

Codifica ambulatoriale - facile e veloce

Per la fatturazione dei pacchetti ambulatoriali sono generalmente necessari una singola diagnosi e un singolo trattamento. Questa forma di fatturazione e codifica non è solo semplice, ma consente anche di risparmiare tempo e di concentrarsi pienamente sulle cure quotidiane.

Perché la codifica è necessaria?

L'obiettivo della codifica ambulatoriale è garantire che i servizi siano fatturati in modo appropriato, con il minor lavoro possibile di inserimento dati. A tal fine, la documentazione medica viene tradotta in una forma uniforme e leggibile dalla macchina. Ciò consente l'assegnazione automatica a un pacchetto di pazienti e quindi la fatturazione di un caso ambulatoriale, senza la necessità di inserire le varie prestazioni in modo dispendioso.

Per la codifica vengono utilizzati gli strumenti ICD-10-GM e CHOP, già consolidati e collaudati nel settore ospedaliero, il che significa che non è necessaria alcuna manutenzione aggiuntiva per le classificazioni nel settore ambulatoriale.

Da un lato, la codifica ambulatoriale riduce la complessità e, dall'altro, evita oneri a valle come i rinvii, perché la fatturazione di un pacchetto di pazienti sulla base di una diagnosi e di un codice CHOP riduce il margine di interpretazione.

ad esempio:

Una riduzione chiusa viene eseguita in ospedale su una paziente di 25 anni con una frattura del radio distale. Vengono inoltre forniti tutti i servizi terapeutici e diagnostici del caso, come l'anamnesi, l'esame clinico, la discussione preliminare, l'analgesia e l'anestesia locale, gli esami radiologici, ecc.

Per la fatturazione forfettaria, la documentazione medica è

Codice ICD-10-GM "*S52.51 Frattura distale del radio: frattura in estensione*" e il codice

Codice CHOP "*79.02 Riduzione chiusa di una frattura del radio e dell'ulna senza fissazione ossea interna*" tradotto.

Per l'assegnazione a un pacchetto non sono necessarie diagnosi aggiuntive o codici CHOP: il caso può essere fatturato.

Posso eseguire la codifica da solo?

Il principio è che il personale che inserisce diagnosi e procedure nel settore ambulatoriale è lo stesso che attualmente inserisce le prestazioni nella tariffa fee-for-service. Un'area specialistica può definire un modello di codici ICD e CHOP per i trattamenti ambulatoriali più frequenti, che sarà a disposizione del personale per la fatturazione. In questo modo, un'ampia percentuale di casi può essere fatturata con un minimo di inserimento dati, risparmiando tempo.

Nell'ambito dell'introduzione della codifica ambulatoriale, inizialmente si prevede un lavoro aggiuntivo dovuto al cambiamento di sistema e alla formazione. Tuttavia, una volta consolidata, possiamo aspettarci una significativa riduzione del carico di lavoro rispetto alla situazione attuale con la tariffa globale fee-for-service e tutte le regole associate.

Ci sono regole da seguire?

La codifica ambulatoriale si basa su una serie di condizioni quadro intuitive, che sono presentate in modo trasparente nel manuale di codifica con l'aiuto di numerosi esempi e che possono essere integrate se necessario.

Per alcuni trattamenti che non hanno ancora un codice di trattamento appropriato nel catalogo CHOP, sono stati creati codici simili. A tal fine, il trattamento eseguito viene codificato utilizzando un codice CHOP esistente con un contenuto simile. Il contenuto originale del codice CHOP utilizzato viene così sovrascritto. Queste costellazioni isolate sono pubblicate nel documento Codages par analogie sul sito web della sts SA e vengono integrate o aggiornate se necessario.

Per saperne di più sulla codifica ambulatoriale, consultare il nostro sito web.