

EEVA KETOLA
LT, eMBA,
terveydenhuoltotutkimuksen
dosentti, projektijohtaja
THL

VIRPI PITKÄNEN
TtM, erityisasiantuntija
FCG

SANTERI HUVINEN
KM, asiantuntija
FCG, THL

TIMO T. SEPPÄLÄ
VTT, yhteiskuntasuhdejohtaja
Amgen

KIRJALLISUUTTA

1 Mikkola H-M, Keskimäki I, Häkkinen U. Tietoa DRG:stä: kansainvälisistä kokemuksista suomalaisiin sovelluksiin. Stakes, Aiheita 39/1998;27.

Koko Suomen perusterveydenhuollon asiakaskirjo on nyt kuvattu

LÄHTÖKOHDAT Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöisyys ja kustannusten hillitseminen ovat keskeisiä strategisia tavoitteita. Tiedolla johtamisessa tulee ymmärtää kustannusten syntyä ja tuntea koko asiakaskirjo.

MENETELMÄT Perusterveydenhuollon episodipohjaista potilasluokittelijaa sovellettiin vuosien 2015–2016 koko maan Avohilmo-rekisteriaineistoon, johon liitettiin kustannuspainot kolmen esimerkkikunnan koon mukaisesti. Käytettyä ja diagnoosien kirjaamisaktiivisuutta, tuotantoa ja kustannuksia verrattiin alueittain.

TULOKSET Suomen perusterveydenhuollon avohoidon tuotanto voidaan tuottaa. Kirjaamisaktiivisuus oli hyväksyttävällä tasolla. Kustannukset ja ammattiryhmäkohtainen työnjako vaihtelivat alueittain.

PÄÄTELMÄT Palvelutuotannon kuvaaminen asiakaskirjon mukaisesti palvelee johtamista. Talouden yhdistäminen tuotantotietoon selkeyttää kuvaa toiminnasta ja kustannustavoitteiden toteutumisesta. Tuotteistus mahdollistaa tuotannon ohjauksen, seurannan ja asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisen. Perustana on laadukas rekisteritieto ja kaksisuuntainen tiedon kulku.

Asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa nostettu keskeiseksi strategiseksi tavoitteeksi. Jotta se toteutuisi, on tunnettava ja pystyttävä kuvaamaan asiakaskunta. Diagnoosi- ja käyntisyylähtöisellä, terveysongelmiin sidotulla episodipohjaisella luokittelulla se toteutuu läpinäkyvästi.

muotoilua. Tuotteistus auttaa Lean-ajattelussa, jolla pyritään löytämään suurin asiakkaalle kohdistettava arvo ja poistamaan työprosesseista hukka. Se myös tukee segmentointia, jossa on tärkeää pystyä suunnittelemaan terveyspalveluja riittävän samankaltaisille potilasryhmille ja räätälöimään niitä palvelumuotoilulla. Keski-ikäntään nuoremman perusterveen väestön hoitaminen vaatii eri asioita kuin vanhusväestön. Myös ikäluokan sisällä palvelutarve ja tautikirjo voivat vaihdella merkittävästi, joten ikäperusteisten karkeiden kustannusten perusteella ei pystytä tekemään hoitokäytäntöihin ja työnjakoon riittäviä, tuottavuutta lisääviä toimenpiteitä.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli pilotoida asiakaskirjon sopivuutta tuottavuuden arvioinnin työkaluksi. Lisäksi arvioitiin, miten laskennallisten kustannusten yhdistäminen tuotantotietoon auttaa tulevien järjestäjien vertailussa sekä sairastavuuteen nojaavassa tarveperusteisessä rahanjaossa.

Tässä artikkelissa kuvaamme Suomen perusterveydenhuollossa asioivan potilaskirjon. Aineistona on käytetty koko Suomen kattavaa perusterveydenhuollon rekisteriä (Avohilmo) ja tuotteistustyökaluna episodipohjaista DRG-potilasryhmittelijää.

Ikäperusteisten karkeiden kustannusten perusteella ei pystytä tekemään riittäviä toimenpiteitä.

Erikoissairaanhoidossa DRG-luokittelua (Diagnosis Related Groups) on käytetty pitkään (1,2), ja sen avulla pystytty kuvaamaan potilaskirjo sekä vertailemaan sairaaloiden tuottavuutta (3–10). Perusterveydenhuollossa systemaattista asiakaskirjon (case-mix) tuntemusta ei ole kattavasti, sillä sen yksittäisten alueiden tai toimintojen kuvausta on tehty tuotteistuksen avulla (11–16), tavallisimmin esittämällä keskikustannus vastaanottokäynnille. Yhdellä perusterveydenhuollon vastaanottokäynnillä myös hoidetaan useita vaivoja.

