

**Erikoissairaanhoidon
tuotteistuksen
käsikirja**

2012

15.1.2012

SISÄLLYSLUETTELO

SIVU

1	ERIKOISSAIRAANHOIDON TUOTTEISTUKSEN KÄSIKIRJA	3
1.1	Johdanto	5
1.2	Erikoissairaanhoidon tuotteistus	7
1.2.1	Sairaanhoidon toiminta.....	7
1.2.2	DRG, Diagnosis Related Groups	8
1.2.3	Kustannuslaskenta ja laskutus.....	9
1.2.4	Perussuorite, välisuorite ja tuote.....	10
1.3	Painokertoimet	10
1.3.1	DRG-painokertoimet.....	11
1.3.2	Painokertoimiin liittyvät käsitteet	11
1.3.3	Variaatiokertoimeen pohjautuva laskenta.....	12
1.4	Jatkokehitys, lääkeshoidon tuotteistus	12
2	SUORITEKÄSIKIRJA.....	13
2.1	Asiakkaat.....	14
2.1.1	Asiakasta koskevat käsitteet	14
2.1.2	Asiakasta koskevat ilmoitukset	17
2.2	Hoitoon ja hoitoprosessiin liittyvät käsitteet	18
2.2.1	Hoidon käynnistyminen	22
2.3	Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen	26
2.3.1	Avohoitoon liittyvät käsitteet	28
2.3.2	Vuodeosastohoitoon liittyvät keskeiset käsitteet	34
2.3.3	Toimenpiteisiin liittyvät käsitteet.....	38
2.3.4	Laboratorion ja radiologian käsitteet	38
2.3.5	Muut palvelut	39
3	KIRJAAMISEN OHJEISTUS	40
3.1	Kirjaamisvastuut.....	42
3.2	Kirjaamisohjeet	42
3.2.1	Haittavaikutusten kirjaaminen	47
3.3	Kirjaamisen laadunseuranta	48
3.4	Esimerkkejä kirjaamisesta	50
4	KUSTANNUSLASKENNAN KÄSIKIRJA	51
4.1	Kustannuslaskennan yleiskuvaus	53
4.2	Hoitopalveluilla katettavat kustannukset	56
4.3	Välisuoritelaskenta	59
4.4	Hinnoittelu	66
4.4.1	Päivystystoiminnan kulujen kattaminen	69
5	TIETOJÄRJESTELMÄT	72
5.1	Kertakirjaaminen	73
5.2	Järjestelmistä poimittavat tiedot.....	74
5.2.1	Kustannuslaskennan tarvitsemat kustannustiedot	78
5.2.2	Laskutuksen tarvitsemat tiedot.....	78
5.3	Välisuoritteiden kohdistussäännöt	79
5.4	Raportointi/raportoinnin käyttö.....	80
5.4.1	Yleiset raportointimallit.....	80
5.4.2	Käyttäjärühmät	83
6	YLEISET	84
6.1	Terveystenhuollon luokituksia	84
	LÄHTEET	85
	LIITTEET.....	87

1 Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja

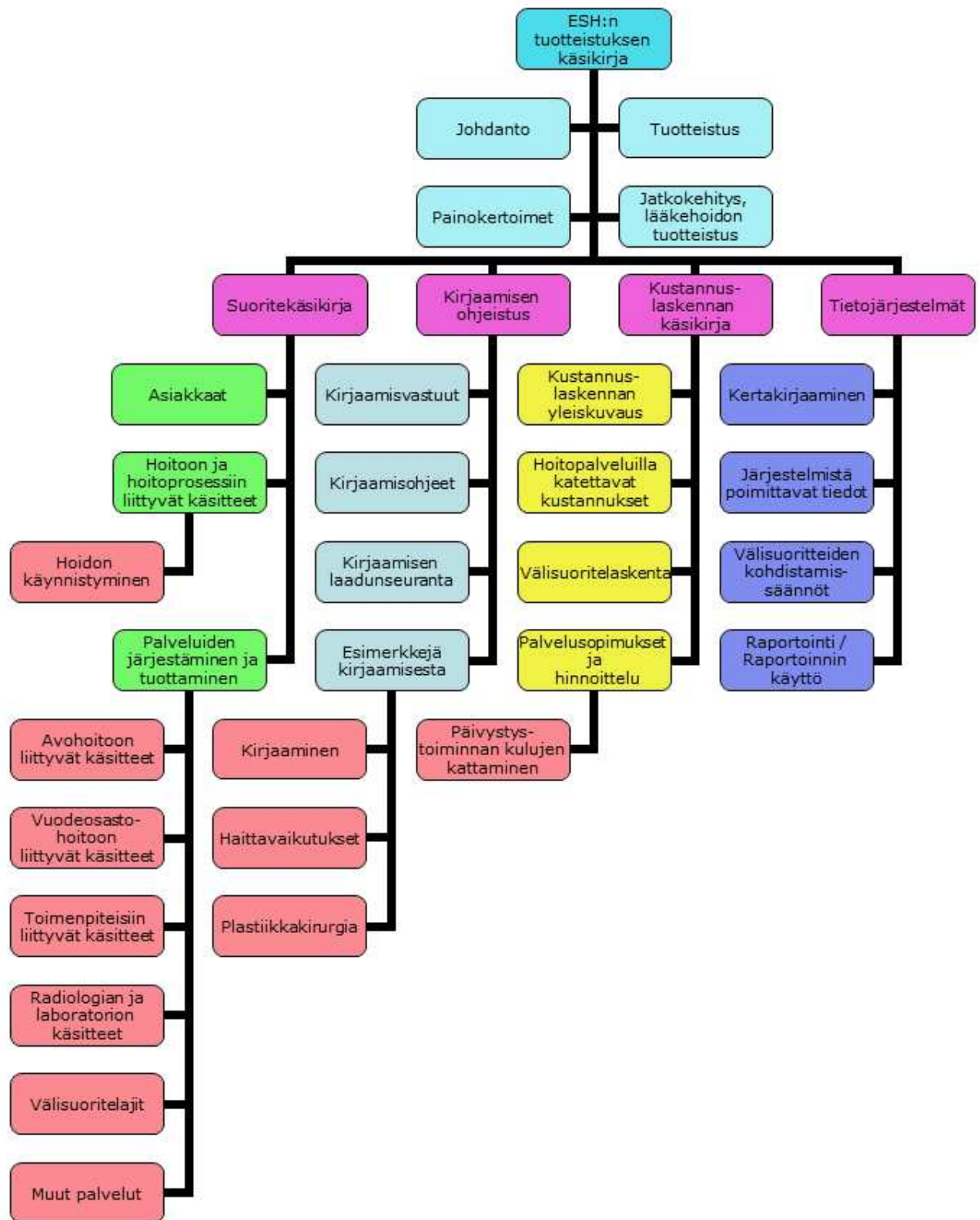
DRG:n kansallisen käyttöhankkeen työssä keskityttiin erikoissairaanhoidon tuotteistuskäytäntöjen valtakunnalliseen yhdenmukaistamiseen. Hanke on esittänyt yhdenmukaisia malleja tuotteistuksen aihepiireihin, joissa ei ole ollut vallitsevaa yhdenmukaista käytäntöä.

Hankkeen keskeinen aikaansaannos on Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja, joka koostuu neljän työryhmän tuottamista ohjeistuksista:

- Suoritekäsikirja
- Kustannuslaskennan käsikirja
- Kirjaamisen ohjeistus
- Tietojärjestelmien hyödyntäminen tässä viitekehyksessä

Yhdessä nämä neljä luovat kansallisesti yhtenäisen pohjan erikoissairaanhoidon tuotteistus- ja laskutusmalleille.

Hankkeen tausta, osapuolet ja organisoituminen on kuvattu johdannossa.



1.1 Johdanto

DRG:n kansallisen käyttöhankkeen taustaa

Sairaaloiden tuotteistuksen standardointihanke, SaTu-hanke, toteutettiin Suomessa vuosina 2005 – 2007. SaTu-hankkeen tavoitteena oli yhdenmukaistaa sairaaloiden tuotteistusta valtakunnallisesti ja sen lopputuloksena suositeltiin DRG-tuotteistuksen kattavaa käyttöönottoa Suomessa vuoteen 2011 mennessä. SaTu-hankkeen suositukset luovat DRG-tuotteistuksen käyttöönotolle yhdenmukaiset mallit, mikä on ehdoton edellytys hintavertailuille ja laadun seurannalle. SaTu-hankkeen suositukset ovat tämän dokumentin liitteessä 1.

DRG-tuotteistuksen tulisi kattaa koko palvelutuotanto ja sitä tulisi käyttää myös erikois-sairaanhoidon palvelujen kilpailutuksessa. Kokonaiskustannuksista potilas-kohtaisesti tulisi pystyä kohdentamaan 80 % ja loput 20 % tulisi perustua yleiskustannusten jakamiseen potilaskohtaisesti eli vyörytykseen. Tällä hetkellä tilanne on lähes päinvastainen, potilaskohtaisesti voidaan kohdentaa kaikista kustannuksista noin 20 - 30 % ja vyörytettyjen kustannusten osuus on 70 - 80 %.

DRG:n kansallisen käyttöhankkeen aloitusseminaari pidettiin 5.6.2008. Työryhmi- en työskentely käynnistyi helmikuussa 2009 eli noin puoli vuotta alkuperäisestä suunnitelmasta myöhässä. Tästä syystä hanke jatkui vuoden 2011 puolelle. Vuosina 2008 - 2011 toteutetun hankkeen tavoitteena on ollut tukea DRG-tuotteistuksen laajaa käyttöönottoa (peitto > 80 % tuotannon arvosta) kaikissa erikoissairaanhoidon palveluja tuottavissa yksiköissä Suomessa.

Hankkeessa on työskennellyt neljä työryhmää, jotka ovat työssään ottaneet kantaa SaTu-hankkeen suosituksiin ja luoneet ohjeistuksen, joka mahdollistaa DRG-tuotteistuksen käyttöönoton. Hankkeen työtä on ohjannut DRG-asiantuntijaryhmä, jonka puheenjohtajana on toiminut Kuntaliiton edustaja ja jäsenenä on ollut edustajat kaikilta Erva-alueilta.

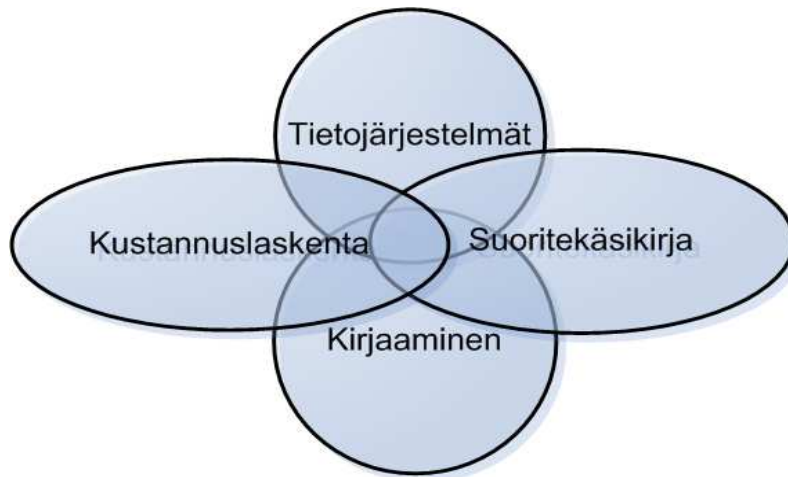
Hankkeen projektipäällikkönä on toiminut tuotepäällikkö Minna-Liisa Sjöblom FCG Finnish Consulting Group Oy:stä. TkL Tapio Pitkäranta on ollut mukana työryhmi- en työskentelyssä vuonna 2010. Hän on osallistunut työryhmien työskentelyyn, ollut tukena sekä luonut Wikipedia-pohjaisen kaikkien työryhmien yhteisen Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsi-kirjan, joka jatkossa on muokattu myös tulostettavaan Word -versioon. Word-dokumentti poikkeaa Wikipedia-tuotteesta rakenteellisesti (Wordissa käytetty paljon luettelointia) ja viiteluettelon osalta (Word-dokumenttiin viitteet toteutettu laajempaan lähdeluettelona). Lisäksi Wikipedian erilliset dokumenttilinkit on lisätty liitteiksi Word-dokumenttiin (liitteet 1-4). Sisältö on molemmissa tuotteissa sama.

Kansallinen DRG-keskus jatkaa Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirjan ylläpitoa hankkeen päättymisen jälkeen. Käsikirjaa päivitetään taustatyönä jatkuvasti, uusi voi-massa oleva versio päivitetään ja julkaistaan kerran vuodessa.

Jatkossa käsikirjan päivityksestä huolehtii työryhmä, joka muodostetaan käsikirjan työstämiseen osallistuneiden työryhmien edustajista. Tarkoituksen on kokoon-tua 2 - 4 kertaa vuodessa käsittelemään muutostarpeita laita ja asetukset huomi-oon ottaen.

DRG -asiantuntijaryhmä

Jussi Merikallio, puheenjohtaja v. 2010, Kuntaliitto
 Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma, puheenjohtaja v. 2009, Kuntaliitto
 Seppo Karhu, KHSHP
 Yrjö Koivusalo, VSSHP
 Risto Lantto, PKSSK
 Jorma Lauharanta, HUS
 Pasi Parkkila, PPSHP



Suoritekäsikirjatyöryhmä

Työryhmän tavoitteena on ollut luoda Suoritekäsikirjalle yhtenäinen runko, avata sisältöä sekä ottaa kantaa tärkeimpiin määrittelyihin.

Työryhmän kokoonpano:

Maisa Lukander, puheenjohtaja v. 2010, HUS
 Tarja Rasi, puheenjohtaja v. 2009, VSSHP
 Arja Heikinheimo, PHSOTEY
 Pirjo Häkkinen, THL
 Ritva Jussila, PPSHP
 Raija Mäntylä, ESSHP
 Kari Suoverinaho, EPSHP
 Martti Virtanen, Nordic Casemix Centre
 Minna-Liisa Sjöblom, sihteeri, FCG Finnish Consulting Group Oy

Kirjaamistyöryhmä

Työryhmän tavoitteena on ollut laadukkaan kirjaamisen ohjeistaminen, kouluttamistarpeen arviointi ja kouluttamissuunnitelman sekä laadunvalvontamallin luominen.

Työryhmän kokoonpano:

Sari Koskinen-Kivilahti, puheenjohtaja, HUS
 Jorma Hannukainen, SATSHP
 Veli-Pekka Helvola, EKSOTE
 Pirjo Häkkinen, THL
 Heikki Pylkkänen, ISSHP
 Auvo Rauhala, VSHP

Asko Rytönen, KSSHP
Marja Vesa, PPSHP
Martti Virtanen, Nordic Casemix Centre
Minna-Liisa Sjöblom, sihteeri, FCG Finnish Consulting Group Oy

Kustannuslaskentatyöryhmä

Työryhmän tavoitteena on ollut luoda potilaskohtaisen kustannuslaskennan ohjeistus.

Työryhmän kokoonpano:

Annikki Niiranen, puheenjohtaja, PHSOTEY
Janne Aaltonen, VSSHP
Seppo Jaatinen, v. 2009
Liisa Kiesilä, ESSHP
Heini Koskenvuori, PSSHP
Tommi Lehtokangas, HUS
Tero Mäkiranta, SATSHP
Pia Peteri, PPSHP
Erkki Rosala, KSSHP
Pirjo Selesniemi, Kainuu
Martti Virtanen, Nordic Casemix Centre
Minna-Liisa Sjöblom, sihteeri, FCG Finnish Consulting Group Oy

Tietojärjestelmätyöryhmä

Tietojärjestelmätyöryhmän tehtävänä on ollut tukea muiden työryhmien työtä tietoteknisten ratkaisujen avulla ja mahdollistaa työryhmien määrittelemien periaatteiden perusteella yhtenäinen tuotos.

Työryhmän kokoonpano:

Pirjo Bastman, puheenjohtaja, PPSHP
Margit Honkila, Kainuu, v. 2010
Martti Ikonen, PSSPH
Hannu Joentausta, PHSOTEY
Riitta Luhtala, HUS
Leena Ollonqvist, VSSHP
Tuula Sarkkinen, ESSHP
Kristiina Taskinen, Kainuu, v. 2009
Martti Virtanen, Nordic Casemix Centre
Minna-Liisa Sjöblom, sihteeri, FCG Finnish Consulting Group Oy

1.2 Erikoissairaanhoidon tuotteistus

1.2.1 Sairaanhoidon toiminta

Sairaalan toimintaa voidaan seurata monella tarkkuustasolla. Yksittäiset hoitokontaktit ja niihin liittyvät suoritteet ja diagnoosit yhdistetään erikoisalahoitojaksoksi, useat erikoisalahoitojaksot yhdistetään sairaalahoitojaksoksi ja useat sairaalahoitojaksot samassa tai eri yksiköissä samaa ongelmaa käsitteleviksi episodeiksi.

Kustannusten kohdentamiseen ja laskutukseen liittyvät sairaalan toiminnan seuraamistarpeet ovat erilaisia kuin esimerkiksi sairaaloiden kliinisen toiminnan vertailu. Kustannusten oikean potilaskohtaisen kohdentamisen ja laskutuksen tavoit-

teena on taata potilaan hoitoon osallistuville yksiköille oikeudenmukainen korvaus käytetyistä resursseista. Kohdentamisen toteuttamiseksi on usein tarpeen tarkastella jopa pienempiä kokonaisuuksia kuin kliinisen toiminnan analysoinnissa.

Kohdentaminen perustuu potilaan hoidon yhteydessä tuotettuun dokumentaatioon, jota analysoidaan monin tavoin. Laskutusta, johtamista ja palvelutuotannon seuranta varten käsitellään suuria määriä potilaskohtaista tietoa, jonka avulla potilaat mm. ryhmitellään hoidon sisällön mukaan DRG-ryhmiin ja päätellään hoidon vaatimat resurssit. Tietojärjestelmät eivät pysty automaattisesti tulkitsemaan tekstiä, eivätkä ne osaa lukea kuvia, joten potilaan hoidon sisällön tiivis kuvaus muodostuu sen sijaan koodatusta tiedosta. Jos potilaan hoidosta kirjatut koodit eivät kuvaa potilaan hoitoa asianmukaisesti, vääristyy sekä sairaalan toiminnan seuranta että laskutus ja vertailut muihin sairaaloihin, kuten myös tieteelliset tutkimukset, jotka käyttävät samaa tietoa. Siirryttäessä DRG-perusteiseen kuntalaskutukseen tulee kirjaamiseen (ja ryhmittelylogiikkaan) kiinnittää huomiota.

Tuotteistusjärjestelmä luo perustan palvelujen tilaamiselle, tuotetuista palveluista laskuttamiselle ja laskutuksen oikeellisuuden arvioimiselle sekä toiminnan laadun ja tehokkuuden arvioinnille. Sairaaloiden toiminta voidaan tuotteistaa useilla eri tavoilla, joista potilaiden ryhmittely diagnooseihin ja toimenpiteisiin perustuen (DRG, Diagnosis Related Groups) on kansainvälisesti käytetyin malli.

1.2.2 DRG, Diagnosis Related Groups

DRG on erikoissairaanhoidon potilasluokittelujärjestelmä, jonka avulla pystytään tuotteistamaan ja hinnoittelemaan erikoissairaanhoidon palvelut sekä seuraamaan erikoissairaanhoidon kustannuksia ja laatua. DRG-ryhmittelijä on tietokoneohjelma, joka käyttää hyväkseen sairaalan eri tietojärjestelmiin potilaasta kirjattua tietoa (periaatteessa rutiinisti kirjattu tieto). Ryhmittely tapahtuu automaattisesti hoitajakson tai käynnin päätyttyä. DRG-tuotteita on noin tuhat sisältäen sekä avohoidon että vuodeosastohoidon ryhmät (NordDRG Full ja NordDRG Classic).

DRG-ryhmitys perustuu päädiagnoosiryhmiin (MDC), jotka jakautuvat päädiagnoosien mukaisiin alaryhmiin. DRG-ryhmien sisältö on määritelty ryhmäkohtaisesti. Osa ryhmistä on nk. komplisoituneita tai ongelmallisia DRG-ryhmiä, jotka ovat kustannuksiltaan ja hinnaltaan korkeampia kuin ei-komplisoituneet DRG-ryhmät. Komplisoivia tekijöitä voivat olla potilaan sivudiagnoosit, päivystys- tai hätäleikkaus, sydänhätätilanne ja joissakin tapauksissa leikkauksen kesto. Esimerkkeinä poimituista koodeista ovat diagnoosit, leikkaussalitoimenpiteet, radiologiset tutkimukset ja toimenpiteet. Polikliinisen toiminnan kannalta voivat olla merkityksellisiä sellaisetkin toimenpiteet, joilla ei ole merkitystä vuodeosaston toiminnassa, esimerkiksi tähytykset, radiologiset tutkimukset sekä pientoimenpiteet.

Yksinkertaisimmillaan potilaan saaman hoidon voi kuvata seuraavilla tietueilla, jotka ovat välttämättömiä DRG-järjestelmän kannalta (pakolliset tiedot liha-voiduilla):

Sukupuoli:	Mies
Syntymäaika:	6.8.1974
Hoidon alkamispäivä:	1.5.2010
Hoidon päättymispäivä:	5.5.2010
Ikä hoidon alkamishetkellä:	7.650 päivää
Hoitoaika	5 päivää
Päädiagnoosi	
Sivudiagnoosit	

Toimenpiteet:**Operatiiviset toimenpiteet**

Konservatiiviset toimenpiteet

Radiologiset toimenpiteet**Lisäkoodit**

Laboratoriotutkimukset

Lääkkeet

Jatkohoito

Ryhmittelyn lopputulos

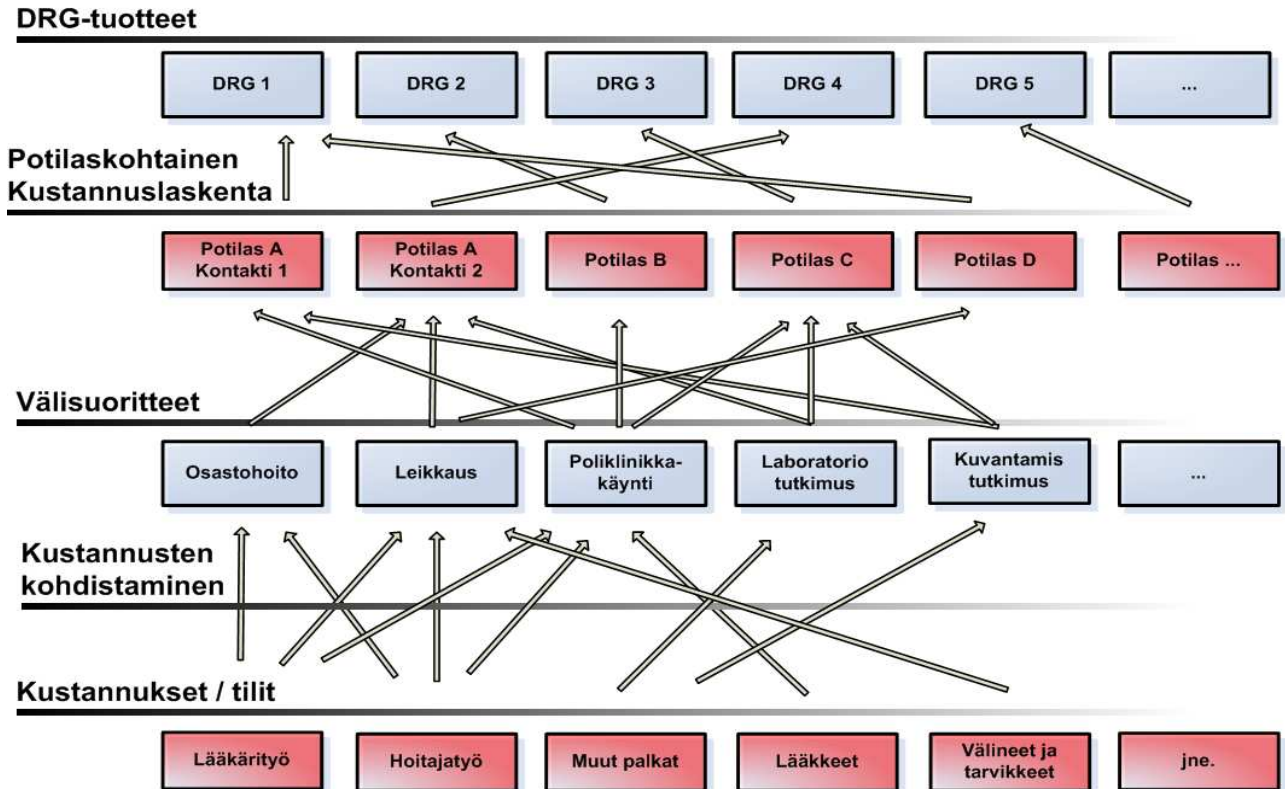
DRG-ryhmä: potilasryhmä (noin 600 eri ryhmää)**MDC-ryhmä: pääelinryhmä (noin 20 eri ryhmää)****RC-koodi: ryhmittelyn tekninen oikeellisuus (noin 10 paluukoodia)**

NordDRG on Pohjoismaiden ylläpitämä järjestelmä, jonka ylläpidosta vastaa Pohjoismaainen luokittelukeskus Nordic Casemix Centre. Suomessa DRG:n omistaa Kuntaliitto ja sitä hallinnoi FCG Finnish Consulting Group Oy, jossa toimii Kansallinen DRG-keskus. Kansallisen DRG-keskuksen tehtävänä on toimia NordDRG-järjestelmän suomalaisena osaamiskeskuksena, ylläpitää ja kehittää DRG-järjestelmää suomalaisesta näkökulmasta. Ryhmittelijästä julkaistaan vuosittain uusi versio ja Suomen eri sairaanhoitopiireissä on käytössä eri vuosien versioita. Nordic Casemix Centre -toimintaan voit tutustua osoitteessa www.nordcase.org.

1.2.3 Kustannuslaskenta ja laskutus

Laskutus perustuu tuotettujen ja tuotteistettujen palvelujen määriin ja hintoihin. NordDRG-ryhmittelyyn perustuva tuotteistus luo perustan palvelutuotannon vuosittaiselle suunnittelulle ja vuosibudjetoinnille. NordDRG-ryhmittelyn kautta tuotteistus kytkeytyy päätöksiin ja valintoihin, joita tehdään hoitajakson aikana. NordDRG-ryhmittelyyn perustuvan lopputuotteen kustannukset muodostuvat välisuoritteiden kustannuksista. Hinnoittelu perustuu kunkin palvelutuotteen keskimääriin kustannuksiin, joihin lisätään odottamattomien kustannuksien varalta tappiollisen tuloksen estävä kate noudattaen ns. omakustannusperiaatteita. Hinnanmäärittely perustuu siis tuottajan potilaskohtaiseen kustannuslaskentaan.

Omakustannusperiaate tarkoittaa, että toiminnan tuotto ei ylitä kustannuksia eli ns. nollatulosta. Tätä periaatetta on lähes mahdotonta toteuttaa yksittäisen palvelutuotteen tasolla johtuen kustannusten ennakoimattomasta vaihtelusta ja sairaalan palvelutuotannon eri osien keskinäisestä riippuvuudesta, joka ilmenee yleisten kustannusten jakamisena kaiken toiminnan kesken (ns. vyörytettyinä kustannuksina). Sairaala- tai kuntayhtymätasolla nollatulosta on mahdollinen ja siihen pyritään. Mikäli palveluntuottajan on varauduttava investointien rahoittamiseen kasvavirraltaan, on investointitarpeet huomioitava tulostavoitteen asettelussa.



Kuva. DRG -pohjaisen kustannuslaskennan portaat tilikartan tiliöinnistä DRG -tuotekohtaisiin kokonaiskustannuksiin. Kullakin portaalla (rivillä) kokonaiskustannukset ovat samat.

1.2.4 Perussuorite, välisuorite ja tuote

Palvelun tuottamisen ja hankkimisen kannalta keskeinen käsite on tuote, joka määrittää mitä tuotetaan ja mitä hankitaan. Sairaanhoidossa tuotteet sisältävät erilaisia suoritteita, jotka jaetaan tyypillisesti alaryhmiin, kuten perussuoritteet ja välisuoritteet. Perussuorite on poliklinikkakäynti tai hoitajakso. Myös ulkopuolisen organisaation tilaama konsultaatio on perussuorite. Välisuoritteet ovat perussuoritteisiin suoraan tai välillisesti kohdistettavia suoritteita. Tuote on ulkoisesti laskutettava suorite: joko perussuorite tai välisuorite. Tuote voi olla DRG-tuote, hoitopäivä, läpilaskutettava välisuorite, tms.

1.3 Painokertoimet

DRG painokertoimet kertovat potilasryhmän keskimääräisen vaativuuden suhteessa sairaalan kaikkiin muihin potilaisiin. Kansallinen DRG-keskus suorittaa vuosittain painokertoimien laskemisen sairaanhoitopiirien lähettämistä aineistoista. Sairaanhoitopiireille palautetaan sekä heidän omat painokertoimensa, että vertailukertoimet yliopistosairaaloista. Laskenta ja aineistot on kuvattu oheisessa dokumentissa tarkemmin.

DRG Painokertoimien laskenta on kuvattu liitteessä 2.

1.3.1 DRG-painokertoimet

DRG-ryhmien keskikustannusten laskeminen edellyttää potilaskohtaista kustannuslaskentaa. Potilaskohtaisessa kustannuslaskennassa jokaisen välisuoritteiden kustannukset pitää olla laskettu ja hinnoiteltu. Sairaalan potilaskohtainen kustannuslaskenta perustuu aina ensisijaisesti sairaalan oman toiminnan kustannuksiin.

Mikäli sairaala ei pysty erittelemään suoritekustannuksia tai kohdistamaan niitä potilaalle, tuoteistuksen apuna voidaan käyttää toisen sairaalan kustannustietoa, eli painokertoimia. Painokertoimet tuotetaan sairaalatyypeittäin (yliopistosairaala, keskussairaala, aluesairaala), mikäli käytettävissä oleva kustannusaineisto tämän mahdollistaa.

Painokertoimina voidaan käyttää joko valtakunnallisia, omia tai vertailusairaalan tietoja. Painokertoimina on käytetty Kansallisen DRG-keskuksen tuottamia valtakunnallisia painokertoimia, mitkä ovat yleensä perustuneet Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kertoiimiin.

1.3.2 Painokertoimiin liittyvät käsitteet

- **DRG-ryhmä:** potilasryhmä joka on kliinisesti mielekäs ja resurssitarpeeltaan homogeeninen.
- **NordDRG:** yhteispohjoismainen versio DRG-järjestelmästä.
- **Classic ja Full DRG-ryhmittelyt:** perinteisen vuodeosastotoiminnan analysointiin käytetään ns. "classic" ryhmittelijää. Classic-aineistoon otetaan mukaan vuodeosas-tohoitajakset ja päiväkirurgiset kontaktit. Full-ryhmittely käsittää myös avohoidon. Full-aineisto sisältää Classic-aineiston ja periaatteessa kaikki ulkoiseen laskutukseen menevät avohoidon kontaktit.
- **Outlier:** DRG-järjestelmässä outlier'iksi kutsutaan tapauksia, jotka kustannuksiltaan selvästi poikkeavat muista samaan ryhmään kuuluvista tapauksista. Kustannustietojen puuttuessa outlier-tilanteen määrittely on tapahtunut ja joissakin maissa tapahtuu edelleen poikkeavan hoidonkeston perusteella vaikka menettely johtaa monin osin täysin virheelliseen lopputulokseen. Tätä menettelyä ei ole käytetty missään NordDRG:tä käyttävässä maassa eikä sitä voi hyväksyä Suomessa.

Outlier suositukset:

- Painokertoimia laskettaessa määritellään ns. outlier-pisteet, joiden ulkopuolella jääviä tapauksia ei laskuteta DRG-perusteisesti.
- Outlier-menettelyä ei suositella aluesairaaloihin eikä tavallisiin keskussairaaloihin. Näissä yksiköissä vaihtelu on vähäisempää ja lähes kaikki potilaat ovat jäsenkuntien asiakkaita. Näissä olosuhteissa DRG-perusteinen laskutus tasaa kustannuksia jäsenkuntien kesken ja vähentää yksittäisen kunnan riskiä.
- Outlier-menettelyä on välttämättä käytettävä yliopistosairaaloissa, joissa merkittävä osa poikkeavan kalliista potilaista on muiden kuin oman piirin jäsenkuntien asukkaita ja valtaosa tavanomaisista (halvemmista) potilaista on jäsenkuntien asukkaita. Ilman Outlier-menettelyä jäsenkunnat maksaisivat kalliimman keskihinnan kautta ulkokuntien kustannuksia, mikä ei ole hyväksyttävää.

1.3.3 Variaatiokertoimeen pohjautuva laskenta

Variaatiokertoimeen perustuvassa laskennassa lasketaan ensin DRG-ryhmäkohtainen variaatiokerroin.

Outlier-menettelyssä on sovittu käytettäväksi DRG-kohtaisesti seuraavia tasoja:

- Variaatiokerroin (V %) < 50 % -ryhmän jakauma on hallinnassa eikä outlier-menettelyä tarvita.
- Variaatiokerroin 50 - 100 % - ryhmän jakaumaa korjataan jättämällä keskiarvoa laskiessa pois alin ja ylin 10 %. Outlier-rajoiksi muodostuvat 10 % - ja 90 % -pisteet.
- Variaatiokerroin yli 100 % ja korkeintaan 150 % - ryhmän jakaumaa korjataan jättämällä pois alin ja ylin 25 % (25 %/75 % -pisteet)
- Variaatiokerroin yli 150 % - ryhmäkohtaista hinnoittelua ei pääsääntöisesti tule käyttää. Kaikki tapaukset tulkitaan outlier'eiksi.
- Outlier-rajat määritetään hinnastoa ja budjettia laadittaessa, eikä niitä voi myöhemmin muuttaa vaikka kustannusjakauma muuttuisi (ilman että koko myyntilaskutus uusitaan korjauslaskutuksen kautta). Outlier-rajat rikkovat tapaukset tulee laskuttaa välisuorite-kustannusten mukaisesti, jos näin ei menetellä, niin tulot ja menot eivät voi täsmätä.

1.4 Jatkokehitys, lääkehoidon tuotteistus

Kalliiden lääkkeiden kirjaaminen liittyy tässä hankkeessa kaikkien työryhmien työskentelyyn. Kirjaamistyöryhmä on käsitellyt aihetta ohjeissaan, Tietojärjestelmätyöryhmä on käsitellyt aihetta poimintarajapinnoissa, Kustannuslaskentatyöryhmä kokonaiskustannuslaskennassa ja välisuoritelaskennassa sekä Suoritekäsi-kirjatyöryhmä tukipalvelut -osuudessaan.

Lääkeaineiden ja lääketiedon kehittämistä pohtimaan on perustettu erillinen työryhmä, jonka puheenjohtajana toimii IT-kehitysjohtaja Mikko Rotonen HUSista. Lääkehoidon tuotteistus tehdään osana kansallista DRG-kehitystä. Kehityksestä HUSin Riitta Luhtala ja Mikko Rotonen ovat laatineet ehdotuksen, joka on kuvattu liitteessä 3.

2 Suoritekäsikirja

Suoritekäsikirjassa määritellään keskeiset käsitteet tuotteistukseen, toiminnan- ja talouden seurantaan ja erikoissairaanhoidon valtakunnalliseen vertailuun. Sen avulla voidaan yhtenäistää yhteisesti ja laajasti käytössä olevia käsitteitä, joiden pohjalta tietojärjestelmät rakennetaan ja joihin suoritteiden ja kustannusten kirjaaminen toimintayksiköissä perustuu. Käsitteiden yhtenäistämällä parannetaan laskutuksen ja raportoinnin luotettavuutta sekä toiminta- ja talouslukujen vertailukelpoisuutta eri toimintayksiköiden ja sairaanhoitopiirien välillä.

Suoritekäsikirja on riippumaton kussakin organisaatiossa käytettävästä tietojärjestelmästä. Suoritekäsikirjassa käsitteet on jaettu asiakkaisiin, palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen, avohoitoon, vuodeosastohoitoon ja sairaanhoidollisiin palveluihin sekä potilasmaksuihin liittyviin käsitteisiin. Käsitteitä voidaan käyttää hoitopalvelujen kuvaamisessa ja terveystuunnittelun, toiminnan ja talouden suunnittelun, ohjaamisen, johtamisen sekä seurannan tunnuslukuina ja sopimussuureina. Kussakin sairaanhoitopiirissä on oma tuotteistuksensa. Suoritekäsikirjassa ei säädetä tuotteistuksen rakennetta eikä määritellä tuotteita. Kansallinen suoritekäsikirja on tehty pohjaksi sairaanhoitopiirien omia suoritekäsikirjoja varten.

Suoritekäsikirja jakaa käsitteet kolmeen ryhmään:

- Asiakas > Asiakkaaseen liittyvät käsitteet.
- Hoitoprosessi > Hoitoprosessiin liittyvät käsitteet: hoidon käynnistyminen.
- Palveluiden järjestäminen > Palveluiden järjestämiseen liittyvät käsitteet: Avohoito- ja Vuodeosastohoito -käsitteistö sekä Toimenpiteeseen, Radiologiaan ja Laboratorioon liittyvät käsitteet.



Kuva. Suoritekäsikirjaan sisältyvät käsitteet ja rakenne.

Avohoidon ja laitoshoidon sekä muiden toimintaa kuvaavien suoritteiden kirjaamisessa ja laskutuksessa noudatetaan useita säädöksiä. Avohoidon ja laitoshoidon määrittely perustuu Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetukseen avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista [1].

Käsitemäärittelyissä on käytetty mm seuraavia lähteitä: THL:n Hilmo Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2012 Määrittelyt ja ohjeistus [2], THL:n AvoHILMO perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2012 Määrittelyt ja ohjeistus [4], THL:n erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn seurannan ohjeet (31.12.2011) [5], Hoidon saatavuuden seurannan manuaali [6] sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon sanasto [7]. Tauti-, toimenpide- ja tutkimusnimikkeistöistä käytetään virallisia voimassa olevia nimikkeistöjä, jotka ovat THL:n ylläpitämät ICD-10 -tautiluokitus [8] ja toimenpideluokitus (Nomescon leikkaus-luokituksen suomalainen versio) [9]. Lisäksi käytetään kliinisen kemian osalta Suomen Kuntaliiton laboratoriotutkimusnimikkeistöä [10].

2.1 Asiakkaat

2.1.1 Asiakasta koskevat käsitteet

Asiakas

palvelujen tai tuotteiden vastaanottaja. Asiakas voi olla yksittäinen henkilö, henkilöryhmä, organisaatio, organisaation osa, kunta, kuntayhtymä, valtio, vakuutusyhtiö, yritys tai säätiö.

Asiakassuhde

palvelujen käynnistämisen seurauksena syntyvä asiakkaan ja palveluntuottajan tai palvelunantajan välinen vuorovaikutussuhde.

Potilas

palveluja käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva henkilö. Terveydenhuollon asiakas on potilas. Potilas-termin käyttö ei edellytä, että henkilö käy sairauden takia, vaan potilas on rooli terveydenhuollon asiayhteydessä.

Opetuspotilas

lupautunut vapaaehtoisesti osallistumaan lääketieteelliseen tai hoitotieteelliseen opetustoimintaan.

Tutkimuspotilas

lupautunut vapaaehtoisesti tutkimuksen kohteeksi ja hänet kutsutaan hoitoyksikköön nimenomaan sairauteensa liittyvää tieteellistä tutkimusta varten.

