek tudásszintjét. Ennek a következő okai vannak:

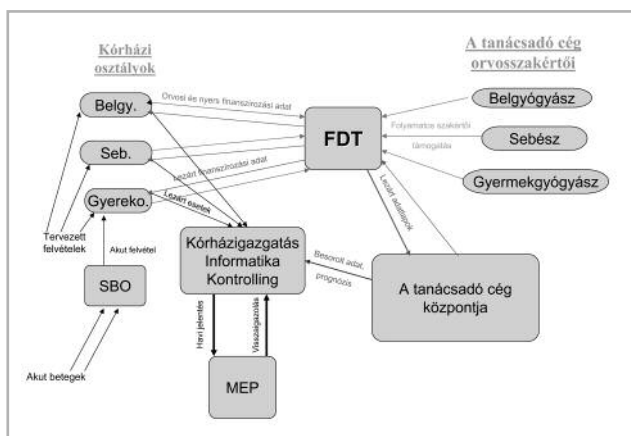
- a tanácsadó cégek általában nem egy, hanem sok kórházból nyerik kódolási tapasztalataikat;
- az intézmény általában nem képes olyan mértékben motiválni saját kódfelelőseit, mint a tanácsadó cég a maga munkatársait, szakértőit;
- a tanácsadó cégek alkalmazottai, konzultánsai profeszionálisan, hivatásszerűen művelik a kódolást, míg a kódfelelősnek pusztán kiegészítő tevékenységet, nem ritkán terhes kényszerrel jelent orvosi hivatása gyakorlása mellett (Ehhez hozzájárul az orvosok szakmai szocializációja is: a leendő orvosoknak azt tanítják, hogy az orvosi dokumentáció pontos vezetése a gyógyítási folyamat része; a kódolás ezzel szemben mint kisebb presztízsű, és az orvosi munkától idegen feladat jelenik meg számukra.);
- a tanácsadó cég erőteljes informatikai támogatást, a jogszabályokat szinte naprakészen követő besoroló programokat biztosít alkalmazottainak;
- amennyiben az intézménynek mégis sikerülne a kódoláshoz megfelelő anyagi ösztönzőket hozzárendelni, fellép a veszély: a kódfelelősök nem fogják közkinccsé tenni kódolási ismereteiket az intézményen belül, hiszen minél jobban kódolnak a többiek, annál kevesebbet tudnak javítani ők.

### A KÓDOLÁS KISZERVEZÉSE

A finanszírozási adatszolgáltatás kiszervezésének legalacsonyabb foka, ha nem a kódolás funkcióját szervezi ki a kórház, csupán a kódolás rendszeres havi auditját. Ennek a megoldásnak az előnye az, hogy teljesítményarányos fizetési konstrukció mellett a kórház semmiféle üzleti kockázatot nem visel, és mivel a külső szállító csupán utólag részesedik az elért finanszírozási növekményből, ez a kórház likviditási helyzetét is jelentősen javítja. A finanszírozási adatszolgáltatás kiszervezésének egy magasabb fokozata, ha nem csupán a kódolás ellenőrzését szervezik ki, hanem magát a kódolást is. Ez kétféleképpen valósulhat meg.

Az első esetben a külső szállító a kórház területére telepíti saját kódolóit, nevezzük őket finanszírozási dokumentációs teamnek, rövidítve FDT. Az FDT működését ebben az esetben is hatékonyan támogatja a külső szállító, vagyis a tanácsadó cég központi irodája.

Az elszámolás kiszervezésének folyamatszervezését az 1. ábra mutatja.



