



Κύρια σημεία από τη συνάντηση κωδικοποιήσεων (ΥπΥΠ, 10/11/2003)

1 Γενικά

Το παρόν κείμενο επιχειρεί να αποδώσει συνοπτικά τα κυριότερα σημεία που συζητήθηκαν κατά τη συνάντηση εργασίας της 10/11/2003 στο ΥπΥΠ με θέμα τις κωδικοποιήσεις νόσων διαγνώσεων και ιατρικών πράξεων.

Μετά την αρχική εισήγηση από τον Τεχνικό Σύμβουλο, τα κυριότερα σημεία που απασχόλησαν τους συμμετέχοντες στη συζήτηση που ακολούθησε ήταν:

- ▶ Το σύστημα που θα πρέπει να υιοθετηθεί, το βάθος και η έκταση εφαρμογής του
- ▶ Ποιος θα κωδικοποιεί τα στοιχεία
- ▶ Πότε θα γίνεται η κωδικοποίηση
- ▶ Τα κίνητρα που θα πρέπει να δοθούν για την εφαρμογή των κωδικοποιήσεων

2 Σύστημα Κωδικοποίησης

2.1 Νόσοι - Διαγνώσεις

Το βασικό ερώτημα που συζητήθηκε αναφερόταν στην επιλογή διεθνούς συστήματος ταξινόμησης.

Το σύστημα ICD-9 είναι δοκιμασμένο και ήδη εφαρμόζεται σε ορισμένα τμήματα Νοσοκομείων (π.χ. Αρεταίειο, Ρέθυμνο, Αλεξανδρούπολη).

Το ICD-10 είναι αυτό που συνιστάται από τον ΠΟΥ για υιοθέτηση όπου δεν υπάρχει προηγούμενη συστηματική εφαρμογή άλλου συστήματος. Είναι αρκετά ώριμο ώστε να μη παρουσιάζει τον κίνδυνο προβλημάτων 'παιδικής ηλικίας' (χρησιμοποιείται από πολλές χώρες ήδη από το 1994).

Διατυπώθηκε η γνώμη ότι η χρήση του ICD10 όπως διατίθεται από τον ΠΟΥ (χωρίς επεκτάσεις) δεν επιτρέπει την αναλυτική αποτύπωση διάγνωσης, συνεπώς πρέπει να χρησιμοποιηθεί με επέκταση του για να υποστηρίξει το Ιατρικό έργο και να αποδειχθεί χρήσιμο και στην Ιατρική έρευνα.

Η περίπτωση εκκίνησης από άλλο σύστημα (π.χ. ICD-10-CM ή ICD-10-CA) δεν συζητήθηκε αρκετά.



2.2 Ιατρικές Πράξεις

Από τον ΤΣ επισημάνθηκε ότι δεν υπάρχει στον τομέα αυτό διεθνές πρότυπο αντίστοιχο π.χ. προς το ICD10.

Κατά τη συζήτηση αναφέρθηκε η ύπαρξη του συστήματος NCSP που αφορά στις χειρουργικές διαδικασίες και εφαρμόζεται στις σκανδιναβικές χώρες.

2.3 Άλλες κωδικοποιήσεις

Επισημάνθηκε ότι το ICD10 δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) για την οποία προτάθηκε η υιοθέτηση του συστήματος ICPC.

Τονίστηκε ότι υπάρχει σοβαρή ανάγκη κωδικοποίησης των εργαστηριακών εξετάσεων και των υγειονομικών (κυρίως) υλικών. Υπάρχει σχετική εμπειρία στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Κρήτης.

Σε κάθε περίπτωση, τονίστηκε ότι όποιο σύστημα κωδικοποίησης και αν εφαρμοστεί, η ύπαρξη Πληροφοριακού Συστήματος θα διευκολύνει ιδιαίτερα την εφαρμογή του.

Πέρα από τις διάφορες κωδικοποιήσεις, επισημάνθηκε επίσης η επείγουσα ανάγκη τυποποίησης των διαδικασιών, των εντύπων και των τηρούμενων στοιχείων (π.χ. ιστορικό) από τις διάφορες μονάδες υγείας. Η σημερινή έλλειψη τέτοιων τυποποιήσεων δημιουργεί μεγάλες δυσκολίες στην ανταλλαγή χρήσιμων ιατρικών δεδομένων μεταξύ των μονάδων.