Ilman toiminnan ja talouden yhdistävää asiakaskirjon tuntemusta on vaikeaa tehdä asiakassegmentointia ja käyttää kohdennetusti palvelu-

LIITEAINEISTO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 37/2019





TAULUKKO 1.

Muistisairauksien hoidon kustannukset ammattiryhmittäin, euroa/1 000 asukasta

	Terveydenhoitaja	Sairaanhoidtaja	Lähihoitaja	Erytistyöntekijä	Suuhygienisti	Lääkäri	Hammashoitaja	Yhteensä
Uusimaa	176,84	631,58	9452,23	373,00	20,53	566,56	0,21	11220,95
Pirkanmaa	73,61	205,74	1873,76	19,40	9,12	691,71	2,12	2875,46
Varsinais-Suomi	201,40	562,63	5588,50	95,40	29,75	1059,52	1,50	7538,70
Pohjois-Pohjanmaa	56,13	246,70	13,01	8,16	6,04	597,05	0,00	927,09
Keski-Suomi	35,24	301,70	1116,96	77,48	24,92	797,44	1,28	2355,02
Pohjois-Savo	280,84	1532,49	35900,67	142,30	25,74	1006,47	0,19	38888,70
Satakunta	73,39	635,36	150,89	31,30	21,47	712,99	0,00	1625,40
Päijät-Häme	222,08	588,94	19892,14	40,73	50,3	878,93	1,13	21674,25
Etelä-Pohjanmaa	532,00	834,57	14437,8	70,41	9,93	1422,17	2,63	17309,51
Pohjanmaa	58,37	295,33	445,14	6,38	0,00	324,39	0,00	1129,61
Lappi	203,31	219,30	80,23	30,39	12,90	671,22	0,00	1217,35
Kymenlaakso	51,70	2156,11	12917,34	113,89	18,37	739,33	2,19	15998,93
Kanta-Häme	166,42	1321,28	5130,74	187,72	20,87	1021,07	0,27	7848,37
Pohjois-Karjala	43,44	343,90	79,49	109,27	11,06	1050,34	0,00	1637,50
Etelä-Savo	462,72	2017,53	27500,04	140,89	45,92	1294,36	2,25	31463,71
Etelä-Karjala	143,78	4465,79	71053,64	233,72	74,67	1458,27	5,66	77435,53
Kainuu	20,12	257,79	198,90	11,83	0,71	653,68	0,00	1143,03
Keski-Pohjanmaa	11,04	521,21	3992,43	29,01	0,00	738,95	0,00	5292,64
Koko maa	159,14	748,48	9521,54	161,68	20,58	777,21	0,87	11389,50

- Häkkinen U, Linna M. DRGs in Finnish health care. Euro Observer - Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies 2005;7(4):7-8.
- Saxelin I, Teräväinen R. Erikoisalojen toiminnan vertailukehittäminen yhdessä. Kirjassa: Junnila M, toim. Sairaaloiden tuottavuus - Benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaanhoidon toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Stakes, Raportteja 280/2004:105-6.
- Manderbacka K, Järvelin J, Arffman M, Häkkinen U, Keskimäki I. The development of differences in hospital costs across income groups in Finland from 1998 to 2010. Health Policy 2014;118:354-62.
- Kittelsen SAC, Magnussen J, Anthon KS ym. Hospital productivity and the Norwegian ownership reform - a Nordic comparative study. STAKES discussion paper STAKES 2008.
- Kittelsen SAC, Persson BA, Anthon KS ym. Decomposing the productivity differences between hospitals in the Nordic countries. Journal of Productivity Analysis 2015;43:281-93.

Aineisto ja menetelmät

Aineistoksi valittiin koko maan Avohilmo-rekisterin potilaskohtainen aineisto vuosilta 2015-2016. Se sisälsi kaikki rakenteisesti kirjatut käyntisyöt ja -diagnoosit, ammatti- ja kävijäryhmät sekä yhteystavat.

Kohdeaineisto luokiteltiin ja muodostettiin terveysongelmakohtaiset episodit pDRG/EPR-episodipotilasluokittelijalla. Terveysongelmaepisodi kuvaa yhden potilaan yhtä terveyteen liittyvää ongelmaa. Episodi muodostuu yksittäisestä käynneillä hoidetuista kontakteista, jotka perustuvat käynneillä rakenteisesti kirjattuihin käyntisyötiin. Käyntisyöt, jotka muodostuivat ICD-10- ja ICD-10-koodeista, ryhmiteltiin kaikille yhteisillä säännöillä kliinisesti homogeenisiin, hallittaviin ryhmiin.

