

SIHTVALIKU TEEMA KOKKUVÕTE

Esitaja: Eesti Haigekassa kvaliteedi edenduse osakond

Sihtvaliku teema: Insuldi raviepisoodi kliinilise kodeerimise hindamine

Ravidokumentide hindamise periood: 01.07.2020 – 31.12.2020

1. Üldandmed

1.1 Sihtvalikuga teostatud ravikindlustushüvitiste määramist ja väljamaksmist tõendavate dokumentide (RkhDok) hindamine

| RkhDok nimetus | Hinnatud RkhDok arv | | |
|------------------|--------------------------|-----------------------|------------|
| | Sihtvalikuga planeeritud | Kaasuvad ja lisajuhud | KOKKU |
| Raviarved | 350 | 0 | 350 |
| Soodusretseptid | | | |
| Töövõimetuslehed | | | |
| Muud | | | |
| KOKKU | 350 | 0 | 350 |

1.2 Hinnang tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide kohta

| Hinnatud ravidokumentide liik | Hinnatud ravidokumentide arv | RkhDok arv (%*), mille osas tehti märkused (nõudeavaldusi ei esitatud) | Hindamise tulemusel NO-le nõudeavalduse koostamiseks esitatud RkhDok arv (%*) | NO-le nõudeavalduse koostamiseks esitatud nõude summa (EUR), %** |
|-------------------------------|------------------------------|--|---|--|
| Tervisekaart üldarstiabis | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tervisekaart eriarstiabis | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hambaravikaart | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Haiguslugu | 350 | 2 | 0 | 0 |
| Muu | 0 | 0 | 0 | 0 |
| KOKKU | 350 | 2 (0,57%) | 0 | 0 |

*protsent kogu hinnatud (planeeritud+kaasuvad) RkhDok arvust

**protsent kogu hinnatud (planeeritud+kaasuvad) RkhDok summast

2. Hindamise ülevaade

2.1. RkhDok hindamise eesmärk

Kaardistada akuutse faasi insuldi raviepisoodi kliiniline kodeerimine, hinnata kas ravidokumentatsioonis ja raviarvel olev kliiniline informatsioon on korrektselt märgitud ning vastavuses kasutusel olevate klassifikaatorite (RHK-10 ja NOMESCO) reeglitega.

2.2. Taustainfo (nt kui on jõustunud mingi uus määrus või uus kord vahepeal, kui on mingi spetsiifiline informatsioon teema kohta jne).

Haigekassa poolt tellitud insuldiauditite tulemused (2010, 2014) näitasid, et ravijuhtude kliinilise kodeerimise osas esineb puudusi (RHK-10). 2010. aasta audit leidis, et 11,5% valimisse sattunud ravijuhtude korral oli tegemist kas valesti diagnoositud või ebaselgete haigusjuhtudega. 2014. aastal oli valimis valesid või ebaselgeid diagnoose 6%, auditeerijate arvates oli tegemist muu haiguse (vale diagnoos) või plaanilise haigusjuhuga.

Eesti haigekassa 2019. aasta raviarvete andmebaasi andmetel oli haigekassasse tasumiseks esitatud 4395 statsionaarset raviarvet, mis olid grupeerunud viide insuldi ravijuhu diagnoosipõhise kompleksteenuse gruppi 014A, 014B, 014C, 014D ja 001B ehk spetsiifiliste peajuveresoonte haiguste diagnoosigruppi, mille erinevus seisneb kas ravijuhu jooksul kasutati trombolüüsi, trombektoomiat või mitte ja kas ravijuhu ajal tegeleti ka kaasuvate haiguste kureerimisega.

Sihtvaliku tulemused on sisendiks insuldi ravijuhu ühtse kodeerimisjuhise täiendamiseks. Selleks kaardistati insuldi ravijuhu kliinilise kodeerimise käesolev olukord. Kaardistamise tulemused on aluseks aruteludele partneritega ja vajadusel välja töötatud kliinilise kodeerimise juhise muutmiseks.

2.3. Sihtvaliku valimi periood

2019. aasta.