Päivystyspotilas

tullut ilman ennalta varattua aikaa tai ilman erillistä sopimusta lähetteellä tai ilman lähetettä äkillisen hoidon tarpeen vuoksi. Päivystyspotilaaksi katsotaan myös henkilö, joka on siirretty toisen laitoksen päivystyspisteestä toiseen ensimmäisen hoitovuorokauden aikana. Päivystyspotilaiksi katsotaan myös vastasyntyneet, jotka on siirretty vuodeosastohoitoon.

Samoin yhteispäivystyspisteen kautta ilman lähetettä tai ajanvarausta osastolle otettu potilas kirjataan päivystyspotilaaksi. Myös ns. vihreän linjan leikkauspotilaat (potilaan todettu vamma ei edellytä välitöntä leikkaushoitoa ja hän voi odottaa toimenpiteeseen pääsyä kotona 1 - 7 vuorokauden ajan) ovat päivystyspotilaita, vaikka olisivat olleet kotona odottamassa toimenpiteeseen pääsyä.

Koehenkilö

henkilöllä ei ole sellaista sairautta, joka edellyttäisi kyseiseen tutkimukseen liittyen tutkimusta tai hoitoa sairaalassa, mutta hän on lupautunut vapaaehtoisesti tutkimuksen kohteeksi.

Vastasyntynyt potilas

vastasyntynyt vauva, joka on synnyttäneiden osastolla. Vauva kirjataan sisään potilaaksi. Terveestä vastasyntyneestä ei tehdä hoitoilmoitusta THL:n rekisteriä varten.

Siirtoviivepotilas

potilas, josta hoitava lääkäri on tehnyt päätöksen, että erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon tarve on päättynyt.

Tuntematon potilas

potilaan henkilöllisyyttä ei pystytä tunnistamaan.

Elimenluovuttaja

- **Kuollut elimenluovuttaja (Donor)**

kuollut elinluovuttaja identifioidaan kaikissa tilanteissa oman henkilötunnuksensa mukaan. Donor-potilaita ei koskaan sisäankirjata eikä näin ollen kirjata hoitojakso- tai käyntisuoritteita. Kustannukset on huomioitu elinsiirtotoimenpiteen hinnassa. Jos elimenluovuttaja on ollut sisäankirjattuna, hänet uloskirjataan lääkärin toteamalla kuolinhetkellä.

- **Elävä elimen, luuytimen tai veren kantasolujen luovuttaja**

hoitotapahtumat kirjataan normaalisti luovuttajan oman henkilötunnuksen mukaan. Elimen luovutukseen liittyvä hoitojakso kirjataan "maksuton kaikille". Hoidon kuntaosuus on huomioitu elinsiirtotoimenpiteen hinnassa. Luovuttajan pre- ja post-operatiiviset käynnit kirjataan "maksuton potilaalle", ja kuntaosuuden maksaja on luovuttajan kotikunta.

Pitkäaikaisen laitoshoidon potilas

henkilö, jolle on tehty pitkäaikaishoitopäätös, koska laitoshoidon on arvioitu kestävän jo hoidon alkaessa yli kolme kuukautta tai henkilö, joka on ollut laitoksessa jo kolme kuukautta ja jonka toimintakyky on heikentynyt niin, että häntä tämän vuoksi on hoidettava edelleenkin laitoksessa.

Kriminaalipotilas

kriminaalipotilaalla tarkoitetaan sellaista henkilöä, joka on jätetty ymmärrystä vailla olevana rangaistukseen tuomitsematta ja määrätty tutkittavaksi, ja jonka Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto (VALVIRA) on määrännyt psykiatriseen sairaalahoitoon tahdostaan riippumatta [11].

Henkilötunnus

henkilötunnus on merkkijono, joka yksilöi palvelun saajan. Mikäli henkilötunnus ei ole tiedossa, tai henkilöä ei ole kirjattu väestötietojärjestelmään, voidaan tietojärjestelmään kirjata väliaikainen henkilötunnus. Väliaikaisen henkilötunnuksen luojajärjestelmä ja/tai tuottaa tiedolle ISO OID-tunnuksen.

Sukupuoli

koodaamisessa hyödynnetään kansallisen standardin SFS 4182 mukaista luokitusta [12].

Riskitieto

tieto potilaan aikaisemmasta sairaudesta, taudista tai muusta tekijästä, jonka huomiotta jättäminen aiheuttaa riskin joko potilaan tai henkilökunnan terveydelle ja ympäristölle ja joiden takia potilaan hoito tai tutkimukset saatetaan joutua toteuttamaan tavanomaisesta poikkeavasti.

Turvakielto

jos henkilöllä on perusteltua syytä epäillä itsensä tai perheensä terveyden tai turvallisuuden tulevan uhatuksi, maistraatti voi pyynnöstä määrätä, ettei tietoa hä-

nen kotikunnastaan eikä siellä olevasta asuinpaikastaan tai postiosoitteestaan saa luovuttaa muille kuin viranomaisille [13].

Muu asiakas

- **Jäsenkunta**

perussopimuksessa määrätty kunta ja kuntayhtymän omistaja.

- **Kotikunta**

henkilön kotikunta on se kunta, jossa hän asuu. Vastasyntyneen lapsen kotikunta on se kunta, jossa hänen äidillään on kotikunta lapsen syntyesä. Jos henkilöllä on käytössään useampia asuntoja tai jos hänellä ei ole käytössään asuntoa lainkaan, hänen kotikuntansa on se kunta, jota hän perhesuhteidensa, toimeentulonsa tai muiden vastaavien seikkojen johdosta itse pitää kotikuntanaan ja johon hänellä on edellä mainittujen seikkojen perusteella kiinteä yhteys. Jos henkilön omaa käsitystä kotikunnastaan ei ole voitu selvittää, hänen kotikuntansa on se kunta, johon hänellä on katsottava olevan kiintein yhteys asumisensa, perhesuhteidensa, toimeentulonsa ja muiden vastaavien seikkojen johdosta. [14.]

Suomeen ulkomailta tulleen ja täällä asuvan henkilön kotikunta ja siellä oleva asuinpaikka määräytyy tämän lain säännösten mukaisesti, jos:

- 1) hän on Suomen kansalainen;
- 2) hänellä on ulkomaalaislaissa tarkoitettu voimassa oleva jatkuvaan tai pysyvään oleskeluun oikeuttava lupa [15];
- 3) hän on Euroopan unionin jäsenmaan, Islannin, Liechtensteinin, Norjan tai Sveitsin kansalainen ja hän on ulkomaalaislain säännösten mukaisesti rekisteröinyt oleskeluoikeutensa Suomessa, jos häneltä edellytetään tällainen rekisteröinti;
- 4) hän on sellaisen henkilön perheenjäsen, jolla on Suomessa tässä laissa tarkoitettu kotikunta; taikka
- 5) hänellä on ulkomaalaislaissa tarkoitettu voimassa oleva vähintään yhden vuoden tilapäiseen oleskeluun oikeuttava lupa ja hänellä on lisäksi tarkoitus olosuhteet kokonaisuudessaan huomioon ottaen jäädä Suomeen vakinaisesti asumaan
- 6) [16].

Edellä 1 momentin 5 kohdassa tarkoitettuina henkilön asumisen vakinaisuutta osoittavina seikkoina otetaan huomioon muun muassa, että:

- 1) hän on suomalaista syntyperää;
- 2) hänellä on aiemmin ollut Suomessa tässä laissa tarkoitettu kotikunta;
- 3) hänellä on voimassa oleva työsopimus tai muu siihen rinnastettava selvitys Suomessa tehtävää vähintään kaksi vuotta kestävä työtä tai opiskelua varten; taikka
- 4) hänellä on ollut tilapäinen asuinpaikka Suomessa yhtäjaksoisesti vähintään yhden vuoden ajan maahanmuuton jälkeen [16]

Henkilöllä, joka on vieraan valtion diplomaattisen edustuston tai sellaiseen rinnastettavan muun edustuston taikka lähetetyn konsulin viraston palveluksessa, ei kuitenkaan ole kotikuntaa Suomessa, ellei hän ole Suomen kansalainen tai ellei hänellä ole ennestään kotikuntaa Suomessa. Kotikuntaa ei myöskään ole tässä momentissa tarkoitettujen henkilön perheenjäsenellä eikä hänen yksityisessä palveluksessaan olevalla, ellei tämä ole Suomen kansalainen tai ellei tällä ole ennestään kotikuntaa Suomessa. [14].

Kotikunnan koodina käytetään Väestörekisterikeskuksen antamia kuntien numero-tunnuksia. Ulkomaalaisen, jolla ei ole kotikuntaa Suomessa, kunnanumero on 200. Jos kotikunta on tuntematon, merkitään numeroksi 000.

- **Ulkokuntalainen**
potilaan kotikunta on muu kuin jäsenkunta.
- **Ulkomailla asuva**
henkilöllä ei ole kotikuntaa Suomessa. Ulkomailla asuvaksi rinnastetaan sellainen Suomen kansalainen, jonka kotikunta on ulkomailla ja häneen sovelletaan hänen uuden kotimaansa kansalaisten hoitoon pääsyä ja lasku-tusta koskevia säännöksiä.

2.1.2 Asiakasta koskevat ilmoitukset

Hoitoilmoitus (= HILMO)

asiakaskohtainen, rekisterinpitäjää varten annettava tieto, joka koskee potilasta, palvelun antajaa, hoitoa ja sen päättymistä. HILMO tiedot kirjataan hoitojakson päättyessä sekä vuoden lopussa laitoksissa sisällä olevista potilaista. [3]

Tiedot kootaan sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidosta, päiväkirurgiasta, avo-hoitokäynneistä, asumispalveluista sekä säännöllisestä kotihoidosta.

Potilaslaskenta

potilaslaskenta tehdään kaikissa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa 31.12. kirjoilla olevista potilaista. Myös lomalla olevat potilaat otetaan mukaan laskentaan. Poti-laslaskenta tehdään vuoden viimeisenä päivänä siten, että

- perustietolomakkeelta täytetään kaikki muut tiedot paitsi poistumistiedot
- psykiatrian lisälehti täytetään
- hoidon tarpeen arvio koskee laskentapäivän tilannetta
- tarkoituksenmukaisen hoitopaikan arvio tehdään laskentapäivän tilanteen mukaisesti
- 31.12. poistuneet potilaat eivät kuulu potilaslaskentaan.

Vuoden lopussa (31.12.) terveydenhuoltolaitoksissa sisällä olevista potilaista on tehtävä hoitoilmoitus. Sen avulla saadaan hoitoilmoitusjärjestelmään vuosittaises-sa tarkastelussa mukaan myös ne potilaat (erityisesti pitkäaikaispotilaat), jotka ovat edelleen hoidossa terveydenhuoltolaitoksissa. Potilaslaskentaa varten diag-noositiedot tulee olla kirjattuna sisällä olevista potilaista vuoden vaihteessa.

Asiakaslaskenta

Vuoden lopussa (31.12.) sosiaalihuollon laitoksissa tai asumispalveluyksiköissä olevista asiakkaista tehtävä hoitoilmoitus. Sen avulla saadaan hoitoilmoitusjärjes-telmään vuosittaisessa tarkastelussa mukaan myös ne potilaat (erityisesti pitkäai-kaispotilaat), jotka ovat hoidossa sosiaalihuollon laitoksissa tai asumispalveluyksi-köissä.

Kotihoidon asiakaslaskenta

Parittomina vuosina (30.11.) tehtävä hoitoilmoitus kotipalvelu-, kotisairaanhoido- ja päiväsairaanhoidopalveluasiakkaista. Laskentaan otetaan mukaan henkilöt, joil-la on laskentapäivänä voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai jotka muu-ten saavat säännöllisesti vähintään kerran viikossa kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai päiväsairaanhoito-palveluja.

2.2 Hoitoon ja hoitoprosessiin liittyvät käsitteet

Hoito

sosiaali- ja terveydenhuollon toimet, jotka tähtäävät asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ylläpitoon sekä turvallisuudentunteen säilyttämiseen ja vahvistamiseen tai hänen terveydentilaansa koskevien ongelmien tutkimiseen, lievittämiseen ja poistamiseen.

Palvelukokonaisuus

yhden tai useamman terveydenhuollon palvelujen antajan tuottamien palvelutahtumien yksilöity kokonaisuus [17].

Episodi

episodi tarkoittaa potilaan koko hoitoprosessia, eli kaikkia hoitokontakteja mukaan lukien päiväkirurgian hoitajakset ja avohoitokäynnit, toimenpiteet ja muut suoritteet, jotka on tehty potilaan terveysongelman ratkaisemiseksi.

- **Tuottajakohtainen episodi**

Tuottajakohtaisessa tarkastelussa episodiin lasketaan potilaan saman sairauden vuoksi yksittäisessä sairaalassa annettu koko hoito. Hoitokokonaisuutta tarkastellaan tällöin sairaalakohtaisesti.

- **Alue-episodi**

Alueellisessa tarkastelussa episodiin lasketaan potilaan saman sairauden vuoksi erikoissairaanhoidossa annettu koko hoito riippumatta siitä, missä sairaalassa tai sairaanhoitopiirissä hoito on annettu. Näkökulma on tällöin väestölähtöinen.

Hoitokokonaisuus

Hoitokokonaisuus voi koostua yhdestä tai useammasta avohoitokäynnistä tai yhdestä tai useammasta laitoshoidon hoitajaksesta. Hoitokokonaisuudella tarkoitetaan potilaan koko hoitoprosessia yhden rekisterinpitäjän alaisuudessa eli kaikkia vuodeosastohoitojaksoja, avohoitokäyntejä, toimenpiteitä ja muita suoritteita, jotka on tehty potilaan nimetyn terveysongelman ratkaisemiseksi.[18.]

Uusi hoitokokonaisuus alkaa, kun:

- potilaasta tulee uusi ulkopuolinen lähete
- potilaalla on päivystyskäynti uuden ongelman/sairauden vuoksi
- kyseessä on projekti/tutkimuspotilas (= muu) ja palvelut/hoidot eivät liity potilaan muuhun hoitoon
- potilaasta tulee sisäinen lähete uuden sairauden/ongelman takia, joka ei liity aikaisempaan hoitoon

Hoitokokonaisuus päättyy, kun potilaan hoito kyseisen terveysongelman takia päättyy kyseisessä organisaatiossa. Organisaation sisällä tapahtuvat sisäiset läheteet (erikoisalasiirrot, osastosiirot, tulosaluesiirot) eivät aloita uutta hoitokokonaisuutta silloin, kun kyseessä on potilaan saman terveysongelman hoitaminen. Myöskään ulkopuolelta tulevat kiirehtimisläheteet yms. eivät aloita uutta hoitokokonaisuutta. Saman terveysongelman hoitamisessa voi esiintyä useita jatkokäyntejä läheteillä tai ilman lähetettä. Hoitokokonaisuuteen voi liittyä yksi alkuperäinen lähete ja useampia sisäisiä ja kiirehtimisläheteitä.

Hoitokokonaisuuden tila

- **Avoin;** hoitokokonaisuus on avoin potilaan tietyn ongelman poistamiseksi tarkoitettun hoidon ajan. Hoitokokonaisuus avautuu läheteellä, päivystyksenä, kun kyseessä projekti/tutkimuspotilas tai potilaan ongelma muuttuu hoidon aikana.

- **Suljettu;** hoitokokonaisuus päättyy vasta, kun kaikki siihen liittyvät palvelut on annettu eli potilaan hoito on päättynyt. Suljettu tila voidaan kuitenkin avata, jos saman ongelman takia hoitoa joudutaan myöhemmin jatkamaan. Sen voi myös sulkea, jos potilas ilmoittaa, että hän ei tule hoitoon.

Myyntikokonaisuus

potilaalle yhdessä laitoksessa tuotettavien palvelujen kokonaisuus silloin kun hoitovastuu on oman organisaation ulkopuolella.

Hoitosuhde

tiettyyn hoitovastuuseen liittyvä potilaan/asiakkaan ja hoitoa antavan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön välinen vuorovaikutussuhde [19].

Hoitojakso

Katso kappaleet Avohoitoon liittyvät keskeiset käsitteet (2.3.1) ja Vuodeosastohoitoon liittyvät keskeiset käsitteet (2.3.2).

Hoitovastuu

sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön tai organisaatioyksikön vastuu siitä, että asiakkaalle laaditaan hoitosuunnitelma ja annetaan suunnitelman mukaista hoitoa [19].

Erikoissairaanhoidossa hoitovastuu alkaa siitä kun lähete on käsitelty ja potilaalle on tehty hoitosuunnitelma tai päivystyspotilas saapuu sairaalaan. Hoitovastuu päättyy kun potilaan hoitokokonaisuus suljetaan. Konsultaatioiden yhteydessä hoitovastuu säilyy konsultaatiota pyytävällä taholla.

Hoitokäytäntö

asiakkaiden hoidossa noudatettava käytännön toimintatapa. Hoitokäytäntöjä voidaan sosiaali- ja terveydenhuollossa kehittää valtakunnallisesti, alueellisesti, organisaatioiden sisällä tai organisaatioiden välillä.

Hoito-ohjelma

paikallisesti laadittu ja paikallisiin oloihin sovellettu hoitosuositukseen perustuva yleisluonteinen suunnitelma terveydenhuollon hoitokäytännöistä.

Hoitosuositus

terveydenhuollon asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatima ja tieteellisesti perustelema kannanotto tutkimus- ja hoitovaihtoehtoihin ja niiden vaikuttavuuteen. Hoitosuosituksissa pyritään kuvaamaan esimerkiksi terveysongelmien ehkäisy, diagnostiikan, hoidon, seurannan tai kuntoutuksen erilaisia vaihtoehtoja, niiden käyttökelpoisuutta ja vaikuttavuutta.

Hoitopalaute

potilaan hoidosta vastanneen yksikön antama palaute asiakkaan hoitoprosessin eri vaiheista, hoidon toteutumisesta ja jatkohoito-ohjeista. Hoitopalaute liittyy lähete-hoitopalautejärjestelmään tai yleisemmin hoitoprosessin tai -ketjun eri vaiheiden toteutumisen suunnitteluun, ohjaukseen ja seurantaan. Hoitopalaute annetaan sovitusta hoitoprosessin vaiheista potilaalle, sovituille toimintayksiköille (useimmiten palveluntilaaajalle) tai ammattihenkilöille.

Väliarvio; välipalaute; väliepikriisi; siirtoepikriisi

lausunto, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö laatii potilaan tutkimisesta ja hoidosta saman erikoisan hoitojakson aikana.

Loppulausunto; epikriisi; hoitopalaute; hoitotiivistelmä

lausunto, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö laatii potilaan tutkimisesta ja hoidosta (erikoisan) hoitojakson päätyttyä. Loppulausunto on laadittava viivy-

tyksettä, viimeistään viiden (5) vuorokauden kuluessa, potilaan poistuttua vastaanotolta tai kun tapahtumapalvelu päättyy. [20].

Hoitoprosessi

saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostama suunnitelmallinen toimintosarja.

Hoitosuunnitelma

tietyn hoitoketjun tai hoitoprosessin toteuttamista varten tehty asiakaskohtainen suunnitelma.

Hoitotapahtuma

hoitoa antavan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön ja asiakkaan välinen yksittäinen vuorovaikutustilanne.

Hoidon haittavaikutus

terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan hoitoon tai suorittamaan toimenpiteeseen liittyvää odottamatonta seuraamusta, joka aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna:

- potilaalle objektiivista haittaa
- hoidon keston pidentymistä
- lisääntyneitä hoitokustannuksia

Operatiivisessa hoidossa haittavaikutus on erityisesti myös myöhempi suunnittematon samaan vaivaan tai sairauteen liittyvä uusintaleikkaus.

1. Hoitojakson tai käynnin aikana todettu uusi haittavaikutus
2. Hoitojaksolla tai käynnillä hoidettu aiemmin ilmennyttä haittavaikutusta
3. Hoitojaksoon tai käyntiin ei liity haittavaikutusta

Menettelytapa: katso HILMO-ohjekirja [2].

Maksusitoumus

asiakirja, jolla palvelunjärjestäjä sitoutuu maksamaan asiakkaan saaman palvelun tai hoidon kustannukset palvelun tuottajalle. Maksusitoumuksista on käytävä ilmi, mitä hoitoja sitoumuksen antaja lupaa maksaa sekä se, että ostajana/tilaajana perii potilaalta sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain ja aseuksen mukaiset maksut. Maksusitoumuksen voi antaa mm. toinen sairaanhoitopiiri, vakuutuslaitos, sairaus-vakuutustoimisto, työnantaja tai sosiaalitoimisto.

Menettelytapa:

- Maksusitoumusta ei tarvita seuraavissa tapauksissa:
 - mikäli maksusitoumuksista on sovittu yleisen palvelusopimuksen piirissä
 - päivystyspotilas, työssä vieraalla paikkakunnalla, opiskelee vieraalla paikkakunnalla, muu välttämätön seikka (syy kirjattava sairauksettomuuteen).
- Sekä erityistason että ei-erityistason ulkokuntalaisista potilaista tulee saada maksusitoumus jäljempänä mainituin poikkeuksin. Tämä koskee sekä poliklinikkakäyntejä että vuodeosastohoitoja. Perusterveydenhuollon tai sairaanhoitopiirin lähete toimii yleensä maksusitoumuksena. Jos maksusitoumusta ei ole, se tulee pyytää sairaanhoitopiirin maksusitoumuslomakkeella ao. keskussairaalan ao. ylilääkäriltä.
- Kiireellisissä tapauksissa hoito aloitetaan, vaikka maksusitoumusta olisikaan. Maksusitoumus on ensi tilassa pyydettävä puhelimitse. Näin saatu sitoumus on myöhemmin vahvistettava kirjallisesti.

- o Maksusitoumuskäytännöt on säädetty erikseen TÄKY-potilaiden osalta. TÄKY-potilaita ovat vakuutusyhtiöiden täyskorvauksen piiriin kuuluvat liikenne- ja työtapaturmat sekä ammattitautiepäilyt ja -hoidot.

THL 47 – 49§

Diagnoosiluokitukset

diagnoosi ("taudinnimi") ilmaisee lääketieteelliseen tietoon perustuvan käsityksen terveysongelman syystä.

- o Päädiagnoosi
diagnoosit merkitään sen arvion mukaan, joka on tehtävissä hoidon päättyessä. Hoitojakson tai hoitokontaktin päättyessä hoidosta vastaava lääkäri määrittää hoitojakson diagnoosit ja niiden järjestyksen. Päädiagnoosiksi merkitään se sairaus (tauti, vika, vamma tai kemiallisen aineen haittavaikutus), joka on vaatinut eniten voimavaroja hoitojakson aikana.

Menettelytapa ja tarkemmat ohjeet diagnoosien kirjaamiseksi on kuvattu kappaleessa Kirjaamisohjeet (3.3).

- o Sivudiagnoosit:
sivudiagnooseiksi kirjataan perussairaudet ja muut liitännäissairaudet sekä komplikaatiot, jotka esiintyvät samanaikaisesti päädiagnoosin kanssa ja vaikuttavat potilaan hoitoon. Hyvä tapa olisi tarkistaa, että potilaan pysyvälle lääkitykselle on kirjattu lääkityksen syy potilaan diagnoosilistaan.
- o Diagnoosiluokitukset:
 - o Erikoissairaanhoido – ICD-10 koodisto
 - o Perusterveydenhuolto – ICPC-2 koodisto

Käyntisyys

terveydenhoitoon liittyvistä kontakteista kirjataan käyntisyys. Myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt kuin lääkärit kirjaavat käyntisyy (diagnoosin) käyttäen ICD-10 tai ICPC-2 -koodistoa. Koodistopalvelimelle on ICD-10 -koodien muuntotaulukko ICPC-2 koodeiksi. Taulukko määrittelee lisäksi jokaiselle ICPC-2 koodille sitä useimmiten vastaavan ICD-10 -koodin. Haluttaessa voidaan käyntisyytä/diagnoosista lähettää siirtotietueessa molempien luokitusten mukaiset koodit edellyttäen että hoidosta vastaava henkilö on hyväksynyt vastaavuuden.

Ulkoinen syy

ulkoinen syy on ICD-10 -luokituksessa diagnoosimerkinnän lisäkoodi, joka ilmaisee sairaustilan aiheuttaneen ulkoisen tekijän. Varsinainen diagnoosi koskee useimmiten ryhmiä "vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden aiheuttamat seuraukset", joiden koodit kuuluvat ryhmään S00-T98. Tärkeää on merkitä sekä vamman tai muun terveysongelman luonnetta kuvaava diagnoosi että sen ulkoinen syy. Käyttötarkoituksena ulkoisen syyn kirjaamiselle on tapaturmatilastointi, jonka tietoa voidaan käyttää tapaturmien torjuntatyössä.

- o Luokitukset: ICD-10 koodiston luvun XX koodit V01-V98.

Tapaturmatyyppi

tapaturmatyyppi ilmaisee ulkoiseen syyhyn liittyneen toiminnon ja tapahtumapaikan. Koodeja tulee käyttää ennen kaikkea erilaisten tapaturmien yhteydessä (W00-X59). Liikennetapaturmien kohdalla (V00-V99) lisäkoodeja ei kuitenkaan tarvita.

Käyttötarkoitus: Tapaturmatilastointi, jonka tietoa voidaan käyttää tapaturmien torjunta-työssä.

- o Luokitukset: ICD-10 koodiston luvun XX koodit Y94.0 - 96.9

2.2.1 Hoidon käynnistyminen

Lähetteisiin liittyvät käsitteet

Lähetete

määrämuotoinen asiakirja, jolla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottaja esittää asiakasta koskevan palvelupyynnön toiselle palveluntuottajalle.

Kiireettömän hoidon perusteet

Kiireettömän hoidon perusteet -luokitusta käytetään kiireettömän hoidon perusteiden toteutumisen luokittamiseen. Kiireettömän hoidon perusteiden tarkoituksena on seurata hoitoon pääsyn toteutumista samanlaisin perustein potilaan hoitopaikasta riippumatta.

1. *Kiireettömän hoidon perusteet toteutuivat*
Hoitopäätöstä tehtäessä ja / tai hoidon toteutuessa on käytetty kiireettömän hoidon perusteita.
2. *Kiireettömän hoidon perusteita ei ole käytettävissä*
Hoitopäätöstä tehtäessä ja / tai hoidon toteutuessa kiireettömän hoidon perusteita ei ollut käytettävissä
3. *Kiireettömän hoidon perusteet eivät toteutuneet*
Hoitopäätöstä tehtäessä ja / tai hoidon toteutuessa ei ole käytetty kiireettömän hoidon perusteita

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet löytyvät STM:n sivuilta osoitteesta: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1396269

Hoidon kiireellisyys

kuvaa aikaa, jonka kuluessa asiakkaan hoito on aloitettava. Arvio tehdään lääketieteellisin perustein. Luokittelun avulla saadaan selville mm. kiireellisten potilaiden määrä ajanvarausvastaanottojen lomassa sekä kiireettömien potilaiden määrä päivystysvastaanotoilla. Luokittelua voidaan käyttää myös laatuksena jälkikäteen ja tarkastella suhteessa diagnoosiin, arvioitiinko hoidon tarve oikein.

Luokat ja koodit:

- välitön hoidon tarve: hoidon tarve on välitön, jos hoito on aloitettava kahden tunnin sisällä
- kiireellinen hoidon tarve: hoidon tarve on kiireellinen, jos hoito on aloitettava vuorokauden sisällä
- ei-kiireellinen hoidon tarve: hoidon tarve on ei-kiireellinen, jos hoidon aloitus voi odottaa yli vuorokauden.

Lähetteen kiireellisyysluokka

kuvaa potilaan hoitotarpeen kiireellisyyttä sekä lähettävän että vastaanottavan tahon näkökulmasta. Lähetteen vastaanottavan lääkärin tulee merkitä oma arvio hoidon kiireellisyydestä. Kiireellisyystieto kirjataan lähetetietoihin, jos potilas otetaan hoitoon.

Lähetetyypit

lähetetyypit kuvaavat sitä, mistä lähete on tullut ja minkälaisesta palveluntarpeesta on kyse.

- Ulkoinen lähete (= alkuperäinen) tulee palveluntuottajalle sairaalan ulkopuolisesta organisaatiosta tai työterveyshuollosta. Ulkoinen lähete voi olla elektiivinen, päivystys- tai konsultaatiolähete.
- Sisäinen lähete on silloin, kun potilaan hoidosta vastuullinen yksikkö siirtää kokonaan tai osittain hoitovastuun toiselle saman organisaation yksikölle. Jos kysymyksessä on eri sairauden hoito, niin hoitovastuu siirtyy sisäisellä läheteellä ainoastaan kyseisen sairauden osalta toiselle erikoisalalle, ja muu hoito jatkuu entisellä erikoisalalla.

Päivystyslähete

lähettävä lääkäri on määritellyt lähetteen kiireellisyysluokalla päivystys, jolloin potilas tarvitsee välitöntä hoitoa. Päivystyslähete on voimassa kolme päivää (= kirjoittamispäivä + kaksi päivää). Jos potilas tulee neljäntenä päivänä, kirjataan potilas ilman lähetettä saapuneeksi.

Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairautentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Muutoin henkilön ottaminen sairaalaan sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä. [21.]

Lähetteen saapumispäivä

päivä, jolloin tietyn potilaan tietty terveysongelma tulee ensimmäistä kertaa kyseisen laitoksen tai erikoissairanhoidon organisaation piiriin arviointia varten. Saapuva lähete koskee kyseiseen terveysongelmaan liittyvää ensimmäistä lähetettä.

Käsittellyt lähetteet

lähetteet joihin lääkäri on ottanut kantaa ja tehnyt arvion jatkohoidosta (hoidon tarpeen arviointi alkaa).

Lähetteen käsittelypäivämäärä

lähetteen käsittelypäivä on se päivä, jolloin lääkäri ottaa kantaa lähetteeseen ja tekee suunnitelman jatkotoimista. Lääkäri voi hyväksyä lähetteen, lääkäri voi siirtää lähetteen toiseen yksikköön tai edelleen ohjata sen ulkopuolelle tai palauttaa lähetteen lähettäjälle. Lähetteen käsittelyn jälkeen potilasta on välittömästi informoitava jatkohoidosuunnitelmasta ja tutkimusten tai hoitoon pääsyn ajankohdasta.

Lähetteen erikoisala

jokaiselle lähetteelle sekä konsultaatiopyynnölle kirjataan erikoisala ja se määräytyy vastaanottavan lääkärin erikoisalan mukaan.

Potilaan informointipäivä

päivämäärä, jolloin potilaalle lähetetään kirjallinen palaute tai hän saa tiedon muulla tavalla (esim. puhelimitse) häntä koskevasta terveydenhuollon yksikköön saapuneesta lähetteestä ja siitä seuranneista toimenpiteistä.

Lähetteen tila

tieto päätellään potilastietojärjestelmän lähetteen tilan, tilan tarkenteen ja vastaanottajan kiireellisyystietojen perusteella.

Hoitojonoihin ja odotusaikoihin liittyvät käsitteet

Hoitojono

muodostuu palveluja tarvitsevista potilaista, jotka ovat toimintayksikön voimavarojen vuoksi asetettu odottamaan palvelujen saamista.

Jonottamisen syyt

HILMO-ohjeistuksen [2] mukainen luokitus odottamisen syistä on:

- 0) Sairaalan resurssit.
 - potilaat odottavat hoitoa sairaalasta johtuvista syistä. Mikäli potilas ei ole voinut ottaa tarjottua hoitoaikaa vastaan lääketieteellisistä tai muista perustelluista syistä, muutetaan jonoon asettamispäivä siksi päiväksi, jolloin potilas on peruuttanut tarjotun hoitoajan.
- 2) Potilaan päätös.
 - potilas on kieltäytynyt (perunut) hänelle tarjotusta hoitoajasta ja hänen kanssaan on sovittu hoito yli puolen vuoden päähän.
- 3) Lääketieteelliset syyt.
 - hoidon antamispäivä määräytyy lääketieteellisistä syistä tiettyyn ajankohtaan.
- 5) Toistuva hoito tai seuranta.
 - potilasta hoidetaan tai hänen sairauttaan seurataan tietyin määräajoin.
- 6) Muu syy.
 - odottamiselle on muihin luokkiin soveltumaton syy.
- 7) Päivystys.
 - potilas on tullut sairaalaan äkillisen hoidon tarpeen vuoksi ilman ennalta varattua aikaa joko lähetteellä tai ilman lähetettä. Potilaan hoitoa ei voi siirtää ilman varaa seuraavaan vuorokauteen.
- 8) Kiireellinen hoito.
 - hoito katsotaan kiireelliseksi, mikäli lääkäri arvioi, että potilas pitää hoitaa 1 - 30 päivän kuluessa siitä, kun hänet asetetaan hoitojonoon.

Hoidon tarpeen arvioinnin aloittamisen odotusaika

lähetteen saapumispäivän ja lähetteen käsittelypäivän (päivä, jolloin lääkäri käsittelee lähetteen ja tekee samalla arvion potilaan hoidontarpeesta) välinen aika.

Hoitopäätös

päätös hoitotoimenpiteestä, apuvälineestä tai konservatiivisesta hoidosta, joka edellyttää hoitojaksoa tai käyntejä erikoissairaanhoidossa tai päätös, ettei potilas tarvitse erikoissairaanhoitoa.

Hoitojonoon asettamispäivä

päivä, jolloin hoitopäätös on tehty (=hoidon tarve on arvioitu) ja potilas kirjataan odottamaan hoitoa, leikkausta tai toimenpidettä. Varsinaisiin hoitojonoihin ei myöskään kirjata potilaita, jotka omasta toivomuksestaan haluavat hoidon yli 6 kuukauden päähän siitä, kun hoitopäätös on tehty (kirjataan HILMO-ohjeistuksen mukaisesti odotustapa 2).

Hoidonvaraus (= ajanvaraus)

potilaalle on varattu henkilökohtainen aika hoitoon, tutkimukseen tai toimenpiteeseen.

Hoitoon pääsyn odotusaika (toteutunut)

aika, jonka asiakas on joutunut odottamaan ennen sovittua palvelun saamista. Odotus-aika on lääkärin tekemän hoitopäätöspäivän (= hoitojonoon asettamispäivän) ja hoitoon saapumispäivän välinen aika.

Hoitoa odottavien odotusaika

hoitojonoon asettamispäivän (= lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen hoidon hoitopäätös tehty) ja tietyn poikkileikkauspäivän välinen aika.

Toteutuneen ensikäynnin odotusaika

odotusaika lasketaan lähetteen käsittely- eli hyväksymispäivän ja toteutuneen ensikäynnin välisestä ajankohdasta.

Ensikäynnille odottavat

lääkäri on tehnyt päätöksen lähetteen perusteella ensimmäisestä käynnistä ja potilaalle on joko varattu aika tai tullaan varaamaan aika ensimmäiselle käynnille, joka ei vielä ole toteutunut. Ensikäynnille odottavalla tarkoitetaan potilasta, jolle on tehty hoidon tarpeen arviointi ja sen tuloksena hoitoon/tutkimuksiin ottopäätös, mutta jonka käynti ei ole vielä toteutunut.

Erikoissairaanhoidon hoitokokonaisuuden hoitotakuun seurannan keskeytyminen

potilaan tutkimusvaihe tai hoitoon odottaminen erikoissairaanhoidossa voi keskeytyä erilaisten syiden takia missä tahansa kohdassa käynnistynyttä prosessia. Kun keskeytyksestä saadaan tieto, kirjataan tämä päivämäärä sekä keskeytymisen syy potilastietojärjestelmään eikä ko. potilas enää ole seurannassa hoitoon pääsyn suhteen

Keskeytyksen syitä voivat olla:

1. Hoitokokonaisuus päättyy
2. Lähette palautetaan, varattu aika mennyt ohi, ei uusia varauksia
3. Potilas on kuollut
4. Vakuutusyhtiö on siirtänyt hoidon muualle
5. Potilas tai hänen edustajansa peruu
6. Potilas ei kuulu enää hoitotakuun piiriin

Hoidon järjestämisvelvoite

sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajan määrittämä aika, jonka kuluessa jonossa odottavalle asiakkaalle tulee järjestää sovittu palvelu.

Hoidon tarpeen arvioimispäivä ja kellonaika

kertoo ajankohdan, milloin hoidon tarve arvioitiin.

Käyttötarkoitus: Hoidon saatavuuden seuranta.

Ajanvarauksen tekopäivä ja kellonaika

kertoo ajankohdan, milloin asiakkaalle tehtiin ajanvaraus.

Käyttötarkoitus: Hoidon saatavuuden seuranta.

Käynnille varattu päivä ja kellonaika

kertoo ajankohdan, jolloin palvelu tullaan antamaan.

Käyttötarkoitus: Hoidon saatavuuden seuranta.

Käyntipäivä ja kellonaika, aloitusaika

kertoo ajankohdan, jolloin vastaanotto tai muu yhteystapa aloitetaan.

Käyttötarkoitus: Palvelutapahtumien luokittelu niihin käytetyn ajan perusteella ja potilasryhmissä resurssikäytön painottaminen. Käynnin aloitusajalla tarkoitetaan hetkeä, jolloin asiakas saapuu vastaanottotilanteeseen tai esim. kotikäynnin ollessa kyseessä ammattihenkilö saapuu asiakkaan luo.

Käyntipäivä ja kellonaika, lopetusaika

kertoo ajankohdan, jolloin vastaanotto tai muu kontakti päättyy.

Käyttötarkoitus: Palvelutapahtumien luokittelu niihin käytetyn ajan perusteella. Potilasryhmissä resurssikäytön painottaminen. Käynnin lopetusajalla tarkoitetaan hetkeä, jolloin asiakas poistuu vastaanottotilanteesta tai esim. kotikäynnin ollessa kyseessä ammattihenkilö poistuu asiakkaan luota. Asiakastietojärjestelmissä tulisi olla eri tarpeita varten menettelyt palvelukontaktin aloitus- ja lopetus-tiedon saamiseksi. Myös kellonaikojen tallentaminen tulisi olla mahdollista (kotikäynnit, jotka tallennetaan jälkikäteen).

Palvelutapahtuman peruuntumisen ajankohta

kertoo ajankohdan, milloin varattu aika on peruutettu.

Käyttötarkoitus: Hoidon saatavuuden seuranta.

2.3 Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen

Palveluntuottaja

tarkoittaa tässä asiakirjassa lain kuvaamaa palvelujen antajaa. Palveluntuottaja on organisaatio tai itsenäinen ammatinharjoittaja, joka tuottaa palvelun. [17.]

Rekisterinpitäjä

tarkoittaa yhtä tai useampaa henkilöä, laitosta tai säätiötä, jonka käyttöä varten perustetaan henkilörekisteri ja jolla on oikeus käyttää tätä rekisteriä. Rekisterinpitäjiä terveydenhuollossa voivat olla terveyskeskukset, erikoissairaanhoidon yksikö tai sairaanhoito-piirin kuntayhtymä, yksityinen lääkäriasema tai hammaslääkäriasema ja itsenäisenä ammatinharjoittajana toimiva lääkäri tai hammaslääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö. [22.]

Palvelutapahtuma

tarkoittaa terveydenhuollon palvelujen antajan ja asiakkaan välistä yksittäisen palvelun järjestämistä tai toteuttamista [17].

Perusterveydenhuolto

kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielen-terveysystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa; perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveysystyö [23].

Erikoissairaanhoito

lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluita [23].

Erikoisala

kuvaava potilaan saamaa lääketieteellisen alan hoitoa.