Terveysongelmaepisodeilla on kliinisesti määritelty katkaisuaika, maksimissaan vuoden mittainen. Käynneistä, joille ei ollut kirjattu käyntisyötä, muodostui oma vuoden kestävä episodi.

Luokiteltuun aineistoon yhdistettiin tilinpäätöksistä saatu tuotannon talouden toteuma ja henkilötyöresurssit käyttäen kustannukset per potilas-laskentamenetelmää (KPP). Kustannustiedot yhdistettiin kolmeen kuntakokoluokkaan

esimerkkikuntien kustannuslaskentatiedoin: pientä kuntaa (alle 30 000 asukasta) edusti Siipoo, keskisuurta (30 000-150 000 asukasta) Lahti ja suurta (yli 150 000 asukasta) Vantaa. Näin meneteltiin, koska JHS-pohjaista (julkisen hallinnon suositus) talouden toteumatietoa ei ole vielä tarjolla.

Näin saatiin käynti- ja terveysongelmakohtaiset laskennalliset kustannukset Suomen jokaiselle kunnalle ja edelleen maakunnille. Menetelmän avulla kuvattiin maakuntien koko perusterveydenhuollon hoitotuotanto ja asiakaskunta. Maakuntien vertailussa tarkasteltiin diagnoosien kirjaamisaktiivisuutta, ryhmittelyssä esiin tulleita terveysongelmia ja niiden kokonaiskustannuksia, ammattiryhmien välistä työnjakoa ja palvelumuotojen hoitotuotantoa.

Tulokset

Tutkimuksen keskeinen päätulos on Suomen koko perusterveydenhuollon sisältötuotannon kuvaaminen ensimmäistä kertaa. Vuosina 2015-2016 perusterveydenhuollossa oli lähes 150 miljoonaa käyntiä. Avohilmoon kertyvät automaattisesti julkisen perusterveydenhuollon kaikki käynnit päivittäin.

Kirjaaminen ja ammattiryhmien työnjako vaihtelevat huomattavasti. Potilastunniste tai

- 7 Kittelsen SAC, Anthon KS, Goude F ym. Costs and quality at the hospital level in the Nordic countries. *Health Economics* 2015;22 suppl 2:140–63.
- 8 Medin E, Häkkinen U, Linna M, Anthon KS, Kittelsen SAC, Rehnberg C. International hospital productivity comparison: experiences from the Nordic countries. *Health Policy* 2013;112:80–7.
- 9 Linna M, Häkkinen U, Peltola M ym. Measuring cost efficiency in the Nordic hospitals – a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. *HealthCare Management Science* 2010;13:346–57.
- 10 Klemola L, Ketola E, Virtanen M, Vohlonen I. Diagnoosien kirjaamisessa puutteita perusterveydenhuollossa. *Suom Lääkäril* 2010;65:1631–5.
- 11 Elonheimo O, Myllymäki K, Linna M, Eroja Kouvola omien ja ulkoistettujen terveysasemien palvelutuotannossa. *Suom Lääkäril* 2011;66:1103–12.
- 12 Iso-Lotila J, Broms M, Kokko P, Pitkänen V, Koistinen V, Ketola E. Suun terveydenhuollon tuotteistus- diagnoosista hoitokonaisuudeksi. *Suom Hammaslääkäril* 2016;8:20–5.
- 13 Seppälä TT, Linna M, Elonheimo O. Terveyskeskuksen tuottavuuden mittaamisen edellytykset – Havaintoja pilottihankkeesta. VATT Valmisteluraportti 22: 2014.
- 14 Riihimäki K, Heiska-Johansson AM, Ketola E. Mielenterveys- ja päihdeyksikön toiminnan kehittäminen perusterveydenhuollon tuotteistuksen (pDRG) avulla. *Duodecim* 2016;132:1586–93.
- 15 Riihimäki K, Heiska-Johansson A, Ketola E. Case-mix tool, costs and effectiveness in improving primary care mental health and substance abuse services. *Nordic J Psychiatry* 2018;72:109–11.
- 16 Rauhala A, Linna M. Diagnoosien kirjaaminen erikoissairaanhoidossa - Kuvaavako tilastot hoito- vai kirjaamiskäytäntöjä? *Suom Lääkäril* 2007;62:2785–90.
- 17 Ketola E, Wickström S, Pitkänen V, Huvinen S, Seppälä TT. Perusterveydenhuollon asiakkaiden hoitopisodit ja niiden kustannukset tulevien maakuntien alueilla – tuotteistuksen pilotointi. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-147-8>.
- 18 Pellinen S, Heinonen J, Kosonen E, Koskela T. Lähetekäytännöt perusterveydenhuollon vastaanottoalueissa. *Yleislääkäril* 2018;33:21–6.
- 19 Peltokorpi A, Linna M, Malmström T, Torkki P, Lillrank PM. Five focus strategies to organize health care delivery. *Int J Health Care Qual Assur* 2016;29:177–91.

palvelumuoto puuttui tai oli virheellinen alle prosentissa käynneistä. Käynnit ovat siis tilastoituneet, mutta rakenteinen käyntisyyn kirjaus puuttuu usein.