1. ábra  
A kiszervezeten működő kódolás bemutatása; a nyilak az adatáramlás irányát jelölik

Az akut betegek és a tervezett felvételek adatait az osztályokon rögzítik. Orvosi és nyers finanszírozási adat: a kódolást és adatszolgáltatást végző finanszírozási dokumentációs team (a továbbiakban FDT) az intézmény integrált klinikai rendszerén keresztül kapja meg a másnap távozó betegek teljes orvosi dokumentációját a kórházi osztályokról. Az FDT teljes körűen rögzíti az adott kórházi eset ápolási eseményeit, a beteg ellátásának körülményeit, az elvégzett beavatkozásokat, leküldi az adatlapot az osztályra, ahol az orvos azt jóváhagyja, illetve, ha van észrevétele, akkor jelez az FDT-nek; az FDT pedig ennek figyelembevételével módosít, és újra leküldi az osztálynak az adatlapot (lezárt finanszírozási adat). Az osztályon azután az adatlap alapján az integrált szoftverrel kinyomtatják az Elszámolási Nyilatkozatot, és átadják a betegnek, valamint a lezárt eseteket továbbítják a kórházigazgatás, az informatika, valamint a kontroll-

ing részére; anonimizált formában elküldik a lezárt adatlapokat a tanácsadó cég központi informatikája számára is. Az informatika elküldi a havi jelentést az OEP részére, és fogadja a visszaigazolást.

Az FDT kódolási tevékenységét a tanácsadó cég orvosszakértői támogatják és ellenőrzik interneten és telefonon keresztül (folyamatos szakértői támogatás). Az orvos-szakmai kódolással párhuzamosan hónap közben megtörténik a technikai hibák javítása is. A tanácsadó cég központi informatikája elküldi a besorolt adatokat és a prognózist a kórházigazgatás részére.

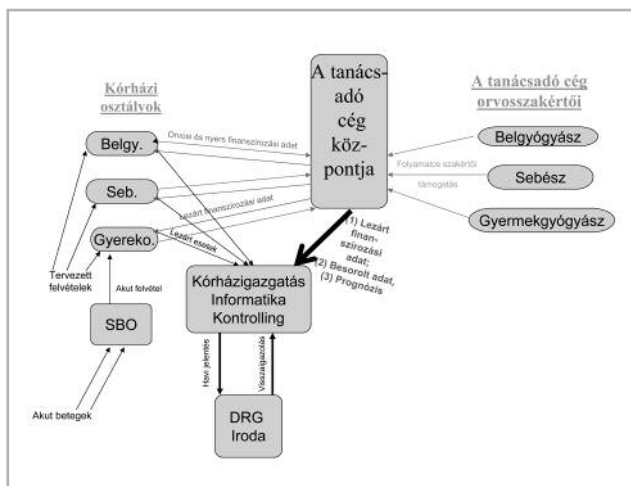
### KÓDOLÁS A KÜLSŐ SZÁLLÍTÓ SZOLGÁLTATÓ KÖZPONTJÁBÓL

A kódolás kiszervezésének leghatékonyabb formája, ha az FDT fizikai értelemben nem a kórház területére telepítve dolgozik, hanem a külső szállító szolgáltató központjában. Kisebb kórházak esetében a költségek csökkentése miatt különösen kézenfekvő ez a fajta munkaszervezés. Az 1. táblázat a kórházi finanszírozási osztályok havonta ismétlődő tevékenységeit sorolja fel. T betűvel jelöltük azokat a tevékenységeket, melyek távéléréssel elvégezhetőek, H-val a helyszínen, telepített munkatárssal vagy kórházi dolgozóval végezhető tevékenységeket. A tábla mutatja, hogy a tevékenységek egyrésze nem a kórházi telephelyhez kötött.

Fekvőtéljesítmény előbesorolása hetente – tervezés, prognózis, osztályos visszacsatolás	T-H
Járóellátás kódolásának javítása folyamatosan szoftver segítségével	T-H
Fekvőellátás előző havi jelentésének hibalista javítása	T-H
Járóellátás jelentése a MEP felé	T
Fekvőellátás jelentése a GYÓGYINFOK felé	T
Eszközfinanszírozás jelentése az OEP felé	H
Orvosjelentés az OEP felé	T-H
Halottszállítás jelentése az OEP felé	T-H
Fogászat jelentése az OEP felé	T-H
CT-MR jelentése az OEP felé	T-H
Különkeretes gyógyszerforgalom jelentése az OEP felé	T-H
Kibocsátás- és bevételi kontroll	T
Közreműködői számlák ellenőrzése, más intézet részére végzett teljesítmény kiszámlázása	H

**1. táblázat**  
A helyszínről (H) és távéléréssel (T) végezhető adatszolgáltatási tevékenységek kórházakban

A finanszírozási és az orvosi adatok távélérése ma már egyre több kórházban – különösen a nagyobb kórházakban – biztosított, ezért megfelelő adatvédelmi eljárások alkalmazása mellett az FDT-t nem indokolt az intézmény területére telepíteni. Az infokommunikáció fejlődése hamarosan, várhatóan 1-2 éven belül ennek a modellnek kedvez majd. Ezt a modellt a 2. ábra mutatja be.