2.4 Γενικές θεωρήσεις

Εκφράστηκε η άποψη ότι η εισαγωγή κωδικοποιήσεων θα απαιτήσει σημαντικό χρόνο (της τάξης των πέντε ετών) και ως εκ τούτου μάλλον δεν θα ολοκληρωθεί στο χρονικό πλαίσιο του 3^{ου} ΚΠΣ. Έγινε πρόταση σταδιακής εισαγωγής, αρχίζοντας από τα εξιτήρια.

Στο ίδιο πνεύμα, συμφωνήθηκε ότι τυχόν εργασίες εξειδίκευσης και εμπλουτισμού του ICD10 σε επί μέρους τομείς (π.χ. οφθαλμικές παθήσεις) δεν πρέπει να σταματήσουν εν αναμονή της 'επίσημης' καθιέρωσης της χρήσης του ICD10, αλλά είναι προτιμότερο να συνεχιστούν παράλληλα με αυτή.

Τονίστηκε ότι πολλοί γιατροί δεν είναι επαρκώς εξοικειωμένοι με την πληροφορική, ούτε με την έννοια των κωδικοποιήσεων, δεδομένου ότι στις Ιατρικές Σχολές δεν υπάρχει σχετικό μάθημα, κάτι που πρέπει να διορθωθεί στο άμεσο μέλλον.

Επισημάνθηκε η θεμελιώδης σημασία των κωδικοποιήσεων για τα υπό ανάπτυξη πληροφοριακά συστήματα των ΠεΣΥΠ ή/και Νοσοκομείων και η ανάγκη κοινού συστήματος για όλους. Παράλληλα, πρέπει να προβλεφθεί εξ αρχής η δυνατότητα τυποποιημένης επικοινωνίας με άλλους φορείς σχετικούς με την Υγεία, όπως π.χ. τα φαρμακεία.

Τέλος, τονίστηκε ότι η καταγραφή τυποποιημένων στοιχείων κοστολόγησης είναι απαραίτητη προϋπόθεση για στο ολοκληρωμένη, δομημένη διοίκηση των μονάδων υγείας, που να επιτρέπει π.χ. την σύγκριση της 'απόδοσης' μεταξύ νοσοκομείων, κλινικών κ.λπ.



Προτάθηκε η σύσταση στο ΥπΥΠ διαρκούς επιτροπής που θα ασχολείται με τις κωδικοποιήσεις και θα τηρεί ενήμερους όλους τους ενδιαφερόμενους για τις εξελίξεις στο θέμα.

3 Βάθος και έκταση εφαρμογής

Ένα βασικό θέμα ήταν κατά πόσον η εφαρμογή των κωδικοποιήσεων πρέπει πρώτα να γίνει σε περιορισμένη πιλοτική έκταση ή αν είναι προτιμότερο να επιβληθεί κατ'ευθείαν σε πλήρη κλίμακα.

Αν και η πιλοτική εφαρμογή επιτρέπει την επισήμανση και εύκολη επίλυση τυχόν προβλημάτων που θα παρουσιαστούν αρχικά, το γεγονός ότι υπάρχει ήδη σημαντική καθυστέρηση στον τομέα αυτό και η ανάπτυξη των ΠΣ των ΠεΣΥΠ και άλλων φορέων υγείας δημιουργεί έντονες πιέσεις, φαίνεται να ευνοεί την εξ' αρχής εφαρμογή σε πλήρη κλίμακα.

Το πλήθος των ψηφίων ταξινόμησης που θα χρησιμοποιηθούν επίσης εξετάστηκε από ορισμένους συμμετέχοντες. Η χρήση λίγων ψηφίων απλοποιεί και επιταχύνει την κωδικοποίηση, όμως η πληροφορία που καταγράφεται με τον τρόπο αυτό κινδυνεύει να είναι ανεπαρκής για πολλούς σκοπούς. Για το λόγο αυτό, και δεδομένου ότι η χρήση πληροφοριακών συστημάτων μπορεί να υποστηρίξει και να διευκολύνει σημαντικά τη διαδικασία της κωδικοποίησης, φαίνεται προτιμότερο να αξιοποιηθούν περισσότερα μάλλον ψηφία του ICD10.