- Potilaan erikoisala määräytyy potilaan saaman hoidon, ei toimintayksikön hallinnollisen organisaation mukaan. Tarkemmat lisämääräykset, ks. HILMO -oppaasta [2].
- Hoitojakson erikoisala = potilaan erikoisala.
- Useimmiten hoidollinen erikoisala on sama kuin hoidosta päävastuussa olevan lääkärin erikoisala, mikäli tämä erikoisala on virallisesti sairaalassa edustettuna.
- Avohoitopotilaan konsultaatiokäynnin erikoisala määräytyy konsultaatiota antavan lääkärin erikoisalan mukaan.

Erikoisalasiirto

hoitojakso katkeaa erikoisalasiirron yhteydessä ja sen kirjauskäytäntö vaikuttaa tilastoinnissa hoitojaksojen määrään. Potilaalle kirjataan erikoisalasiirto silloin kun potilaan hoito sairaalassa jatkuu toisella erikoisalalla. (HILMO-erikoisala kahden merkin tarkkuudella, esim: sisätaudit 10). Tällöin DRG-hoitokokonaisuus katkeaa ja alkaa uusi DRG hoitokokonaisuus.

Sairaala-/laitossiirto

tehdään potilaalle kun potilas siirtyy oman erikoissairaanhoidon organisaatiosta toisen palvelutuottajan hoitovastuulle.

Osastosiirto

tehdään kun potilas siirtyy saman organisaation sisällä toiselle osastolle potilaan erikoisalan pysyessä samana. Osastosiirto ei katkaise DRG hoitokokonaisuutta. Yksi DRG -hoitojakso voi pitää sisällään useita saman erikoisalan osastojaksoja.

Teho- ja tarkkailuosaston osastohoitojaksot liitetään kokonaihoitojaksoon. Mikäli potilaan erikoisala muuttuu tehohoidon aikana, liitetään tehohoitojakso sitä seuraavaan osastohoitojaksoon.

Jatkohoito

muu sairaalasta poistuminen: ks. HILMO-ohjeet [3].

Ostopalvelu

ostopalvelu on muilta palveluntuottajilta hankittu palvelu tai tarvike. Hankittu palvelu voi olla ns. lopputuote (perussuorite) tai sen osa (välisuorite). Ostopalveluna hankitut palvelut saatetaan sopimustyypistä riippuen laskuttaa suoraan maksajalta (löpilaskutus) tai paketoita lopputuotteeseen (perussuoritteeseen).

Sopimuspalvelu/myyntipalvelu

sairaalan tai hoitoyksikön ulkopuoliselle erillisen sopimuksen mukaisesti myytäviä hoitopalveluja tai tutkimuksia. Palvelut voivat olla luonteeltaan joko edellä mainittuja asiakaspalveluja tai ns. välituotepalveluja.

Palveluseteli

Palvelusetelillä tarkoitetaan järjestämistä vastuussa olevan kunnan tai kuntayhtymän sosiaali- ja terveyspalvelunsaajalle myöntämää sitoumusta korvata palveluntuottajan antaman palvelun kustannukset kunnan tai kuntayhtymän ennalta määräämään arvoon asti. Palveluseteli antaa potilaalle oikeuden valita hoitopaikan sellaisista hoidontuottajista, jotka kunta tai kuntayhtymä on etukäteen hyväksynyt. [24.]

2.3.1 Avohoitoon liittyvät käsitteet

Avohoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden antamiseen ei liity yhtiöjaksoista ja ympärivuorokautista hoitovastuuta.

Avohoitotoiminta

sairaalan poliklinikoilla, muissa yksiköissä tai potilaan kotona annettava avohoitopalvelu. Palvelu kohdistuu potilaaseen, jota joko ei ole kirjattu sairaalan vuodeosastolle tai joka vuodeosastohoidossa ollessaan on toisen erikoisalan tutkimuksessa tai hoidossa. Avohoitopotilaaksi katsotaan myös psykiatrian asumispalveluyksikössä asuva henkilö, mikäli hän on tehnyt huoneenvuokralain mukaisen vuokrasopimuksen, sekä perhehoidossa oleva henkilö. Hoito on avohoitoa, mikäli laitoshoidon tunnusmerkistö ei täyty. [1.]

Avohoitokäynti

potilaan käynti sairaalan poliklinikalla tai vuodeosaston polikliinisella vastaanotolla, päiväkirurgiassa ja päiväosastolla tai muussa avohoitoyksikössä. Käynniksi luetaan myös sairaanhoitopiirin terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluvan käynti sairaalan ulkopuolella potilaan luona.

- Käynnin aikana potilaalle voidaan tehdä tutkimuksia ja/tai toimenpiteitä saman sairauden, vamman tai ongelman takia.
- Tutkimuksia tai toimenpiteitä voi käynnin aikana suorittaa yksi tai useampi sairaalan tutkimus- ja hoitohenkilökuntaan kuuluva lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, kuntohoitaja, sosiaalityöntekijä (huom. terveydenhuollon ammattihenkilörajaus sosiaalityöntekijöiden kohdalla) jne.
- Avohoitokäynnit kirjataan potilaslähtöisesti. Jos yhdellä käyntikerralla on läsnä useita työntekijöitä (= ryhmävastaanotto) käynnistä kirjataan potilaalle vain yksi (varsinainen) käynti (pääkäynti, loppusuorite). Pääkäynnin erikoisalan muiden työntekijöiden käynnit kirjataan lisäkäynneiksi ja muiden erikoisalojen työntekijöiden käynnit poliklinikkakonsultaatioiksi.
- Potilaan omaisten osallistuessa potilaan hoitoon ja kuntoutukseen, potilaan ja omaisten samanaikaisesta käynnistä kirjataan potilaalle yksi käynti ja käynti laskutetaan kunnalta.
- Mikäli on tarvetta hoitaa myös omaista, esim. piilevien perinnöllisten, tarttuvien tai muusta syystä epäiltyjen sairauksien löytämiseksi, hänelle avataan sairauskertomus.
- Mikäli avohoitopotilas käy saman päivän aikana saman sairauden vuoksi useamman erikoisalan poliklinikalla, kirjataan yksi käynti varsinaiseksi poliklinikkakäynniksi (pääkäynti, loppusuorite) ja pääkäynnin erikoisalan muut käynnit kirjataan lisäkäynneiksi ja muiden erikoisalojen käynnit avohoitopotilaan konsultaatiokäynneiksi.
- Leikkausta edeltävä eri päivänä suoritettu preoperatiivinen käynti kirjataan ensi- tai uusintakäynniksi.
- THL luokittelee avohoitokäynnit ja kuvaa ne palvelualoina [2].

Ajanvarauskäynti

käynti, johon on varattu aika etukäteen.

Konsultaatiot

konsultaatiolla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön, yleensä lääkärin, antamaa asiantuntija-apua ilman että kokonaisvastuu potilaan hoidosta muuttuu.

- **Sisäinen konsultaatio**

saman sairaalan erikoisalojen välinen konsultaatio.

- **Ulkoinen konsultaatio**

sairaalan hoitovastuun ulkopuolella olevia potilaita koskevat asiantuntija-konsultaatiot (ilman hoitosuhdetta) tehdään pääsääntöisesti kirjallisten tai elektronisten läheteiden ja/tai konsultaatiopyyntöjen perusteella. Konsultaatiovastaus annetaan kirjallisesti tai elektronisesti. Konsultaatiovastausten tulee tallentua potilaan tietoihin konsultaatiota pyytäneessä yksikössä.

Kotona annettava erikoissairaanhoito

hoito on verrattavissa sairaalan poliklinikalla annettavaan hoitoon. Sairaalan henkilö-kunnan potilaalle antama lääkehoito on sairaalan vastuulla niin toiminnallisesti kuin kustannuksiltaan. Hengityshalvaukspotilas katsotaan kuitenkin sosiaalivakuutuksia myönnettäessä aina laitoshoidossa olevaksi. [1.]

Käyntityypit

avohoidon käyntityypit kuvaavat potilaan hoidon saamaa luonnetta (mm. päivystys-, ensi- ja uusintakäynnit, muut käynnit, kotikäynnit, potilasryhmäkäynnit, ryhmävastaanotot, konsultaatiot ja hoitopuhelut/hoitokirjeet.) Kaikille käynneille kirjataan käyntityypitiedot. Tässä esiintyvillä luettelonnumeroilla (1 - 14) ei ole koodimerkitystä kirjaamisessa.

1) Päivystyskäynti (ilmoitetaan HILMO:n palvelualaan 91)

avohoitokäynti, jolloin potilas otetaan avohoitoyksikköön ilman ennalta varattua aikaa tai ilman erillistä sopimusta läheteellä tai ilman lähetettä äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämään välittömään arviointiin tai hoitoon.

- Päivystyskäynti on yksi kokonaisuus, johon voi sisältyä useamman erikoislääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön konsultaatioita tai tutkimuksia. Hoitokokonaisuudesta kirjataan vain yksi käynti, joka kirjataan pää-hoitovastuussa olevan lääkärin erikoisalalle.
- Kotikäynti voi olla myös päivystyskäynti.
- Jos käytössä on perusterveydenhuollon tietojärjestelmä, päivystyskäynnit toimitetaan AvoHILMO-ohjeen mukaisesti [4]. Muussa tapauksessa perusterveydenhuollon päivystyskäynnit ilmoitetaan sairaanhoitopiirijärjestelmän kautta, jolloin erikoisala on 98.
- Synnytyksistä ei kirjata päivystyskäyntiä, mikäli potilas menee synnytysosastolle ja synnytys käynnistyy, tällöin potilas sisäänkirjataan vuodeosastolle. Jos synnytys ei käynnisty ja potilas palaa kotiin, kirjataan päivystyskäynti. Päivystyskäynti voidaan poikkeuksellisesti kirjata myös kättilön vastaanottokäynneistä.

DRG:n kansallinen käyttöhanke suosittelee:

- Päivystyskäynntejä voi muodostua myös ajanvarauspoliklinikoille.

- Jos potilas (esim. psykiatriassa avohoitojakso meneillään tai lomalla oleva) tulee suoraan vastaanotolle ennen varsinaista sovittua aikaa, käynti kirjataan päivystyskäynniksi.
- Jos potilas käy esim. aamulla päivystyksenä vastaanotolla ja pääsee kotiin, mutta tulee samana päivänä saman vaivan takia päivystyksenä samaan päivystysyksikköön uudelleen, kirjataan jälkimmäinen lisäkäynniksi.

2) Ajanvarauskäynti, ensikäynti (ilmoitetaan HILMON palvelualaan 92)

avohoitokäynti, jolloin potilas tulee lähetteen perusteella ennakolta sovittuna aikana sairauden, vamman tai ongelman vuoksi ensimmäisen kerran, pääsääntöisesti lääkärin tutkimukseen tai hoitoon. Käynti on ensikäynti,

- kun avohoito alkaa uudella läheteellä tai vastaavalla
- kun toisen erikoisalan avohoitoyksikkö siirtää suunnitellusti potilaan hoitovastuun toisen erikoisalan avohoitoyksikölle.
- Kotikäynti voi olla ensikäynti.
- Jos potilas on kutsuttu osasto- tai päiväkirurgiseen hoitoon, ennen osastolle siirtymistä tehtyjä ns. tulotarkastuksia ei kirjata erillisiksi käynneiksi.

DRG:n kansallinen käyttöhanke suosittelee:

- Ensikäynti voi aloittaa uuden hoitokokonaisuuden tai se voi liittyä aiempaan.
- Käynti kirjataan ensikäynniksi myös silloin, kun toisen erikoisalan avohoitoyksikkö siirtää potilaan hoitovastuun toisen erikoisalan avohoitoyksikölle.

3) Ajanvarauskäynti, uusintakäynti (ilmoitetaan HILMON palvelualaan 93)

avohoitokäynti, jolloin potilas tulee ennakolta sovittuna aikana saman sairauden tai vamman takia uudelleen lääkärin tai muun terveydenhuoltoalan ammattilaisen vastaanotolle.

- Käynti on uusintakäynti, kun potilas on ollut hoidossa sairaalan vuodeosastolla ja saman sairauden tai vamman hoito jatkuu avohoitoyksikössä.
- Kaikki kroonisen sairauden seurantaan kuuluvat kontrollikäynnit luetaan uusintakäynneiksi.
- Käynti on uusintakäynti, kun hoito jatkuu päivystyskäynnin jälkeen avohoitoyksikössä.
- Jos potilaalle on varattu samalle päivälle saman sairauden takia vastaanottoaika useammalle terveydenhuollon asiantuntijalle (ns. hoitokäynnit), niin hoitosuunnitelman mukaiset, varsinaiset poliklinikkakäynnin kriteerit täyttävät hoitokäynnit ovat uusintakäynntejä. Lisäkäynntejä ei sisällytetä käynnteihin.
- Asiantuntijoiden/viranomaisten välisiä neuvotteluja ei tilastoida käynneiksi.
- Hoitokirjeitä eikä lähetevastauksia tilastoida käynneiksi.
- Jos potilas on kutsuttu osasto- tai päiväkirurgiseen hoitoon, niin ennen osastolle siirtymistä tehtyjä ns. tulotarkastuksia ei tilastoida erillisiksi käynneiksi.

4) Hoitopuhelu (= puhelinvastaanottokäynti, ilmoitetaan HILMON palveluun 93)

on uusintakäynti, jossa potilaalle on varattu etukäteen hänen sairautensa tutkimukseen tai hoitoon liittyvä hoitosuunnitelman mukainen henkilökohtainen puhelinvastaanottoaika.

- Puhelinvastaanottoaika korvaa poliklinikkakäynnin ja siitä tehdään hoitoa koskeva kirjaus sairauskertomukseen.
- Puhelinsoittoja ei kirjata uusintakäynneiksi.

DRG:n kansallinen käyttöhanke suosittelee:

- Hoitopuhelut eivät sisällä pelkästään yleisiä potilasohjeita.

5) Päivä- ja yösairaanhoitokäynti (ilmoitetaan HILMON palveluun 93)

on uusintakäynti, lääkärin päätökseen perustuvaa somaattisen erikoissairaanhoidon toimintana toteutettua tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta silloin, kun vastaanotto-käynti ei riitä täyttämään tuen tarvetta ja kun ympärivuorokautinen hoito ei ole välttämätöntä.

6) Sarjahoitokäynti (ilmoitetaan HILMON palveluun 93)

on uusintakäynti, jonka aikana potilas saa lääkärin etukäteen määräämää sarjana annettavaa hoitoa. Jokaisesta hoitokerrasta tulee yksi käynti.

DRG:n kansallinen käyttöhanke suosittelee:

- Sarjassa annettavaa hoitoa on esim. jatkuva dialyysihoito, lääkinnällinen kuntoutus eri muodoissaan esim. fysio-, toiminta- ja puheterapia sekä säde- ja sytostaattihoito, hyposensibilisaatio, valohoidot ym. vastaavat hoidot.
- Sarjahoitokäyntejä tulee olla samassa suunnitellussa sarjassa kolme tai enemmän.
- Jos terapia aloitetaan hoitajakson aikana, ja se jatkuu avohoidossa sarjahoitona, on ensimmäinen poliklinikkakäynti jo sarjahoitoa.

7) Kotikäynti (ilmoitetaan HILMON palveluun 91,92 tai 93)

terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä käynti avohoidossa olevan potilaan kotiin. Käynti voi olla ajanvaraus- tai päivystyskäynti. Hoito on verrattavissa sairaalan poliklinikalla annettavaan hoitoon.

8) Konsultaatiokäynti (Avohoitopotilaan konsultaatiokäynti ilmoitetaan HILMON palveluun 94)

ajanvarauskäynti, jonka aikana pääsääntöisesti erikoislääkäri tai joissakin tapauksissa muu terveydenhuollon ammattilainen tapaa toisen erikoisalain hoitovastuussa olevan potilaan ottaakseen kantaa tai antaakseen asiantuntijalausunnan potilaan ongelmaan ilman että hoitovastuu muuttuu.

- Konsultaatiokäynnillä annetut ohjeet tulee kirjata potilaan sairauskertomukseen.
- Käynti perustuu konsultaatiopyyntöön tai erilliseen sopimukseen.
- Konsultaatio kohdistuu avohoitopotilaalle.

DRG:n kansallinen käyttöhanke suosittelee:

Vuodeosastopotilaan konsultaatiokäynti (ei sisälly HILMON palveluun 94 enää vuodesta 2011)

- potilas on hoidossa toisella erikoisalalla ja potilaan hoidosta vastaava lääkäri pyytää konsultaatiota
- konsultaatio koskee samaa sairautta tai vammaa, jonka vuoksi potilas on hoidossa
- potilas on aina sisään kirjoitettuna vuodeosastolle.

9) Päiväkirurgia (ilmoitetaan HILMON palveluun 2)

toiminta, johon liittyy suunniteltu leikkaustoimenpide ja potilaan tulo- ja lähtöpäivä on sama. Päiväkirurgia edellyttää yleisanestesiaa, laajaa puudutusta tai suonensisäisesti annettavaa lääkitystä.

- Kaihileikkaukset ovat päiväkirurgista toimintaa, vaikka niiden anestesia- ja puudutusmenetelmät ovat suppeammat kuin edellä määritelty.

DRG:n kansallinen käyttöhanke suosittelee:

- Päiväkirurgiassa voidaan kirjata lisäkoodi ZXD20 jotta suunnitellut päiväkirurgiat saadaan eroteltua toteutuneista. (Toisinaan potilas jatkaa hoitoa sairaalassa vaikka suunnitelman mukaan hoito tehtiin päiväkirurgisena.)

10) Hoitokirje (ei ilmoiteta HILMON käytitiedoissa)

potilaan sairauden tutkimusta ja hoitoa koskeva yksilöllinen kirje, jonka lääkäri tai lääkärin valtuuttama terveydenhuollon ammattilainen laatii hoitovastuussa olevalle potilaalle ja joka korvaa poliklinikkakäynnin.

- Kirje voidaan lähettää sähköisesti tai perinteisenä kirjeenä potilaalle.
- Hoitokirjeestä tehdään hoitoa koskeva kirjaus sairauskertomukseen.
- Hoitokirjeet eivät sisällä pelkästään yleisiä potilasohjeita.

11) Lisäkäynti (ei ilmoiteta HILMON käytitiedoissa)

avohoitopotilaan käynti saman vuorokauden aikana saman erikoisalalan avohoitoyksikössä ja saman sairauden tai vamman vuoksi, tai vuodeosastopotilaan käynti saman erikoisalalan avohoitoyksikössä tai terveydenhuollon ammattihenkilön käynti potilaan luona.

- Lisäkäyntiin liittyvät/kohdistuvat välisuoritteet kohdistetaan varsinaiseen poliklinikkakäyntiin/vuodeosastohoitojaksoon (pääsuoritteeseen).
- Lisäkäyntejä ei tilastoida THLn valtakunnallisiin tilastoihin, mutta tilastoidaan organisaation omaan käyttöön (resurssien/työvoiman käytön seuranta ja kustannuslaskentaa varten). Ryhmävastuutaanotossa yksi terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa varsinaisen käynnin (pääkäynnin, pääsuoritteen) ja muut saman erikoisalalan edustajat lisäkäynnin ja toisen erikoisalalan edustajat konsultaatiokäynnin.

12) Päiväsairaanhoitokäynti, psykiatria (ilmoitetaan HILMON palveluun 83 Päiväsairaalahoito)

tarkoittaa lääkärin päätökseen perustuvaa terveydenhuollon avohoidon toimintana tuotettua tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta silloin, kun vastaanottokäynti ei riitä täyttämään tuen tarvetta ja kun ympärivuorokautinen hoito ei ole välttämätöntä.

- Psykiatrian päiväsairaanhoito sisällytetään tähän luokkaan.

13) Päivätoimintakeskuskäynti, psykiatria (ilmoitetaan HILMON palveluun 93)

avohoitopotilaan käynti, jonka aikana potilas osallistuu ammattihenkilön ohjaamaan toimintaan (askartelu, työterapia, sosiaalikerho jne.), jonka tavoitteena on potilaan kuntouttaminen. Kokoontumiset voivat tapahtua erityisessä päivätoimintakeskuksessa. Hoitohenkilökunnan käynnit päivätoimintakeskuksessa potilaan luona tai potilaiden käynnit muissa psykiatrian avohoitoyksiköissä kirjataan avohoitokäynneiksi. Vuodeosastopotilaan käynnit merkitään lisäkäynneiksi.

14) Työtoiminta-/suojatyökäynti, psykiatria (ilmoitetaan HILMON palveluun 93)

avohoitopotilaan käynti, jonka aikana potilas työskentelee työtoimintayksikössä (korkeintaan 15 tuntia/vrk). Vuodeosastopotilaan käynnit merkitään lisäkäynneiksi.

Avohoitokäynnin kävijäryhmä

kävijäryhmä kuvaa palvelutilanteessa läsnä olevien potilaiden sekä ammattihenkilöiden määrää ja tapahtuman yksityisyyden astetta. Kävijäryhmällä kuvataan tarkemmin avohoitokäynnejä (HILMON palvelualat 91 - 94 ja 83)

1) Yksilökäynti

on yhden identifioidun potilaan sairauden/ongelman hoitamiseksi tapahtuva käynti lääkärin tai terveydenhoitohenkilökunnan luona.

- Vaikka potilaalla olisi mukana saattaja (esim. kuulovammaisella), on kyse yksilökäynnistä.

2) Ryhmävastaanotto

on useamman työntekijän toteuttamaa hoitosuunnitelman mukaista avohoittoa potilaalle (esim. kuntoutussuunnittelu psykiatria-, reuma-, aivohalvaus ym. potilaille).

- henkilökuntaa paikalla kaksi tai enemmän ja potilaita aina vain yksi.

3) Ryhmäkäynti

on yhden tai useamman työntekijän toteuttamaa hoitosuunnitelman mukaista avohoittoa potilasryhmälle (esim. psykiatria-, reuma- ja diabetes- ja laihdutusryhmät). Jokaisesta ryhmään osallistuvasta potilaasta kirjataan yksi ryhmäkäynti.

- henkilökuntaa paikalla yksi tai enemmän ja potilaita aina vähintään kaksi.

4) Perhekäynti

on yhden identifioidun potilaan sairauden/ongelman tai perheen ongelman hoitamiseksi tapahtuva perheen ajanvarauskäynti lääkärin tai terveydenhoitohenkilökunnan luona.

- Hoitoon osallistuu potilaan lisäksi hänen perheensä jäseniä.

Muut käynnin määreet**Poistunut hoidotta/siirretty**

jos potilas on poistunut omalla päätöksellään saamatta hoitoa, käyntiä ei kirjata eikä laskuteta. Käynti kirjataan, jos potilas on poistunut omalla päätöksellään vastaanotolta eikä ole jäänyt kuulemaan esim. tehtyjen laboratorio- ja röntgen-tutkimusten tuloksia.

Ohjattu muualle

tarkoittaa hoitoon hakeutuneen potilaan ohjaamista lääkärin päätöksellä muualle hoitoon. Potilaan käynti kirjataan, mutta sairauskertomusta ei avata eikä käynnistä laskuteta kuntaa eikä potilasta.

Tieteellinen tutkimus-/opetuskäynti

käynti, joka liittyy potilaan sairautta koskevaan tieteelliseen tutkimukseen tai opetukseen, eikä potilas saa käynnillä hoitosuunnitelman mukaista tutkimusta, hoitoa tai kuntoutusta. Tutkimukseen liittyy eettisen toimikunnan lupa. Käynti ei kuulu THL:lle ilmoitettaviin käynteihin.

Jos potilas käyntiin liittyvän tieteellisen tutkimuksen tai opetuksen lisäksi saa hoitosuunnitelman mukaista tutkimusta, hoitoa tai kuntoutusta, kirjataan käynti ajanvarauskäynniksi.

Suojatyöpaikka (psykiatriassa)

potilaan hoidolliseen työskentelyyn tarkoitettu hoitoyksikön ylläpitämä, avohoidossa oleva paikka. Avohoitopotilaan hoidollinen työskentely sairaalan työtoimintayksikössä varatulla paikalla on työtoimintaa. Työtoiminnassa/suojatyötoiminnassa kirjataan potilaiden käynnit työtoimintayksikössä. Yhdellä suojatyöpaikalla voi syntyä saman päivän aikana useita käyntejä eri henkilöille. Potilas voi saada suojatyöpäivältä sopimuksen mukaista palkkiota.

2.3.2 Vuodeosastohoitoon liittyvät keskeiset käsitteet

Laitoshoido

on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöstön antamaa ympärivuorokautista hoitoa, jossa sisäänottoa ja hoidon päättymistä koskevan päätöksen tekee vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaisesti muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Hoitojakso

ajanjakso, jonka asiakas on kirjattuna laitoshoidon saajaksi.

- Hoitojakso alkaa siitä kun potilas sisään kirjoitetaan vuodeosastolle. Sisään kirjaus tulee vastata todellista osastolle siirtymis- tai tuloaikaa.
- Hoitojakso päättyy siihen kun potilas kirjataan ulos vuodeosastolta.
- Yksi hoitojakso voi sisältää useampia osastohoitojaksoja

Erikoisalan hoitojakso

ajanjakso, jonka potilas on yhtäjaksoisesti samalla pääerikoisalalla. Pääperiaate on, että kun osastohoitojaksojen erikoisala on erikoisalan kahden ensimmäisen merkin tasolla sama, syntyy ainoastaan yksi erikoisalan hoitojakso. Tämä sisältää mahdollisen tehohoidon. Potilaan siirtyessä siirtoviivepotilaaksi erikoisalahoitojakso ei katkea.

Poikkeukset:

- **Synnytykset:** Erikoisalahoitojakso katkaistaan synnytysosastolle siirtyvän potilaan kohdalla, mikäli antenataalijakso on kestänyt yli 48 tuntia.
- **Kuntoutus:** Akuuttivaiheen hoitojakso ja kuntoutushoitojakso on eriytetävä toisistaan. Kun akuuttivaihe päättyy ja potilaalle laaditaan kuntoutussuunnitelma, akuuttivaiheen hoitojakso päätetään ja avataan uusi kuntoutushoitojakso. Tämän jälkeen potilas kirjataan takaisin sairaalaan ja alkaa kuntoutusjakso (ks. kappale 3.3: Kirjaamisohjeet)

DRG-tuote syntyy yhdestä erikoisalan hoitojaksosta (ks. kappale 2.3: Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen).

Osastohoitojakso

hoitojakson osa, jonka aikana osasto ei muutu.

Tehohoitojakso ja tehovalvontajakso

tehohoito on vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan keskeytymättä ja hänen elintoimintojaan seurataan ja tarvittaessa pidetään yllä erikoislaittein. Tavoite on voittaa aikaa perussairauden voittamiseen torjumalla ja estämällä hengenvaara. Lääkäri on paikalla koko ajan tai välittömästi tavoitettavissa.

Tehovalvonnassa annettava hoito on laajuudessaan lähellä tehohoitoa, mutta tehovalvontaan ei ole resursoitu ympärivuorokautisesti läsnä olevaa lääkäriyöpanosta (tehovalvonnasta vastaava lääkäri voi työskennellä muissa yksiköissä samaan aikaan).

Potilaan teho-osaston tai tehovalvonnan hoitojakso voi olla yksi osastohoitojakso muiden osastohoitojaksojen joukossa tai potilaan hoito alkaa suoraan tehohoito- tai tehovalvontajaksona. Tehohoidossa/tehovalvonnassa olevan potilaan erikoisalaksi merkitään aina potilaan hoidollinen erikoisala

Tehohoidon hoitoaika tunteina

tarkoittaa tehohoidossa vietettyä hoitoaikaa tunteina. Tehohoito on laajaa erityisosaamista vaativaa erikoissairaanhoitoa.

- Jos yksikön tietojärjestelmään merkitään vain vuorokaudet, niin tällöin ne kerrotaan 24:llä.
- Tehostetun valvonnan yksiköt eivät ole tehohoitoa

Tehohoidon toimenpidekoodi

Kenttään merkitään tehohoidon tyyppiä kuvaava toimenpidekoodi (WX8).

Kuntoutushoitojakso

ks. erikoisalahoitojakso

Hoitoaika

aika, jolloin potilas on kirjattuna vuodeosastolle.

Laskennallinen keskimääräinen hoitoaika

kuvaa sitä, kuinka monta vuorokautta potilaita keskimäärin hoidetaan. Keskimääräinen hoitoaika lasketaan jakamalla ajanjakson (esim. kalenterivuosi) aikana kertyneet hoitopäivät erikoisalahoitojaksojen lukumäärällä (päätyneet ja kesken olevat yhteensä).

Päätyneiden hoitojaksojen keskimääräinen pituus

kalenterivuoden aikana päätyneiden hoitojaksojen keskimääräinen pituus. Mukana lasketaan hoitopäivät koko hoitojakson ajalta (myös aiemmilta vuosilta).

Sairaansijapäivä

sairaansijapäiviin lasketaan kaikki aikajakson aikana auki olleet sairaansijat. Poikkeuksena sairaansijan sulkemista edeltävää päivää ei oteta huomioon (perjantaina ei oteta potilasta sisään jos lauantai on kiinnioloapäivä).

Kuormitus/Kuormitusprosentti

kuvaavat voimavarojen, tilojen, laitteiden ja henkilöstön käyttöastetta.

- Sairaansijojen kuormitus: tarkasteltavan ajanjakson nettohoitopäivien määrä jaetaan sairaansijapäivien määrällä

Hoitopaikka

sairaanhoidon varten varustettu ja yhden henkilön hoitoon varattu tila varustettu. Hoitopaikkoja ovat sairaansijat ja tarkkailua varten varatut hoitopaikat esim. tehohoito-/tehovalvontaosastoilla, päivystys/tarkkailuosastolla ja synnytysosastossa.

Sairaansija

asiakkaalle/potilaalle vuodeosastohoitoa varten varattu vuodeosaston hoitopaikka. Potilaan tarkkailua varten olevia hoitopaikkoja (teho/tehovalvonta, synnytysosasto ja tarkkailuosasto) ei lasketa sairaansijoiksi

Suunnitelman mukaiset sairaansijat

arvio toimintavuoden aikana käytettävistä sairaansijoista, jolla suunniteltu vuodeosastotuotanto aiotaan toteuttaa.

Hoitopäivä

kalenteripäivä, jonka aikana potilas on ollut hoidettavana sairaansijalla.

Bruttohoitopäivä

bruttohoitopäivä lasketaan: potilaan lähtöpäivä miinus tulopäivä plus yksi. Bruttohoitopäivässä mukana ovat siis tulo ja lähtöpäivä. DRG -järjestelmässä käytetään bruttohoitopäiviä.

Nettohoitopäivä

kalenteripäivä, jonka aikana potilas on ollut hoidettavana sairaansijalla/hoitopaikalla lähtöpäivää lukuun ottamatta. Jos potilas lähtee samana päivänä kun on saapunut, nettohoitopäiviksi lasketaan lähtöpäivämäärä miinus tulopäivämäärä plus yksi. Hoitopäivät tilastoidaan nettohoitopäivinä. Nettohoitopäivien laskeminen eri tarkoituksiin:

- 1) Kuormitusprosentti: lähtöpäivämäärä miinus tulopäivämäärä miinus täydet lomapäivät
- 2) Kuntalaskutuksessa/tilastoinnissa: lähtöpäivämäärä miinus tulopäivämäärä miinus lomapäivät, joita ei kuntalaskuteta.

Psykiatriassa kuntalaskutettavia lomapäiviä ovat vain pitkäaikaispäätöksellä hoidossa olevien potilaiden enintään viisi ensimmäistä yhtenäistä lomapäivää. Jos potilaalla ei ole pitkäaikaispäätöstä, lomapäivät eivät ole kuntalaskutettavia.

Loma-aika

aika, jolloin potilas on poissa vuodeosastohoidosta sovitusti koko vuorokauden. Hoitovastuu säilyy toimintayksikössä.

- Poissaoloa ei kirjata lomaksi, jos potilas jää palaamatta osastolle. Tällöin potilaan uloskirjoitus osastolta määräytyy lomalle lähtöpäivän perusteella.
- Lomalle lähtöpäivä ja lomalta paluupäivä lasketaan hoitopäiväksi.

Ilmoittamaton poissaolo

potilas poistuu ilmoituksetta/sopimatta kesken vuodeosastojakson.

- Mikäli potilas tulee takaisin saman kalenterivuorokauden aikana, eikä häntä ole kirjattu ulos, ei asiakas- eikä kuntalaskutusta keskeytetä. Hoitajakso laskutetaan normaalisti siihen saakka kun hoito päättyy.
- Mikäli potilas ei tule takaisin saman kalenterivuorokauden aikana, hoitajakso kirjataan päättyneeksi potilaan poistumisajankohtana.
- Jos potilas palaa myöhemmin hoitoon, niin käynnistyy uusi hoitajakso.

Poistuminen omalla vastuulla

potilas poistuu sairaalasta hoidon ollessa kesken omalla vastuulla. Tällöin potilas allekirjoittaa poistumislomakkeen.

Asumispalvelu/asumiskuntoutus; kuntoutuskoti

hoitoyksikön omistama tai vuokraama psykiatriseen hoitoon/kehitysvammahuoltoon käytettävä hoitopaikka. Potilas maksaa saamastaan ylläpidosta. Potilaan hoito tilastoidaan hoitopäivinä (sisältää lomapäivät) ja potilasmäärinä

Tahdonvastainen hoito

vastoin potilaan tahtoa annettava hoito esim. kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaan.

Tahdosta riippumaton hoito

potilaan tahdosta riippumatta annettava hoito, esim. tartuntatautilaissa, mielen-terveyslaissa ja päihdehuoltolaissa määritelty määräaikainen pakkohoito

Perhehoito

hoitopaikka, joka on tarkoitettu potilaan hoitamiseksi perheessä.

Kunnan järjestäessä palveluja on sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen [1] mukaan kyseessä avohoito, kun henkilö

- on perhehoidossa. Tähän sisältyy myös perhehoito, joka järjestetään kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain, erikoissairaanhoidon lain ja mielen-terveyslain mukaisen hoidon antamiseksi
- saa hoitoa lastensuojelulain perusteella
- saa omaishoitoa
- kotona ollessaan saa sosiaali- tai terveydenhuollon laitoksen järjestämää päivä- tai yöhoitoa
- on kotisairaanhoidossa
- on kotona ja saa erikoissairaanhoidon järjestämää hoitoa.

Kun henkilö on jaksoittaisessa laitoshoidossa, katsotaan hänen olevan avohoidossa laitoshoitajaksojen välisenä aikana.

Tarkkailuaika (psykiatriassa)

psykiatrisessa hoidossa tarkkailuajan kuluessa lääkäri selvittää, ovatko edellytykset sairaalaan tarkkailuun otetun henkilön hoitoon ottamisesta tahdosta riippumatta olemassa.

- Asiakasmaksuasetuksen 12 §:n [25] mukaan lyhytaikaisessa laitoshoidossa olevalta potilaalta ei saa periä maksua mielen-terveyslain 9 §:n [11] perusteella järjestetyn tarkkailun ajalta, ellei tarkkailtavaksi otettua henkilöä tarkkailun perusteella määrätä sanotun lain 8 §:ssä tarkoitettuun tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tällöin asiakasmaksu peritään myös tarkkailun ajalta.
- Mikäli potilas jää tarkkailujakson jälkeen vapaaehtoiseen hoitoon, tarkkailuajalta ei peritä asiakasmaksua.
- Mikäli potilas kesken vapaaehtoisen hoidon määrätään tarkkailuun ja tarkkailuajan jälkeen tahdosta riippumattomaan hoitoon, asiakasmaksu peritään yhtäjaksoisesti myös tarkkailun ajalta.
- Kuntalaskutus toteutetaan siltä ajalta, kun potilas on ollut sisään kirjattuna sairaalassa.

2.3.3 Toimenpiteisiin liittyvät käsitteet

Toimenpide

määrätyn tehtävän suorittamiseen tähtäävä kertaluonteinen toiminta, joka perustuu pohjoismaisen toimenpideluokituksen (NCSP) suomalaisen version toimenpideluokitukseen. Toimenpiteitä voi olla yksi tai useampia. [2.]

Toimenpidekirjaamisen ohjeistus on kuvattu omassa kappaleessaan. Toimenpiteille lasketaan kustannukset välisuoritelaskennan osana.

Toimenpidekoodit

toimenpideluokitus [9] noudattaa Nordic Casemix Centren julkaiseman NCPS+ mukaisen luokituksen jäsenystä [26]. Toimenpideluokitusta hyödynnetään leikkaus-, poliklinikka-, vuodeosasto-, anestesia-, teho- ja radiologia- sekä lääketoimenpiteiden kirjaamiseen. Potilaalle kirjattujen toimenpiteiden tulee olla luokituksen mukaisia. Varsinaiset leikkaustoimenpiteet ovat toimenpiteitä, jotka sisältyvät Nomescon toimenpideluokituksen A – Q ja Y-alkuisiin toimenpiteisiin. Toimenpiderekisterissä on myös toimenpidekoodit, joilla kuvataan hoidon antaneen sairaanhoitajan tai erityistyöntekijän ammattiryhmä.

Pää- ja sivutoimenpiteet

päätoimenpiteen ja päädiagnoosin tulee muodostaa toiminnallisesti ja sisällöllisesti toimiva kokonaisuus. Päätoimenpide on resursseiltaan vaativin toimenpide. Muut toimenpiteet kirjataan sivutoimenpiteiksi. Välittömästi leikkaustoimintaan liittyvät anestesiatoimenpiteet kirjataan sivutoimenpiteenä.

Päivystys- ja elektiiviset toimenpiteet

päivystystoimenpide tehdään päivystyksenä äkillisesti syntyneen toimenpidetarpeen vuoksi normaalista, suunnitellusta leikkauslistasta ja työsuunnitelmasta poiketen. Muut toimenpiteet ovat elektiivisiä toimenpiteitä.

2.3.4 Laboratorion ja radiologian käsitteet

Laboratoriotutkimus

tutkimus, joka löytyy laboratoriotutkimusnimikkeistöstä [10]. Tutkimuksista, joita ei vielä ole hyväksytty tutkimusnimikkeistöön, voidaan käyttää laboratoriokohtaisia nimiä ja numeroita.

Laboratoriotutkimukset luokitellaan seuraavasti:

1. kliininen fysiologia
2. kliininen neurofysiologia
3. kliininen mikrobiologia
4. kliininen kemia
5. patologia

Laboratoriotutkimukseen sisältyy tutkimusmääräys, tutkiminen sekä vastaus.

- **Oheistutkimus**

tutkimus, joka on tehty laboratoriotutkimuksen tuloksen ja tulostason oikeellisuuden varmistamiseksi. Oheistutkimus on laboratoriotutkimuksen osa eikä sitä merkitä virallisiin tilastoihin, mutta kirjataan erilliseen laadunvalvontaohjelmistoon

- **Omaistutkimus**

potilaan diagnosoinnin ja hoidon kannalta oleellinen laboratoriotutkimus, joka otetaan potilaan omaisesta tai lähipiiristä ja kirjataan potilaan omaiselle.

- **Ryhmätutkimus**
analysoidaan kaksi tai useampia komponentteja ja vastauksena voi olla yksi tai useampia tuloksia.
- **Toimintakoe**
vastaa kliinisen kemian kohdalla aikaisempaa käsitettä rasiustutkimus.

Radiologinen tutkimus

tutkimus- ja toimenpidekokonaisuus, jolla ihmisen terveydentilaa selvitetään ja hoidetaan radiologisin keinoin. Radiologisin menetelmin annetaan myös hoitoja ja tehdään toimenpiteitä. Radiologiset tutkimukset ja toimenpiteet luokitellaan ICP toimenpideluokitukseen Kuntaliiton ylläpitämän nimikkeistön mukaisiin ryhmiin. [27.]

