

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:20

Kale Juva, Eero Linnakko

Terveydenhuollon laboratoriotutkimusten
tuottamista, kustannuksia ja korvauksia
koskeva selvitys 2001

Selvitysmiesten raportti

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2001

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö	Julkaisun päivämäärä 27.9.2001		
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista, kustannuksia ja korvauksia koskeva selvitys 2001. Selvitysmiesten raportti professori Kale Juva erityisasiantuntija Eero Linnakko	Julkaisun laji Työryhmämuistio		
	Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö		
	Toimielimen asettamispäivä 1.12.2000		
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista, kustannuksia ja korvauksia koskeva selvitys 2001. Selvitysmiesten raportti. (Utredning om produktion av samt kostnader och ersättningar för laboratorieundersökningar inom hälsovården 2001. Utredningsmännens rapport)			
Julkaisun osat			
Tiivistelmä Raportissa esitellään tehtäväksiannon taustaa ja sairausvakuutuksen teoreettista merkitystä terveyspalvelujen rahoituksessa ja luodaan katsaus sekä yksityisen että julkisen kliinisen laboratoriotuotannon taustaan ja merkitykseen suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Seuraavaksi pohditaan erilaisten laboratoriotuotannon kehitykseen vaikuttavien tekijöiden merkitystä laboratoriotuotannon tulevaisuudelle. Yksityisten terveys- ja laboratoriotuotannon korvauskäytännön kehitystä ja lainsäädäntö kuvataan ja referoidaan laboratoriotuotannon korvauksia ja julkisen ja yksityisen toiminnan suhteista käytyä keskustelua. Kustannuslaskennan ja hinnoittelun periaatteita niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla tarkastellaan tehtyjen kyselyjen perusteella. Yhteenvetoon jälkeen selvitysmiehet tekevät alla olevat ehdotukset taksoiden määrätymisperusteiden ja hinnoittelukäytäntöjen kehittämiseksi.			
Avainsanat: (asiasanat) hinnoittelu, KELA, korvaukset, laatusuosituksien, maksuperusteet, taksat, laboratoriotutkimus, sairausvakuutus, sertifiointi, terveyspalvelut, työterveyshuolto			
Muut tiedot			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:20		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1027-9
Kokonaissivumäärä 116	Kieli Suomi	Hinta 104 mk	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere, puh. (03) 260 8158 ja 260 8535, julkaisumyynti@stm.vn.fi		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum 27.9.2001	
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Utredning om produktion av kostnader och ersättningar för laboratorieundersökningar inom hälsovården 2001. Utredningsmännens rapport. professor Kale Juva expert Eero Linnakko		Typ av publikation Arbetsgruppspromemoria	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Datum för tillsättandet av organet 1.12.2000	
Publikation (även den finska titeln) Utredning om produktion av samt kostnader och ersättningar för laboratorieundersökningar inom hälsovården 2001. Utredningsmännens rapport (Terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista, kustannuksia ja korvauksia koskeva selvitys 2001. Selvitysmiesten raportti.)			
Publikationens delar			
Referat I rapporten presenteras bakgrunden till mandatet samt sjukförsäkringens teoretiska betydelse för finansieringen av hälsovårdstjänsterna samt ges en översikt över bakgrunden till både den privata och offentliga kliniska laboratorieverksamheten och dess betydelse inom det finländska hälsovårdssystemet. Därefter dryftar man betydelsen av olika faktorer som påverkar laboratorieverksamhetens utveckling i framtiden. Man beskriver utvecklingen av och lagstiftningen om ersättningspraxis i fråga om de privata hälsovårds- och laboratorie-tjänsterna. Man refererar debatten om ersättningarna för laboratorieverksamheten och om förhållandet mellan de offentliga och privata tjänsterna. Principerna för kostnadsberäkning och prissättning både inom den officiella och inom den privata sektorn betraktas utgående från de enkäter som utförts. Efter sammandraget ger utrednings-männen sina förslag till att utveckla grunderna för bestämning av taxorna och prissättningspraxisen.			
Nyckelord certifiering, ersättningar, FPA, företagshälsovård, grunder för taxor, hälsovårdstjänster, kvalitets-rekommendationer, laboratorieundersökning, prissättning, sjukförsäkring, taxor			
Övriga uppgifter			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets arbets-gruppspromemorior 2001:20		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1027-9
Sidoantal 116	Språk Finska	Pris 104 mk	Sekretessgrad Offentlig
Distribution Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning, PB 536, 33101 Tammerfors, tel. (03)260 8158 och 260 8535; julkaisumyynti@stm.vn.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health		Date 27 September 2001	
Authors Survey of the production, costs and reimbursement of laboratory examinations in health care 2001. Report by Rapporteurs ad int. Professor Kale Juva Consulting Officer Eero Linnakko		Type of publication Working Group memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 1 December 2000	
Title of publication Survey of the production, costs and reimbursement of laboratory examinations in health care 2001. Report by Rapporteurs ad int.			
Parts of publication			
Summary To begin with the report explains the background for the rapporteurs' commission and the theoretical meaning of health insurance in financing health services, and reviews the background and significance of both the private and public clinical laboratory services in the Finnish health care system. Next, the rapporteurs ponder the significance of various factors influencing the development of future laboratory services. The development of the reimbursement of private health and laboratory services and related legislation are described, and the discussion concerning the compensations for laboratory services and the relation between public and private services is summarised. The principles of cost accounting and pricing both in the public and the private sector are discussed on the basis of the outcome of the questionnaires carried out. After the summary the rapporteurs give their proposals for developing the grounds for determining the rates of services and the pricing practices.			
Key words certification, compensation, cost accounting, health services, laboratory examination, occupational health service, pricing, quality recommendations, rates, Social Insurance Institution			
Other information			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:20		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1027-9
Number of pages 116	Language Finnish	Price FIM 104.00	Publicity Public
Distributor/Orders Ministry of Social Affairs and Health Publications sale, P.O.B. 536, 33101 Tampere, Finland tel. +358 3 260 8158 and +358 3 260 8535; e-mail: julkaisumyynnti@stm.vn.fi		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Tämä selvitys on tehty Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta. Selvityksen tarkoitus on ollut löytää taustatietoja ja uusia ajatuksia laboratoriodiagnostiikan hinnoittelu- ja korvausperusteisiin sekä yksityisten että julkisten laboratoriodien osalta. Toimeksiantoon on osaltaan vaikuttanut laboratorikorvauksista käyty keskustelu, kilpailuviraston asiaa koskevat kannanotot sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetusmuutos, jonka mukaan vuoden 1999 alusta myös julkiset laboratoriot saattoivat myydä palveluja yksityisasiakkaille omakustannushintaan, mikäli heillä oli tähän yksityislääkärin lähete. Näihin kustannuksiin Kansaneläkelaitos ei kuitenkaan maksa korvauksia, vaikka kustannukset potilaalle ylittäisivät laboratoriotutkimuksille määritellyn omavastuuosuuden. Ongelma on myös se, että Sosiaali- ja terveysministeriön laboratoriotaksojen määrätymisperusteet on luotu aikana, jolloin sairausvakuutuskorvaus maksettiin kaikkiaan kahdeksan

taksaryhmän mukaan. Kun korvaus potilaalle nyt maksetaan tutkimuskohtaisten taksojen perusteella on taksojen määräytymisperuste ainakin osin vanhentunut.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvitysmieheksi professori Kale Juvan Turusta ja VTM Eero Linnakon Suomen Kuntaliitosta. Ryhmän sihteeriksi pyydettiin dosentti Tiina Telakivi Kansaneläkelaitoksesta. Työ käynnistyi joulukuussa 2000 ja jatkui alkuperäisestä aikataulusta kuukaudella pidennettynä vuoden 2001 heinäkuun loppuun. Selvitysmiehillä oli neljä kokousta Ministeriön vakuutus- ja palveluosaston virkamiesten kanssa ja kaksi kokousta Kansaneläkelaitoksen edustajien kanssa. Sisäisiä kokouksia oli kuusi ja selvitysmiesten välisiä sähköpostiviestejä noin 170.

Keskeinen kliinisten laboratorioden nykytilaa kartoittava tiedonkeruumuoto oli kaksi kyselyä; toinen julkisen ja toinen yksityisen sektorin laboratorioille. Julkisen sektorin kysely lähetettiin kaikkiin sairaanhoitopiireihin ja yksityisen sektorin kysely kliinistä laboratoriotointa harjoittaville yksityisille laboratorioille. Lisäksi selvitysmiehet haastattelivat sekä yksityisten että julkisten laboratorioden johtajia.

Selvitysmiehet kiittävät kaikkia niitä asiantuntijoita, jotka vastasivat kyselylomakkeeseen tai haastattelupyyntöihin niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Lomakkeeseen vastaaminen ei ollut välttämättä helppoa, koska julkisten laboratorioden kysely edellytti erillistä tietojen kokoamista piirin alueella olevista eri laboratorioyksiköistä. Ilman näitä tietoja ei selvitystä olisi voinut tehdä.

Kiitämme myös niitä henkilöitä, jotka Stakesissa, Kansaneläkelaitoksessa, Sosiaali- ja terveysministeriössä Suomen Kuntaliitossa osallistuivat tilastomateriaalin muokkaukseen sekä kyselylomakkeen käsittelyyn ja jakeluun.

Selvitysmiehistä Kale Juva keskittyi yksityisen laboratoriotoinnin ja Eero Linnakko julkisen laboratoriotoinnin analysointiin. Tiina Telakivi puolestaan on toimittanut Kelan laboratoriotilastojen lisäksi sairausvakuutuksen laboratoriotaksojen ja korvausten kehitystä koskevat tiedot selvitysmiesten käyttöön.

Kale Juva

Eero Linnakko

Sisällysluettelo

TIIVISTELMÄ JA SUOSITUKSET	15
TIIVISTELMÄ	15
SUOSITUKSET.....	15
TAKSOJEN MÄÄRÄYTYMISPERUSTE	15
KUSTANNUSLASKENNAN JA HINNOITTELUN PERIAATTEET	15
MUUT SUOSITUKSET.....	16
1. JOHDANTO.....	17
1.1 TAUSTA	17
1.2 TEHTÄVÄKSI ANTO JA RAJAUS	18
1.3 AGENTTISUHDE JA MORAALINEN UHKA	19
1.4 SAIRAUSSVAKUUTUS JA TEHOKKUUDEN PARANTAMINEN.....	20
2. KLIINISEN LABORATORIOTOIMINNAN JA SEN TOIMINTAYMPÄRISTÖN TILA JA KEHITYSSUUNNAT	21
2.1 TERVEYDENHUOLLON TOIMINNAN JA RAHOITUKSEN MUUTOKSET 90-LUVULLA.....	21
2.1.1 Keskeiset kehityssuunnat	21
2.1.2 Palvelujärjestelmän rakenne ja toiminnan määrä.....	22
2.2 KLIININEN LABORATORIOTOIMINTA JA KEHITYS	23
2.2.1 Toiminnan rakenne ja organisointi	23
2.2.2 Toiminnan määrä.....	24
2.2.3 Laboratorioitten henkilökunta.....	25
2.3 YKSITYISLABORATORIOTOIMINTA VUONNA 1999.....	26
2.3.1 Laboratoriotutkimuksia suorittavien yksiköitten toimintavolyymi ja erikoisala	26
2.3.2 Laboratoriopalvelujen käyttö Kelan tilastojen valossa yksityisellä sektorilla.....	27
2.3.2.1 Tutkimusten käyttö erikoisaloittain	29
Kliininen kemia.....	29
Mikrobiologia.....	29
Kliininen fysiologia.....	29
Kliininen neurofysiologia	30
Isotooppitutkimukset.....	30
Patologia.....	30
2.3.3 Yksityislaboratoriotoiminta kyselyn valossa	30
2.3.3.1 Kyselyn toteutus	31
2.3.3.2 Yksiköitten koko ja toiminta.....	31
2.3.3.3 Toiminta erikoisaloittain	31
2.3.3.4 Tutkimusnimikkeitten määrä.....	32
2.3.3.5 Tutkimusten omavaraisuusaste	32
2.3.3.6 Laaduntarkkailun järjestäminen.....	32
2.3.3.7 Arkistointi	32
2.3.3.8 Näytteenoton merkitys vastaanoton yhteydessä.....	32
2.3.3.9 Yksiköitten talous	33
2.3.3.10 Laboratoriotoiminnan sertifiointi.....	33
2.3.3.11 Laboratoriotulosten tietopankki	33
2.4 JULKINEN LABORATORIOTOIMINTA	33
2.4.1 Kyselyn aineisto.....	33
2.4.2 Julkisen sektorin toimintavolyymi.....	33
2.4.3 Toiminnan organisointi	35
3. LABORATORIOTOIMINNAN KEHITYSMISLINJOJA.....	36
3.1 NÄKYMÄT JULKISELLA SEKTORILLA	36
3.2 VERKOSTOITUMINEN JA TIETOJÄRJESTELMÄT.....	36
3.3 VIERITUTKIMUKSET	37
3.4 LABORATORIOTOIMINNAN KEHITYMINEN YKSITYISELLÄ SEKTORILLA	38
3.5 LAADUN HALLINTA	38

3.5.1 Ulkoinen laaduntarkkailu.....	39
3.5.2. Sisäinen laaduntarkkailu.....	39
3.5.3 Sertifiointi ja akkreditointi.....	40
4. LABORATORIOTUTKIMUSTEN KORVAUSTAKSOJEN MÄÄRÄYTYMISPERUSTEET	40
4.1 SAIRAUSSVAKUUTUSJÄRJESTELMÄN ASEMA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSESSA	40
4.2 SAIRAUSSVAKUUTUKSEN TUTKIMUKSEN JA HOIDON KORVAUSPERUSTEET	42
4.3 LABORATORIOTUTKIMUSTEN SAIRAUSSVAKUUTUSTAKSOJEN KEHITYS	43
4.3.1 Taksojen perusteet ja taso.....	43
4.3.2 Sairausvakuutuksen laboratoriotutkimusten- ja patologisten tutkimusten taksaa koskevat päätökset 1990- luvulla	45
4.3.2.1 Taksapäätös 5.5.1989.....	45
4.3.2.2 Taksapäätös 17.02.1995	46
4.3.2.3 Taksapäätös 6.11.1996.....	49
4.3.2.4 Laboratoriotaksojen tarkistamiseen vaikuttavat tekijät 1.1.1997 taksatarkistuksen jälkeen.....	49
4.3.3 Työterveyshuollon laboratoriotutkimusten korvausjärjestelmä	49
4.3.4 Sairausvakuutuksen kehittämistä koskevat ehdotukset	50
4.3.5 Yhteenveto.....	52
5. KATSAUS KLIINISEN LABORATORIOTOIMINNAN KORVAUSKÄYTÄNNÖSTÄ, KILPAILUSTA JA KUSTANNUKSISTA KÄYTYYN KESKUSTELUUN	52
5.1 KESKUSTELUN LÄHTÖTILANNE	52
5.2 TAKSOJEN MÄÄRÄYTYMISPERUSTEET	53
5.3 KUSTANNUSLASKENNAN PERIAATTEET.....	54
5.4 HINNOITTELUN PERIAATTEET	55
5.5 KORVAUKSEN VAIKUTUS HOITOKÄYTÄNTÖÖN JA LAATUUN	56
5.6 SAIRAUSSVAKUUTUSLAIN 11 § JA SEN TULKINTA	57
5.7 KILPAILUNEUTRALITEETTI	57
5.8 PALVELUJEN SAATAVUUS JA TASA-ARVO.....	58
5.9 TERVEYSPALVELUJEN TUOTTAJEN VEROKOHTELU.....	59
5.9.1 Terveyspalvelujen arvonlisävero Suomessa.....	59
5.9.2 Terveyspalvelujen arvonlisävero EU alueella.....	59
5.10 VAIKUTUS TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEEN JA RAKENTEeseen	60
6. KUSTANNUSLASKENNAN JA HINNOITTELUN PERIAATTEET YKSITYISELLÄ JA JULKISELLA SEKTORILLA	61
6.1 YKSITYINEN SEKTORI	61
6.1.1 Kustannuslaskenta.....	61
6.1.2 Hinnoittelun periaatteet.....	61
6.1.2.1 Itse tehdyt tutkimukset.....	61
6.1.2.1 Muualta ostetut tutkimukset.....	61
6.1.3 Näytteenoton hinta ja Kela-korvattavuus	62
6.1.4 Yksiköitten talous	62
6.2 PERITYJEN MAKSUJEN JAKAUMA KELAN TILASTOJEN PERUSTEELLA	62
6.2.1 Johtopäätöksiä.....	64
6.3 JULKISEN SEKTORIN KUSTANNUSLASKENNAN JA HINNOITTELUN PERIAATTEET	65
6.3.1. Kustannuslaskenta.....	65
6.3.2 Hinnoittelun periaatteet.....	67
6.4 JULKISTEN JA YKSITYISTEN LABORATORIOIDEN HINNOITTELUN VERTAILU.....	68
7. JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	70
7.1 LABORATORIOTOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN	70
7.2 TAKSOJEN MÄÄRÄYTYMISPERUSTEET JA SAIRAUSSVAKUUTUSKORVAUS	71
7.3 KUSTANNUSLASKENNAN PERUSTEET	71
7.4 MUUT JOHTOPÄÄTÖKSET.....	72
8. SELVITYSMIESTEN SUOSITUKSET	73
8.1 TAKSOJEN MÄÄRÄYTYMISPERUSTE.....	73

8.1.1 Korvausperuste	73
8.1.2 Laadun osoittaminen	73
8.1.3 Työterveyshuollon korvausperiaate ja tutkimusten laatu	73
8.2. KUSTANNUSLASKENNAN JA HINNOITTELUN PERIAATTEET	74
8.2.1 Yleisperiaate	74
8.2.2 Kustannuslaskenta	74
8.2.3 Hinnoittelu ja taksojen tarkistaminen	74
8.3 MUUT SUOSITUKSET	74
8.3.1 Laboratoriotulosten hyötykäytön tehostaminen tietovarastojen avulla	74
8.3.2 Tutkimusnimikkeistä tutkimustietokantaan	75
8.3.3 Tuottajien verokohtelu	75
8.3.4 Korvauksen maksaminen	75
8.3.5 Tutkimusten luokittelu	75
LÄHDELUETTELO	76
LIITTEET	77
1. SELVITYSMIEHEN ASETTAMINEN, ASETTAMISPÄÄTÖS 1.12.2000 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ	
2. SAIRAANHOITOPIIREILLE OSOITETTU KYSELYLOMAKE	
3. YKSITYISILLE LABORATORIOILLE OSOITETTU KYSELYLOMAKE	
4. YHTEENVETO SAIRAANHOITOPIIRIEN TOIMINTARAKENTEESTA	
5. ASIAMAKSUSÄÄNNÖSTEN LABORATORIOPALVELUJEN KILPAILUA VÄÄRISTÄVÄ VAIKUTUS – KILPAILUVIRASTON ARVIO DNRO 391/71/2001	
6. TAULUKKO 6.1	

Tiivistelmä ja suositukset

Tiivistelmä

Raportissa esitellään tehtäväksiannon taustaa ja sairausvakuutuksen teoreettista merkitystä terveyspalvelujen rahoituksessa ja luodaan katsaus sekä yksityisen että julkisen klinisen laboratoriotoiminnan taustaan ja merkitykseen suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Seuraavaksi pohditaan erilaisten laboratoriotoiminnan kehitykseen vaikuttavien tekijöiden merkitystä laboratoriotoiminnan tulevaisuudelle. Yksityisten terveys- ja laboratoriopalvelujen korvauskäytännön kehitystä ja lainsäädäntö kuvataan ja referoidaan laboratoriotoiminnan korvauksia ja julkisen ja yksityisen toiminnan suhteista käytyä keskustelua. Kustannuslaskennan ja hinnoittelun periaatteita niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla tarkastellaan tehtyjen kyselyjen perusteella. Yhteenvedon jälkeen selvitysmiehet tekevät alla olevat ehdotukset taksojen määräytymisperusteiden ja hinnoittelukäytäntöjen kehittämiseksi.

Suosituks

Taksojen määräytymisperuste

- Ehdotamme, että laboratoriotutkimusten erillistä korvaamista jatketaan ja että taksojen määräytymisperuste määritellään niin, että Kansaneläkelaitoksen on laboratoriotutkimusten taksoja määritettäessä otettava huomioon tutkimuksen osoitettu laatu ja tuotantokustannukset. Kustannukset on otettava huomioon koko toimintaketjun osalta tehokkaisten tuottajien kustannustason mukaisesti.
- Ehdotamme, että sosiaali- ja terveysministeriön antamassa taksojen peruste-päätöksessä ei erikseen määritellä taksan ylärajaa, koska ylärajan määrittäminen voidaan tulkita hintasuositukseksi.
- Ehdotamme, että jokaiselta kliinistä laboratoriotoimintaa harjoittavalta yksityiseltä ja julkiselta terveydenhuollon yksiköltä edellytettäisiin määräämää laatutun-nusta, joka olisi ehtona tutkimusten teolle, myynnille ja vakuutuskorvauksille. Laatutunnuksen tulee kattaa koko tutkimuskokonaisuus pyynnöstä tutkimustu-losten raportointiin.
- Ehdotamme, että työterveydenhuollon tekemien laboratoriotutkimusten korvaus-käytäntö säilytetään periaatteiltaan ennallaan, mutta vain laatuvaatimukset täyt-tävistä laboratoriotutkimuksista aiheutuvat kustannukset hyväksyttäisiin korva-usten piiriin.

Kustannuslaskennan ja hinnoittelun periaatteet

- Tutkimusten hinnoittelun ja korvauskäytännön ja tulee tarjota potilaalle edullinen vaihtoehto terveysongelman syyn selvittämiseksi, edistää ajanmukaista dia-gnostista käytäntöä ja kilpailua laboratorioden välillä
- Ehdotamme että sekä julkisten että yksityisten laboratorioden ulkopuolisille myymien palvelusten tulee perustua täyskattaiseen hintaan. Kilpailun edelly-tyksiä edistämällä hinnat määräytyvät markkinaehtoisesti. Omakustannushin-

nasta julkisen sektorin myymien tutkimusten hinnoittelun periaatteena tulee luopua.

- Tutkimus- tai toimintokohtaista kustannuslaskentaa yleisesti tehdään vain sairaalalaboratorioissa ja yksityisissä keskuslaboratorioissa. Muiden laboratorioden osalta hinnoittelu perustuu markkinatilanteeseen, kustannustasoon sekä korvaustaksoihin. Mielestämme vain kilpailu laboratoriomarkkinoilla edistää kustannustietoisuutta ja käytännön kustannuslaskentaa.
- Ehdotamme, että sairausvakuutuksen taksojen kustannusvastaavuutta tulee tarkistaa kolmen neljän vuoden välein. Korvausten pitää olla tasolla, joka tarjoaa potilaalle todellisen vaihtoehdon palvelujen tarjoajaa valittaessa.
- Ehdotamme, että taksojen tarkistamisen perustiedostoksi luodaan tutkimuskohtainen kustannus /hinta tietokanta, jossa on ajantasaista julkista tietoa kustannusten ja hintojen kehityksestä niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla.
- Ehdotamme, että laboratoriotutkimusten osalta tutkitaan vaihtoehtoa, jossa yksittäisen tutkimuksen asemasta potilaalle korvattaisiin hänen ongelmansa todentamiseen pyrkiviä laajempia tutkimuskokonaisuuksia. Nämä kokonaisuudet voitaisiin määrittellä "Käypä hoito" projektin mukaisesti ja päivittää tarvittaessa. Määrittelystä tulee käydä ilmi tutkimuskokonaisuuden sisältö tutkimuksittain Laboratoriokorvaustaksaan tulisi hyväksyä vain sellaiset tutkimus- ja toimenpidekokonaisuudet, joissa laboratoriotyön osuus on keskeinen.

Muut suositukset

- Ehdotamme, että kliinisellä laboratoriolle tulisi olla toimilupa. Toimiluvan tulee olla määräaikainen. Luvan myöntävillä viranomaisilla tulee olla tätä varten kriteerit ja voimavarat kriteerien noudattamisen seurantaan. Vain kriteerit täyttävälle yksikölle voitaisiin myöntää toimilupa.
- Suosittelemme alueellisten henkilökohtaisten laboratoriovastausten tietovarastojen rakentamista. Kaiken tutkimustiedon tulisi olla hoidossa hyödynnettävissä potilaan lupaan perustuen. Näin vastausten tietosisältö paransi, tutkimusten toistot vähenisivät ja kokonaiskustannukset laskisivat.
- Ehdotamme, että valtakunnallista Kuntaliiton ylläpitämää ja sekä julkisen että yksityisen sektorin käytössä olevaa laboratoriotutkimusten nimikkeistöä ylläpidetään ja kehitetään edelleen tietokannaksi, jossa ovat tiedot myös käytetyistä menetelmistä.
- Ehdotamme, että terveyspalvelujen tuottajien arvonlisävero-kohtelu yhdenmuikaistetaan.
- Sairausvakuutuskorvausta ei makseta yksityislääkärin läheteellä julkisen sektorin laboratorioissa tehdyistä tutkimuksista. Tämä asettaa potilaat periaatteessa eriarvoiseen asemaan sairausvakuutuskorvausten suhteen. Ehdotamme, että Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kansaneläkelaitos selvittävät laboratoriotutkimusten tuottajien omistuspohjasta johtuvat erilaiset tulkinnot ja mahdolliset säädösmuutosten tarpeet.

1. Johdanto

1.1 Tausta

Maamme terveydenhuollossa voidaan erottaa kolme erillistä sektoria: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja edellisiä täydentävänä yksityinen sektori. Kukin näistä toimintasektoreista on kehittynyt melko itsenäisesti ja sektoreiden rajat ovat tähän asti olleet varsin selkeät. Kliinisessä laboratoriodiagnostiikassa on erotettavissa samat kolme sektoria, joitten kehittyminen kliinisen toiminnan rinnalla erillisinä on ollut myös leimallista.

Laboratorioala on jakaantunut viiteen erikoisalaan: kliininen kemia, kliininen mikrobiologia, kliininen fysiologia ja isotooppitutkimukset, kliininen neurofysiologia ja patologia. Jakaantuminen specialiteetteihin on tapahtunut ajan kuluessa diagnostisten tarpeitten, lääketieteen kehityksen ja ennen kaikkea käytettävän tutkimusteknologian mukaisesti. Perinteisesti erikoissairaanhoidossa erikoisalojen laboratoriot aloittivat erillisinä yksikköinä erikoispiirteitä ja itsenäisyyttä korostaen.

Alan kehitys on kuitenkin johtamassa laboratoriapalvelukokonaisuuksien, kaikki erikoisalat kattavien palvelulaboratorioitten kehittymiseen. Tämä kehitys on välttämätön hoitoketjumallin yleistyessä potilashoidossa. Potilaskeskeisessä toimintamallissa laboratoriodiagnostisten palvelujen tulee nivelyä joustavasti varsinaiseen toimintaan. Potilas erittäin harvoin eikä aina hoitava lääkärikään tiedä, minkä erikoisalan tutkimuksesta on kysymys tuotantoteknisessä mielessä.

Kun terveyskeskusverkostoa rakennettiin kansanterveyslain nojalla, rakennettiin samanaikaisesti Suomeen varsin mittava laboratorioverkosto. Silloisen ajattelutavan ja käytettävissä olevan tuotantoteknologiankin perusteella kullakin terveyskeskuksella tuli olla hallinnassaan laboratorioyksikkö tiloineen, laitteineen ja henkilökuntineen. Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa ei ollut ensisijainen vaihtoehto. Ratkaisu oli merkittävä investointi, jonka positiivisin puoli oli potilaskohtainen lähipalvelun toteutuminen.

Sairaanhoitopiirien muodostuminen antoi sysäyksen laboratoriotoininnan verkostoitumiseen. Erikoissairaanhoitolaissa 1062/1989 todetaankin, että erikoissairaanhoidon ja kansanterveystyön tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus. Sama velvoite on kansanterveyslaissa 66/1972. Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niitten tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskuksen ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa, sekä vastata terveyskeskusten tuottamien laboratoriapalvelujen kehittämisen ohjaamisesta ja laadunvalvonnasta.

Sairausvakuutusjärjestelmä luotiin 60-luvulla korvaamaan potilaille osan lääkäreiden ja vastaanottojen tuottamien palvelujen kustannuksista. Myöhemmin korvauksen piiriin liitettiin myös työterveydenhuolto. Korvausten piiri ja käytäntö on muuttunut vuosien myötä, mutta tutkimuksen ja hoidon laskentatapa on säilynyt varsin muuttumattomana 30 vuotta. Julkisen sektorin omaksuttua 1990-luvulta alkaen yhä enemmän markkinaehtoisia piirteitä joko luomalla sisäisiä markkinoita tai ulkoistamalla palveluitaan on julkisen ja yksityisen sektorin raja hämärtyvässä. Siksi vaaditaan pohdintoja, miten tämä kehitys tulisi ottaa huomioon lainsäädännössä ja julkisen sairausvakuutuksen ohjeissa. Erityisesti julkisten laboratoriodien vaikutus voi näillä markkinoilla olla merkittävä.

Yhdeksänkymmentäluvun lopussa laboratoriotoininnan suunnista ja tutkimusten korvauksista virisi keskustelu, jota Kilpailuvirastolle tehdyt selvityspyynnöt kiihdyttivät. Suo-

men markkinoille on tullut myös ulkomaisia laboratorioanalytiikan tarjoajia, joka viittaa Euroopan Unionin vaikutukseen sisämarkkinoiden toteutumisesta ainakin joidenkin terveydenhuollon välipanosten osalta. Kilpailuvirasto on viitannut omissa kannanotoissaan kilpailulainsäädäntöön ja tarpeeseen yhtenäistää käytäntöjä sekä julkisten että yksityisten tuottajien osalta kilpailuneutraliteetin saavuttamiseksi. Nyt laboratoriotutkimusten tuottaja kohdellaan lainsäädännön ja erilaisten ohjeiden perusteella verotuksen, hinnoittelun ja korvauskäytännön osalta eri tavoin.

Yksityistä terveydenhuoltoa säätelevä laki on vuodelta 1990, sen 2 §:ssä määritellään laboratoriotuotannon kuuluvan terveydenhuollon palveluihin. Toiminta on lääninhallituksen lupaan perustuva. Luvassa tulee ilmetä toimiala ja palveluja annettaessa on oltava asianmukaiset tilat, laitteet ja toiminnan edellyttämä henkilökunta. Lääninhallitukset vahvistavat toimialat toimilupapäätöksen yhteydessä. Palvelujen tuottaja on velvollinen antamaan vuosittain toimintakertomuksen lääninhallitukselle. Asetuksessa yksityisestä terveydenhuollosta määritellään laboratoriotuotannon käsittävän kliinisen kemian, kliinisen mikrobiologian, kliinisen fysiologian, kliinisen neurofysiologian sekä patologian alaan kuuluvia sekä näitä vastaavia laboratoriotutkimuksia.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista todetaan, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Erikoissairaanhoitolaki velvoittaa sairaanhoitopiirejä vastaaman terveyskeskusten laboratoriotuotannon laadun valvonnasta. Sen enempää kansanterveyslaki kuin erikoissairaanhoitolakikaan eivät erikseen mainitse laatu- ja laatuvaatimuksia. Työterveydenhuoltolaissa on käsitteellä hyvä työterveydenhuoltokäytäntö. Kansanterveyslaboratoriolle on annettu velvoite seurata tartuntatautiin vastustamis-työssä tarvittavien laboratoriotutkimusten laatua tähän tarkoitukseen hyväksytyissä laboratorioissa. Asetuksessa yksityisestä terveydenhuollosta edellytetään laboratoriolta asianmukaista laadunvalvontaa. Myös laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista pyrkii osaltaan vähentämään laaduttomuutta.

Terveydenhuollon kokonaiskustannusten tai rahoituksen näkökulmasta laboratoriotuotanto ei näy eriytyneenä keskeistä osaa. Julkisten sairaaloiden kokonaiskustannuksista laboratoriotuotannon osuus on vain 5 % ja terveydenhuollon kokonaismenoista vieläkin vähemmän. Kokonaisuuden kannalta laboratoriotuotantoa koskevilla muutoksilla onkin siksi enemmän periaatteellista kuin taloudellista merkitystä.

1.2 Tehtäväksi anto ja rajaus

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 01.12.2000 Professori Kale Juvan ja VTM Eero Linnankon terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista ja kustannuksia selvittäviksi selvitysmieheksi (Liite 1). Ryhmän sihteeriksi nimettiin asiantuntijalääkäri, dosentti Tiina Telakivi Kansaneläkelaitoksesta. Selvitysmiesten tehtävänä oli selvittää

- laboratoriotutkimusten korvausten perustana olevien taksojen määrätymisperusteet sekä ajanmukaisuus laboratorioanalytiikan kustannusten viimeaikainen kehityksen valossa sekä
- julkisen ja yksityisen sektorin tuottamien laboratoriotutkimusten kustannuslaskennan ja hinnoittelun periaatteet.

Ministeriön vakuutusosaston kanssa käytyjen keskustelujen perusteella päädyttiin varsin laajan selvityksen tekemiseen koko kliinisen laboratoriotuotannon tilasta. Selvitysmiehet lähettivät kaikille Suomen sairaanhoitopiireille ja kattavasti yksityislaboratorioille kyselyn

niiden toiminta-alueista, toiminnan laajuudesta sekä käytetyistä kustannuslaskennan periaatteista ja hinnoittelukäytännöstä (liitteet 2 ja 3).

Potilaan ja häntä hoitavan lääkärin kannalta on välttämätöntä, että terveydenhuollon diagnostiset tukipalvelut, erilaiset kuvantamispalvelut ja laboratoriotutkimukset ovat joustavasti käytettävissä. Näyttöön perustuvan lääketieteen harjoittaminen lisää erityisesti laadullisia vaatimuksia diagnostisille palveluille. Potilaan ja myös hoitavan lääkärin näkökulmasta palvelujen joustava tavoitettavuus, niitten laatu ja myös hinta ovat tärkeitä. Toissijaista on, minkä erikoisalan laboratoriossa tarvittava palvelu tuotetaan. Laboratorioerikoisalojen rajat ovatkin hämärtyneissä ja laboratoriotutkimusten tuotanto-keskeisestä ajattelusta ollaan siirtymässä potilaan palveluketju –ajatteluun. Hoitojaksosten lyhentymisen, painopisteen siirtyminen avoterveydenhuoltoon, diagnostisen ja hoitotoimenpiteitten tehostuminen edellyttävät laboratorion palveluilta tiukempaa ajoitusta liittyen potilaan hoitoketjuun. Tämän tulee heijastua palvelujen tuotanto-organisaatioon, laboratorioerikoisalat yhdessä muodostavat tarkoituksenmukaisen palvelukokonaisuuden. Ottaen huomioon potilaan ja hoitavan lääkärin näkökulman sekä nähtävissä olevan toiminnan kehityksen on luonnollista, että tässä selvityksessä tarkastellaan laboratorion palveluja kaikkien viiden erikoisalan osalta: Kliininen kemia, kliininen mikrobiologia, kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede, kliininen neurofysiologia ja patologia.

Keskeiseksi tarkasteluvuodeksi valittiin vuosi 1999, koska Stakesin kokoamat yksityisen sektorin tuoreimmat tilastot ovat mainitulta vuodelta. Kunnallisen terveydenhuollon tilastoissa on jonkin verran kirjavuutta, koska atk-järjestelmät ovat aktiivisessa muutosvaiheessa. Osa tiedoista perustuu vuoden 2000 tilastoihin, jotka olivat helpommin saatavissa. Tämä ei oleellisesti vaikuta johtopäätöksiin, koska alalla tutkimusten kokonaismäärä on pysynyt varsin tarkkaan samana, eikä kustannustasossa ole tapahtunut oleellisia muutoksia. Selvitys painottuu kustannuslaskennan ja kustannusrakenteen selvitteilyyn ja kustannusten ja hinnoitteluperiaatteitten suhteeseen.

1.3 Agenttisuhde ja moraalinen uhka

Agenttisuhde toimii sellaisilla toiminta-alueilla, jossa normaali arkitieto ei riitä päätöksenteon perustaksi, vaan tietoa on hankittava alan asiantuntijoilta. Asiantuntija toimii näin päämiehensä agenttina. Tällainen suhde on tyypillinen erilaisissa lainkäyttöön, kaupankäyntiin tai terveydenhuoltoon liittyvissä kysymyksissä. Agentti toimii ja tekee päätöksiä päämiehensä puolesta. Yleensä oletetaan hänen toimivan asiakkaansa parhaan edun mukaisesti ja asiakkaansa suvereenisuutta kunnioittaen (täydellinen agenttisuhde).

Terveydenhuollossa lääkäri on samalla sekä palvelujen tuottaja että kysyjä, potilaan agentti. Potilaan ja lääkärin suhteelle on tärkeää keskinäinen luottamus ja usko siihen, ettei lääkäri käytä asemaansa toisin kuin mitä potilas olisi sallinut, jos hänellä olisi ollut sama informaatio kuin lääkärillä. Luottamuksen säilyttämiseksi lääkäreillä on olemassa ohjeet potilaan ja lääkärin välisen suhteen säätelämiseksi. Lisäksi yhteiskunta puutuu tähän suhteeseen sekä säätämällä siihen liittyviä normeja (mm. salassapito, potilaan oikeudet, ja hinnat) että osallistumalla hoitojen kustannuksiin joko suoraan verovaroin tai pakollisen sairausvakuutuksen kautta. Moraalisen uhan (moral hazard) käsite alkuaan peräisin vakuutusmarkkinoilta. Siellä se viittaa tilanteeseen, jossa vakuutetuilla on taipumus muuttaa käyttäytymistään niin, että palveluja käytetään enemmän kuin ilman vakuutusta. Vakuuttajalle esitetään suurempia korvausvaatimuksia tai vakuutetut käyttäytyvät varomattomammin kuin tapauksessa, missä heidän olisi tarvinnut vastata kaikista toimintansa aiheuttamista kustannuksista. Vakuutusmarkkinoilla moraalinen uhka on tehokkuusongelma, koska ne ylimääräiset hyödyt, joita vakuutettu saa muuttuneen käy-

töksensä vuoksi, eivät useinkaan ole aiheuttamiensa kustannusten arvoisia. Tämä johtuu siitä, että vakuutetut eivät tunne päätöksensä todellisia kustannusvaikutuksia, mikä taas johtuu suoraan itse vakuutusmarkkinoiden luonteesta.