Από διάφορους μετέχοντες επισημάνθηκε το γεγονός ότι από τη στιγμή που αποφασιστεί η υιοθέτηση ενός συστήματος κωδικοποίησης ιατρικής πληροφορίας, πρέπει η εφαρμογή του να επιβληθεί και στον ιδιωτικό τομέα, που αντιπροσωπεύει περίπου το 44% της υγείας στην Ελλάδα.

4 Ποιος θα κωδικοποιεί;

Αναφέρθηκαν οι εξής βασικές δυνατότητες:

- Ο γιατρός που κάνει τη διάγνωση ή τις ιατρικές πράξεις
- Ένας άλλος γιατρός, που συμμετέχει ή παρίσταται στη διαδικασία
- Ειδικευμένος 'κωδικοποιητής', π.χ. στο Γραφείο Κίνησης
- Ομάδα γιατρών

Η πρώτη λύση παρουσιάζει το πλεονέκτημα ότι αυτός που κωδικοποιεί γνωρίζει ακριβώς τι έχει διαπιστώσει ή τι έχει κάνει και αποφεύγεται έτσι ο κίνδυνος παρερμηνειών ή παραλείψεων. Δεδομένου ότι η διαδικασία της κωδικοποίησης δεν θα πρέπει να καθυστερεί



το καθαυτό ιατρικό έργο, η λύση αυτή μπορεί να συζητηθεί μόνον υπό την προϋπόθεση ότι η κωδικοποίηση θα γίνεται εκτός ωραρίου ιατρικής δραστηριότητας. Παραμένει πάντως το μειονέκτημα της ανάλωσης πολύτιμου χρόνου σε μια διοικητική διαδικασία και της πιθανής απροθυμίας πολλών γιατρών να αφιερώσουν τον απαιτούμενο χρόνο σε αυτή (με ενδεχόμενη συνέπεια να καταγράφονται – για οικονομία χρόνου – περιληπτικές μόνον διαγνώσεις).

Η δεύτερη λύση (στην πράξη θα πρόκειται συχνά για ειδικευόμενο ή (μετ)εκπαιδευόμενο γιατρό ή για νοσηλεύτη) διατηρεί το πλεονέκτημα ότι αυτός που κωδικοποιεί έχει εικόνα του τι κάνει και ουσιαστικές γνώσεις που μπορούν να τον βοηθήσουν ή να τον καθοδηγήσουν σε μια ασαφή περίπτωση. Δεν είναι βέβαιο αν σε κάθε περίπτωση ο ‘δεύτερος γιατρός’ είναι διαθέσιμος, ειδικά σε μικρές μονάδες.

Η λύση των ειδικευμένων ‘κωδικοποιητών’ προϋποθέτει ότι αυτοί θα παρακολουθήσουν συστηματική σχετική εκπαίδευση (π.χ. 6μηνη). Και στην περίπτωση αυτή κρίνεται ότι όσο περισσότερη σχέση έχουν με την ιατρική (αναφέρθηκε το ενδεχόμενο αξιοποίησης ηλικιωμένων γιατρών), τόσο καλύτερα θα είναι. Η περίπτωση να είναι κυρίως σχετικοί με την Πληροφορική θεωρήθηκε πολύ αδόκιμη. Η λύση λαμβάνει υπ’ όψη την έλλειψη επαρκούς γραμματειακής υποστήριξης σε πολλές μονάδες υγείας. Δεν υπήρξε πάντως σαφές συμπέρασμα αν η κάλυψη των αναγκών κωδικοποίησης θα απαιτήσει πολλές νέες προσλήψεις ή μπορεί να επιτευχθεί με το υπάρχον προσωπικό.

Τέλος αναφέρθηκε η πειραματική εφαρμογή κωδικοποίησης ως αποτέλεσμα ομαδικής δουλειάς: οι εμπλεκόμενοι γιατροί συζητούν μεταξύ τους τις διάφορες περιπτώσεις, καταλήγουν στην καταλληλότερη περιγραφή και κωδικοποίηση και την καταγράφουν. Για την περίπτωση αυτή επισημάνθηκε ότι η συζήτηση μπορεί να κρατήσει αρκετή ώρα για ορισμένες δύσκολες περιπτώσεις, ενώ η κωδικοποίηση καθαυτή δεν χρειάζεται πάνω από λίγα δευτερόλεπτα. Το κυριότερο πλεονέκτημα αυτής της προσέγγισης είναι η υψηλή ποιότητα της τηρούμενης πληροφορίας.