Käyntisyyn kirjaus löytyi keskimäärin 62 %:sta käynneistä. Käynnit sisälsivät kaikki ammatti- ja kävijäryhmät (yksilö-, ryhmä- ja perhekäynnit, ryhmävastaanotot) sekä yhteystavat (käynnit vastaanotolla, sairaala-, koti-, työpaikkakäynnit, puhelut, sähköiset asioinnit, kirjeet, asiakirjamerkinnot, konsultaatiot ja muut mahdolliset käyntityypit). Rakenteisesti kirjattu käyntisyyn puuttui tai oli virheellisesti kirjattu 38 %:ssa käynneistä.

Toisaalta käynnit vastaanotolla oli kirjattu kohtalaisesti, 75 % vuonna 2016. Tämä johtuu siitä, että mm. kuntalaskutuksen vuoksi organisaatiot edellyttävät ainakin kasvokkain tapahtuvien käyntien kirjaamista. Puhelut ja sähköinen asiointi kirjataan puutteellisesti, ja näin ollen tuottavuudeltaan merkittävä kevyempien palvelujen käyttö jää piiloon. Kirjaamisaktiivisuus vaihteli suuresti ammattiryhmittäin (Liitekuvio 1 artikkelin sähköisessä versiossa, www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 37/2019).

Tarkasteltaessa koko maan 15:tä yleisintä terveysongelmaa ja niiden kustannuksia ilman kirjaamattomia käyntejä (Liitekuvio 2) muut terveysongelmat ovat lähes tasavahvoja kustannuksiltaan, mutta terveyden edistämistä, suun sairauksista sekä oireista ja määrittelemättömistä tiloista koituvat kustannukset ovat kolminkertaisia niihin verrattuna. Tulos havainnollistaa perusterveydenhuollon terveyttä edistävää ja oireita seulovaa painotusta. Normaali raskaus on terveyden edistämisen suurin yksittäinen kokonaisuus, ja siitä on tullut erillinen tuote: raskaana olevia äitejä seurataan pelkästään äitiysneuvoloissa raskausaikana yli kolmen kertaa.

Ammattiryhmäkohtaiset työnjaot vaikuttavat kustannusrakenteeseen oleellisesti, ja työnjaossa havaittiin suuria alueellisia eroja. Esimerkkeinä on tarkasteltu muistisairauksia ja lieviä infektioita (Liitekuvio 3 ja 4). Tuotantotapojen erot näkyvät tuloksissa, eivätkä tulosta selitä pelkät kirjaamisen erot (taulukko 1). Esimerkiksi Eksotessa muistisairaiden kotihoidon suhteutetut kustannukset näyttävät lähiohittajien osalta suurilta. Tähän vaikuttanevat järjestämistapa sekä aktiivinen kirjaaminen.

Potilaiden terveysongelmien määrä noudat-

TAULUKKO 2.

Potilaat, joilla terveysongelmia on viisi tai enemmän

Maakunta	Potilaita/1 000 asukasta
Kainuu	151
Etelä-Karjala	148
Etelä-Pohjanmaa	147
Varsinais-Suomi	146
Etelä-Savo	140
Keski-Suomi	134
Uusimaa	128
Kanta-Häme	124
Satakunta	119
Pohjois-Karjala	116
Päijät-Häme	114
Keski-Pohjanmaa	109
Kymenlaakso	109
Pohjois-Savo	104
Pirkanmaa	100
Pohjois-Pohjanmaa	89
Lappi	66
Pohjanmaa	61

taa hyvin satunnaisjakaumaa. Kirjattujen käyntisyiden perusteella yhdestä neljään terveysongelmaa oli 86 %:lla potilaista, ja lopuilla terveysongelmia oli viisi tai enemmän. Puolella koko potilasmäärästä oli ainoastaan yksi tai kaksi terveysongelmaa.