Yleisemmin moraalisen uhan ongelma voi esiintyä tilanteessa, jossa palvelun tai tavaran tuottaja, asiakas tai työntekijä toimii tehottomasti ja/ tai tuottaa toiminnastaan puutteellista tietoa varsinkin silloin kun toiminnan tulosta ei voi helposti tarkastaa tai valvoa. Ongelman syynä on se, että yksilön tai yksikön edut eivät aina käy yksiin yhteiskunnan kokonaisedun kanssa. Moraalisen uhan ongelma on siksi minkä tahansa sopimuksen teon jälkeisen itsekkyyden aiheuttama ja se esiintyy tilanteissa, joissa toisen sopijapuolen toimenpiteet tehokkuuden saavuttamiseksi eivät ole vapaasti toisen sopijapuolen havaittavissa.

Ilmiö esiintyy kaikkialla markkinoilla ja organisaatioissa, kun päätöksentekijän ei tarvitse ottaa kokonaisvastuuta päätöksensä seurauksista. Esimerkiksi hoitovirhesyytösten pelosta lääkärit saattavat tilata enemmän tutkimuksia kuin olisi potilaan tarpeen mukaista. Nämä tutkimukset eivät kuitenkaan ole potilaalle tai potilaan vakuuttajalle aiheuttamiensa kustannusten arvoisia, vähenevä rajahyöty. Mahdollisesti kuitenkin lääkäriä ja terveydenhuollon yksiköitä vastaan esitetyt hoitovirhesyytökset vähenevät.

Koska terveystalvelujen käyttäjät eivät usein maksa kuin osan käyttämiensä palvelujen hinnasta tai saavat ne kokonaan maksutta, ei heillä ole kannustinta kääntyä tehokkaampien tuottajien puoleen tai olla ylipäättään kiinnostuneita tuotannon tehokkuudesta. Palvelun rahoittajat valtio, kunnat tai vakuutusyhtiöt, joita kustannukset toki kiinnostavat, eivät kuitenkaan kohtuullisin kustannuksin pysty valvomaan käytetäänkö rahat tehokkaasti. Ongelma esiintyy erikoisesti julkisessa tuotannossa, koska organisaatio ei saa hyödykseen niitä tuottoja, jotka seuraisivat tuotannon tehostumisesta. Tämä vähentää kiinnostusta kehittää voittoa tavoittelemattoman organisaation tehokkuutta.

Tuottajilla saattaa olla eri intressi kuin ostopäätöksen tekijällä. Siksi he saattavat jättää kertomatta tietoja joiden perusteella ostopäätös olisi paremmin vastannut ostajan arvostuksia. Tämä on mahdollista silloin, kun ostaja ei helposti voi arvioida saamiensa palvelujen määrää ja laatua. Tällöin on olemassa vaara, että tuottaja tuottaa huonoa laatua ja kiinnittää samalla vähemmän huomiota tuotannon tehokkuuteen.

1.4 Sairausvakuutus ja tehokkuuden parantaminen

Sairausvakuutus vähentää käyttäjän kustannuksia hänen käyttäessään yksityisten palvelutuottajien palveluja ja hän saattaa siksi käyttää niitä enemmän kuin mitä hän olisi tehnyt ilman vakuutusta. Koska asiakas joutuu maksamaan niistä vähemmän kuin täyden hinnan, ostojen määrä voi ylittää myös todellisen tarpeen. Tässä ei ole mitään kummallista tai epämoraalista. Vakuutettu saa sairausvakuutuksesta korvauksen osaan tutkimuksista ja hoidoista aiheutuneisiin kustannuksiin ja lisähoitojen tuoman hyödyn. Tämä ei olisi ongelma, jos olisi olemassa yksinkertainen hallinnollinen menetelmä liiallisen palvelusten käytön määrittämiseksi ja karsimiseksi. Se on kuitenkin usein käytännössä mahdotonta tai ainakin hyvin kallista, koska terveydenhuollossa ei aina voida kiistatta osoittaa onko joku tutkimus tai hoitotoimenpide tarpeellinen vai ei.

Lääkärin asiantuntijaroolia potilaaseen nähden tai eroja eri yksilöiden tai organisaatioiden intresseissä ei voida poistaa. Tästä seuraavan ongelman lievittämiseksi on kuitenkin olemassa erilaisia keinoja. Tärkein ehto on, että yhteistyölle on selkeä perusta ja sen osapuolilla selkeät roolit. Koska sopimuksen noudattamisen tehokas seuraaminen on

aina hankalaa, voidaan valvontaan ja varmennukseen käytettyjä voimavaroja lisätä. Valvonnan asemasta voidaan myös luoda keskenään kilpailevia tietolähteitä eri toimijoiden hinta- ja laatuasosta ja tehostaa markkinamekanismin käyttöä toiminnan tehokkuuden ja laadun parantamiseksi. Selvitysmiehet ovat hakeneet tehtäväksi annossa kuvattuihin laboratoriotutkimusten korvauskäytännön ongelmiin kehittämiskorjauksia edellä mainittuihin keinojen joukosta.

2. Kliinisen laboratoriotoininnan ja sen toimintaympäristön tila ja kehityssuunnat

2.1 Terveydenhuollon toiminnan ja rahoituksen muutokset 90-luvulla

2.1.1 Keskeiset kehityssuunnat

Keskeinen 90-luvun suuntaus terveydenhuoltopalvelujärjestelmän kehittämisessä on ollut markkina- kaltaisten ratkaisujen tuominen terveydenhuoltoon niissä maissa, joissa terveydenhuolto on rahoitettu pääosin verovaroin. Näin myös Suomessa. Ennen kaikkea muutosta edesauttoi valtionosuusjärjestelmän uudistaminen vuoden 1993 alusta. Valtionosuutta ei enää maksettu julkisille tuottajille vaan tarvelaskelmiin perustuen suoraan kunnille, jotka ainakin periaatteessa saattoivat ostaa palvelut keneltä halusivat. Sairaaloissa siirryttiin yleisesti myös sisäisiin markkinoihin ja hinnoitteluun keskeisten välipanosten osalta. Tätä auttoi jo aikaisemmin toteutettu välipanosten tuotteistus, joka helpotti ostajien ja myyjien välisten sopimusten syntyä, koska tarkemmin tiedettiin mitä oli tarkoitus ostaa. Samaan aikaan välipanoksille ryhdyttiin julkisissa sairaaloissa laskemaan myös täyskattaiset omat kustannukset. Vastaavanlainen toiminnan läpinäkyvyyden lisäämiseen pyrkivä muutos oli Kansaneläkelaitoksen laboratoriotutkimusten taksan muuttaminen ryhmäkohtaisesta tutkimuskohtaiseksi vuonna 1995.

Hoitojen rahoituksessa ja laskutuksessa on siirrytty hoitopäivä- ja käyntikohtaisesta hinnoittelusta kohti hoitojen aiheuttamisperiaatteen mukaista kokonaishinnoittelua. Suomessakin jo nyt hoidoista suurin osa laskutetaan perustuen potilasryhmiin (Diagnosis Related Groups) kuten lähes kaikissa muissakin Euroopan maissa. Kunnat haluavat maksaa vain niistä hoidoista joita heidän asukkaansa ovat todella käyttäneet. Myös opetus ja tutkimusrahoituksessa on siirrytty kohti tuloksiin perustuvaa rahoitusta.

Julkisella sektorilla puhtaasti välisuoritteisiin perustuva rahoitus (fee for service) on vähemmän samoin kuin pelkään budjettiin perustuva. Sairaanhoidopiirien ja kuntien palvelukohtaisiin sopimuksiin perustuvat ratkaisut ovat puolestaan yleistymässä (sopimusohjaus).

Terveyspalvelujen tuotannon arvo Suomessa vuonna 1998 oli noin 41 miljardia markkaa (Taulukko 2.1, Melin, 1999). Valtio osallistuu suoraan terveyspalvelujen tuotantoon vain marginaalisesti. Muiden kuin kunnallisten tuottajien osuus koko palvelutuotannosta on alle neljännes.

Taulukko 2.1 **Terveyspalvelujen tuotannon arvo omistuspohjan mukaan vuonna 1998**

Tuottaja	Mk	%
----------	----	---

Valtio	118 705 000	0.3 %
Kunnat	11 080 948 000	26.9 %
K-yhtymät	20 734 932 000	50.3 %
Yksityiset	6 121 437 000	14.9 %
Voittoa tavoittelemattomat	3 162 123 000	7.7 %
Yhteensä	41 218 145 000	100.0 %

Vuonna 1998 kunnat ja kuntayhtymät hankkivat asiakaspalveluita yksityisiltä ja voittoa tavoittelemattomilta palvelun tuottajilta hieman yli 3 miljardilla markalla. Tämä on 13 % kuntien kaikista asiakaspalveluiden ostoista, kun ostot valtiolta ja kuntayhtymiltä huomioidaan. Kaikista kuntien hankinnoista kuntayhtymien osuus oli 86 % (Melin, 1999). Kuntien ja kuntayhtymien hankintojen tilastoinnissa ei erotella yksityistä ja voittoa tavoittelematonta sektoria toisistaan. Kaiken kaikkiaan kunnat ostavat terveystalvituilta muilta kuin julkisilta tuottajilta 2,7 miljardilla ja kuntayhtymät hieman alle 300 miljoonalla. Kuntayhtymien asiakaspalveluiden hankinta muilta kuin toisilta kuntayhtymiltä on vähäistä.

2.1.2 Palvelujärjestelmän rakenne ja toiminnan määrä

Kunnat ovat päävastuussa terveystalvitujujen järjestämisestä. Perusterveydenhuollosta käytännön tasolla vastaa noin 250 kuntien tai kuntayhtymien ylläpitämää terveystalvituksusta ja erikoissairaanhoidosta 20 sairaanhoitopiiriä, jotka ylläpitävät noin 150 sairaalaa. Sairaala- ja laitoshoido on Suomessa keskittynyt lähes kokonaan julkiselle sektorille. Vuonna 1999 erikoissairaanhoidossa tuotettiin 954 845 hoitajaksoa ja 5 844 854 hoitopäivää ja perusterveydenhuollossa vastaavasti 7 904 787 hoitopäivää. Yksityisen sektorin 43 sairaalan osuus kaikista hoitopäivistä on noin 3.5 %. Erikoissairaanhoidon kustannukset olivat 18.2 mrd mk ja perusterveydenhuollon kustannukset 12.6 mrd mk. Työpaikkaterveydenhuollon kustannukset vuonna 1998 olivat 1.46 mrd mk. Yksityinen sektori on julkista sektoria täydentävä ja sen painopiste on avohoidossa. Avohoitokäyntejä lääkärin luona vuonna 1999 oli kaikkiaan noin 22 miljoonaa, joista yksityinen terveydenhuolto vastasi noin neljäsosasta. Yksityislääkärikäynnit keskittyvät pääosin erikoislääkäreille ja ne vastaavatkin yli 40 % kaikista erikoislääkäreille tehdyistä avohoitokäynneistä.

Taulukko 2.2 Avohoitokäynnit lääkäriin luona vuonna 1999

Kunnallinen perusterveydenhuolto	10 489 146	47.9 %
Kunnallinen erikoissairaanhoido	6 036 616	27.6 %
Yksityinen terveydenhuolto	5 370 285	24.5 %
YHTEENSÄ	21 896 070	100.0 %

Lähteet: Terveystalvituksien talous 1999, Kuntaliitto, Suomen sairaalatilasto 1999, Kuntaliitto, Yksityiset terveystalvitukselut 1999, Stakes

Vuonna 1999 Suomessa oli 2 578 yksityistä terveystalvitujujen tuottajaa. Toimialoista suurin oli lääkinällinen kuntoutus 1 379 toimipistettä, seuraavaksi lääkäri vastaanotto 911 toimipistettä, laboratoriotuiminta 651 toimipistettä ja työterveyshuolto 631 toimipistettä. Työterveyshuollon ja lääkäri vastaanottojen lukumäärä oli pudonnut 12 % edelliseen vuoteen verrattuna ja laboratoriotuimipisteitten määrä 8 %. Kehitys vastaa käsitystä, joka syntyi myös tehdyn kyselyn perusteella.

Erikoislääkärissä käyntejä yksityissektorilla oli vuonna 1999 noin 2.6 miljoonaa. Suurin erikoisala oli naistentaudit ja synnytykset. (Taulukko 2.3).

Taulukko 2.3 Erikoislääkärissä käynnit yksityisellä sektorilla vuonna 1999*¹

Erikoisala	Käyntejä	(%)* ²
1 Naistentaudit ja synnytykset	481 077	(22.2 %)
2 Silmätaudit	475 437	(22.2 %)
3 Kirurgia	323 929	(12.3 %)
4 Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	231 352	(8.6 %)
5 Psykiatria	214 695	(1.9 %)
6 Sisätaudit	180 032	(6.1 %)
7 Yleislääketiede	175 709	(6.3 %)
8 Lastentaudit	144 780	(6.0 %)
9 Iho- ja sukupuolitaudit	134 713	(6.0 %)
10 Anestesiologia	45 696	(12.4 %)
YHTEENSÄ	2 585 435	(100.0 %)

*¹ Kelan tiedostot

*² %-osuus kävijöitten kokonaismäärästä

2.2 Kliininen laboratoriotointa ja kehitys

2.2.1 Toiminnan rakenne ja organisointi

Julkisen sektorin laboratorioden lukumäärää ei voida ilmoittaa yksiselitteisesti vaan se riippuu laboratorion määrittelytavasta. Keskussairaaloissa kaikki viisi laboratorioerikois-alaa voivat olla erillisinä vastuuyksikköinä tai yhtenä yksikkönä. Aluesairaaloissa ja erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskussairaaloissa on lähes poikkeuksetta jakamaton laboratorioyksikkö, jossa tehdään useimmiten kliinisen kemian, mikrobiologian ja fysiologian erikoisalojen tutkimuksia. Tällä perusteella Suomessa on noin 150 laboratoriota erikoissairaanhoitolaitoksissa ja terveyskeskuksissa noin 250 laboratoriota eli yhteensä noin 400 laboratoriota. Toiminnallisesti itsenäisiä alayksiköitä tai toimipisteitä on merkittävästi enemmän, koska esimerkiksi Labquality Oy:n laaduntarkkailuasiakkaitten määrä on erikoissairaanhoidossa 215 ja perusterveydenhuollossa 614 yksikköä eli yhteensä 825.

Yliopistollisissa keskussairaaloissa erikoisalojen laboratoriot yleensä muodostavat yhdessä palveluyksikön. Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä on koko piirin kattavat laboratorio-organisaatiot mutta muissa yliopistosairaanhoitopiireissä aluesairaaloitten laboratoriot ovat hallinnollisesti erillään. Muissa sairaanhoitopiireissä laboratoriot kuuluvat yleensä joko yhdessä tai laboratorioerikoisalojen mukaisina erillisyyksikköinä lääketieteellisten palvelujen tulosalueeseen, joissa vaihtelevasti voi olla mukana esimerkiksi radiologian, anestesiologian tai lääkehuollon yksiköt.

Sairaanhoitopiirien toimintarakenteen on monimuotoinen ja aluepoliittiset näkemykset piireissä esimerkiksi aluesairaaloitten itsenäisyyden suhteen ovat paikoin varsin painavat. Tämän vuoksi alueellisen toiminnan kehitys sairaanhoitopiireissä on ollut varsin erilaista. Laboratoriosektorilla sairaanhoitopiireissä terveyskeskuksiin suuntautunut alueellinen toiminta on varsin vakiintunutta ja työnjako on toteutunut. Terveyskeskukset ovat valtao-

sin alueensa keskussairaalan asiakkaita ostaen tarvitsemansa erikoispalvelut paikallisesti. Pitemmälle menevästä yhteistoiminnasta on kuitenkin useita esimerkkejä. Pirkanmaan alueella muodostettu liikelaitos vastaa sairaanhoitopiirin tarvitsemista laboratoriotutkimuksista ja pääosin myös alueen terveystieteiden osalta. Toisaalta on sairaanhoitopiirejä, joissa yhteistoiminta on vasta orastamassa. On varsin ilmeistä, että keskussairaalan laboratorioresurssien niukkuus on merkittävä hidastava tekijä laboratoriopalvelujen kehittymiselle selkeämmiksi toimintakokonaisuuksiksi.

Terveystieteissä välittömästi potilashoidossa tarvittavat tutkimukset saadaan omasta laboratoriosta. Terveystietelaboratorioiden rakentamisvaiheessa laboratoriotutkimusten tuottaminen oli vielä työvoimavaltaista ja mekanisointi erityisesti kemian ja hematologian tutkimuksissa oli vasta alullaan. Nykyinen tekninen kehitys velvoittaa uudelleenarviointiin. Näytetutkimusten analyysikustannukset ovat selkeästi pienemmät ja tutkimusten laatu tasaisempaa riittävän suurissa sarjoissa tehtynä. Toisaalta keskittäminen yleensä merkitsee lisääntyvää näytekuljetusten aiheuttamaa viivettä. On selvää, että mikäli tutkimustulosta ei tarvita saman potilaskäynnin yhteydessä tai muuten kiireellisenä, terveystietelaboratorioiden yhteistyö sairaanhoitopiirin laboratorioiden kanssa on tarkoituksenmukaista niin laadullisesti kuin taloudellisesti tarkasteltuna.

Yksityisellä sektorilla laboratoriotoiminta alkoi vastaanotto toiminnan edellyttämänä välttämättömänä palvelutoimintana. Laboratoriot olivat tyypillisesti vastaanottojen yhteydessä. Ala on kehittynyt tarjoamaan palveluja edelleen lähes yksinomaan yksityiselle sektorille. Yhteisvastaanottojen ja lääkärikeskusten perustaminen on merkinnyt myös suurempien laboratorioyksiköiden syntymistä ja palvelujen monipuolistumista. Tyypillisesti useimmat yksiköt myyvät palveluksia vain omalle lääkärikeskukselle poikkeuksena valtakunnallisesti merkittävät yksityiset keskuslaboratoriot, joitten tutkimusvalikoima vastaa hyvinkin keskussairaalan tasoa ja myös valtakunnallista huipputaamista. Niiden tuotannosta noin puolet suuntautuu julkiselle sektorille.

Keskeiset laboratoriotoimintaa koskevat rakenteelliset muutokset koskevat näytetutkimusten analyysityön automatisointiasteen kasvua ja sen seurauksena näytetutkimusten keskittymistä, välipanosten sisäisten markkinoiden syntymistä julkisen sektorin sisällä sekä alkavaa laboratoriotoiminnan ulkoistamista.

2.2.2 Toiminnan määrä

Laboratoriotutkimukset ovat oleellinen osa diagnostista toimintaa. Niitten käyttö, määrä ja laatu on lääkäreiden määristä ja erikoisalasta riippuva. Perinteisesti suurimpia laboratoriotutkimusten käyttäjiä ovat sisätaudit, lastentaudit, kirurgia ja naistentaudit ja synnytykset. Kuitenkin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja yksityisellä sektorilla tavallisimmat tutkimukset ovat kaikilla samat. Erikoissairaanhoidon tutkimusvalikoima on laajin ja tutkimusten käyttö sairaalahoitoon liittyen määrällisesti suurinta. Tutkimusten kokonaismäärä ei sinänsä ole paljoa kasvanut, sen sijaan tutkimusnimikkeitä tulee jatkuvasti lisää.

Vuonna 1999 tehtiin Suomessa noin 46 miljoonaa laboratoriotutkimusta, joista erikoissairaanhoidon käyttö oli vähän yli puolet. Yksityisen sektorin 6.3 miljoonaa tutkimusta merkitsee 13.8 %:n osuutta kokonaisuudesta. (Taulukko 2.4).

Taulukko 2.4 Laboratoriotutkimusten määrä sektoreittain vuonna 1999

	Tutkimukset	Osuus
Perusterveydenhuolto	14 021 460	30.7 %

Erikoissairaanhoito	25 319 574	55.5 %
Yksityinen sektori	6 302 809	13.8 %
YHTEENSÄ	45 643 843	100.0 %

Lähteet: Terveyskeskusten talous 1999, Kuntaliitto, Suomen sairaalatilasto 1999, Kuntaliitto, Yksityiset terveystalot 1999, Stakes

2.2.3 Laboratorioitten henkilökunta

Kokopäivätoimisen henkilökunnan määrä yksityisessä terveydenhuollossa oli 15 500 kokonaismäärän ollessa 29 000. Terveystoimittajia, työterveyshoitajia ja sairaanhoitajia sekä laboratoriohoitajia työskentelee yksityisellä sektorilla noin 1500.

Henkilökunta on kaikilla sektoreilla avainresurssi. Terveystoimittajien joukossa työskentelee yhteensä noin 5 000 eri alojen laboratorioammattilaista, joista valtaosa julkisella sektorilla erikoissairaanhoidossa (Taulukko 2.5). Yksityisellä sektorilla kokopäiväisiä laboratoriohoitajia oli 773 ja osa-aikaisia 159 eli yhteensä 932 laboratoriohoitajaa. Vain noin neljäsosassa yksityisen sektorin laboratoriotoimintaa harjoittavissa toimintayksiköissä eli 149 laboratoriossa oli 2 tai useampia laboratoriohoitajia.

Valtaosa eri erikoisalojen laboratoriolääkäreistä ja fyysikoista sekä kemisteistä toimii julkisella sektorilla. Yksityisen terveydenhuollon palveluksessa toimii kaikkiaan 95 kemistiä, joista sivutoimisia oli 41. Sairaalakemistejä näistä oli 15. Eri erikoisalojen laboratoriolääkäreitä toimii yksityisellä sektorilla päätoimisesti vain 9 ja sivutoimisesti 173. (Tilastot: TERHIKKI, STAKES, Suomen Lääkäriliitto, lääkärikysely). Taulukko 2.5 ja 2.6.

Taulukko 2.5 Työkäiset laboratoriohoitajat ja kemistit vuonna 2000 julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa

	Laboratoriohoitajat	Kemistit ja fyysikot	Kemistit
Perusterveydenhuolto	958	9	-
Erikoissairaanhoito	2 539	240 ^{*2}	
Yksityinen terveydenhuolto	932 ^{*1}		95 ^{*3}
Yhteensä	4 429 ^{*4}		

^{*1} Osa-aikaisia 159, ^{*2} Nimikesuojattu sairaalakemistejä 133, ^{*3} Sivutoimisia 41, sairaalakemistejä 15, ^{*4} Kaikki 6 785, Lähde: TERHIKKI ja Stakes

Taulukko 2.6 Työkäiset laboratorioalojen erikoislääkärit vuonna 2000

Erikoisala	Kaikki	Yksityinen sektori	
		Päätoiminen	Sivutoiminen
Kl. Fysiologia	65	2	33
Kl. Kemia	94	3	16
Kl. Mikrobiologia	91	1	19
Kl. Neurofysiologia	60	1	33
Patologia	158	2	72
YHTEENSÄ	468	9	173

Lähde: SLL lääkärikysely 2000

2.3 Yksityislaboratoriotoiminta vuonna 1999

2.3.1 Laboratoriotutkimuksia suorittavien yksiköitten toimintavolyymi ja erikoisala

Yksityissektorin laboratoriotoiminnan tuotantorakenne STAKESin tilastojen valossa Laboratorioiden määrä on varsin suuri, 0.7 laboratoriota kutakin lääkärivastaanottoa kohti. Valtaosa yksityisen sektorin laboratorioista on varsin pieniä. (Taulukko 2.7). Yli 10 000 tutkimusta vuodessa tekeviä yksiköitä on 122, joista vain 7 tekee yli 100 000 tutkimusta vuodessa. Toimipaikkojen yhteismäärä on alla olevassa taulukossa 728. Päätoiminnokseen laboratoriotoiminnan oli ilmoittanut 653 yksikköä ja Kelaan tulee hakemuksia 678 toimipisteestä.

Taulukko 2.7 Laboratoriotutkimuksia suorittavien yksiköitten toimintavolyymi

Tutkimuksia vuodessa	Toimipaikkoja
1 – 100	90
101 – 1 000	175
1 001 – 10 000	341
10 001 – 100 000	115
yli 100 001	7
Toimipaikkoja yhteensä	728*

* Päätoimiala laboratoriotoiminta, 653 yksikköä

Lähes puolet, 46 %, tutkimuksista tuottaa 20 suurinta laboratoriota. 100 suurinta laboratoriota tuottaa jo 75 % kokonaistutkimusmäärästä ja 474 toimintayksikköä tuottaa 99 % kaikista tutkimuksista. Kaikkiaan laboratoriotutkimuksia tehtiin yksityissektorilla noin 6.3 milj. kappaletta vuonna 1999. Tutkimuksia tekevät toimipisteet ja tutkimusten määrät erikoisaloittain (Taulukko 2.8.) Tutkimusten määrä lääkäriä kohti oli 1.17.

Laboratoriotoiminnan oli ilmoittanut keskeiseksi toimialueeksi 651 toimintayksikköä. Erikoisaloittain jaotellussa oleva suurempi lukumäärä johtuu muitten tutkimusten suhteellisen suuresta osuudesta. Sinne tilastoituu mm. hammaslääkäriasemilla ja silmälääkäriasemilla tehdyt "laboratoriotutkimukset" sekä ne tapaukset, joissa erikoisalaa ei ole lainkaan ilmoitettu.

Taulukko 2.8 **Laboratoriotutkimuksia tekevät toimipisteet ja tutkimusmäärät erikoisaloittain yksityisellä sektorilla vuonna 1999**

Erikoisala	Toimipisteitä	Tutkimuksia 1 000 kpl
Kliininen hematologia	403	1 100
Kliininen kemia	403	3 054
Kliininen mikrobiologia	241	668
Kliininen patologia	135	704
Kliininen fysiologia	348	302
Kliininen neurofysiologia	57	29
Muut tutkimukset	325	448
Yhteensä	728	6 303

Laboratoriotutkimuksia suorittavat yksityiset terveydenhuollon toimintayksiköt ovat ja kaantuneet maakunnittain vastaten väestökeskittymiä. (Taulukko 2.9)

Taulukko 2.9 **Laboratoriotutkimuksia suorittavat yksiköt maakunnittain**

Maakunta	Yksiköt	Maakunta	Yksiköt
Uusimaa	171	Pohjois-Savo	41
Varsinais-Suomi	74	Pohjois-Karjala	19
Satakunta	28	Keski-Suomi	39
Kanta-Häme	31	Etelä-Pohjanmaa	26
Pirkanmaa	76	Pohjanmaa	23
Päijät-Häme	37	Keski-Pohjanmaa	8
Kymenlaakso	27	Pohjois-Pohjanmaa	31
Etelä-Karjala	25	Kainuu	13
Etelä-Savo	32	Lappi	23
Itä-Uusimaa	4		

2.3.2 Laboratoriopalvelujen käyttö Kelan tilastojen valossa yksityisellä sektorilla

Kelan tilastojen perusteella laboratoriotutkimusten kokonaiskäyttö on ajallisesti varsin tasaista. Koska taksat eivät ole muuttuneet, niin maksettujen korvausten määrässäkään ei ole suuria muutoksia. Lukumäärältään tavallisimmat tutkimukset on esitetty taulukossa 6.5. Yhteissummaltaan kalleimmat tutkimukset ovat gynekologinen irtosolututkimus ja kudospäätteen histologinen tutkimus. PAPAN osuus on noin kolminkertainen histologiseen tutkimukseen verrattuna. Perusverenkuva, CRP ja tyreotropiini ovat seuraavat ja kuudentena on lepo-EKG. Reproduktioon liittyvät tutkimukset ovat olleet nopeimmin kasvava korvaussektori. Munasolun viljely I ja II ja mikrohedelmöitystutkimukset ovat kaikki 25 kustannuksiltaan kalleimpien tutkimuksen joukossa. (Taulukko 2.10).

Taulukko 2.10. Vuonna 2000 Kelan korvaamista kaikista laboratoriotutkimuksista yhteissummiltaan suurimmat (32 kpl korvaus yli 1,5 milj.)

Koodi	Tutkimuksen nimi lkm	Perityt maksut mk	Taksa, mk/tutkimus	Tutkimukset yhteensä
4044	Gynekologinen irtosolutu	27 928 888	100	158 538
4054	Kudosnäytteen hist. tutk	9 480 927	220	36 386
2473	Perusverenkuva	8 073 276	87	70 148
1216	C-reaktiivinen proteiini	6 238 605	60	58 556
2832	Tyreotropiini	5 969 906	155	27 271
1270	EKG, 12 kytkentää levoss	5 861 984	129	33 019
843	Munasolun viljely, II-vil	5 638 714	1 258	3 571
2068	Kliininen rasituskoe, työ	5 330 443	553	5 654
842	Munasolun viljely, I-vilj	4 957 804	1 258	3 014
1798	Näkökenttä, kynnsarvomit	4 580 073	230	12 582
1302	Elektroneuromyografia, va	4 080 959	732	3 957
3642	Prostataspesifinen antige	3 777 847	166	15 953
836	Lipiditutkimus	3 641 062	166	17 245
2629	Siemennestetutkimus, laaj	3 568 776	288	10 017
3269	Tutkimus 2, seulonta ja v	3 338 314	60	30 292
4489	Ihokoe 4, laaja, vaativa,	3 214 782	268	8 276
2836	Tyroksiini, vapaa	3 130 829	155	14 238
4488	Ihokoe 3, laaja, 6-20 ant	2 847 398	190	8 151
2203	Lasko	2 735 673	24	59 699
2143	Kreatiniini	2 639 530	46	36 108
841	Mikrohedelmöitys	2 504 604	2 060	1 005
1026	Alaniiniaminotransferaa	2 469 550	46	33 275
1155	Bakteeri, viljely	2 117 366	60	21 327
3696	Täydellinen verenkuva	2 103 277	129	12 694
866	Ohitusleikkaustutkimukset	1 994 427	12 400	139
2095	Kolesteroli	1 941 594	46	28 045
2770	Triglyseridit	1 824 108	60	21 027
1467	Glukoosi	1 803 959	34	26 194
2097	Kolestroli, high density	1 638 204	60	18 925
2001	Kalium	1 591 961	34	26 945
1799	Sarveiskalvon muodon (top	1 582 824	140	9 385
4043	Gastroskopianäytteiden h	1 503 710	220	5 323
Edelliset tutkimukset yhteensä		140 111 374		816 959
Kaikki laboratoriotutkimukset yhteensä:		207 591 922		1 266 939

Tutkimusnimikkeissä, erityisesti klinisen kemian ja hematologian tutkimuksissa voidaan todeta vain varsin pieniä muutoksia viiden vuoden aikana. Tämä koskee niin lukumääriä kuin perittyjä maksujakin. Voidaan todeta, että lääkäreitten tutkimuspyyntökäyttäytymisen on varsin vakiintunut. Kuitenkin esimerkiksi B-Laskon kohdalla viime vuosikymmenen aikana on tapahtunut selvää laskua ja vastaavasti S-CRP:n kohdalla pientä nousua, mitä on pidettävä perustellusti tarkoituksenmukaisena kehityksenä.

2.3.2.1 Tutkimusten käyttö erikoisaloittain

Tutkimusten kokonaiskäyttö erikoisaloittain on esitetty taulukossa 2.11. Tarkastelu perustu Kelan ja Stakesin tilastoihin.

Taulukko 2.11 **Vuonna 2000 yksityisille korvatut tutkimukset ja niistä perityt maksut laboratorioerikoisaloittain**

Laboratorion erikoisala	Tutkimusnimikkeiden lukumäärä	Tutkimusten lukumäärä	% kaikista lukumääristä	Perityt Maksut mk	% kaikista perityistä
Kl.kemia ja hematologia	597	747 832	58.9	89 831 434	43.3 %
Mikrobiologia ja Hedelmällisyystutkimukset	209	185 909	14.6	39 464 661	19.0 %
Kl.fysiologia	87	117 221	9.2	29 164 496	14.1 %
Kl.neurofysiologia	24	7 034	0.6	6 698 150	3.2 %
Isotooppitutkimukset	9	282	0	310 431	0.1 %
Patologia ja siihen liittyvä näytteenotto	20	211 413	16.7	42 015 622	20.2 %
Yhteensä	946	1 269 691	100	207 484 794	100.0 %

Mikrobiologian tutkimuksiin on laskettu kaikki bakteriologiaan, mykologiaan, parasitologiaan, infektioserologiaan ja virologiaan kuuluvat tutkimukset sekä niihin liittyvät immunologiset tutkimukset. Hedelmällisyystutkimukset kuuluvat tässä mikrobiologian tutkimuksiin. Kl. kemian ja hematologian tutkimuksiin on tässä laskettu veriryhmäserologia sekä ne immunologian tutkimukset, joita ei ole laskettu mikrobiologiaan. Patologian alan tutkimuksiin on laskettu jääleikkeen ja gynekologisen kudoksen näytteenotto.

Kliininen kemia

Vuoden 2000 aikana Kelan korvaamista tutkimuksista määrällisesti suurin osa kuuluu kliinisen kemian erikoisalaan, 58.9 %, mutta perittyjen maksujen osuus oli 43.3 %. Korvaustilastossa on 946 tutkimusnimikettä, joista kliinisen kemian osuus on noin 597. Kliinisen kemian tutkimuksia tehtiin yksityisellä sektorilla 403 toimipisteessä, joista suurin osa ottaa näytteitä ja tekee ohessa varsin rajoitetun tutkimusvalikoiman. Sarjatuotannon etuja ei näin ollen voida merkittävästi hyödyntää.

Mikrobiologia

Mikrobiologisten tutkimusten osuus 185 909 on 14.6 % kaikista tutkimuksista ja 19.0 % perityistä maksuista. Tutkimusnimikkeitä oli käytössä 209. Kelan tilastoissa mikrobiologiaan tilastoituvat reproduktioon liittyvät tutkimukset, jotka muodostavat 42 % mikrobiologian perityistä maksuista ja 8 % kaikista maksuista. Käytetty ryhmittely vaikeuttaa mikrobiologian tutkimusten tarkastelua.

Mikrobiologinen näytteenotto on useimmiten tarkoituksenmukaisinta tehdä vastaanoton yhteydessä. Viljelyä voidaan keskittää, mutta kustannushyöty tavallisimpien, yksinkertaisimpien viljelytten kohdalla on kyseenalainen.

Mikrobiologisia tutkimuksia tehtiin 241 toimintayksikössä.

Kliininen fysiologia

Erikoisalan tutkimukset ovat pääosin potilastutkimuksia. Keskittämishyöty löytyy mahdollisesti paremmasta laatutasosta ja laitteistojen tiiviimmästä käytöstä. Kliinisen fysiologian tavallisin tutkimus on lepo-EKG. Huomiota herättää, että tilastossa 10 tavallisimman korvatus tutkimuksen joukossa on vain 4 perinteisen kliinisen fysiologian tutkimusta. Huomattava osa kaikista tutkimuksista liittyy silmälääkärin tai nenä-, korva- ja kurkkutautien lääkärin käyttämiin tutkimuksiin. Kliinisen fysiologian tutkimusnimikkeitä on Kelan korvausluettelossa kaikkiaan 87 kappaletta, joista noin puolet kuuluu silmälääketieteen ja nenä-, korva- ja kurkkutautien erikoisalan piiriin. Kliinisen fysiologian tutkimuksia tehtiin 348 toimintayksikössä, joista suurin osa tekee vain lepo-EKG:tä ja uloshengityksen huippuvirtausmittausta.

Kliininen neurofysiologia

Erikoisalan tutkimukset ovat kaikki potilastutkimuksia. Neurofysiologiassa on tutkimusnimikkeitä kaikkiaan 24 kappaletta tutkimusten kokonaismäärän ollessa 7 034 vastaten 0.6 % kaikista laboratoriotutkimuksista ja 2.3 % perityistä maksuista. Elektroneuromyografiat muodostavat 80 % kaikista tutkimuksista. Yksiköitä oli 57.

Isotooppitutkimukset

Isotooppitutkimusten tuottaminen yksityisellä sektorilla on varsin pienimuotoista. Tutkimuksia oli kaikkiaan vuonna 2000 vain 282 kappaletta. Toiminta on niin pienimuotoista, sen järkevyyttä on syytä pohtia.

Patologia

Tutkimuksia korvattiin 211 413 kpl (16.7 % kaikista tutkimuksista) ja perittyjen maksujen osuus oli 20.2 % kaikista perityistä.

Patologian tutkimusnimikkeitä on 18 ja kahden tyyppistä näytteenottoa. Tavallisin tutkimus on gynekologinen irtosolututkimus, sen osuus tutkimusmäärästä on 3/4 ja perittyjen maksujen osuus on 2/3. Suuri määrä korreloi naistentautikäyntien suureen osuuteen (22.2 %) kaikista erikoislääkärikäynneistä. Tutkimuksia ilmoitti 135 toimipistettä.

Erikoisalan automaationäkymät eivät ole merkittävät, lukuun ottamatta mahdollisesti PAPA-tutkimusta.

Johtopäätöksiä

Arvioitaessa kokonaisuudessaan mahdollista automaation tuottamaa rationalisointihyötyä suurimmat odotukset voidaan kohdistaa kliinisen kemian ja immunologian kohdalle. On selvää, että analytiikan keskittämisellä analyysikustannukset näytettä kohti laskevat. Potilaskohtaisia tutkimuksia ja näytteenottoa ei voida samassa määrin keskittää. Keskittäminen ja hyvä potilaspalvelu ovat toisilleen jossain määrin vastakkaisia. Laatumielessä analytiikan keskittämisellä varmistetaan tasaisempi laatu, yksin kappalein tai pienissä sarjoissa tehtyinä sama laatutaso on mahdollista saavuttaa tekemällä runsaasti kontrollitutkimuksia, jolloin kustannukset nousevat.