Αρκετοί συμμετέχοντες τόνισαν ότι η κωδικοποίηση των διαγνώσεων ελαττώνει το υποκειμενικό στοιχείο της τηρούμενης πληροφορίας και σχετίζεται άμεσα με την ευθύνη του γιατρού. Ο φόβος για τυχόν ‘παρενέργειες’ από μια ατυχή καταγραφή (‘ο φόβος του Εισαγγελέα’) μπορεί να δράσει ανασταλτικά για τη λεπτομερή αποτύπωση των αρχικών συμπτωμάτων (αν π.χ. δεν χορηγήθηκαν φάρμακα για όλα όσα αρχικά διαπιστώθηκαν, αλλά αντιμετωπίστηκαν μόνο τα σοβαρότερα προβλήματα). Από το άλλο μέρος, αποτελεί κίνητρο για την προσωπική ενασχόληση των γιατρών με το θέμα.

Ανεξάρτητα από το ποιος θα αποφασιστεί τελικά να κωδικοποιεί, η διαρκής ενημέρωση όσων ασχολούνται με την κωδικοποίηση (π.χ. ανά 3μηνο) κρίθηκε γενικά απαραίτητη.



5 Πότε θα κωδικοποιείται η πληροφορία;

Από τη συζήτηση που έγινε προέκυψε ότι είναι μάλλον απαραίτητο να καταγράφεται κωδικοποιημένη πληροφορία σε δύο χρονικές στιγμές: Αφενός κατά την εισαγωγή του ασθενούς στη μονάδα υγείας, οπότε πρέπει να καταγραφούν τα συμπτώματα και ο βασικός λόγος εισαγωγής, και κατά την έξοδο, οπότε πρέπει να καταγραφεί στο εξιτήριο η τελική διάγνωση (και οι ιατρικές πράξεις που εκτελέστηκαν).

6 Κίνητρα

Από τα κίνητρα που είχαν προταθεί από τον ΤΣ κρίθηκε ότι αυτά που αναφέρονταν σε αξιολόγηση της σχετικής πείρας ως προσόντος π.χ. για πρόσληψη στο ΕΣΥ δεν παρουσιάζουν πρακτικά ενδιαφέρον. Αντιθέτως, πιθανό κίνητρο αποτελεί η προσέλκυση / έγκριση κονδυλίων για τη μονάδα υγείας που εφαρμόζει με πληρότητα το σύστημα, αλλά και η δυνατότητα ορθότερης χρέωσης των ασφαλιστικών ταμείων για τα περιστατικά που αντιμετωπίζονται. Επίσης, η διαθεσιμότητα αξιόπιστων στοιχείων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού κάθε μονάδας.

Η χρησιμότητα των στοιχείων για τους γιατρούς, αφενός στην καθημερινή τους εργασία (πληρέστερη και πιο αξιόπιστη πληροφόρηση σχετικά με τους ασθενείς), αφετέρου για ερευνητικούς / ακαδημαϊκούς σκοπούς (δημοσιεύσεις) αποτελεί καθαυτή ένα κίνητρο για την εφαρμογή των κωδικοποιήσεων. Η εξασφάλιση ορθών επιδημιολογικών στοιχείων και η κάλυψη των διεθνών υποχρεώσεων της χώρας αναφέρθηκαν επίσης.

Αν και η θέσπιση προσωπικών οικονομικών κινήτρων θεωρήθηκε από αρκετούς από τους παρισταμένους 'αποδεκτή και επιβαλλόμενη' επισημάνθηκε ότι σε περίπτωση καθιέρωσης θετικών και αρνητικών κινήτρων ('καρότο' και 'μαστίγιο'), το πιθανότερο είναι ότι το μεν 'καρότο' θα απολαμβάνει ο επιμελητής, το δε 'μαστίγιο' θα υφίσταται ο ειδικευόμενος...

Πέρα από τα κίνητρα με τη στενή έννοια, υποδείχθηκε ότι θετικό ρόλο στη διευκόλυνση της εισαγωγής των κωδικοποιήσεων θα παίζει η ευρύτερη ενημέρωση των ενδιαφερομένων για το 'όραμα' στο οποίο εντάσσεται η ενέργεια αυτή.

Είναι σημαντικό η κωδικοποίηση να μη προσθέσει δουλειά στους γιατρούς, αλλά αντίθετα να τους διευκολύνει στην καθημερινή τους εργασία.