2.3.5 Muut palvelut

Sairaankuljetus

ammattimaista asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilökunnan suorittamaa henkilökuljetusta sairaankuljetusajoneuvolla, vesi- tai ilma-aluksella sekä muulla erityisajoneuvolla sekä ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annettavaa ensihoitoa, joka johtuu sairaudesta, vammautumisesta tai muusta hätätilanteesta.

Perustason sairaankuljetus

hoitoa ja kuljetusta, jossa on riittävät valmiudet valvoa ja huolehtia potilaasta siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone, ja jossa on mahdollisuudet aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastava toimenpiteet.

Hoitotason sairaankuljetus

valmiutta aloittaa hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata. [28.]

Sairaalan ulkopuolinen ensihoito

asianomaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilanteen arviointia ja välittömästi antamaa hoitoa, jolla sairastuneen tai vammautuneen henkilön elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai terveydentilaa pyritään parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä taikka muilla hoitotoimenpiteillä.

3 Kirjaamisen ohjeistus

Tämä dokumentin luku käsittelee hyvää kirjaamista, painopisteenään erikoissairaanhoidon palveluiden DRG-tuotteistus. Dokumentti pyrkii vastaamaan kysymyksen siitä, mitä on hyvä kirjaaminen ja kertomaan, mitä pitää kirjata laadukkaana DRG-tuotteistuksen aikaansaamiseksi. Joistakin sellaisista kirjattavista asioista, joihin käytännön kokemuksen mukaan liittyy paljon epäselvyyttä, annetaan käytännönläheisiä tulkintaohjeita, kuten esimerkiksi pää- ja sivudiagnoosien määrittäminen. Kirjaamista koskeva luku keskittyy kuvaamaan juuri tuotteistuksen kannalta kirjattavat asiat. Käsitelmääritellyt löytyvät dokumentin Suoritekäsikirja-kappaleesta. Potilaan saaman hoidon sisällön hyvä kirjaaminen tietojärjestelmiin varmistaa, että kyseinen tieto välittyy asianmukaisesti potilaan jatkohoidon suunnittelun, kliinisen johtamisen, tuotteistuksen ja laskutuksen käyttöön.

Dokumentin tavoitteena on toimia käsikirjana, kun organisaatiossa tai sen yksikössä halutaan siirtyä käyttämään DRG-tuotteistusta. Dokumentti antaa tietoa tuotteistusta varten tarvittavista asioista ja tukea siihen, miten asioista saa kattavan kokonaiskäsityksen. Se on suunnattu sairaanhoitopiirien tuotteistuksesta, laskutuksesta ja kirjaamisesta vastaaville sekä muuten asiasta kiinnostuneille henkilöille. Dokumenttiin on kerätty kansallisen tason yleiset ohjeet, joita sairaanhoitopiirit voivat tarkentaa organisaatiokohtaisesti.

Laadukkaana kirjaamisen toteuttamiseksi tarvitaan koulutusta. Samansisältöisellä kirjaamiskoulutuksella voidaan yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä ja siten myös parantaa tietojen vertailtavuutta. Hankkeen yhteydessä selviteltiin mahdollisuuksia yhtenäistää kirjaamis-koulutusta. Tavoiteltavana pidettiin sitä, että jo eri ammattiryhmien peruskoulutuksessa huomioitaisiin tuotteistukseen liittyvän kirjaamisen tarpeet.

Kirjaamiskoulutustarve on jatkuvaa ja koulutusvaihtoehtoja on kehitettävä monipuolisesti. Kirjaamisen verkkokoulutuspaketti mahdollistaisi koulutuksen joustavan saatavuuden. Kaakkois-Norjan valtiolliset terveysviranomaiset ovat rakentaneet kirjaamisen verkkokoulutuskokonaisuuden. Norjassa koulutuspaketti on kaikkien työntekijöiden saatavilla internetin välityksellä ja siitä on saatu hyviä kokemuksia [29].

Kirjaamisen ohjeistuksessa on käytetty mm. seuraavia lähteitä: Klassificeringsanvisningar för val av huvuddiagnos vid registrering till patientstatistik [30], Ohje anestesia-, tehohoito-, ensihoito- ja kivunhoitotoimenpiteiden kirjaamiseksi pohjoismaisen toimenpidekirjan mukaisesti [31], Kirjausohje hoidon haittavaikutusten ja niihin liittyvien toimenpiteiden kirjaamisesta [32] ja NordDRG Manual FIN 2010 [33].

Kirjaamisen merkitys DRG-tuotteistuksessa

DRG-ryhmittelijän käyttäessä hyväkseen potilaasta kirjattua hoitotietoa, korostuu kirjaamisen merkitys myös laskutuksen näkökulmasta. Sairaalan DRG -tuotteistus syntyy kirjaamisen tuotoksena. Mikäli kirjaaminen on puutteellista sairaalan tuotteistuksesta saattaa puuttua oleellisia, jopa ydintoimintaa kuvaavia potilasryhmiä (DRG-tuotteita). Lisäksi olemassa olevien tuotteiden kustannusrakenne vääristyy.

Käynnistettäessä DRG-hanketta kannattaa ensin kartoittaa olemassa olevat kirjaamiskäytännöt ja korjata mahdolliset puutteet. Diagnoosikoodit ovat DRG-järjestelmässä keskeisessä roolissa. Tärkein yksittäinen tieto onnistuneen ryhmitelyn kannalta on päädiagnoosi, joka pitkälle määrittää mihin DRG-ryhmään hoitojakso tai käynti päättyy. Sivudiagnooseilla on lisäksi suuri merkitys, sillä oheissairaudet voivat lisätä resurssien tarvetta ja ne saattavat komplisoida DRG-

ryhmän, jolloin tuotteen hinta on korkeampi. Kuitenkaan pelkkä diagnoosien ja toimenpiteiden kirjaaminen ei riitä, vaan kirjaamisen kattavuus pitää kartoittaa kokonaisvaltaisesti. Tässä apuna voi käyttää kansallista suoritekäsikirjaa.

Diagnoosit ja toimenpiteet on luokiteltu ja niitä on kuvattu luokitukset -kappaleessa. Näitä luokituksia kutsutaan perusluokituksiksi ja niitä kehitetään lääketieteen kehittymisen myötä. DRG-ryhmittelijästä julkaistaan vuosittain uusi versio, joka pohjautuu perusluokitusten saman vuoden versioihin. Diagnoosien ja toimenpiteiden kirjaaminen on suoritettava niillä perusluokitusten versioilla, jotka liittyvät käytössä olevaan DRG-versioon, muutoin ryhmittelijä ei tunnista uusia koodeja eikä toimi optimaalisesti. Vanhentuneet DRG-versiot eivät tunnista uusia toimenpiteitä ja diagnooseja.

DRG-tuotteistuksen syntymisen kannalta oleelliset tiedot on listattu Erikoissairaanhoidon tuotteistus kappaleessa (1.2). Kirjaamisen tarkempi ohjeistus on kuvattu kappaleessa Kirjaamisohjeet (3.3).

Kirjaamisen ohjeistuksen keskeinen sisältö on:

- **Vastuut**

tuotteistuksessa käytettyjen tietueiden kirjaamisvastuut (eli kuka kirjaa, mitä kirjataan, minne kirjataan) on kuvattu vastuutaulukossa liitteessä 4.

- **Kirjaamisohjeet**

mitä konkreettisia ohjeita kirjaamisen tueksi on saatavilla?

- **Esimerkkejä kirjaamisesta**

kirjaamisen esimerkkejä on liitteessä 5.

- **Kirjaamisen laadunvarmistus ja kattavuuden seuranta**

miten kirjaamisen kattavuutta ja laatua voidaan seurata?

Rajaukset

Kirjaamisohje keskittyy sairaanhoidon tuotteistuksen kannalta oleellisten tietueiden kirjaamiseen. Itse kirjaamiseen liittyvät käsitteet määrittelee Kansallinen suoritekäsikirja. Tarkemmin kirjaamisen vaikutusta kustannuslaskentaan ja laskutukseen käsittelee Kustannuslaskennan käsikirja. Kirjaamisen kannalta oleelliset tietojärjestelmät on kuvattu omalla sivustollaan.

Erikoissairaanhoidon tuotteistus ja kirjaaminen

Mikäli erikoissairaanhoidon tuotteistus ja DRG (Diagnosis Related Group) -järjestelmä eivät ole tuttuja, tutustu ensin kappaleeseen Erikoissairaanhoidon tuotteistus (1.2).

Tulevaisuus

- Avohoidon, kuntoutuksen ja psykiatrian ryhmittelyn kehittäminen
- Kalliiden lääkkeiden kirjaaminen
- Hoitoisuusluokitusten hyödyntäminen
- Episodimallin kehittäminen
- Kirjaamista helpottavien ohjelmistojen käyttö (CaC, Computer Aided Coding)
- Valmistellaan ZXD00 ja ZXD05 (Z-koodit) koodeista luopumista DRG ryhmittelyyn vaikuttavina tekijöinä

3.1 Kirjaamisvastuut

Tämä dokumentti kuvaa tuotteistuksen kannalta oleellisten tietueiden kirjaamisen vastuut:

- kuka kirjaa
- mitä kirjaa
- minne kirjaa

Tallentamisvastuut

Diagnoosit

- lääkäri vastaa lakisääteisesti potilaan ottamisesta sairaalaan ja hoidon päättämisestä [21] sekä taudinmäärittämisestä [34]. Diagnoosikoodien kirjaamisen voi suorittaa osastonsihteeri tai sairaanhoitaja, mutta sisältövastuu on lääkärillä. Diagnoosit on kirjattava potilastietojärjestelmään ja/tai sairauskertomusjärjestelmään hoitokontaktin päättyessä.
- Hoitajien ja muiden erityistyöntekijöiden pitäessä omaa vastaanottoa, tulee heidän kirjata diagnoosi lääkärin aiemman taudinmäärittäksen mukaisesti. Diagnoosi voidaan poimia aiemman lääkärin kontaktin tai lähetteen tiedoista. Poikkeustapauksissa toiminnasta vastaava ylilääkäri voi antaa kirjallisen ohjeen tilanteista, joissa hoitaja kirjaa diagnoosiksi potilaan oireen tai ongelman. Esimerkki tästä on kättilöjen työ normaalin raskauden seurannan yhteydessä.

Toimenpiteet

- toimenpiteen tekijä (lääkäri, hoitaja tai erityistyöntekijä) vastaa toimenpidetietueiden määrittämisestä myös silloin, kun koodin etsiminen ja kirjaaminen on delegoitu muulle kuin toimenpiteen suorittajalle. Ne toimenpiteet, joiden kirjaamisesta on sovittu, kirjataan toimenpiteen päättyessä leikkaussali-, potilas-tieto-, kuvantamis- tai erikoisalakohtaiseen tietojärjestelmään.

Saapumis- ja poistumistiedot sekä hoidon kesto

- osastonsihteeri tai hoitaja kirjaa potilaan hoidon alkamis- ja päättymistiedot potilastietojärjestelmään (tulotapa, poistumistapa, alkamis- ja päättymisajankohdat). Alkamis- ja päättymishetken perusteella määrittyy hoitoaika. Hoidon päättämisestä tai jatkohoidon tarpeesta vastaa lääkäri ja kirjaamisen voi tehdä osastonsihteeri tai hoitaja.

Vastuutaulukko

- Kirjaamisen vastuutaulukko on esitetty liitteessä 4.

3.2 Kirjaamisohjeet

Tässä luvussa kuvataan diagnoosien ja toimenpiteiden kirjaamisohjeet. DRG-ryhmittelyn kannalta pakolliset tiedot on listattu Erikoissairaanhoidon tuotteistusosiossa ja automaattisesti pääteltävät tietueet Kertakirjaamisen yhteydessä. Kattavampi listaus kirjaamisen esimerkeistä on liitteessä 5.

Diagnoosien kirjaaminen

Diagnoosit merkitään sen arvion mukaan, joka on tehtävissä hoidon päättyessä. Hoitojakson tai hoitokontaktin päättyessä hoidosta vastaava lääkäri määrittää hoitojakson diagnoosit ja niiden järjestyksen. Päädiagnoosiksi merkitään se sairaus (tauti, vika, vamma tai kemiallisen aineen haittavaikutus), joka on vaatinut eniten voimavaroja hoitojakson aikana. Diagnoosit on merkittävä tarkimmalla mahdollisella tavalla, ei otsikkotasolla [2, 8].

Hoitojakson aikana diagnoosi usein tarkentuu tai muuttuu, joten päivystyspoliklinikalla sisään otettaessa kirjattua diagnoosia ei automaattisesti voi kopioida myös hoitojakson diagnoosiksi. Sivudiagnooseiksi kirjataan perussairaudet ja muut liittännäissairaudet sekä komplikaatiot, jotka esiintyvät samanaikaisesti päädiagnoosin kanssa ja vaikuttavat potilaan hoitoon.

Oire-syyparit: Osa diagnooseista kuvataan kahden koodin yhdistelmänä, joista toinen ilmaisee tilan syyn (syykoodi, ICD10 merkinä+) ja toinen oireen tai taudin anatomisen ilmenemiskohdan (oirekoodi, ICD10 merkinä*). Syykoodia voi käyttää ilman muuta koodia. Oirekoodia käytetään syykoodin ohella antamaan lisätietoa eikä sitä voi koskaan käyttää yksinään. Oirekoodi tulee ilmoittaa ennen syykoodia. Sellaiselle diagnoosille, jossa on merkinä * pitää aina laittaa pariaksi syykoodi. Mikäli esimerkiksi kirjataan:

- [*H28.0: Diabetekseen liittyvä kaihi, +E10.3: Nuoruustyyppin diabetes; silmäkomplikaatio]
 - Ryhmittyy silmän sairauksiin: DRG: 46 Aikuiset kompl./DRG: 47 Aikuiset/DRG: 48 Lapset
- [H26.9: Määrittämätön kaihi, E10.3: Nuoruustyyppin diabetes; silmäkomplikaatio]
 - Ryhmittyy silmän sairauksiin: DRG: 46 Aikuiset kompl./DRG: 47 Aikuiset/DRG: 48 Lapset
- [E10.3: Nuoruustyyppin diabetes]:
 - Ryhmittyy diabetekseen: DRG: 249: Diabetes/DRG: 295 Diabetes alle 35 v.

Diagnoosikoodit, jotka ovat **väliltä S00 - T98** (Luokka XIX, **vammat, myrkytykset** ja erät muut ulkoisten syiden aiheuttamat seuraukset), **vaativat** myös lisäkoodina **ulkoisen syyn** (Luokka XX, Vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoiset syyt V01 - Y98).

Erilaisten **tapaturmien (W00 - X59)** paitsi liikennetapaturmien yhteydessä pitää vielä **ilmoittaa tapaturmatyyppi (ryhmästä Y94 - Y96)**.
Jos esim. **vammadiagnoosi** on:

- S52.5 Värttinäluun alaosan murtuma, niin **ulkoisen syy** voi olla esim.:
 - W10 Kaatuminen tai putoaminen portailla tai portailta
 - ja **tapaturmatyyppi** esim.: Y94.0 Kotitapaturma

Kun sairauden ulkoinen syy on myrkytys tai sairauden on aiheuttanut lääkeaine tai lääkeaineet, ilmoitetaan nämä edelleen diagnoosikentässä ATC-koodeilla.

Toimenpiteiden kirjaaminen

Toimenpiteiden määrittely löytyy suoritekäsikirjan kappaleesta Toimenpiteisiin liittyvät käsitteet (2.3.3). Toimenpiteet kuvataan Suomen toimenpideluokituksen [9]mukaisilla koodeilla. Yleisenä periaatteena voidaan sanoa, että kaikki työläs (kallis/resurssesja kuluttava) toiminta tulisi kirjata ja koodata jollain tavalla. Suomen kielen sana *toimenpide* on hieman suppeampi kuin yleisesti englannin kielessä tässä yhteydessä käytössä oleva sana *intervention*, joka viittaa enemmän potilaan kanssa suoritettavaan kanssakäymiseen ja hoitoon. Tärkeää toimenpiteiden kirjaamisessa on, että hoidon keskeistä sisältöä kuvaavat kliiniset kokonaisuudet kirjataan kattavasti.

Leikkaustoimenpiteet

Toimenpidekoodit kirjataan leikkaussalitietojärjestelmään vain Pohjoismaisen toimenpideluokituksen (Suomen versio) mukaisilla koodeilla. Mikäli samassa istunnossa tehdään useampia, erillisiä toimenpiteitä, merkitään ensimmäiseksi merkityksellisin toimenpide vaikka DRG-ryhmittelyssä toimenpiteiden järjestyksellä ei ole merkitystä.

Lisäkoodit (Z-koodit)

Lisäkoodeja (Luku Z) käytetään antamaan lähinnä lisätietoa muun toimenpidekoodin lisänä. Lisäkoodit ovat osa toimenpideluokitusta.

- **Kiireellisyys (ks. suoritekäsikirja, toimenpiteet)**

Toimenpiteen tekotapaa kuvaavat Z-koodit (ZXD05 Kiireellinen toimenpide, ZXD00 Hätätoimenpide). Sekä päivystys- että hätäleikkauksella on DRG-ryhmittelyssä komplisoiva ominaisuus. Jos sairaalalla on käytössä jokin vakiintunut käytäntö kirjata esimerkiksi päivystystoimenpide, on se mahdollista generoida tietoteknisesti ryhmittelijän tunnistamaksi koodiksi.

- **Lateraliteetti (ks. kertakirjaaminen)**

Päätoimenpiteen lisäksi kehon puoli voidaan kirjata lisäkoodilla. Molemminpuolisuus saattaa myös vaikuttaa DRG-ryhmittelyyn. Lateraliteetin kirjauksella on vaikutusta esimerkiksi uusintaleikkauksien seurantaan.

- **Kesto (ks. kertakirjaaminen)**

Leikkauksen kestolla voi olla myös komplisoiva vaikutus DRG-ryhmittelyyn. Kesto voidaan generoida tietoteknisesti saliajasta ryhmittelijän tunnistamaksi koodiksi.

Esimerkiksi seuraavia sydänhätätilannetta kuvaavia koodeja voidaan käyttää itsenäisinä ja niillä voi olla vaikutus myös DRG-ryhmittelyyn:

- ZXG05 Suljettu sydänhieronta leikkauksessa, ZXG10 Avoin sydänhieronta, ZXG20 Avoin sydänhieronta ja aortan sulku, ZXG30 Muu sydänhieronntatoimenpide

Poliklinikalla ja vuodeosastolla suoritettavat toimenpiteet

Poliklinikalla ja vuodeosastolla suoritettavat toimenpiteet kirjataan Suomen toimenpideluokituksen mukaisesti [9]. Esimerkkeinä DRG-ryhmittelyyn vaikuttavista toimenpiteistä ovat tähystykset ja magneettikuvaukset. Lisää esimerkkejä on esitetty liitteessä 5.

Anestesia

Tyypillisesti leikkaussalitietojärjestelmään kirjataan pääasiallinen anestesiaamuoto ja täydentävät anestesiaamuodot [Esim: WX408 kombinaatioanestesia, WX306 epiduraali lannerangan tasolta, WX602 uusittu puudutus katetrilla]. Lisäksi merkitään hengityksen hallintaan liittyvät toimenpiteet [esim. intubaatio WX704, la-rynxmaski WX702], tämän jälkeen muut potilaalle mahdollisesti tehdyt toimenpiteet, kuten arterianeulan laitto, cvk:n laitto, keuhkovaltimokatetrin laitto jne.

Radiologiset toimenpiteet

Radiologiset toimenpiteet merkitään radiologian tietojärjestelmään käyttäen Kuntaliiton luokitusta, joka sisältyy Suomen Toimenpideluokitukseen [27]. DRG-ryhmittelijään vaikuttavia koodeja on n. 400. Myös isotooppitutkimukset ovat osa tätä luokitusta.

Lääkkeiden kirjaaminen

Lääkeaineiden kirjaaminen potilasjärjestelmiin on lähitulevaisuudessa muuttumassa siten, että lääkehoito kirjataan jatkossa sähköiseen muotoon. Tämän tie-

don hyödyntäminen tuotteistuksen ja kustannuslaskennan yhteydessä vaatii jatkokohitystä. Tältä osin nykytila ja suunnitelma on kuvattu kalliit lääkkeet -sivulla (XX). Kalliiden lääkkeiden koodausta varten on käytössä tällä hetkellä useita eri tapoja. Sytostaattihoidot sisältyvät nykyiseen Suomen Toimenpideluokitukseen [9]. HUS-lähtöinen erityisen kalliiden lääkkeiden luokitus pohjautuu lääkkeiden ATC-koodin ja lääkkeen antotapakoodin yhdistelmään. Sytostaatit kirjataan Toimenpideluokitukseen -luokituksen koodeilla (WB101 - WB193).

Lääkevalmisteiden ATC-koodeja ylläpitää Suomessa FIMEA, ja ne ovat saatavissa paitsi Pharmaca-Fennica -teoksesta myös koodistopalvelusta [35]. Koodista käytetään viisi ensimmäistä merkkiä, jotka kuvaavat geneerisen lääkeaineryhmän. Koodi liitetään sellaisenaan myrkytyksen tai kyseisen sairauden diagnoosin syykoodi-kenttään. Ne koodit, joiden yhteydessä ATC-koodeja voidaan käyttää, on varustettu merkillä #. Muiden koodien yhteydessä ATC-koodia ei voi käyttää eikä myöskään itsenäisenä diagnoosikoodina.

Sädehoito

Sädehoito kirjataan Suomen toimenpideluokituksen [9] mukaisilla koodeilla. Tyyppillisesti sädehoitoa saavan potilaan päädiagnoosiksi tulee kirjata syöpä. Vuodeosastolla sädehoitoa saava potilaalle voidaan kirjata päädiagnoosiksi Z-koodi (Z51.0) ja sivudiagnoosiksi syöpä, mikäli potilas on saamassa vain sädehoitoa.

Haittavaikutukset

Haittavaikutus on terveydenhuollon ammattihenkilön ohjauksessa annettuun hoitoon tai suorittamaan toimenpiteeseen liittyvä ei-toivottu seuraamus, joka aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna potilaalle lääketieteellistä haittaa, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. Kirjaaminen tapahtuu käyttäen ICD-10 tautiluokituksen virallista Suomen versiota ja tietyissä tapauksissa Suomen toimenpideluokitusta.

Toimenpiteen aikana todetut haittavaikutukset kirjataan tavallisesti käyttäen koodia **Y60** "Kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana vahingossa syntynyt haava, punktio, perforaatio tai verenvuoto." Päädiagnoosiksi valitaan tavallisesti alun perin hoidon kohteena ollut ongelma. Mikäli haittavaikutuksen hoito kuitenkin sitoo selvästi alkuperäistä ongelmaa enemmän resursseja, tulee haittavaikutus kirjata päädiagnoosiksi.

Haittavaikutusten kirjaamisohjeet on kerrottu tarkemmin kappaleessa Haittavaikutusten kirjaaminen (3.3.1). Lisätietoa saa myös kansallisen haittavaikutusten kirjaamista käsittelevän ryhmän raportista [36] sekä HUSin haittavaikutusten kirjaamisohjeesta (Liite 4). DRG-tuotteistuksessa haittavaikutus saattaa komplisoida DRG-ryhmän.

Monivammaapotilaat

Joissain sairaanhoitopiireissä monivammaapotilaiden kirjaaminen ja kustannuslaskenta ovat osoittautuneet ongelmallisiksi. Kirjaamisen kannalta oleellista on kirjata kaikki potilaalle tehtyt, resursseja vaativat toimenpiteet. Esimerkiksi mikäli leikkaussalissa tehdään useita leikkauksia, kaikki toimenpiteet kirjataan ja poimitaan mukaan DRG-ryhmittelijää ja kustannuslaskentaa varten.

Muut tiedot

Potilaan syntymäaika sekä hoidon alkamis- ja päättymishetket kirjataan osastosihteerin toimesta. Näiden tietojen pohjalta päätellään tuotteistukseen vaadittavat hoitoaika ja ikä päivinä.

Jatkohoito (Sairaala, Terveyskeskus, Vanhainkoti, Kotihoito, kuollut, jne.) merkitään kaksinumeroisella koodilla ks. Hilmo -ohje [2].

Erikoisalakohtaiset ohjeet

Operatiiviset erikoisalalat

Operatiivisilla erikoisaloilla toimenpiteillä on konservatiivisia aloja suurempi merkitys. Toimenpiteet toimivat merkittävänä hoidon sisältöä ja taudinkuvaa kuvaavina kokonaisuuksina. Tästä huolimatta päädiagnoosilla on DRG-järjestelmässä suuri merkitys, ainoastaan oikean päädiagnoosin omaavat hoitajakset päätyvät oikeaan DRG-ryhmään.

Konservatiiviset erikoisalalat

Koska konservatiivisilla erikoisaloilla toimenpiteiden merkitys on operatiivisia pienempi, on diagnoosien kirjaamisella erityisen suuri merkitys. Konservatiivisilla aloilla on usein useita samanaikaisia diagnooseja, jotka voivat vaikuttaa potilaan hoitoon. DRG-järjestelmä vaatii, että yksi diagnoosi merkitään päädiagnoosiksi vaikka tämä on kliinisesti ajatellen haasteellinen tehtävä.

Myös toimenpiteillä on merkitystä esimerkiksi syöpätaudeilla (esimerkiksi kantasoluhoidot, sädehoidot, verituotteet), neurologiassa (tutkimukset, liotushoito), hematologia ja sen kirjaaminen, reumahoidot, jne.

Kuntoutus

Kuntoutuksen osalta tärkein ongelma on tunnistaa kuntoutuspotilaat ja erottaa hoitajakset akuutin sairaanhoidon osuus kuntoutusosuudesta (ks. suoritekäsikirjan määritelmä: erikoisalahoitajakset). Voimavarojen tarpeeseen vaikuttaa potilaan perusongelman lisäksi toimintakyky kuntoutuksen alkaessa. Hoidon seurannan kannalta myös toimintakyvyn muutos on oleellinen tieto. NordDRG:n vuodeosastokuntoutusryhmittely edellyttää, että päädiagnoosiksi kirjataan kuntoutuksen kohteena oleva terveysongelma tai sairaus. Se, että kyseessä on kuntoutusjakso, ilmaistaan sivudiagnoosiksi kirjattavalla Z50-ryhmän ICD-koodilla. Toimintakyky voidaan kirjata FIM-järjestelmän avulla tai suoraan ICF-järjestelmään perustuvilla NASS-koodeilla. FIM koodi konvertoidaan NASS-koodeiksi. NASS-koodit siirretään ryhmittelijälle tallentamalla ne sivudiagnooseiksi.

DRG-järjestelmä tunnistaa kuntoutusjakson Z50-ryhmän ICD-koodista. Kuntoutusjaksolle kirjataan päädiagnoosiksi hoidettava ongelma ja sivudiagnoosiksi Z50-ryhmän ICD-koodi.

Psykiatria

NordDRG luokittelee valtaosan psykiatrisista vuodeosastohoidoista kahteen ryhmään: psykiatrinen kuntoutus (hoitoaika 29 - 90 vrk) ja psykiatrisen potilaan pitkäaikaishoito (hoitoaika yli 90 vrk). Psykiatriset vuodeosastohoidot, joiden kesto on alle 29 vrk, ryhmittyvät kliinisen ongelman, iän ja komplisoituneisuuden mukaisesti 26 ryhmään. Ryhmittely ei ole kustannushomogeenisuuden kannalta NordDRG muita osioita huonompi. Psykiatrinen kuntoutus- ja psykiatrisen potilaan pitkäaikaishoitoryhmien osalta järjestelmä ei kuvaa potilaan hoitoa psykiatrian ammattilaisia tyydyttävällä tavalla. Järjestelmän kehittämisestä hyödyntäen esim. GASS tai RAI järjestelmiä on keskusteltu. Kirjaamisen kannalta psykiatrinen DRG-ryhmittely ei edellytä muista aloista poikkeavaa käytäntöä.

Esimerkkejä

Esimerkkejä kirjaamisesta löytyy liitteestä 5.

3.2.1 Haittavaikutusten kirjaaminen

Tiivistetty ohje

Hoidon loppuarvioon tulee kirjata mahdolliset haittavaikutukset ja ne ilmoitetaan ICD-10-koodeilla. Kirjauseimerkkejä on esitetty tämän kappaleen loppupuolella ja liitteessä 5.

- Haittavaikutuksen luokka ilmoitetaan ICD-10 Y-ryhmän koodilla.
- Haittavaikutuksen diagnoosi kirjataan tavanomaisilla ICD-10 diagnoosikoodeilla.
- Haittavaikutuksesta aiheutunut uusintatoimenpide ilmoitetaan aina ensin koodilla ZS*00, jossa kolmas merkki ilmaisee elinryhmän (esim. ZSC00 aikaisempi silmän alueeseen liittynyt toimenpide).

Yleisimpien haittavaikutusluokkien ICD-10 koodit:

- Y57 Lääkkeen tai lääkeaineen haittavaikutus (käytetään vuoden sisällä todetusta haittavaikutuksesta)
- Y60 Kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana vahingossa syntynyt haava, punktio, perforaatio tai verenvuoto (toimenpiteen aikana todettu haittavaikutus)
- Y61 Vierasesineen jääminen vahingossa elimistöön
- Y63 Annosteluvirhe hoidon aikana
- Y64 Infektoituneiden lääketieteellisten tai biologisten aineiden käyttö
- Y65 Muu tapaturma kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana
- Y83 Leikkaus tai muu kirurginen toimenpide, joka on aiheuttanut potilaassa epänormaalien reaktion tai myöhemmän haittavaikutuksen ilman että toimenpiteen aikana mainittiin vahingosta (haittavaikutus todettu alle vuosi toimenpiteestä)
- Y84 Muu lääketieteellinen toimenpide, joka on aiheuttanut potilaassa epänormaalien reaktion tai myöhemmän komplikaation ilman että toimenpiteen aikana mainittiin vahingosta (konservatiivisen hoidon haittavaikutus)
- Y88.0 Hoidossa käytetyt lääkeaineet ja biologiset aineet pitkäaikaisen sivuvaikutuksen syynä (haittavaikutus todettu yli vuosi hoidon jälkeen)
- Y88.1 Kirurgiseen tai muuhun lääketieteelliseen hoitoon liittyneiden vahinkojen myöhäisvaikutukset, jotka todetaan yli vuoden kuluttua tapahtumasta (haittavaikutus todettu yli vuosi toimenpiteen tai hoidon jälkeen)

Yleiset ohjeet

Haittavaikutusten kirjaaminen tapahtuu käyttäen ICD-10 tautiluokituksen virallista Suomen versiota [8] ja tietyissä tapauksissa Suomen toimenpideluokitusta [9]. Hyvään tulokseen pääseminen edellyttää seuraavien ohjeiden noudattamista.

Potilaan diagnoosilistassa haittavaikutusdiagnoosi (diagnoosi, joka kuvaa haittavaikutuksen seuraukset) tulee aina kirjata Y-koodia edeltäväksi diagnoosiksi. Toimenpiteen aikana todetut haittavaikutukset kirjataan tavallisesti käyttäen koodia Y60 ('Kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana vahingossa syntynyt haava, punktio, perforaatio tai verenvuoto'). Päädiagnoosiksi valitaan tavallisesti alun perin hoidon kohteena ollut ongelma. Mikäli haittavaikutuksen hoito kuitenkin sitoo selvästi alkuperäistä ongelmaa enemmän resursseja, tulee haittavaikutus kirjata päädiagnoosiksi (kuten esimerkissä 1.2).

Kun haittavaikutus todetaan saman hoitojakson aikana, jolla haittavaikutuksen aiheuttanut toimenpide suoritettiin, eikä haittavaikutus johda hoidon oleelliseen pidentymiseen, on hoitojakson päädiagnoosi alkuperäinen sairaus tai vaiva. Hait-

tavaikutus on sivudiagnoosi ja se, että kyseessä on haittavaikutus ilmaistaan koodilla Y83 (leikkaus tai muu toimenpide) tai Y84 (konservatiivisen hoidon seuraus).

Jos potilas joutuu uudestaan hoitoon haittavaikutuksen vuoksi tai haittavaikutus lisää oleellisesti hoitoresurssien käyttöä, päädiagnoosi on kyseinen haittavaikutus. Se, että kyseessä on haittavaikutus ilmaistaan tässäkin tapauksessa koodilla Y83 tai Y84, mikäli alkuperäisestä hoidosta on kulunut alle vuosi. Hoidon kohteena alun perin ollut sairaus ilmaistaan sivudiagnoosilla. Lääkeaineiden haittavaikutusten kirjaamiseen käytetään useimmiten koodia Y57 tai pitkäaikaisien ja pysyvien tilanteiden yhteydessä koodia Y88.0.

Todettu haittavaikutus kirjataan tavanomaisilla diagnooseilla. Ne diagnoosit, joihin voidaan liittää ATC-koodi ilmaisemaan ongelman aiheuttanut lääkeaine, on merkitty ICD-10 tautiluokituksessa '#'-merkillä. Mikäli mikään muu koodi ei sovi, voidaan aina käyttää koodia T88.7 'Määrittämätön lääkeaineen epäedullinen vaikutus'. Useimmiten on kuitenkin mahdollista valita paremmin tilannetta kuvaavaan diagnoosi kuten alla olevissa esimerkeissäkin.

Haittavaikutuksen aiheuttaneen hoidon kohteena ollut ongelma on yleensä syytä kirjata sivudiagnoosina, mikä helpottaa tapauksen yhdistämistä alkuperäiseen hoitojaksoon. Mikäli haittavaikutus todetaan saman hoitojakson aikana eikä se oleellisesti pidennä hoitoa tai muuten lisää resurssien käyttöä, tulee perussairaus kirjata hoitojakson päädiagnoosiksi.

Uusintatoimenpiteet voivat olla osa alkuperäistä hoitosuunnitelmaa tai muuten väistämättömiä seurauksia alkuperäisestä hoidosta tai toisaalta haittavaikutuksista johtuvia suunnittelemattomia uusintatoimenpiteitä. Näiden tilanteiden erottaminen ei aina ole helppoa ja ratkaisevaa tässä suhteessa on hoitavan lääkärin näkemys tilanteesta.

Suomen Toimenpideluokitus antaa mahdollisuuden kirjata mikä tahansa toimenpide aiempaan toimenpiteeseen liittyväksi käyttäen ZSx00-tyyppisellä lisäkoodilla. Kirjaimen x tilalle laitetaan alkuperäiseen toimenpiteeseen liittyvä kirjain. Jos alkuperäinen toimenpide on kuulunut esimerkiksi lukuun J, kirjain on J. ZS-koodi ei sinänsä tarkoita, että uusi toimenpide johtuisi haittavaikutuksesta, sillä näitä koodeja tulee käyttää myös suunniteltujen uusintaleikkausten yhteydessä.

ZS-koodin liittäminen varsinaiseen toimenpidekoodiin on useimmiten tarkoin tapa kuvata tehty uusintatoimenpide. Mikäli kyseessä on haittavaikutuksesta johtuva toimenpide, tulee käyttää ICD-10 Y-koodia yllä olevien ohjeiden mukaan. Edellä on myös ollut esimerkkejä näistä toimenpiteistä.

Toimenpideluokituksessa on joukko koodeja, jotka tarkoittavat komplikaation vuoksi suoritettuja toimenpiteitä. Näissä toisena tai kolmantena merkkinä on W. Näitäkin koodeja käytettäessä diagnooseihin on lisättävä ICD-10 Y-koodi osoittamaan haittavaikutusta ja ZS-koodi osoittamaan uusintaleikkausta.

Esimerkkejä haittavaikutusten koodaamisesta on liitteessä 5.

3.3 Kirjaamisen laadunseuranta

Kirjaamisen kattavuuden seurannalla ja laadunvarmistuksella pyritään siihen, että käytössä oleva DRG-tuotteistus kuvaa riittävällä tarkkuudella potilaiden saamaa hoitoa. Terveystieteiden huollossa käytetään lukuisia tietojärjestelmiä, joiden tietoja tuotteistuksessa yhdistellään.

Kirjaamisen laatua ja kattavuutta voidaan seurata monessa vaiheessa. Joidenkin sairaaloiden potilastietojärjestelmässä on erillinen osio, jonka avulla voidaan varmistaa potilas-kohtaisten tietojen oikeellisuus potilaan poistuessa sairaalasta. Jälkikäteen voidaan verrata potilaan dokumentointiin yhtenäisyyttä manuaalisesti (auditointi).

Kirjaamisen auditointi

Koodattujen diagnoosi- ja toimenpidetietojen kattavuutta ja oikeellisuutta voidaan tarkistaa kirjaamisen auditoinnin avulla. Auditoinnissa kirjatut tiedot tarkastetaan vertaamalla niitä kaikkeen siihen dokumentaatioon, jota kyseisestä hoitajaksesta tai -kontaktista on käytettävissä. Arvioinnin suorittaa toisistaan riippumatta kaksi lääkäriasiantuntijaa. He käyvät yhdessä läpi ne tapaukset, joiden suhteen alkupe- räiset arviot poikkeavat toisistaan. Tarvittaessa voidaan pyytää kolmannen asian- tuntijan näkemys ongelmallisista tapauksista. Auditoinnin tuloksena saadaan rap- portti diagnoosien ja toimenpiteiden oikeellisuudesta. Tärkein näkökohta on pää- diagnoosin oikeellisuus. Kirjattujen toimenpiteiden ja sivudiagnoosien määrät ovat myös merkittäviä DRG-ryhmittelyä kannalta.

Raportointi ja tilastointi

Eritasoinen raportointi ja tilastointi toimii myös kirjaamisen laadunvarmistuksena. THL julkaisee benchmarking-aineistoja ja antaa sairaanhoitopiireille palautetta ai- neistojen teknisestä laadusta. Sairaanhoitopiirit käyttävät DRG-tuotteistusta oman suunnittelun ja johtamisen tukena sekä laskutuksen välineenä. Potilastietojärjes- telmissä on saatavissa listauksia puutteellisista tapauksista esimerkiksi HILMO- raportointiin liittyen.

Esimerkkejä hoitajaksoista ja virheellisistä kirjauksista on listattu liitteeseen 3. Li- säksi kappaleessa Raportointi/raportoinnin käyttö (5.4) on kuvattu tyypillisiä vir- helistoja joita tuotteistuksen seurannassa käytetään.

Laadunseurannan mittareita

- Virheryhmiin päätyviä tapauksia ei yleisesti laskuteta DRG-perusteisesti, vaan toteutuneiden kustannusten mukaan. Kaatoluokista voidaan laatia raportoin- tia, joilla nämä tapaukset saadaan helposti esiin.
- Keskimääräiset diagnoosimäärät per hoitajakso kertovat kuinka kattavasti si- vudiagnoosit kirjataan. Suuret erot organisaatioiden välillä kertovat kirjaamis- kulttuurista.
- Komplisoituneiden DRG-ryhmien osuuteen vaikuttaa ennen kaikkea monisai- raiden potilaiden määrä. Suuri ero komplisoituneiden tapauksien määrässä voi kertoa myös puutteellisesta kirjaamisesta.
- Avohoidon puolelta seurataan diagnoosittomien kuntalaskutettavien käyntien määrää.
- THL: HILMO-palautteet.
- Sivudiagnoosien määrä/hoitokontakti
- Poikkeavan matalat määrät kertovat mahdollisesti kirjaamisen puutteista. Ver- tailu ja suuret eroavaisuudet sairaaloiden välillä kertovat kirjaamisen eroista.
- Diagnooseihin liittyviä mittareita, jotka voivat kertoa puutteellisesta kirjaami- sesta:
 - Tarkemmin määrittämättömien diagnoosien osuus (ns. 99-loppuisten NAS-koodien osuus)
 - R-alkuisten lähinnä oireeseen perustuvien diagnoosien (R00–R99: Muualla luokittamattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat klii- niset ja laboratoriolöydökset) osuus.