Maakunnittain terveysongelmien määrät vaihtelivat välillä 61–151/1 000 asukasta (taulukko 2). Se kertoo hoitokäytäntöjen vaihtelusta tai asiakaskirjon vaikeusasteesta tai molemmista. Tätä lukua onkin syytä arvioida suhteessa alueelliseen tarvevakiointiin.

Pohdinta

Tämän tutkimuksen vahvuus on asiakaskirjon ja rakenteisen kirjaamisen laadun tuottaminen läpinäkyväksi myös perusterveydenhuollossa. Kattavat rekisterit ovat vahvuutemme ja aggregoidun tietosisällön käyttö merkittävä sosiaali- ja terveydenhuollon vertailua ja vertailtavuutta helpottava etu. Tehostamme sillä palvelutuotantoa ja tuotamme entistä parempia palveluja kansalaisille. Läpinäkyvä vertaisarviointi kirittää palvelutuotantoa ja parantaa tuottavuutta.

Asiakaskirjon tunteminen auttaa toimin-

TÄMÄ TIEDETTIIN

- Perusterveydenhuollon asiakaskirjosta on tietoa ollut vähän.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa tarvitaan tarkempaa tietoa perusterveydenhuollon palvelutuotannosta ja kustannuksista.
- Maakuntien ohjaamisessa tarvitaan tuottavuustietoa.

TUTKIMUS OPETTI

- Perusterveydenhuollon palvelutuotanto on mahdollista kuvata ja sitoa kustannuksiin.
- Rakenteisen kirjaamisen laatuun on panostettava, jotta oikeudenmukainen rahanjako toteutuu.

SIDONNAISUUDET

Eeva Ketola: Luentopalkkiot (FCG Konsultointi Oy, Professio, kuntia).
Virpi Pitkänen, Santeri Huvinen,
Timo Seppälä: Ei sidonnaisuuksia.

ENGLISH SUMMARY

www.laakarilehti.fi
in english
The national primary health care case-mix described

taympäristön palvelutarpeiden ja kustannusten määrittelyssä, toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä sekä toiminnan laadun arvioinnissa. Kirjaamisen laatu on erikoissairaanhoidossa hyvällä tasolla, mutta perusterveydenhuollossa siinä on vielä parannettavaa. Löydös ei yllätä ja se on samansuuntainen kuin aiemmissa tutkimuksissa (10,16).

Tässä tutkimuksessa kirjaaminen kertoo kuitenkin vain julkisia palveluja käyttävästä perusterveydenhuollon asiakasjoukosta. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa uudistettaessa tarvitaan lisäksi työterveyshuollon ja muiden yksityisten tuottajien tietoja. Toivottavasti jatkossa myös yksityissektori liittyy rekistereihin, jolloin tiedon kattavuus lisääntyy.

Myös kirjaamattomien käyntien syyt ovat tuntemattomia, ja ne saattavat jakautua miten tahansa. Tulos on siten yhtä hyvä kuin huonoin kirjaus. Tämän vuoksi on tärkeää vaatia potilastietojärjestelmiltä kertakirjauksen toteutumista ja toisaalta alueellisten rakenteista kirjaamista kaikilla alueellisilla tasoilla. Erityisesti sähköisen asioinnin vahvistuessa kaikkien käyntityyppien kirjaaminen on tärkeää. Hoitopuhelut ja sähköinen asiointi ovat vahvasti jo nykyisin käytössä. Tiedolla johtavilta tarvitaan myös perusteltua palautetta työntekijöille käyntisyiden rakenteisen kirjaamisen merkityksestä.

Potilaskirjon kuvaamisen avulla voidaan parantaa kustannusten kohdentamista ammattiryhmien kesken ja siten kehittää työnjakoa. Silloin palveluntuottajien välistä tehokkuutta ja tuottavuutta voidaan tarkastella yhteismitallisesti. Tuloksia tulee tulkita suhteessa alueen väestön tarpeisiin ja organisaatioiden erilaisiin järjestämistapoihin ja saavutettuun laatuun.

Kirjaamisen erot ja syyt tulee kuitenkin huomioida. Sitä, mitä ei ole kirjattu, ei ole olemasakaan. Kirjaamattomien käyntien arvioidut kustannukset koko maassa olivat yli miljardin (17). Siksi tulosten arviointi on ensivaiheessa suuntaa antavaa, mutta parempi kuin puuttuva tieto. On tärkeää, että rakenteiseen kirjaamiseen ja sen laatuun panostetaan kaikilla tasoilla.