**2. ábra**  
Kódolás a külső szállító szolgáltató központjából

### A KÓDOLÁS KISZERVEZÉSE JAVÍTTJA AZ INTÉZMÉNYI FEDEZETET

A kiszervezés hatásszámításához először számszerűsítsük, hogy az adott intézmény mennyit fordít a kódolással kapcsolatos bérjellegű költségekre. A példa kedvéért vegyünk egy 800 ágyas kórházat a következő paraméterekkel: átlagos ápolási idő 6,5 nap, ágykihasználtság 70%. Ebből adódik, hogy a havi betegszám: 2585 beteg. A finanszírozási adatlapok száma a betegszámot – az osztályos áthelyezések miatt – mintegy 25%-kal meghaladja. Egy adatlap kitöltési ideje 10 perc, lásd 2. táblázat.

		megjegyzés
ágyszám	800	
havi betegszám	2 585	6,5 napos ápolási idő, 70 %-os ágykihasználtsággal
finanszírozási adatlap száma	3 231	havi betegszám + 25 %
kitöltési idő	10 perc	
Kitöltési idő 3231 adatlapra	538 óra	
átlagos havi munkaóra	150	szabadságok beleszámítva
kódolás teljes munkaidőben	3,59	3,59 fő teljes munkaidejét köti le a kódolás
havi bérteher/fő	264 000 E Ft	bér + járulékai
havi bérteher intézményi szinten	948 000	
havi bevétel	415 089 ezer Ft	CMI = 1,1
havi bevétel 1 %-a	4 151	Ft/súlyszám = 146 000 ezer Ft-ban

**2. táblázat**  
A kódolási tevékenység erőforrás-igénye

Teljes 8 órás munkaidő mellett, szabadságokat is beleszámítva 150 munkaóra/hó esetén, a kódolás munkaerő-igénye 3,59 fő. Havi 200 ezer Ft-os bruttó bér mellett ez a bérterhekkel együtt 264 ezer Ft/fő/hó, intézményi szinten 948 000 Ft/hó.

A jelenlegi, 2008-ban még hatályos TVK-szabályozás mellett, mint említettük, kulcskérdés a TVK-hoz való minél pontosabb illeszkedés. Vegyünk egy átlagos profilú megyei kórházat! Tegyük fel, hogy az ellátott esetek fix költségei átlagosan 80%-ot tesznek ki, a változó költségek pedig 20%-ot. Ebből adódik: 5% túlteljesítéssel 1% veszteséget szenved el az intézmény, 5% alulteljesítés esetén pedig 4%-nyi veszteséget. (5%-ot veszít a bevételből, 1%-ot takarít meg a költségekből.) Az azonnali pontos kódolás naprakész vezetői információkat eredményez, ez pedig tervezhetővé és ellenőrizhetővé teszi a havi teljesítmény-kibocsátást. A kódolás kiszervezése után ezért az várható, hogy csökkennek az intézmény azon veszteségei, amelyek a TVK-hoz való pontatlan illeszkedésből származnak. Tegyük fel, hogy ebből eredően 2%-ot javul az intézmény fedezete, miközben a finanszírozási adatok pontos rögzítéséből eredően 1,5%-ot nő a bevétel. A 3. táblázat ezeket az adatokat összegzi. A megtakarítások összege 8 302 ezer Ft, a többletbevétel pedig 6 226 ezer Ft, vagyis a kiszervezés havi fedezetjavító hatása 15 476 ezer Ft lesz.