Ruotsissa julkaistaan vuosittain raporttia jossa kirjaamisen laatuun on kiinnitetty huomiota [37].

Puuttuvat tiedot ja vastuutukset

Kirjaamisen ja tallentamisen vastuut on kuvattu kappaleessa Kirjaamisen vastuut (3.1). Vastuista sopimisen lisäksi on hyödyllistä varmistaa, ettei puuttuvia tietoja jää. Tämän tarkastamisen voi vastuuttaa esimerkiksi klinikkasihteerille.

3.4 Esimerkkejä kirjaamisesta

Kirjaamisen esimerkit on esitetty liitteessä 5.

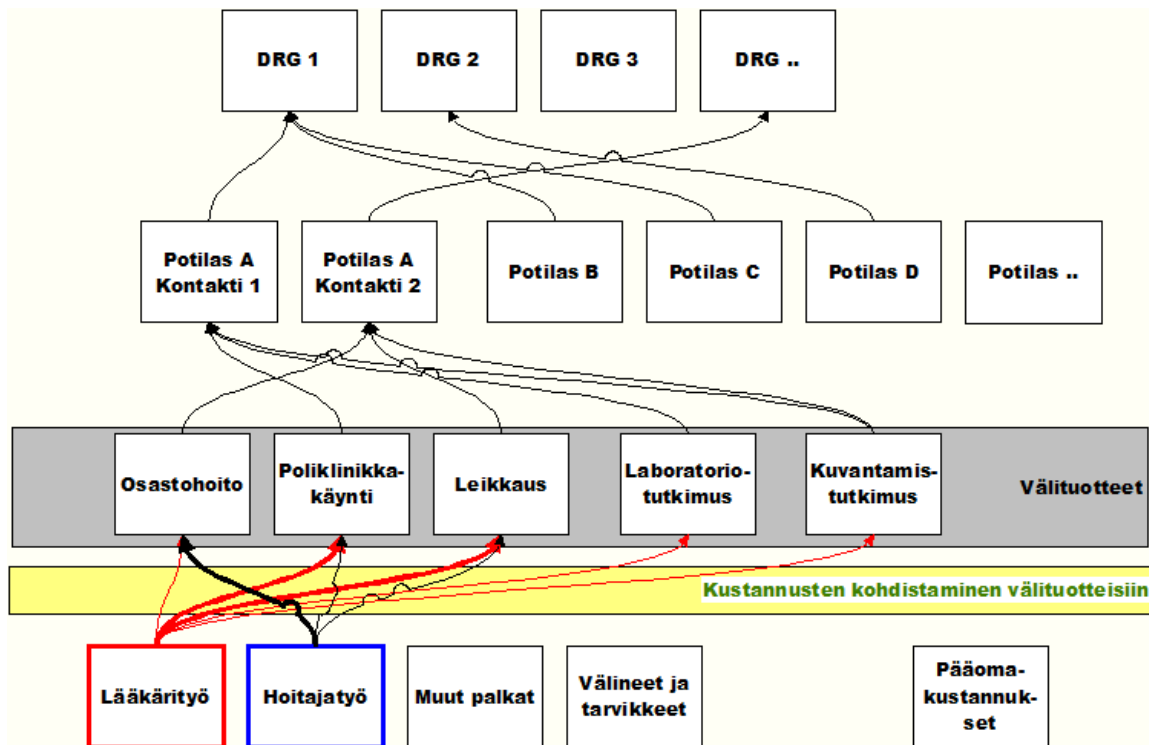
4 Kustannuslaskennan käsikirja

Kansallinen kustannuslaskennan käsikirja antaa yhteisen viitekehyksen, jonka avulla erikoissairaanhoidon resurssien kulutus yhdistetään kliinisesti mielekkäisiin hoitokokonaisuuksiin. Kustannuslaskennan käsikirjaa seuraamalla voidaan toteuttaa potilaskohtainen kustannuslaskenta.

Kustannuslaskennan työryhmän tavoite on luoda yhtenäisiä käytäntöjä kustannusten yhdistämiseksi hoidon sisällöllisiin kokonaisuuksiin. DRG-tuotteistus ja varsinkin DRG-hinnoittelu ja -laskutus ovat laajalti käytössä Suomen sairaanhoidopiireissä, mutta tähän asti potilaskohtaisen kustannuslaskennan yhteistä viitekehystä ei ole ollut tarjolla.

Potilaskohtainen kustannuslaskenta on johtamisen väline, joka antaa erinomaisen pohjan prosessiajattelulle sekä lääketieteellisen toiminnan johtamiselle. Potilaskohtainen kustannuslaskenta on välttämätön edellytys eri palveluntuottajien eli sairaaloiden väliselle kustannusvertailulle. Vertailun toteuttaminen edellyttää mahdollisimman yhteneväisiä kohdistussääntöjä potilaskohtaisen kustannuslaskennan perustaksi.

Järjestelmä perustuu ajatukseen kohdistaa sairaanhoidosta aiheutuvat kustannukset aiheuttamisperiaatteella hoitoa saaneeseen potilaaseen. Potilaaseen kohdistetaan kaikki hänen hoitamisestaan aiheutuneet kustannukset, kuten lääkäri- ja hoitajatyö, lääkkeet, tutkimukset sekä yleiskustannukset kuten kiinteistö- ja hallintokustannukset. Kustannukset on mahdollista kohdistaa potilaalle annettuun hoitoon erittäin tarkasti, mutta tarkkuuden kasvaessa myös laskentaan kuluva työmäärä kasvaa. Potilaskohtaiseen kustannuslaskentaan kuuluu paljon kompromisseja, joilla sovitaan millä tarkkuudella kustannuksia kohdistetaan. Kompromisseja ja laskennan pelisääntöjä tehdään tällä hetkellä itsenäisesti jokaisessa yksikössä, vaikka haasteet ja ongelmat ovat kaikilla samankaltaisia.



Kuva. Kustannusten linkitys potilaiden hoitoon

Potilaskohtaisen kustannuslaskennan käyttöönotto on suositeltavaa kaikissa erikoissairaanhoidon yksiköissä, joissa se on yksikön toiminnan volyyymiin nähden tarkoituksenmukaista. Kustannuslaskentatyö vaatii ajanmukaiset tietojärjestelmät ja henkilöresursointia sekä käyttöönottovaiheessa että ylläpidossa. Pienten sairaaloiden kohdalla tämä saattaa osoittautua kohtuuttoman kalliiksi ratkaisuksi toiminnan volyyymiin sekä laskennasta saatavaan hyötyyn nähden. Tällaisissa tapauksissa pienetkin sairaalat voivat käyttää DRG-tuotteistusta hinnoittelussaan esim. kansallisten painokertoimien avulla.

Sairaanhoitoyksikön omasta kustannus- ja suoriteaineistosta voidaan muodostaa omat painokertoimet DRG-tuotteistuksen pohjaksi potilaskohtaisen kustannuslaskennan avulla. Tällä hetkellä valtaosa sairaanhoitopiireistä kuitenkin ylläpitää DRG-hintojaan HUS:n painokertoimien avulla. HUS:n painokertoimet perustuvat heidän aineistoonsa ja käytännössä on havaittu, etteivät suuren yliopistollisen sairaanhoitopiirin kertoimet sovellu esimerkiksi keskussairaalaapiirien DRG-tuotteistuksen pohjaksi kovinkaan hyvin. Tämän vuoksi on suositeltavaa muodostaa kansalliset painokertoimet vuosittain niin, että yliopistollisille sairaaloille ja keskussairaaloille on molemmille omat painokertoimet.

Kustannuslaskennan käsikirja on jaettu Yleiseen laskentaympäristön kuvaukseen, Koko-naiskustannuslaskentaan, Välisuoritelaskentaan sekä Palvelusopimukseen ja hinnoitteluun. Näiden lisäksi keskeistä on potilaskohtainen kustannuslaskenta, jossa varsinainen tuotteistus muodostetaan ja se on kuvattu omassa kappaleessaan.

Kustannuslaskennan käsikirjaa työstettäessä on käytetty mm. seuraavia lähteitä: Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi [38], Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa [39], Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet [40] ja Erikoissairaanhoidon palveluiden tuotteistus Suomessa [41].

Laskentaympäristö

Kustannuslaskennan yleiskuvaus on esitetty laskentaympäristö -kappaleessa, jossa kuvataan mistä kustannuslaskenta lähtee ja miten kustannuslaskenta etenee. Lisäksi kappale antaa yleiskuvan siitä, miten tulot ja menot laskennassa kohdistetaan potilaan hoitoon.

Kokonaiskustannuslaskenta

Kokonaiskustannuslaskenta -kappaleessa esitetään miten kustannukset kohdistetaan erilaisia suoritteita tuottaville yksiköille. Kappaleessa käydään läpi, mitkä kulut tyypillisesti katetaan hoitotoiminnalla ja mitkä rahoitetaan muilla tavoilla.

Välisuoritelaskenta

Välisuoritelaskenta -kappaleessa esitetään miten kokonaiskustannuslaskennan jälkeen saadut suoritteita tuottavien yksiköiden kustannukset kohdistetaan välisuoritteille.

Potilaskohtainen kustannuslaskenta

Potilaskohtainen kustannuslaskenta -kappale esittää kuinka välisuoritteiden kautta lasketut kustannukset kohdistetaan potilaan hoidollisten kokonaisuuksien kautta muodostetuille tuotteille.

Palvelusopimukset ja hinnoittelu

Palvelusopimukset ja hinnoittelu -kappale antaa yleiskuvan sairaanhoitopiirien sekä kuntien muodostamien palveluiden käyttäjien välisten sopimusten rakenteista.

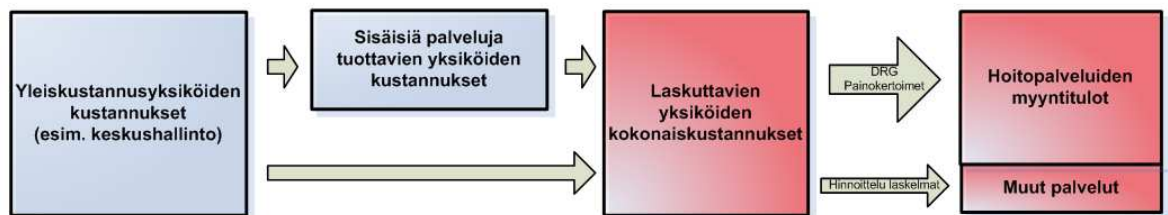
Päivystyksen rahoitus

Päivystyksen rahoitus on kuvattu palvelusopimukset ja hinnoittelu -kappaleessa.

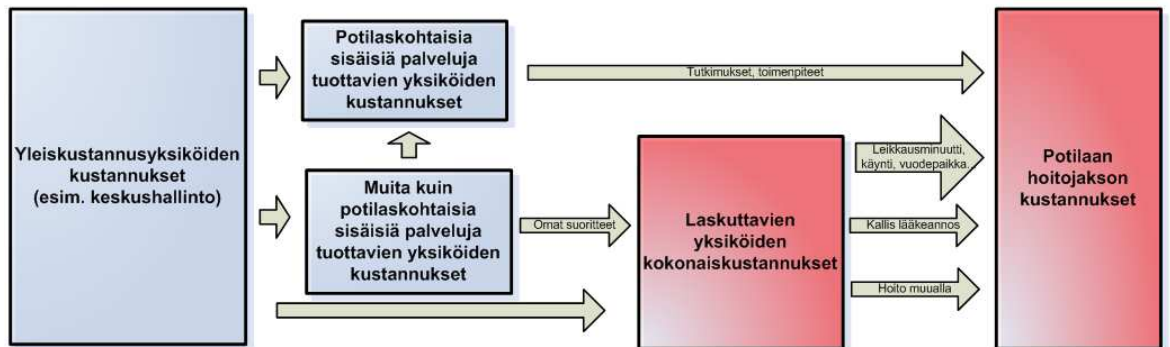
4.1 Kustannuslaskennan yleiskuvaus

Tässä kappaleessa kuvataan karkealla tasolla kirjanpidon ja ulkoisen laskutuksen käsitteet sekä potilaskohtainen kustannuslaskenta. Edellä mainitut käsitteet eriytetään tässä tarkastelussa, mutta kustannuslaskennan kannalta lopputulos on sama, jos kustannusten kohdistamissäännöt ovat yhtenäiset.

Kustannusten kohdistaminen budjetoinnissa ja hinnoittelussa



Potilaskohtainen kustannuslaskenta



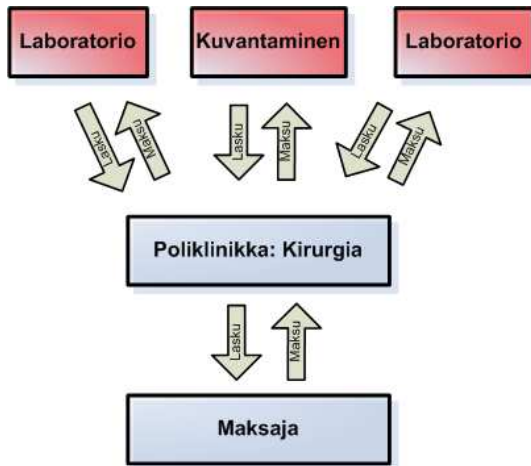
Kuva: Kustannuslaskenta kirjanpidon ja potilaskohtaisen laskennan näkökulmista

Kirjanpito ja laskutus

Kirjanpidossa kustannuspaikat luokitellaan kahteen ryhmään:

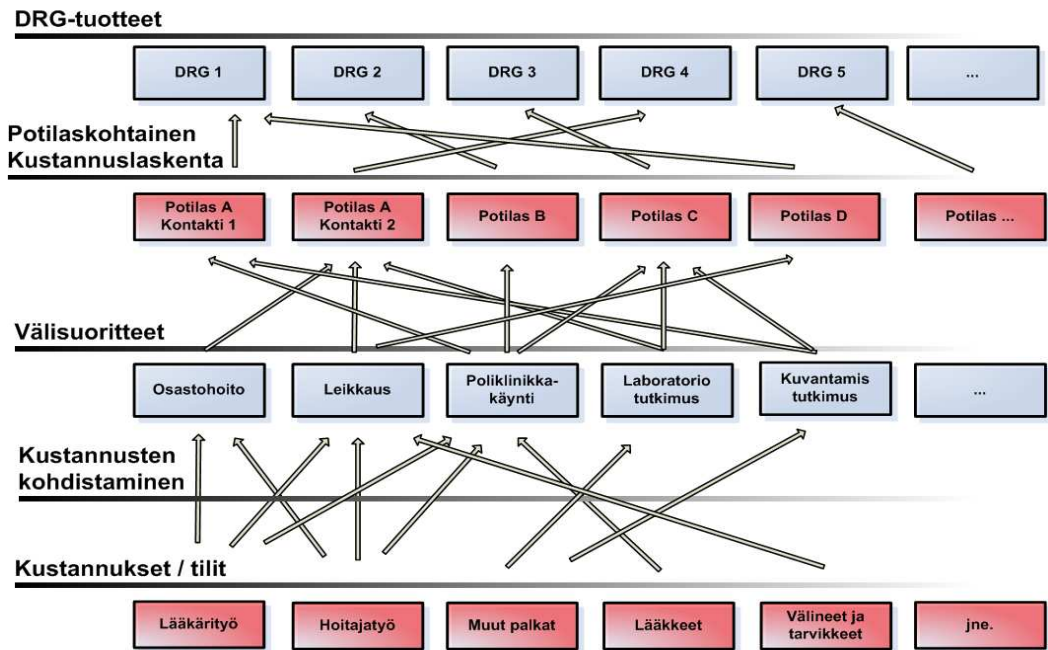
1) Apukustannuspaikat, joiden toiminnan tarkoituksena on avustaa pääkustannuspaikan toimintaa ja huolehtia organisaation toiminnan yleisistä edellytyksistä. Niiden kustannukset kohdistetaan pääkustannuspaikoille sisäisenä laskutuksena tai vyörytyksenä.

2) Pääkustannuspaikat (kliiniset ydinpalvelut), joiden toiminta kohdistuu välittömästi lopullisten suoritteiden aikaan saamiseen eli potilaalle annettavaan hoitoon. Pääkustannuspaikka on hoidon antamisesta ja ulkoisesta laskutuksesta vastaava yksikkö. Ulkoinen lasku kattaa sekä pää- että apukustannuspaikkojen kustannukset.



Kuva. Sisäisten ja ulkoisten maksujen ja laskujen kulku

Potilaskohtainen kustannuslaskenta



Kuva. Kustannusten yhteys välisuoritteisiin ja DRG-tuotteisiin

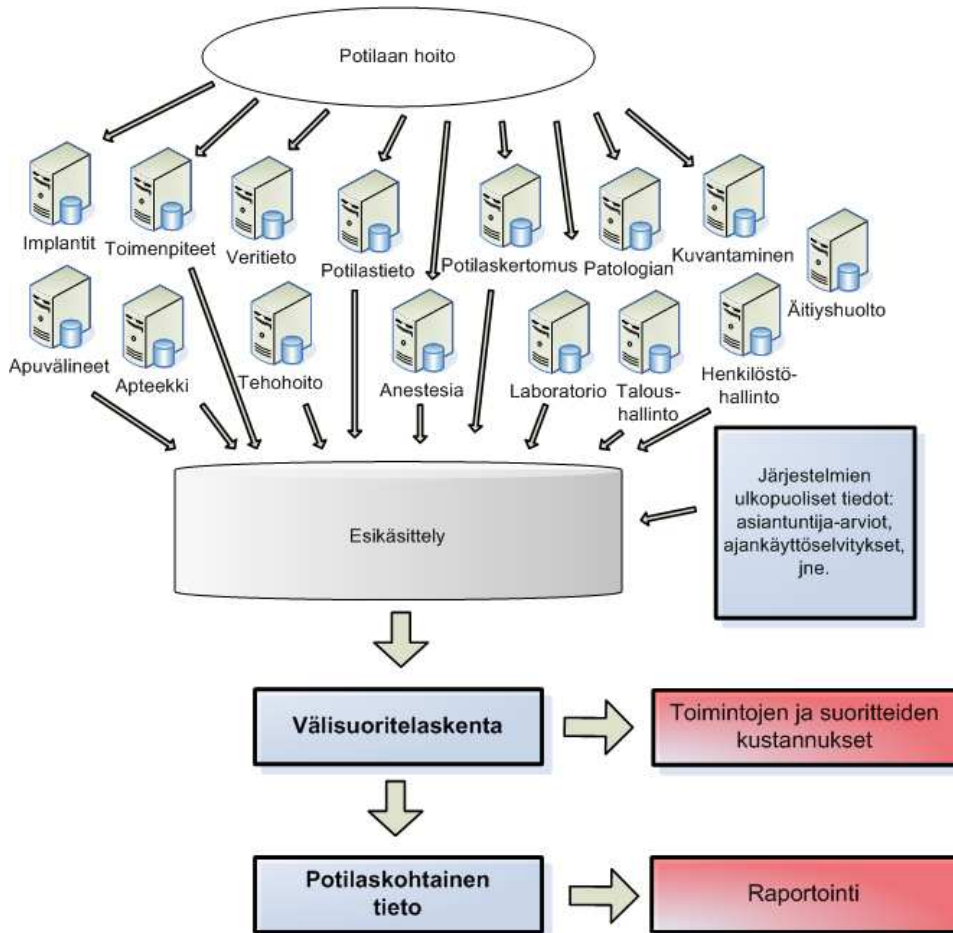
Kuvassa:

1. Ylin taso, on lopputuote, joka määräytyy ryhmittelemällä yksittäisten potilaiden palvelutapahtumat (käynnit ja hoitajaksot) useita potilastapauksia sisältäviksi NordDRG-tuoteryhmiä. Kunkin tuoteryhmän keskikustannusta käytetään hinnoittelun perusteena.

2. Seuraava taso on yksittäisen potilaan palvelutapahtuma (myöhemmin mahdollisesti näiden yhdistelmästä muodostunut episodi), joka ryhmitellään NordDRG-tuotteiksi. Yksittäinen potilastapaus ja potilaan hoitoon liittyvien kustannusten rekisteröinti ja laskenta ovat tuotteistusjärjestelmän perusta. Kunkin palvelutapahtuman kokonaiskustannukset lasketaan aiheuttamisperiaatteen mukaisesti.

3. Väliuoritetaso muodostuu potilaan hoitoa palvelevista väliuoritteista, jotka perustuvat kansallisiin nimikkeistöihin ja palveluntuottajan määrittelemiin suoritteisiin. Kullakin väliuoritteella on oma kustannuslaskentansa, jonka pohjalta muodostuu väliuoritehinnasto.

4. Alimmalla tasolla ovat kustannuslajit/tilit, jotka kohdistetaan väliuoritelaskennassa väliuoritteisiin.



Kuva. Laskennan eteneminen

Kokonaiskustannuslaskennan ja väliuoritelaskennan jälkeen tuloksena on suoritehinnasto. Suoritteet yhdistetään kohdistussäännöillä potilaan hoitokontakteihin. Hoitokontaktit tuotteistetaan valitulla tuotteistusjärjestelmällä ja hinnoitellaan sopimusten mukaisella tavalla.

Laskennassa käytettävät tietojärjestelmät

Laskennassa käytettäviä tietojärjestelmiä on kuvattu tietojärjestelmien poimintarajapinnoissa ja itse laskentaa kokonaiskustannuslaskennassa sekä väliuoritelaskennassa.

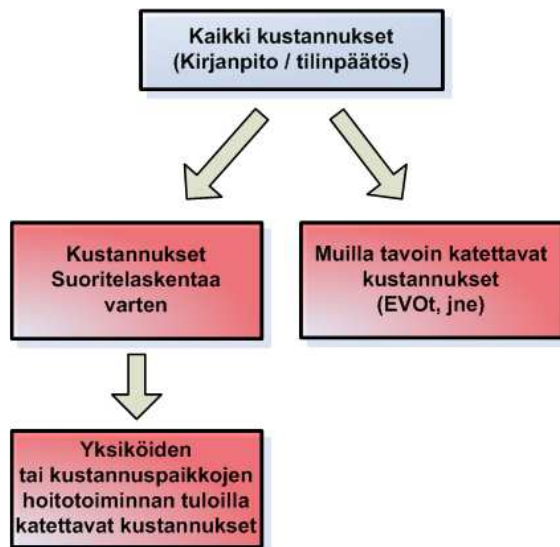
Tulosten hyödyntäminen ja raportointi

Tulosten hyödyntämistä sekä raportointia käsitellään omassa kappaleessaan.

4.2 Hoitopalveluilla katettavat kustannukset

Kokonaiskustannuslaskenta liittyy läheisesti palvelun tuottajan ja palvelun ostajan väliseen palvelusopimukseen ja siinä esitetään mitkä toiminnan kulut katetaan milläkin tavalla. Kokonaiskustannuslaskennassa erotetaan sairaanhoitopiirin ne kustannukset, joita ei kateta hoitopalveluiden hinnoilla (DRG- tai muulla hoitopalveluiden tuotteistuksella). Näitä ovat esim. EVO-toiminta, erityisvelvoitteet ym.

Kaikki muut sairaalan toiminnan kustannukset lasketaan hoitopalveluiden suoritteiden kustannukseen mukaan. Esimerkiksi tukipalveluyksiköiden ja hallinnon yksiköiden kustannukset huomioidaan joko tuotteistamalla palvelut tai vyöryttämällä kustannukset hoitopalvelua tuottaville yksiköille.



Kuva. Hoitopalveluilla ja muilla tavoin katettavat kustannukset

Eroa sairaanhoitopiirien välillä voi aiheutua sisäisten katteiden käsittelystä. Toisissa sairaanhoitopiireissä sisäiset palveluiden katteet korjataan kustannuslaskennassa ja toisissa ei. Tämä saattaa aiheuttaa lyhyellä aikavälillä eroja suoritteiden tai DRG-tuotteiden kustannuksissa. Pidemmällä aikavälillä erot todennäköisesti tasaantuvat, koska toiminnassa pyritään ja tulee pyrkiä pääsääntöisesti omakustannushintaan.

Hoitopalveluiden ulkopuolelle jätettävät kustannukset

Peruseriaate on, että ne kustannukset, joita vastaan saadaan muita tuloja, jätetään pois hoitopalveluiden kustannuslaskennasta. Jos kustannusten jakaminen hoitopalveluiden ja muiden palveluiden välillä on hankalaa, voidaan muun toiminnan kustannukset olettaa yhtä suureksi kuin siitä saatavat tulot. Käytännössä siis kokonaiskustannuksista vähennetään muun toiminnan tulot ja saadut nettomenot jaetaan kustannuslaskennassa eteenpäin.

Erityisvaltionosuudet (EVO)

Erityisvaltionosuuden tulisi kattaa kaikki opetuksesta ja tutkimuksesta aiheutuvat kustannukset. Niiltä osin kun erityisvaltionosuus ei kata näitä kustannuksia, ne voidaan laskuttaa ja tarvittaessa tuotteistaa muulla tavoin. Käytännössä EVO-kustannusten erottaminen on hankalaa, ellei mahdotonta, erityisesti opetustoiminnan osalta. Toisaalta suosituksen "muulle tuotteistukselle" ei ole maksajaa. Suositetaan vähentämään saadut EVO-tuotot kustannuksista.

Erityisvelvoitteet

Erityisvelvoitteiksi kutsutaan kaikkia erikoissairaanhoidon tehtäväksi annettuja palveluita, joita ei rahoiteta suoraan kliinisen hoitotoiminnan käyttöperusteisen tuotolla. Vuonna 2010 kokonaisuutena tällaisen kapitaatioluonteisen laskutuksen osuus vaihteli yliopistosairaanhoidopiireissä 0,1 % ja 6,0 % välillä [42].

	Myyntituotot (jäsenkunnat ja muut maksajat) yhteensä TA2010 m€	Myyntituotot jäsenkunnilta 2010TA m€	Myyntituotot ulkokunnilta ja muilta maksajilta 2010 TA m€	Kapitaatio- perusteinen laskutus m€	% jäsenkunta- tuloista	Ulkokunta- laskutuksen osuus myyntituotoista	€/ as.
VSSH	408,2	373,4	34,7	24,5	6,0 %	8,5 %	53,32
PSHP	510,0	437,3	72,6	5,0	1,0 %	14,2 %	10,20
PSSH	269,0	222,0	47,0	4,1	1,5 %	17,5 %	16,38
PPSH	359,6	305,9	53,7	5,5	1,5 %	14,9 %	14,00
HUS	1314,3	1 189,5	124,8	1,3	0,1 %	9,5 %	1,26

Sairaanhoidopiireille vuonna 2009 tehdyn kyselyn mukaan yleisesti käytössä olevia erityisvelvoitemaksuja ovat seuraavat (suluissa merkattu kuinka monessa vastauksessa erityisvelvoite oli mainittu):

- o Infektio- ja tartuntatautien ehkäisy ja sairaalahygieniatoiminta (5), osa kuntoutuksesta (5), myrkytyskeskus (4), osa potilasvahinkovakuutusmaksuista (4), lentokuljetukset/Mediheli (4), osa konsultaatioista (3), osa apuvälineistä (3), kalliin hoidon tasaus (2), opaskoiratoiminta (2), siirtoviivemaksu (2), potilaskuljetukset (2), sairaaloiden väliset kuljetukset (2), Kuntaliiton palvelumaksu (2), aluetieto-järjestelmän kulut (2), varmuusvarastoinnin kustannukset (2), päivystysvalmiuden ylläpito (1).

Kuten kyselyvastauksista näkyy, on erityisvelvoitteina perittävien korvausten nykykäytäntö hajanainen. Jatkossa tuotehintojen vertailtavuuden parantamiseksi olisi hyvä valtakunnallisesti sopia, mitkä palvelut tulisi periä erityisvelvoitteina.

Läpilaskutettavat palvelut

Ne palvelut, jotka sairaanhoidopiiri ostaa toiselta palveluntuottajalta ja veloittaa sellaisenaan eteenpäin, jätetään pois kustannuslaskennasta (ks. kappale Palvelusopimukset ja hinnoittelu 4.4).

Muut

Menoista vähennetään potilasmaksut sekä mahdolliset muut kuin varsinaisesta suoritettuotannosta saadut tulot, kuten tuet ja avustukset, valmiusrahasto, vuokratulot, muiden palvelusten myynnit, jne.

Hoitopalveluihin sisällytettävät kustannukset

Ns. tukipalveluyksiköiden, hallinnon ym. yksiköiden kustannukset täytyy kohdentaa hoitotoiminnalle, jotta kustannukset saadaan sisällytettyä hoitopalvelusuoritteiden hintoihin. Tämä kohdentaminen voidaan tehdä joko tuotteistamalla ko. palvelut, joita hoitopalvelu-yksiköt ostavat tai vyöryttämällä kustannukset jollain jakosäännöllä hoitopalveluyksiköille. Kustannukset voidaan jakaa joko kirjanpidossa tai kustannuslaskennan järjestelmissä. Olennaista on, että lopulliset laskentakohteet sisältävät koko toiminnan kustannukset. Tästä käytetään yleisesti nimitystä kokonaiskustannuslaskenta.

Tuotteistus ja sisäinen myynti

Jos tukipalvelut tuotteistetaan, perustuu erikoisalojen käyttö ennalta sovittuun tuotekokonaisuuteen ja hintaan. Silloin hoitopalveluja myyvä yksikkö maksaa käyttämästään palvelusta ja kustannukset ovat menona kirjanpidossa. Osa tuotteistetuista tukipalveluista huomioidaan sellaisenaan omana suoritteena potilas-kohtaisessa kustannuslaskennassa (esim. laboratoriopalvelut, ym.) ja osa sisälly-

tetään hoitopalveluja myyvän yksikön omiin suoritteisiin (esim. ravintohoito, atk-tekniikka, tms.).

Vyörytys ja jakoperusteet

Se osuus hallinnon ja tukipalveluiden kustannuksista, jota ei ole tuotteistettu, kohdistetaan hoitopalveluja myyville yksiköille erilaisilla jakosäännöillä tai vyöryttämällä. Tämä voidaan tehdä joko kirjanpidossa (budjettiin tai toteumaan perustuen) tai kustannuslaskennan järjestelmässä. Tyypillisiä vyörytettäviä eriä ovat yleishallinnon menot, rahoitus-menot ym. Jaettava kustannus on usein ns. nettokustannus, jossa esim. rahoitusmenoista on vähennetty rahoitustulot ja jäljelle jäänyt nettomeno jaetaan hoitopalveluyksiköille.

Esimerkkejä jakosäännöistä:

- o Palkkamenot
- o Hoitohenkilökunnan lukumäärä
- o Lääkärihenkilökunnan lukumäärä
- o Muut henkilökunnan lukumäärä
- o Painotetut neliöt
- o Toimintakulut
- o Hoitojaksot ja pkl-käynnit yhteensä
- o Hoitopäivien lukumäärät (laskutus)
- o PKL-käyntien lukumäärät (laskutus)

Erityisesti huomioitavat kustannukset

Päivystyksen käsittely

Hankkeen yleinen kannanotto kustannusten kattamisesta on kuvattu päivystystoiminnan kulujen jakaminen -kappaleessa.

Päivystyshintaa ei voida antaa erikseen tuotetasolla, koska usein vain tietty hoidon osa, ei koko hoito, on päivystyksellinen. Välisuoritetasolla hinnoittelussa ja toiminnan ohjaamisessa tulisi käyttää päivystyksellisyyttä kuvaavaa kiireellisyyskerrointa, joka nostaa välisuoritteen hintaa. Kiireellisyyskerrointa voidaan käyttää ainakin laboratorionäytteiden, radiologian, ym. diagnostisten tutkimusten yhteydessä, tosin kertoimen tarkka laskeminen on hankalaa. Ellei tarkkaa laskentaa ole mahdollista toteuttaa, voidaan käyttää yleistä kerrointa 1,5 suoritteen **henkilöstömenoille**. Päivystyksen aiheuttama ylimääräinen laskutus pitää huomioida suoritteiden perushintaa laskettaessa.

Poistot

Usein käytössä on laitteita, joiden kirjanpidon käyttöikä on jo ylitetty, jolloin tasearvo ja vuosittaiset poistokustannukset ovat 0. Kun vastaava uusi laite hankitaan, nousevat laitekustannukset rajusti, kun poistoja aletaan jälleen tehdä. Turhan vuosittaisen heittelyn välttämiseksi kustannuslaskennassa suositellaan käytettäväksi laitteen jälleenhankinta-hintaan perustuvaa poistokustannusta.

Peruspääoman korko

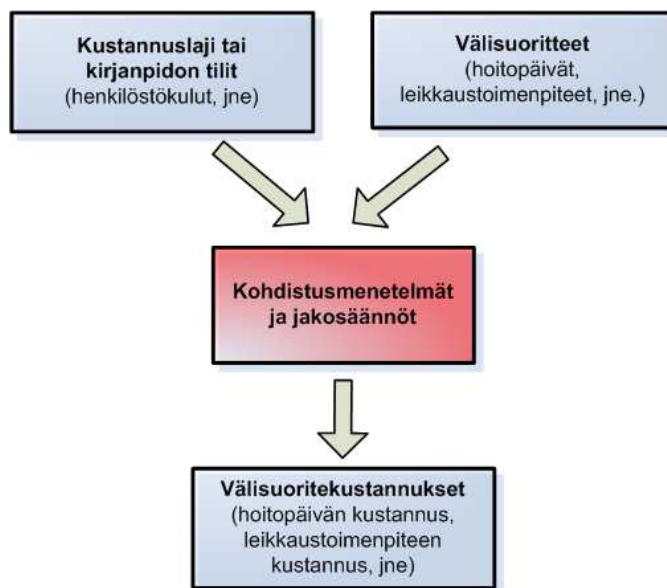
SaTu-suositusten mukaan peruspääoman korko tulee mainita hinnastossa. Hankkeen työryhmän kannanotto on sama.

4.3 Välisuoritelaskenta

Välisuoritelaskennan tehtävänä on selvittää välisuoritteiden kustannukset. Laskennan tuloksena saadaan tuotekohtainen kustannus, jota yleensä käytetään perusteena välisuoritteen hinnan määrittämisessä. Välisuoritelaskennan perusteella voidaan suunnitella tarkemmin resurssien kohdentamista ja pyrkiä mahdollisimman kustannustehokkaaseen toimintaan. Yhtenä laskennan tavoitteena on tuotannon ohjaaminen tulosten avulla (esimerkkejä Raportointi/Raportoinnin käyttö-kappaleessa).

Välisuoritelaskennassa kohdennetaan kokonaiskustannuslaskennassa saadut pääkustannuspaikan kustannukset eri välisuoritteiden yksikkökustannusten selvittämiseksi. Tämä mekanismi on kuvattu alla olevassa kuvassa. Kustannusten kohdentamisessa kuvan punaisessa laatikossa käytetään aiheuttamisperiaatetta aina kun se on mahdollista, muissa tapauksissa jakoperusteena käytetään yhtenäisesti sovittuja systemaattisesti kerättyjä jakosääntöjä.

Laskenta voidaan suorittaa taulukkolaskentaohjelman tai erillisellä käyttöä varten kehitetyllä laskentaohjelmalla. Mikäli välisuoritelaskentaa tehdään kustannuslaskentaan kehitetyn laskentaohjelman avulla, on niihin olemassa käyttöoppaat erikseen.



Kuva. Välisuoritelaskenta: kustannukset kohdennetaan välisuoritelajeille

Välisuoritelaskennan lähtötiedot

Välisuoritelaskenta jakautuu yllä olevan kuvan mukaisesti kohdennettaviin kustannuksiin, laskentakohteisiin (välisuoritteisiin) ja menetelmät.

Kohdennettavat kustannukset

Kohdennettavat kustannukset saadaan kokonaiskustannuslaskennasta. Kustannustietoja (tilejä/kustannuspaikkoja) on sairaanhoitopiireissä satoja, mutta vain pieni osa on kokonaiskustannuksiltaan merkityksellistä ja loppuja käsitellään yleiskustannuksina.

- Henkilöstömenot
- Tarvikekulut
- Lääkekulut (niiltä osin kuin ei voida seurata aiheuttamisperiaatetta)
- Tilakustannukset

- o Hallinto
- o Laitteet
- o Välinehuolto
- o Yleiskustannukset

Erikoissairaanhoidossa ylivoimaisesti tärkein yksittäinen kustannuslaji on henkilöstökustannukset, jotka muodostavat 50 - 80 % kaikista kustannuksista. Kärjistäen voidaan sanoa, että mikäli henkilöstökulujen kohdistus on pääpiirteittään toimiva, niin jäljelle jäävätkin kustannukset kohdistuvat varsin tarkasti käytössä henkilöstömenojen kohdistamisen suhdetta myös muihin kustannuslajeihin.

Henkilöstökustannusten kohdentamisessa henkilöstö ryhmitellään tyypillisesti toiminnan mukaan: esimerkiksi kirurgit, anestesialääkärit, sairaanhoitajat, heurään hoitajat, lääkintävahtimestarit ja muu henkilökunta. Henkilömäärä ilmaistaan tyypillisesti henkilötyövuosina ja määritellään halutulla tarkkuudella.

Välisuoritelaskennan laskentakohteet

Kustannuslaskentaryhmän määrittelemät suoritelaskennan laskentakohteet ovat osajoukko välisuoritteista:

- o hoitopäivät: lasketaan hoitopäivän hinta, joka voi olla jaettu esimerkiksi hoitoisuuden mukaan muutamiin luokkiin
- o poliklinikkakäynnit
- o leikkaustoimenpiteet
- o kuvantamistutkimukset
- o laboratoriotutkimukset
- o muut hoitotoimenpiteet

Esimerkkejä laskentakohteiden kustannusrakenteesta on esitetty raportointikappaleessa.

Laskentamenetelmät

Toimintolaskenta

Toimintolaskennan perusidea on, että erilaiset toiminnot kuluttavat sairaalan voimavaroja (esim. henkilöstöresurssit). Toiminnoilla tarkoitetaan sairaalassa tehtäviä töitä, joita ovat esimerkiksi leikkaukset, hoitopäivät ja magneettikuvat. Toimintoperusteinen laskenta on menetelmä, jolla kerätään, käsitellään ja raportoidaan sairaalan olennaisia toimintoja koskevia taloudellisia ja toiminnallisia tietoja. Toimintolaskenta tähtää kustannusten ymmärtämiseen eli siihen, että todella tiedetään, mistä kustannukset syntyvät.

Toimintolaskenta soveltuu hyvin tuote- tai tuotantokustannuslaskentaan. Sen vahvuutena on, että jokaisen toiminnon osalta voidaan käyttää siihen soveltuvia jakoperusteita ja kustannusajureita. Laskennassa sairaalan toiminta pilkotaan niin pieniin osiin, että sieltä voidaan kohtuullisen helposti löytää sellaiset työtehtävät, jotka kuluttavat eniten sairaalan resursseja eli maksavat eniten. Tämän perusteella voidaan miettiä, miten nämä tehtävät hoidetaan niin, että tuottavuutta saadaan parannettua. Mikäli esimerkiksi kapasiteetin kanssa on ongelmia, voidaan toimintolaskennan avulla löytää sellaiset työvaiheet, joiden uudelleen järjestämisellä saadaan työmäärä kohtuulliseksi ilman että potilaiden hoito kärsii.