2.3.3 Yksityislaboratoriot toiminta kyselyn valossa

2.3.3.1 Kyselyn toteutus

Kyselylomake lähetettiin kattavasti yksityistä kliinistä laboratoriotoimintaa harjoittaville (Liite 3). Toimintayksiköt saatiin Stakesin tiedostosta ja kyselyt lähetettiin Kelan toimesta. Vastausaktiiviteetti ei ollut korkea. Vastauslomakkeen palautti täytettynä 61 toimipistettä ja kehotuskierroksen jälkeen vielä 32 lisää eli yhteensä 93. Postitse tai puhelimitse ilmoitti 15 yksikköä ei vastaavansa joko toiminnan pienuuden, toiminnan lopettamisen tai muitten kiireitten takia. Vastaus-aktiiviteettiä osoitti noin neljäsosa kyselyn kohteista. Vastanneista työterveysyksiköitä oli 36 kappaletta, keskuslaboratoriotyypisiä yksiköitä 2, 3 sairaalaa, 3 kuntoutusyksikköä, lääkäriasemia, lääkärikeskuksia ja eri erikoisalojen laboratorioita 49 kappaletta. Työterveysyksiköitten osuus oli 39 %, mikä vastaa koko materiaalin työterveysyksiköitten osuutta 37 %. Saatu materiaali on suppea, mutta tyydyttävä otos toimintayksiköistä.

2.3.3.2 Yksiköitten koko ja toiminta

Vastanneitten yksiköitten tutkimusten määrä on varsin pieni, mikä vastaa Stakesin tilastosta saatua kuvaa. Toimintayksikköjen jaottelu Taulukossa 2.12.

Taulukko 2.12 **Toimintayksikköjen jakauma tutkimusmäärän mukaan**

Tutkimusten määrä vuodessa	Toimintayksikköjen lukumäärä
alle 5 000	22
5 001 – 10 000	18
10 001 – 20 000	29
20 001 – 50 000	14
yli 50 000	10

Toimintaa voidaan pitää varsin vakiintuneena, vaikka kolmesta (13) vastaajaa 93 vastanneista ilmoitti jonkinlaisen organisaatiomuutoksen olevan vireillä joko toiminnan myynnin, lopettamisen tai fuusion.

Potilaskäyntien määrä oli ilmoitettu 58 vastauksessa. Jakauma alla olevassa taulukossa (Taulukko 2.13) Tälläkin mittarilla mitattuna suurin osa laboratorioista on varsin pieniä.

Taulukko 2.13 **Toimintayksikköjen kokojakauma potilaskäyntien mukaan**

Potilaskäyntien määrä vuodessa	Toimintayksikköjen määrä
Alle 2 000	17
2 001 – 5 000	14
5 001 – 10 000	16
yli 10 000	15

Laboratorioitten kirjo näkyy myös laboratoriohoitajien määrässä. Suurimmassa laboratorioissa työskenteli 66 laboratoriohoitajaa, kun taas 18 yksikössä ei ole lainkaan laboratoriohoitajia. Nämä kaikki ovat työterveysyksiköitä. Kolme tai enemmän laboratoriohoitajia oli kolmasosassa vastanneista laboratorioista.

2.3.3.3 Toiminta erikoisaloittain

Laboratorioilta tiedusteltiin toiminnan jakautumista erikoisaloittain. Laboratorioitten ilmoittamien erikoisalojen jakauma vastaa tavallisimpien perustutkimusten jakaumaa. (Taulukko 2.14) Monessa vastauslomakkeessa oli muihin tutkimuk-

siin ilmoitettu hematologiset tutkimukset, mikä johtuu lääninhallitukselle toimitettavan vuosi-ilmoituslomakkeen erikoisalajaottelusta, joka ei vastaa virallisia erikoisaloja. Stakesin tilastoihin verrattuna kliinisen kemian ja mikrobiologian toimintayksiköt ovat jonkin verran yliedustettuina

Taulukko 2.14 **Erikoisalat toimintayksiköissä**

Laboratorioerikoisala	Toimintayksikköjen määrä
Kliininen kemia	82
Kliininen mikrobiologia	52
Kliininen fysiologia	57
Kliininen neurofysiologia	9
Patologia	22
Ei ilmoitusta	10

2.3.3.4 Tutkimusnimikkeitten määrä

Suurimmassa keskuslaboratoriotyypisessä yksikössä oli käytössä 700 nimikettä. Alle 20 tutkimusnimikettä ilmoitti 15 toimintayksikköä, alle 50 nimikettä 18 toimintayksikköä, ja yli 100 erilaista tutkimusta ilmoitti tekevänsä 20 toimintayksikköä. Yleensä työterveys- asemilla oli pienimmät tutkimusnimikemäärät.

2.3.3.5 Tutkimusten omavaraisuusaste

Valtaosan tutkimuksista jokainen toimintayksikkö teki itse. Mikäli ostoja oli ilmoitettu, niitten määrä vaihteli noin 0.1 – 52 %:iin tutkimusten kokonaismäärästä. Ostojen mediaani on noin 14 %. Yksityisen sektorin ostot julkiselta sektorilta ovat määrältään mitättömät. Valtaosa laboratorioista ei harjoittanut myyntiä ulkopuolisille. Myynnistä julkiselle sektorille oli maininta neljässä vastauksessa. Vapaata tutkimuskapasiteettia 10 – 20 % ilmoitti 23 vastaajaa eli noin neljäsosa. Kaksi vastaajaa ilmoitti mahdollisuudesta kaksinkertaistaa työmäärä.

2.3.3.6 Laaduntarkkailun järjestäminen

Valtaosa vastaajista ilmoitti järjestäneensä laaduntarkkailun Labquality Oy:n asiakkaana. Tieto puuttui tai toimintaa ei ollut järjestetty 11 tapauksessa. Leimallista oli laboratoriohoitajien puuttuminen niistä yksiköistä, joissa ei laaduntarkkailua ollut järjestetty. Vastusten perusteella voi tehdä sen johtopäätöksen, että aktiivista harrastusta laadun varmentamiseen on. Kuvaus sisäisen laaduntarkkailun järjestämisestä oli kuitenkin varsin harvassa vastauksessa.

2.3.3.7 Arkistointi

Valtaosa vastanneista (62) käyttää atk:ta laboratoriovastausten arkistoissa. 27 toimintayksikköä ilmoitti olevansa käsiarkiston varassa. Neljä vastaajaa ei ilmoittanut tietoa.

2.3.3.8 Näytteenoton merkitys vastaanoton yhteydessä.

Noin puolessa tapauksista näytteenotto tapahtuu lääkäriäkäynnin yhteydessä. Kaikki vastaajat pitivät tätä palvelumuotoa erittäin tärkeänä, erityisesti potilaspalvelua painottaen mutta myös vastaanottavien lääkäreitten kannalta.

2.3.3.9 Yksiköitten talous

Tilinpäätöstiedot oli liittännyt vastaukseensa joka neljäs eli yhteensä 22 yksikköä. Lääkärikeskusten ja laboratorioitten 12 tilinpäätöksestä kaksi näytti tappiota ja voiton mediaani liikevaihdosta laskettuna oli 9.4 %. Yksikön koolla ei näyttänyt olevan vaikutusta lopputulokseen.

Sairaaloitten ja kuntoutuslaitosten tilinpäätöksestä laboratoriotoiminnan osuutta ei voinut eritellä. Kuudesta työterveysyksiköstä puolet näytti lievästi voitollista ja puolet lievästi tappiollista tulosta.

2.3.3.10 Laboratoriotoiminnan sertifiointi

Kyselyssä tiedusteltiin: Olisiko laboratoriotoiminnalla oltava jonkinlainen laatutunnus/sertifikaatti? 46 vastaajaa eli noin puolet ilmoitti suhtautuvansa positiivisesti asiaan, 16 vastusti asiaa. Lisäkommentteina useassa vastauksessa pelättiin järjestelmän byrokratiaa ja kustannuksia. Lisäkysymyksenä tiedusteltiin: Olisiko laatutunnus/sertifikaatti oltava ehtona vakuutuskorvauksen maksamiseksi potilaalle. 47 vastanneesta 21 suhtautui asiaan myönteisesti ja 26 kielteisesti.

Suurin osa vastaajista siis kannattaa jonkinlaisen ulkoisen laatutunnuksen/sertifikaatin käyttöä. Sen ehdollisuus vakuutuskorvausten saamiseksi ei saanut kuitenkaan vastaavaa kannatusta.

2.3.3.11 Laboratoriotulosten tietopankki

Laboratoriotutkimuksia tehdään julkisella sektorilla sairaalalaitoksissa, perusterveydenhuollossa terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla. Potilaat käyvät kaikissa näissä asiakkaina, mutta tiedot, mm. laboratoriotiedot, eivät ole saatavissa sektorilta toiselle. Kysymykseen ei ottanut kantaa 47 eli puolet vastaajista. Vastanneista 34 katsoi, että alueellinen tietopankki on oikea vaihtoehto. Sen sijaan 12 vastaajaa katsoi, että tietopankin tulisi olla vain julkisen sektorin toimintaa. Lisäkommenteissa tuotiin esiin tietosuojaongelmat ja mahdollisesti korkeat kustannukset.

2.4 Julkinen laboratoriotoiminta

2.4.1 Kyselyn aineisto

Julkisen sektorin laboratoriotoimintaa koskeva kysely (Liite 2) osoitettiin kaikkiin sairaanhoitopiireihin. Vastaukset saatiin 19 piiristä ja kaksi piiriä jätti vastaamatta. Tulosta voidaan pitää sairaaloiden osalta hyvänä ja saatuja tietoja edustavina. Eri sairaanhoitopiirien vastausten yhteenveto on liitteenä (Liite 4).

Kyselyä ei osoitettu suoraan terveyskeskuslaboratorioille vaan sairaanhoitopiiriä pyydettiin vastaamaan myös terveyskeskusten puolesta. Näin haluttiin välttää kyselyn lähettämistä noin 250 terveyskeskuslaboratorioon, joka olisi ollut teknisesti hankalaa, vienyt paljon aikaa laboratorioissa ja ollut tulosten yhteenvedon kannalta selvitysmiehille ylivoimaista. Valitettavasti sairaanhoitopiirissä ei useimmiten ollut kovin tarkkaa kuvaa alueen terveyskeskusten laboratoriotoiminnasta ja siksi käsitys niiden toiminnasta jää sairaaloiden laboratoriotoimintaan verrattuna epämääräisemmäksi.

2.4.2 Julkisen sektorin toimintavolyymi

Julkisen sektorin laboratorioita on määrittelytavasta riippuen ahtaan tulkinnan mukaan noin 400 ja väljän tukinnan mukaan noin 800. Sairaaloissa tuotettujen laboratoriotutkimusten lukumäärä oli aineistossa noin 27 miljoonaa tutkimusta. Vuoden 1997 tilaston mukaan sairaaloissa tuotettiin noin 25,3 miljoonaa tutkimusta, joka on viimeinen olemassa oleva laboratoriotuotantoa tarkemmin kuvaava tilasto (Erikoisaloittainen sairaalatilasto 1997, laboratoriotuotanto, Suomen Kuntaliitto 1998). Terveyskeskuksissa käytettiin vuoden 1999 Terveyskeskusten taloustilaston mukaan noin 14 miljoonaa laboratoriotutkimusta. Tämän selvityksen mukaan terveyskeskuksissa tehtiin noin 7 miljoonaa tutkimusta, ostojen määrä on noin 4 miljoonaa tutkimusta ja puuttuvien tietojen osuus samoin noin 4 miljoonaa. Alla olevassa taulukossa ovat tiedot selvityksessä mukana olleista sairaanhoitopiireistä (Taulukko 2.15).

Taulukko 2.15 Sairaaloissa tehdyt laboratoriotutkimukset erikoisaloittain ja terveyskeskusten kaikki tutkimukset selvitysaineiston mukaan

Erikoisala	Lukumäärä	%
Kliininen kemia	24 239 000	88.3
Mikrobiologia	1 824 000	6.6
Kliininen fysiologia	397 000	1.4
Kliininen neurofysiologia	47 000	0.2
Patologia	458 000	1.7
Muu erikoisala	10 000	0.0
Sairaalat yhteensä (18 piiriä)	27 451 000	100.0
Terveyskeskukset (12 piiriä)	6 774 000	
Kaikki yhteensä	34 226 000	

Sairaalat ovat laboratoriotutkimusten osalta hyvinkin omavaraisia ja tuottavat itse tarvitsemistaan tutkimuksista lähes 95 %. Yksityisten laboratorioiden osuus sairaaloiden laboratorioanalytiikasta on vähäinen, noin 1 %. Terveyskeskusten analytiikasta itse tuotettujen tutkimusten osuus on noin 60 % mutta myös muut julkiset laboratoriot tuottavat merkittävän osan niiden laboratorio analytiikan tarpeesta. Yksityislaboratorioiden palvelujen käyttö terveyskeskuksissa on vähäisempää (Taulukko 2.16)

Taulukko 2.16 Sairaaloiden ja terveyskeskusten oman ja ostetun laboratoriotuotannon jakautuminen

Toiminto	Sairaalat	Terveyskeskukset
Oma toiminta	95.3	58.2
Ostot muilta julkisilta laboratorioilta (% kokonaiskäytöstä)	3.4	39.7
Ostot yksityisiltä laboratorioilta (% kokonaiskäytöstä)	1.0	2.2
Yhteensä	100.0	100.0
Myynti yksityislääkäreille (% omasta toiminnasta)	0.2	0.5

Saatujen suhteellisen harvojen kustannustietojen perusteella yksityisen sektorin tuottamat palvelut ovat kuitenkin keskimääräistä kalliimpia, joten yksityissektorin tulot julkiselta sektorilta ovat tutkimusten volyymin osuutta suuremmat. Julkisen sektorin yksityissektorille myymien tai tuottamien palvelusten kustannustasosta ei ole ollut käytettävissä tietoja.

Tässä selvityksessä saatujen tietojen perusteella julkisen sektorin laboratorioiden yksityislääkärin läheteellä tekemien tutkimusten määrä on vähäinen suhteessa kokonaistuotantoon ja eritoten jos sitä verrataan yksityislaboratorioiden myyntiin julkiselle sektorille.

2.4.3 Toiminnan organisointi

Suurin osa sairaaloiden laboratorioista on vielä perinteisiä keskus- ja tai aluesairaalan tulosyksiköitä joko niin, että jokainen laboratorio on oma erillinen yksikkönsä tai niin että ne muodostavat yhden tulosalueen joko yksin tai yhdistettynä radiologiaan. Useimmiten tulosalueen muodostaa kemia, hematologia ja mikrobiologia kun taas fysiologiset tutkimukset ja patologia ovat useimmiten erillisiä yksiköitä. Liikelaitostyyppinen ratkaisu on toistaiseksi toteutettu tai ajateltu toteuttaa vain kolmessa sairaanhoitopiirissä. Laboratorion täydellistä ulkoistamista ei ole toteutettu yhdessäkään piirissä, vaikka ostojen määrä yksityisiltä laboratorioilta onkin lisääntynyt.

Yhteistoiminta piirin sairaaloiden ja terveyskeskusten laboratorioiden kesken on viimeaikoina lisääntynyt ja toiminnan yhdistämisiä on toteutettu joko kokonaan tai osittain kymmenessä piirissä ja viidessä ovat neuvottelut toimintojen yhdistämisestä ja virtaviivaistamisesta vireillä. Vain neljässä piirissä ei olla toteutettu tai ajateltu toteuttaa laboratoriotuotannon fuusioita.

Myynti yksityisasiakkaille on julkisen sektorin laboratorioissa vähäistä eikä sitä ole useissa piireissä ollenkaan. Siellä missä sitä esiintyy se on aina kuitenkin alle 0.5 % koko tuotannosta.

Kapasiteetin käyttöastetta eivät useat sairaalat ilmoittaneet tai ilmoittivat sen olevan täydessä käytössä. Ne joilla käyttämätöntä kapasiteettia oli, sen vaihtelu suurta. Joissakin arvioissa esitettyä yli 50 % ylikapasiteettia ei kukaan raportoinut. Laboratorioissa analyysilaitteiden laskennallinen ylikapasiteetti on toiminnallinen välttämättömyys sairaaloiden vuorokausikuormituksen vaihtelun vuoksi. Valtaosa näytteistä otetaan aamun parina ensimmäisenä tuntina ja vastauksia odotetaan muutaman tunnin viiveellä. Keskeisin rajoittava tekijä on näytteenotto eikä itse analyysityö, jossa on käyttämätöntä kapasiteettia on enemmän. Alla olevassa Taulukossa 2.17 on esitetty ilmoitetut frekvenssit eri laboratorioerikoisaloittain ylikapasiteetti-% mukaan.

Taulukko 2.17 **Näytteenoton ilmoitetut ylikapasiteetit erikoisaloittain**

Ylikapasiteetti %	Kl. kemia	Mikrobiologia	Kl. fysiologia	Kl. neurofys	Patologia
0	12	11	10	8	10
5	1	1	1		
10	11	2	4		
15	1				
20	1				
25					
30				1	
	26	14	15	9	10

Taulukko 2.18 **Analyysityön/ potilaskäsittelyn ilmoitettu ylikapasiteetti**

Ylikapasiteetti %	Kl. kemia	Mikrobiologia	Kl. Fysiologia	Kl. Neurofys	Patologia
0	5	10	9	7	3
0 – 10	5	5	3		2
11 – 20	7		1		
21 – 30	6		1	1	
31 – 40					
41 – 50	1				
	24	15	14	8	5

3. Laboratoriotoiminnan kehittymislinjoja

3.1 Näkymät julkisella sektorilla

Julkisella sektorilla on käynnissä kehitys kohti suurempia yksiköitä. Tähän on ensisijaisesti syynä pyrkimys matalampaan kustannustasoon. Monin paikoin erityisesti pienemmissä laboratorioissa laitekannan uusiminen on herättänyt hakemaan vaihtoehtoisia ratkaisuja. Laitekustannukset sinänsä ovat vain muutama prosentti laboratorion kokonaismenoista, sen sijaan tutkimusten tekeminen lyhyissä sarjoissa, tutkimusvalikoiman ylläpito, vanhojen tutkimusten korvaaminen uusilla, asianmukaisen laatuksentrollin järjestäminen eli laboratorion pyörittäminen suhteellisen pientä tutkimusmäärää varten ei ole kustannustehokasta.

Erityisen ongelman muodostaa ammattitaitoisen henkilökunnan ennustettavissa oleva niukkuus. Automaatioasteen nostaminen ei ole vähentänyt koulutetun työvoiman tarvetta. Bioanalytikkojen nykyinen koulutusvolyymi ei riitä kattamaan eläkkeelle siirtyviä laboratoriohoitajia. On ennustettavissa työvoimapula, joka tulee koskemaan ennen kaikkea pienimpiä laboratorioita. Jo tällä hetkellä pätevien sijaisten saaminen on vaikeaa. Laboratorioalojen erikoislääkärikoulutus on myös riittämätön sekä tarpeeseen että poistumaan nähden.

Jotta sekä laadullisesti että määrällisesti kattavan alueellisen laboratoriopalvelun järjestäminen olisi taattua, suurempien alueellisten toimintakokonaisuuksien muodostuminen on välttämätöntä. Niukkenevan ammattitaitoisen henkilökunnan työpanos saadaan silloin tehokkaaseen käyttöön.

3.2 Verkostoituminen ja tietojärjestelmät

Verkostoituminen ja suurempien toimintakokonaisuuksien syntyminen on välttämätöntä laboratoriotulosten tehokkaamman hyödyntämisen kannalta. Laboratorioitten olisikin jatkossa keskityttävä tutkimusten tekemisen lisäksi käyttökelpoisen informaation tuottamiseen. On yleisesti tunnettua, että tutkimuksia toistetaan jonkin verran tarpeettomasti, mikä johtuu pääasiassa tietokatkoksista. Pääsääntöisesti jokainen yksikkö arkistoi laboratoriotutkimustulokset omiin rekistereihinsä. Potilaalla voi olla kolme erillistä laboratoriotiedostoa: erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja yksityisellä sektorilla. Laboratoriotutkimusten tulkinnessa kuitenkin potilaan omat aikaisemmat tutkimustulokset ovat keskeinen vertailupohja.

Tietosuojaongelmat ovat kuitenkin olleet esteenä sille, ettei järkevää tietojen yhteiskäyttöä ole ollut mahdollista toteuttaa. Yleisenä tavoitteena tulisi olla potilaskohtaisen laboratoriotiedoston kehittäminen. Tietotekniikka ei enää aseta esteitä esim. piirikohtaisten tiedostojen, tietovarastojen tekemiseen. Kaikkien tutkimustulosten tulisi olla potilaan henkilökohtaisella luvalla hoitavan lääkärin saatavissa riippumatta siitä, missä potilas asioi. Potilaan kannalta olisi tärkeää, että niin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon kuin yksityisenkin sektorin tutkimustulokset ovat hoitavan lääkärin käytössä.

Pääsääntöisesti välittömästi potilashoidossa tarvittavat tutkimukset saadaan nykyään terveyskeskuksissa paikan päällä. Laboratorioitten rakentamisvaiheessa laboratoriotutkimusten tuottaminen oli vahvasti työvoimavaltaista, mekanisointi erityisesti kemian ja hematologian tutkimuksissa oli vasta alullaan. Tekniikan kehittyminen sallii ja toisaalta myös velvoittaa uudelleenarviointiin. Näytetutkimusten analyysikustannukset ovat selkeästi pienemmät ja tutkimusten laatu tasaisempaa riittävän suurissa sarjoissa tehtyinä. Toisaalta keskittäminen yleensä merkitsee näytekuljetuksen aiheuttamaa viivettä. On selvää, että mikäli tutkimustulosta ei tarvita saman potilaskäynnin yhteydessä tai muuten kiireellisenä, yhteistyö lähisairaalan kanssa on tarkoituksenmukaista niin laadun kuin kustannustenkin kannalta.

3.3 Vieritutkimukset

Laboratoriosektorilla on julkisella sektorilla meneillään rakennemuutos. Samanaikaisesti kun organisaatiossa tapahtuu keskittymistä suurempiin yksiköihin, tapahtuu tutkimuksen hajauttamista yhä osastoille ja poliklinikoille potilaan viereen. Point-of-care, vieritestit tai lähitestit ovat vahvasti tulossa markkinoille. Kehitys perustuu vaatimukseen saada laboratoriotutkimukset, jos mahdollista, välittömästi hoitoprosessiin liittyen, saman potilaskäynnin yhteydessä. Julkisen sektorin ja yksityisen sektorin intressit ovat samat. Amerikkalaisen arvion mukaan vieritestausten lukumäärä nousee 80 %:iin kaikista tutkimuksista. Suomalaisen terveydenhuollon rakenteen, ammattitaitoisen henkilökunnan ja kustannustason huomioon ottaen luku tuntuu korkealta. Käytettävien testien suorituksen helppous, joko todellinen tai näennäinen, ja odotukset nopeasta ja laadukkaasta vastauksesta takaavat kasvavan mielenkiinnon.

Tehostetun hoidon osastoille sijoitetuista happo-emäs-hengityskaasu- ym. analysointireista on hyvät käyttökokemukset, kun ne ovat laboratorioammattilaisten valvonnassa. Ajansäästö ja myös diagnostinen hyöty ovat merkittävät. Laajimmassa käytössä ovat glukosimittaukset hoito-osastojen ja poliklinikkoitten henkilökunnan ja myös potilaiden tekeminä. On vankkaa näyttöä sille, että käyttöopastus ja käytön harjoittelu ovat avainasemassa oikealle testitulokselle. Laboratoriosektorin vastuulle onkin säilytettävä vastuu kaikesta kliinisestä laboratoriodiagnostiikasta, tapahtuu se missä tahansa. Hajautettuna vieritestinä tehdyn laboratoriotutkimuksen laadun tulee olla saman kuin yksikössä tehtyjen muittenkin tutkimusten.

Jos laboratoriotointia hajasijoitetaan, ainoastaan tutkimuksen tekopaikka voi muuttua, hoitoketjukokonaisuuden tulee säilyä. Vieritutkimusten tulosten kirjaaminen potilastiedostoon ei ole ongelmaton. Kun analytiikka on keskittynyt suuriin yksiköihin, niin laboratoriotulokset siirtyvät automaattisesti potilastiedostoihin. Vieritutkimuksissa kirjaukset on tehtävä tutkijan toimesta, jolloin käytäntö on kirjavaa ja virhealtista. Vieritutkimusten yleistymisen on riippuvainen kliinisen laboratorion palvelukyvystä. Mitä nopeampi on laboratorion palvelu, sitä pienempi on vieritutkimusten tarve. Vieritutkimuksista mahdollisesti saatavan aika- tai diagnostisen hyödyn pitää realisoitua parempana hoitotuloksena. Näin ei välttämättä aina ole. Esimerkiksi potilaitten omakohtainen veren sokeripitoisuuden seuranta on ollut merkittävä edistysaskel diabeteksen hoidossa. Kertynyt koke-

mus alleviivaa käyttäjäkoulutuksen ja jatkuvan lauseurannan tarpeellisuutta. Sama koskee kaikkia vierihoidossa tehtäviä testejä riippumatta tekeekö niitä ammatti-ihminen vai potilas itse.

Vieritestien kemikaalien ja tarvikkeitten yksikköhinta testiä kohti on yleensä merkittävästi korkeampi kuin laboratorioissa sarjatyönä tehdyn testin. Testin kohonneet kustannukset on suhteutettava testistä saatavaan diagnostiseen hyötyyn. Esimerkiksi sydäninfarktin poissuljenta on lähes luotettavasti tehtävissä vieritesteillä, jolloin säästytään tarpeettomilta potilaitten siirroilta ja kustannuksilta. Edellytyksenä on luonnollisesti testin tekeminen luotettavasti. Hyvän perehdytyksen, jatkuvan koulutuksen ja laaduntarkkailun on oltava järjestyksessä ennen kuin testiä saa tehdä. Kussakin organisaatiossa laboratorioammattilaisten on syytä ottaa vastuu yksikössä tehtävistä vieritesteistä.

3.4 Laboratoriotoininnan kehittyminen yksityisellä sektorilla

Voidaan väittää, että sairausvakuutuskorvauksella on ollut keskeinen merkitys yksityisten laboratorioiden toiminnalle. Lisääntyvän vierianalytiikan ja ilmeisten analyysitoimintojen keskittämisen etujen vuoksi pienten laboratorioiden kustannusrakenne tulee yhä epäedullisemmaksi. Suomessa on vain kaksi suurta yksityisessä omistuksessa olevaa laboratoriota, jotka yhdessä vastaavat noin 3 % alan koko liikevaihdosta. Tätä ei voida pitää kovin suurena osuutena. Näiden laboratorioiden kohdalla korvaustaksalla ei ole suurta merkitystä, koska ne joka tapauksessa joutuvat toimimaan markkinaehtoisesti ja kilpailemaan julkisen sektorin suurten laboratorioiden kanssa. Jo nyt niiden liikevaihdosta yli puolet kertyy myynnistä julkisen sektorin palvelujen tuottajille. Yksityiset lääkäriasematkin haluavat tutkimukset edullisesti vaikka niiden potilaat saavatkin niistä korvauksen. Yksityisten keskuslaboratorioiden markkinaosuus tulee siksi lisääntymään.

Tilanne on toinen vastaanottojen ja työterveydenhuollon yhteydessä toimivien pienten laboratorioiden osalta. Niiden tehokkaan toiminnan edellytykset ovat vähäiset, koska volyymit ovat pieniä. Laboratoriotointaa ylläpidetään potilaspalvelun takia. Näytteenoton ohella tutkimusvalikoima on suppea ja määrät pieniä. Nämä laboratoriot eivät voi siksi käyttää analytiikan volyymietuja ja yksikkökustannukset muodostuvat joka tapauksessa korkeiksi.

3.5 Laadun hallinta

Laboratoriotutkimusten laatu on monen tekijän summa. Avainasemassa on ammattitaitoinen henkilökunta, joka tarvitsee kunnolliset laitteet, tarvikkeet ja asianmukaiset tilat. Nykyaikainen käytännön laboratoriotyö edellyttää osana varsinaisten analyysien tekoa asianmukaisen laaduntarkkailun järjestämistä. Laboratoriotutkimusten oikeellisuuden, luotettavuuden varmistamiseksi sekä sisäisen että ulkoisen laaduntarkkailun tulee olla kunnossa. Tämä koskee niin julkista kuin yksityistäkin terveydenhuoltoa, samalla tavalla sekä suuria että pieniä yksiköitä.

Toisin kuin julkisen terveydenhuollon yksityisen terveydenhuollon laboratoriot tarvitsevat lääninhallituksen luvan. Luvassa tulee ilmetä toimiala, tilat ja laitteet ja henkilökunta. Asetuksessa on edelleen todettu, että lupahakemuksessa on laboratorioiden osalta oltava selvitys asianmukaisen laadunvalvonnan järjestämisestä. Asianmukainen on käsitteenä väljä ja siksi valvonnan toteutus voi olla vaihteleva. Olisi aiheutta tarkemmin sel-

vittää, mitä laatuksiteereitä on käytetty. Yleensä, jos laboratoriossa on alan ammattikoulutuksen saanut henkilökunta, on laadunvarmennus järjestetty.

3.5.1 Ulkoinen laaduntarkkailu

Laboratoriotutkimusten luotettavuus, korkea laatu ovat pitkän kehityksen ja aktiivisen työn tulos. Vahvan sysäyksen laadun kehittymiselle antoi 30 vuotta sitten perustettu Kliinisten Laboratoriotutkimusten Laaduntarkkailu Oy. Yhtiö, nykyään Labquality Oy, keräsi yhteen laadun kehittämistä kiinnostuneet. Yhtiö perustettiin alkuun tarjoamaan keskitetysti palveluja ulkoista laaduntarkkailua varten. Yhtiön toiminnan alku oli leimallisesti kliinisen kemian, mutta nykyään toiminta kattaa kaikki erikoisalajat. Toiminta on jatkuvasti kasvanut, tällä hetkellä Labqualityn järjestämiin laaduntarkkailukierroksiin osallistuvat lähes poikkeuksetta julkisen sektorin ja myös kaikki merkittävät yksityissektorin laboratoriot. Toiminta on kattavampi kuin missään muussa maassa. Ulkoisen laaduntarkkailun on yhtiön välityksellä organisoinut yhteensä 1218 asiakasta, joista erikoissairaanhoidon piirissä on 211, perusterveydenhuollossa 614 ja yksityisellä sektorilla 393. Keskussairaalat huolehtivat yleensä alueensa terveystieteiden laaduntarkkailutulosten tulkinnasta, toimintaohjeista ja myös kustannuksista. Kunkin laboratorion vastuulla on korjaavien toimenpiteiden tekeminen. Yksityisellä sektorilla, tosin ei kaikissa, käytetään konsulttiapua. Yksityislaboratorioitten yhdistys ry. myöntää laadutunnuksia ulkoisessa laaduntarkkailussa osoitetun tason perusteella.

Erityismaininnan ansaitsevat Labquality Oy:n piirissä alan asiantuntijoiden laatimat laatusuosituksset, esimerkiksi virtsan perustutkimussuositus vuodelta 1999 ja tänä vuonna julkaistavat huumenäytteenottoa ja vieritutkimuksia koskevat suositukset. Yrityksen merkitys on myös keskeinen yleisen laatuajattelun ja sen mukana sisäisen laaduntarkkailun kehittämisessä. Kaikki laboratorioalalla työskentelevät ammattihenkilöt saavat koulutuksensa aikana tiedot laadunhallinnan teoriasta ja käytännöstä. Tämä on vankka perusta sille, että aktiivista laaduntarkkailua harjoitetaan siellä, missä laboratorioammattilaiset tekevät tutkimuksia.

3.5.2. Sisäinen laaduntarkkailu

Samanaikaisesti ulkoisen laaduntarkkailun kanssa on kehittynyt yksiköitten sisäinen laaduntarkkailu. Ulkoinen laaduntarkkailu ilman laboratorion sisäisiä laaduntarkkailutoimenpiteitä on hukka-investointi. Pelkkä osallistuminen ulkoisiin laaduntarkkailukierroksiin ei ole riittävä. Yksityiselle sektorille tehdystä kyselystä saadut vastaukset sisäisen laaduntarkkailun järjestämisestä vaihtelivat asiantuntevasta kuvauksesta vastaamattomuuteen a.o. kohdassa.

Suurimman laboratoriosektorin, kliinisen kemian, alalla tutkimusten laadun kehityksen painopiste on ollut itse analytiikassa. Analytiikan suoritustaso onkin varsin riittävä. Merkittävimmät virhelähteet löytyvät ennen varsinaista analyysivaihetta ja toisaalta tutkimusten hyödyntämistä voidaan merkittävästi parantaa. Potilaan esivalmistelun ja näytteenoton merkitys on keskeinen. Sama vaatimus koskee kaikkia näytetutkimuksia tekeviä erikoisalajoja, ellei näyte ole oikeasta paikasta, oikealla tavalla otettu, tutkimuksen tulos on arvoton. On muistettava, että virheellinen tulos on vaarallisempi kuin ei lainkaan tulos.

On syytä todeta, että niin julkinen kuin yksityinen sektori on kattavasti järjestänyt ulkoisen laaduntarkkailunsa, ja että laboratorioitten suoritustaso yleensä vastaa kliinisen toiminnan asettamia vaatimuksia.

3.5.3 Sertifiointi ja akkreditointi

Suomessa on FINASin rekisterissä 23 akkreditoitua laboratoriota toimialana kliininen analytiikka. Kaikki yliopistosairaalat, kaksi muuta keskussairaala ja yksityiset keskuslaboratoriot ovat akkreditoituneet. Tavallisin alue on kliininen kemia. Akkreditoimisen motiivina on usein ollut kelpoisuus toimia kliinisten lääketutkimusten edellyttämien tutkimusten tekopaikkana. Akkreditointimenettely on kuitenkin mahdollista ja järkevää vain suurimmille yksiköille. Käytettyjen normistojen sopivuutta kliinisiin laboratorioihin on myös aiheellisesti kritisoitu. Alkanutta kehitystä erityisen terveydenhuollon sertifiointiyksikön perustamiseksi on tervehdittävä tyydytyksellä. Tätä tarkoitusta varten perustettiin Qualisan Oy yhtiö, jonka toiminta alkoi 1.7.2001. Yhtiön omistuspohjassa on edustettuina julkinen ja yksityinen sektori sekä alan ammattijärjestöt, mikä taannee Labqualityn tavoin menestyksellisen toiminnan. Monissa terveyskeskuksissa ja sairaaloissa tehty Labqualityn ohjeiden mukainen laatukäsikirja ja sen mukainen toiminta luovat perustan myös laatutunnukselle.

Patologian laatutunnusjärjestelmän rakenne täyttää lähes akkreditoinnin vaatimukset. Toiminnan painopiste on kuitenkin työn sisällön ja laadun kehittämisessä. Laatutunnuksen myöntää International Academy of Pathology:n laadunvarmistustyöryhmän lausunnon perusteella määräaikaiseksi Suomen Lääkäriliitto ja se perustuu laatukäsikirjan mukaiseen toimintaan ja tarkastuskäynteihin. Tunnus on 18 laboratoriolta. Laatutunnustoinnissa on mukana sekä julkisen että yksityisen sektorin laboratorioita. Laatutunnusjärjestelmä syntyi osittain epäterveen hintakilpailun virittämänä. Tutkimuksia tuotettiin laadusta liiemmin välittämättä. Järjestelmä ei vielä kata kaikkia patologian laboratorioita. Palvelujen ostajan tulisikin aina vaatia myyjäorganisaatiolta näyttöä laadusta, esimerkiksi laatutunnuksen muodossa. Tämän vaatimuksen tulisi koskea kaikkia laboratorioaloja.

4. Laboratoriotutkimusten korvaustaksojen määräytymisperusteet

4.1 Sairausvakuutusjärjestelmän asema terveydenhuollon rahoituksessa

Vuonna 1963 säädetyin ja vuonna 1964 voimaan tulleen sairausvakuutuslain ja vuoden 1993 alusta tulleen muutoksen mukaan sairausvakuutus korvaa potilaalle sairauden vuoksi tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksia silloin, kun palvelujen tuottaja on ollut yksityisessä omistuksessa oleva hoitoyksikkö. Korvausjärjestelmä luotiin aikana, jolloin Suomessa oli pulaa lääkäreistä ja hoitokapasiteettia yleisesti ottaen riittämättömästi - erityisesti maan itä ja pohjoisosissa. Vuonna 1960 asukkaita yhtä lääkäriä kohti oli 1573 kun heitä tänään on 274. Ero on kuusinkertainen. Samalla sairausvakuutus välillisesti auttoi yksityisten terveystalvelujen syntymistä täydentämään puuttuvia julkisia palveluja.

Kansanterveyslain perusteella maahan luotiin 70 ja 80 luvulla kattava perusterveydenhuoltojärjestelmä. Sairausvakuutus jäi korvaamaan yksityisen sektorin erikoislääkäripalveluja ja erikoislääkäreiden määräämiä tutkimuksia ja hoitoja. Pääosa näistä palveluista keskittyi sinne, missä suurin osa väestöstä ja erikoislääkäreistä oli – maan etelä- ja lounaisosaan. Esimerkiksi laboratoriopalveluista tuotetaan noin puolet eteläisen sairausvakuutusalueen asukkaille. Julkisen terveydenhuollon kapasiteetin merkittävästä kasvusta huolimatta sairausvakuutus on säilynyt perusteiltaan muuttumattomana. Merkittävin lisäys oli lakisääteisen työterveydenhuollon liittäminen Kelan korvausjärjestelmän piiriin. Korvaus tästä maksetaan kuitenkin työnantajalle eikä potilaalle ja korvausperuste on erilainen, 50 % hyväksytyistä kustannuksista.

Vuonna 1999 terveydenhuollon kokonaismenot olivat noin 50 mrd. mk ilman sairausvakuutuksen päiväraha korvauksia. Kelan sairausvakuutus korvaukset vuonna 1999 olivat kokonaisuudessaan 10.7 mrd. mk, josta päivärahat sekä lääkekorvaukset veivät suurimman osan. Tutkimusten ja hoidon osuus oli 334 milj. mk, eli noin 3.1 %. Tutkimusten ja hoidon korvauksista suurin osa kului fysioterapiaan ja radiologiaan. Patologian osuus oli 10 milj. ja muitten laboratoriotutkimusten osuus 64 milj. Laboratoriosektorin osuus tutkimuksen ja hoidon korvauksista oli noin 22 % ja osuus sairausvakuutus korvauksista noin 0.7 %.