2.4. Hindamise läbiviimise alus (nr määrus, ravijuhend vms)

- Eesti Haigekassa seadus § 2 lg 2, § 4 lg 1
- Ravikindlustuse seadus (edaspidi RaKS)
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (edaspidi TTKS)
- Sotsiaalministri 18.09.2008 määrus nr 56 “Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” (edaspidi dokumenteerimise määrus)
- Vabariigi Valitsuse määrus 13.12.2018 nr 116, 21.03.2019 nr 27, 20.06.2019 nr 54, “Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“ (edaspidi TTL).
- Sotsiaalministri 19.01.2007 määrus nr 9 „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika” (edaspidi meetodika määrus)
- Sotsiaalministri 10.01.2002 määrus nr 13 „Tervishoiuteenuste loetelu kehtestamine“
- Ravi rahastamise leping (edaspidi RRL)

2.5. Hinnatud asutused, dokumentide arv ja tehtud nõudeavaldused

Hinnati 20 partnerilt kokku 350 ravijuhtu.

2.6. Hindamise tulemused

2.6.1. Ravidokumentide vormistamine

Ravidokumentide hindamiseks võimaldasid partnerid juurdepääsu haigla andmebaasile või edastati paberdokumendid või edastati ravilugude pdf-failid.

Ravidokumente vaadati tervikuna. Sissekanded kajastasid pöördumise põhjust, anamneesi, kaebuseid, objektiivset leidu, teostatud analüüse, uuringuid, määratud ravi, seisundi

dünaamikat ja edasi suunamise andmeid. Kõikidel juhtudel andsid haigusloo sissekanded ülevaate ravijuhu käsitlest ning vastasid hinnatud dokumentide osas dokumenteerimise määruse nõuetele.

2.6.2. Ravidokumentide sisuline hindamine

2.6.1.1. Ravijuhtude arv

Valim moodustus 2019. aastal insulti haigestunud patsientide haigusjuhtudest. Päringu kriteeriumid valimi moodustamiseks olid: 2019. aasta; kõik raviasutused; raviteenuse tüüp 2 ehk statsionaarne; põhidiagnoos RHK-10 alusel, I63.0; I63.1; I63.2; I63.3; I63.4; I63.5; I63.6; I63.8; I63.9. Hinnatavad ravijuhud haarati valimisse juhuvalikul, arvestusega, et igast haiglast oleks vähemalt 10 hinnatavat ravijuhtu. Valimisse sattusid 20 partneri ravijuhud. Hinnati 350 ravijuhtu.

2.6.1.2. Pöördumise põhjus ja edasi suunamine

82,86% juhtudest hospitaliseeriti patsient esmase/korduva insuldi kahtlusel või insuldile viitavate kaebuste ja sümptomitega. 17,14% hinnatud juhtudest oli tegemist järelravi juhtudega st patsient oli suunatud samast või teisest haiglast (kõrgemast etapist) insuldi järgselt esmasele järelravile.

Esmase/korduva insuldi patsientide ravi kulg oli järgnev: 28,86% paranes, 18,86% suunati edasi statsionaarse õendusabi teenusele, 16,00% statsionaarsesse taastusravisse, 7,43% suri, 6,57% esmasele järelravile, 2,86% kõrgemasse etappi, 1,43% tombektoomiale teise haiglasse, 0,57% elukohajärgsesse haiglasse, 0,29% edasisele ravile sisehaiguste osakonda.

Järelravi haigusjuhtude patsientidest suunati 1,71% edasi statsionaarsesse taastusravisse, 8,57% statsionaarse õendusabi teenusele, 3,71% suri ja 2,86% paranes (lahkus haiglast koju või hooldekoju).

2.6.1.3. Raviepisoodi ajal käsitletud patsiendi terviseprobleemide, haiguste, kirurgiliste protseduuride ja operatsioonide kodeerimine vastavalt RHK-10 ja NOMESCO (NCSP) põhimõtetele.

Diagnooside kodeerimise õigsuse hindamisel raviarvetele lähtuti RHK-10 reeglitest (RHK-10 2. köide lk 84-104), mille alusel peamist seisundit määratletakse kui seisundit, mida diagnoositi tervisehoolduse episoodi lõpul kui esmasena patsiendi ravi- ja uurimisvajadusi tinginut. Seega raviarvele põhiseisundi registreerimisel juhinduda mitte patsiendile määratud etiopatogeneetilisest e. kliinilisest diagnoosist, vaid lähtuda käesolevast raviepisoodist. Kui seesuguseid seisundeid on rohkem kui üks, tuleb nende hulgast valida see, mis põhjustas suurimat ressurside kasutust. Varasemate episoodidega seotud seisundeid, millel pole käesoleva raviepisoodi suhtes tähtsust, mitte kanda raviarvele.