Perinteinen jakolaskenta

Jakolaskenta suoritetaan viimeisimpiä tietoja käyttäen mahdollisimman tarkkoilla kohdennuksilla aiheuttamisperiaatteen mukaisesti. Henkilöstökustannukset kohdennetaan suoraan, mutta muut resurssit kohdennetaan pääsääntöisesti epäsuorasti.

Relative Value Unit (RVU) -laskenta

RVU-laskennassa käytetään vanhoista välisuoritelaskennoista muodostettua painokerrointaulua, joka kuvaa välisuoritteiden suhteellista resurssilajikohtaista resurssien käyttöä. Painokerrointaulun lisäksi RVU-laskennassa käytetään kokonaiskustannuslaskennasta saatuja uusia laskentakauden resurssilajikohtaisia kustannuksia ja laskentakauden suoritemääriä.

RVU-laskentaa voidaan käyttää silloin, kun tarkka perinteinen laskenta on tehty aikaisemmin eikä toiminnassa ole tapahtunut edelliseen laskentaan nähden oleellisia muutoksia. Jos toiminta on muuttunut eri yksiköissä suuresti, ei edellisen laskennan tuloksista saada luotettavia painoja. Lisäksi jos painojen laadinnan pohjana on tarpeeksi suuri aineisto (useampi yksikkö) on mahdollista saada valmis paino lähes kaikille toimenpiteille eikä sitä tarvitse luoda itse.

Laskentakohteet

Suoritelajikohtainen kustannuslaskenta poikkeaa toimintaympäristöstä riippuen eri organisaatioissa. Kustannuslaskenta suoritetaan kuitenkin pääpiirteittäin samalla tavalla tässä kappaleessa mainituille laskentakohteille, vaikka laskennan suoritettava organisaatio voikin vaihdella. Tässä kappaleessa mainittujen laskentakohteiden lisäksi yksiköt voivat käyttää tarkempia laskentakohteitaan ja sääntöjään.

Tässä kappaleessa kuvataan sekä yleisiä periaatteita että tärkeimpiä (esimerkiksi leikkaustoimenpiteelle) kohdistettavia kustannuksia, mutta myös yksittäisiä esimerkkejä asian havainnollistamiseksi. Yksittäisiä esimerkkejä ei ole tarkoitettu otettavaksi kirjaimellisesti ohjeina.

Tässä kappaleessa käsiteltävät laskentakohteet sekä niihin kohdennettavat kustannukset ovat henkilöstö, toimitilat, laitteet, peruslääkkeet, tarvikkeet ja yleiskustannukset.

Laskentakohteittain sisällöstä voi yleisesti mainita:

- Leikkaustoimenpiteet
 - Leikkauksessa, leikkauksen valmistelussa ja heräämössä käytetty työaika
 - Anestesia- ja lääkkeet
 - Kalliit tarvikkeet kuten ortopediset tarvikkeet, sydämen läpät
 - Toimenpidekohtaiset kalliit laitteet
- Vuodeosastohoito-päivät
 - Henkilöstökustannus erittäin merkittävä osa
 - Mikäli osastolla tehdään toimenpiteitä, niiden kustannukset käsitellään erillään
 - Porrastus hoidon vaativuuden mukaan
- Tehohoito-päivät
 - Henkilöstökustannus erittäin merkittävä osa
 - Porrastus hoidon vaativuuden mukaan
 - Lääkkeet voivat olla erittäin kalliita
- Poliklinikkakäynnit
 - Porrastus hoidon vaativuuden mukaan (käyntityypit tai muut suoritteet)
 - Jos poliklinikalla tehdään toimenpiteitä, ne käsitellään erillään
 - Yleismenot huomattava kustannuserä (ajanvaraukset ja muut välillisesti kohdistuvat erät). Kohdistus kantokyvyn mukaan (ei tasajaolla).

- Poliklinikalla ja osastoilla suoritettavat toimenpiteet
 - Sairaanhoidajan työpanos valmistelussa (gastroskopia, kolonoskopia)
 - Laitteet ja kertakäyttötarvikkeet
- Kuvantamistutkimukset
 - Laitteiden osuus merkittävä. Poistot käsitellään laskennassa pitkäjänteisesti (ks. kokonaiskustannuslaskenta, poistot).
 - Merkki- ja varjoaineiden kustannus on huomattava
- Laboratorio- ja muut tutkimukset
 - Tyypillisesti laboratoriot suorittavat oman laskentansa
- Erityistyöntekijät ja muut suoritteet
 - Henkilöstön kohdentamiseen omia säännöstöjä (konsultaatiot, toimintaterapia, foniatria, fysioterapia, jne.)
 - Yleisistä luokituksista puuttuvat sairaalakohtaiset koodit
- Kalliit lääkkeet
 - Esimerkiksi: sytostaatit, verituotteet
 - Ei varsinainen laskentakohde koska on enemmän läpilaskutustyyppinen ja hinnasto tulee muualta. Osassa huomioidaan kustannuslajina ja osassa omana välisuoritteenaan.

Leikkaustoimenpiteet

Tavoitteena on laskea leikkaussaleissa tehtyjen toimenpiteiden tuottamisesta aiheutuvat keskimääräiset **yksikkökustannukset toimenpidenimikkeittäin**. Toimenpiteeseen liittyvät anestesiakustannukset voidaan sisällyttää toimenpiteen kokonaiskustannuksiin. Mikäli halutaan tuotteistaa anestesiatoimenpiteet, joihin ei liity kirurgista toimenpidettä, voidaan ne laskea tällä samalla menettelyllä.

Toimenpiteiden kustannuslaskennan pohjaksi tarvitaan keskimääräiset leikkausajat, saliajat ja heräämöajat toimenpiteittäin. Tyypillisesti listaus tuotetaan tietojärjestelmän avulla.

Laskennassa tarvittavat tiedot

Laskennassa tarvitaan tilinpäätöksestä lasketut yksikön kokonaiskustannukset. Leikkaus-yksikön kustannuksista on poistettava verivalmisteiden, laboratorio- ja radiologian kustannukset sekä muut mahdolliset kustannuserät, jotka tulevat potilaskohtaiseen kustannuslaskentaan muista tietojärjestelmistä (esimerkiksi implantit). Lisäksi tarvitaan edellisen vuoden tilastotiedot leikkaussalissa tehdyistä toimenpiteistä (toimenpidekoodi, toimenpiteen nimi, keskimääräinen saliaika). Useista leikkaussalin tietojärjestelmistä on saatavissa myös operatöörin ja leikkaustiimin keskimääräinen henkilöstömäärä.

Toimenpidekoodien pitää olla Suomen toimenpideluokituksen mukaisia. Mikäli samalla toimenpidekerralla tehdään useampi toimenpide, voidaan kustannuslaskenta suorittaa toimenpideparille yksittäisen toimenpiteen sijaan. Tällöin on syytä käyttää vain useimmin toistuvia toimenpideparien yhdistelmiä jotta laskentakohdetta ei tule määrättömästi. Toimenpideparin osana voi olla myös Z-koodi.

Materiaalihallintajärjestelmästä poimitaan edellisvuoden tarviketiedot, laiterekisteristä haetaan tiedot leikkaussaleissa olevista laitteista ja tilarekisteristä poimitaan laskettavan leikkaussalin neliöt.

Henkilöstö

Toimenpideyksikössä toimivien lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan määrä laskeaan ammattiryhmittäin jakamalla kustannuslaskennassa ko. yksikköön kirjautuneet tai kohdistetut henkilöstökustannukset kunkin ammattiryhmän keskimääräi-

sellä vuosipalkalla. Henkilökustannusten kohdistus tapahtuu toimenpideyksikön työhön käytetyn työajan mukaisesti. Kohdistuksessa on huomioitava erot lääkäreiden ja muun henkilökunnan työajoissa.

Ihanteellisessa mallissa ainakin lääkäreiden kuhunkin leikkaukseen käyttämä työaika on suoraan tiedossa. Käytännössä välittömät henkilöstökustannukset kohdistetaan kullekin toimenpidetyypille suoritiedoista saadun kyseisen toimenpidetyypin keskimääräisen sali/leikkausajan ja kaikkien toimenpiteiden sali/leikkausajan suhteen perusteella. Leikkaavien lääkäreiden osalta on sali/leikkausaika kerrottava toimenpidetyypin toimenpiteeseen tyypillisesti yhtäaikaisesti osallistuvien lääkäreiden määrällä (peräkkäiset vuorot huomioituvat sali/leikkausajassa). Hoitohenkilöstön osalta leikkaustiimi muodostuu pääsääntöisesti kolmesta hoitajasta (2 leikkaussali- ja 1 anestesiahoitaja), mikä huomioidaan samalla tavalla kuin lääkäreiden osalta.

Välittömiin henkilöstökustannuksiin sisältyvät henkilökunnan välittömästi toimenpiteeseen käyttämän ajan palkat henkilöstösivukuluineen.

Välilliset henkilöstökustannukset muodostuvat siitä toimenpideyksikön työajasta, jota ei voida kohdistaa välittömästi toimenpiteelle. Nämä kustannukset tulee kohdistaa toimenpiteille esimerkiksi välittömien henkilöstökustannusten suhteessa.

Toimenpiteiden vaativuustaso vaikuttaa todellisiin kustannuksiin ja siksi vaativuustason huomioiminen kustannuslaskennassa on suositeltavaa. Tällöin pyrkimyksenä on määrittää toimenpiteen vaativuustason aiheuttama kustannuslisä. Esimerkiksi erityisosaamista vaativan leikkauksen korkeammat kustannukset jäävät huomioimatta yllä esitettyyn keskimääräiseen lääkärinkustannukseen perustavassa mallissa.

Päivystyksen varallaolon kustannukset toimenpideyksikön oman henkilökunnan osalta voidaan huomioida kokonaiskustannuksissa ja jakaa toimenpidetyypeille edellä esitetyn mallin mukaisesti. Lääkäreiden päivystyskorvaukset tulee kohdistaa sairaalan päivystystoimintaan.

Vuodeosastohoitopäivät

Yksinkertaisimmillaan keskimääräinen hoitopäiväkustannus voidaan laskea jakamalla saadut ko. yksikön kokonaiskustannukset vastaavan ajan hoitopäivämäärällä (netto). Mikäli halutaan huomioida potilaiden hoitoisuus hoitopäiväkustannuksissa, voidaan henkilöstökustannuksia kohdentaa erilaisten painotusten avulla, jotka perustuvat asiantuntijoiden arvioihin tai käyttämällä apuna hoitoisuusluokituksia. Jos osastoilla on valvonta- tai eristys huoneita, joille halutaan laskea omat kustannukset, on näissäkin huomioitava hoitajien ja lääkäreiden työpanos. Lisäksi voidaan kohdistaa laite-, tila- ja tarvikkeekustannuksia.

Hoitopäivien henkilöstön kohdennuksessa käytetään tyypillisesti painotuksia, jotka perustuvat hoitoisuusluokituksiin, asiantuntija-arvioihin, tms. Henkilöstö pitää kohdistaa keskimääräisen hoitopäivän mukaan.

Henkilöresurssien kohdennuksessa otetaan huomioon jokapäiväiset tai säännölliset tapahtumat, joita ovat mm. aamutoimet (esim. 10 - 15 min.), lääkärinkierrot (esim. 5 - 10 min, myös sairaanhoitajien osalta), ruokailut (esim. á 5 min), lääkäreiden annostukset ja jakelut (esim. á 5 - 10 min.), leikkauspotilaiden kuljetukset (mikäli sairaanhoitajat suorittavat, esim. 5 - 20 min), sisään- ja uloskirjaamiset (esim. á 5 - 10 min.) ja muut jokapäiväiset tapahtumat. Käytännön esimerkkinä tavallisen vuodeosaston yhden hoitopäivän lääkärinkohdennus on tyypillisesti 10 - 30 min. ja sairaanhoitajan kohdennus 80 - 130 min. Vaativammalla osastolla, esim. lastenneurologian osastolla, lääkäreitä tai vastaavia henkilöryhmiä saattaa työskennellä useampia, jolloin lukumäärät pitää huomioida kohdennuksessa.

Tehohoitopäivät

Tehohoito vaatii huomattavasti enemmän sekä lääkäri- että sairaanhoitajakohdennusta kuin tavalliset hoitopäivät. Ylivoimaisesti suurin tehohoitopäivän kustannuseristä on henkilökunnan palkkakustannukset. Usein teho-osastoilla tehohoito jaotellaan vaativuudeltaan erilaisiin hoitopäiviin, esimerkiksi:

- o tehohoidon valvontapäivä
- o normaali tehohoitopäivä
- o raskas tehohoitopäivä

Myös tehohoidon kustannukset ovat tyypillisesti sellaisia, että ne on vaikea kohdistaa potilaskohtaisesti. Tehohoitopotilaat vaativat enemmän lääkäri- ja sairaanhoitajatyöpanosta kuin normaaleilla vuodeosastoilla olevat potilaat. Niinpä laskentaa suunniteltaessa on arvioitava, minkä verran kukin päivä keskimäärin vaatii työpanosta. Arvion pystyy helpoiten tekemään teho-osaston ylilääkäri.

Esimerkkejä kohdennuksesta:

- o Esimerkki 1: henkilökohdennuksesta:
 - o Tehohoidon valvontapäivä: lääkäri 60 min., sairaanhoitaja 1.000 min.
 - o Normaali tehopäivä: lääkäri 200 min., sairaanhoitaja 2.000 min.
 - o Raskas tehopäivä: lääkäri 300 min., sairaanhoitaja 2.880 min.
- o Esimerkki 2: tehohoidon hinnan porrastus TISS-pisteiden (Therapeutic Intervention Scoring System, tehohoidon intensiteettiä kuvaava pistejärjestelmä) mukaan:
 - o Perustason tehopäivä on erotettu omaksi kustannukseksi
 - o TISS-pisteiden perusteella lisätään hintaan vaativuusluokkaa kuvaava osuus

Poliklinikkakäynnit

Poliklinikkakäyntien henkilöstön kohdennuksessa käytetään esimerkiksi lääkärin tai osastonhoitajan asiantuntija-arvioita. Henkilöstö pitää kohdistaa keskimääräisen poliklinikka-käynnin mukaan eri käyntiryhmät huomioiden.

Poliklinikalla ja osastoilla suoritettavat toimenpiteet

Poliklinikalla ja osastoilla tehtävien toimenpiteiden (esimerkiksi gastroskopiat, kantasolukeräykset ja kolonoskopiat) kohdalla henkilöstön kohdennuksessa käytetään esimerkiksi lääkärin tai osastonhoitajan asiantuntija-arvioita. Henkilöstö pitää kohdistaa keskimääräisen toimenpiteen mukaan. Lisäksi oleelliset laite- ja kertakäyttötarvikekulut kohdennetaan.

Teho-osastoilla tehdään kalliita toimenpiteitä, joille voi olla järkevää laskea toimenpidekohtainen kustannus, joka voidaan myös kohdistaa potilaskohtaisesti. Esimerkkinä tällaisista ovat muun muassa MARS- (keinomaksa) ja typpioksidihoidot. Mikäli osastoilla tehtäviä toimenpiteitä hinnoitellaan ja kohdistetaan potilaskohtaisesti, on nämä kustannukset jätettävä hoitopäiväkustannuksessa huomioidatta.

Kuvantaminen

Kohdennetaan henkilöstömenot, yleismenot ja muut menot laitteille ja kuvantamisen suoritteille. Laitteiden poistot käsitellään laskennassa pitkäjänteisesti (ks. kokonaiskustannuslaskenta, poistot). Myös merkki- ja varjoaineiden kustannus on huomattava.

Laboratorio- ja muut tutkimukset

Kohdennetaan henkilöstömenot, yleismenot ja muut menot laboratorion suoritteille.

Erityistyöntekijät ja muut suoritteet

Kohdennetaan henkilöstömenot, yleismenot ja muut menot erityistyöntekijöiden suoritteille. Henkilöstön kohdentamiseen on omia säännöstöjä (konsultaatiot, toimintaterapia, kuntoutusohjaajat, foniatria, fysioterapia, jne.). Sairaalat voivat halutessaan tuottaa myös muita toimintojaan ja laskea niille välisuoritekustannukset mikäli yleisistä luokituksista puuttuvat tarvittavat koodit.

Kalliit lääkkeet

Osa lääkehuollosta käsitellään hoitoon sisältyvänä kiinteänä osana. Osa lääkehuollosta taas vaihtelee kustannuksiltaan merkittävästi eri potilaiden välillä, jolloin erillinen käsittely on välttämätöntä, mikäli halutaan saada selville toteutuneet potilaskohtaiset kustannukset. Lääkehuollon tuotteistusta käsittelee oma jatkotyöryhmänsä.

Kalliit lääkkeet eivät usein ole varsinainen laskentakohde vaan välisuoritteille saadaan hinnasto ulkopuolelta. Esimerkkinä kalliista lääkkeistä ovat sytostaatit ja kantasoluhoidot, mutta myös verituotteet voidaan katsoa kuuluvan samaan välisuoriteluokkaan. Kalliille lääkkeelle ei ole selvää hintarajaa, sillä kalliin leikkauksen ja kustannuksiltaan vähäisen poliklinikkakäynnin yhteydessä sanalle *kallis* ei ole yhtä oikeaa hintarajaa.

Tarkennuksia muiden kustannuslajien kohdennuksiin**Yleismenot ja kohdistumattomat kustannukset**

Mikäli kustannuslajeihin jää kustannuksia, jotka eivät kohdistu laskentakohteisiin tavanomaisilla säännöillä, jaetaan nämä kohdistumattomat kustannukset kaikkien yksikön tuottamien suoritteiden kesken. Tällaisia kustannuksia ovat mm. hallinnon kustannukset, tietojärjestelmäkulut ja muut tukipalvelut. Yleismenoja kohdistetaan usein ns. kantokyvyn suhteessa. Tämä tarkoittaa, että kalliit suoritteet saavat myös suuremman osan yleismenoista kuin halvat suoritteet.

Tarvikkeiden ja muiden erityiskustannuslajien kohdentaminen

Tarvikkeiden osalta materiaalihallinnon järjestelmistä tuotetaan nimikekohtaisesti materiaalin käyttö kustannuspaikoittain.

Kohdentamista ennen on sovittava mitä kohdistustapaa käytetään:

- Esimerkiksi alle 100 euron tarvikkeet kohdentuvat aina automaattisesti yhtenä eränä.
- Tarvikkeet, joiden kustannus on yli 100 euroa tai niiden osuus on yli 5 % kaikista tarvikekustannuksista, voidaan kohdentaa joko suoraan tai epäsuorasti.
- Pääsääntöisesti käytetään epäsuoraa kohdennusta, suora kohdennus ainoastaan selvissä tapauksissa, esimerkiksi
 - ortopediset tarvikkeet ainoastaan ortopedisiin toimenpiteisiin (epäsuora kohdennus)
 - ehkäisykierukka kohdistetaan suoraan kierukan laittoon
- Kohdennettavat tarvikkeet vähennetään vyörytettävien materiaalikustannusten kokonaissummasta.

Laitteet

Laitteisiin kuuluvat suunnitelmanmukaisen (sumu) poistolaskennan alaiset investointihankinnat (yleensä yli 10.000 euroa). Lyhytvaikutteinen irtaimisto kirjataan vuosikuluksi ja niiden kustannukset sisältyvät yleiskustannuksiin. Laitteiden huoltokustannukset käsitellään yleiskustannuksissa, poikkeustapauksissa merkittävät huoltosopimukset voidaan liittää laitteen kustannuksiin.

Mikäli laite tai laiteryhmä voidaan kohdentaa määrättyyn tai määrättyihin toimenpiteisiin tai tutkimuksiin, käytetään kohdennustapana epäsuoraa kohdennusta. Muissa tapauksissa laite jätetään kohdentamatta, jolloin se kohdentuu yleisen vyörytysprosentin mukaan.

Esimerkiksi kuvantamisyksikössä on mahdollista laskea laitteelle €/min kustannus, jota voidaan hyödyntää mm. hinnoittelussa.

4.4 Hinnoittelu

Sairaanhoitopiirien somaattisen sairaanhoidon hinnoittelun tulee pohjautua NordDRG-ryhmittelyyn perustuvaan tuotteistukseen ja siinä noudatetaan seuraavia periaatteita:

- 1) NordDRG-tuotteiden hinnat ovat kiinteitä sopimuskauden tai hinnaston voimassa-oloajan.
- 2) Samalla tuotteella tulisi olla palvelutuottajakohtainen hinta riippumatta palveluntuotantopaikasta tai organisoimistavasta. Mikäli kuitenkin on käytössä sairaala- ja erikoisalakohtaiset hinnat, voivat ne olla kiinteät. Mikäli on käytössä yksihintajärjestelmä, käytetään yliopistosairaaloissa outliereita.
- 3) Sairaalan tulee laatia (väli)suoritteille sairaalansisäinen hinnasto, joka perustuu ko. suoritteiden tuottamisen kustannuksiin. Suoritejärjestelmää ja hinnastoa käytetään pääasiassa sairaalan kustannuslaskennassa, palvelutuotannon suunnittelussa ja kustannusten kohdistamisessa. Välisuoritehinnasto on tarkoitettu sairaalan sisäiseen käyttöön ja sitä käytetään NordDRG-ryhmittelyyn perustavan tuotteistuksen hinnoittelussa.

Hinnoitteluperiaatteet

Hinnoittelun lähtökohtana on omakustannushinta. Omakustannusperiaate on vaikeaa, ellei mahdoton toteuttaa yksittäisten palvelutuotteiden tasolla, johtuen sairaalan palvelutuotannon eri osien keskinäisestä riippuvuudesta. Omakustannusperiaatetta eli nollatulosta voidaan noudattaa sairaala- tai kuntayhtymätasolla. Mikäli palvelutuottajan on varauduttava investointien rahoittamiseen kassavirrallaan, edellyttää tämä investointitarpeen rahoituksen huomioonottamista tulostavoitteen asettelussa.

Pääsääntöisesti sairaala ei voi käyttää katetuottolaskentaa, sillä erikoissairaanhoitolaki (43§) edellyttää yhdenmukaista hinnoittelua, ellei perussopimuksessa ole muuta sovittu [21]. Mikäli sairaala (poikkeustapauksessa) käyttää katetuottohinnoittelua, tulee sen laskentajärjestelmän kyetä osoittamaan tuotekohtaisesti, että hinnoittelu kattaa tuotannosta aiheutuvat muuttuvat kustannukset ja sillä on käytössä tarvittava kapasiteetti eikä se näin rajoita jäsenkunnille tarjottavia palveluita.

Tuotteistuksen taustalla olevan DRG-ryhmittelijän version tulisi olla sama kuin käytetyt toimenpide- ja diagnoosikoodistot. Koska toimenpide- ja diagnoosikoodistoihin tulee jatkuvasti uusia versioita, vanhat ryhmittelijäversiot eivät pysty tunnistamaan uusia koodeja. Tästä syystä tulisi käyttää tuoretta ryhmittelijäversiota. Kustannuslaskennan ja hinnoittelun kannalta käytettävän ryhmittelijäversi-

on on oltava käytössä edellisen vuoden keväällä kun hinnoittelua tehdään. DRG-hinnan tulee sisältää kaikki välisuoritteet. Outlier-menettely huolehtii poikkeuksellisen kalliit tapaukset *myös tarvikkeiden osalta*. Sairaanhoidopiirin omiin hoitokokonaisuuksiin liittyvät ostopalvelut sisältyvät hintoihin. Jos hoitopalvelu ostetaan kokonaisuudessaan sairaanhoidopiirin ulkopuoliselta toimijalta, on se läpilaskutettavaa toimintaa. Välisuoritteita ei läpilaskuteta, läpilaskutettavat ovat lopputuotteita. Välisuoritteet laskutetaan samalla hinnalla riippumatta siitä missä ne on tuotettu.

Tuottavan yksikön koosta riippuen yksittäinen potilasryhmä tulee hinnoitella, mikäli DRG-ryhmään päätyy vähintään 10 - 30 potilasta. Potilasryhmittelyssä "virhe-ryhmiä/kaatoluokkia" (esimerkiksi: 470, 468, 477, 9990) ei ole tuotteistettu. Kaatoluokkiin päätyy luokittelun logiikan vastaisia virheellisiä ja epätyypillisiä potilastapauksia. Kaatoluokkia ei laskuteta DRG-perusteisesti, mutta ne voidaan las- kuttaa todellisilla potilaskohtaisilla kustannuksilla.

Sairaanhoidopiirien ja kuntien väliset palvelusopimukset

Voimassaolevan erikoissairaanhoidon mukaan erikoissairaanhoidon järjestämis- vastuu on sairaanhoidopiirien kuntayhtymillä. Palvelun tilaaja tekee sopimuksen palvelutuottajan kanssa. Sopimus voi olla luonteeltaan puitesopimus, jossa palve- lujen määrä ja kokonaiskustannus jää avoimeksi, mutta yksikkökustannusten osalta sovelletaan sairaanhoidopiirin (sairaalan) hinnastoa. Vaihtoehtoisesti voi- daan sopia palvelujen kokonaismäärästä ja kokonaiskustannuksista.

Sairaanhoidopiirien ja kuntien välisissä palvelujen tuottamista koskevissa sopi- muksissa noudatetaan seuraavia periaatteita:

- 1) Sopimuksen tulee perustua pääosin NordDRG-tuotteistukseen, tuotteiden määriin ja niitä vastaaviin sovittuihin hintoihin sekä ehtoihin. Tämä mah- dollistaa palvelujen käytön ja kustannusten vertailun. Muista tuotteista ja niiden hinnoittelusta sovitaan erikseen vuosisopimuksessa.
- 2) Sairaalan tulee laskea erikseen mahdollisesti tuottamistaan peruster- veydenhuollon palveluista. Tällaisena voidaan pitää esim. jatkohoitoon siir- tymistä odottavan potilaan hoitoa. Siirtoviivepäiviä ei tule laskea NordDRG tuotteina.

Tulevaisuudessa erikoissairaanhoidon palvelujen kilpailutuksessa käytetään NordDRG-tuotteistusta, jolloin tilaajan tulee hankintavaiheessa määritellä tarjous- pyynnössään, mitä DRG-ryhmiä mahdollisine rajauksineen tarjouspyyntö koskee. Näin luodaan palvelutuotannon ja kilpailutuksen yhtenäisiä käytäntöjä ja paranne- taan vertailtavuutta.

DRG-laskutuksen ulkopuoliset tuotteet

Kuntien ja sairaanhoidopiirien välisissä vuosisopimuksissa sovitaan myös DRG- tuotteistuksen ulkopuolisista tuotteista ja niiden laskutusperusteista. Samoin so- pimuksessa määritellään, miten rahoitetaan kokonaiskustannuslaskennan ulko- puolelle jätetyitä tehtävistä aiheutuvat kustannukset.

NordDRG-ryhmittelyyn perustuvan tuotteistuksen ulkopuolelle jätetään psykiatri- nen hoito ja kuntoutus. Näissä tapauksissa päädiagnoosiryhmään pohjautuva NordDRG-ryhmittely ei riittävässä määrin selitä resurssien käyttöä. Psykiatriassa tuotteistus vaatii katkaisu-pisteiden ja outlier-menettelyn käyttöä. Tavallisesti keskussairaaloissa ei ole tyypillisesti käytössä outlier-menettelyä. DRG- ryhmittelijän kehittyessä on perusteltua, että myös psykiatriassa otetaan käyt- töön NordDRG-ryhmittelyyn perustuva tuotteistus ja laskutus.

Sairaanhoidopiirien omien sairaaloiden väliset potilassiirrot sisältyvät DRG- tuotehintoihin. Siirrot oman piirin muihin laitoksiin eivät sisälly DRG-tuotehintoihin

vaan ne laskutetaan erityisvelvoitteina. Siirrot muihin laitoksiin laskutetaan erikseen.

Muut maksajat

Muut maksajat kuten vakuutusyhtiöt ja ulkomaalaiset laskutetaan todellisten kustannusten mukaan. Yleensä hintaa korotetaan potilasmaksun osuudella, sekä niissä tapauksissa erityisvelvoitemaksulla, mikäli jäsenkunnilta peritään hoitotoimintaa kattavia kuluja muita kanavia myöten.

Outlier suositukset, kustannuspoikkeama normaalista jakaumasta

DRG-järjestelmässä outlier'iksi kutsutaan tapauksia, jotka kustannuksiltaan selvästi poikkeavat ryhmään kuuluvista tapauksista. Joissakin muissa järjestelmissä outlier-tilanne voidaan määrittää poikkeavan hoidonkeston perusteella. Tämä menettely ei NordDRG:n yhteydessä ole hyväksyttävä.

Outlier-menettelyä ei suositella aluesairaaloihin eikä tavallisiin keskussairaaloihin. Näissä yksiköissä vaihtelu on vähäisempää ja lähes kaikki potilaat ovat jäsenkuntien asiakkaita. Näissä olosuhteissa DRG-perusteinen laskutus tasaa kustannuksia jäsenkuntien kesken ja vähentää yksittäisen kunnan riskiä.

Outlier-menettelyä on välttämättä käytettävä yliopistosairaaloissa, joissa merkittävä osa poikkeavan kalliista potilaista on muiden kuin oman piirin jäsenkuntien asukkaita ja valtaosa tavanomaisista (halvemmista) potilaista on jäsenkuntien asukkaita. Ilman Outlier-menettelyä jäsenkunnat maksaisivat kalliimman keskihinnan kautta ulkokuntien kustannuksia, mikä ei ole hyväksyttävää.

Outlier-menettelyssä on sovittu käytettäväksi DRG-kohtaisesti seuraavia tasoja:

- Variaatiokerroin (keskihajonta/keskiarvolla) (V%) <50 % -ryhmän jakauma on hallinnassa eikä outlier-menettelyä tarvita.
- Variaatiokerroin 50 - 100 % -ryhmän jakaumaa korjataan jättämällä keskiarvoa laskiessa pois alin ja ylin 10 %. Outlier-rajoiksi muodostuvat 10 %- ja 90 %-pisteet.
- Variaatiokerroin yli 100 % ja korkeintaan 150 % -ryhmän jakaumaa korjataan jättämällä pois alin ja ylin 25 % (25 %/75 % -pisteet)
- Variaatiokerroin yli 150 % -ryhmäkohtaista hinnoittelua ei pääsääntöisesti tule käyttää. Kaikki tapaukset tulkitaan outlier'eiksi.

Outlier-rajat määritetään hinnastoa ja budjettia laadittaessa eikä niitä voi myöhemmin muuttaa, vaikka kustannusjakauma muuttuisi (ilman että koko myyntilaskutus uusitaan korjauslaskutuksen kautta). Outlier-rajat rikkovat tapaukset tulee laskuttaa välisuoritekustannusten mukaisesti, ellei menetellä, tulot ja menot eivät voi täsmätä.

Aikanaan tuleva terveydenhuoltolaki parantaa potilaiden valintamahdollisuutta. Tällöin Suomessa kaikkia kuntia ja kuntayhtymiä käsitellään tasavertaisina asiakkaina ja myynti perustuu vahvistettuun täyskatteelliseen hintaan. Jos palveluja suunnataan EU-alueen ulkopuolisille valtioille, tulisi olla mahdollista käyttää asiakas-kohtaista hinnoittelua.

Outlier-määrittelyä on käsitelty laajemmin DRG-painokertoimien yhteydessä.

4.4.1 Päivystystoiminnan kulujen kattaminen

Tässä esitetty malli perustuu Martti Virtasen laatimaan ehdotukseen, jota on käsitelty hankkeen asiantuntijaryhmässä 5.10.2010.

Päivystys on merkittävä kustannuserä niiden sairaaloiden toiminnassa jotka ylläpitävät jatkuvaa ensiapupalvelua sairaalan ulkopuolelta tuleville potilaille. Kaikki sairaalat joutuvat ylläpitämään päivystysvalmiutta sairaalassa olevien potilaiden hoidon turvaamiseksi, yllättävissä tilanteissa. Tässä käsitellään ennen kaikkea ulkopuolelta tulevien potilaiden hoitoa mutta joudutaan ottamaan kantaa myös näiden toimintojen rajapintaan.

Nykymallit

Päivystysvalmiuden aiheuttamien lisäkustannusten rahoitukseen/jakamiseen on nykyisin käytössä useita eri malleja:

- 1) Kapitaatiomallina rahoitettava päivystys (Turku)
- 2) Päivystyksen kustannukset on sisällytetty elektiivisiin tuotehintoihin
- 3) Päivystyskerroin: tuotteen tai välisuoritteiden hinta kerrotaan päivystyskertoimella joka kuvaa päivystystoiminnan lisäkustannuksia (HUS)
- 4) Kokonaan erillinen tuotehinta päivystyksenä suoritettavalle hoidolle
- 5) Erillinen päivystysyksikkö on tuotteistettu erikseen ja mahdollinen sairaalahoido (sekä päivystyksen kautta että elektiivisesti saapuneille potilaille) tuotteistetaan erikseen (Jyväskylä, Kuopio). Jyväskylässä päivystyksessä tehtyjen tutkimusten kustannukset kohdistetaan päivystysyksikköön, Kuopiossa pääasiassa jatkohoido-osastolle silloin kun potilas otetaan sairaalaan.

Nykyisten mallien ongelmia

Mikäli päivystyksen kustannukset sisällytetään elektiivisten tuotteiden hintoihin (2) päivystystä ylläpitävät yksiköt ovat muita epäedullisemmassa asemassa. Päivystyskertoimen käyttäminen (3) johtaa eri yksiköissä erilaiseen hinnoitteluun ja päivystyskertoimen valinta vaikuttaa ja heikentää vertailukelpoisuutta. Erillisten DRG-tuotteiden päivystyksenä annetulle hoidolle (4) lähes kaksinkertaistaa tuotteiden määrän ja pienentää ryhmäkohtaisten tapausten määriä. Vertailukelpoisuus jää tämän seurauksena myös puutteelliseksi ja tuotteistuksen toteuttaminen on monimutkaista. Kapitaatiomallissa (1) koetetaan epätasapuoliseksi kustannusten jakautuminen sijaintipaikkakunnan ja muiden paikkakuntien kesken ja oman sairaanhoitopiirin ulkopuolinen käyttö vaatii erillisratkaisun. Päivystysyksikön ja vuodeosastotoiminnan erottaminen (5) johtaa yhden ongelman käsittelyn jakamiseen kahteen laskuun, joka vaikeuttaa kokonaiskuvan saamista. Kuten Kuopion ja Jyväskylän esimerkki osoittaa vertailukelpoisuus voidaan saavuttaa vain tarkkojen (ja monimutkaisten) sääntöjen kautta.

Hankkeen suositus:

Päivystysmaksu

Päivystyksen varallaolon kustannukset erotetaan tuotteen hinnasta ja laskutetaan erillään. Hoidetun ongelman mukaisen tuotteen hinta on sama kuin elektiivisen tuotteen hinta. Päivystysmaksulla **ei** siis **kateta** potilaan päivystyshoidon kokonaiskustannuksista alla esitetyn mukaista 75 % osuutta. Päivystysmaksulla kateetaan **varallaolon** kustannuksista 75 % ja tämän **lisäksi laskutetaan normaali Full DRG** tuotteen hinta. Päivystysmaksuja peritään toteutuneen käytön perusteella eli kyseessä ei väestömäärään perustuva kapitaatiomalli.

Päivystysmaksua käyttävä malli tukee erityisesti myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä.

Päivystyspotilas

Päivystyspotilaiksi katsotaan kaikki ensiapuyksikön (päivystysyksikön, päivystysalueen) kautta hoitoon tulleet potilaat. Elektiivisesti sairaalaan tulleiden potilaiden päivystykselliset toimenpiteet eivät muuta näitä potilaita päivystyspotilaiksi.

Etukäteen sovitut toimenpiteet eivät ole päivystystoimintaa, vaikka toiminta tapahtuisi päivystysaikaan tai päivystysyksikössä. Esimerkiksi sovittu kipsin poisto ei ole päivystystapahtuma.

Synnytysvastaanotto on luonteeltaan päivystystoimintaa. Synnytysvastaanoton yhdistäminen ensiapuyksikön toimintaan on kuitenkin ongelmallista. Koska lähes kaikkiin synnytyksiin liittyy sekä synnytysvastaanoton että synnytyssalin käyttöä ja koska näiden resurssit ovat osittain yhteisiä, on järkevintä kohdistaa molempien kustannukset synnytystoiminnalle. Vain ensiapuyksikön kautta tulevat yllätys-synnytykset kirjautuvat päivystys-potilaiksi.

Päivystyksen kustannukset

Päivystyksen kokonaiskustannukset muodostuvat ennen kaikkea varallaolon ja tarvittavien tilojen ja välineiden kustannuksista sekä ensiapuyksikössä tehtävien toimenpiteiden (diagnostisten ja terapeuttisten) kustannuksista. Sairaalan normaali toiminta edellyttää päivystysvalmiutta myös elektiivisiä potilaita varten. Tähän kohdistuva osa päivystyksen varallaolon ja tarvittavien tilojen kustannuksista tulee sisältyä perustuotteistukseen.

Päivystyksenä tehdyille toimenpiteille voi välituotehinnastossa olla erilliset päivystyshinnat. Tämä hinta peritään sekä elektiivisesti sairaalaan tulleille potilaille että päivystyspotilaille tehdyistä päivystystoimenpiteistä.

Tavoitteeksi asetetaan, että päivystyksen varallaolon ja tarvittavien tilojen kustannuksista 75 % katetaan erillisellä laskutuksella. Muut kustannukset katetaan DRG-tuotteistukseen perustuvalla laskutuksella.

Maksut

Päivystyspotilaasta peritään päivystysmaksu. **Päivystysmaksut** kattavat halutun osuuden **päivystyksen varallaolon ja tarvittavien tilojen kustannuksista**. Kustakin potilaasta peritään **lisäksi** hoidetun ongelman (diagnoosi ja toimenpiteiden) perusteella **normaali (DRG-)tuotehintaa**.

Mikäli potilas jää sairaalahoitoon, kyseessä on vuodeosastojakson mukainen tuote. Mikäli potilas kotiutetaan tai siirretään ulkopuoliseen jatkohoitoon päivystysyksiköstä tai kuolee päivystysyksikössä, kyseessä on lyhythoitosen potilaan tuote, johon yksiköstä tilatut välisuoritteet kohdistetaan.

Tuottojen ja kustannusten kohdistaminen

DRG-tuotteiden tuotto tilitetään sille **yksikölle, joka vastaa potilaan jatkohoidosta tai joka kotiuttaa tai siirtää potilaan ulkopuoliseen jatkohoitoon**. Päivystysyksikössä tehtyjen **toimenpiteiden kustannukset kohdistetaan tähän yksikköön** riippumatta siitä, onko tutkimukset pyytänyt kyseisen yksikön työntekijä tai joku muu.

Päivystysmaksujen tuotto jaetaan siten, että **päivystysyksikön erityiskustannukset saadaan katettua**. Loput jaetaan **kliinisten yksikköjen** kesken siten, että **kohtuullinen osa varallaolon kustannuksista** saadaan katettua.

Päivystysmaksu muodostuu tällä tavoin määriteltynä **kohtuulliseksi**, koska esimerkiksi toimenpiteiden kustannukset kohdistuvat DRG-tuotteelle eivätkä päivystysmaksuun. Tuotemäärittelyssä on pyrittävä siihen, että tuotteet ovat mahdollisimman kustannushomogeenisia, jolloin yksinkertaisen toiminnon hinta ei

muodostu kohtuuttomaksi. Päivystysyksikön tilojen käyttö toimenpiteisiin on huomioitava kustannuslaskennassa ja, mikäli päivystysyksikkö on erillinen tulosyksikkö, sen on saatava tästä käytöstä korvaus.

Erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto

Järjestely mahdollistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysten yhdistämisen. Kaikista potilaista peritään päivystysmaksu. Hoidosta peritään joko erikoissairaanhoidon tuotteistuksen (DRG) tai perusterveydenhuollon tuotteistuksen mukainen maksu. Tulot ja toimenpiteistä aiheutuneet kustannukset kohdistetaan jatkohoidosta vastaavaan yksikköön.

5 Tietojärjestelmät

Tietojärjestelmäryhmä on tuottanut DRG:n kansallisen käyttöönoton tueksi seuraavat määrittelyt.

Ryhmittelyn kannalta pakolliset tiedot

Ryhmittelyn kannalta pakolliset tiedot on määritelty tuotteistusosiossa.

Kertakirjaaminen

Kertakirjaamisen periaate on, että mitään potilasta koskevaa tietoa ei tarvitse kirjata kahteen eri järjestelmään.

Poimintarajapinnat

Tietojen poimintarajapinnat määrittelevät keskeiset tietueet jotka eri kliinisiltä osa-alueilta tarvitaan, jotta potilaan hoidosta saadaan kliinisesti mielekäs kokonaisuus johon voidaan yhdistää sairaalan resurssien käyttö.

Kohdistussäännöt

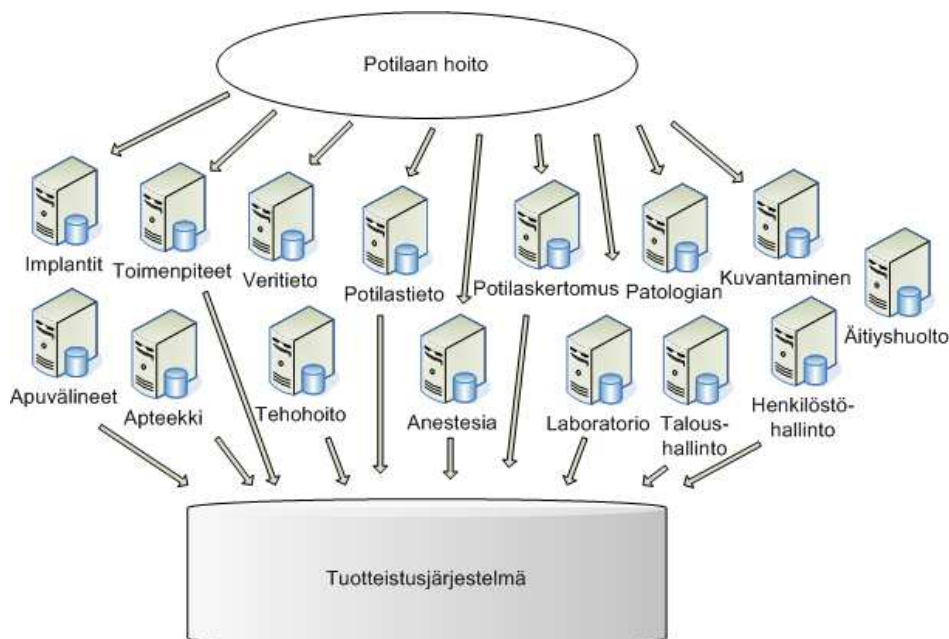
Välisuoritteiden kohdistussäännöt ovat kansallisia yleismäärittäksiä sille, miten välisuoritteet kohdistetaan perussuoritteisiin.

Raportointi

Raportointipohjat tarjoaa esimerkkejä millä tavoin sairaalat hyödyntävät kerättyjä tietoja eri sidosryhmille (kuntapäätäjät, operatiivinen johto, lääkärit, hoitohenkilökunta) suunnattuina raporteina.

Tausta

Terveystuonon piirissä on satoja erilaisia tietojärjestelmiä eikä ryhmän työn tarkoitus ole käsitellä järjestelmiä seikkaperäisesti. Alla olevaan kuvaan on poimittu keskeisiä tietojärjestelmien kliinisiä osa-alueita, jotka ovat oleellisia sairaanhoidon tuotteistuksen kannalta.



Esimerkkejä käytössä olevista tietojärjestelmistä:

- Sairuskertomusjärjestelmät: ESKO, Miranda, Effica
- Potilastietojärjestelmät: Effica, Pegasos, Oberon, Musti, Mediatri
- Leikkaussalijärjestelmät: Lesu, Opera, Effica, Orbit
- Kuvantaminen: NEAGEN RIS, Radu, Commit RIS, Effica
- Laboratorio: Multilab, Effica
- Äitiyshuolto ja synnyttäminen: Obstetrix, iPana

5.1 Kertakirjaaminen

Kertakirjaamisen periaate on, että mitään potilasta koskevaa tietoa ei tarvitse kirjata kahteen kertaan. Esimerkkinä mikäli tiedetään hoidon alkamis- ja päättymishetket, on turha enää kirjata hoidon kestoa.

On kuitenkin huomioitava, että kertakirjaamisessa ei saa missään tapauksessa rikkoa haluttujen tietueiden määritelmiä. Esimerkkinä lähetteellä tai muuten hoidon alkuhetkellä muodostunutta diagnoosia ei voi automaattisesti käyttää päädiagnoosina, koska määritelmän mukaan päädiagnoosi määritetään hoidon päättyessä silloisen tiedon perusteella.

Kun toinen järjestelmä tarvitsee tietoa, on se joko alkuperäisestä järjestelmästä saatavissa toiseen järjestelmään tai sen on automaattisesti siirryttävä siihen järjestelmään, missä sitä myös tarvitaan. Tavoitteena voisi olla yhteinen tietovarasto, johon järjestelmistä tiedot automaattisesti siirtyvät ja josta ne ovat käyttöoikeuksien puitteissa muiden järjestelmien saatavilla.

Esimerkkejä:

Diagnoosit kirjataan sairuskertomusjärjestelmään (ESKO, Miranda) ja ne siirtyvät sieltä potilastietojärjestelmään kyseisen hoitoajan tietoihin ja viimeisen hoitajan tiedoista lopulta HILMO-tietoihin.

Toimenpiteet, jotka kirjataan johonkin muuhun järjestelmään kuin potilastietojärjestelmään (OBERON), siirtyvät koko hoidon ajalta potilastietojärjestelmän Hilmo-tietoihin. Laskutukseen ja kustannuslaskentaan välisuoritteet poimitaan aina sieltä järjestelmästä, mihin ne on alkuaan kirjattu ja esim. potilastietojärjestelmästä poimitaan vain ne toimenpiteet, mitkä on sinne kirjattu, mutta ei niitä, jotka ovat siirtyneet sinne jostakin muusta järjestelmästä. Potilaskohtainen lääkitys kirjataan sairuskertomusjärjestelmän lääkitysosioon (esimerkki Miranda, Esko). Lääkehuollon tuotteistusta ja tarkempaa potilaskohtaista kustannuslaskentaa selvittää jatkotyöryhmä.

Pääteltäviä tietoja

Tässä kappaleessa luetellaan tiedot jotka voidaan automaattisesti generoida DRG-ryhmittelijän ymmärtämään muotoon:

- Hoitoaika
 - Hoitoaika päivinä lasketaan tulo- ja lähtöhetken mukaan
- Ikä
 - Potilaan ikä päivinä lasketaan syntymäajan ja hoidon alkamisajan mukaan
- Päivystyskoodit, kiireellisyys- ja hätäkoodit
 - Potilastietojärjestelmään on kuvattu hoidon kiireellisyys, tästä muodostetaan automaattisesti Z-koodi
- Sytostaattien koodimuunnokset

- Sytostaateille tehdään koodimuunnos
- Lateraliteetti-/puolisuuskoodit
 - Esimerkiksi "molemminpuolinen" voidaan päätellä leikkaussalijärjestelmästä
- Leikkauksen kesto koodataan ryhmittelijää varten Z-koodeilla leikkaussalin aikaleimojen mukaan

5.2 Järjestelmistä poimittavat tiedot

Lähetteet

- Lähete on määritelty suoritekäsikirjan kappaleessa hoidon käynnistyminen.

Perussuoritteet

- Perussuorite on ulkoisesti laskutettava suorite, yleensä poliklinikkakäynti tai hoitajakso. Myös ulkopuolisen organisaation tilaama konsultaatio on perussuorite.

Välisuoritteet

- Välisuoritteet ovat perussuoritteisiin suoraan tai välillisesti kohdistettavia suoritteita.

Kustannuslaskennan tarvitsemat tiedot

- Kustannuslaskennan tarvitsemat lähtötiedot

Lähetteet

Suoritekäsikirja: lähetteet

- Lähete ID
- Potilaan henkilötunnus
- Lähetteen päivämäärä
- Lähetteen kiireellisyys
- Lähetteen antaneen lääkärin SV-numero
- Lähetteen antaneen lääkärin nimi
- Lähete diagnoosi
- Lähetteen diagnoosin syykoodi
- Lähettävän laitoksen OID-koodi
- Lähettävän laitoksen nimi
- Maksusitoumus:
 - Maksusitoumuskoodi
 - Maksusitoumuksen antaja
 - Voimassaoloaika
 - Maksusitoumuksen rajoitukset (tekstikenttä)
 - Maksusitoumuksen päivämäärä
 - Suoritetyyppi

Poimintarajapinnat: perussuoritteet

- Perussuoritteet poimitaan potilastietojärjestelmistä
- Henkilötunnus
- Sukupuoli
- Hoitokontaktin yksilöivä avain (mikäli saatavilla)
- Hoitotakson alkamishetki (pvm, kellonaika)
- Hoitotakson päättymishetki (pvm, kellonaika)
- Potilaan ikä hoidon alkamishetkellä (voidaan laskea alkamishetken ja syntymäajan perusteella)
- HILMO-tiedot:
 - Tulotapa

- Jatkohoito
- Palveluala
- Saapumistapa
- Mistä tullut
- Hoitoon tulon syy
- Hoitokokonaisuustunniste
- Diagnoosit
- Päädiagnoosi
- Sivudiagnoosit
- Perustaudin diagnoosi
- Huomiot
- Pitkäaikaisdiagnoosit kirjataan yleensä sairauskertomusjärjestelmiin, josta ne voidaan poimia sairauskertomuksiin
- Välisuoritteet
 - Valmiiksi linkitetyt välisuoritteet
 - (hoitopäivät, hoitoyksikössä tehdyt toimenpiteet)
 - Muista järjestelmistä poimittavat välisuoritteet
- Erikoisala
- Hoitolaji (käynti/hoitajakso)
- Laskutustapa (DRG/muu tuote)
- Maksaja
 - Maksajatyyppi (jäsenkunta, ulkokunta, vakuutusyhtiö, projekti, itsemaksava, muu)
 - Maksusitoumustiedot
 - Ulkokuntalaisen hoitoon oton syy (Liittyy käynteihin ja hoitajaksoihin. Maksusitoumukseen perustuva ottosyy: maksusitoumus/päivystys/opiskelu/työ/muu/tyhjä)
 - Potilaan kotimaa
- Kuntakoodi
- Jonotiedot
- Tulonsaava yksikkö
- Lähettävä yksikkö
- Lähetetiedot
- Hoitajakso kesken -tieto
- Tilakoodi (Tilattu, Suoritettu, Peruttu...)

Paikallisesti sovittavia laskutuksen lisämääreitä:

- Maksuluokka
- Käyntityyppi
- Laskutus päätöksen suoritekoodi

Poimintarajapinnat: välisuoritteet

Kaikille välisuoritteille yhteiset lisätiedot (jotka eivät jo sisälly yhteisiin):

- Henkilötunnus/potilaan yksilöivä tunniste (pakollinen)
- Tilaajayksikkö (yksikkö ja sairaala)
- Tuottajayksikkö (yksikkö ja sairaala)
- Tilaajan tyyppi (ulkoinen/sisäinen)
- Hoitokontaktin yksilöivä avain (mikäli saatavilla)
- Lähdejärjestelmä (pakollinen)
- Maksaja
- Suoritelaji (verivalmiste, röntgen, hoitopäivä, käynti, tehohoito, jne.)
- Suoritekoodit (esimerkiksi Suomen toimenpideluokituksen mukaiset koodit)
- Suoritteiden nimi
- Sisäinen hinta
- Ulkoinen hinta
- Aloitushetki (päivämäärä, kellonaika)
- Päätymishetki (päivämäärä, kellonaika)

- o Suoritteen luontihetki
- o Suoritteen päivityshetki
- o Päivystys/Elektiivinen
- o Lukumäärä
- o Tilakoodi (Tilattu, Suoritettu, Peruttu...)
- o Laskutettavuus
 - o (tilakoodeja: ei laskutettava, laskutettava, ei kohdisteta, ulkoisesti laskutettava, sisäisesti laskutettava, EVO, hinnattomat lisäpalvelut)

Veritietojärjestelmä

Usein käytetään olemassa olevia rajapintoja (esimerkiksi verituotteiden optimaalinen käyttö VOK):

- o Verivalmistekoodi
- o Luovutusnumero (ISBT-koodi)
- o Verensiirron ajankohta
- o Tilausaika
- o Toimitusaika
- o Palautusaika
- o Oletettu valmisteen siirtoaika
- o Toimittava yksikkö
- o Potilaan veriryhmä
- o Kiireellisyyskoodi
- o Sopivuuskoe tehty
- o Kuntalaskutettavakoodi

Kuvantamisjärjestelmä

- o Henkilökunnan tunnisteet (suorittaja, lausunnon antaja)
- o Komplikaatiot
- o Lukumäärät (kuvien määrä, hukkakuvat, jne.)
- o Varjoaineet (itse varjoaine)
- o Huomioita
 - o Lausunnot omina koodeinaan
 - o Anestesiakoodit eri järjestelmään

Laboratoriojärjestelmät

- o Näytteenottomaksu
- o Näytteenottoaika
- o Lausunto

Patologian järjestelmät

- o Lausunto

Sairaskertomusjärjestelmät

- o Lääkeaineet
 - o Antoaika
 - o Annos yhdellä kerralla
 - o Antokertojen määrä vuorokaudessa
 - o Annoksen yksikkö
 - o Määräyksen alkamisaika
 - o Määräyksen päättymisaika
- o Hoitoisuus

Lääkehoidon järjestelmät

Tyypillisesti lääkeaineet kirjataan sairaskertomusjärjestelmään josta ne poimitaan välisuoritteina ja kohdistetaan perussuoritteille. Lisää aiheesta jatkokehitys osiossa.

- o ATC-koodi/Lääkekoodi/VNR-koodi

Tehohoidon järjestelmät

- o Luokittelun arviointiaika (pvm, kellonaika)
- o TISS-pisteet (kumulatiivinen summa)

Leikkaussali- ja anestesiajärjestelmät

- o Päätoimenpide
- o Sivutoimenpiteet
- o Lisäkoodit
- o Anestesiakoodit
- o Lääkärit ja muu hoitohenkilökunta
- o Aikaleimat [Huomautus: kustannuslaskennan kannalta tarvitaan lähinnä leikkausaika ja saliaika]:
 - o päivystysleikkauksen ilmoitusaika
 - o kutsuttu leikkaussaliin
 - o heräämään preoperatiiviseen valmisteluun
 - o potilas leikkausosastolle
 - o potilas saliin
 - o anestesia lääkäri saliin
 - o anestesian alku
 - o anestesia valmis
 - o leikkausvalmistelut tehty
 - o kirurgi paikalla
 - o toimenpiteen alku
 - o toimenpiteen loppu
 - o anestesian loppu
 - o potilas ulos salista
 - o potilas heräämään
 - o potilas siirrettävissä heräämöstä
 - o siirto jatkohoitoon
 - o jatkohoitopaikka salista
 - o jatkohoitopaikka vuodeosastolle
- o Henkilökunta
 - o toimenpiteen tekijä
 - o avustava lääkäri
 - o anestesia lääkäri
 - o anestesiahoitaja
 - o instrumentoivahoitaja
 - o salivalvoja
 - o lääkintävahtimestari
 - o muu henkilökunta
- o Muuta
 - o Implantit
 - o Uusintaleikkaus (alle 48h)

Konsultaatio- ja tutkimuskäynnit (potilaalle maksuttomat)

- o Kaikki kentät yleisiä välisuoritettietoja.
(Ulkopuolisen organisaation tilaama konsultaatio on perussuorite)

Ateriatietojärjestelmät

- o Ruoka-annos

5.2.1 Kustannuslaskennan tarvitsemat kustannustiedot

Toteutuneet kustannukset haetaan kirjanpidosta ja tilinpäätöksestä.

Kustannusten kohdistamiseen saatetaan käyttää muita järjestelmiä (palkanlaskenta-, työajanseuranta-, tilatieto- ja tarvikejärjestelmät).

Laskutusjärjestelmästä/tietovarastosta/tms. saadaan toteutuneet validit suoritemäärät sekä läpilaskutettavat välisuoritteet.

Palkanlaskentajärjestelmät

- Virka-/toiminumero
- Ammattinimikekoodi
- Työsuhteen aloitushetki
- Työsuhteen päättymishetki
- Kustannuspaikka
- Palkkalaji
- Palkkakustannukset yhteensä

Työajanseurantajärjestelmät

- Virka-/toiminumero
- Kustannuspaikka
- Ammattinimikekoodi
- Toteutuneen työvuoron työvuorotunnus
- Työvuoron alkuhetki
- Työvuoron päättymishetki

Tilatietojärjestelmät

- Pinta-alat
- Kustannukset
- Tilojen tyypit, käyttötarkoitukset, jne.

Tarvikkeet

- Kustannuspaikka
- Määrä
- Hinnat
- Tarvikelaji

5.2.2 Laskutuksen tarvitsemat tiedot

Perussuoritteet alkavat ja loppuvat eri syklillä kuin laskutus pyörii. Yleensä yhteen perussuoritteeseen kohdistuu yksi laskutuspäätös. Laskutuspäätöksestä on viittaus yhteen tai useampaan laskuun. Esimerkiksi pitkäaikaispotilaiden tapauksessa yhteen laskutuspäätökseen voi liittyä useita laskuja.

Laskutuspäätökset

Laskutuspäätökseen tulee mukaan perussuoritteen ja välisuoritteiden tiedot tai viittaus näihin tietoihin.

Laskutuspäätöksen lisätiedot:

- Perussuoritteen tunniste tai perussuoritteen tiedot
- Laskutustapa (DRG-pohjainen, oma tuote)
- Laskutuspäätöksen tiedot
 - Laskutuspäätöksen alkupäivä
 - Laskutuspäätöksen loppupäivä
 - Hoitojakso kesken (kyllä/ei)

- Viittaus laskuihin
- Laskutus päätöksen summa (yhteensä ilman potilasosuutta ei-DRG-pohjaisesti laskutettaville)

Lasku

- Laskutus päätöksen tunniste
- Tuotehinnan määräytymispäivä

Laskutusvälisuoritteet

Välisuoritteiden yleiset tiedot

Sisäisen laskutuksen järjestelmät

Sisäisen laskutuksen järjestelmä käyttää yleensä varsinaisen laskutuksen järjestelmän tietoja. Sisäisen laskutuksen järjestelmän tehtävä on jakaa laskutuksesta tulevat rahat tuottajaorganisaatioille.

Apuvälineet

Apuvälinejärjestelmästä poimitaan maksajittain (kunnittain) tiedot suoraan laskutusjärjestelmään. Apuvälineet laskutetaan DRG -tuotteistuksen ulkopuolella.

Potilaskuljetukset

Yleisesti potilaskuljetukset laskutetaan DRG -tuotteistuksen ulkopuolella.

5.3 Välisuoritteiden kohdistussäännöt

Kohdistaminen tarkoittaa erillään olevien tietojen yhdistämistä valitulla logiikalla. DRG -tuotteistuksen yhteydessä potilaaseen liittyviä välisuoritteita poimitaan useista eri tietojärjestelmistä. Kohdistusvaiheessa välisuoritteet yhdistetään erilaisiksi kokonaisuuksiksi esimerkiksi vuodeosastohoitajaksoihin. Tässä kappaleessa kerrotulla logiikalla välisuoritteet liitetään perussuoritteisiin.

Ennen kohdistusta välisuoritteista poistetaan sellaiset välisuoritteet jotka laskutetaan erikseen. Raportointia varten kohdistetaan myös sellaiset välisuoritteet jotka on hinnoiteltu nolla euroa maksaviksi.

Välisuoritteet kohdistetaan suoritepäivämäärän perusteella järjestyksessä:

- Mikäli mahdollista, yksilöivän avaimen perusteella hoitokontaktiin
 - Jos avainta ei ole käytössä kohdistetaan:
 - 1) Tilanneeseen yksikköön yksikköhierarkia huomioiden
 - 2) Mihin tahansa yksikköön
- Kontakti valitaan seuraavassa järjestyksessä:
 - 1) Samanaikaiseen hoitojaksoon
 - 2) Samanaikaiseen käyntiin
 - 3) Kohdistusväliltä jaksoon
 - 4) Kohdistusväliltä käyntiin
 - 5) Kalenterivuoden aikana hoitojaksoon
 - 6) Kalenterivuoden aikana kontaktiin
- Kohdistusväli on 2 - 4 kuukautta molempiin suuntiin.

Joskus välisuorite jää mainitusta logiikasta huolimatta kohdistumatta. Tällöin kyseessä on:

- Virheellinen välisuorite
- Perussuorite (hoitokontakti) puuttuu. Perussuorite on saattanut rekisteröityä edelliselle vuodelle tai vaihtoehtoisesti se on vasta tulossa.

Kohdistumattomia välisuoritteita tarkastellaan jatkuvasti. Tällöin voidaan jatkuvasti varmentaa kohdistussääntöjen toimintaa. Poikkeustapauksissa kalliita välisuoritteita voidaan myös kohdistaa käsin

5.4 Raportointi/raportoinnin käyttö

Kysymys: miten sairaalasi hyödyntää keräämiään tietoja eri sidosryhmille kohdennettuina raporteina?

5.4.1 Yleiset raportointimallit

Raportointimallien kautta palvelutuotantoa seurataan lukumäärinä ja euroina. Vertailuarvoina käytetään usein budjettia sekä edellisen vuoden toteumaa. Raporteilla tiedot ryhmitellään esimerkiksi erikoisaloittain, yksiköittäin, kunnittain, potilasryhmittäin, jne. Raportointimalleista tarjotaan usein porautumismahdollisuus hienojakoisemmalle tasolle suoritteiden sisältöön.

DRG-järjestelmän seurantatiedot

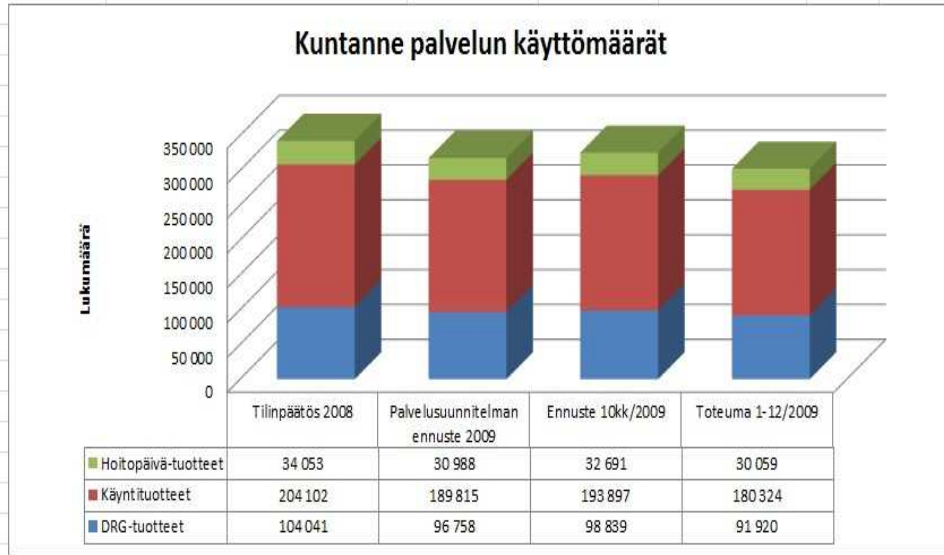
- Diagnoosi- ja toimenpidetietojen kirjaus
 - Keskeisten muuttujien/tietojen jakaumia
 - Diagnoosi- ja toimenpidekoodien frekvenssit
 - DRG-järjestelmän loogisten kontrollien hyödyntäminen. Esimerkkeinä DRG ryhmät:
 - 470 "Puuttuva diagnoosi"
 - 477 "Epätavallinen diagnoosin ja toimenpiteen yhdistelmä"
 - 468 "Epätavallinen diagnoosin ja laajan toimenpiteen yhdistelmä"
- Puutteellisten tietojen raportit
- Keskeneräisten tapausten seuranta
- Painokertoimien/DRG-hintojen raportointi

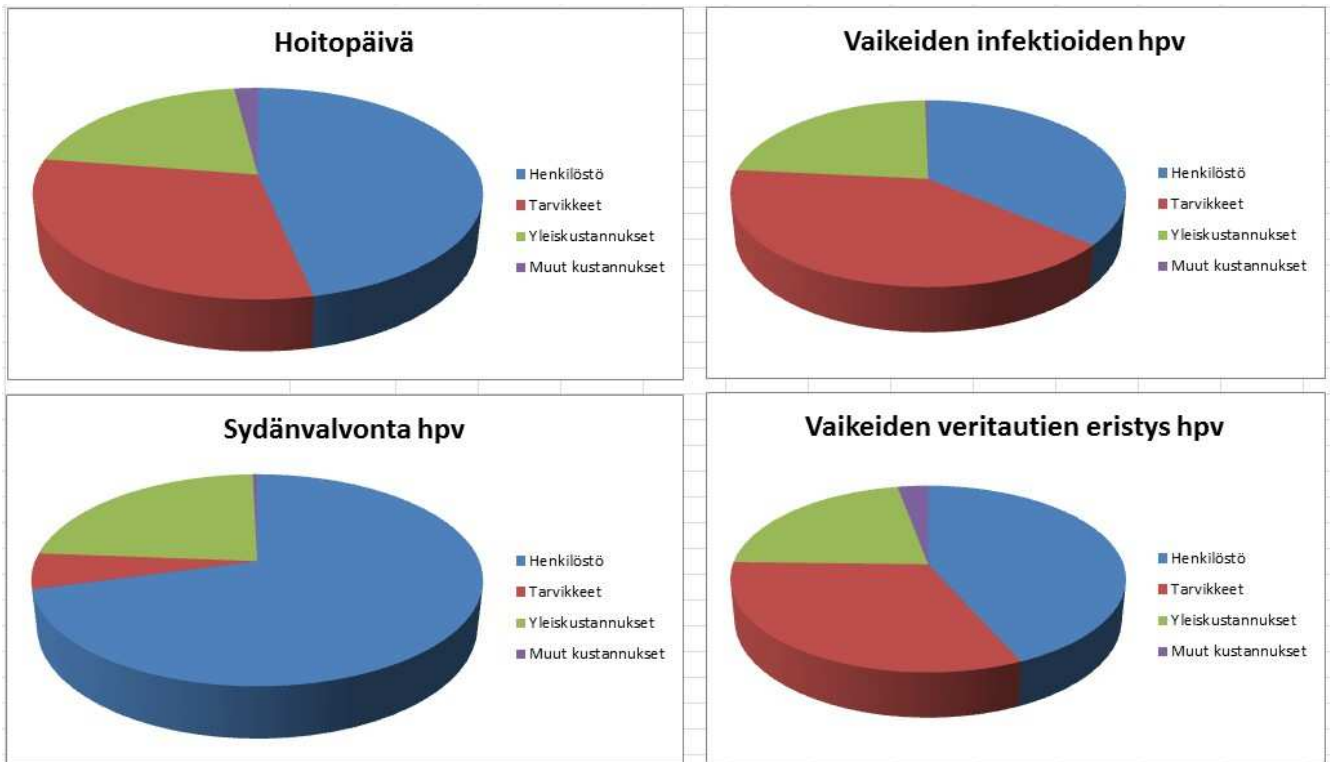
Talouden seuranta

- DRG-kohtainen seuranta
 - keskiarvo, hajonta, outlier-raportointi ja ongelmatapauksiin porautuminen
- Budjetin toteutumisen seuranta
 - poikkeamat DRG-kohtaisesti
- Palvelutuotanto ryhmiteltynä eri tasoilla
- Ostopalvelut
- Kaupankäynti palvelutuottajien välillä
- Kustannusrakenteen tarkastelu
 - Tuotteiden kustannusten jakaantuminen: mistä hoitopäivän/ leikkauksen/jne. hinta koostuu

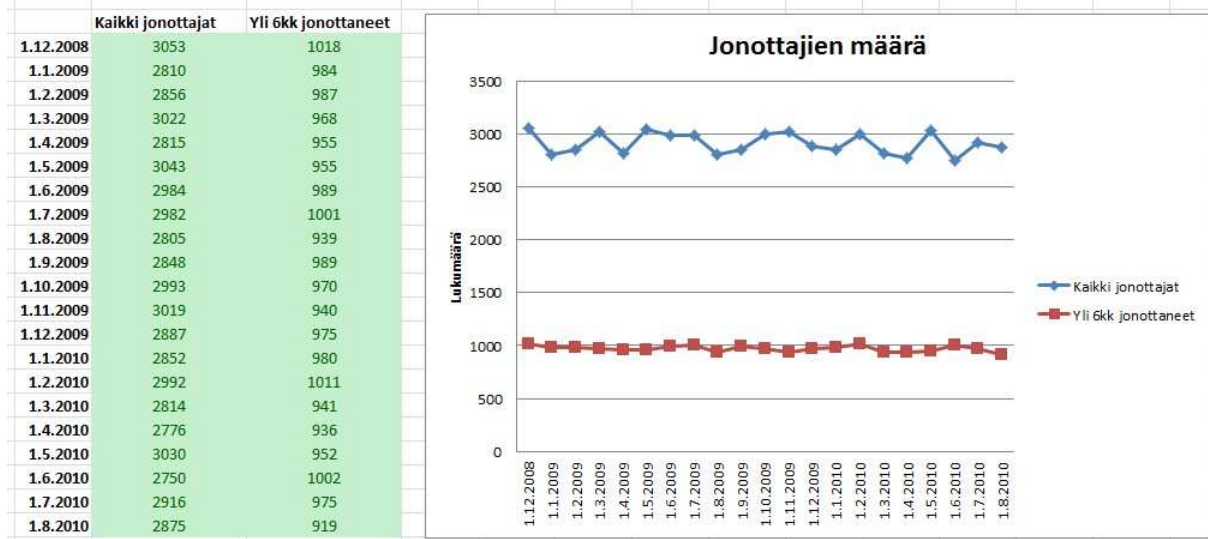
Esimerkkiraportti: Kunnan palvelusuunnitelman ja käytön toteuman vertailua

	DRG-tuotteet	Käyntituotteet	Hoitopäivä-tuotteet
Tilinpäätös 2008	104 041	204 102	34 053
Palvelusuunnitelman ennuste 2009	96 758	189 815	30 988
Ennuste 10kk/2009	98 839	193 897	32 691
Toteuma 1-12/2009	91 920	180 324	30 059



Esimerkkiraportti: Hoitopäivien hintoja**Kliinisen toiminnan seuranta**

- Hoidon laadun seuranta
 - Yleisesti ja DRG-kohtaisesti
 - Potilasvahingot, haittavaikutukset, uusintahoidot (readmission)
- Hoitopääsyn raportit
 - Hoidon saatavuuden seuranta (hoitotakuu, lähete- ja jonoraportit)
 - Jonottamisen syyt (diagnosit, toimenpiteet)
- Läheteiden seuranta
 - Lähetteet lähettäjäryhmittäin
 - Lähettämisen syyt (diagnosit, toimenpiteet)
- Käyntien seuranta
- Hoitajaksojen seuranta
- Hoitopäivien seuranta
- Suoritteiden lukumäärät
 - Leikkaustoimenpiteet, laboratoriotutkimukset, synnytykset, ...

Esimerkkiraportti: Jonottavien potilaiden määrät**5.4.2 Käyttäjryhmät****Sairaanhoitopiirin/kuntayhtymän ylin johto**

Kuntapäättäjät
Operatiivinen johto
Taloussuunnittelu
Työyksiköiden henkilöstö

Kuntapäättäjät

Kuntapäättäjät pääsevät katsomaan oman kuntansa terveydenhuollon tilastotietoja, sekä joissain tilanteissa vertailutietoja muihin kuntiin.

Tärkeitä ovat yleisen tason perusraportit kuten:

- o 20 kokonaiskustannuksiltaan kalleinta DRG:tä
- o 20 yleisintä DRG:tä
- o 20 yksikkökustannuksiltaan kalleinta toteutunutta DRG:tä
- o Kokonaiskustannusten muutos, 10 eniten noussutta ja 10 eniten laskenutta ryhmää
- o Budjetin toteutumisen ennuste
- o DRG-pisteen hinnan seuranta ja vertailu eri yksiköissä

Sairaanhoitopiirin/kuntayhtymän ylin johto

Listatuista raportointimalleista ylimmälle johdolle tarjotaan tietoja lähinnä ylätasolla: vertailua kunnittain, erikoisaloittain, yksiköittäin, potilasryhmittäin, jne.

Operatiivinen johto

Operatiiviselle johdolle tarjotaan oman alueensa/yksikkönsä hienojakoisempaa tietoa sekä karkeaa vertailua muihin yksikköihin.

Taloussuunnittelu

Taloussuunnittelijoille tarjotaan talouden suunnitteluun ja seurantaan tarvittavat tiedot ilman potilasta yksilöivää tunnistetta.

Työyksiköiden henkilöstö

Lääkäreille, hoitohenkilökunnalle ja osastonsihteereille tarjotaan tarkat tiedot heidän hoitovastuunsa piiriin kuuluvista potilaista.

6 Yleiset

6.1 Terveysthuollon luokituksia

Perusluokitukset

Diagnoosiluokitukset

- WHO: ICD-10
- Stakes: ICD-10
<http://sty.stakes.fi/FI/koodistopalvelu/koodisto.htm>

Toimenpideluokitukset

- Stakes: Suomen Toimenpideluokitus
<http://sty.stakes.fi/FI/luokitukset/toimenpideluokitus/toimenpideluok.htm>
- Luokituskoodit:
<http://194.89.160.67/codeserver/classification-action.do?action=find&key=57>
- Yhteispohjoismainen NCSP -luokitus: "NOMESCO Classification of Surgical Procedures"
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00269/Ncsp_1_14_269_099a.pdf
- Kuntaliitto: Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;40302;46660;46683

Fimea: ATC-koodisto (lääkkeiden anatomis-terapeuttis-kemiallinen luokitus)

Sukupuoli: Kansallinen standardi SFS 4182

http://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset/lk/sukupuoli_70_keh.html

- Yhdenmukainen kansainvälisen ISO 5218 standardin kanssa

DRG -luokitusten versiot

Ajantasainen tieto DRG luokitusten versioista löytyy Nordic Casemix Centren sivuilta

- Classic
- Full

Lähteet

- [1] Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 1806/2009.
- [2] Hilmo: Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2011. Määrittelyt ja ohjeistus.
- [4] AvoHILMO: Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2011. Määrittelyt ja ohjeistus.
- [5] THL:n erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn seurannan ohjeet 31.18.2010.
- [6] Erikoissairaanhoidon saatavuuden seurannan manuaali (versio 13.3.2007).
- [7] Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot II. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Ohjeita ja luokituksia. Stakes 1999:5.
- [8] THL - Tautiluokitus ICD-10 /2010.
- [9] THL – Toimenpideluokitus. Nomescon leikkausluokituksen suomalainen versio 2010.
- [10] Kuntaliitto – Laboratoriotutkimusnimikkeistö 2010.
- [11] Mielenterveyslaki 1116/1990.
- [12] Tilastokeskus Luokitukset/sukupuoli. Kansallinen standardi SFS 4182. Saatavissa: < <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/sukupuoli/001-1970/index.html> >
- [13] Laki väestötietojärjestelmästä ja Väestörekisterikeskuksen varmennepalveluista 661/2009.
- [14] Kotikuntalaki 201/1994.
- [15] Ulkomaalaislaki 301/2004.
- [16] Laki Kotikuntalain 4§:n muuttamisesta
- [17] Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.
- [18] Opas Sähköisen potilaskertomuksen rakenteesta. STM 28.2.2006.
- [19] THL: Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot (2009).
- [20] Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.
- [21] Erikoissairaanhoidolaki 1062/1089.
- [22] Ylipartanen, Arto 2010. Tietosuoja terveydenhuollossa.
- [23] Terveydenhuoltolaki, 30.12.2010/1326
- [24] Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009.
- [25] Asiakasmaksulaki 3.8.1992/734,
- [26] Nordic Casemix Centre. Saatavissa: < <http://www.nordcase.org/> >
- [27] Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus 2010.
- [28] Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994.

- [29] Norjan kliinisen koodauksen kursseja. Saatavissa: < <http://finnkode.kith.no/2010/> >
- [30] Socialstyrelsen. Klassificeringsanvisningar för val av huvuddiagnos vid registrering till patientstatistik. Number 2006-11-15. 2006. Saatavissa: < <http://www.socialstyrelsen.se/> >
- [31] Ohje anestesia-, tehohoito-, ensihoito- ja kivunhoitotoimenpiteiden kirjaamiseksi pohjoismaisen toimenpidekirjan mukaisesti. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 16.3.2005.
- [32] Kirjausohje hoidon haittavaikutusten ja niihin liittyvien toimenpiteiden kirjaamisesta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 23.12.2005.
- [33] NordDRG Manual FIN 2010. Nordic casemix centre. Saatavissa: < http://www.norddrg.net/norddrgmanual/NordDRG_2010_FIN/index.htm >
- [34] Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- [35] Koodistopalvelu. Saatavissa: < <http://www.thl.fi/koodistopalvelu> >.
- [36] Stakes: Lääketieteellisen hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijaryhmän raportti. 2007.
- [37] Socialstyrelsen. Kodningskvalitet i patientregistret för slutenvård 2008. Saatavissa: < <http://www.socialstyrelsen.se/> > [http://drghanke.pbworks.com/w/page/25664303/Viitteet - _ftnref1#_ftnref1](http://drghanke.pbworks.com/w/page/25664303/Viitteet_-_ftnref1#_ftnref1)
- [38] Punkari J, Kaitokari p, Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitysmiesten raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 2003:1.
- [39] Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 –kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2001:3.
- [40] Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.
- [41] Erikoissairaanhoidon palveluiden tuotteistus Suomessa. Kuntaliitto 2008. <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p071220143020V.pdf>
- [42] Lehtonen Taru. DRG-käyttäjät 2010, Kuulumisia HUS-alueelta.