Kelan korvaamista laboratoriotutkimuksista vuonna 1998 työterveyshuollon käyttämät tutkimukset muodostavat lukumääräisesti suurimman osan eli 79 % ja Kelan maksamista korvauksista 65 %. Työterveyshuollon korvausperuste on erilainen yksityisen vakuutetun korvausperusteeseen verrattuna.

Taulukko 4.1 **Sairausvakuutuksen korvaamat laboratoriotutkimukset 1998**

	Tutkimukset (x1000)	Kustannukset milj. mk	Korvaus milj. mk
Työterveyshuolto	4 025	237	119
Yksityinen	1 271	207	74
Yhteensä	5 296	444	193

Stakesin tilaston mukaan yksityisen terveydenhuollon laboratoriotutkimusten kokonaismäärä vuonna 1998 oli 5 302 miljoonaa. Työterveyshuollon viimeksi valmistuneet tilastot ovat vuodelta 1998. Sen perusteella työterveyshuollon laboratoriotutkimuksista 0.8 miljoonaa tehtiin terveyskeskuksissa ja valtion osuus oli 0.18 miljoonaa. Yksityisissä laboratorioissa tai työnantajien eri tavoin ylläpitämällä työterveysasemilla tehtiin noin 3 miljoonaa tutkimusta.

Sairausvakuutuksen osalta merkittävämmät menot syntyvät sairauksien aiheuttamien tulomenetysten korvaamisesta. Hoitojen korvaus on rajattu vuodesta 1993 lähtien vain yksityissektorin tuottamiin hoitoihin kun taas kunnat vastaavat pääosasta julkisen terveydenhuoltojärjestelmän menoista. Sairausvakuutus korvaa myös osan potilaalle ja hänen omaiseleen aiheutuneista matkakustannuksista. Ongelmallista on, että rahoituksen kaksikanavaisuus jakaa järjestelmän niin, että kunnat vastaavat pääosasta hoidon aiheuttamia kustannuksia kun taas Kansaneläkelaitos vastaa sairauksien potilaille aiheuttamista epäsuorista kustannuksista ja vain yksityislääkärien aiheuttamista hoitokustannuksista. Tämän vuoksi päärahoittajien, kuntien ja Kelan, intressit saattavat olla ristiriidassa keskenään. Rahoittajat pyrkivät esimerkiksi siirtämään kustannuksia toisilleen. Tämä taas saattaa toimia yleisten terveystalouden tavoitteiden vastaisesti. Sairausvakuutus korvaa yksityislääkäri määräämien tutkimusten kustannuksia silloin, kun tutkimus on tehty yksityisessä hoitolaitoksessa. Tämä korvaus koskee vain hoidon tiettyä osaa ja on suoriteperusteinen. Vuoden 1999 alusta voimassa on ollut potilasmaksuasetuksen muutos, jonka mukaan myös julkinen sairaalan tai terveyskeskuksen laboratorio voi myydä ja periä maksun yksityislääkäriin läheteellä tehdyistä tutkimuksista. Näistä tutkimuksista tuottaja voi kuitenkin periä vain omakustannushinnan. Nämä kustannukset eivät sairausvakuutuslain 11 a §:n perusteella oikeuta potilasta saamaan niille vakuutuskorvausta silloinkaan kun potilaan 80 markan omavastuuosuus ylittyy ja vaikka tutkimuksen tilaajana on yksityislääkäri.

Asetusmuutoksen jälkeen laboratoriotutkimusten korvauksista on syntynyt varsin vilkas keskustelu (Luku 5) varsinkin sen jälkeen, kun Pirkanmaalle perustettu sairaanhoitopiiriin

omistama liikelaitos Laboratoriokeskus aloitti analytiikan markkinoinnin ja myynnin yksityislääkäreiden potilaille.

4.2 Sairausvakuutuksen tutkimuksen ja hoidon korvausperusteet

Sairausvakuutuslain mukaan korvausta suoritetaan potilaalle vain siltä osin, minkä tarpeellinen hoito tarpeettomia kustannuksia välttämällä potilaan terveydentilaa kuitenkin vaarantamatta olisi tullut maksamaan (SV laki 6 §). Korvaus on tarkoitettu alentamaan yksityisten terveystalvelujen käyttämisestä potilaalle aiheutuneita kustannuksia ja näin helpottamaan palvelujen saantia.

Sairausvakuutuksen taksat vahvistaa Kansaneläkelaitoksen hallitus sosiaali- ja terveysministeriön päättämien perusteiden pohjalta. Viimeksi sosiaali- ja terveysministeriö on vahvistanut nämä perusteet vuonna 1994 (päättös 827/94). Kansaneläkelaitoksen tulee vahvistaessaan sairausvakuutuslain 8 §:ssä tarkoitettua taksaa noudattaa sairausvakuutusasetuksen 4 §:ssä mainittuja perusteita, jotka ovat tutkimuksen ja hoitotoimenpiteen laatu, sekä sen vaatima työ ja aiheuttama kustannus. Sen lisäksi perusteista on käytävä ilmi kutakin toimenpideryhmää koskevan taksan enimmäismäärä. Ennen perusteiden määrittämistä ja taksojen vahvistamista on sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, terveydenhuollon oikeusturvakeskus sekä lääkäreitä edustavalle järjestölle varattava tilaisuus lausunnon antamiseen. Lisäksi on Kansaneläkelaitosta kuultava ennen perusteiden määrittämistä.

Perustepäätöksen (827/94) mukaan Kansaneläkelaitos vahvistaa luettelon tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden taksat, joihin sisältyy myös toimenpiteen suorittaneen lääkärin palkkio. Laboratoriotutkimusten taksoja vahvistettaessa käytetään perusteena enintään 129 markan määrää tutkimukselta kuitenkin vaativien ja aikaa vievien tutkimusten osalta enintään 3435 markan määrää tutkimukselta. Patologian alaan kuuluvien tutkimusten taksoja vahvistettaessa käytetään perusteena enintään 420 markan määrää tutkimukselta.

Näytteenoton taksoista on määräykset taksapäätöksen 4 §:ssä. Sen mukaan tutkimus- ja hoitolaitoksessa suoritettujen vaativien näytteenottamisen taksoja vahvistettaessa käytetään perusteena enintään 111 markan määrää, johon ei sisälly toimenpiteen suorittaneen lääkärin palkkiota. Tutkimus- ja hoitolaitoksessa suoritettujen muualla tutkittavaksi lähetettävän näytteen ottamisen ja lähetyskuntoon saattamisen taksaa vahvistettaessa käytetään perusteena enintään 50 markan määrää. Näytteenottokustannukset sisältyvät vuodesta 1995 lähtien jo tutkimuskohtaiseen korvaustaksaan ja perustepäätös on tältä osin vanhentunut.

Kansaneläkelaitos seuraa taksojen perusteena terveystalvelujen tuotantokustannuksia ja tekee tarvittaessa esityksiä taksojen tarkistamiseksi Sosiaali- ja terveysministeriölle. Tutkimustaksojen ja hoidon taksojen taustana olevan kustannuskehityksen seurantatekijöinä käytetään mm. koko korkokannan keskikorkoa, terveydenhuolto- sekä muun henkilöstön pakkakehitystä ja investointikustannuksia (Telakivi et al. 1998). Viimeksi taksan perusteet on vahvistettu 1994 ja sairausvakuutuksen laboratoriotaksan tasotarkistus vuonna 1989 Sosiaali- ja terveysministeriön antamien perusteiden pohjalta.

Ennen tutkimusnimikekohtaista korvausta laboratoriotutkimukset oli jaettu kahdeksaan taksaryhmään. Kullakin ryhmällä oli oma maksimihintansa, jonka perusteella sairausvakuutus korvasi kustannukset potilaalle. Tätä korvausluokitusta käytettiin yleisesti myös julkisissa laboratorioissa. Kustannuslaskentatiedon lisääntyessä julkiset sairaalat yle-

sesti luopuivat Lääkintöhallituksen määräämästä laboratoriotutkimusten hinnoitteluperusteesta, joka oli Kelan taksa vähennettynä 10 %:lla.

Nykyisen vuodesta 1995 voimassa olleen tutkimusnimikekohtaisen korvauskäytännön voimassa ollessa taksojen perustepäätöstä ja sairausvakuutusasetuksen taksojen määräytymistä ja näytteenottoa koskevaa koskevia kohtia voidaan pitää vanhentuneina ja ne tulisikin muuttaa nykykäytäntöä vastaaviksi. Tästä selvitysmiehillä on ehdotus järkevämpänä.

Myös niiden työnantajien, jotka ovat järjestäneet työterveyshuoltolaissa tarkoitettua työterveydenhuoltoa ja muuta terveydenhuoltoa, on oikeus saada Kelalta korvausta tästä toiminnasta aiheutuneista kustannuksista. Työterveydenhuollon tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista korvataan työnantajalle 50 %.

Sairausvakuutuslain 11 a §:n nojalla (1052/93) vakuutetulle ei suoriteta korvausta tämän terveyskeskukselle sairaanhoidosta maksamasta määrästä. Sairausvakuutuslain mukaista korvausta ei suoriteta sairaanhoidon kustannuksista, jos terveydenhuollon palvelut on järjestetty sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/92) 4 § 1 momentin tarkoittamalla tavalla tai jos tosiasiallisesti on kyse mainitun lainkohdan tarkoittamasta järjestelyistä. Korvausta ei vakuutetulle suoriteta, jos hoito on annettu tai tutkimukset tehty terveyskeskuksessa tai julkisessa sairaalassa tai jos julkinen terveydenhuolto on ostanut palvelut yksityiseltä palvelun tuottajalta. Korvausta ei myöskään suoriteta, jos yksityinen palvelujen tuottaja on ostanut palveluja julkiselta terveydenhuollolta. Sairausvakuutuskorvaukseen ei siis ole oikeutta potilaalla, jonka diagnostiset palvelut on tuotettu kunnan tai muun julkisen terveydenhuollon kokonaan tai osittain omistamassa tai yhtiöittämissä toimintayksiköissä.

On ymmärrettävää, että julkisen sektorin yksityiseltä sektorilta ostamia välipanoksia ei korvata sairausvakuutuksen kautta, koska näistä kustannuksista vastaa potilaan kotikunta. Yhtä selvää olemassa olevan lainsäädännön tai asetusten perusteella ei kuitenkaan ole se, että yksityisen sektorin julkiselta sektorilta ostamia välipanoksia ei korvata, vaikka maksajana on potilas itse. Sairausvakuutuksen korvaus on korvaus potilaille yksityislääkärin suorittaman tarpeellisen sairaanhoidon aiheuttamista kustannuksista. Se ei siksi ole tuotantotukea yksityisvastaanoitoille tai yksityisille laboratorioille. Suorakorvaukseen siirtyminen on kuitenkin hämärtänyt tätä eroa, koska potilaat näkevät vain sairausvakuutuskorvauksella vähennetyt maksuosuuden jolloin hintatietoisuus samalla vähenee eikä tarvetta vaihtoehtoisen tuottajan etsimiseen synny.

Kilpailun lisääntymistä, analyysitekniikan nopeaa muutosta ja kansainvälisten toimijoiden tuloa Suomen kliinisille laboratoriomarkkinoille ei ole ainakaan suoraan otettu huomioon sairausvakuutuksen taksojen perusteita tai tasoa määriteltäessä. Toisaalta, kliinisen laboratoriotuotteen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on vähäinen noin 5 % (Morri, 2000). Lisäksi alan toiminta on tänään kokonaan tuotteistettu ja siitä on saatavilla 1990-luvun puolivälistä lähtien kustannuslaskentatietoa. Siksi sairausvakuutuksen roolin selvittämiseksi laboratoriotuotteen osalta on runsaasti tietoa, mikä antaa tälle selvitykselle luotettavan lähtökohdan.

4.3 Laboratoriotutkimusten sairausvakuutustaksojen kehitys

4.3.1 Taksojen perusteet ja taso

Sairausvakuutuslakiin otettiin säännökset, joiden mukaan lääkärin samalla kertaa määrämien tutkimuksen ja hoidon kustannuksista korvataan 75 % kuusi markkaa ylittävältä osalta. Jos kuitenkin palkkio näissä tapauksissa ylitti taksan, maksettiin korvaus vain taksan mukaisesta määrästä. Viimemainitun kiinteän markkamääräisen omavastuun määrä vastasi kunnallisten sairaaloiden tuolloin perimää hoitopäivämaksua. Omavastuun kehitys nähdään taulukossa 4.2.

Sairausvakuutuslakia valmistellut komitea (1959:6) piti taksojen käyttöön ottoa tarpeellisenä, katsoen, että vakuutuksen perusteella suoritettava korvaus muuten olisi muodostunut hoidon antajasta riippuen eri suuruiseksi, koska hoidosta perittävät palkkiot saattoivat olennaisesti poiketa toisistaan. Komitean käsityksen mukaan taksat oli vahvistettava sellaisiksi, että ne lähimain vastaisivat yleisimmin perittyjä palkkioita. Vuonna 1963 sairausvakuutuslakia viimeistelemään asetettu komitea esitti mietinnössään (1963:45), että taksoja vahvistettaessa tuli ottaa huomioon myös tutkimuksen tai hoitotoimenpiteen laatu, sekä sen vaatima työ ja aiheuttamat kustannukset. Ennen taksojen vahvistamista tuli lääkintöhallitukselle, Kansaneläkelaitokselle sekä lääkäreitä edustavalle järjestölle varata tilaisuus lausunnon antamiseen. Nämä säännökset otettiin sittemmin sairausvakuutuslakiin ja -asetukseen.

Laboratoriotutkimukset jaettiin tässä vaiheessa niiden vaativuuden mukaan kuuteen ryhmään ja taksa vahvistettiin ryhmäkohtaisena. Laboratoriotutkimuksista maksettujen sairausvakuutuskorvausten arvioitiin muodostuvan lakia säädettäessä noin 13 %:ksi lääkärinpalkkiokorvausten yhteissummasta ja noin 26 %:ksi lääkekorvausten summasta.

Tutkija Esko Tikkanen teki vuonna 1968 otostutkimuksen laboratorio- ja röntgentutkimusten tuotantokustannuksista. Tutkimuksessa selvitettiin laitosten tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden määrä ja laatu sekä niistä aiheutuneet kustannukset. Tiedot selvitettiin laitosten toimintakertomusten ja veroviranomaisilta saadun tiedon perusteella. Toimenpiteistä aiheutuneiden maksujen suuruus pyrittiin selvittämään asianomaisten alan keskusjärjestöjen antamien hintasuositusten perusteella. Tutkimusten ja hoitotoimenpiteiden sekä niistä aiheutuneiden kustannusten yhteen liittämiseksi käytettiin pistearvoja, joita laadittaessa oli huomioitu suorittajalta työhön kuluva aika ja työn arvo sekä tarvittavat laitteet ja tarveaineet. Yhden tutkimuspisteen keskimääräinen hinta saatiin jakamalla laitoksen kokonaiskustannukset suoritettujen tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden yhteispistemäärällä. Kaikkien laitosten keskimääräinen tutkimuspisteen hinta saatiin tällä tavoin selville. Kun pisteen hinnalla kerrottiin yhden tutkimus- tai hoitotoimenpiteen pistearvo, saatiin kyseessä olevan toimenpiteen keskimääräinen kustannus.

Tutkimuksen mukaan laboratorioiden kokonaiskustannuksista vuonna 1966 muodostivat palkkamenot keskimäärin 50.9 %. Vuokratulot olivat 6 – 7 % ja korkokulut 1 – 2 %. Laboratorioiden maksamat verot kokonaiskustannuksista olivat 7.0 %. Liikkeen harjoittamisesta saadut tulot muodostivat 89 % laboratorioiden tuloista. Tutkimuksessa todettiin sairausvakuutuksen laboratoriotaksan olevan keskimäärin 30 % vastaavista tutkimuksista todellisuudessa perittyjä maksuja alhaisemmat 1968. Laboratoriotutkimusten osalta erot taksojen ja tutkimuksista perittyjen hintojen välillä olivat suurimmat "halpojen tutkimusten" osalta (tutkijan käyttämä termi). Halpojen tutkimusten osalta tutkija toteaa, että myös niistä perityt maksut olivat keskimääräisesti eniten niistä todellisuudessa aiheutuneita kustannuksia suuremmat.

Sosiaali- ja terveysministeriö vahvisti taksat vuoteen 1970 saakka. Tuona vuonna vahvistamisen menettelyä muutettiin siksi, että taksaan voitaisiin kyllin nopeasti tehdä niitä tarpeellisia muutoksia, jotka aiheutuivat muun muassa laboratoriotutkimusmenetelmien kehityksestä tai kokonaan uusista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä. Siitä lähtien Sosiaali-

ja terveysministeriö on vahvistanut taksojen perusteet ja Kansaneläkelaitos (Kela) itse taksat.

Yksityisten lääkäreiden sekä yksityisten tutkimus- ja hoitolaitosten perimiä palkkioita ja maksuja valvottiin vuodesta 1974 lähtien hintavalvontalain perusteella ja ne olivat fyysikaalisesta hoidosta perittyjä maksuja lukuun ottamatta hinnanhavainnustuksen alaisia. Elinkeinohallituksen tehtävänä oli seurata hintojen kehitystä ja se voi, todettuaan hyödykkeen hinnan muodostuvan todelliset tuotantokustannukset huomioiden kohtuuttoman korkeiksi, ryhtyä neuvotteluihin hyödykkeen hinnasta asianomaisten kanssa. Laboratoriotutkimusten ohjeita korotettiin 1964, 1968 ja 1972 ja sosiaali- ja terveysministeriö teki lisäyksiä ja muutoksia taksaan 1960-luvulla mutta sairausvakuutuksen laboratoriotutkimusten taksan tasoa ei korotettu ennen vuotta 1973.

Vuonna 1970 sairausvakuutusasetuksen 4 § muutettiin niin, että sen mukaan (SVA 4 § 576/1970) taksojen perusteita määrittäessä ja taksoja vahvistettaessa on otettava huomioon tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatu sekä sen vaatima työ ja aiheuttama kustannus, eikä siihen enää sisällynyt mainintaa siitä, että taksan tulisi vastata tutkimuksesta yleisimmin perittyä hintaa. Samana vuonna laboratoriotaksan ryhmiä lisättiin kahdella siten, että vaativimpaan ryhmään kahdeksan kuuluivat eräät kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian alan tutkimukset.

Vuonna 1972 Olavi Valtosen johdolla työskennellyt laboratorio-organisaatiokomitea teki otostutkimuksen yleisimpien laboratoriotutkimusten hinnoista ja kustannuslaskelmista. Ellei kustannuslaskelmia ollut saatavissa, arvioitiin hinta tutkimukseen kuluvaan aikaan ja keskuslaboratorioiden maksuja perustana käyttäen. Kalliista erityistutkimuksista pyydettiin lisäksi asiantuntijalausunnot. Näihin laskelmiin perustui sitten vuonna 1973 tehty sairausvakuutuksen laboratoriotaksan tarkistus.

Kansaneläkelaitoksella ei ollut vuonna 1976 laadittujen taksanvalmisteluasiakirjojen mukaan oikeutta saada tietoja yksityisten tutkimus- ja hoitolaitosten kustannuksista eikä julkiselta sektorilta ollut mainittujen asiakirjojen mukaan saatavissa vertailukelpoisia toimenpidekohtaisia kustannustietoja. Taksoja valmisteltaessa tehtiin sen vuoksi otantatutkimuksia ja seurattiin terveydenhuoltohenkilökunnan palkkojen sekä tarveaineiden hintojen kehitystä. Hintavalvontalaki kumottiin 1988 ja korvattiin hintasulkulailla.

Tällä hetkellä voimassa olevan sairausvakuutuslain 13 § mukaan STM määrää sairausvakuutuslain 8 §:ssä tarkoitetun tutkimuksen ja hoidon korvaamista koskevan taksan perusteet ja Kela vahvistaa taksat. Voimassa olevan sairausvakuutusasetuksen 4 § 3 momentin mukaan sairausvakuutuslain 11a §:ssä tarkoitettujen sairaanhoidon taksojen perusteet on määrittävä ja taksat vahvistettava ryhmittäin käyttäen perusteena terveyskeskuksessa perittävistä maksuista ja korvauksista annetun asetuksen (206/72) mukaista jaottelua. Perusteista on käytävä ilmi kutakin toimenpideryhmää koskevan taksan enimmäismäärä. Ennen perusteiden määrittämistä ja taksojen vahvistamista on sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskukselle ja terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle sekä lääkäreitä edustavalle järjestölle varattava tilaisuus lausunnon antamiseen. Lisäksi on kansaneläkelaitosta kuultava ennen perusteiden määrittämistä.

4.3.2 Sairausvakuutuksen laboratoriotutkimusten- ja patologisten tutkimusten taksaan koskevat päätökset 1990-luvulla

4.3.2.1 Taksapäätös 5.5.1989

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 18.01.1989 sairausvakuutuslain 8 §:ssä tarkoitetun tutkimuksen ja hoidon korvaamista koskevan taksan perustepäätöksen, jonka jälkeen Kansaneläkelaitoksen hallitus 5.5.1989 vahvisti tutkimuksen ja hoidon uuden sairausvakuutustaksan tulevaksi voimaan 01.07.1989. Perustepäätöksen mukaan laboratoriotutkimukset oli jaoteltu kahdeksaan ryhmään. Taksoja vahvistettaessa oli päätöksen mukaan käytettävä perusteena ryhmittäin seuraavia markkamääriä:

Ryhmä I	12 markkaa
Ryhmä II	24 markkaa
Ryhmä III	34 markkaa
Ryhmä IV	46 markkaa
Ryhmä V	60 markkaa
Ryhmä VI	87 markkaa
Ryhmä VII	129 markkaa
Ryhmä VIII	3435 markkaa

Patologian alaan kuuluvien tutkimusten taksoja vahvistettaessa oli perustepäätöksen 3 §:n mukaan käytettävä perusteena enintään 107 markan määrää, kuitenkin pikaleike-tutkimuksesta enintään 221 markan määrää. Laboratoriotaksan valmistelussa käytettiin kustannusten tarkastelussa apuna periaatteita, jotka myöhemmin kirjattiin sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmän muistioon (Työryhmämuistio 1989:8).

Perusteina olivat laboratoriohoitajien palkkakehitys (sisältäen peruspalkan Y 18 – 21, II, kaksi ikälisää, lomarahana Sotu- ja TEL- maksun), kemikaalien ja muiden tarveaineiden hintakehitys (tukkuhintaindeksin alaindeksi: kemian teollisuuden tuotteet), huoneistokulut (kuluttajahintaindeksin alaindeksien asunto- sekä lämpö- ja valoindeksin painotettu keskiarvo), sekä muina kuluina elinkustannusindeksin alaindeksi "muut menot". Laboratoriotutkimukset jakaantuivat taksassa kahdeksaan eri korvausluokkaan vaatavuustason mukaan perustepäätöksessä esitettyjen periaatteiden mukaisesti. Taksa oli korvausluokkakohtainen.

Perustepäätöksen nojalla taksaa korotettiin keskimäärin 34 % aiemmasta tasosta (Taulukko 4.2). Perustepäätös ei kuitenkaan mahdollistanut taksan nostamista 69 %:lla, johon oli edellä mainittua mallia käyttäen tehdyissä laskelmissa päädytty tutkimuksen ja hoidon taksan kokonaistason osalta. Patologian alaan kuuluvien tutkimusten taksoja valmisteltaessa käytettiin kustannusten tarkastelussa apuna lääkärin vastaanotto- kustannusten sekä laboratorioskustannusten kehitystietoja painotettuna 0.6/0.4 kertoimilla lääkärin vastaanottokustannukset ensin mainittuna.

Asetuksen määräämillä lausunnon antajilla ei ollut erityistä huomauttamista laboratoriotutkimusten ja patologian alaan kuuluvien tutkimusten osalta taksaluonnoksesta antamissaan lausunnoissa.

4.3.2.2 Taksapäätös 17.02.1995

Sosiaali- ja terveysministeriö määräsi 14.9.1994 antamallaan päätöksellä tutkimuksen ja hoidon taksoille uudet perusteet. Tutkimuksen ja hoidon perustepäätöstä ei ole sittemmin tarkistettu. Kansaneläkelaitoksen hallitus teki tutkimuksen ja hoidon taksapäätöksen 17.02.1995. Taksa tuli voimaan 1.5.1995 alkaen. Taksan tasoa arvioitaessa käytettiin samoja laskentaperusteita, kuin vuoden 1989 taksapäätöstä määriteltäessä. Apuna olivat myös sairausvakuutuksen korvausrekisterin tiedot tutkimusten keskimääräisistä

perityistä hinnoista. Uudessa taksassa siirryttiin nyt ensi kertaa sairausvakuutuslain voimaatulon jälkeen ryhmäkohtaisten palautustaksojen sijasta tutkimusnimikekohtaisesti yksilöityihin taksoihin. Taksanimikkeinä ja -numeroina käytettiin Suomen Kuntaliiton Laboratoriotutkimusnimikkeistön koodeja ja nimikkeitä, jotka tosin olivat olleet myös ryhmäkohtaisten taksojen voimassa ollessa tutkimuskohtaisina tunnisteina käytössä.

Uusien tutkimusmenetelmien sisällyttäminen Kuntaliiton nimikkeistöön edellyttää sen pitämistä tarpeellisena ja olevan yleisessä käytössä. Tämän vuoksi periaatteena taksan vahvistamisen jälkeen käyttöön tulevien uusien tutkimusten taksoista annettaville niin kutsutuille taksatulkinnolle ollut, ettei taksatulkintaa anneta sellaiselle tutkimukselle, jota ei ole Kuntaliiton Laboratoriotutkimusnimikkeistössä.

Taulukko 4.2. Sairausvakuutuksen laboratoriotaksojen muutokset sekä tutkimuksen ja hoidon kiinteän markkamääräisen määräyskertakohtaisen omavastuun muutosten ajankohdat vuosina 1964 – 2001.

Taksan voimaantulo	Muuttuiko STM:n perustepäätös laboratoriotaksojen osalta?	Taksojen muutos keskimäärin, %	Kiinteä omavastuu/ määräyskertta	Laboratoriotaksan perusteiden jaottelu
1.9.1964 1.12.1964 1.1.1967	STM vahvisti taksat voimaan tuleviksi. STM:n taksatarkistus 1.12.64 ja 1.1.1967	Voimaantulo, kaksi tarkistusta jossa ei korotuksia taksaan	6 mk	Ryhmät I-VI vuoteen 1970, sitten I-VIII
1.8.1973	kyllä	+20	6 mk	Ryhmät I-VIII
1.9.1974	ei	+12	6 mk	ei muutosta
1.3.1976	kyllä	+33	6 mk	ei muutosta
1.1.1978**	---	--	10 mk	---
1.1.1979**	---	--	11 mk	---
1.2.1979	kyllä	+20	11 mk	ei muutosta
1.4.1982	kyllä	+40	11 mk	ei muutosta
1.1.1983**	---	--	17 mk	----
1.1.1984**	---	--	20 mk	----
1.1.1986	kyllä	+25	20 mk	ei muutosta
1.1.1988**	---	--	30 mk	---
1.7.1989	kyllä	+34	30 mk	ei muutosta
1.1.1990	---	--	40 mk	---
1.1.1992	---	--	70 mk	--
1.5.1995	kyllä	Taksauudistus	70 mk	Nimikekohtainen taksa
1.1.1997	ei	0	70 mk	Nimikekohtainen taksa
1.1.2001**	--	--	80 mk	---

**) Ao. vuonna vain määräyskertakohtaista omavastuuta nostettu, ei muita muutoksia.

Laboratoriotaksan keskimääräistä tasoa ei nostettu lainkaan vuoden 1989 taksapäätökseen nähden, vaikka laskentakaavan perusteella kustannustaso näyttikin kohonneen. Tämä johtui siitä, että sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 1994 perustepäätöksen markkamääräiset rajat pysyivät laboratoriotutkimusten osalta ennallaan verrattuna vuoteen 1989.

4.3.2.3 Taksapäätös 6.11.1996

Kansaneläkelaitoksen hallitus vahvisti uuden tutkimuksen ja hoidon taksan 6.11.1996. Laboratorio-tutkimusten ja toimenpiteiden taksa on edellä mainitun tutkimuksen ja hoidon korvaamista koskevan taksapäätöksen liitteessä 1 ja patologian alaan kuuluvat tutkimukset liitteessä 2. Laboratoriotutkimusten taksa muuttui uudessa taksapäätöksessä 63 nimikkeen osalta (noin 9 % kaikista tutkimusnimikkeistä). Näistä 35 nimikkeen taksa nousi ja 28 nimikkeen taksaa alennettiin. Taksatarkistuksessa huomioitiin esiselvityksessä esitetyn muistion perusteluiden mukaan automaatioanalytiikan aiheuttamat muutokset eräitten tutkimusten osalta. Kokonaisuutena tarkastellen vuonna 1995 tehty laboratoriotutkimusten taksapäätöksen keskimääräinen taksataso säilyi käytännössä ennallaan 1.1.1997 voimaan tulleen uudistuksen jälkeen, koska sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laboratoriotaksaa koskevaa perustepäätöstä ei muutettu. Tämä oli kuitenkin sairausvakuutuslain voimaantulon jälkeen ensimmäinen kerta, kun laboratoriotaksojen hintoja eräiltä osin laskettiin.

4.3.2.4 Laboratoriotaksojen tarkistamiseen vaikuttavat tekijät 1.1.1997 taksatarkistuksen jälkeen

Suomen Kuntaliiton laboratorionimikkeistöryhmä ryhtyi 1990 luvun puolivälissä selvittämään, olisiko syytä uudistaa nimikkeistö perusteellisesti kokonaan uudelta pohjalta. Kuntaliitto lähetti asiaa koskevan kyselyn kaikille sairaanhoitopiireille ja sairaaloille sekä Kelalle. Lisäksi Kuntaliitto selvitti erillisenä asiantuntijaprojektina, oliko kansainvälisesti, erityisesti Pohjoismaissa ja EU:ssa käytössä olevista luokitusjärjestelmistä löydettävissä tähän tarkoitukseen käyttökelpoinen järjestelmä ottaen huomioon kehittyvän tietotekniikan ja ATK-pohjaisten sairauskertomusten kehittämistarpeet. Työn edistyessä kävi lopulta vuoden 2000 aikana selväksi, että uudistusta ei katsottu voitavan tässä vaiheessa toteuttaa, koska kansainvälisen kehityksen odotettiin lähiaikoina johtavan yhteisen luokitusjärjestelmän syntymiseen.

Lisäksi kehitettiin vakuutetun palvelun parantamiseksi tarkoitettua ATK-pohjaista valtakirjasopimusmenettelyä sairausvakuutuskorvausten maksamiseksi vakuutetun valtakirjalla palvelun tuottajalle. Laboratoriotaksan tarkistamista ei voitu ajoittaa vuoden 2000 alkuun tietoteknisistä syistä. Toisaalta katsottiin, että uudistustyöhön ei kannata hallinnollisen työn kaksinkertaistumisen vuoksi lähteä juuri ennen kaavailtua nimikkeistöuudistusta, jota oli viime vaiheessa ajateltu vuoden 2002 alkuun.

4.3.3 Työterveyshuollon laboratoriotutkimusten korvausjärjestelmä

Työnantajalla on työterveyshuoltolain perusteella velvollisuus järjestää kustannuksellaan palveluksessaan olevien työntekijöiden työterveyshuolto työstä johtuvien työterveysvaarojen ehkäisemiseksi. Lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöille sairaanhoito- ja muista terveydenhuoltopalveluja. Näiden terveydenhuoltopalvelujen kokonaisuudesta käytetään myös käsitettä "työpaikkaterveydenhuolto".

Työnantajalla on oikeus saada Kelasta korvausta sairausvakuutuslain 29 §:n perusteella edellä mainitusta toiminnasta aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista. Sairausvakuutuskorvauksia suoritetaan työnantajan velvollisuudeksi työterveyshuoltolaisissa säädetyn tai määrätyn työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista (korvausluokka I) sekä työnantajan vapaaehtoisesti järjestämästä sairaanhoidosta ja muusta terveydenhuollosta (korvausluokka II). Maksettava korvaus määräytyy työntekijäkohtaisen laskennallisen enimmäismäärän mukaan ja se on enintään 50 % hyväksytyistä kustannuksista ta valtioneuvoston korvausluokittain vahvistamien perustei-

den (951/94) mukaan siten kuin Kansaneläkelaitos tarkemmin määrää. Laskennallinen enimmäismäärä määritellään korvausluokittain hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen toiminnan toteuttamiseksi tarpeellisten voimavarojen perusteella. Voimavaratekijöinä otetaan huomioon työterveys huoltoon kuuluvat

- 1) terveydenhuollon ammattihenkilöiden palvelut
- 2) terveydenhuollon ammattihenkilöiden tarvitsemat asiantuntijapalvelut
- 3) laboratoriotutkimukset, radiologiset tutkimukset ja muut vastaavat tutkimukset ; sekä
- 4) työterveysasemien perustamista ja ylläpitoa koskevat muut voimavarat.

Korvaukseen oikeuttavia kustannuksia ovat hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesta, työpaikkakohtaisen tarpeen perusteella järjestetystä toiminnasta aiheutuneet tarpeelliset ja kohtuulliset kustannukset. Ne periaatteet ja valmiudet, joita hyvässä työterveyshuoltokäytännössä edellytetään, on määritelty työterveyshuoltolaissa, valtioneuvoston päätöksessä 950/94, sekä sen nojalla annetussa sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä (1348/94). Kustannusten korvaamista koskevat tarkemmat määräykset ovat sairausvakuutuslain 29 a § valtioneuvoston päätöksessä 951/94 sekä Kansaneläkelaitoksen hallituksen päätöksessä 28.11.1994. Korvaaminen tapahtuu työnantajan jälkikäteen tilikausittain lähettämän hakemuksen perusteella.

Laboratorio- ja kuvantamistutkimusten käyttö lakisäätteisessä työterveyshuollossa perustuu työpaikkakohtaiseen tarpeeseen (esim. erityinen sairastumisen vaara, vajaa-kuntoisen työntekijän seuranta). Työnantajan toteuttaman sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon laboratorio- ja kuvantamistutkimusten käyttö määräytyy yleislääkäritasoisesta avosairanhoidon tarpeen mukaan. Tässä laajuudessa se sisältyy myös laskennalliseen enimmäismäärään.

Työnantaja voi työterveyshuoltoa järjestäessään valita kannaltaan tarkoituksenmukaisimman palvelujen tuottajan ja järjestää palvelut joko yksin tai yhdessä toisten työnantajien kanssa. Palvelut voidaan hankkia terveyskeskukselta tai muulta työterveyshuolto-palveluja antamaan oikeutetulta laitokselta tai henkilöltä.

Laboratoriotutkimusten korvauksia ei työterveyshuollon järjestelmässä makseta sairausvakuutuksen laboratoriotaksoihin perustuen, vaan ne sisältyvät työterveyshuollon korvattaviksi hyväksytyihin kokonaiskustannuksiin. Laboratoriotutkimuksista maksettujen korvausten aivan tarkkaa summaa ei voida työterveyshuollon järjestelmän laskuperusteiden vuoksi eritellä. Laboratoriotutkimuksista työnantajille maksetut korvaukset ovat arviolta 119 miljoonaa markkaa ja sairausvakuutuksen perusteella yksittäisille vakuutetuille korvaukset olivat noin 74 milj. mk.

Sairausvakuutusrahastosta suoritettavien työterveyshuollon korvausten piiriin kuuluvien tutkimusten määrä oli siis vuonna 1998 nelinkertainen, kustannukset noin 1,4-kertaiset ja korvaukset lähes kaksinkertaiset vakuutetuille maksettuihin korvauksiin nähden.

Ennen vuotta 1995 korvaukset laskettiin aiemmin voimassa olleen lainsäädännön mukaisesti jakamatta niitä edellä kuvattuihin korvausluokkiin. Esimerkiksi vuonna 1993 työterveydenhuollon korvauksia maksettiin 2.8 miljoonasta laboratoriotutkimuksesta ja niiden kustannukset olivat noin 135 milj. mk ja korvaukset siten 50 % mukaan arvioituna noin 75 milj. mk.

4.3.4 Sairausvakuutuksen kehittämistä koskevat ehdotukset

Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunta (Komiteamietintö 1987: 34) asetettiin selvittämään sairausvakuutuksen kehittämistarvetta siten, että sairausvakuutuksen piiriin kuuluvat palvelut täydentäisivät mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti kunnallisia terveydenhuoltopalveluja. Toimikunta ehdotti muun muassa suorakorvausjärjestelmään siirtymistä lääkäripalkkioiden sekä tutkimuksesta ja hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaamisessa. Palveluja koskeva korvaustaksa ehdotettiin saatettavaksi vastaamaan palvelujen käytöstä aiheutuneita todellisia kustannuksia.

Tutkimuksen ja hoidon kiinteä omavastuuosuus ehdotettiin poistettavaksi ja korvausprosentti olisi 60 muiden kuin fysioterapian osalta, jossa korvausprosentiksi ehdotettiin 50. Korvaustason ajan tasalla pitämiseksi ehdotettiin perustettavaksi neuvottelukunta ja otettavaksi käyttöön indeksitarkistusjärjestelmä taksan vahvistusmenettelyn kehittämistä varten. Näistä ehdotuksista mikään ei sinällään toteutunut, vaikkakin 1990-luvun lopulta lähtien on kehitetty suorakorvaukselle (lakiin perustuvalla järjestelmällä) vaihtoehtoinen vapaaehtoiseen sopimukseen perustuva menettely vakuutetun sairausvakuutuskorvausten maksamiseksi palvelun tuottajalle vakuutetun valtakirjalla (valtakirjasopimusmenettely).