Operatsioonide ja kirurgiliste protseduuride korral hinnati kas oli valitud tegevusele vastav NCSP kood.

Põhihaigus, insult, oli 98,57% (345) juhtudest õigesti raviarvele kodeeritud, ehk vastas patsiendi esmasele ravi- ja uurimisvajadustele.

1,43% juhtudest oli eksitud põhihaiguse kodeerimisega ja raviarve grupeerus valesse diagnoosipõhisesse gruppi. Nendel juhtudel oli tervisehoolduse episoodis esmasena patsiendi ravi- ja uurimisvajadusi tinginud põhihaigused järgmised: transitoorse isheemia atakk, neerupuudulikkus, amneesia, kopsupõletik ja ühel juhul aasta taguse insuldi tüsistusena tekkinud hemipareesi (taastus)ravi.

Insuldist põhjustatud neuroloogilist defitsiiti märkivate diagnooside kliinilise kodeerimise kaardistamine. Kaardistamise tulemused esitatakse 311 patsiendi ravijuhtude (raviarvetele diagnooside) kodeerimise kohta. 39 surnud patsiendi andmed on välja arvatud.

Hinnanguliselt üle poolte juhtudest (52,09%) ei olnud kodeeritud (või oli osaliselt kodeeritud) neuroloogilist defitsiiti märkivaid diagnoose raviarvetele (nt G81.1, G83.1, G46.3, G82.4, R13, R47.0, R47.1, H53.4, jm), samas epikriisi lõplikus kliinilises diagnoosis oli põhihaiguse sõnalise täpsustusena osadel juhtudel neuroloogiline defitsiit siiski kajastatud. 18,97% nendest patsientidest, kelle raviarvele ei olnud kodeeritud neuroloogilise defitsiidi diagnoose (sisuliselt põhihaiguse tüsistus), suunati edasi statsionaarsesse õendusabisse või 12,22% statsionaarsesse taastusravisse (vt tabel 1). Ravijuhtude sissekannete alusel suunati patsient edasi põhihaiguse tüsistuste ja/või neuroloogilise defitsiidi tõttu, seega oleks kohane olnud ka need diagnoosid raviarvele kodeerida.

Tabel 1. Neuroloogilist defitsiiti märkivate diagnooside kliiniline kodeerimine ja patsiendi järgnev raviteekond

| Edasi suunamine hindamise tulemusena | Ei (%) | Jah (%) | Osaliselt (%) | Pole vaja (%) | Kokku (%) |
|--|--------|---------|---------------|---------------|-----------|
| Esmane järelravi millest suunati esmasesse järelravisse | 0,00 | 0,32 | 0,00 | 0,00 | 0,32 |
| Esmane järelravi millest suunati statsionaarsesse taastusravisse | 0,32 | 1,29 | 0,32 | 0,00 | 1,93 |
| Esmane järelravi statsionaarse edasi suunamiseta/paranemine | 0,64 | 1,29 | 0,00 | 1,29 | 3,22 |
| Esmane järelravi, millest suunati statsionaarsesse õendusabisse | 5,47 | 1,93 | 1,61 | 0,00 | 9,00 |
| Suunatud keskhaiglast, ravil siseosakonnas, millest suunati stats õendusabisse | 0,64 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,64 |
| Algusjuht millest suunati tombektoomiale | 1,29 | 0,32 | 0,00 | 0,00 | 1,61 |
| Algusjuht millest suunati elukohajärgsesse haiglasse | 0,64 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,64 |
| Algusjuht millest suunati esmasele järelravile | 6,43 | 0,64 | 0,00 | 0,32 | 7,40 |
| Algusjuht millest suunati kõrgemasse etappi | 0,64 | 0,32 | 0,00 | 2,25 | 3,22 |
| Algusjuht millest suunati siseosakonda | 0,32 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,32 |
| Algusjuht millest suunati statsionaarsesse taastusravisse | 11,58 | 3,54 | 0,64 | 2,25 | 18,01 |
| Algusjuht millest suunati statsionaarsesse õendusabisse | 10,29 | 7,72 | 0,96 | 2,25 | 21,22 |
| Algusjuht statsionaarse edasi suunamiseta/paranemine | 9,32 | 6,43 | 0,96 | 15,76 | 32,48 |
| Kokku | 47,59 | 23,79 | 4,50 | 24,12 | 100,00 |