Tähän asti perusterveydenhuollon taloustiedon yhdistäminen terveysongelmiin on ollut satunnaista. Pellinen ym. 2018 tutkivat perusterveydenhuollon lähetekäytäntöjä. Lähetekustannuksia arvioitiin 622 potilaan hoitokohtaisista kolmen kuukauden aikana (18). Ilmeni, että tuki- ja liikuntaelämänsä sairauksia potevia poti-

laita lähetettiin erikoissairaanhoidon eniten (23 %). Oleellinen tieto kustannuksista jäi kuitenkin uupumaan. Tässä tutkimuksessa olemme yhdistäneet toiminta- ja kustannustiedon kautta maan tarkasteltavaksi ja vertailtavaksi.

Asiakaskirjon tuntemus on tärkeää, kun suunnitellaan palveluja ja analysoidaan toimintaympäristöä. Erityisesti järjestäjä tarvitsee strategiaansa varten selkeät suunnitelmat ja tiedon siitä, minkälaisia palveluja alueella on ja miten eri potilas- ja asiakasryhmät niitä käyttävät (19). Pelkkä ikäluokka tai sosioekonominen tausta ei tähän riitä, vaan tarkastelu on tarpeellista tehdä yhtenäisten tuotteiden kautta, niin että tuotteet on kuvattu kliinisesti ja kustannuksiltaan mielekkäinä ryhmiteltyinä terveysongelmina.

Episodipohjainen tuotteistus mahdollistaa alueellisen vertailun, kuinka resurssit terveysongelmien ja ammattikuntien kesken on jaettu. Tuottavuusloikka edellyttää kykyä vertailla yhteismitallisesti tuottamistapoja eri palvelukonsepteissa, eikä siihen riitä pelkkä vastuuyksiköille jyvitetty kustannustieto tai hoidettujen potilaiden määrä.

Talous antaa toiminnalle raamit. Niiden sisällä on tehtävä klinisiä ratkaisuja, joita määrittävät arvovalinnat. Kansallisen tason ohjaus vaatii tuotannon kuvauksen tuotteistettuna yhdistettynä resursseihin. Talouden tarkastelu yhdessä tuotantotiedon kanssa on väylä selvittää toiminnan suunta ja pitää se tavoitellussa kurssissa.

Tulevaisuudessa alueellisen arvioinnin ja ohjaamisen edellytyksenä on yhdistetyn talous- ja toimintatiedon saaminen. Tarvitsemme uutta tiedon tuotantolinjaa. Tuotteistusluokittelijalla ja laskennallisilla kustannuksilla voidaan operoida vuodet 2018–2020, mutta rakenteista tietoa suun terveydestä ja sosiaalihuollon avopalveluista aletaan saada maanlaajuisesti kattavasti vasta 2020. On tärkeää, että koko ketjun kustannukset ja tuotanto tunnetaan perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluihin asti.

Jatkossa koko hoitoketju perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon yhdistetään. Silloin näemme entistä paremmin julkisen terveydenhuollon palvelu- ja kustannusrakenteen. Myös yksityisen ja työterveyshuollon tiedon saanti rekistereihin on edellytys koko maan terveystiedon kattavuudelle. Uusi THL-laki antaa siihen mahdollisuuden. ●

EEVA KETOLA, VIRPI PITKÄNEN,
SANTERI HUVINEN, TIMO
SEPPÄLÄ

EEVA KETOLA
Project Director
National Institute for Health and
Welfare
E-mail: eeva.ketola@thl.fi

The national primary health care case-mix described

BACKGROUND In the national reform of social welfare and health care, customer orientation has been advanced as a key strategic goal, whereas the economic goal involves major cost-cutting efforts. In order to be customer-oriented and to understand what part of the production is tied to the costs, it is necessary to know the whole case-mix. To provide customer-driven and resource-based funding, tools for meeting goals are needed. This study describes case-mix and resource use in primary health care (PHC).