Sairauskulujen korvaamista selvittänyt toimikunta (Komiteamietintö 1989:29) tehtävänä oli tehdä ehdotus terveydenhoidosta aiheutuvien menojen tasaamiseen tarkoitettujen suorien tulonsiirtojen muutoksista, jotka tulisi toteuttaa mikäli sairauskulujen verovähennysoikeudesta luovutaan. Työssä tuli huomioida terveys- ja sosiaalipoliittiset näkökohdat sekä verouudistukselle asetetut tavoitteet. Toimikunta esitti mm. lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon palautustaksojen tason korjaamista ja korkeiden lääkekulujen korvaamisen kehittämistä. Näistäkään ehdotuksista mikään ei suoranaisesti toteutunut, koska lääkekattojärjestelmä oli tullut käyttöön jo vuonna 1986 eikä lääkäripalkkio- tai tutkimuksen ja hoidon taksojen tasoa korotettu vaikka sairaanhoitokulujen veronvähennysoikeudesta myöhemmin luovuttiinkin.

Sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmä (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1989:9) sai tehtäväkseen tehdä ehdotus suorakorvausjärjestelmään siirtymisestä sairausvakuutuksessa lääkäripalkkioiden sekä tutkimuksesta ja hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaamisessa. Työryhmän tuli myös tehdä esitys siitä, miten sairausvakuutustaksojen ajan tasalla pysyminen voidaan järjestää ottaen huomioon pyrkimys hillitä yksityisen terveydenhuollon palvelujen hintojen nousua. Työryhmä piti hintojen nousun hillitsemiseksi käytettävänä keinoina riittävän suuruisia vakuutettujen omavastuuosuuksia, kilpailun lisäämistä sekä korvaustaksojen tarkistamista siten, että jatkossa otetaan huomioon vain tuotantokustannusten muutokset. Korvausjärjestelmää tuli työryhmän mukaan kehittää siten, että sairausvakuutuksen korvaustaksat seuraisivat palvelusten tuotantokustannusten kehitystä. Suorakorvausjärjestelmään ei siirrytty (ks. edellä). Tämän vuoksi työryhmä ehdotti lakisääten taksaneuvottelukunnan perustamista seuraamaan yksityisen sektorin terveyspalvelujen tuotantokustannusten selvitystyötä. Tämä ehdotus ei toteutunut.

Sairaanhoitovakuutustoimikunnan (Komiteamietintö 1993:29) tehtävänä oli selvittää, miten terveydenhuoltopalveluksien kustannuksia korvaava sairausvakuutusjärjestelmä ja julkisen sektorin ostamat tai tuottamat palvelut kytketään toisiinsa siten, että niistä yhdessä muodostuu toimiva ja taloudellinen palvelujärjestelmä. Toimikunnan ehdotukset keskittyivät kunnallisen ja yksityisen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmien erillään pitämiseen sekä lääkäripalkkiotaksan perusteiden uudistamiseen eivätkä erityisesti koskettelleet laboratoriotutkimusten korvausjärjestelmää.

4.3.5 Yhteenveto

Sairausvakuutuksen tutkimuksen ja hoidon taksojen perusteena oli vuoteen 1970 saakka tutkimuksen tai hoidon vaatima työ ja siitä aiheutuneen kustannuksen lisäksi myös tutkimuksesta peritty yleisin hinta. Vuonna 1970 tehdyn sairausvakuutusasetuksen 4 §:n muutoksen jälkeen perittyä hintaa ei enää ole voitu käyttää taksan määräytymisperusteena. Vuoteen 1988 saakka valvottiin yksityissektorin hintoja hintavalvontalain nojalla.

Vuoteen 1989 saakka taksan keskimääräistä tasoa voitiin taksatarkistusten yhteydessä markkamääräisesti korottaa (Taulukko 4.2). Samana vuonna kehitettiin laskentakaava jolla tutkimusten tuottamisesta aiheutuneita kustannusnousuja voitiin seurata. Kaavan perusteella arvioidun korotustarpeen (keskimääräinen korotustarve 69 %) suuruista tarkistusta ei kuitenkaan ollut mahdollista tehdä vuonna 1989 annetun perustepäätöksen määrittelemien taksojen enimmäismäärien puitteissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on sen jälkeen vahvistanut uuden sairausvakuutustaksojen perustepäätöksen ainoastaan vuonna 1994. Tämän päätöksen nojalla ei taksan keskimääräistä markkamääräistä tasoa ole voitu korottaa vuonna 1995. Vuonna 1997 suoritettussa tutkimuksen ja hoidon taksojen tarkistuksessa, laboratoriotaksojen keskimääräinen prosentuaalinen taso ei muuttunut. Suurin muutos 1990-luvun aikana laboratoriotaksojen osalta on ollut nimikekohtaisiin taksoihin siirtyminen vuonna 1995. Samalla edellytykset yksittäisten tutkimusten tuotantokustannusten arviointiin paranivat mutta työn määrä lisääntyi kun taksoja asetettaessa tuli tarkastella yli 800 nimikettä aiempaan kahdeksaan vaativuustason mukaan valittuun ryhmään verrattuna. Tämä sitoi takšanuudistustyön aiempaa tiiviimmin Kuntaliiton nimikkeistöryhmän työhön erityisesti koskien valmisteltavana olleen nimikkeistöuudistuksen mukanaan tuomia taksanmuutostarpeita.

5. Katsaus kliinisen laboratoriotoininnan korvauskäytännöstä, kilpailusta ja kustannuksista käytyyn keskusteluun

5.1 Keskustelun lähtötilanne

Keskustelu kliinisten laboratorioden sairausvakuutus korvaustaksoista käynnistyi vuonna 1998 kun Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti julkaisi muutaman laboratoriotaksoista kritisoivan ja puoltavan artikkelin. Varsinaisesti keskustelu laajeni vasta vuonna 2000, kun Yksityisten lääkäriasemien yhdistys teki valituksen kilpailuvirastolle Tampereen sairaanhoitopiirin omistaman Laboratoriokeskuksen toiminnasta (Kilpailuviraston lausunto, liite 5). Laboratoriokeskus oli aloittanut analyysi- ja näytteenottopalvelujen myymisen myös yksityislääkäreiden potilaille vuoden 1999 alussa voimaan tullen potilasmaksulain muutoksen perusteella. Edellytyksenä oli yksityislääkärin antama lähete laboratoriotutkimuksiin. Yhdistys katsoi tämän kuitenkin rikkovan kilpailulainsäädäntöä, koska heidän mielestään Laboratoriokeskuksella voitiin katsoa olevan alueella määräävä markkina-asema. Keskusta epäiltiin myös alihinnoittelusta ja ristiin subventiosta.

Vastauksessaan Laboratoriokeskuksen johto taas epäili Kelan korvauskäytännön ylläpitävän hintakartellia ja katsoi tämän rajoittavan laboratorioalan kilpailua ja kilpailuedellytysten syntymistä. He katsoivat korvauskäytännön olevan myös pääsyy alan suureen ylikapasiteettiin Suomessa. Kansaneläkelaitos sallii heidän mielestään myös ristiin subvention ja "bulvaanitoiminnan" kun kasvava osa yksityisten lääkäriasemien myymistä tutkimuspalveluista ostetaan alihankintana keskuslaboratorioista. Tehokkaasta tuotannosta aiheutuva kustannushyöty ei siirry asiakkaalle, vaan korkean ulosmyyntihinnan

tuoma kate käytetään muun toiminnan subventointiin. Tämän vuoksi he esittivät, että sairausvakuutuskorvaus itse asiassa on kilpailun este ja että se tulisi poistaa ainakin ns. näytetutkimuksilta.

Oman lausuntonsa yhteenvedossa kilpailuvirasto puolestaan esittää, "että sosiaali- ja terveysministeriö ryhtyisi toimiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen 8 b § laboratorio- ja kuvantamispalvelututkimukset muuttamiseksi siten, että yksityislääkärin läheteellä laboratorio- ja röntgentutkimuksista, joihin ei liity muita tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä, voidaan periä 8 §:n 1 momentissa tarkoitetussa sairaalassa tai toimintayksikössä liiketaloudellisesti kannattava maksu, joka perustuu asianmukaisen kustannuslaskennan antamaan tietoon toiminnan aiheuttamista kustannuksista. Näin yksityisillä markkinoilla toimivat julkiset ja yksityiset elinkeinonharjoittajat tältä osin saavat kilpailuoikeudellisesti samanlaiset lähtökohdat palvelujen tuottamiselle".

5.2 Taksojen määräytymisperusteet

Kansaneläkelaitoksen mukaan taksan on tarkoitus kuvata laboratoriotutkimusten keskimääräisiä kustannuksia, jotta maan eri osien tasa-arvo voitaisiin taata (Telakivi, 1998). Toisaalta kriitikoiden mielestä mekanismi, jolla sairausvakuutustaksa ja sen perusteella laskettava korvaus määräytyvät viranomaisen päätöksellä ilman yhtymäkohtaa tutkimuksen todellisiin kustannuksiin on vanhentunut, epätarkoituksenmukainen ja laboratorio-organisaation kehittämistarpeita huonosti palveleva. Heidän mielestään olennainen ongelma on, että Kela on sairausvakuutuslain tarkoituksen vastaisesti ajautunut korvaamaan asiakkailta perittäviä maksuja, koska sillä ei ole ollut edellytyksiä seurata palveluiden tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia (Miettinen 1998a,b).

Kelan taksoja ei ole laboratoriotutkimusten osalta tarkistettu alaspäin, vaikka laboratorioalalla on kahden - kolmen vuosikymmenen aikana muuttunut käsityöstä pitkälle automatisoiduksi teolliseksi toiminnaksi ja tuotantokustannukset ovat alentuneet merkittävästi. Ne on Miettisen (2000) mielestä lukittu vastaamaan 60-80-luvuilla yksityislaboratorioissa noudatettuja suositus hintoja.

Kansaneläkelaitoksen omastakin mielestä korvauksia tulisi kehittää korvaamaan suurempia hoitokokonaisuuksia, eikä vain yhden hoidon osia. Niinpä laitoksen edustajat toteavat, että laboratorio ja röntgentutkimusten kohdalla ollaan tulossa tilanteeseen, jossa yksittäisiä tutkimusnimikkeitä arvioimalla on vaikea päätellä, onko tutkimus ollut lääketieteellisesti perusteltu. Arvio tulisi heidän mukaansa suorittaa hoitokokonaisuuden perusteella. Tässä voidaan aikanaan käyttää hyväksi Käypä hoito projektin tuloksia. Kaiken kaikkiaan, heidän mukaansa, nykyistä taksarakennetta tulisi arvioida kriittisesti (Telakivi et al. 1998).

Korkeat taksat, joita lääkintöhallitus aikoinaan käytti oman hinnoitteluohteensa perustana houkutteli terveyskeskuksia perustamaan omia laboratorioita ostopalvelujen asemasta. Tämä johtui siitä, että 10 % vähennetty taksa vielä ylitti todelliset tuotantokustannukset. Ostopalveluja ei syntynyt, mutta syntyi suuri joukko pieniä terveyskeskuslaboratorioita julkiselle sektorille. Tämän seurauksena Suomen klinisten laboratorioiden lukumäärä on kasvanut voimakkaasti, vaikka kehitys muualla on ollut päinvastainen (Miettinen et al. 1998a).

Eräs keskeinen korvausta puoltavista argumenteista on ollut, että sen avulla voidaan taata tasa-arvoiset palvelut maan kaikkiin osiin ja että siksi korvaustaso on haettava pikemminkin pienen laboratorion kustannustasosta (Morri, 2000). Vasta-argumenttina on esitetty, että lähes koko yksityislaboratorioiden volyyymi keskittyy Etelä-Suomeen ja

näin korvaus ei voi olla maantieteellisen tasa-arvon kannalta keskeinen tekijä. Pohjois- ja Itä-Suomessa terveyskeskukset tuottavat laboratorioanalytiikkaa usein maksutta myös yksityislääkäreiden potilaille. Sairausvakuutuslaki ei myöskään ota kantaa palveluiden alueelliseen jakautumaan vaan mainitsee tarpeellisten palvelujen tuottamisen tarpeettomia kustannuksia välttämällä.

Nykyistä korvauskäytäntöä arvostelevien mukaan laboratorioalalla tapahtunutta mittavaa teknistä kehitystä ja tuotantokustannusten pienenemistä ei ole toistaiseksi otettu huomioon sairausvakuutustaksojen tarkistuksissa. Heidän mukaansa yksityislaboratorioiden vuonna 1997 noudattamat hinnat korreloivat täydellisesti jo 15 vuotta aikaisemmin Kelan asettamaan taksaan (Miettinen et al. 1998b).

Willman (2000) viittaa artikkelissaan siihen korvauskäytännön puolustajien argumenttiin, että korkeilla laboratoriotaksoilla ja hinnoilla voidaan subventoida yksityisten lääkäriasemien muuta toimintaa ja pitää tätä sairausvakuutuslain vastaisena, koska korvaus on lain mukaan tarkoitettu vain laboratoriotutkimuksista (potilaalle) aiheutuneisiin kustannuksiin. Keskeinen ongelma on, että vaikka korvaus on rajattu koskemaan vain yksityisten tuottajien palveluja ei Kansaneläkelaitos pysty valvomaan yksityisten lääkäriasemien myymien tutkimuspalvelujen alihankintaa esimerkiksi kunnallisista laboratorioista tai ulkomailta. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa varsinaista analyysitoimintaa tekevä voidaan korvaustaksan ylläpitämällä hinnoilla saada merkittävät tulot. Alihankintaketjussa tieto varsinaisesta palveluntuottajasta häviää, kuten tapahtuu myös saavutetuille kustannushyödyille. Kansainvälistyvillä laboratoriomarkkinoilla Kelan korvausjärjestelmä tarjoaa myös esimerkin sellaisesta valtion tuesta, joka kilpailusääntöjen vastaisesti syrjii tuen saajia palveluiden alkuperän perusteella (Miettinen, 2000).

Joidenkin kirjoittajien mielestä erillisestä näytetutkimusten korvauskäytännöstä voitaisiin kokonaan luopua ja siirtää vastaava summa yksityislääkäreiden vastaanottopalkkioiden korvaamiseen. Näin potilas silti saisi tutkimuksen selvästi sairausvakuutuksen subventoimaa yksityisen sektorin nettohintaa halvemmalla yksityisistä keskuslaboratorioista tai julkisista laboratorioista (Willman, 2000).

5.3 Kustannuslaskennan periaatteet

Kansaneläkelaitoksen käsityksen mukaan kustannuslaskenta julkisissa sairaaloissa on ollut luotettavaa vasta vuodesta 1997 lähtien, kun kunnalliset sairaalat siirtyivät kirjanpitolain mukaiseen kirjanpitoon (Telakivi et al. 1998). Heidän mukaansa kustannuksiin vaikuttavat paitsi tutkimusten volyyymi myös laitoksen sisäiset subventiot, myös tilainvestoinnit puuttuvat julkisten yksiköiden kustannuksista samoin kuin yhtenäiset kustannuslaskentaperusteet. Vastineessaan Miettinen yhtyy Kelan näkemykseen ja toteaa, etteivät kustannuslaskennan perusteet vielä 90 luvun alussa olleet yhtenäiset vaan, että hinnoittelu myös julkisissa sairaaloissa perustui Kelan korvaustaksaan. Toisaalta yhtenäisin perustein laskettuja kustannustietoja ei ole saatavissa yksityisiltäkään tuottajilta.

Kustannuslaskennan puutteiden kritisoinnista huolimatta sairaaloiden kustannuslaskenta toteutettiin ensimmäisenä juuri laboratorioissa. Tosin sekä pienistä terveyskeskus- että yksityislaboratorioista tuotekohtainen kustannuslaskenta usein vieläkin puuttuu samoin kuin niissä julkisissa laboratorioissa, jotka eivät harrasta myyntiä (Miettinen et al. 1998a). Siirtyminen määrärahaohjauksesta nettobudjetointiin ja kilpailutilanne perusterveydenhuollon tarvitsemista laboratoriotutkimuksista on pakottanut myyntiä harrastavat sairaalalaboratoriot tarkentamaan kustannuslaskentaansa. Suomen Kuntaliitto onkin julkaissut jo vuonna 1994 ohjeet laboratoriotutkimusten kustannuslaskentaa varten. Ohjetta tuettiin erillisellä laboratorioiden kustannuslaskentaohjelmalla, joka on käytössä

tänäänkin noin 50 julkisessa laboratoriossa (Linnakko et al. 2000). Lisäksi muitakin samoihin periaatteisiin perustuvia laskentaohjelmia on käytössä. Yleisesti ottaen kustannuslaskennan perusteet kuitenkin vaihtelevat, eikä laskelmien tuloksia annetta ulkopuolisille vaan niitä pidetään liikesalaisuuksina. Niinpä vain hinnat ovat julkisia ja yleisesti saatavissa kaikista laboratorioista.

Kelan asiantuntijoiden mukaan kustannuserot julkisten ja yksityisten laboratorioiden välille syntyvät välillisistä kustannuksista sekä volyyymihyödyistä (Telakivi et al., 1998). Heidän mukaansa yksityisten pienten lääkäriasemien kustannuksiin sisältyy koko palvelu näytteenotosta alkaen. Julkisen sektorin laboratoriot saavat myös laitteistaan maksaman 22 %:n arvonnäisäveron takaisin palautuksena, toisin kuin yksityiset laboratoriot (sen vaikutus lopullisiin kustannuksiin on noin 5 – 6 %). Kelan asiantuntijoiden käsityksen mukaan Kuntaliiton kustannuslaskentaohjeet oli tarkoitettu vain perusterveydenhuoltoon. He myös viittaavat julkisen sektorin kustannuslaskennan puutteita koskeviin kannanottoihin Suomen Lääkärilehdessä (Linnakko, 1994; Sillanaukea, 1997). Heidän käsityksensä mukaan luotettavaa yhtenäiseen kustannuslaskentaan perustuvaa kustannuslaskentatietoa ei vuonna 1997 viimeisen taksamuutoksen voimaantullessa ollut yksinkertaisesti saatavissa.

Linnakon ja Sillanaukeen artikkelit viittaavat kuitenkin tilanteeseen ennen valtion-osuus uudistusta. Vuoden 1993 jälkeen julkisten laboratorioiden kustannuslaskenta oleellisesti parani. Kuntaliiton ja Miettisen mukaan Kelan käsitys kunnallisesta laskenta-toimesta onkin puutteellinen. Pienet terveyskeskuslaboratoriot eivät useinkaan laske kustannuksiaan, mutta suurin osa Kuntaliiton kustannuslaskentamallin 50 käyttäjästä on sairaaloiden laboratorioita. Mukana kustannuksissa on ollut myös tilakustannukset todellisina tai laskennallisen vuokran muodossa (Linnakko et al. 2000). Sairaaloiden investointimenot ja pääomarahoitukset sisältyvät talousarvioon ja nykyisen kirjanpidon on tuotettava myös rahoitusosan seurannassa tarvittavat tiedot (Miettinen 1998b).

Mikäli kaikki laboratoriotutkimukset pystyttäisiin suorittamaan tehokkaimman tuottajan kustannusten mukaan saavutettaisiin arvion mukaan vuositasolla noin 700 miljoonan markan kustannussäästö, joka suuruusluokaltaan vastaa sairaaloiden koko tutkimus ja opetusrahautusta. Miettisen (1998b) mukaan myös tuotantovolyyminä johtuva kustannushyöty on itsestäänselvyys. Nykyaikaista laboratorioautomaatiota ei pystytä kustannustehokkaasti hyödyntämään ilman riittävän suurta näytevolyyymiä. Jos automaattilaitteita hankitaan pieniin laboratorioihin, ne jäävät vajaakäyttöön ja tuotantokustannukset muodostuvat korkeiksi.

5.4 Hinnoittelun periaatteet

Kriitikoitten mukaan yksityislaboratoriot myyvät tutkimuksia yksityisasiakkaille moninkertaisella hinnalla sairaalalaboratorioitten hintatasoon verrattuna. Yksityisten keskuslaboratorioiden hinnat vastaavat sairaaloiden noudattamia hintoja silloin, kun hinta se on tarkoitettu eri yksiköiden väliseen kauppaan. (Miettinen et al. 1998a). Heidän mukaansa on myös käsittämätöntä, että Kansaneläkelaitos puolustaa korkeita hintoja (1998b), koska huomattavasti keskimääräisiä tuotantokustannuksia korkeampi taksa saattaa houkuttaa yrittäjiä markkinoille. Kelan subvention turvin tehokas tuottaja voi kriitikoiden mielestä yksityinen tuottaja saada tuotantokustannuksiin nähden kohtuuttoman suuren voiton. (Willman, 2000; Helsingin sanomat). Tämä johtuu siitä, että sairausvakuutuskorvauksen jälkeenkin potilaan omavastuuosuus on keskimäärin yli kaksi kertaa korkeampi kuin sairaalalaboratorioiden kokonaiskatteellinen laskutus samasta tutkimuskokonaisuudesta. Tutkimuskokonaisuuksien teettäminen yksityisillä lääkäriasemilla on

kokonaishinnaltaan noin neljä kertaa kalliimpia kuin sairaalalaboratorioissa. Yksityisten lääkäriasemien hinnat perustuvat suoraan Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutustaksaan ja ylittävät moninkertaisesti tehokkaiden laboratorioiden täyskatteellisen kustannustason (Miettinen et al. 1998). ja yksityissektorin hinnat eivät muodostukaan todellisten tuotantokustannusten, laadun tai kilpailun perusteella, vaan muilla tavoilla johtuen terveydenhuollon huonosti hahmottuneista markkinoista ja monista rahoituskanavista. Samalla lääkäriasemien noudattamat keskihinnat korreloivat lähes täydellisesti Kelan taksan kanssa (Miettinen et al. 1998). Tästä on seurauksena ollut klinisen laboratorioanalytiikan suuri ylikapasiteetti. Erään arvion mukaan ylikapasiteetti on jopa 50 % (Laboratoriopalvelujen kehittäminen, muistio 1995, Konttinen, 1996). Kela ei voi myöskään korvauspäätöksillään vaikuttaa työterveydenhuollosta perittävien maksujen ja palkkioiden tasoon (Telakivi et al. 1998).

Kelan arvion mukaan kunnallisten laboratorioiden hinnoitteluperusteet ovat muuttuneet 1990-luvun aikana, mutta vastaavaa muutosta ei ole tapahtunut yksityissektorilla, jonka hinnoittelu perustuu samoihin periaatteisiin kuin aikaisemminkin (Telakivi et al. 1998). Tämä on myös kriitikoiden mukaan totta, mutta heidän mukaansa yhtenäinen periaate on ollut juuri Kelan oma korvaustaksa eivätkä yhtenäiset yksityisen sektorin kustannuslaskentaohjeet. Julkisen sektorin hinnoittelun suurin muutos oli luopuminen Kelan taksasta ainoana hinnoittelu perustana. Miettisen mukaan vasta nyt julkiset laboratoriot ovat pääsemässä eroon Kelan korvaustaksaan perustuneesta hinnoitteluperusteesta. Prosessi vie kuitenkin aikansa, koska taksat ovat viimeisen 25 vuoden aikana määritelleet markkinahinnat ilman yhteyttä todellisiin tuotantokustannuksiin (Miettinen et al. 1998b). Kriitikoiden mukaan Kelan noudattama taksoitus on luonut ja pitää yllä yksityissektorin hinnoittelussa täysin tuotantokustannuksista irti pääsyttä viitehintajärjestelmää.

Näytteenotto on vuodesta 1997 lähtien sisältynyt Kelan taksaan, mutta julkiset laboratoriot useimmiten hinnoittelevat näytteenoton erikseen. Samoin tutkimuskokonaisuuteen saattaa liittyä erillinen toimitusmaksu (Willman, 2000). Tämä kuvaa hyvin modernia toimintolaskenta lähestymistapaa, joka on osittain toteutettu suurimmissa julkisen sektorin laboratorioissa. Jyväskylässä yksityisille tilaajille myydyt tutkimukset on kustannusvastaavuusperiaatteen mukaan hinnoiteltu muita tutkimuksia kalliimmiksi pyrkien ottamaan huomioon sekä sijoitetun pääoman koron että arvonlisäveron vaikutuksen. Näin on pyritty siihen, ettei hintoihin liity subventio elementtejä. Tilanne, jossa julkiset laboratoriot makuasetuksen velvoittamana joutuvat myymään palvelut yksityisasiakkaille omakustannushintaan on (julkisen laboratorion) taloudellisten tavoitteiden kannalta yhtä pulmallinen kuin se on kilpailijoille (Miettinen et al. 2000).

5.5 Korvauksen vaikutus hoitokäytäntöön ja laatuun

Sekä liiallinen että liian vähäinen laboratorioinformaatio haittaavat klinikon päätöksentekoa. Korkeat laboratoriokustannukset potilaalle saattavat johtaa siihen ettei tarpeellisia tutkimuksia otetakaan, vaan hoitopäätös tehdään muilla kriteereillä. Kelan korvauksenkin jälkeen potilaalle korkeaksi nousevat laboratoriokustannukset vaikuttavat hoitavien lääkäreiden päätöksentekoon ja hoitoratkaisuihin. Toisaalta väärin tai riittämättömin perustein määrätty laboratoriotutkimus voi aiheuttaa paitsi pelkoa ja ahdistusta potilaalle, myös lisäkustannuksia Kelalle ja julkiselle terveydenhuollolle aiheuttomien lisäselvitysten ja varmennusten muodossa (Miettinen et al. 1998b). Väärät positiiviset tulokset, joita tietyllä todennäköisyydellä esiintyy kaikissa tutkimuksissa aiheuttavat aina sarjan lisätutkimuksia. Mikäli korvauskäytäntö houkuttelee klinikkoo tarpeettomiin tutkimuksiin, on tällä negatiivisia taloudellisia että hoitokäytäntöseuraamuksia.

Laboratorioalalla ei ole sitovia laatu- tai pätevyysvaatimuksia, jotka rajoittaisivat tuloa markkinoille. Koska yksityislaboratorioilla ei ole lakisääteisiä velvoitteita ei niiden tarvitse pitää kaikkia tutkimuksia tutkimuskannassaan. Toisaalta suuret yksityiset keskuslaboratoriot tekevät tutkimuksia joita julkiset laboratoriot eivät tee. Näin ne voivat keskittyä vain kaikkein tuottoisimpiin tutkimuksiin. Pienet laboratoriot ostavat suuren osan tutkimuksistaan yksityisiltä keskuslaboratorioilta ja saavat niihin korvauksen. Julkisilta tuottajilta ostetut halvat tutkimukset ovat helpottaneet potilaiden hoitoa ja tutkimuksia yksityis-sektorilla, kun tarpeelliset laboratoriotutkimukset voi teettää tarvitsematta ajatella niistä aiheutuvia kohtuuttomia kustannuksia (Miettinen et al. 2000)

5.6 Sairausvakuutuslain 11 § ja sen tulkinta

Sairausvakuutuksen kustannusvastuu määriteltiin vuonna 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusuudistuksen yhteydessä koskemaan vain yksityisen palvelun tuottajan antamaa tutkimusta ja hoitoa. Sairausvakuutuslain 11a §:n mukaan kunnallisessa omistuksessa olevat julkiset tuottajat eivät voi myydä analytiikkaa yksityisille tuottajille, niin että potilas saisi korvauksen aiheutuneista kustannuksista Toisaalta yksityiset laboratoriot voivat myydä analytiikkaa julkisille tuottajille. Tämän lainkohdan mukainen Kelan menettely on katsottu aiheuttavan kilpailuvääristymän (Miettinen, 2000). Korvaus kuitenkin maksetaan julkisillekin terveyskeskuslaboratorioille silloin kun tutkimukset ovat kohdistuneet työterveyshuollon potilaisiin. Näin terveyskeskuslaboratoriot saavat runsaan korvauksen osalle tuottamastaan analytiikasta (Miettinen et al. 1998a). Kela ei toistaiseksi ole antanut työterveydenhuollossa tarvittavien tutkimusten korvauserusteista yksiselitteisiä ohjeita, vaan ottaa korvattavuuteen kantaa tapauskohtaisesti vasta korvauskäsittelyn yhteydessä. Tämä haittaa kunnallisten laboratorioden palvelujen tarjoamista näille markkinoille (Miettinen, 2000). Nämä markkinat ovat kolminkertaiset yksityislääkäreiden luomiin markkinoihin verrattuna.

Sairausvakuutuskorvaus maksetaan siinäkin tapauksessa, jos analyysi on teetetty ulkomailla tai ulkomaisessa omistuksessa olevassa laboratorioissa sen omistussuhteista riippumatta. Lisäksi valtion omistamien yliopistojen ja Kansanterveyslaitoksen laboratorioden tuottamat palvelut kuuluvat korvauksen piiriin sairausvakuutuslain 11 a §:n estämättä (Miettinen et al. 1998a), vaikka näiden laboratorioden tutkimuskanta ei oleellisesti poikkeaa kunnallisten vastaavien laboratorioden toiminnasta. Tällaisten laboratoriopalvelujen määrä on viime aikoina selvästi vähentynyt ja korvauskäytännöllä on lähinnä periaatteellista merkitystä. Miettisen mukaan (Miettinen et al.1998b) menettely johtaa kaksihintajärjestelmään, jossa tehokkaat tuottajat veloittavat kilpailuilla julkisilla markkinoilla ns. markkinahinnan ja muilla markkinoilla toimii subvention salliman ylikorkean hinnan.

5.7 Kilpailuneutraliteetti

Laboratorioalan kehitys vie kohti suuria verkottuvia tuotantoyksiköitä, joissa on mahdollista hyödyntää tehokkaasti nykyaikaisia automaattilaitteistoja. Tämä rakennemuutos on alkanut myös Suomessa mutta hitaasti. Kuten missä tahansa automatisoitavassa tuotannossa suuret näytemäärät alenavat yksikkökohtaisia tuotantokustannuksia. Jotta tehokkuuden kasvu heijastuisi myös hintoihin tarvitaan kilpailua palvelun tuottajien välille (Miettinen 2000).

Kilpailuviraston mukaan yksityisasiakkaille myytävät tutkimukset tulisi myös julkisissa sairaaloissa hinnoitella katteellisiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön käsityksen mukaan tämä on kuitenkin ristiriidassa terveydenhuollon asiakasmaksulain kanssa, jonka mukaan laboratoriopalvelut on myytävä omakustannushintaan. Kilpailuviraston käsityksen

mukaan avoimille markkinoille tarjotut tuotteet on puolestaan hinnoiteltava liiketaloudellisesti kannattavasti (Mediuutiset, 2000).

Julkisten laboratorioiden tuloa yksityismarkkinoille on kritisoitu siksi ettei niiden tarvitse kilpailuttaa ydintoimintaansa: omistajakuntiensa tai sairaanhoitopiirinsä palvelujen ostoja (Pekkarinen, 2000). Pekkarisen mukaan tämä perustoiminta on näin kilpailulta suojattua ja tarkoittaa ilmeisen ylikapasiteetin olemassa oloa julkisissa sairaaloissa. Toisaalta juuri Kelan korvauksen on käydyssä keskustelussa sanottu muodostavan kilpailurajoitteen laboratorioalalla (Miettinen 1998b). Vaikka kilpailulainsäädäntö on kieltänyt yhteisesti noudatettavat hintasuositukset, väitetään sairausvakuutustaksan käytännössä toimivan viitehintana. Sairausvakuutustaksaa käytetään ohjenuorana silloin kun tutkimuksia myydään suoraan potilaille eikä hinnoittelua alle sairausvakuutustaksan juurikaan esiinny. Tämä voidaan tulkita siten että alalla on hintakartelli.

Puolin ja toisin on esitetty, että laboratoriota käytetään ristiin subvention välineenä, joka puolestaan estää kilpailua. Yksityislaboratoriot ovat väittäneet julkisten laboratorioiden toimivan niin, ettei niiden tarvitse kattaa kaikkia kustannuksiaan, joten niiden kilpailuasema tästä syystä olisi ylivoimainen yksityisiin laboratorioihin verrattuna mikäli julkiset laboratoriot voisivat avoimesti tarjota palvelujaan myös yksityislääkäreiden potilaille. Toisaalta yksityislaboratorioita puoltavissa kannanotoissa julkisten laboratorioiden tuloa markkinoille on pidetty pahana juuri siksi, että yksityisellä laboratoriotoiminnalla on voitu subventoida muuta vastaanotto toimintaa (Pekkarinen 2000). Yleisesti ottaen ostopalveluja vierastetaan ja Miettisen (1998a, 2000) mukaan vain noin 5 – 10 % terveydenhuollon tarvitsemista laboratoriotutkimuksista kilpailutetaan.

Morriin mielestä alan kilpailun lähtökohdat tulisikin yhtenäistää, mutta hänen mukaansa alalla toimivat myös kahdet markkinat, suurten keskuslaboratorioiden tukkimarkkinat ja pienten palvelulaboratorioiden vähittäismarkkinat. Näitä näkemyksiä on vaikea yhdistää (Morri, 2000). Kela ylläpitää myös terveyskeskusten laboratoriotoimintaa korvatessaan työterveydenhuollon laboratoriokustannuksia. Kelan kannan mukaan se ei voi vaikuttaa työterveydenhuollon laboratoriokustannuksiin vaan ne määräytyvät markkinoilla, joilla työnantajat ovat viimeaikoina entistä useammin kilpailuttaneet palvelujen tuottajia (Telakivi et. al. 1998).

Miettisen johtopäätös on että, kilpailuneutraliteetin saavuttamiseksi on välttämätöntä arvioida kriittisesti näytetutkimuksien korvaamisen tarvetta sairausvakuutuksesta koskien sekä itse maksavia asiakkaita, työterveydenhuoltoa että opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Laboratoriotoiminnasta aiheutuvien kokonaiskustannusten kannalta olisi keskeisen tärkeää ryhtyä myös kunnallisen terveydenhuollon piirissä kilpailuttamaan pätevyytensä osoittaneita laboratoriopalvelujen tuottajia. (Miettinen, 2000) ja avaamaan koko laboratorioanalytiikkamarkkinat kilpailulle.

5.8 Palvelujen saatavuus ja tasa-arvo

Sosiaali- ja terveysministeriö perusteli lakimuutosta, jolla terveyskeskusten ja sairaaloiden laboratorioille annettiin mahdollisuus tuottaa laboratoriopalveluita myös yksityislääkärin läheteellä, potilaiden tasa-arvoisella kohtelulla ja maan syrjäseuduilla asuvien yksityispotilaiden palvelujen saannin helpottamisella. Lakimuutos implisiittisesti sisältää ajatuksen, ettei pakollinen sairausvakuutus ole pystynyt tätä ongelmaa poistamaan.

Kelan mukaan sosiaalivakuutuksen onkin katettava vakuutettujen sairauden hoidosta ja tutkimuksista aiheutuvia kustannuksia kaikkialla maassa, eikä eri tavoin toimiville laboratorioille ole käytössä eri taksaa. Sosiaalivakuutuksen lähtökohdista ei myöskään ole perusteltua vaatia matkustamaan pitkiä matkoja laboratoriotutkimuksissa käyntiä varten. Mikäli matkat pitenisivät syntyisi tästä Kelalle vain lisää korvausvelvoitteita (Telakivi et al. 1998). Miettisen mukaan (2000) laboratorioanalytiikka on kuitenkin eräs niistä harvoista terveydenhuollon toiminnoista, joita ei välttämättä tarvitse tuottaa potilaan vieressä ja siksi sen keskittämiseen onkin järkevää pyrkiä kaikkien muiden paitsi päivystysluontoisten tutkimusten osalta sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa. Näin voidaan luoda edellytykset myös laadun ylläpitämiselle kohtuullisin kustannuksin.

Vaikka Kela kannanotoissaan korostaa pyrkimystä kattaa sairauden hoidosta ja tutkimuksesta aiheutuvia kustannuksia kaikkialla maassa on tilanne tässäkin suhteessa Miettisen ja muiden (1998b) mukaan ajautunut päinvastaiseen, alueellista eriarvoisuutta lisäävään lopputulokseen. Tässä he vetoavat sosiaali- ja terveysministeriön asiaa koskevaan raporttiin vuodelta 1998, jossa todetaan, että Kelan korvaamien palvelujen käyttö keskittyy voimakkaasti keskussairalapaikkakunnille ja niiden lähiympäristöön.

Willmannin mukaan (Willman 2000) Keski-Suomessa yksityislääkärien potilaat ovat voineet vuosikymmeniä mennä oman terveyskeskuksensa laboratorioon ja saaneet sieltä useimmiten kaikki määrätyt laboratoriopalvelut maksutta. Vasta vuonna 1999 alusta terveyskeskuksille annettiin oikeus laskuttaa antamastaan palvelusta omakustannushinta. Toistaiseksi kaupungeissa tällaista palvelua on ollut vain niukasti saatavissa mutta Keski-Suomen sairaanhoitopiiri tuottaa nämä palvelut potilaiden yhdenvertaisuuden vuoksi.

5.9 Terveyspalvelujen tuottajien verokohtelu

5.9.1 Terveyspalvelujen arvonlisävero Suomessa

Yksityisillä ja julkisilla laboratorioilla on toisistaan poikkeava verokohtelu, koska vain julkiset tuottajat saavat vähentää välipanoksistaan maksamansa arvonlisäveron. Suomen arvonlisäverokäytäntö sekä julkisten että yksityisten terveyspalvelujen osalta perustuu nollaverokantaan. Palvelut ovat siis tässä mielessä "verottomia". Käyttämiensä välipanoksien (laitteet, tarvikkeet) hintoihin sisältyvän arvonlisäveron julkiset palvelujen tuottajat saavat palautuksena takaisin itselleen. Yksityisillä palveluntuottajilla ei tätä mahdollisuutta ole, vaan ne joutuvat siirtämään käyttämiensä välipanosten arvonlisäveron lopullisen palvelun hintaan. Tästä seuraa noin 5 – 6 % laskennallinen ero julkisten tuottajien hyväksi. Tämä veroero on ollut eräs julkisen ja yksityisen palvelutuotannon kilpailuedellytyksistä ja sen eroista käydyn keskustelun pääargumentti.