Liitteet

Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotteistus Suomessa, Suomen Kuntaliitto 2007, SaTu-suositukset

1. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotteistus perustuu NordDRG-järjestelmään. Tuotteistuksen tulee kattaa sekä vuodeosastohoito että avohoito. Erikoissairaanhoidon palvelutuottajien tulee vuoteen 2009 mennessä esittää suunnitelma DRG:n käyttöönottamiseksi, 2010 mennessä ottaa käyttöön classic-ryhmittelijä (tai siirtyä suoraan full-ryhmittelijän käyttöön) ja vuodesta 2011 käyttää ryhmittelijän full-versiota. Samaan aikaan DRG-ryhmittelijää tulee kehittää niin, että se vastaa paremmin ennen kaikkea avoidon ja psykiatrisen hoidon tarpeisiin.
2. Opetuksen ja tutkimuksen kustannuksia ei saa vyöryttää sairaanhoidollisten palveluiden hintoihin. Erytisvaltionosuuden (EVO) tulisi kattaa kaikki opetuksesta ja tutkimuksesta aiheutuvat kustannukset. Niiltä osin kun erityisvaltionosuus ei kata näitä kustannuksia, ne laskutetaan ja tarvittaessa tuotteistetaan muulla tavoin.
3. Päivystyksen aiheuttamat kustannukset tulee erotella elektiivisen toiminnan kustannuksista ja hinnoitella lopputuotteen tasolla (NordDRG-ryhmä) erikseen.
4. Valtakunnallisesti sovitaan ne erikoissairaanhoidon tehtäväksi annetut tai annettavat palvelut, jotka rahoitetaan muutoin kuin palveluhintojen välityksellä (valtion toimesta tai kapitaatiopohjaisesti). Muut palvelut rahoitetaan erikseen tuotteistettuna ja hinnoiteltuna.
5. Kalliin hoidon kustannukset lasketaan yksittäisten henkilötunnusten kalenteri-vuonna käyttämien palvelujen summana riippumatta hoidon syystä,
6. Peruspääoman korko mainitaan palveluhinnastossa.
7. Mikäli potilaan hoitajakson hinta poikkeaa merkittävästi keskimääräisestä NordDRG-ryhmän potilaskohtaisesta kustannuksesta, voi sairaanhoitopiiri sopia palvelujen tilaajien kanssa säännöistä, joiden perusteella kiinteään DRG-ryhmän hinnan asemasta käytetään outlier-menettelyä. Jatkossa tulee pyrkiä yhdenmukaiseen outlier-menettelyyn eri palvelutuottajien kesken.
8. Pienten DRG-ryhmien osalta voidaan soveltaa kansallisia painokertoimia tai suoriteperusteisia hintoja.
9. Kansallinen DRG-keskus tuottaa vuosittain painokertoimet sairaaloiden sille toimittamasta kustannusaineistosta. Painokertoimet lasketaan niiden sairaaloiden kustannusaineistosta, jotka kykenevät täyttämään tässä suosituksessa määritellyt potilaskohtaisen kustannuslaskennan vaatimukset. Kolmen vuoden siirtymäajan jälkeen (1.1.2011 lähtien) kaikkien sairaaloiden tulisi kyetä tuottamaan oman toimintansa potilas-/tuotekohtainen hinta.
10. Sairaalalla tulee olla tietojärjestelmärakenne ja laskentajärjestelmä, joka pystyy tuottamaan potilaskohtaiset kustannuserittelyt ja NordDRG-ryhmittelyyn perustuvat tuotekustannukset.
11. Sairaalalla tulee olla sisäinen suoritejärjestelmä, joka määrittelee ja strukturoi potilasta hoitavien yksikköjen tuottamat (väli)suoritteet. Tietojärjestelmärakenteen ja laskentajärjestelmän tulee kyetä tuottamaan suoritekohtaiset kustannukset ja kohdistamaan ne potilastapaukselle ja NordDRG-ryhmittelyyn perustuvalla tuotteella.
12. Sairaalalla tulee olla tietojärjestelmärakenne ja laskentajärjestelmä, joka kykenee erittelemään kokonaiskustannukset välillisiin ja välittömiin kustannuksiin ja kohdistamaan

- tämä kustannusrakenne potilastapaukselle ja NordDRG-ryhmittelyyn perustuvalle tuotteelle.
13. Sairaalalla tulee olla käytössään suoritekäsikirja, joka määrittelee ja ohjeistaa sairaalan toiminnan kannalta keskeiset käsitteet ja menettelytavat. Käsikirjaan tehtävät muutokset päivitetään tarpeen mukaan noudattaen organisaation sopimaa hyväksymismenettelyä.
 14. Suoritekäsikirjan tulee sisältää erillisenä osana sairaalan kustannuslaskentaohjeet. Nämä ohjeet vahvistetaan sairaalan johdon toimesta tilivuodeksi kerrallaan.
 15. Tulee viipymättä käynnistää kansallisen suoritekäsikirjan rungon valmistelutyö. Sen tulee sisältää ne käsitteet käsitemallina kuvattuna, joiden yhtenevyys on välttämätöntä kustannuslaskennan laskentatasojen kannalta.
 16. NordDRG-tuotteiden hinnat ovat kiinteitä sopimuskauden tai hinnaston voimassaolon ajan.
 17. Samalla tuotteella tulee olla palvelutuottajakohtainen hinta riippumatta palvelun tuottantopaikasta tai organisoimistavasta. Pääsääntöisesti erikoisalakohtaista hinnoittelua ei tule käyttää. Sellaiset tuotteet, joiden sisältömäärittelyt eivät vastaa toisiaan, voidaan hinnoitella erikseen. Erillishinnoittelulla voidaan huomioida hoidon vaatavuustason vaihtelu.
 18. Sairaalan tulee laatia (väli)suoritteille sairaalansisäinen hinnasto, joka perustuu ko. suoritteiden tuottamisen kustannuksiin. Suoritejärjestelmää ja hinnastoa käytetään pääasiassa sairaalan kustannuslaskennassa, palvelutuotannon suunnittelussa ja kustannusten kohdistamisessa.
 19. Sairaala voi käyttää katetuottolaskentaa. Tämän seurauksena sairaala voi myydä palvelujaan täyskatteellisuudesta poiketen eri hinnoin eri ostajille (asiakaskohtainen hinnoittelu).
 20. Vuosisopimuksen tulee perustua pääosin NordDRG-tuotteistukseen, tuotteiden määriin ja niitä vastaaviin sovittuihin hintoihin sekä ehtoihin. Tämä mahdollistaa palvelujen käytön ja kustannusten vertailun.
 21. Hintojen lisäksi sopimuksissa tulisi määritellä tuotettuja palveluja koskevat laatuvaatimukset.
 22. Sairaalan tulee laskuttaa erikseen mahdollisesti tuottamistaan perusterveydenhuollon palveluista. Tällaisena voidaan pitää esim. jatkohoitoon siirtymistä odottavan potilaan hoitoa. Tätä kustannusta ei tule sisällyttää NordDRG-hintaan.
 23. Erikoissairaanhoidon palvelujen kilpailutuksessa käytetään NordDRG-tuotteistusta.
 24. NordDRG-tuotteistusjärjestelmän muutosprosessi Suomessa tapahtuu kansallisesti sovitulla prosessilla ja aikataululla.
 25. Terveystuotannon kansalliset koodistot tulisi keskittää kansallisen tahon hallittavaksi. Toistaiseksi on sovittu vain luokitusten teknisestä ylläpidosta ja jakelusta.
 26. Tulee käynnistää työ, jonka päämääränä on luokitusten ja koodien käyttöön opastava luokitus-/koodauskäsikirja. Tämän tulee sisältää ICD-, NCSP-, ATC-, ICPC- ja ICF-koodistojen ohjeistus. Työstä tulee vastata se taho, jolle kansallisten koodistojen ylläpitovastuu keskitetään.
 27. Luokitus-/koodauskäsikirjan tulee olla käytettävissä internetin kautta ja sitä tulee jatkuvasti päivittää.

28. Valtakunnallisesti tulee luoda kirjaamisen laatua kuvastavat laatumittarit, joita seurataan jatkuvasti ja kattavasti. Mittarien seurannan ja kehittämisen koordinaatiosta vastaa luokituskeskus, jonka hallittavaksi koodistot keskitetään.
29. Valtakunnallisesti tulisi asettaa hyväksyttävät vaihteluvälit eri laatumittareille. Mittareiden absoluuttiset arvot sekä niiden toteutuminen tulisi raportoida säännöllisesti.
30. Kirjaamisen laadunseuranta ja kehittäminen tulee vastuuttaa henkilölle, jolla asemansa perusteella on mahdollisuus toteuttaa tarvittavat kehittämistoimenpiteet.
31. Sairaaloille luodaan sertifiointijärjestelmä, joka edellyttää, että sairaalat ylläpitävät omaa sisäistä kirjaamisen laatuja järjestelmää ja osallistuvat säännölliseen ulkoiseen auditointiin.
32. Kustannusten kohdistamisessa tulee noudattaa aiheuttamisperiaatetta. Kohdistamisessa voidaan soveltaa vastuualue- ja toimintolaskentaa.
33. Potilaskohtaisessa kustannuslaskennassa laskentakohteen kokonaiskustannukset tulee jakaa välittömiin ja välillisiin kustannuksiin.
34. Kustannukset tulee kohdistaa mahdollisimman kattavasti potilaan palvelutapahtumille, enintään 20 prosenttia tulisi vyöryttää.
35. Kaikissa sairaalan vastuuyksiköissä tulee kehittää suoritteisiin perustuvaa sisäistä tuoteistusta. Suoritelaskennan kautta pystytään tarkemmin seuraamaan kustannusten kohdentumista. Täsmällinen suoritelaskenta edellyttää käytetyn työajan systemaattista raportointi- ja seurantajärjestelmää. Työaikaseuranta/-kirjaus voidaan tehdä myös arvio-/otospohjaisesti tai soveltamalla suhteellista arvoyksikköä (relative value unit).
36. Lääkkeiden ja kalliiden tarvikkeiden kohdentamisessa tulee kehittää veloitusjärjestelmä, jonka avulla lääke tai tarvike voidaan kohdistaa hoidettavalle potilaalle. Näin annetut lääkkeet ja tarvikkeet kirjataan ja kohdistetaan potilastapauskohtaisesti.
37. Alkuvaiheessa laitteista kohdennetaan potilaskohtaisessa ja suoritelaskennassa ainoastaan kalliit laitekustannukset, muut vyörytetään. Tätä vyörytysosuutta tulisi jatkossa kuitenkin pienentää ja kehittää kohdistamista enemmän aiheuttamisperiaatteen suuntaan, jotta kohdistetut laitekustannukset vastaisivat todellisia kustannuksia.
38. Potilaan hoitoa varten ostettavat (sisäiset ja ulkoiset) palvelut (esimerkiksi kuvantamis- ja laboratoriokustannukset) kirjataan laskentakohteelle välittömiksi kustannuksiksi.

Riitta Luhtala

2010-08-26

Lääkkeiden kirjaaminen kertomuksen lääkitysosioon – hyödyntäminen laskutuksessa**Taustaa**

Yliopistosairaaloiden yhdessä kehittämä potilastietojärjestelmä Uranus on käytössä kaikissa yliopistosairaloissa. Uranuksen potilashallinnon osuus on nimeltään Oberon ja kertomusosuuden nimi on Miranda. Kaikki sairaanhoitopiirit käyttävät Uranuksen 2007 versiota.

Sairaalat kirjaavat nykyisin laskutusta varten erikseen nk. kalliit lääkkeet Uranuksen potilashallinnon osuuteen, joko toimenpiteenä tai muuna laskutettava suoritteena.

Vuosittain jokaisessa sairaanhoitopiirissä on jouduttu lääkkeiden muuttuessa sopimaan erikseen laskutettavan suoritteen nimestä ja hinnasta, tai HUSin mallin mukaan, toimenpidekoodista, jota ryhmittelijä pystyy hyödyntämään. Tämän lisäksi lääkkeet kirjataan myös potilaskertomukseen.

Käytännössä viive sille, että lääkkeen tiedot saadaan vaikuttamaan ryhmittelijään, ei nykyisellään toimi tarpeeksi nopeasti. Viive voi olla esim 2 vuotta.

Vuoden 2011 toukokuun loppuun mennessä kaikki sairaanhoitopiirit (lukuun ottamatta PPSHP) kirjaavat lääkityksen Mirandan lääkitysosuuteen. PPSHP käyttää omaa kertomusjärjestelmää (Esko). Kirjatut lääkkeet tallentuvat päivittäiseen tietovarastoon (ODS) potilaskohtaisesti.

Jotta kaksinkertaisesta kirjaamisesta päästäisiin, täytyisi suunnitella tapa, jolla kertomukseen kirjatut lääkkeet saadaan kustannuslaskennan ja laskutuksen käyttöön.

Lääkitys ODS:ja on 6 kappaletta ja ne sisältävät potilaskohtaisesti tiedot kaikista lista- ja erillisen määräyksen mukaisista sekä ex-tempore lääkkeitä. Lääkkeiden tunnisteenä on VNR – koodi sekä kyseisen lääkkeen ATC – koodi. Lääkkeiden hinnat eivät löydy Mirandan ODS:sta, mutta ne ovat saatavana apteekin lääkerekisteristä. Puitesopimuksen mukainen (PS) päivittäisen tietovaraston ja raportoinnin (Cressida) ryhmä on käynyt läpi ODS:hin tallentuvien tietojen sisällön ja tietojen soveltuvuuden yllä mainittuun käyttöön.

Yliopistosairaaloiden osalta tahtotila on se, että potilaan lääketiedot (ei ainoastaan kalliit lääkkeet) saadaan osaksi potilaan hoidon kustannuksia ja ne pystytään tuotteistamaan sellaisenaan, ilman keinotekoisia toimenpidekirjauksia. Tavoitteena on myös se että kirjaajan ei tarvitse tulkita lääketoimenpiteitä erikseen ja toiminnallisesti vältytään kahdenkertaiselta kirjaamiselta. Tämä edellyttää yhteisesti sovittua lääkehoidon tuotteistusta valtakunnallisella tasolla, ainakin yo-sairaالاتasolla

Esiteitys

PS-Cressida ryhmä (Riitta Luhtala pj, Tuula Matllar HUS, Vesa Sirniö PPSHP, Riitta Niemelä PSSHP, Hilka Lamminsivu PSHP ja Sari Sinkkonen VSSHP) esittää että FCG:n DRG-keskus perustaa kansallisen projektiryhmän, jossa on tarvittava edustus kaikista yliopistosairaaloista. Ryhmän tulee määrittellä tietotarpeet ryhmittelyä varten laskutuksen ja kustannuslaskennan tarpeisiin. Yliopistosairaalat tuottavat määrittelyä ja testausta varten tarvittavan aineiston Mirandan lääkitysosion tiedoista.

Oheisessa liitteessä on 16.2.2012 ehdotus yliopistosairaaloitten edustajista projektiryhmään.

Ryhmän puolesta

Riitta Luhtala
Hankepääällikkö/tilaajakoordinaattori
Uranus 8.1 hanke
PS-Cressidaryhmän puheenjohtaja

Mikko Rotonen
IT Kehitysjohtaja
HUS Tietotekniikka

Kirjaamisen vastuutaulukko					
Mitä kirjataan	Kuka määrittelee / vastuu sisällöstä	Kuka kirjaa / vastuu oikeasta kirjaamisesta	Mihin kirjataan	Milloin kirjataan	Mihin merkintä vaikuttaa
Päädiagnoosi Sivudiagnoosi (oire-syydg)	Lääkäri (aina)	Osastonsihteeri Sairaanhoidaja Lääkäri (psykiatria)	Potilastietojärjestelmä Sairauskertomusjärjestelmä	Kontaktin päättyessä Käynnin / hoitajakson päättyessä	Potilaan hoidon suunniteluun Laskutukseen HILMO, tilastointi DRG-ryhmä
Päätoimenpide Sivutoimenpiteet (toteutuneet toimenpiteet)	Toimenpiteen tekijä	Osastonsihteeri Sairaanhoidaja Lääkäri	Leikkaussalijärjestelmä Potilastietojärjestelmä Kuvantamisen tietojärjestelmä Erikoisalojen omat tietojärjestelmät	Toimenpiteen päättyessä, pitää varmistaa, että toimenpide on oikea, suunniteltu / toteutunut	
Hoitoaika pvm, kellonaika (vos / avo)	Sisäänkirjausaika Lähtöaika	Osastonsihteeri Sairaanhoidaja (määrittely)	Potilastietojärjestelmä	Potilaan saapuessa ja lähtiessä	Tilastointi DRG-ryhmä
Lisäkoodit 1. leikkauksen kesto 2. lateraliteetti 3. kiirreellisyys (potilaan statuksesta johtuva)	1. tulee aikaleimoista 2. tulee leikkaussuunnitelmasta (lääkäri) 3. lääkäri	1. anestesiahoitaja 2. sairaanhoidaja 3. anestesia- tai sairaanhoidaja	2. leikkauskertomus -> leikkaussalijärjestelmä -> potilastietojärjestelmä -> kuvantamisen tietojärjestelmä 3. leikkaussali- ja kuvantamisen tietojärjestelmä	1. vaiheittain, viimeistään päättyessä 2. päättyessä, toteuma tarkastettava suhteessa suunnitelmaan 3. alussa	Laskutukseen DRG-ryhmä (lateraliteetti / tekonivelkirurgia ja kaihi)
Saapumistapa		Osastonsihteeri			HILMO, tilastointi
Poistumistapa / Jatko- hoitopaikka	Lääkäri	Osastonsihteeri	Potilastietojärjestelmä	Hoidon päättyessä	DRG-ryhmä HILMO, tilastointi (kuollut / jatkohoitopaikka sairaala)
Haittavaikutus	Lääkäri	Osastonsihteeri	Potilastietojärjestelmä	Hoidon päättyessä	DRG-ryhmä Tilastointi Hoidon laadun parantamiseen

Kirjaamisesimerkkejä, v. 2011				
Esimerkki	Ongelma / virhe kirjaamisessa	Väärä koodi / väärä järjestys	Oikea koodi / oikea järjestys	DRG-ryhmä
Potilas on ollut osastolla tekonivelen lukuksaation vuoksi	Diagnoosit väärässä järjestyksessä	<ol style="list-style-type: none"> 1. I48 Eteisvärinä tai eteislepaus 2. I10 Essentiaalinen verenpainetauti 3. T84.0 Endoproteesin aiheuttama mekaaninen komplikaatio 	<ol style="list-style-type: none"> 1. T84.0 Endoproteesin aiheuttama mekaaninen komplikaatio 2. I48 Eteisvärinä tai eteislepaus 3. I10 Essentiaalinen verenpainetauti 	<p>Väärä järjestys vie</p> <p>→ DRG:138 Sydämen rytmi- tai johtumishäiriö, komplisoitunut</p> <p>Oikea järjestys vie</p> <p>→ DRG-ryhmä 249 Tuki- ja liikuntaelinsairauden tai sidekudossairauden jälkihoito</p>
Selkärangan metastasoinut munuaiskarsinoma	Puutteellinen koodaus	C50.9 Ca mammae cum metastatibus	<ol style="list-style-type: none"> 1. C79.5 Etäpesäke luussa tai luytimessä 2. C50.9 Ca mammae cum metastatibus 	<p>Väärä koodaus vie</p> <p>→ DRG-ryhmä 275E Rintasyöpä, ei komplisoitunut</p> <p>Oikea koodaus vie</p> <p>→ DRG-ryhmä 239E Tuki- ja liikuntaelinten tai sidekudoksen maligniteetti tai patologinen murtuma</p>
		<p>J15.9 Bakteerin aih.keuhkokuume NAS</p> <p>Radiologisella toimenpiteellä XFE00 Ultraäänitutkimus sydämen pinnalta</p>	FM1AE Sydämen yleinen UÄ	<p>Väärä koodaus vie</p> <p>→ DRG-ryhmä 477 Epätav tp & dg yhd, suppea tp.</p> <p>Oikea koodaus vie</p> <p>→ DRG-ryhmä 90 Pneumonia tai pleuriitti, aikuinen, ei komplisoitunut.</p>

Esimerkki	Ongelma / virhe kirjaamisessa	Väärä koodi / väärä järjestys	Oikea koodi / oikea järjestys	DRG-ryhmä
<p>Potilaalle suunnitelmassa sytostaattihoidot, mutta niitä nyt siirretty stomatiittioireen vuoksi. Potilas tullut syöpäosastolle viikolla 21, mutta kaatunut. Radiologisesti oikealla patologinen subtrokanteerinen murtuma. Tämä fiksoitu pitkällä Gamma-naulalla 28.5.2010. Postoper. kuva asianmukainen. Potilas saa mobilisoitua voinnin mukaan. Neuvoteltiin vielä onkologin kanssa siitä, leikataanko potilaan rintoja tässä vaiheessa vai annetaanko ensin onkologiset hoidot. Päädytään viime mainittuun ratkaisuun.</p>		<p>C50.90 Määrittämätön paik.rintasyö ei hist</p> <p>Toimenpide NFJ54 Reductio et medullofixatio cum Gamma</p>	<p>C50.91 Carcinoma mammae cum metastasibus dx.</p> <p>S72.2/W01 Fractura subtrochanterica femoris pathologica dx.</p>	<p>Väärä koodaus vie → DRG-ryhmä 477 Epätavallinen toimenpiteen ja diagnoosin yhdistelmä, suppea (kaatoluokka)</p> <p>Oikea koodaus vie → DRG-ryhmä 211 Lonkan tai reiden muu leikkaus, aikuinen, ei komplisoitunut</p>
		<p>G56.0 Rannekanavaoireyhtymä</p> <p>Toimenpide ACC59 Ääreishermon vapautus, muu tai määrittämätön hermo</p>	<p>Toimenpide ACC51 Keskihermon vapautus</p>	<p>Väärä koodaus vie → DRG-ryhmään 8 Hermostoon liittyvä muu toimenpide, ei komplisoitunut.</p> <p>Oikea koodaus vie → DRG-ryhmään 6 Rannekanavaoireyhtymän leikkaus</p>

Esimerkki	Ongelma / virhe kirjaamisessa	Väärä koodi / väärä järjestys	Oikea koodi / oikea järjestys	DRG-ryhmä
Dialyysipotilaat:	Jos halutaan, että potilas ryhmittyy dialyysi DRG-ryhmään 3170 Dialyysihoito, lyhyt hoito, joko diagnoosiksi tai toimenpiteeksi pitää koodata dialyysi		Z49.1 Kehonulkoinen dialyysi tai päädg esim. N18.8 Muu pitkäaikainen munuaisten vajaatoiminta ja toimenpiteeksi TK800 Hemodialyysi tai TK820 Vatsakalvodialyysi	
T68 Hypotermia		Toimenpide FXD00 Sydän-keuhkokoneen käyttö ilman kirurgista toimenpidettä	WX940 Alilämpöisen potilaan lämmitys sydän-keuhkokoneen avulla, jolla päästään oikeaan lopputulokseen	<ul style="list-style-type: none"> ➔ DRG-ryhmään 468 Epätavallinen toimenpiteen ja diagnoosin yhdistelmä, laaja toimenpide. ➔ DRG-ryhmään 455 Vamma, myrkytys tai lääkkeen haittavaikutus, ei komplisoitunut
	Väärä päädiagnoosi	<p>N81.6 Rektoseele</p> <p>Toimenpide: JGC01 Peräsuolen ripustus vatsaontelon täyhystyksessä</p> <p>Toimenpide: JGB96 Muu peräsuolen tyhistys johtaa ryhmään</p>	K62.3 Peräsuolen esiinluiskahdus	<p>Väärä koodaus vie</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ DRG-ryhmään 470 puutteellinen tai virheellinen tieto. <p>Oikea koodaus vie</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ DRG-ryhmään 153 Vähäinen ohut- tai paksusuolen toimenpide, ei komplisoitunut

Esimerkki	Ongelma / virhe kirjaamisessa	Väärä koodi / väärä järjestys	Oikea koodi / oikea järjestys	DRG-ryhmä
	Ulkoista syytä ei voi kirjata päädiagnoosiksi, johtaa DRG-kaatoluokkaan.	Y91.2 Vaikea alkoholimyrkytys.	F10.09 Tarkemmin määrittämätön alkoholipäihtymys. Humalatilasta asteensa perusteella arvioidaan alkoholin osuus lisätekijänä: Ulkoisen syy Y91.2.	
	Ristiriita diagnoosin ja toimenpiteen välillä johtaa DRG-kaatoluokkaan	C61 Ca prostatae cum oclusio sigmae Toimenpide: JFF27 Sigmoidostomia laparoscopica	1. K56.6 Suolen tukkeuma 2. C61 Eturauhassyöpä	Väärä koodaus vie kaatoluokkaan Oikea koodaus vie DRG-ryhmä 149 Laaja ohuen tai paksusuolen leikkaus, ei komplisoitunut
Potilaalla aiemmin hoidettu L IV -nikamasta kompressiomurtuma vertebroplastialla. Nyt 12/2006 <u>L I -nikaman yläpäätelevyn murtuma</u> . Tässä merkittävä lisäpainuma 8.1.2007 kuvissa. 22.1.2007 kuvissa skleroosi murtuma-alueella on lisääntynyt. Osittaista luusiltaa TH XII - L I -nikamissa anteriorisesti. Vastaavantyyppistä myös L III - IV -välissä ja presakraalivälissä. Päädyttiin yrittämään nikaman nostoa kyfoplastialla.		Epikriisissä: S42.0 Fractura vertebrae L I compressive (S42.0 = Solisluun murtuma)	S32.0 Lannenikaman murtuma	Molemmilla diagnooseilla sama DRG-ryhmä: → 254 Olkavarren tai alaraajan paitsi jalan murtuma, nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaan meno, aikuinen, ei komplisoitunut

Esimerkki	Ongelma / virhe kirjaamisessa	Väärä koodi / väärä järjestys	Oikea koodi / oikea järjestys	DRG-ryhmä
Kyseessä on potilas, jolla humeruksen diafyysin murtuma operoitu noin 2 kk aikaisemmin. <u>Nyt osteosynteesi pettänyt</u> . Päädytään uuteen osteosynteesiin.		S42.1 Fractura humeri l.sin.	T84.1 Raajaluiden fiksaatioon käytetyn sisäisen laitteen aiheuttama mekaaninen komplikaatio	→ DRG-ryhmään 219 Säären, nilkan tai olkavarren leikkaus, aikuinen, ei komplisoitunut
Potilas on ollut lymfooman takia vuodeosastohoitojaksolla. Hoitojaksolla päädiagnoosi on ollut C83.31. Potilas on kotiutunut ja saa kotona pneumonian, jonka takia potilas otetaan syöpätautien vuodeosastolle pneumonian hoitoon.			Uuden hoitojakson päädiagnoosi on pneumonia.	
Potilasta on aiemmin hoidettu diagnoosilla C18.81 Eri alueisiin ulottuva koolonin syöpä; invasiivinen karsinooma. Potilas tulee uudelle hoitojaksolle maksassa olevan etäpesäkkeen takia.			Potilaalle tehdään maksabiopsia. Päädiagnoosi on C78.7 Etäpesäke maksassa	

Plastiikkakirurgian esimerkkejä, v. 2011	
Esimerkkejä	Kirjaussuosituksia
<p>Päädiagnoosiksi kirjataan hoitojak-solla tai käynnillä eniten voimavaroja vienyt tautitila tai vamma. Voimavaroilla tarkoitetaan esimerkiksi hoitoisuutta, diagnostiikkaa, leikkausaikaa ja tehohoitoa.</p> <p>Ei ole olemassa ohjetta, jolla näitä laitetaan tärkeysjärjestykseen, mutta voidaan sanoa, että tehohoito ja leikkaushoito ovat merkittäviä voimavarojen käyttötapoja.</p>	<p>Myös komplikaatio hoidon aikana voi muodostua päädiagnoosiksi, jos sen hoitaminen vie enemmän voimavaroja kuin alkuperäisen ongelman hoito.</p>
<p>Diagnoosi kirjataan sillä tarkkuudella, mikä on mahdollista kirjaushetkellä käytettävissä olevan tiedon valossa.</p>	<p>Esimerkiksi epäilty kasvain, rintasyöpä tai sarkooma kirjataan epävarmaksi kasvaimeksi kunnes sen luonteesta on jotain todistetta, esim. histologinen vastaus.</p>
<p>Mammografiaseulonnessa syntyvä rintasyöpäepäily tulee kirjata esim. epäselväksi radiologiseksi löydökseksi R92, jollei tiedetä, onko kyseessä kasvain.</p>	<p>Jos tiedetään, että rinnassa on jokin kasvain, mutta ei sen histologiaa, kirjataan D48.5, ja C50-koodi kirjataan vasta, kun histologia varmistaa rintasyövän olemassaolon.</p> <p>On pyrittävä kirjaamaan sijainnin ja lopullisen histologian mukainen koodi suurimmalla tarkkuudella silloin, kun siihen tarvittava tieto on käytettävissä.</p>
<p>Painehaavoille on olemassa vain yksi koodi L89 sen sijainnista riippumatta.</p>	<p>Jos potilaalla on useita painehaavoja, koodi kirjataan useaan kertaan.</p> <p>Yleensä kirjausjärjestelmissä on mahdollista käyttää kullekin koodille erillistä selitettä haavan paikan kuvaamiseksi.</p>
<p>Krooninen alaraajahaava kirjataan etiologiansa mukaisesti, jos se tiedetään.</p>	<p>Laskimoperäinen säarihaava on I83.0, tulehtuneen I83.2.</p> <p>Valtimoperäinen alaraajahaava kirjataan kuitenkin koodilla L97 ja selitteellä I70.2.</p> <p>Samoin diabeetikon jalkahaava tulee kirjata päädiagnoosilla jalkahaava L97 ja sille annetaan selitteeksi sivudiagnoosi, esim. E10.5 tai E11.5.</p> <p>Muiden alueiden muualla luokittelemattomat krooniset haavat voidaan koodata päädiagnoosilla L98.4 ja sivudiagnoosilla ilmaistaan etiologia, jos se tiedetään.</p>

Plastiikkakirurgian esimerkkejä, v. 2011	
Esimerkkejä	Kirjaussuosituksia
<p>Palovammojen kirjaamisessa on kaksi päällekkäistä järjestelmää, anatominen ja pinta-alan mukainen.</p> <p>Pelkän pinta-alakoodin käyttäminen johtaa DRG-ryhmittelijässä virheelliseen lopputulokseen, sillä vasta yli 50% vammat luokitellaan laajoiksi.</p> <p>Toisaalta DRG olettaa laajaksi palovammaksi sellaisen tilanteen, jossa kirjataan esim. käden ja jalan syvä palovamma erikseen.</p>	<p>Ensisijaisesti kannattaa käyttää anatomian mukaista diagnoosia, koska se kuvaa potilaan anatomista ja toiminnallista tilaa ja sen lisätietona pinta-alakoodia, jolla voi kuvata paremmin palovamman aiheuttamaa riskiä potilaan yleistilan kannalta.</p>
<p>Nekrotisoivat pehmytkudostulehdukset on hieman hankala kirjata, sillä ICD-10 sijoittaa kliinisesti jossain määrin läheiset tautitilat aivan eri kategorioihin.</p>	<p>Käytettävissä ovat vaihtoehdot L03.0-9 Selluliitti, A48.0 Kaasukuolio sekä uusi koodi M72.6 Kuoliota aiheuttava kalvotulehdus.</p> <p>L02 on sen sijaan varattava yksinomaan paiseen diagnoosikoodiksi.</p>
<p>Rintojen pienennysleikkaus HAD30 tehdään yleensä molemminpuolisena.</p>	<p>Lisätään lisäkoodi ZXA10.</p>
<p>Rinnan poisto skin-sparing mastektomialla ja välitön rekonstruktio TRAM-kielekkeellä koodataan koodisarjalla HAC15, HAE10 ja ZZQ10.</p>	<p>Näistä päätoimenpiteeksi on kirjattava HAE10, joka on suurempi työ kuin HAC15.</p> <p>ZZQ10 ilmaisee ainoastaan metodin, millä rekonstruktio on tehty, ei itse rekonstruktion tekemistä.</p>
<p>Ihokasvaimen poisto, esim luomi vartalolta on QBE10.</p>	<p>Ikävä kyllä myös laajan nekrotisoivan infektion leikkaushoito koodataan samalla koodilla, erotukseksi kannattaa silloin laittaa alaa ilmaiseva lisäkoodi ZQX, jolla voi ilmaista leikattavan alueen laajuutta prosenttiosuuksina kehon pinta-alasta.</p>
<p>Jos ihokasvain poistetaan siten, että tarvitaan rekonstruktio, tulisi kirjata sekä poistokoodi että rekonstruktio koodi (isotoisin päätoimenpiteenä) ja kuvaus rekonstruktion luonteesta.</p>	<p>Esimerkiksi posken kasvaimen poisto QAE10, syntyneen kudospuutoksen rekonstruktio QAE35 ja sille ihokielekekoodi ZZR00.</p> <p>On muistettava kuitenkin, että silmäluomessa on oma koodi poistolle, joka korjataan siirteellä eli CBB50.</p>

Plastiikkakirurgian esimerkkejä, v. 2011	
Esimerkkejä	Kirjaussuosituksia
Haavakirurgiassa leikkaushaavojen, palovammojen ja painehaavojen kirurgia kirjataan eri toimenpidekoodeilla kuin muut haavat.	Siispä säärihaavan leikkaus osaihonsiirteellä kirjataan koodeilla QDG20 ja ZZA00.
ZZM00 on vapaa monikudossiirre, joka sisältää useita kudskomponentteja, esim rustoa ja ihoa, mutta ei omaa itsenäistä verenkiertoa. Sitä ei pidä sekoittaa mikrovaskulaariseen siirteeseen, joka tunnetaan Toimenpideluokituksessa nimellä "vapaa, verisuoniin liitetty siirre".	
Kasvohermohalvauksen liikettä korjaavan kirurgian koodaus on äskettäin päivitetty ja Toimenpideluokituksessa ne löytyvät luvusta AAQ.	Lihastranspositio reanimaatiossa kirjataan koodilla AAQ00, cross-face hermografit on AAQ10, neuromikrovaskulaarinen lihassiirre on AAQ20 ja muut toimenpiteet kirjataan koodilla AAQ99.
Kultapainon laitto on CBK11 ja alaluomen virheasennon korjaus löytyy luvusta CBF.	
Pelkästään kasvojen ihoon kohdistuvat kasvohermohalvausta korjaavat toimenpiteet löytyvät luvusta QAJ.	Kulmakarvojen/otsan kohotus koodataan QAJ10 tai QAJ15 ja kasvojen kohotus QAJ20. QAJ25 tai QAJ30 metodista riippuen. Pelkkä toisen puolen kulmakarvan kohotus toiminnallisista syistä on hyvä kirjata koko otsan kohotuksesta erikseen koodilla QAE00 (ylimääräisen ihon poisto). Esteettisistä syistä tehtävä vastaava toimenpide olisi QAJ05.
Suupielen ja posken faskiaripustukselle on vanhastaan käytetty koodia QAE40, autologisen faskian käyttö ilmaistaan lisäkoodilla ZXC00.	
Palovammakirurgiassa kannattaa kirjata toimenpidekoodille myös laajuutta ilmaisevat lisäkoodit luvusta ZQX.	Luvusta ZZA löytyvät koodit niin omaihonsiirteille kuin allografteille ja tekoihoille. Lisäkoodeilla kuvusta ZXC voidaan ilmaista leikkaamisessa käytettyä energiaa: laseria, radioaaltoa, vesisuihkua kuten Versajetiä.

Haittavaikutus, kirjaamisesimerkkejä, v. 2011	
Esimerkkejä	Kirjaamisohje
Olkavarren murtuman leikkauksen hoidon yhteydessä on tullut väärttinähermovaurio	S42.3 Olkaluun varren murtuma S44.2 Väärttinähermon vamma olkavarren alueella Y60 Leikkauksen aikana todettu haittavaikutus NBJ62 Olkaluun murtumaleikkaus levyllä ACB22 Väärttinähermon ompelu
Sappikivileikkauksessa on tullut choledochusvaurio. Päiväkirurgiseksi suunniteltu toimenpide on jouduttu muuttamaan avoimeksi ja hoito on vaatinut pitkittyneen osastohoidon.	S36.1 Sappiteiden vamma Y60 Leikkauksen aikana todettu haittavaikutus K80.2 Sappikivitauti JKA21 Sappirakon poisto tähytyksessä JKB40 Sappiteiden ompelu
Vuodeosastolla todettu n. rekurrensivaurio struumaleikkauksen jälkeen	E04.0 Diffuusi atoksinen struma J38.0 Äänihuul(i)en halvaus Y83 Leikkauksen jälkeen todettu haittavaikutus BAA25 Kilpirauhasen molempien lohkojen osittainen poisto
Tulehtuneen umpisuolen leikkauksen jälkeen kehittyy syvä haavainfektio, joka joudutaan avaamaan.	T81.4 Toimenpiteen jälkeinen infektio Y83 Toimenpiteen jälkeen todettu haittavaikutus K35.9 Umpilisäkkeen tulehdus JWC00 Ruuansulatuselinleikkauksessa tulehtuneen haavaontelon aukaisu ja kanavointi ZSJ00 Aiempaan luvun J toimenpiteeseen liittyvä toimenpide Huom! Jos haavainfektio olisi tullut ennen kotiuttamista, kirjaantuu myös alkuperäinen leikkaus hoitojakson tietoihin (esim. JEA00 Umpilisäkkeen poisto).
Konservatiivisesti hoidetun väärttinäluun murtuman luutumisen virheasentoon	M84.0 Murtuman virheellinen paraneminen Y84 Konservatiivisen hoidon haittavaikutus S52.5 Väärttinäluun alaosan murtuma NCK30 Kyynärvarren luun katkaisu ja kääntö ZZH22 Omakudosluusiirre, hohka-kortikaliblokkina
Rytmihäiriöiden uusiutumisesta johtuva sydämen vajaatoiminta sydämen tahdistimen elektrodin irrottua	I50.1 Vasemman kammion vajaatoiminta Y83 Toimenpiteen jälkeinen haittavaikutus I44.2 Kolmannen asteen eteiskammiokatkos Y71 Sattuneisiin vahinkoihin liittyvät kardiovaskulaariset laitteet
Potilaan sappi on leikattu runsas vuosi sitten. Leikkauksen aikana syntyi sappitievaurio, joka korjattiin ja parani primaaristi hyvin. Myöhemmin kehittyy sappiestriktuura, joka korjataan asettamalla stentti	K83.1 Sappiteiden umpeutuminen Y88.1 Haittavaikutus yli vuosi toimenpiteen jälkeen K80.2 Sappikivitauti JKE18 Sappiteiden kanavointi asettamalla stentti ZSJ00 Aiempaan luvun J toimenpiteeseen liittyvä toimenpide

Haittavaikutus, kirjaamisesimerkkejä, v. 2011	
Esimerkkejä	Kirjaamisohje
Enalabriilin aiheuttama hemolyytinen anemia.	D59.2 + C01CA D59.2 Lääkeaineiden aiheuttama ei-autoimmuuni hemolyyttinen anemia C01CA Angiotensiini II antagonistit Y57 Lääkeaineen haittavaikutus I11.0 Sydämen hypertensiivinen vajaatoiminta D59.2 ja C01CA muodostavat koodiparin, jossa ATC-koodi kirjataan diagnoosin 2. koodikenttään.
Indometasiinin kihtipotilaalle aiheuttama aplastinen anemia, jota on hoidettu jo kuukausia.	D61.1 + M01AB D61.1 Lääkeaineiden aiheuttama aplastinen anemia M01AB Etikkahappojohdokset ja vastaavat aineet Y88.0 Lääkeaineen aiheuttama pitkäaikainen sivuvaikutus M10.0 Idiopaattinen kihti
Suolisauma on pettänyt syövän vuoksi tehdyn osittaisen paksusuolen poiston jälkeen. Uusintaleikkauksessa on tehty suojaava avanne	C18.7 Sigmasuolen syöpä T81.4 Leikkauksen jälkeinen märkäkertymä Y83 Toimenpiteen jälkeen todettu haittavaikutus JFB46 Suolen typistys JFF23 Poikittaisen paksusuolen avanne JWF00 Uusintaleikkaus liitoksen pettämisen vuoksi ZSJ00 Aiempaan luvun J toimenpiteeseen liittyvä toimenpide
Kiinnitysruuvien poisto murtumahoitoon viimeisenä vaiheena.	T93.2 Muun alaraajamurtuman myöhäisvaikutus S92.0 Kantaluun murtuma NHU20 Nilkan ja jalkaterän sisäisen kiinnityslaitteen poisto ZSN00 Aiempaan luvun N toimenpiteeseen liittyvä toimenpide