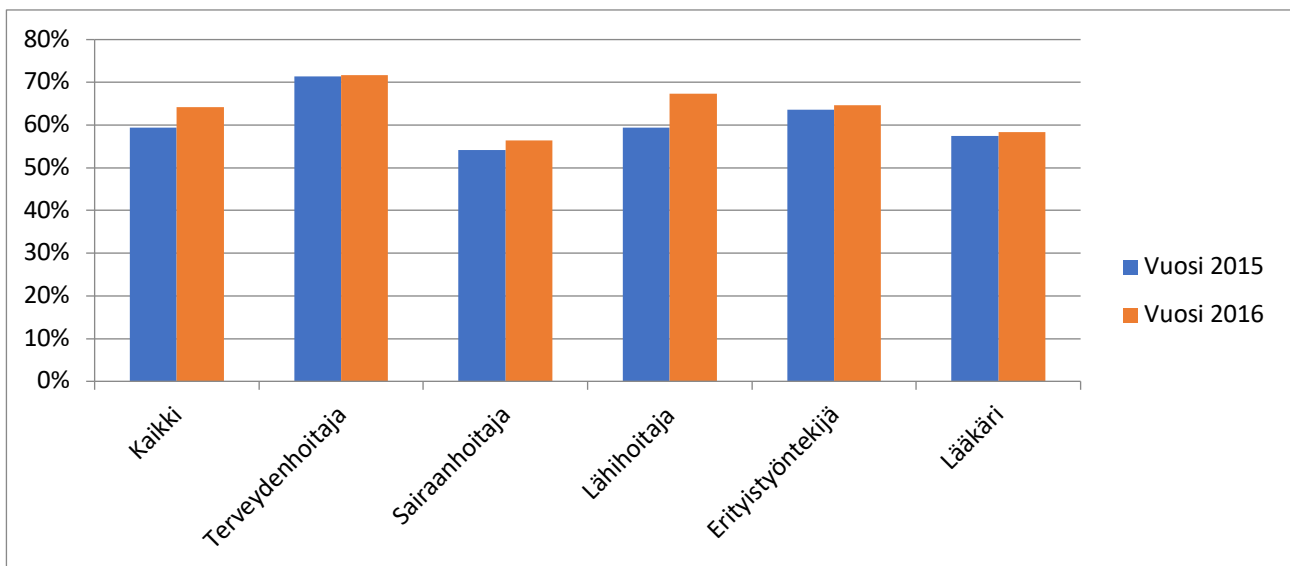
METHODS The Patient Classifier for Outpatient Care was applied to the national Avohilmo Registry in 2015–2016. Costs were added to the data according to the size of the area being examined in the vignette areas for which the cost structure was known. The areas were compared by registration activity, production and costs.

RESULTS The national PHC case-mix was described. Recording activity of the professionals was at an acceptable level, but there were regional variations in recording, costs and occupational-group-specific division of labour.

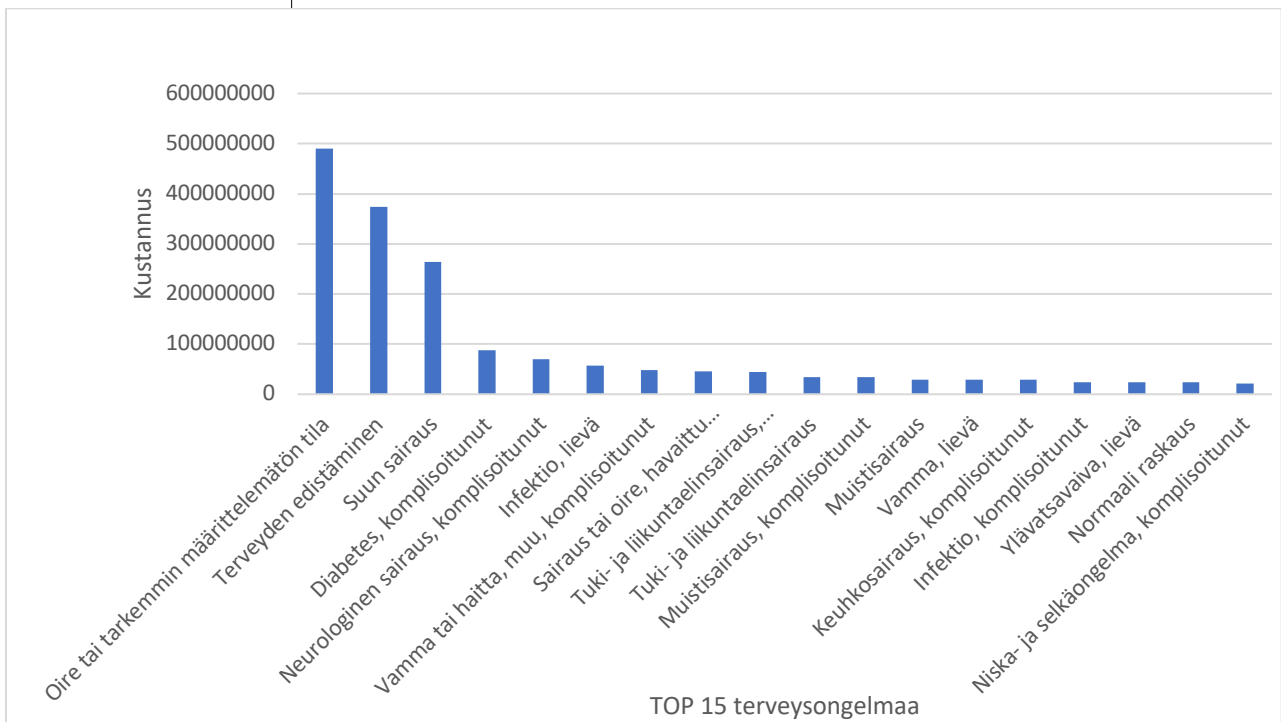
CONCLUSIONS With productisation health care services can be reliably reviewed. Looking at the economy together with production data is the only way to find out the direction of a business and keep it on an acceptable course. Productisation provides acceptable data-driven management for both services and financial management and customer-oriented service development. The basic prerequisite is a high quality of the register information and the two-way flow of data.