Lopullisessa verotuksessa kunnat ts. julkisten palvelujen maksajat joutuvat kuitenkin palauttamaan näin julkisten palvelujen hinnoissa saamansa edun takaisin valtiolle ts. sen minkä kunnalliset julkiset tuottajat voittavat sen kunnallisten palvelujen maksajat häviävät. Palautus valtiolle toteutetaan kuitenkin asukasluvun eikä maksetun arvonlisäveron perusteella.

5.9.2 Terveyspalvelujen arvonlisävero EU alueella

Useimmissa yhteisön jäsenmaissa arvonlisävero otettiin käyttöön 70 luvun alussa. Sitä koskevat määräykset sisältyvät ensimmäiseen yhteisön Direktiiviin vuodelta 1967 (ar-

tikla 2), jossa määriteltiin arvonlisäverotuksen yleiset periaatteet. Kuudennessa direktiivissä vuodelta 1977 pyrittiin harmonisoimaan eri jäsenmaiden arvonlisäverokäytännöt. Euroopan Unionin sisäisten (fiskaalisten) rajojen poistamisen vuoksi vuonna 1991 tarkennettiin unionin sisäistä arvonlisäverokohtelua maiden välisten tavara ja palveluvirtojen osalta.

Yleisesti ottaen suurin osa terveystalvveluista on ja niitä tuottavista yksiköistä katsotaan ostoensa osalta loppukäyttäjiksi ja niiden on maksettava ALV kaikista käyttämistään tavaroista ja palveluista. Tanskassa, Ruotsissa ja Suomessa terveystalvvelujen tuottajien ostoistaan maksama arvonlisävero voidaan pyytää kokonaisuudessaan palautettavaksi (0-verokanta). Iso-Britanniassa ja Irlannissa maksettu vero voidaan pyytää palautettavaksi poikkeustapauksissa. Tällaisia tapauksia ovat esimerkiksi investointeja varten tehdyt lahjoitukset. Muissa maissa maksettu ALV on budjetoitu ja se sisältyy kaikkiin terveystalvvelujen hintoihin.

Arvonlisäverokanta sen sijaan vaihtelee paljonkin maittain. Esimerkiksi Belgiassa elintarvikkeiden, lääkkeiden, apuvälineiden, invalidikulkuneuvojen vammaisen kotien kunnostuksen arvonlisäverokanta on 6 %. Korkeampi 12 % kanta on lämmitysenergialla, insuliinivalmisteilla ja aikuisten vaipoilla. Kaikkien muiden tuotteiden osalta kanta on 20.5 %. Hollannissa puolestaan esimerkiksi lääkkeillä on yleisestä 18.5 % kannasta poikkeava 6 % kanta ja Espanjassa lääkkeistä ja apuvälineistä maksetaan vain 3 % ALV-kannan mukaisesti.

Terveystalvvelut sinänsä ovat useimmiten arvonlisäverosta vapaita. Suoraan sairaalatoimintaan liittyvät kaupallisuontoiset palvelut (kukkakauppa, kahvio) ovat myös usein ALV-vapaita. Kaikissa jäsenmaissa myös verituotteet ja elinsiirteet on vapautettu arvonlisäverosta.

Useissa jäsenmaissa sairaaloilla ja terveystalvvelujen muilla tuottajilla tulee olla liikevaihtoveronumero. Siinä tapauksessa että nämä sairaalat tuottavat erikoistalvveluja esimerkiksi ortopedisia apuvälineitä on verokanta 0. Näin on tilanne myös maissa joissa veroa voidaan pyytää palautettavaksi. Mikäli terveystalvvelun tuottaja harrastaa muuta kuin satunnaista palvelujen vientiä sillä tulee olla liikevaihtoveronumero. Tässä tapauksessa ALV maksetaan vain viennin kohdemaassa.

5.10 Vaikutus terveydenhuollon rahoitukseen ja rakenteeseen

Tampereen Laboratoriokeskuksen perustaminen liittyi ensisijaisesti julkisen sektorin rakenteiden uudistamiseen. Tavoitteena on liikelaitosmallin soveltaminen terveydenhuoltoon, alueellisen tuotantorakenteen uudistaminen, yksilinjaiseen hallintomalliin siirtyminen sekä erikoisalarajat ylittävän tuotannonohjausmallin rakentaminen ei yksityissektorin markkinoiden valtaaminen (Miettinen et al. 2000). Kustannustehokkuuden parantaminen volyymin kasvattamalla on automatisoituvassa tuotannossa normaali tavoite.

Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän aiheuttamia ongelmia on nostettu keskustelussa esiin. Sen mukaansa järjestely aiheuttaa investointien päällekkäisyyttä, koordinaatio-ongelmia ja epätarkoituksenmukaisia ratkaisuja. Miettisen mukaan (Miettinen, 2000) Kelan laboratoriotutkimusten korvauskäytännön romuttamisella saadaan terveydenhuollon julkisiin menoihin noin 150 miljoonan markan vuotuinen säästö, ilman että yhtään potilasta on jätettävä tutkimatta. Samalla pienenevät työnantajien ja potilaiden makamat kustannukset. Mikäli laboratorioden hintataso saadaan lähemmäs tehokkaiden tuottajien tasoa on mahdollista päästä lähes miljardin markan säästöihin.

6. Kustannuslaskennan ja hinnoittelun periaatteet yksityisellä ja julkisella sektorilla

6.1 Yksityinen sektori

6.1.1 Kustannuslaskenta

Yksityisen ja julkisen, pienen ja suuren laboratorion kustannusrakenteet poikkeavat toisistaan merkittävästi. Esimerkiksi tuotekehittelykustannukset ovat pienissä yksiköissä oletettavasti varsin pienet verrattuna suurimpien sairaalalaboratorioiden vastaaviin kustannuksiin. Tutkimusnimikkeitten määrä on myös pienissä yksiköissä pieni.

Kyselyn mukaan tutkimuskohtainen kustannuslaskenta oli 18 laboratoriollla. Näistä 11 oli eriteltyt kustannukset kustannuslajeittain. Kustannusten yhteismitallisuus ei kuitenkaan ole ilmeinen. Työvoimakustannukset arvioidaan 30 – 60 % kaikista kustannuksista. Laittekustannusten osuus 1 – 7 %, atk:n osuus 0.9 – 2.8 %, tuotekehityksen osuus 1 – 2.0 %, laadunhallintakustannukset 1 – 3.0 %, markkinointi 0.3 – 4.2 %. Pääoman korko ja rahoituskustannukset oli ilmoitettu 0.1 – 7.3 %:iin. Useimmissa erittelyissä verojen ym. osuutta ei ilmoitettu, kahdessa vastauksessa verojen osuus oli 2.6 ja 8.9 % ja yhdessä peräti 22 %. Odotetusti työvoimakustannukset muodostavat merkittävimmän osan eri tyyppisten laboratorioitten kustannuksista.

Laboratorioitten erilaisuudesta ja kustannuslaskennan epämääräisyydestä johtuen laboratorioikustannusten osuudesta kokonaiskustannuksista oli vaikea saada luotettavaa arviota. Viisi työterveysyksikköä oli ilmoittanut kustannusosuudeksi 5.7 % – 15 %:iin. Lääkärikeskuksissa ja lääkäriasemien kohdalla laboratorioikustannusten osuus oli ilmoitettu 13 % – 38 %:iin. Kustannusosuus vaihtelee paljon johtuen pääasiassa ilmeisesti harjoitetun toiminnan mukaisesti.

6.1.2 Hinnoittelun periaatteet

6.1.2.1 Itse tehdyt tutkimukset

Käytetyn hinnoittelun ilmoitti perustuvan omaan kustannuslaskentaan 18 yksikköä. Asiaan ei ottanut kantaa 25 vastaajaa. Valtaosa vastanneista eli 45 ilmoitti hinnoitteluperusteeksi markkinahinnat tai suurten laboratorioitten hinnat. Kuriositeettina neljä vastaajaa ilmoitti käyttävänsä vanhaa yksityislaboratorioitten suositushinnastoa hinnoittelun perusteena Hinnastonsa kyselyn mukaan liitti 23 vastaajaa.

6.1.2.1 Muualta ostetut tutkimukset

Ulkopuolelta ostettavien näytteitten volyyymi oli varsin pieni. Kyselyssä haluttiin tietää yksityislaboratorioitten noudattama käytäntö, kun hankitaan tutkimuksia oman laboratorion ulkopuolelta. 43 vastaajaa ilmoitti, että potilaalta peritään ostohinta lisätynä näytteenotto-, näytteenkäsittely- ja lähetyskustannuksilla 10 – 50 mk. 32 ei vastannut mitään, ja loppuilla oli ilmoitus ei ostoja tai asiakas maksaa suoraan ulkopuoliselle laboratoriolle.

6.1.3 Näytteenoton hinta ja Kela-korvattavuus

Kyselyssä haluttiin tietää, tulisiko näytteenotto hinnoitella erikseen Kelan taksassa. Näytteenotosta ilmoitti 12 yksikköä perivänsä lisämaksun, joka oli 22 – 50 mk mediaanin ollessa 30 mk näytteenottokertaa kohti. 11 vastaajaa ilmoitti näytteenoton sisältyvän hintaan ja 65 vastaajaa jätti täyttämättä tämän kohdan.

Näytteenoton Kela-korvattavuuden kannalla oli 22 vastaajaa, sitä vastusti 14 ja vastaajien enemmistö, 52, ei ottanut kantaa asiaan. Asialla on kannattajansa ja vastustajansa.

6.1.4 Yksiköitten talous

Tilinpäätöstiedot oli liittänyt vastaukseensa joka neljäs eli yhteensä 22 yksikköä. Lääkärikeskusten ja laboratorioitten 12 tilinpäätöksestä kaksi näytti tappiota ja voittomediaani liikevaihdosta laskettuna oli 9.4 %. Yksikön koolla ei näyttänyt olevan vaikutusta lopputulokseen.

Sairaaloitten ja kuntoutuslaitosten tilinpäätöksestä laboratoriotoiminnan osuutta ei voinut eritellä. Kuudesta työterveysyksiköstä puolet näytti lievästi voitollista ja puolet lievästi tappiollista tulosta.

6.2 Perittyjen maksujen jakauma Kelan tilastojen perusteella

Sairausvakuutuksen korvaustaksan on väitetty olevan liian korkean, ylläpitävän liiallista laboratoriokapasiteettia, ohjaavan hinnoittelua ja haittaavan kilpailua. Perittyjen palkkioitten taso ja hajonta heijastaa alan kustannusrakennetta, palvelurakennetta ja kilpailutilannetta. Seuraavassa esimerkkejä muutamista kustannuksiltaan merkittävistä tutkimuksista ja perittyjen hintojen hajonnasta. Taulukko 6.1 (Liite 6).

4044 Gynekologinen irtosolututkimus, Papa

Tutkimus on tavallisin yksityisen sektorin tutkimuksista. Perittyjen maksujen keskiarvo oli 177 mk eli 1.77-kertainen Kelan taksaan verrattuna. 98 % perityistä maksuista oli välillä 101 – 250 mk.

Tavallisin peritty maksu oli välillä 151 – 200 mk, joita oli 70 %. Välillä 101 – 150 mk perittyjä maksuja oli 13 %.

4054 Kudosnäytteen histologinen tutkiminen

Perittyjen maksujen keskiarvo oli 261 mk eli 1.19-kertainen Kelan taksaan verrattuna. Valtaosa perityistä maksuista osuu välille 201 – 350 mk eli 89 %. Tavallisin peritty maksu oli välillä 251 – 300 mk eli 39.5 %. Välillä 201 – 250 mk perittyjä maksuja oli 34.3 %.

1216 S-CRP

Keskimääräinen peritty maksu vuonna 2000 oli 107 mk/tutkimus eli 1.78-kertainen Kelan taksaan nähden. Hajonta ulottui 60 mk:sta 300 mk:aan. 92 %:ssa tutkimuksista peritty maksu oli alle 150 mk.

2832 S-Tyreotropiini

Tutkimus on tavallisimpia tutkimuksia. Keskimääräinen peritty maksu oli 219 mk eli 1.41-kertainen Kelan taksaan nähden. 100 – 200 mk:n välillä perittyjä maksuja oli 23.9 %, 200 – 250 mk välillä 29.3 % ja välillä 250 – 300 mk 34 %.

1270 EKG, lepo

Perittyjen maksujen keskiarvo oli 178 mk eli 138-kertainen Kelan taksaan verrattuna. Tutkimusta tehdään kaikilla terveydenhuollon sektoreilla ja tasoilla. EKG-tutkimuksen osuus kaikista kliinisen fysiologian tutkimuksista perityistä maksuista oli 20.1 %. 93.7 % perityistä maksuista osuu välille 91 – 270 mk, tavallisin peritty maksu on 181 – 210 mk, eli 40.5 % kaikista tutkimuksista.

843 Munasolun viljely, II-viljely

Perittyjen maksujen keskiarvo oli 1 580 mk eli 1.25-kertainen Kelan taksaan nähden. Tutkimuksista perityt maksut muodostavat suurimman osan mikrobiologisten tutkimusten maksuista yhdessä tutkimuksen 842 Munasolun viljely I kanssa. Tavallisin peritty maksu oli 1 301 – 1 350 mk välillä eli 42.8 % perityistä maksuista. Välillä 1 501 – 1 600 mk osui 18 % perityistä maksuista ja yli 1 700 mk:n perittyjä maksuja oli 26 %. Tässä tutkimuksessa tavallisimmin peritty maksu on varsin lähellä sairausvakuutuksen taksa.

2068 Kliininen rasituskoe

Perittyjen maksujen keskiarvo oli 959 mk eli 1.73-kertainen Kelan taksaan nähden. Tutkimus on toiseksi tavallisin kliinisen fysiologian alan laboratoriotutkimus, eli 4.8 % kliinisen fysiologian alan tutkimuksista. Perittyjen maksujen osuus on 18.3 % kliinisen fysiologian maksuista. 95 % perityistä maksuista osui välille 501 – 1 201 mk. Tavallisin peritty maksu oli välillä 1 001 – 1 200 mk, vastaten 42 % kaikista. 500 – 800 mk perittyjen maksujen osuus oli 18 %, välillä 800 – 900 mk osuus oli 16.7 %, välille 901 – 1 000 mk 14.8 %. Perityn maksun suuri hajonta alaspäin on merkki joko toimivasta kilpailusta tai että tutkimusnimikkeen alle rekisteröityy muita tutkimuksia tai tutkimuksen suoritus-tasosta tingitään. Tutkimus asianmukaisesti tehtynä edellyttää 45 minuutin aikavarausta, kahden ammattihenkilön läsnäoloa, joista toisen on oltava kliinisen fysiologian, kardiologian tai sisätautien erikoislääkäri.

1798 Näkökenttä, kynnsarvomittaus

Perittyjen maksujen keskiarvo on 372 mk eli 1.61-kertainen Kelan taksaan nähden. Tutkimus tilastoidaan kliinisen fysiologian tutkimuksiin, on toiseksi tavallisin vastaten 15.7 % erikoisalan perityistä maksuista. Perityistä maksuista 89 % oli välillä 200 – 500 mk, ja tavallisin peritty maksu oli 300 – 400 mk:n välillä eli 44 % kaikista maksuista.

1302 Elektroneuromyografia, vaativa

Perittyjen maksujen keskiarvo oli 1 037 mk eli 1.41-kertainen Kelan taksaan nähden. Tutkimuksesta perityt maksut muodostavat noin 61 % neurofysiologian alan perityistä maksuista. 99 % perityistä maksuista oli välillä 700 – 1 200 mk. Tavallisin peritty maksu oli 801 – 900 mk:n välillä eli 29 %. Välillä 1 100 – 1 200 mk perittyjen maksujen osuus oli noin 23 % ja sitä korkeampien perittyjen maksujen osuus 22 %.

3642 S-PSA

Perittyjen maksujen keskiarvo on 239 mk eli 1.42-kertainen Kelan taksaan nähden. Perityn maksun jakauma on kaksihuippuinen, alempi on välillä 100 – 200 mk ja ylempi on 250 – 300 mk. Selittävänä tekijänä on kahdenlainen käytäntö. Pyydettyäessä S-PSA-tutkimusta tehdään toisissa paikoin totaali S-PSA ja toisissa tehdään totaali S-PSA:n lisäksi myös vapaa PSA. 21.6 % perityistä maksuista on välillä 100 – 200 mk ja 46.6 % välillä 250 – 300 mk.

3269 Virtsa, tutkimus 2 ja seulonta ja viljely

Keskimääräinen peritty maksu oli 117 mk eli 1.95-kertainen Kelan taksaan nähden. Tutkimus on tavallisin mikrobiologinen tutkimus. 93 % perityistä maksuista ulottui 31 mk:sta 180 mk:aan. 31 – 60 mk:n perittyjä maksuja oli 5.3 %, 61 – 90 välille osui 7.3 %, välille 91 – 120 mk osui 29 %. Tavallisin peritty korvaus osui välille 121 – 150 mk, kaikista tutkimuksista 44.9 % sattui tälle välille.

2629 Siemennestetutkimus, laaja

Perittyjen maksujen keskiarvo oli 358 mk eli 1.24-kertainen Kelan taksaan nähden. Tutkimuksia tehtiin vuonna 2000 10 000 kappaletta ja perittyjen maksujen osuus oli 9 % mikrobiologisten tutkimusten kokonaissummasta. 93 % perityistä maksuista oli välillä 251 – 500 mk eli 93 % kaikista tutkimuksista. Tavallisin peritty maksu on välillä 251 – 300 mk eli 46 %. Välillä 301 – 350 mk oli perittyjä maksuja 24 %. Merkille pantavaa on, että tavallisimmin peritty maksu ja sairausvakuutuksen taksa ovat käytännössä samat.

1155 Bakteeri, viljely

Perittyjen maksujen keskiarvo oli 99 mk eli 1.65-kertainen Kelan taksaan nähden. Tutkimus on toiseksi tavallisin alan tutkimus. 93 % perityistä maksuista oli välillä 31 – 180 mk. Tavallisin peritty maksu osuus välille 61 – 90 mk, osuus 31.6 %, välille 91 – 120 mk osuu 26.8 % ja välille 121 – 150 mk perittyjä maksuja oli 26.8 %.

1287 Elektroenkefalografia, tavallinen

Perittyjen maksujen keskiarvo oli 655 mk eli 1.48-kertainen Kelan taksaan nähden. 95 % perityistä maksuista osuu välille 401 – 800 mk. Tavallisin peritty maksu osuu välille 601 – 700 mk, joita on 50 %. 701 – 800 mk välillä oli 25 % tutkimuksista.

6.2.1 Johtopäätöksiä

Pääsääntöisesti tutkimuksesta peritty maksu ei alita Kelan takkaa. Kelan taksan voidaan väittää vaikuttavan perittyjen maksujen tasoon.

Perittyjen maksujen hajonta on varsin laaja. Maksujen suuri hintahaarukka selittyy alalla vallitsevalla kilpailulla tai tutkimusten sisältö ja tekotapa vaihtelee merkittävästi.

Kudosnäytteen histologinen tutkimus hinnoittelu on lähinnä korvaustaksaa (kerroin 1.19), mikä viittaa alalla vallitsevaan kilpailuun. Munasolun viljely II:n hinta on myös varsin lähellä takkaa.

S-CRP:n ja Virtsatutkimus 2 seulonta ja viljely hinnat ovat noin 1.8-kertaiset Kelan taksaan verrattuna.

3269 Virtsatutkimus 2 seulonta ja viljely tutkimuksen pitäisi vähetä merkittävästi, mikäli Käypä hoito –suositus toteutuu yksityiselläkin sektorilla.

6.3 Julkisen sektorin kustannuslaskennan ja hinnoittelun periaatteet

6.3.1. Kustannuslaskenta

Laboratoriokustannukset ovat noin 5 % sairaaloiden ja terveyskeskusten kokonaiskustannuksista. Terveyskeskuksissa osuus on keskimäärin hieman pienempi noin 4 %. Kustannusosuuden vaihteluväli on suhteellisen kapea. Sairaaloissa minimi oli 4 % ja maksimi 6,7 %.

Tutkimuskohtainen kustannuslaskenta on toteutettu kaikissa keskussairaaloissa ja suurimmassa osassa aluesairaaloita. Terveyskeskuslaboratorioissa tutkimuskohtainen kustannuslaskenta on satunnaisempaa, vaikka joidenkin piirien alueella se on toteutettu myös kaikissa terveyskeskuksissa. Tarkkoja tietoja terveyskeskusten kustannuslaskennasta ei kuitenkaan saatu. Laskennan aloittaminen ajoittuu useimmissa piireissä vuosille 1992 ja 1993 mutta yhdessä piirissä tutkimuskohtainen kustannuslaskenta aloitettiin jo vuonna 1972.

Taulukko 6.2 Tutkimuskohtaisen kustannuslaskelmien ensimmäisen toteutusvuoden ja laskelmien viimeisen tarkistamisvuoden jakautuminen

Vuosi	Sairaanhoitopiirit	Sairaalat ja terveyskeskukset	Viimeinen tarkistamisvuosi
1972	1	1	
1991	3	10	
1992	7	8	
1993	6	6	
1994	2	10	1
1995		2	1
1996			1
1997		2	
1998			6
1999		1	4
2000			10
2001			8
Yhteensä	19	39	31

Käytettyjä kustannuslaskentaohjelmia on useita. (Taulukko 6.3). Joissakin sairaanhoitopiireissä on käytössä jopa kolmekin erilaista laskentaohjelmaa. Periaatteessa ohjelmat ovat samankaltaisia, vaikka uusimmissa ohjelmissa kustannukset pystytään paremmin jakamaan myös toiminnoittain (toimintolaskenta). Terveyskeskusten hankkimat lisenssit eivät ole mukana taulukossa. Sama ohjelma voi olla käytössä useassa piirin alueella olevassa sairaalassa.

Taulukko 6.3 Laboratorioiden tutkimuskohtaisten kustannusten laskentaohjelmallisenssit 18 sairaanhoitopiirissä

Tuotenimi ja toimittaja	Lukumäärä
LAKU – Kuntaliitto	13
ECOMED IC – Datawell Oy	6
Piirin oma ohjelma	2
MediVisio – TaYS	3
Cost Contro- QPR	2
Cost Analyses – Roche	1
Yhteensä	27

Lisäksi klinisen fysiologian ja neurofysiologian potilastutkimusten kustannuslaskentaan käytettiin muutamassa sairaanhoitopiirissä alkuaan Kuntaliitossa radiologisten tutkimuskustannusten laskentaan kehitettyä ohjelmaa, joka sopiikin tähän tarkoitukseen näytetutkimuksia varten kehitettyä LAKU ohjelmistoa paremmin.

Kustannuslaskennan toteutuksessa ollaan nyt siirtymässä kohti täydellistä toimintolaskentaa, jossa kustannukset kohdistetaan ensin erilaisille toiminnoille (näytteenotto, analyysityö, tuotekehitys, laadunvarmennus jne.) ja vasta sitten tutkimuksille siinä suhteessa miten kyseinen tutkimus käyttää kutakin toimintoa. Tähän kohtaan vastanneista sairaaloista toimintolaskentaa käytti 13. Kustannuslajikohtaista laskentaa käytti 8 sairaalaa, joiden laskenta on perinteisempää niin, että kustannuslajikohtaiset kustannukset (palkat, materiaalit, tilat ja laitteet ja yleiskustannukset) kohdistetaan suoraan tutkimuksille. Vaikka tutkimuskohtaiset kustannukset saattavat toimintolaskennassa muuttua paljonkin, ei laboratoriotasolla kustannuslajien kustannusosuuksissa ole suuriakaan eroja. Näyttää siltä, että toimintolaskenta kohdistaa enemmän kustannuksia näytteenotolle ja varsinaiseen laboratoriotyöhön ja vähemmän yleiskustannuksiin. Tulos on odotusten mukainen, koska toimintolaskennan tavoitteena on juuri yleiskustannusten tarkempi kohdistaminen tutkimuksille.

Taulukko 6.4 Näyte ja potilastutkimusten kustannustekijöiden suhteelliset osuudet keskimäärin toimintolaskennan ja kustannuslajikohtaisen laskennan mukaan.

Kustannuslaji	Näytetutkimukset	Näytetutkimukset	Potilastutkimukset
	Toimintolaskenta	Kustannuslajilaskenta	
	%	%	%
Näytteenotto	20.2	15.6	
Laboratoriotyö	65.2	60.9	82.9
Työvoima	35.2	34.2	55.4
Materiaali	18.8	20.7	13.4
Tilat	6.9	3.1	8.1
Laitteet	4.3	2.9	6.0
Muut laboratorioskustannukset	11.1	10.2	6.9

Pakkaus ja kuljetus	1.2		
Tietojenkäsittely	2.5		0.5
Tuotekehitys	1.2		0.3
Laadunhallinta	1.8		0.3
Markkinointi	0.3		0.1
Päivystys	4.1		
Hallinto	6.5	13.0	7.8
Sijoitetun pääoman korko	0.6		0.3
Verot			
Yhteensä	103.6	99.7	99.1

6.3.2 Hinnoittelun periaatteet

Yhtenäinen hinnoittelu on käytössä kuudessa sairaanhoitopiirissä kun muut piirit käyttävät erilaisia hintoja eri asiakkaille. Hinnoittelu perustuu yleisesti omiin kustannuslaskelmiin, mutta myös joissakin tapauksissa markkinatilanteeseen. Kuriositeettina voidaan mainita, että kahden piirin alueella työterveysyksiköille palveluja myytäessä mainittiin hinnoitteluperusteeksi Kansaneläkelaitoksen korvaustaksa vähennettynä 10 %:lla. Samaa periaatetta ei toki käytetty sairaaloiden sisäisessä hinnoittelussa.

Kaikissa paitsi yhdessä sairaanhoitopiireissä ja sairaaloissa on laboratoriotutkimusten kohdalla käytössä sisäinen hinnoittelu. Sisäinen hinnoittelu tarkoittaa, että tutkimuksen tilaavat kliiniset yksiköt maksavat jokaisesta tutkimuksesta sisäisen hinnaston mukaisen hinnan, jolla laboratorion kustannukset katetaan. Piirien harjoittama hinnoittelupolitiikka vaihtelee niin että puolet piireistä käyttää samaa yhtenäistä laboratoriotutkimusten hinnoittelua kaikille asiakkailleen, kun toinen puoli soveltaa eri asiakkaisiin erilaista hinnoittelukäytäntöä.

Erillinen näytteenottomaksu on käytössä useimmissa sairaanhoitopiireissä ja vain kuudessa piirissä se on suoraan mukana tutkimuksen hinnassa. Suunta on kohti erillistä maksua koska kun analytiikan myynti terveyskeskuksille, jotka ottavat itse näytteet, lisääntyy ei näytteenottoa voi sisällyttää suoraan hintoihin. Näytteenottomaksu näytettä kohti vaihtelee 30 ja 40 mk välillä ja on näin analyysiä kohti noin 5 –10 mk.

Päivystysaikaisten tutkimusten hinnat on useimmissa laboratorioissa korotettu. Tällä halutaan tehdä hinnat aiheuttamisperiaatteen mukaisiksi ja samalla ohjata tutkimusten tilausta päivystysaikana. Korotus on joissakin tapauksissa jopa 200 % mutta vaihtelee useimmiten noin 30 – 50 % välillä.

Suurin osa laboratorioista palauttaa sisäisten markkinoiden tuoman mahdollisen ylijäämän kuitenkin enää palautta ylijäämäänsä asiakkailleen vaan sen käytöstä päätetään aina erikseen. sairaalalle, joka saattaa palauttaa siitä osan ulkoisille asiakkailleen (terveyskeskukset). Suuret laboratoriolikelaitokset eivät

Suurin osa laboratorioista palauttaa sisäisten markkinoiden tuoman mahdollisen ylijäämän kuitenkin enää palautta ylijäämäänsä asiakkailleen vaan sen käytöstä päätetään aina erikseen. sairaalalle, joka saattaa palauttaa siitä osan ulkoisille asiakkailleen (terveyskeskukset). Suuret laboratoriolikelaitokset eivät

Suurin osa laboratorioista palauttaa mahdollisen ylijäämän sairaalalle, joka saattaa palauttaa siitä osan ulkoisille asiakkaille (terveyskeskukset). Suuret erilliset laboratorioliikelaitokset eivät tätä enää tee. Tällaisia yksiköitä on toistaiseksi kuitenkin vain muutama.

6.4 Julkisten ja yksityisten laboratorioiden hinnoittelun vertailu

Yksityisten ja julkisten laboratorioiden hinnoittelun vertailu tehtiin valitsemalla vertailtaviksi tutkimuksiksi ne tutkimukset, jotka vastaavat noin 2/3 osasta kaikista yksityislaboratorioiden yksityispotilaille tekemistä tutkimuksista. Näistä tutkimuksista oli saatavissa tiedot sekä yksityislaboratorioiden että useimpien julkisten laboratorioiden osalta. Vaikka valitut tutkimukset ovat kaikkein yleisimmän tehtäviä tutkimuksia ei kaikissa, varsinkaan pienissä sairaalalaboratorioissa, tehdä kaikkia niistä. Harvinaisemmat tutkimukset keskittyvät keskuslaboratorioihin.

Yksityislaboratorioiden hintatietoina käytettiin kustakin tutkimuksesta yksityislaboratorioiden perimää keski-hintaa vuonna 1999 ja vuoden 2000 alussa. Julkisen puolen laboratorioiden hintatietona puolestaan käytettiin joko sairaalan ulkopuolisilta perimää hintaa korotettuna laskennallisella näytteenottomaksulla (6 mk/analyysi) tai sairaalan sisäistä hintaa jossa näytteenotto oli mukana hinnassa. Näyteputken hinnaksi tulee näin 30 – 40 mk/putki. Sama näytteenottomaksu lisättiin kaikkiin näytetutkimuksiin. Näin saatua hintaa korotettiin vielä 6 %, jotta julkisen ja yksityisen sektorin arvonlisäverokohtelun ero tulisi otetuksi huomioon.

Vertailuhinnoiksi valittiin kaksi julkisen sektorin sairaalalaboratorioiden ääripäätä; kuuden suuren keskussairaalan ja kuuden pienen ja keskikokoisen aluesairaalan laboratoriot. Molemmille ryhmille laskettiin erikseen keskimääräiset tutkimuskohtaiset hinnat (Taulukko 6.5). Selvitysmiesten käytössä ei ollut terveyskeskuslaboratorioiden hintatietoja, joten ne oli jätettävä pois tästä selvityksestä.

Taulukko 6.5 Kelan taksa sekä yksityislaboratorioitten ja sairaaloitten perimät hinnat

Koodi	Nimi	Kelan Taksa	Yksityis- hinta	Suuret sairaalat	Pienet sairaalat
NÄYTETUTKIMUKSET					
2473	Perusverenkuva	87	115	29	35
2203	Lasko	24	46	19	26
1216	C-reaktiivinen proteiini	60	107	22	26
2143	Kreatiniini	46	73	18	24
3269	Virtsatutkimus 2	60	117	50	58
1026	Alaniiniaminotransferaasi	46	75	18	24
2095	Kolesteroli	46	69	20	25
2001	Kalium	34	59	16	20
2832	Tyreotropiini	155	219	43	46
1467	Glukoosi (fB)	34	68	18	24
1155	Bakteeri, viljely	60	99	52	41
2770	Triglyseridit	60	87	22	26
2097	Kolesteroli HDL	60	86	26	32
1552	Hemoglobiini	24	45	29	31
2382	Natrium	34	55	16	19
1046	Alkalinen fosfataasi	46	70	18	24
1489	Glutamyylitransferaasi	46	69	18	24
3642	Prostataspesifinen antigeeni	166	237	66	62
2836	Tyroksiini, vapaa	155	220	44	53
1128	Aspartaattiaminotransferaasi	46	70	18	23
2218	Leukosyytit	24	55	35	31
3696	Täydellinen verenkuva	129	166	35	43
3268	Virtsatutkimus 1, seulonta	34	60	26	24
3492	Bakteeri, viljely 2 (aerobivilj., pin- tam.)	129	191	105	-
PATOLOGIA					
4043	Gastroskopianäytteiden histol. tutk	220	282	459	
4044	PAPA	100	177	126	
4054	Kudosnäytt. histol. Tutk.	220	261	250	172
POTILASTUTKIMUKSET					
1270	EKG, 12 kytk.	129	178	84	74
2068	Kliin. rasituskoe, the	553	959	888	612
1302	Elektroneuromyografia, vaativa	732	1 037	1 159	

Kliinisen kemian ja mikrobiologian tarkastelussa mukana olevat tutkimukset kattavat noin 67 % kaikista tämän laboratorioerikoisan tutkimuksista ja patologian erikoisan kolme tutkimusta puolestaan 95 %:sta kaikista yksityisvastaanottojen kautta patologian laboratorioihin lähetetyistä tutkimuksista. Kaksi kliinisen fysiologian tutkimusta vastaavat noin 40 % yksityislaboratorioissa tehdyistä alan tutkimuksista. Kliinisen neurofysiologian vaativa elektroneuromyografia vastaa yksin noin 60 % kaikista tämän erikoisan tutkimuksista.

Julkisen sektorin näyteenottokustannuksilla ja ALV edulla korjattuja tutkimushintoja verrattiin sekä yksityisen sektorin hintoihin että Kansaneläkelaitoksen korvaustaksoihin siten, että yksityislaboratorioiden tutkimusjakautumaa käyttäen laskettiin kuinka paljon olisi tullut maksamaan, jos sama tutkimusmäärä ja jakautuma olisi tuotettu erikseen suurten ja pienten sairaalalaboratorioiden käyttämällä keskihinnoilla. Vertailun tulos on esitetty Taulukossa 6.6.

Taulukko 6.6 Hintatasojen ja korvaustaksan vertailu

	Suuret sairaalat		Pienet sairaalat	
	Korvaustaksa suhteessa julkisten laboratoriorien hintaan	Yksityisten laboratoriorien hintataso suhteessa julkiseen hintatasoon	Korvaustaksa suhteessa julkisten laboratoriorien hintaan	Yksityisten laboratoriorien hintataso suhteessa julkiseen hintatasoon
Näytetutkimukset	2.2	3.4	1.9	3.0
Patologia	0.8	1.2		
Potilastutkimukset	0.8	1.2	1.3	1.9

Tulosten perusteella kliiniskemiallisten ja mikrobiologisten näytetutkimusten hinnat ovat yksityislaboratorioissa niitä yksityispotilaille myytäessä noin kolme ja puolikertaiset ja korvaustaksien taso noin kaksinkertainen suurten sairaaloitten laboratoriorien korjattuihin omakustannusperusteisiin keskihintoihin verrattuna. Vastaavaa eroa ei hinnoissa ole patologian ja yleisimpien kliinis-fysiologisten ja neurofysiologisten tutkimusten kohdalla, jossa julkisen sektorin hinnat asettuvat korvaustaksan ja yksityislaboratorioissa perittyjen hintojen väliin. Pienissä sairaaloissa ei patologian osalta ollut tarpeeksi havaintoja, jotta vertailu olisi voitu tehdä.

Sairaalalaboratorion koko vaikuttaa hintaan siten, että pienten sairaaloiden hinnat ovat 13 % suurten sairaaloiden hintoja korkeammat

Johtopäätöksiä tehtäessä on pidettävä mielessä, että laboratoriot toiminta on kliiniseen toimintaan liittyvä palvelutoiminta, jonka kustannukset ovat vain pieni osa kokonaistoiminnan kustannuksista. Palvelukokonaisuuksien järjestämisestä aiheutuvien kustannusten perusteella on arvioitava edullisinta toimintamallia. Sairaalalaboratorioitten, joissa tutkimusten lukumäärä on vähintään satojatuhansia, hintoja on verrattu yksityisen sektorin hintoihin, missä puolestaan tutkimusten määrä lasketaan korkeintaan kymmenissä tuhansissa. Tuotantoketjun optimaaliseen järjestämiseen liittyvät kysymykset eivät liittyneet selvitysmiesten tehtäväksi antoon vaan niitä on selvitettävä erikseen.

7. Johtopäätöksiä

7.1 Laboratoriot toiminnan järjestäminen

Laboratoriopalvelut on Suomessa järjestetty kattavasti lähipalveluna niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla. Laboratoriorien lukumäärä on kuitenkin varsin suuri. Osassa laboratorioita tutkimusten lukumäärä on niin pieni, ettei analysointitekniologiaa voida tehokkaasti käyttää hyväksi ja laaduntarkkailun järjestäminen on ongelmallista. Laboratoriotutkimusten omavaraisuus sekä julkisella että yksityisellä sektorilla on korkea. Ostetut tutkimukset yksityinen sektori hankkii pääasiassa yksityiseltä sektorilta ja julkinen sektori julkiselta sektorilta. Rakenteita muuttamalla, verkostoitumalla ja pyrkimällä suurempaan yksikkökokoon on mahdollista saavuttaa kummallakin sektorilla merkittäviä tehokkuussäästöjä.

Yksityiseen yrittäjyyteen ja yritystoimintaan liittyvää riskiä ei julkisilla tuottajilla ole, jolle niitä ole liikelaitostettu tai yhtiöitetty. Yrittäjäriski jää näin suhteellisen harvalukuisten lääkäreiden tai yksityisten sairaaloiden omistajille. Sairausvakuutuksen korvaustasoa ei voida pitää annettuna vakiona, johon yrityksen toiminta sopeutetaan. Yksityissektorin

rationalisointi on alkanut ja riskipääoman sijoittajat ovat tulleet markkinoille. Toiminnan keskittyminen suurempiin yksiköihin on alkanut.

7.2 Taksojen määräytymisperusteet ja sairausvakuutuskorvaus

Sekä sairausvakuutuslain että Kelan ohjeiden sanamuoto on vanhentunut ja perustuu aikaan jolloin laboratoriotutkimukset oli hinnoiteltu kahdeksaan hintaryhmään ja analyysityö oli työvoimavaltaista. Kaikilla tiettyyn ryhmään kuuluvilla tutkimuksilla oli sama maksimi taksa paitsi ryhmässä kahdeksan, jossa hinta oli tutkimuskohtainen. Lisäksi näytteenotosta sai periä eri korvauksen, mikäli näyte oli lähetetty muualle tutkittavaksi

Korvausmenettelyn tulisi tukea potilaan lääketieteellisen ongelman ratkaisua sekä asianmukaista ja laadukasta palvelutuotantoa, eikä sillä saisi olla muita vaikutuksia esimerkiksi tarpeettoman kapasiteetin ylläpitämiseksi.