Kaasuvate haiguste kodeerimisel raviarvetele leiti:

- 38,29% oli kaasuvate haiguste kodeerimine raviarvele korrektne;
- 39,14% oli samuti kaasuvate haiguste kodeerimine korrektne, kuid osaliselt või täielikult puudusid neuroloogilist defitsiiti näitavad diagnoosid. RHK-10 alusel on need diagnoosid (jaotisest G80-G83 või R47, R13) küll mittekohustuslikud lisakoodid, samas näitavad põhihaiguse tüsistusi, mida sageli järelravis, taastusravis ja õendusabis peamiselt kureeritakse või mille tõttu patsient viibib järelravil.
- 22,57% juhtudes leiti kaasuvate haiguste kodeerimisel raviarvele puuduseid - kas liigne, puuduv või ebatäpne kaasuva haiguse diagnoos. Ühel ravijuhul võis esineda erinevaid kaasuvate haiguste kodeerimise eksimusi.

- 53 juhul oli raviarvele kodeeritud liigselt mõni diagnoos mida käesoleval ravijuhul ei kureeritud või mis oli kaetud teiste diagnoosidega (*N: liigne I50.0, sest RHK-10 alusel kuulub I11.0 hulka mistahes seisund I50.-, I51.4-I51.9 all, mis põhjustatud hüpertooniatõvest*).
- 15 juhul puudus mõni ravijuhul kureeritud diagnoos (sagedamini L89 (5 juhul), N39.0 (2-1 juhul)).
- 11-1 juhul leiti ebatäpselt kodeeritud diagnoose.

Kaasuvate haiguste raviarvele kodeerimise eksimused ei mõjutanud raviarvete DRG-sse grupeerumist (diagnoosipõhine grupp).

NOMESCO (NCSP)

133 ravijuhul oli teostatud kirurgilisi protseduure, nendest:

- 8,27% juhtudest (11-1 133-st) oli mõni NCSP kodeerimata, enamik juhtudel väike kirurgiline protseduur. 2 juhul oli põhjustas kodeerimata NCSP raviarve grupeerumise valesse DRG-gruppi, nendest ühel juhul oli kodeeritud JCW98, kuid tegevusele vastas TJD00, ZXC85 ja ühel juhul oli kodeerimata AAL18.
- 56 juhul oli teostatud akuutse isheemilise insuldi intravenoosne trombolüüsravi, nendest 2 juhul oli vastav NCSP kodeerimata, ühel juhul põhjustas puuduv NCSP raviarve grupeerumise valesse diagnoosipõhisesse gruppi, teisel mitte, sest tegemist oli lühikese ravi DRG-ga (901O).
- 13 juhul oli teostatud trombi mehaaniline eemaldamine ajuarteritest, kodeeritud NCSP-d vastasid tegevusele.

2.6.3. Raviarvete vormistamine

Raviarvetele kantud tervishoiuteenused ja nende hulgad vastasid ravidokumentis dokumenteeritule. Raviarvetele kodeeritud ravile saabumise kood vastas ravidokumendi sissekannetele 99,43% ja suunamise kood 91,71% juhtudest.

2.7. Vigade ilmnemisel raviasutusele rakendatud meetmed (märkused, abinõudeplaani koostamise soovitus jm)

Märkus tehti ühele raviasutusele kahe raviarve osas, eksitud oli RRL lisa 2 p 3.3.2, sest raviarve esitati tasumiseks osadena.

Enamik (19) asutustele tehti ettepanek: Diagnooside kodeerimisel lähtuda RHK-10 klassifikatsiooni juhistest. Raviarvele kodeerida need (kaasuvad)seisundid, millel on käesoleva raviepisoodi suhtes tähtsus ehk mida diagnoositi ja raviti.

17 asutustele tehti ettepanek: Pöörata tähelepanu raviarvete vormistamisele.

2.8. Kommenteeritud põhitulemused ja sihtvaliku teostaja hinnang (haigekassa edasise töö planeerimise seisukohast olulisemad tulemused ja nendele antud kommentaarid ning hinnang)

Põhidiagnoosi kodeerimine oli valdavalt õige, vaid 5 juhul oli eksitud ja seetõttu oli raviarve valesse diagnoosipõhisesse jaotusesse grupeerunud.