	Megtakarítások	Többletbevételek	Összesen
	kiszervezés előtt	kiszervezés után	
A finanszírozási dokumentáció bérköltsége	948	0	
A TVK túllépéséből vagy elmaradásából származó veszteség	8 302	0	
minden finanszírozási adat rögzítése	0	6 226	
Összes fedezetjavulás (ezer Ft/hó)	9 250	6 226	15 476

**3. táblázat**  
**Potenciális megtakarítás a TVK-hoz való pontos illeszkedéssel és a bevétel növekedésével**

## KONKLÚZIÓK

A kódolás és a finanszírozási adatszolgáltatás kiszervezése az elmondottak miatt a legtöbb kórház számára kézenfekvő megoldás lehet. Az EBP-k piacra lépésével a hatékonyabb ellenőrzések miatt az intézmények számára megnő a kódolás jelentősége, az intézmények túlnyomó hányada azonban (a) képzettségi, (b) ösztönzési-motivációs, végül (c) informatikai okokból belső erőforrásaira támaszkodva nem tud ennek a kihívásnak megfelelni. Ami az idei évet illeti: a szakszerű, tiszta kódolás és a pontos besorolás hiánya 2008-ban, a TVK-k rendszere mellett három ponton veszélyezteti a kórházi gazdálkodást: (a) az intézményi TVK-tól való eltérés pozitív vagy negatív irányba; (b) alulszámlázás a biztosító felé; (c) számos kórház esetében megfigyelhető osztályszinten a tudatos alulkódolás, hogy az osztályokon megjelenő túltermelést elrejtse a kórházigazgatás szeme elől (lásd részletesen [1]). 2009-től várhatóan megszűnik a TVK-k rendszere, akkor a kódolás visszaváltozik számlázás-sá a finanszírozó felé. A profitérdekelt EBP-k azonban jóval nagyobb figyelemmel kísérik majd a besorolásokat, egyben a kifizetések alapját képező finanszírozási adatlapokat (kvázi számlákat), mint a jelenlegi finanszírozó, az OEP.

A cikk három fokozatát mutatta be a kódolás kiszervezésének. Az első fokozatban még csupán a kódolás ellenőrzését, a második fokozatban pedig már a kódolást is kiszervezi az intézmény. A harmadik fokozatban a kódolás nem csupán szervezeti, hanem fizikai értelemben is kikerül a kórházból, és azt a szolgáltató cég központjában végzik. Költséghatékonyság és munkaszervezés szempontjából ez a legfejlettebb megoldás, és az informatika és a távközlés fejlődése feltehetően ezt a trendet erősíti majd az elkövetkező években.

## IRODALOMJEGYZÉK

[1] Fendler Judit, Szummer Csaba, 2007. Táncolni gúzsba kötve, de pontosan. Teljesítménytervezés és teljesít-

ményszabályozás a TVK jelenlegi feltételei mellett. IME. 2007 (6), 5: 6-10

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Dr. Fendler Judit** 1989-ben végzett a Marx Károly Közgazdasági Egyetem nemzetközi kapcsolatok és pénzügy szakán. 1992-ig az Arthur Andersen könyvvizsgáló cégnél dolgozik, majd másfél évtizeden keresztül a pénzügyi szolgáltató szektorban. 1996 és 2002 között a Budapest Banknál töltött be vezető pozíciókat, 2004 és 2006 között a Magyar Posta Biz-

tosító Rt. értékesítési vezetője. 1995 és 1996 között a Budapesti Közgazdasági Egyetemen tanít vállalati pénzügyeket. 2003 óta végez átvilágításokat egészségügyi szolgáltatóknál, 2004-ben elvégzi a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképzőjét. Jelenleg a HBCS Audit ügyvezetője.



**Dr. Szummer Csaba** PhD, ügyvezető igazgató, HBCS Audit Tanácsadó Kft. Közgazdász és pszichológus. Az Egészségügyi Finanszírozási Tanácsadók Szakmai Egyesületének (EFTE) elnökségi tagja. Korábban az MTA Pszichológiai Intézetének tudományos munkatársa. Kutatási területe: tudományelmélet és ismeretelmélet. Tudományos fokoza-

tok: szociológia – egyetemi doktorátus, pszichológia – kandidátus. Jelenlegi érdeklődési területe: egészségpolitika, egészségügyi makro- és mikrofinanszírozás