Valtakunnallinen laboratoriotutkimusnimikkeistö tarjoaa lähtökohdan vertailla tutkimusten määriä ja hintoja terveydenhuollon eri sektoreilla ja luo pohjan mm sairausvakuutustaksojen perusteitten määrittelyyn. Nimikkeistön kehittäminen ja ylläpito on välttämätöntä.

Sairausvakuutuksen tutkimuksen ja hoidon korvaus on noin 40 % kustannuksista, mikä edellyttäisi tasakorotusta. Julkisen sektorin sairaaloitten laboratoriotutkimusten sisäiset hinnat tavallisimmissa kliinisen kemian ja mikrobiologian tutkimuksissa ovat merkittävästi alemmat kuin yksityisen sektorin myyntihinnat. Eräs merkittävimmistä yksittäisistä selittäjistä on ero tehtyjen tutkimusten määrässä Jo vuonna 1994 oli olemassa viitteitä suurista eroista Kelan taksojen ja muutamien julkisten laboratorioden välillä. Näihin tietoihin ei kuitenkaan silloin taksatarkistuksen yhteydessä reagoitu.

Lain mukaan korvausta suoritetaan vain siltä osin, minkä hoito tarpeettomia kustannuksia välttämällä, potilaan terveydentilaa kuitenkin vaarantamatta olisi tullut maksamaan. Näin korvaus jo laissa voidaan katsoa sidotaan tehokkaasti tuottajan mukaiseen kustannustasoon, ei keskimääräisiin kustannuksiin. Korvaus on tarkoitettu alentamaan yksityisten terveystalvelujen käyttämisestä potilaalle aiheutuneita kustannuksia, jolloin on otettava huomioon laboratorioskustannusten lisäksi myös mahdolliset matkakorvaukset ja sairauspäivärahat.

Tutkimustaksojen taustana olevan kustannuskehityksen seurantatekijöinä käytetään mm koko korkokannan keskikorkoa, terveydenhuolto- sekä muun henkilöstön pakkakehitystä ja investointikustannuksia. Näiden tekijöiden avulla ei kuitenkaan saada käsitystä esimerkiksi teknologian kehityksen vaikutuksista ja työvoimakustannusten osuuksien muutoksista. Seurantatekijät tulisi uusiksi paremmin kutakin toimintoa vastaavaksi. Nyt taksojen tarkistamiseen käytettyjä seurantatekijöitä voidaan pitää liian yleisinä laboratoriotuotannon kehityksen näkökulmasta.

Kansaneläkelaitoksen taksan tarkistamista on syytä jatkaa, jolloin laboratorioalan kehitys voidaan ottaa huomioon.

7.3 Kustannuslaskennan perusteet

Yksityislaboratorioiden kustannuslaskenta tai hinnoitteluperiaatteista ei ole ollut saatavissa kovin kattavaa tietoa. Tässä voidaan perustellusti vedota myös liikesalaisuuteen,

jota perustetta julkisen sektorin laboratorioilla ei ole ollut. Kelan käsitys luotettavan kustannuslaskentatiedon puutteista julkisella sektorilla on totta siltä osin, ettei sen enempää vuonna 1997 kuin nytkään kustannuksia julkisissa laboratorioissa lasketa täysin yhtenäisin perustein. Sen enempää yksityisillä kuin julkisillakaan tuottajilla ei ole ollut käytössä yhtenäisiä kustannuslaskenta tai hinnoittelukäytäntöjä. Tutkimuskohtainen kustannuslaskenta on kuitenkin toteutettu julkisen sektorin sairaalalaboratorioissa yksityisiä laboratorioita kattavammin. Selvitysmiesten mielestä yhtenäisiin kustannuslaskentakäytäntöihin tulisi pyrkiä, mutta hintojen tulisi määräytyä markkinoilla.

Niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla työvoimakustannukset ovat merkittävien kustannustekijä. Laittekustannusten osuus on yleisimmin 3 – 4 %, mikä merkitsee sitä että laitteiden mahdollisen laskennallisen ylikapasiteetin merkitys kokonaiskustannuksiin on pieni.

7.4 Muut johtopäätökset

Sairausvakuutuslain mukaan sairausvakuutuskorvaus on korvausta potilaille yksityislääkärin suorittaman tarpeellisen sairaanhoidon aiheuttamista kustannuksista. Loogista olisi, jos sairausvakuutus tietyin omavastuun jälkeen tukisi potilaalle aiheutuneita kustannuksia riippumatta järjestäjän omistuspohjasta. Perusteltuna voidaan pitää sitä, että korvaus myönnetään vain yksityislääkärin läheteen perusteella tehdyille tutkimuksille, mutta ei sitä, että potilas ei saa korvausta silloin kun omavastuuosa on ylittynyt riippumatta tutkimuksen tekopaikasta. Jollei näin menetellä voidaan korvaus katsoa tuotantotueksi yksityisille tuottajille, mikä saattaa olla kilpailulainsäädännön vastainen.

Sairaalat eivät saa toimintaansa suoraa valtionosuutta eivätkä valtion investointituet enää koske sairaaloita kuin poikkeustapauksissa. Kuitenkin sairausvakuutuskorvaus myönnetään yliopistojen tai Kansanterveyslaitoksen laboratorioissa tehdyille tutkimuksille, vaikka niiden toiminta rahoitetaan suoraan valtion budjettivaroista. Näiden laboratorioiden tuotannon osuus terveydenhuollon kaikista laboratoriotutkimuksista on kuitenkin vähäinen.

Laboratorioitten laaduntarkkailu on järjestetty varsin kattavasti ja se tulisikin asettaa toiminnan ehdoksi. Ulkopuolisen tahon toteamaa laatutasoa laatutunnuksen/sertifioinnin muodossa kannatetaan yleisesti. Kuitenkin sen asettamista ehdoksi sairausvakuutuskorvausten maksamiseksi vastusti enemmistö yksityisen sektorin vastaajista

8. Selvitysmiesten suositukset

8.1 Taksojen määräytymisperuste

8.1.1 Korvausperuste

Selvitysmiehet ehdottavat, että laboratoriotutkimusten erillistä korvaamista jatketaan. ja että taksojen määräytymisperuste Sosiaali- ja terveysministeriön perustepäätöksessä määritellään seuraavasti: Kansaneläkelaitoksen on laboratoriotutkimusten taksoja määrittäessä otettava huomioon tutkimuksen osoitettu laatu ja tuotantokustannukset. Kustannukset on otettava huomioon koko toimintaketjun osalta tehokkaisten tuottajien kustannustason mukaisesti tarpeettomia kustannuksia välttäen.

Taksojen ylärajan määrääminen perustepäätöksessä voidaan tulkita hintasuositukseksi ja näin ohjata laboratorioden hinnoittelua. Selvitysmiesten mielestä käytäntö on vanhentunut ja siitä tulisi luopua.

8.1.2 Laadun osoittaminen

Kliinisellä laboratoriolle on oltava toimilupa. Toimiluvan tulisi olla määräaikainen, jotta toimiluvan ehto: "selvitys laboratorioden ja radiologisen toiminnan osalta asianmukaisen laadunvalvonnan järjestämisestä" tulee täytettyä. Luvan myöntävillä viranomaisilla tulisi olla tätä varten kriteerit,mitkä täyttävälle yksikölle voidaan myöntää toimilupa.

Jokaisella kliinistä laboratoriotoimintaa harjoittavilla niin yksityisen kuin julkisen terveydenhuollon yksiköllä tulisi olla laatukriteerien mukainen määräaikainen laatutunnus. Laatutunnuksen tulisi olla yleisenä ehtona tutkimusten teolle, myynnille ja vakuutuskorvauksille.

Laatutunnuksen tulee kattaa koko tutkimuskokonaisuuden, tutkimuksen pyytämisen, potilaan valmistamisen, tutkimuksen tekemisen tai näytteenoton, analyysin sekä tutkimustulosten raportoinnin.

8.1.3 Työterveyshuollon korvausperiaate ja tutkimusten laatu

Työterveyshuollon hyvän työterveyskäytännön ja työterveyshuoltoon liittyvän sairaanhoidon laboratorioskustannusten korvaus perustuu työterveyshuollon järjestäjän maksamiin hintoihin. Hyväksytyistä kustannuksista korvaus on 50 %. Selvitysmiehet eivät ehdota tähän käytäntöön muutoksia.

Hyväksytyihin kustannuksiin tulee kuitenkin laskea vain ne kustannukset, jotka aiheutuvat laatuvaatimukset täyttävistä laboratoriotutkimuksista riippumatta siitä hankitaanko ne ostopalveluina tai tehdäänkö ne omana toimintana

8.2. Kustannuslaskennan ja hinnoittelun periaatteet

8.2.1 Yleisperiaate

Hinnoittelun ja korvauskäytännön ja tulee tarjota potilaalle edullinen vaihtoehto hänen terveysongelmansa syyn selvittämiseksi, edistää ajanmukaista diagnostista käytäntöä, ja samalla kilpailua laboratorioden välillä

Laboratorion myymien palvelusten tulee perustua täyskatteelliseen hintaan, joka sisältää kaikki kustannustekijät ja normaalin liikevoiton. Kilpailun edellytyksiä edistämällä hinnat määräytyvät markkinaehtoisesti ja siten pysyvät kohtuullisina. Omakustannushinnasta julkisen sektorin myymien tutkimusten hinnoittelun periaatteena tulee luopua, koska se on hintana epämääräinen ja kilpailua vääristävä.

8.2.2 Kustannuslaskenta

Tutkimus- tai toimintokohtaista kustannuslaskentaa ei yleisesti tehdä kuin sairaalalaboratorioissa ja yksityisissä keskuslaboratorioissa. Terveyskeskusten ja lääkäriasemien yhteydessä toimivien yksityisten laboratorioden osalta hinnoittelu perustuu useimmiten markkinatilanteeseen, arvioon omasta kustannustasosta sekä jossain määrässä korvaustaksoihin.

Selvitysmiesten mielestä kilpailu edistää kustannustietoisuutta ja käytännön kustannuslaskentaa. Selvitysmiehet suosittelevat, että laboratoriot kustannuslaskennassaan pyrkivät soveltamaan toimintolaskentaa, joka paremmin kertoo mistä kustannukset aiheutuvat.

8.2.3 Hinnoittelu ja taksojen tarkistaminen

Kelan taksojen kustannusvastaavuutta tulee tarkistaa kolmen neljän vuoden välein. Korvausten pitää olla tasolla, joka tarjoaa potilaalle todellisen vaihtoehdon palvelujen tarjoajaa valittaessa. Taksojen tarkistamisen perustiedostoksi tulisi luoda tutkimusnimikkeittäin kustannustietokanta, joka tarjoaisi ajantasaista julkista tietoa kustannusten kehityksestä. Tietojen tuottajissa tulisi olla edustettuina sekä julkinen että yksityinen sektori, erilaiset toimintaympäristöt ja erikokoiset toimintayksiköt. Tieto tulisi asettaa julkisesti myös yleisön saataville.

Laboratoriotutkimusten osalta tulisi tutkia vaihtoehtoa, jossa yksittäisen tutkimuksen asemasta potilaalle korvattaisiin hänen ongelmansa todentamiseen pyrkiviä laajempia tutkimuskokonaisuuksia. Nämä kokonaisuudet voitaisiin määritellä käypä hoito projektin mukaisesti ja päivittää tarvittaessa. Tämä tarjoaisi mahdollisuuden hallinnollisesti yksinkertaisempaan korvausjärjestelmään. Tutkimuskokonaisuuden sisältö tulee määritellä tutkimusnimikkeiden avulla.

8.3 Muut suositukset

8.3.1 Laboratoriotulosten hyötykäytön tehostaminen tietovarastojen avulla

Selvitysmiehet suosittavat alueellisten henkilökohtaisten laboratoriotietovarastojen rakentamista. Potilaat käyttävät erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveys-

huollon että yksityisen sektorin palveluja ristiin. Kaikkien tutkimustiedot tulisi kuitenkin olla hoidossa hyödynnettävissä potilaan lupaan perustuen. Järjestelmä tuottaisi merkittävää lisäinformaatiota vertailumahdollisuuksien parantuessa myös pitemmällä aikavälillä. Tutkimusten toistot ja sen seurauksena kustannukset vähenisivät.

8.3.2 Tutkimusnimikkeistöstä tutkimustietokantaan

Selvitysmiehet esittävät, että valtakunnallista Kuntaliiton ylläpitämää ja yleisesti käytössä olevaa laboratoriotutkimusten nimikkeistöä tulee ylläpitää ja kehittää. Laboratoriotutkimuksen tulostaso, viitearvot ja tulkinta ovat menetelmästä riippuvia. Siksi nimikkeistöä tulee kehittää tietokanta, jossa ovat tiedot myös käytetystä menetelmästä. Tämä täsmentäisi tutkimusten käytön seuranta ja kustannusten vertailua.

8.3.3 Tuottajien verokohtelu

Terveyspalvelujen tuottajien arvonlisäverokohtelu tulee yhdenmukaistaa. Selvitysmiehet ehdottavat, että välipanosten ostojen osalta terveyspalvelut yleisesti siirtyisivät käyttöön, jossa maksettu arvonlisävero siirretään sellaisenaan lopputuotteiden hintoihin tuottajan omistuspohjasta riippumatta. Tämän tulisi koskea myös valtion laitoksia silloin kun, ne toimivat alueella, jossa esiintyy kilpailevaa tuotantoa. Mahdollinen verotukseen liittyvä terveystaloudellinen tavoite saavutetaan paremmin verokantaa muuttamalla.

8.3.4 Korvauksen maksaminen

Sairausvakuutuskorvausta ei makseta julkisen sektorin omistamien laboratoriodien tekemistä tutkimuksista siinäkään tapauksessa, että ne on tehty yksityislääkärin lähetteellä ja potilaan maksama kokonaishinta ylittää laboratoriotutkimusten omavastuusuuden. Tämä tulkinta asettaa eri potilaat periaatteessa eriarvoiseen asemaan sairausvakuutuskorvausten suhteen. Selvitysmiehet esittävät, että Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kansaneläkelaitos ja pyrkivät ratkaisemaan tämän laki-, asetus- ja ohjetekstien ristiriidasta aiheutuvan ongelman.

8.3.5 Tutkimusten luokittelu

Selvitysmiehet esittävät että Kelan laboratoriorikoraustaksasta siirretään toimenpidetaksan sellaiset tutkimus- ja toimenpidetaksat, joissa laboratoriotyön osuus on vähäinen tai jotka luonteeltaan eivät ole laboratoriotutkimuksia vaan muita toimenpiteitä tai tutkimus- ja hoitokokonaisuuksia.

Lähdeluettelo

1. Sairausvakuutuslaki (1963), 4.7.1963/364, Helsinki
2. Sairausvakuutusasetus (1963) 1.11.1963/473, Helsinki
3. Sosiaali- ja terveysministeriön päätös sairausvakuutuslain 8 §:ssä tarkoitetun tutkimuksen ja hoidon korvaamista koskevan taksan perusteista (1994), 827/1994, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki
4. Lääkintöhallitus (1977), Lausunto ehdotuksesta sairausvakuutuslain 8 §:ssä tarkoitetun taksan perusteiksi, Helsinki
5. Linnakko, E, (1994), Suomen Lääkärilehti 26/1994, 2576
6. Laboratoriopalvelujen kehittäminen (1995), Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita, 1995:30
7. Konttinen, M (1996), Raju saneeraus terveydenhuoltoon, Helsingin Sanomat, 24.04.1996
8. Miettinen, A ym., (1998a); Monikanavaisen rahoituksen vaikutukset kliinisten laboratoriotutkimusten hinnoitteluun, laboratorio-organisaation tuotantorakentamiseen ja kokonaiskustannuksiin, Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 1998:35 94-102, Helsinki
9. Miettinen, A ym. (1998b); Sairausvakuutus luo väärät perusteet laboratoriopalveluiden käytölle ja kilpailulle, Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 1998:35: 283-285, Helsinki
10. Telakivi, T, Laine, A, Ronkainen, K ja Morri, P (1998), Laboratoriotutkimusten kustannukset ja sairausvakuutuksen laboratoriotutkimusten määräytymisperusteet, Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 1998:35:279-282, Helsinki
11. Sairaanhoitokorvausten maksaminen valtakirjasopimusmenettelyllä, (1999) Lääkäripalkkiot, Tutkimus ja hoito, Kansaneläkelaitos
12. Morri, P, (2000), Sairausvakuutuksen kustannusvastuuta on selkiytetty, Kauppalehti, 17.01.2000.
13. Willman, K, (2000), Julkisen laboratorioon huomattavasti halvemmalla, Suomen lääkirilehti, 39/ 2000; 3974, Helsinki
14. Linnakko E, Paunio P, Hartikainen K (2000); Lisää kilpailua laboratoriomarkkinoille, Suomen Lääkärilehti
15. Pekkarinen, T. (2000), TAYS:n laboratoriokeskusmalli, kiitos ei, Suomen lääkirilehti 34/2000; 3319, Helsinki
16. Kauppalehti (2000), Yksityissektori elää Kelan tukemalla ylihinnoittelulla, 05.01.2000
17. Helsingin Sanomat (2000), Laboratoriot taistelevat tutkimushinnoista, 19.01.2000.
18. Miettinen, A, (2000), Irti suunnitelmataloudesta laboratorioalalla, Suomen lääkirilehti 34/2000, 3373-33374
19. Miettinen, A ym., (2000), TAYS:n Laboratoriokeskus on perustettu uudistamaan terveydenhuollon rakenteita, Suomen Lääkärilehti, 35/2000; 3475-76

Liitteet

- 1. Selvitysmiehen asettaminen, Asettamispäätös 1.12.2000 Sosiaali- ja terveysministeriö**
- 2. Sairaanhoidopiireille osoitettu kyselylomake**
- 3. Yksityisille laboratorioille osoitettu kyselylomake**
- 4. Yhteenveto sairaanhoidopiirien toimintarakenteesta**
- 5. Asiamaksusäännösten laboratoriopalvelujen kilpailua vääristävä vaikutus – Kilpailuviraston arvio Dnro 391/71/2001**
- 6. Taulukko 6.1**

LIITE 1

Sosiaali- ja terveysministeriö
vakuutusosasto

ASETTAMISPÄÄTÖS STM0540:00/15/02/2000

1.12.2000

SELVITYSMIEHEN ASETTAMINEN**Asettaminen**

Sosiaali- ja terveysministeriö on tänään tekemällään päätöksellä kutsunut terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista ja kustannuksia selvittäviksi selvitysmieheksi professori Kale Juva ja erityisasiantuntija Eero Linnakko.

Selvitysmiesten tehtävänä on 30.6.2001 mennessä

- 1) selvittää laboratoriotutkimusten korvausten perusteena olevien taksojen määräytymisperusteet sekä ajanmukaisuus, kun otetaan huomioon laboratoriotutkimusten viimeaikainen kehitys sekä
- 2) selvittää julkisen ja yksityisen sektorin tarjoamien laboratoriotutkimusten kustannuslaskennan ja hinnoittelun periaatteet.

Selvitysmiesten tulee olla yhteistyössä ainakin sosiaali- ja terveysministeriön, kansaneläkelaitoksen, Suomen kuntaliiton, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoa sekä yksityistä sairaanhoidon ja laboratoriopalveluita edustavien tahojen kanssa.

Selvitysmiehillä on oikeus ottaa sivutoiminen sihteeri ja käyttää selvityksen valmistelussa asiantuntijoita sekä laadittua tämän selvitystyön tekemiseksi välttämättömiä tilastoja.

Kustannukset ja rahoitus

Selvitystyöstä aiheutuvat kustannukset suoritetaan momentilta 330121/TUKE-rahast.

Sosiaali- ja terveysministeri

Maija Perho

Ylitarkastaja

Lauri Pelkonen

LIITE 2

LABORATORIOKORVAUSSELVITYSMIEHET

Kale Juva, Eero Linnakko

26.02.2001

SAIRAAHOITOPIIIRIN LABORATORIOTOIMINTAA KOSKEVA KYSELY

Sairaanhoitopiiri:

Vastaaja:

Nimi:	
Asema:	
Yhteystiedot:	

1. Laboratoriotoiminnan organisointi sairaanhoitopiirinne alueella

Piirin keskussairaalassa on:

	Yksi laboratorio- blokki, jossa erikoisalut	Useita laboratorioyksiköitä
	Kyllä (x)	Mitkä (nimi)
Kliininen kemia		
Mikrobiologia		
Fysiologia		
Neurofysiologia		
Patologia		
Muu		

Sairaanhoitopiirissä on keskus- ja aluesairaloissa:

	Yksi laborato- rioblokki, jossa erikoisalut	Useita laboratorioyksiköitä
	Kyllä (x)	Mitkä (nimi)
Kliininen kemia		
Mikrobiologia		
Fysiologia		
Neurofysiologia		
Patologia		

Muu			
-----	--	--	--

Sairaanhoidopiirin alueella olevissa terveyskeskuksissa on _____ laboratoriota ja _____ toimipistettä

Onko sairaanhoidopiirissä vireillä laboratoriotöihin liittyviä **organisaatiomuutoksia**:

(esim: kunnallisen liikelaitoksen perustaminen, yhtiöittäminen, terveyskeskuslaboratorioiden toiminnan muuttaminen, diagnostisen blokin perustaminen, suunnitelma myynnin aloittamisesta yksityislääkäreiden potilaille tms.)

Mitä:

2. Laboratoriotöiden volyymi ja voimavarojen käyttöaste

Erikoisala	Tutkimusten lukumäärä (1999)	Piirin sairaaloissa on mahdollista lisätä laboratoriotöitä ilman lisäinvestointeja	
		Näytteenotto /potilaskäsittely	Analyysityö
		+ %	+ %
Kliininen kemia			
Mikrobiologia			
Kliininen fysiologia			
Neurofysiologia			

Patologia			
Muu			
Yhteensa			

Piirin alueella olevien terveyskeskusten laboratoriotointa vuonna 1999

Työn ja kustannusten ja- kautuminen	Tutkimusten kokonaismää- rä	Kustannukset
Oman toiminnan määrä		
Ostot julkisilta laborato- rioilta		
Ostot yksityisiltä laborato- rioilta		
Tuotanto yksityislääkärei- den läheteiden perusteella		

**Arvionne laboratorion kapasiteetin käyttöasteesta _____% piirin terveys-
keskuksissa**

3. Palvelusten hankinta- ja myyntivolyymit vuonna 1999

	Lukumäärä	Markkoina
Kuinka suuri osuus piirin terveys- keskusten ja sairaaloiden labora- torioanalytiikasta ostetaan yksi- tyislaboratorioista (% käytöstä/ kustannuksista, likiarvokin riittää)		
Kuinka suuri osuus piirin terve- yskeskusten ja sairaaloiden la- boratorioanalytiikasta ostetaan valtion tai yliopistojen ylläpitä- miltä laboratorioilta		
Kuinka suuri osuus piirin sairaalo- den ja terveyskeskusten laborato- rioiden tuotannosta myydään yk- sityisille palvelun tuottajille ja tai tuotetaan potilaille yksityislääkä- reiden läheteillä		

4. Näytteenotto

Laboratorion henkilökunta ottaa näytteet:	Vuodeosasto ottaa näytteet:	Poliklinikka ottaa näytteet:
Klo: –	Klo: -	Klo: -
Klo: –	Klo: -	Klo: -
Klo: –	Klo: -	Klo: –

Tyonjaon periaatteet:	
-----------------------	--

Muuta / Selvennyksiä:

5. Kustannuslaskenta

Onko sairaanhoitopiirinne julkisissa laboratorioissa toteutettu tutkimuskohtainen kustannuslaskenta

Laboratorion sijainti:	Kyllä/ei	Ensimmäisen ker- ran vuonna:	Laskenta uusittu viimeksi vuonna:
Keskussairaalassa			
Muissa sairaaloissa			
Terveyskeskuksissa			

Mikä on laboratoriokustannusten osuus piirinne sairaaloiden kokonaiskäyttökustannuksista

_____ %

Mikä on laboratoriokustannusten osuus käyttökustannuksista terveyskeskuksissa _____ %

Mitkä näytetutkimusten kustannustekijät (kemia, mikrobiologia, patologia) ovat mukana tutkimusten kustannuksissa ja millä periaatteella

Toiminto/kustannuslaji:	Kyllä (x)	% osuus kustannuksista	Laskentaperiaate / kriteeri	
			Tapahtuma	
Näytteenottokustannukset			Näyte	
			Analyyysi	
Laboratorioanalyysityö				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Työvoimakustannukset ml. työvoiman koulutus ja opetus, laboratorioyksikön hallinto ja johto 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Materiaalikustannukset 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tilakustannukset (laskennallinen tai todellinen vuokra) 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laittekustannukset (jaksotusmenetelmä esim: tasapoistot) 				
Pakkaus ja kuljetuskustannukset				
Tietojenkäsittely				
Tuotekehity- ja tutkimuskustannukset				
Laadunhallinnan kustannukset				
Markkinointi ja asiakaspalvelukustannukset (esim ohjekirjat)				
Paivystysaika tai työn kiireellisyys				
Sairaalan/sh-piirin hallinto ja johto				
Sijoitetun pääoman korko ja rahoituskustannukset				
Verot ja veronluontoiset maksut				
YHTEENSÄ		100 %		

Mitkä potilastutkimusten kustannustekijät (kliininen fysiologia, neurofysiologia) ovat mukana tutkimusten kustannuksissa ja millä periaatteella

Toiminto/kustannuslaji:	Kyllä	% osuus kustannuksista	Laskentaperiaate / kriteeri	
Näytteenotto ja potilaskäsittelykustannukset			Tapautuma	
			Näyte	
			Analyyysi	
Laboratorioanalyysityö				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Työvoimakustannukset ml. työvoiman koulutus ja opetus sekä laboratorioyksikön hallinto ja johto 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Materiaalikustannukset 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tilakustannukset (laskennallinen tai todellinen vuokra) 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laitekustannukset (jaksotusmenetelmä esim. Tasapoisot) 				
<i>Potilaskuljetus</i>				
Tietojenkäsittely				
Tuotekehity- ja tutkimuskustannukset				
Laadunhallinnan kustannukset				
Markkinointi ja asiakaspalvelukustannukset (esim ohjekirjat)				
<i>Päivystysaika tai työn kiireellisyys</i>				
Sairaalan/sh-piirin hallinto ja johto				
Sijoitetun pääoman korko ja rahoituskustannukset				
Verot ja veronluontoiset maksut				
YHTEENSÄ		100 %		

Mita atk-ohjelmaa on käytetty kustannuslaskelmien tekemiseen:

Toimittaja	Tuotenimi	Hankintavuosi / viimeinen päivitys

--	--	--

6. Laboratoriotutkimusten hinnoittelu

	Kyllä	Ei (miten hinnoiteltu)
Noudatetaanko piirin sairaaloissa yhte-naista hinnoittelua (sama hinta kaikilla)		
Onko sairaanhoitopiirissänne käytössä sisäinen laskutus sairaaloitten sisällä		
Onko sairaanhoitopiirissänne käytössä laskutus sairaaloitten laboratorioitten välillä		

Miten budjetti ja hinnat täsmäytetään		
---------------------------------------	--	--

Miten näytteenottokustannukset sisällytetty hintoihin: Onko se kaikille tutkimuksille sama vai vaihtelee se:

Kuvaus:

--

Ovatko hinnat erilaiset eri ostajille, vaihdellen esim. ostojen volyymin, tai ostajan omistusstatuksen mukaan:

Kuvaus hinnoitteluperusteesta (esim miten hinnoitellaan terveyskeskuksille myytävät tutkimukset, onko päivystysaikana viikonloppuisin tai kiireellisinä tehdyillä tutkimuksilla eri hinta?):

--

Mihin hinnoittelu perustuu

Omaan kustannuslaskentaan	
Muiden kustannuslaskelmiin, mutta omaan kustannustasoon ("kerroinmenetelmä")	
Taksoihin (esim KELA)	
Muu peruste, mikä?	

--	--

7. LIITTEET

Hinta / Kustannusluettelo

Pyydämme liittämään mukaan 1) tutkimushinnaston erikoisaloittain. Samoin pyydämme 2) tutkimusten lukumäärät ja hinnat/ kustannukset tutkimuksittain mielellään järjestettyinä tutkimusten kustannusten mukaan laskevaan järjestykseen. Hinnastosta tulisi käydä ilmi tutkimuksen ja siihen liittyvän näytteenoton kustannukset / hinnat. Mieluiten haluaisimme tiedot konekielisenä esim. Excel taulukkoina. Hinnaston / laskelman voi lähettää mielummin sähköpostin liitteenä (Excel taulukko) osoitteella:
eero.linnakko@kuntaliitto.fi

Pyydämme liittämään mukaan vastaukseen myös

Toimintakertomus, tilastot ja tilinpaatostiedot vuodelta 1999

Mielipiteet / ehdotukset:

Lomakeen palautus: Heidi Heiskanen
Suomen Kuntaliitto
2 linja 14

00530 Helsinki
Heidi.Heiskanen@kuntaliitto.fi

LABORATORIOKORVAUSSELVITYSMIEHET
Kale Juva, Eero Linnakko

LIITE 3
02.04.2001

YKSITYISTÄ LABORATORIOTOIMINTAA KOSKEVA KYSELY

Toimintayksikön nimi:

Vastaaja:

Nimi:	
Asema:	
Yhteystiedot:	

1. Laboratoriotoimintanne organisointi

Henkilökunnan määrä

Henkilökunta:	Lukumäärä
Laboratoriohoitajia	
Terveydenhoitajia tai vastaavia	
Laboratoriolääkäreitä tai kemistejä	
Muuta henkilökuntaa	

Laboratoriossanne on:

	Yksi yksikkö, jossa erikoisalat	<u>Useita laboratoriuksiköitä</u>
	Kyllä (x)	Mitkä (nimi)
<u>Kliininen kemia</u>		
Mikrobiologia		
Fysiologia		
Neurofysiologia		
Patologia		

Muu		

Onko laboratoriossanne vireillä laboratoriotointaan liittyviä organisaatiomuutoksia:

(esim. fuusio, toiminnan yhtiöittäminen, myynnin aloittamisesta julkisen sektorin sairaaloille ja terveyskeskuksille, toiminnan lopettaminen tms.)

Mitä:

2. Laboratoriotoininnan volyyymi ja voimavarojen käyttöaste

Onko

Erikoisala	Tutkimusten lukumäärä (1999)	Laboratoriossanne on mahdollista lisätä toimintaa ilman lisäinvestointeja	
		Näytteenotto/potilaskäsittely	Analyysityö
		+ %	+ %
Kliininen kemia			
Mikrobiologia			
Kliininen fysiologia			
Neurofysiologia			
Patologia			
Muu			
Yhteensä			

Erialaisten tutkimusnimikkeitten määrä _____

Potilaskäyntien määrä _____

Toimintanne vuonna 1999

Työn ja kustannusten jakautuminen	Tutkimusten kokonaismäärä	Kustannukset / liikevaihto
Oman toiminnan määrä		
Ostot julkisilta laboratorioilta		
Ostot yksityisiltä laboratorioilta		
Myynti julkisille laboratorioille		
Myynti yksityisille laboratorioille		

3. Laatu ja laadun varmennus

Miten olette järjestäneet laboratoriotutkimusten laadun seurannan?

Olisiko laboratoriotoiminnalla oltava jonkinlainen laatutunnus/sertifikaatti ?

1.Yleensä toiminnan ehtona

2Ehtona vakuutuskorvausten maksamiseksi potilaalle

--

Mikäli julkinen sektori perustaa alueella potilaskohtaisen laboratoriotulosten tietopankin, johon pääsy on vain potilaan luvalla, niin

1. Kannatettako hanketta vain julkisen sektorin toimintona?

2. Millä ehdoin liittyisitte tietoverkkoon?

4. Työn organisointi

Laboratorion aukioloajat:	
Minkälainen laboratoriotulosten tallennusjärjestelmä on käytössä?	
Kuinka suuri osa näytteenotoista tapahtuu lääkärisäkäynnin yhteydessä	

Kuinka merkittävänä pidätte, että laboratorion palvelut ovat vastaanoton yhteydessä

1. Potilaspalvelun kannalta	
2. Vastaanottavien lääkäreitten kannalta	

5. Kustannuslaskenta

Onko laboratoriossanne toteutettu tutkimuskohtainen kustannuslaskenta

Laboratorio	Kyllä/ei	Ensimmäisen ker- ran vuonna:	Laskenta uusittu viimeksi vuonna:
--------------------	----------	---------------------------------	--------------------------------------

--	--	--	--

Mikä on laboratoriokustannusten osuus toimintanne kokonaiskäyttökustannuksista

_____ %

Mitkä näytetutkimusten kustannustekijät (kemia, mikrobiologia, patologia) ovat mukana tutkimusten kustannuksissa ja millä periaatteella

Toiminto/kustannuslaji:	Kyllä (x)	% osuus kustannuksista	Laskentaperiaate / kriteeri	
Näytteenottokustannukset			Tapahtuma	
			Näyte	
			Analyyysi	
Laboratorioanalyysityö				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Työvoimakustannukset ml. työvoiman koulutus ja opetus, laboratorioyksikön hallinto ja johto 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Materiaalikustannukset 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tilakustannukset (laskennallinen tai todellinen vuokra) 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laitekustannukset (jaksotusmenetelmä esim. tasapoistot) 				
Pakkaus ja kuljetuskustannukset				
Tietojenkäsittely				
Tuotekehitys- ja tutkimuskustannukset				
Laadunhallinnan kustannukset				
Markkinointi ja asiakaspalvelukustannukset (esim. ohjekirjat)				
Päivystysaika tai työn kiireellisyys				
Lääkärikeskuksen/laitoksen hallinto ja johto				
Sijoitetun pääoman korko ja rahoituskustannukset				
Verot ja veronluontoiset maksut				
YHTEENSÄ		100 %		

Mitkä potilastutkimusten kustannustekijät (kliininen fysiologia, neurofysiologia) ovat mukana tutkimusten kustannuksissa ja millä periaatteella

Toiminto/kustannuslaji:	Kyllä	% osuus kustannuksista	Laskentaperiaate / kriteeri
Laboratorioanalyysityö			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Työvoimakustannukset ml. työvoiman koulutus ja opetus sekä laboratorioyksikön hallinto ja johto 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Materiaalikustannukset 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tilakustannukset (laskennallinen tai todellinen vuokra) 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laitekustannukset (jaksotusmenetelmä esim. Tasapoisotot) 			
<i>Potilaskuljetus</i>			
Tietojenkäsittely			
Tuotekehitys- ja tutkimuskustannukset			
Laadunhallinnan kustannukset			
Markkinointi ja asiakaspalvelukustannukset (esim. ohjekirjat)			
<i>Päivystysaika tai työn kiireellisyys</i>			
Lääkärikeskuksen/laitoksen hallinto ja johto			
Sijoitetun pääoman korko ja rahoituskustannukset			
Verot ja veronluontoiset maksut			
YHTEENSÄ		100 %	

Mitä atk-ohjelmaa on käytetty kustannuslaskelmien tekemiseen:

Toimittaja	Tuotenimi	Hankintavuosi / viimeinen päivitys

6. Laborioriotutkimusten hinnoittelu

Mihin laboriorionne hinnoittelu perustuu

Omaan kustannuslaskentaan	
Muiden kustannuslaskelmiin, mutta omaan kustannustasoon ("kerroinmenetelmä")	
Taksoihin (esim. KELA)	
Muu peruste, (esim. markkinatilanne) mikä?	

Ovatko hinnat erilaiset eri ostajille, vaihdellen esim. ostojen volyymin, tai ostajan omistusstatuksen mukaan:

Kuvaus hinnoitteluperusteesta (esim. miten hinnoitellaan terveyskeskuksille myytävät tutkimukset, onko päivystysaikana, viikonloppuisin tai kiireellisinä tehdyillä tutkimuksilla eri hinta?):

Miten hinnoittelette muualla tehdyt tutkimukset?

1. Jos tutkimus tehty yksityisessä laboratoriossa	
2. Tutkimus tehty julkisessa laboratoriossa?	

Miten näytteenottokustannukset sisällytetty hintoihin: Onko se kaikille tutki-
muksille sama vai vaihtelee se

Kuvaus:

**Tulisiko näytteenotto mielestänne hinnoitella erikseen myös Kelan taksassa, kuten
aikaisemmin oli laita?**

LIITTEET

Hinta / Kustannusluettelo

Pyydämme liittämään mukaan **1) tutkimushinnaston erikoisaloittain**. Samoin pyydämme, mikäli mahdollista **2) tutkimusten lukumäärät ja hinnat tutkimuksittain** mielellään järjestettynä myyntitulojen mukaan laskevaan järjestykseen. Hinnastosta tulisi käydä ilmi tutkimuksen ja siihen liittyvän näytteenoton kustannukset / hinnat. Mieluiten haluaisimme tiedot konekielisenä esim. Excel taulukkoina. Hinnaston / laskelman voi lähettää mieluummin sähköpostin liitteenä (Excel taulukko) osoitteella: kale.juva@fimnet.fi

Pyydämme liittämään mukaan vastaukseen myös:

Toimintakertomuksen, tilastot ja tilinpäätöstiedot vuodelta 1999: (Kopio lääninhallitukselle menneestä vuoden 1999 toimintakertomuksesta)

Muut mielipiteet / ehdotukset:

**Lomakkeen palautus: Sosiaali- ja terveysministeriö / Vakuutusosasto
Lauri Pelkonen
PL 33
00023 VALTIONEUVOSTO**

LIITE 4.