Kaasuvate diagnooside kodeerimisel esines eksimusi, kuid eksimused ei mõjutanud raviarve diagnoosipõhist grupeerumist.

NCSP-de kodeerimisel esines vähesel määral esimesi ja 2 juhul mõjutas see raviarve diagnoosipõhist grupeerumist.

Kaasuvate diagnooside kodeerimisel leiti erinev lähenemine 6-l haiglal (Põhja-Eesti piirkond), millele juhtiti ka raviasutuste tähelepanu.

12% (41) juhtudest oli kodeeritud põhihaiguse (insuldi) tüsistuseks diagnoos G46.0, G46.1 mis on RHK-10-s tähistatud „*“-ga. RHK-10 2. köide lk 23 selgitab, et esmane kood on põhihaiguse jaoks ja seda märgitakse ristiga (†), mittekohustuslik lisakood on ilmingu jaoks ja märgitakse tärniga (*). RHK põhimõtteks on, et ristiga kood on esmane kood ja seda peab alati kasutama. Kodeerimisel ei tohi tärniga koodi kunagi üksi kasutada. Ristiga koode sisaldav statistika on kooskõlas traditsioonilise klassifitseerimisega.

RHK-10 järgi kodeeritakse diagnoos: G46.0* keskse suurajuarteri sündroom (I66.0+) ja G46.1* eesmise suurajuarteri sündroom (I66.1+). Lõpliku kliinilise diagnoosi vormistamisel epikriisi RHK-10 juhustest ei olnud lähtunud 5 haiglat ja üks haigla oli lõpliku kliinilise diagnoosi vormistamisel RHK-10 juhustest lähtunud.

Diagnoos I66.0 kuulub jaotisesse I66, kuhu kuuluvad diagnoosid „peajuarterite peajuinfarktita oklusioon ja stenoos“.

Raviarvele vastava diagnoosi kodeerimine koos insuldi diagnoosiga (eraldi ridadele ehk andmeväljadele) annab ka VisualDRG programm (diagnoosipõhine grupeerija) märke, et esineb vastuolu kahe diagnoosi vahel.

2.9. Järeldused

- Hinnati 20 partnerilt kokku 350 ravijuhtu.
- Põhihaigus, insult, oli 98,57% (345) juhtudest õigesti raviarvele kodeeritud.
- Üle poolte juhtudest (52,09%) ei olnud kodeeritud või oli osaliselt kodeeritud, neuroloogilist defitsiiti märkivaid diagnoose raviarvetele.
- 77,43% vastas kaasuvate haiguste kodeerimine raviarvele haigusjuhu sisule. Kaasuvate haiguste raviarvele kodeerimise eksimused ei mõjutanud raviarvete DRG-sse grupeerumist (diagnoosipõhine grupp).
- 91,73% raviarvetele kodeeritud NCSP vastasid teostatud kirurgilisele tegevusele ja 8,27% ei vastanud, nendest 2 juhul põhjustas kodeerimata NCSP raviarve grupeerumise valesse diagnoosipõhisesse gruppi.
- Haiguslugude vormistamine vastas dokumenteerimise määruse nõuetele.
- Raviarvete vormistamine vastas nõuetele 86,29% juhtudest.

2.10. Ettepanekud ja vajadusel jätkutegevused teemaga seoses (haigekassa töö planeerimise seisukohast esitatud ettepanekud osakondadele ja partnerile – nt raviasutuse sisese kontrolli tõhustamine, järeelhindamine, auditi vajadus jms)

Raviasutustele tehtud ettepanekud

- Diagnooside kodeerimisel lähtuda RHK-10 klassifikatsiooni juhustest. Raviarvele kodeerida need seisundid, millel on käesoleva raviepisoodi suhtes tähtsus ehk mida diagnoositi ja raviti.
- Pöörata tähelepanu raviarvete vormistamisele.

Haigekassale

- Tulemused on sisendiks insuldi raviteekonna teemaga seotud haigekassa osakondadele edasise töö planeerimiseks.

- Kordushindamist ei ole vaja teha.

Koostas: Kadri Paal, vanemusaldusarst

Kinnitas: Sirje Kree, osakonna juhataja

Kuupäev: 15.01.2021