Liitekuvio 1.

Kirjaamisaktiivisuus ammattiryhmittäin

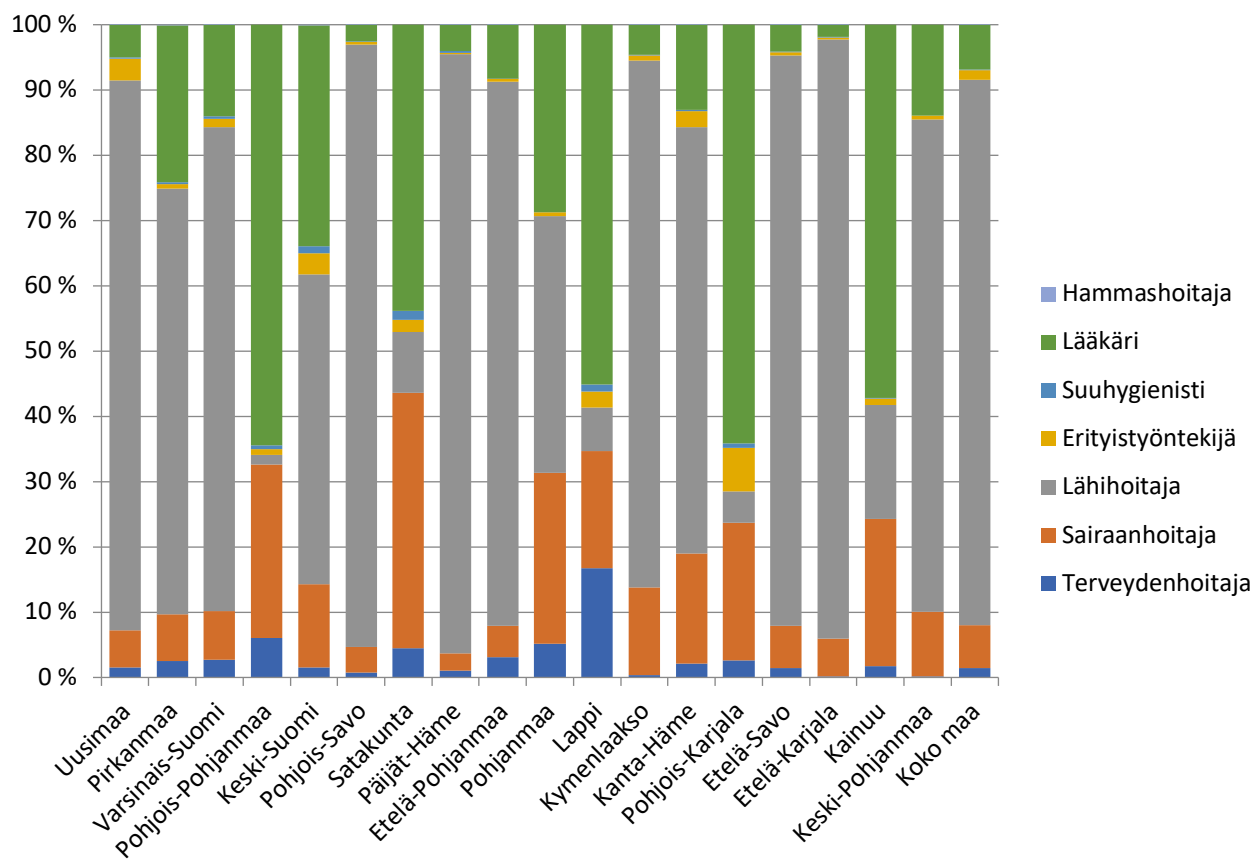


Liitekuvio 2.
15 yleisimmän terveysongelman kustannukset kirjattujen käytönsyiden mukaan



Liitekuvio 3.

Ammattiryhmien työnjako muistisairauksien hoidossa maakunnittain



Liitekuvio 4.

Ammattiryhmien työnjako lievien infektioiden hoidossa maakunnittain ja kustannukset ammattiryhmittäin tuhatta asukasta kohti