SAIRAANHOITOPIIRIEN VASTAUSTEN PIIRIKOHTAINEN YHTEENVETO

YLIOPISTOLLISET SAIRAANHOITOPIIRIT

1. Helsingin- Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Sairaanhoitopiirissä on yhteensä seitsemän laboratorioyksikköä: HYKS- laboratoriodiagnostiikka sekä Peijaksen ja Jorvin sairaaloiden laboratoriot. Sairaanhoitoalueilla on lisäksi neljä laboratorioyksikköä: Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaaloiden laboratoriot. Sairaanhoitopiirin alueella olevissa terveyskeskuksissa on 66 laboratoriota ja laboratoriotointa on 76 toimipisteessä.. Helsingin kaupungin terveyskeskusten laboratoriot (29) kuuluvat HYKS- Laboratoriodiagnostiikkaan ja Vantaan terveyskeskusten laboratoriot puolestaan (8) Peijaksen sairaalan laboratorioon. Helsingin kaupungin terveyskeskusten laboratoriot (29) kuuluvat HYKS- laboratoriodiagnostiikkaan ja Vantaan terveyskeskusten laboratoriot (8) Peijaksen sairaalan laboratorioon.

HYKS- laboratoriodiagnostiikka muodostettiin 1.1.2000 fuusioimalla Helsingin kaupungin, HYKS:n Laboratorion, HYKS- Diagnostiikan ja HYKS:n neurologian klinikan kliinisen neurofysiologian toiminnot. Tämän vuoksi kyselyyn vastattiin vuoden 2000 organisaation ja toimintalukujen perusteella. Alustavia selvityksiä on tehty HYKS- Laboratoriodiagnostiikan mahdollisesta muuttamisesta kunnalliseksi liikelaitokseksi ja pienimuotoinen kokeilu on käynnissä myynnin aloittamisesta yksityislääkäreiden potilaille. Keskeinen tavoite on nyt yhteen liittyneiden organisaatioiden nivominen toimivaksi kokonaisuudeksi sekä päällekkäisyyksien purkamisen jatkaminen. Tavoitteena on tulostasojen samankaltaistaminen niissä tilanteissa, joissa samaa tutkimusta tehdään useassa eri paikassa sekä kustannustehokkuuden lisääminen keskimääräistä automaatioastetta nostamalla, järjestämällä tuotantoa uudelleen sekä yhdistämällä toimipisteitä.

Kliiniseen kemiaan sisältyy kaikissa laboratorioissa mikrobiologisia perustutkimuksia kuten virtsaviljelyt/ Uricult ja nieluviljelyt, joista jatkonäytteet tavallisesti lähetetään tutkittavaksi kliinisen mikrobiologian laboratorioon ja negatiiviset vastataan itse sekä kliinisen fysiologian tutkimuksista yleensä lepo EKG-tutkimukset.

Näytteitä otetaan piirin sairaaloissa yhtä poikkeusta lukuun ottamatta läpi vuorokauden. Terveyskeskukset ottavat näytteitä vain normaalityöaikana. Pyrkimyksenä on ns. yhden testauksen periaate, jossa kaikki laboratoriot kuuluvat saman laatu- järjestelmän piiriin ja laboratoriotulokset ovat reaaliaikaisesti käytettävissä kaikissa potilaan eri hoitopisteissä. Tavoitteena on analytiikan yhdenmukaistaminen ja keskittäminen. Keskittäminen ei koske potilaan välittömässä hoidossa tarvittavaa päivystysanalytiikkaa eikä eräitä perusterveydenhuollon perusanalyysijä ja vuoteenvieri testauksia.

HYKS- Laboratoriodiagnostiikan kustannuslaskennan periaatteista ollaan parhaillaan sopimassa ja kustannuslaskenta valmistuu kesällä. Kustannuslaskentaohjelma on Datawell Oy:n Ecomed IC versio 5, joka on päivitetty viimeksi vuonna 2001. Sekä laborato-

rion omien että sairaalahallinnosta laboratoriotointaan kohdennettujen yleiskulujen jako sovittu siten, että näytemäärän perusteella kohdennetaan osa ja henkilöstökulujen perusteella osa esim. 20/80 %.

Yhtenäisiä sairaanhoitopiirin hintoja ei ole, vaan jokainen sairaala tai sairaanhoitoalue käyttää omia hintojaan. Sairaaloiden sisällä on käytössä sisäinen laskutus, samoin kuin eri sairaaloidenkin välillä. Näytteenottokustannukset eivät sisälly hintoihin, vaan ne laskutetaan erikseen. Näytteenkäsittely lasketaan omana suoritteenaan, josta ei vielä ole päätetty sisällytetäänkö se hintoihin vai ei. Tutkimusprojektit ovat omia suoritteinaan.

Näytteenottokustannukset vaihtelevat mm. päivystykseen, näytteen laatuun ja näytteenottoon liittyen. Päivystysnäytteeksi katsotaan klo 16.00 – 7.00 välisellä ajalla otetut sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja arkipäivinä otetut näytteet sekä päivä aikana kiireelliset näytteet. Osalla päivystysaikana otetuista tutkimuksista ja kiireellisenä pyydettyillä tutkimuksilla on poikkeava hinta tai niissä käytetään päivystys/kiireellisyyslisää.

Hinnoittelu perustuu kustannuslaskentaan. Uusi kustannuslaskenta on parhaillaan käynnissä vuoden 2000 tietojen pohjalta. Kustannuslaskennan laskentasääntöjen yleisissä ohjeissa todetaan mm., että laskennassa on poistettava tutkimus- ja opetustoiminnan kustannukset henkilöstökustannuksista, kustannuslaskennan yhteissumman tulee olla v. 2000 tilinpäätös lisättyinä yksikölle osoitettuina vyörytyksillä ja vähennettynä mm. uloslähetettävien tutkimusten ja verituotteiden tuloilla sekä mahdollisen tutkimus- ja opetustoiminnan kustannuksilla ja että tarvikkeista mukaan ei oteta opetus- ja tutkimustoiminnan materiaalikuluja.

2. Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri

Turun yliopistollisen keskussairaalan ja Turun kaupungin laboratoriotointa on hallinnollisesti koottu yhteen yksiköön (Tyks -laboratoriot), johon vuoden 2001 alusta on liitetty myös Härkätien kuntayhtymän laboratoriotointa. Keskussairaalan laboratorioissa ei ole käyttämätöntä kapasiteettia, mutta piirin aluesairaaloissa sitä on jonkin verran sekä näytteiden käsittelyyn että analytiikan osalta. Aluesairaaloiden patologian analytiikka osataan kokonaisuudessaan ulkopuolelta niin, että ostot yksityisiltä ovat noin 60% ja julkisilta 40% kokonaistarpeesta.

Keskussairaalan näytteenotto on ympäri vuorokautista ja sitä tekevät sekä laboratorion että poliklinikan ja vuodeosaston henkilökunta. Raision aluesairaalassa näytteet ottaa normaalin työaikana laboratorion oma henkilökunta ja päivystysaikana vuodeosaston ja poliklinikan henkilökunta. Piirin terveyskeskusten laboratoriot toimivat normaalin työajan puitteissa. Vakka- Suomen aluesairaalassa laboratorion henkilökunta ottaa näytteitä vain aamupäivisin. Turunmaan sairaalassa näytteitä otetaan normaalin työajan puitteissa kello 7.17-15.30 välisenä aikana ja laboratorion henkilökunta ottaa yleensä kaikki näytteet. Loimaan aluesairaalassa näytteitä otetaan kello 7 ja 20 välillä. Osastot ottavat pääasiassa vain veriviljelyt ja osan hätätilänäytteistä.

Tutkimuskohtainen kustannuslaskenta on toteutettu kaikissa piirin julkisissa sairaalalaboratorioissa. Laskentaohjelma on kaikissa Kuntaliiton LAKU, joka on hankittu 90-luvun alussa. Turunmaan sairaala äskettäin hankkinut käyttöönsä ECOMED IC ohjelman, jolla kustannukset seuraavan kerran lasketaan. Joissakin, mutta ei kaikissa piirin alueella sijaitsevilla terveyskeskuksissa on toteutettu tutkimuskohtainen kustannuslaskenta. Ensimmäisen kerran tämä tapahtui vuonna 1994 ja laskelmat on uusittu viimeksi vuonna 2000. Myös niissä laskentaohjelmistona on käytetty Suomen Kuntaliiton LAKU ohjel-

mistoa. Sairaaloiden kustannuksissa on huomioitu kaikki LAKU ohjelmassa esiintyvät kustannustekijät. Terveyskeskusten kustannuslaskennassa on otettu huomioon vain tavanomaisimmat kustannustekijät.

Laboratoriotutkimusten hinnoittelu sairaanhoitopiirissä ei ole yhtenäistä, vaan perustuu kunkin sairaalan omiin kustannuslaskelmiin. Kaikissa sairaaloissa on käytössä sisäinen laskutus samoin kuin laskutus ulosmyytävistä tutkimuksista. Keskussairaalan laboratorioyksikössä on (ilmeisesti) käytössä tasejatkuvuus koska hintoja ei täsmäytetä talousarvioon eikä palautuksia kunnille makseta.

Näytteenotto on mukana hinnoissa erillisenä tekijänä (37 mk/ kerta) ja se laskutetaan kunkin näytteenottokerran perusteella. Yhdestä näytteestä tehdään keskimäärin 8 analyysiä, joten tutkimusta kohti näytteenoton hinta on 5 mk. Keskussairaalassa on käytössä kymmenen eri näytteenottohintaa riippuen näytteen luonteesta. Mikäli näyte on otettu muualla ei näytteenottoa peritä enää hinnoissa. Vaikka eri laboratorioden hinnat vaihtelevat tutkimuksittain ovat ne kaikissa laboratorioissa samat kaikille ostajille ja perustuvat omiin kustannuslaskelmiin. Keskussairaalan hinnat ovat samat myös tekoajankohdasta riippumatta, mutta patologian tutkimuksista saatetaan periä 170 mk kiireellisyyssissä. Aluesairaaloiden päivystysaikaisten tutkimusten korkeammat hinnat subventoidaan sairaanhoitopiiriin jakaman erityisvelvoitemaksun avulla. Siksi päivystyshinnat eivät poikkea normaali hinnoittelusta. Terveyskeskuksille tutkimuksia myydään samalla hinnalla kuin sairaalan sisälläkin. Turunmaan sairaala perii yksityisiltä erikoismaksuluokan potilailta hieman korkeamman hinnan. Hinnat siellä perustuvat sekä omaan kustannuslaskentaan että Kelan taksoihin. Vain Loimaan aluesairaalassa on erillinen näytteenotto ja käsittelemäksu joka on joko 10 tai 20 mk analyysiä kohti. Siellä hinnat ovat samat sekä sairaalalle että terveyskeskukselle, mutta yksityispotilailta peritään vielä erillinen 10 mk käsittelemäksu. Loimaan aluesairaala palauttaa mahdollisen ylijäämän jäsenkunnille

3. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Pirkanmaalla keskeisin laboratorioyksikkö on liikelaitostettu Laboratoriokeskus, johon kuuluvat sekä yliopistollisen sairaalan, sairaanhoitopiiriin että Tampereen kaupungin laboratoriotoinnot. Potilastutkimuksiin keskittyvät kliinisen neurofysiologian että kliinisen fysiologian yksiköt ovat erillisiä keskussairaalan tulosityksiköitä. Mäntän, Valkeakosken ja Vammalan aluesairaaloiden laboratorioyksiköt ovat vielä erillisiä laboratorioita, mutta vuoden 2001 toukokuussa Mäntän aluesairaalan laboratorio liitetään Laboratoriokeskukseen.

Vuoden 1999 alusta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin perustettu kunnallinen liikelaitos (Laboratoriokeskus) tuottaa sairaanhoitopiiriin sairaaloiden ja terveyskeskusten tarvitsemia laboratorion palveluja. Vuoden 2001 alusta lukien 10 terveyskeskusta on tehnyt päätöksen siirtää laboratorion palvelunsa tuotettavaksi Laboratoriokeskuksessa osana sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän toimintaa. Vuoden 2001 aikana rakennemuutos etenee Mäntän aluesairaalaan ja Mäntän seudun terveyskeskukseen. Kuntayhtymän hallituksen vuonna 1997 tekemän linjauksen mukaan tavoitteena on koko Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin alueen kunnallisen terveydenhuollon vaatiman laboratorioanalytiikan yhdistäminen yhden organisaation alaisuuteen näytetutkimusten osalta.

Piiriin keskussairaalassa ja Valkeakosken aluesairaalassa oleva laboratorio päivystää ympäri vuorokauden mutta muissa aluesairaaloissa toimitaan vain yhdessä vuorossa normaalina työaikana. Laboratoriokeskuksen laboratorioissa voidaan lisätä analytiikkaa noin 25% siinä tapauksessa että työaika, henkilöstö, kuljetus ja tiedonsiirtotekniset voi-

daan toteuttaa laajana alueellisena ratkaisuna, jossa automatisoitavaa tuotantoa keskitetään ja voimavaroja vapautetaan asiakaspalveluun alueellisissa toimipisteissä. Mäntän aluesairaalan analytiikkaa voitaisiin lisätä kliinisen kemian osalta jopa 45% mutta Valkeakosken ja Vammalan aluesairaaloissa ei ylikapasiteettia ole.

Kustannuslaskenta on keskussairaalassa ja Laboratoriokeskuksessa toteutettu tutkimuskohtaisesti ensimmäisen kerran vuonna 1993. Mäntän ja Valkeakosken aluesairaalassa laskenta aloitettiin 1997 ja tarkistettiin Mäntässä 1999 ja Valkeakoskella 2001. Mukana kustannuksissa on myös sijoitetun pääoman korko Ohjelmistona on QPR Finlandin vuonna 1999 toimittama ohjelma Cost Control. Mäntän aluesairaalan käyttämä kustannuslaskentaohjelma on keskussairaalassa aikoinaan kehitetty MEDIVISIO ohjelma. Vammalan aluesairaalassa ei kustannuslaskentaa ole toteutettu.

Hinnoitteluperusteet eivät piirin alueella ole yhtenäiset, vaan aluesairaalat noudattavat vielä omaa hinnoitteluaan. Mäntän, Valkeakosken aluesairaala noudattaa kuitenkin samaa hinnoittelua kaikille asiakkailleen. Vammalan aluesairaala käyttää laboratoriokeskuksen hintoja täsmäyttämällä ne omaan tutkimustuotantoon ja kustannustasoon. Muut aluesairaalat käyttävät jo sairaanhoitopiiriin määrittelemiä hintoja, mutta ilman päivystyskorotusta. Sairaaloiden sisällä ja välillä ovat käytössä sisäiset hinnat. Laboratoriokeskuksen osalta hinnoittelu tapahtuu tuote- ja asiakaskohtaisen kannattavuuden periaatteella kustannusperusteisesti eikä hintoja täsmäytetä kustannuksiin.

Laboratoriokeskuksessa näytteenottotapahtuma ja muut siihen liittyvät pre-analyttiset toiminnot on tuotteistettu ja hinnoiteltu analytiikasta erikseen. Tavallinen verinäytteenotto, erityisnäytteenotot sekä päivystysaikainen näytteenotto on hinnoiteltu erikseen tuotekohtaisen kannattavuuden periaatteella. Näytteenoton hinnat kattavat myös palveluvalmiuden ylläpitämisen näytteenottopisteissä tilaaja asiakkaan edellyttäminä aukioloaikoina. Näytteenotolla on näin ollen ollut eri hinta eri laboratoriokeskuksen toimipisteissä. Mäntän aluesairaalassa näytemenoton kustannus on 38 mk (8mk/ analyysi), jota ei kuitenkaan ole lisätty terveyskeskuksesta perittyyn hitaan. Valkeakoskella näytemenoton kustannus on sama.

Hinnoittelu Laboratoriokeskuksessa perustuu omaan kustannuslaskentatietoon, mutta ottaen huomioon myös ns. markkinahinnat. Normaaliaikaisten tutkimuspalvelusten hinta on sama eri toimipisteissä. Päivystysaikaiset tutkimuspalvelut on kuitenkin hinnoiteltu erikseen kustannuksia vastaavasti. Hinnat yksityislääkäreille myytävien palvelujen osalta vahvistaa keskuksen johtokunta. Nämä ovat ns. listahintoja, joita käytetään myös sairaanhoitopiiriin sisäisessä myynnissä. Vammalan aluesairaalassa päivystysaikaisen tutkimuksen hinta on kaksinkertainen normaali työaikana tehtyyn verrattuna.

Laboratoriokeskus on toukokuusta 1999 lähtien tarjonnut näytteenotto- ja laboratoriotutkimuspalveluja myös yksityislääkäreiden potilaille. Myös piirin aluesairaalat myyvät laboratoriopalveluja yksityislääkäreiden potilaille. Pienemmillä paikkakunnilla on ollut käytäntönä jo tätä ennen tarjota laboratoriopalveluja maksutta yksityislääkäreiden potilaille. Jotkut terveyskeskukset ovat alkaneet periä tästä maksua vuodesta 1999 alkaen, mutta eivät kaikki.

4. Pohjois- Savon sairaanhoitopiiri

Sairaanhoitopiirissä on yksi laboratorio blokki, jolla on yksiköt Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa ja aluesairaaloissa Varkaudessa ja Iisalmessa. Yliopistollisen sai-

raalan laboratoriossa ovat edustettuna kliinisen kemian, mikrobiologian, kliinisen fysiologian, neurofysiologian ja patologian lisäksi kliinisen genetiikan erikoisala. Aluesairaaloissa erikoisalat ovat kliininen kemia, mikrobiologia ja kliininen fysiologia. Sairaalalaboratoriolla on siis kolme toimipistettä. Sairaaloiden laboratoriot ovat sopineet alueellisesta työnjaosta siten, että piiri on jaettu sopimuksella kolmeen toiminta-alueeseen, joilta kullakin laboratoriossa on päävastuu.

Näihin toimipisteisiin on yhdistetty kunkin sijaintipaikkakunnan terveyskeskusten laboratoriot. Sairaanhoidopiiriin alueella olevissa terveyskeskuksissa on 18 laboratoriota ja näissä yhteensä 25 toimipistettä. Varkauden aluesairaala ostaa yksityisiltä tuottajilta noin 1,4 % tutkimuksista, mutta koska ne ovat keskimääräisiä kalliimpia vastaavat nämä ostot yli 5 % kustannuksia.

Näytteenotto on mahdollista keskussairaalan laboratoriossa ympäri vuorokauden. Kii-reellisissä tapauksissa vuodeosasto ottaa näytteet. Aluesairaaloissa näytteenottoa ei ole kello 20 jälkeen yöllä. Näytteenotto aloitetaan klo 7 aamulla.

Kustannuslaskenta on toteutettu kaikissa sairaanhoidopiiriin alueella olevissa sairaala ja terveyskeskus laboratoriossa. Ensimmäiset laskelmat toteutettiin keskussairaalassa jo vuonna 1987 ja aluesairaaloissa 1991. Laskelmat on tehty viimeksi uudestaan vuonna 2000 kaikissa sairaalalaboratoriossa. Terveyskeskuksissa laskenta aloitettiin 1999. Sairaaloiden kokonaiskäyttökustannuksista laboriokustannukset ovat noin 6%. Terveyskeskusten osalta laboriokustannukset ovat noin 4%. Kustannuslaskennassaan keskussairaala käyttää omaa ja itse tekemäänsä atk ohjelmaa. Hinnoittelu perustuu näihin laskelmiin. Aluesairaaloissa käytössä on Kuntaliiton kehittämä LAKU ohjelma.

Piirin sairaaloissa noudatetaan yhtenäistä hinnoittelupolitiikkaa ja hinnoittelu koskee myös sairaalan omia tutkimuksia tilaavia yksiköitä. Hinnoilla pyritään nollakatteeseen ja tarvittaessa hinnat ja budjetti täsmäytetään hyvityslaskulla. Näytteenotokustannus sisällytetään hintoihin ja se on sama kaikilla näytetutkimuksilla vuorokauden ajasta riippumatta. Ne yksiköt, jotka ottavat näytteet itse saavat vastaavan hyvityksen hinnoissa. Alennus toteutetaan vuositasolla. Keskussairaalan kliinisen kemian yksikölle on myönnetty sertifiointi

5. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri

Piirin sairaaloissa on yksi laboratorio-organisaatio, johon kuuluvat yliopistollisen sairaalan diagnostiset yksiköt. Alueella ei ole vireillä laboratoriotoinnin uudelleen organisoimista koskevia hankkeita. Päivystystutkimusten määrä on 23% koko tutkimusmäärästä. Tämä johtuu siitä, että viikonloppuina tutkimukset lasketaan päivystystutkimuksiksi. Tavallisina arkipäivinä päivystysten osuus on noin 10%. Näytteenotto on keskitetty kokonaan laboratorioon.

Keskussairaalassa tutkimuskohtainen kustannuslaskenta toteutettiin ensimmäisen kerran vuonna 1992. Muissa piirin sairaaloissa tai terveyskeskuksissa ei tutkimuskohtaista kustannuslaskentaa ole vielä toteutettu. Laskentaohjelma on Kuntaliiton LAKU.

Hinnoittelu ei ole yhtenäistä mutta sisäinen laskutus on toteutettu molemmissa sairaaloissa. Sisäisessä laskutuksessa hinta on 18% korkeampi ulkoiseen hintaan verrattuna. Ero kattaa näytteenoton kustannukset. Keskussairaalassa on käytössä kolme eri hintaa niin että sisäisen laskutuksen hinta sisältää näytteenoton. Ulos myytävien tutkimusten hinnassa taas ei ole mukana näytteenottoa. Päivystysaikana hinnat ovat normaali työaikaa korkeammat. Päivystystutkimusten hinta on 2,3 -kertainen normaalina työaikana tehtyihin tutkimuksiin verrattuna. Hinnat perustuvat omiin kustannuslaskelmiin. Sa-

moin myynti eri yksiköiden välillä perustuu tuotantokustannuksiin. Mikäli ylijäämää syntyy se palautetaan.

MUUT SAIRAANHOITOPIIIRIT

6. Satakunnan sairaanhoitopiiri

Keskussairaalassa laboratorio on kuulunut vuoden 2001 alusta sairaanhoidollisten palvelujen tulosalueeseen, johon kaikki laboratorioerikoisalajat kuuluvat omina tulosityksiköinä. Myös Rauman aluesairaalan ja Satalinnan sairaalan jakamattomat laboratoriot on yhdistetty piirin sairaanhoidollisten palvelujen blokkiin vuoden 2001 alusta lukien. Organisaatiouudistuksesta aiheutuvat käytännön rationalisointitoimenpiteet ovat vielä osin kesken. Satalinnan sairaalan aikoinaan 19 hengen laboratorio toimii nyt 6 työntekijän laboratorioyksikkönä, kun keuhkosairauksien hoito siirrettiin keskussairaalaan. Harjavalan sairaalassa on yhden laboratoriohoitajan varassa toimiva näytteenottopiste, jossa tehdään myös jonkin verran analyysityötä.

Sairaanhoitopiirin alueella toimivat kolme erillistä Multilab2 tietojärjestelmää on sulautettu yhteen vuoden 2000 lopulla. Makropilotti projektiin liittyen toteutetaan HL7 pohjaista tietoliikennejärjestelmää, jossa terveyskeskusten tekemät tutkimuspyynnöt siirtyvät automaattisesti sairaanhoitopiiriin Multilab pyyntötiedostoon silloin, kun tutkimus tehdään piirin omistamassa laboratoriossa. Tutkimustuloksen valmistuttua vastaus palaa automaattisesti terveyskeskuksen potilastietojärjestelmän tulostiedostoon.

Porin kaupungin sairaalan kanssa on menossa yhteistyöprojekti, jossa kaupunginsairaalan immunologiset analyysit ja muut pienten volyymien tutkimukset (alle 1000 pyyntöä vuodessa) pyritään keskittämään sairaanhoitopiiriin laboratorioon. Piirin sisällä on sovittu käytännöstä, jossa kukin terveyskeskus ja sairaala näytenumeron eteen liitetään laitoksen tunniste. Näin näytenumero ja sen viivakoodi ovat käypä tunniste myös vastaanottavan laboratorion tietojärjestelmässä sellaisenaan.

Kliinisen kemian erikoisalalla noin 10-15% lisäys näytteenotossa ja analytiikassa olisi mahdollista. Yksikössä pystyttäisiin 10% henkilöllisyyksellä toteuttamaan 20% näytteenottolisäys ja 40% lisäys analyysityössä ilman tila- tai laiteresurssien lisäystä. Jo olemassa olevan henkilöstön uudelleenjärjestelyillä ja keskittämällä kyseiset tuotannonlisäykset pystyttäisiin toteuttamaan jopa kokonaan ilman henkilöstöllisyyksiä.

Näytemenoton hoitaa pääsääntöisesti laboratorion henkilökunta neljän näytteenottokieron yhteydessä. Dialyysi ja teho-osasto ottavat itse kanyylinäytteet ja laboratorio pistonäytteet. Poliklinikoilla otetaan osa vitsinäytteistä, mutta päivystysnäytteetkin ottaa pääsääntöisesti laboratorion oma henkilökunta.

Sairaanhoitopiirissä on laboratoriotutkimuskohtainen kustannuslaskenta aloitettu 1990 luvun alussa. Uudet laskelmat tehdään noin kolmen vuoden välein, kun toiminnan muutoksia on toteutettu riittävästi. Kliinisen kemian kustannuslaskelmat laskettiin kolme kertaa Kuntaliiton LAKU ohjelmalla. Kliinisessä mikrobiologiassa ja fysiologiassa käytetään itse tehtyä laskentajärjestelmää, jossa kaikki kulut ja vyörytykset on siirretty tutkimusten hintoihin. Kliinisen neurofysiologian kustannukset lasketaan RADU ohjelman avulla ja patologian kustannukset omalla Excel-pohjaisella ohjelmalla. Näytetutkimusten osalta potilaskohtaisen näytteenottotahtuman kustannuksen on laskettu olevan noin 20 mk. Tämä kustannus on jaettu

näytetutkimuksille, joissa laboratorio ottaa näytteen niin, että pistokertaa kohti on neljä analyysiä (ts. 5 mk/ tutkimus).

Hinnat perustuvat kustannuslaskelmiin ja piirissä on käytössä sekä sisäinen että normaali myyntihinnoittelu. Hintoja on aina muutettu niin, että tuotannon myyntiarvo kattaa tuotantokustannukset kaikkine oastekijöineen. Viimeinen hinnasto on tehty keväällä 1999, jolloin vuoden 1998 tilinpäätöksen sisäiset vyörytykset ja päivystytutkimusten 30% korkeampi hinta otettiin huomioon. Samalla kun sairaalakohdattaiset osavastuualueet vuoden 2001 alussa purettiin ja laboratoriot toimivat koko piirin kattavana tulosityksikkönä, yhtenäistettiin laboratoriotutkimusten hinnat. Kaikki hinnat täsmäytetään tilinpäätökseen niin, että menojen ja tulojen vastaavuuden voidaan olettaa toteutuvan. Erikoistutkimusten osalta tutkimusten keskittämistä keskussairaalaan on tuettu alennettujen hintojen avulla. Muualta lähetettyjen tutkimusten osalta ei näytteenottokustannuksia ole mukana hinnoissa.

7. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

Keskussairaalassa on yhtenäinen laboratoriblokki, jossa on edustettuina sekä kliininen kemia että mikrobiologia. Patologian laboratorio on erillinen oma yksikkönsä. Pieksämäen aluesairaalassa on erillinen kliinisen kemian laboratorio. Sairaanhoitopiirin alueella on 6 terveyskeskuslaboratoriota, joilla on yhteensä 13 toimipistettä. Aluesairaalan laboratorion analyysikapasiteettia riittäisi noin 25% suuremmalle tuotannolle. Näytteenottoa voitaisiin lisätä noin 10%.

Vuoden 2000 alussa Mikkelin keskussairaalan ja Mikkelin seudun terveyskeskus kuntainliiton laboratorio-toiminnot yhdistettiin. Suunnitelmia yhden diagnostisen blokin perustamiseksi tai laboratoriotoininnan yhtiöittämiseksi tai myynnin aloittamiseksi yksityislääkäreiden potilaille ei ole. Yhteistyön lisääminen muiden terveyskeskusten laboratorioden kanssa on kyllä tavoitteena.

Keskussairaalan laboratoriossa näytteenotto on ympärivuorokautista ja näytteenotto kiertää 7 kertaa vuorokaudessa.

Tutkimuskohtainen kustannuslaskenta on toteutettu piirin sairaaloissa, mutta ei terveyskeskuksissa. Ensimmäisen kerran laskelmat tehtiin vuonna 1993. Kustannuksiin on liitetty myös sijoitetun pääoman korko ja verot. Kustannuslaskelmat on toteutettu Kuntaliiton LAKU ohjelmalla sekä keskus- että aluesairaalassa.

Hinnoitteluperiaatteet ja hinnat ovat samat kaikille piirin yksiköille. Sekä sairaalan sisällä että sairaaloiden välillä käytetään siirtohintoja. Kliinisiltä tulosityksiköiltä veloitetaan vain todelliset kustannukset, jotka täsmäytetään budjettiin vuoden lopussa. Kaikilla tutkimuksilla on sama näytteenottokustannus (4 mk/ tutkimus). Jatkossa se hyvitetään niille terveyskeskuksille, jotka ottavat itse näytteen ja toimittavat pyynnön atk järjestelmän kautta. Myös tutkimushinnat ovat vuoteen 1999 asti olleet samat kaikille käyttäjille. Vuodesta 2000 alkaen hinnat ovat erilaiset normaalina työaikana ja päivystysaika. Tutkimuksen kiireellisyyttä ei toistaiseksi pystytä hinnoittelemaan. Pelloksen tehtaiden työterveysasemalle tutkimukset myydään Kelan taksoilla.

8. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Selvitys sairaanhoitopiirin laboratoriotoiminnan uudelleen organisoinnista alueen kuntien ja keskussairaalan yhteistyönä on valmisteilla. Suurin osa alueen terveyskeskuslaboratorioista ottaa näytteitä ja tutkii ne myös yksityislääkäreiden läheteillä.

Laboratorion henkilökunta vastaa näytteenotosta pääsääntöisesti kaikkien työvuorojen aikana. Poliklinikka ottaa virtsanäytteet tarvittaessa.

Tutkimuskohtainen kustannuslaskenta on toteutettu ensimmäisen kerran vuonna 1992 ja uusittu viimeksi vuonna 2000. Laskentaohjelma on Ecomed IC.

Hinnoittelussa jokainen tuottaja alueella noudattaa omia hinnoitteluperiaatteitaan. Keskussairaalassa hinnoittelu perustuu omaan kustannuslaskentaan. Näytteenotto ei sisällä tutkimuksen hintaan vaan näytteenottokustannukset vyörytetään osastoille tutkimusmäärien suhteessa. Päivystysaikana tehdyillä tutkimuksilla on eri hinta. Silloin, kun tutkimuksia myydään julkisen sektorin ulkopuolelle lisätään myyntihintoihin 8% korotus, muuten kaikki myynti perustuu omakustannushintaan.

9. Itä-Savon sairaanhoitopiiri

Keskussairaalassa kliininen kemia, hematologia, mikrobiologia ja isotooppitutkimukset kuuluvat samaan tulosityksikköön ja neurofysiologia ja patologia puolestaan ovat omina tulosityksiköinä. Neuvotteluja Savonlinnan perusterveydenhuollon terveyskeskuslaboratorion ja Rantasalmen ja Punkaharjun toimipisteiden yhdistämisestä keskussairaalan laboratorioon on käyty, mutta päätöstä asiasta ei ole vielä tehty. Jo nyt Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayhtymä ja Kaakkois-Savon kansanterveystyön kuntayhtymä lähettävät suurimman osan tutkimuksiaan keskussairaalan laboratorion tehtäväksi. Kaikissa piirin terveyskeskuslaboratorioissa ja toimipisteissä otetaan näytteitä Savonlinnan keskussairaalan potilaille ja näytteet tulevat keskussairaalan laboratorioon analysoitaviksi.

Keskussairaalan näytteenotto on lähes kokonaan laboratorion henkilökunnan tekemää. Vain teho-osastolla, dialyysiyksikössä ja ensiapupoliklinikalla näytteenotosta vastaavat ko. yksikön omat työntekijät. Kierrot tehdään kahden tunnin välein.

Tutkimuskohtainen kustannuslaskenta aloitettiin ensimmäisen kerran vuonna 1991 ja laskelmat on viimeksi tehty vuonna 1997. Käytetty laskentaohjelma on Kuntaliiton LAKU

Hinnoittelu on kaikkina aikoina ja kaikille asiakkaille sama. Sairaalan sisällä on käytössä sisäinen laskutus. Hinnat täsmäytetään budjettiin.

10. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri

Keskussairaalan kliinisen kemian, mikrobiologian, kliinisen fysiologian (sisältää myös neurofysiologian) ja patologian laboratoriot kuuluvat sisäisten palveluiden tulosalueeseen erillisinä yksikköinä. Lounais-Hämeen aluesairaalan ja Forssan-seudun terveys-

keskuksen laboratoriot yhdistettiin vuonna 1995 ja vuonna 2001 koko aluesairaala erosi sairaanhoitopiiristä. Hämeenlinnan seudun terveyskeskuksen laboratorio yhdistyi keskussairaalan kliinisen kemian laboratorioon vuoden 2000 alussa ja suunnitteilla on yhdistää tähän yksikköön myös Janakkalan terveyskeskuksen että Lammi-Tuuloksen terveyskeskusten laboratoriot. Riihimäen aluesairaalan laboratorion ja Riihimäen seudun terveyskeskuksen laboratorion yhdistäminen on suunnitteilla erikseen alueellisesti. Yksityislääkäreiden läheteillä tehtävät tutkimukset ja myynti yksityisille laboratorioille on vähäistä.

Keskussairaalan ja Lounais-Hämeen aluesairaalan näytteenotto toimii ympäri vuorokauden ja se tehdään käytännöllisesti katsoen kokonaan laboratorion omin voimavaroin. Vain keskussairaalan teho-osastolle näytteenotosta vastaa osaston oma henkilökunta ja dialyysipotilaiden osalta dialyysipoliklinikan henkilökunta. Riihimäellä näytteenottoa ei ole klo 19 jälkeen. Terveyskeskusten näytteenotto toimii vain normaalina työaikana.

Kustannuslaskenta on toteutettu piirin kaikissa sairaaloissa jo 1990 luvun alussa (1992). Viimeksi laskelmat on tarkastettu tänä vuonna (2001). Laskelmat on keskussairaalassa toteutettu samalla ohjelmalla kuin Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (MediVisio). Lounais-Hämeen aluesairaalassa ohjelmistona on käytetty Kuntaliiton LAKU ohjelmaa. Näytteenoton kustannukset sisältyvät analyysikustannuksiin ja se on ollut arvoltaan 10 mk tutkimus.

Hinnoittelu piirin sairaaloissa ei ole yhtenäistä. Keskussairaala myy vuoden tai kahden sopimuksilla kemian ja mikrobiologian tutkimuksia omakustannushinnalla. Tosin työterveydenhuollolle ja A-klinikalle tutkimuksia on edelleen myyty vanhalla SV-taksa-10% periaatteella. Keskussairaala on kiireellisenä toimitetun päivystystutkimuksen hintaan lisännyt niisanotun päivystysisän 20 mk ja päivystysaikana tehtyihin, mutta ei kiireellisiin 10 mk. Kliinisen fysiologian tutkimuksilla on kuitenkin yhtenäiset hinnat. Lounais-Hämeen aluesairaala käyttää samaa hintaa sekä sairaalan sisällä että terveyskeskuksille myytäviin tutkimuksiin, eikä päivystysaikana ole noudatettu eri hinnoittelua. Poikkeuksen ovat muodostaneet vanhainkodit ja yksityispoliilat. Hinnoittelu on perustunut pääsääntöisesti omaan kustannuslaskentaan paitsi patologian osalta, jossa on käytetty markkinahinnoittelua.

11. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Sairaanhoitopiirissä sairaanhoidollisten palvelujen tulosalue, jossa on useita erillisiä laboratorioerikoisalan mukaisia laboratoriotulosyksiköitä. Uudelleenorganisointisuunnitelmia ei ole vireillä.

Laboratorio ottaa itse kaikki kliinis-kemialliset näytteet, mutta mikrobiologian näytteenotto on osittain hajautettu osastoille ja poliklinikoille.

Kustannuslaskenta aloitettiin vuonna 1993. Käytetty ohjelmisto on Tampereen keskussairaalassa kehitetty MEDIVISIO. Mikrobiologian osalta laskenta alkoi vuonna 1992 ja tarkistuksia laskelmiin on tehty vuosina 1997 ja 2000. Kliinisen fysiologian neurofysiologien tutkimusten kustannusten laskenta aloitettiin jo 1991, jolloin laskentaohjelmasta käytettiin Kuntaliiton kehittämää radiologisten tutkimusten kustannuslaskentaohjelmaa. Tältä osin laskelmat on uusittu vuonna 1997. Uusi versio ohjelmasta on hankittu, mutta laskelmia ei sillä ole vielä tehty. Ensimmäisenä kustannukset kuitenkin laskettiin patologian laboratoriossa, jossa laskenta aloitettiin jo vuonna 1990. Käytössä oli Excel ohjelma, jonka viimeinen päivitys on hankittu vuonna 2000.

Kliinis-kemiallisten tutkimusten osalta hinnat ovat samat kaikissa laboratorioissa. Laboratoriokustannukset veloitetaan kliinisiltä yksiköiltä sisäisen laskutuksen avulla. Näytteenoton kustannukset sisältyvät hintoihin, paitsi patologian osalta. Piirin sairaaloissa noudatetaan yhtenäisiä hintoja sekä sairaalan sisällä että niiden ja terveyskeskusten välillä. Terveyskeskuksille myytävien tutkimusten hinnoista vähennetään 10% koska ne ottavat näytteet itse. Patologian osalta käytetään markkinapohjaista hinnoittelua. Päivystysaikana ja viikonloppuna tehtävien tutkimusten hintaan lisätään 100%. Hinnoittelu perustuu omaiin kustannuslaskelmiin.

12. Kainuun Sairaanhoidopiiri

Kainuun Sairaanhoidopiirissä on vain yksi sairaala ja siinä hallinnollisesti erillisinä yksikönä toimiva laboratorio. Keskussairaalan laboratoriossa ovat edustettuina kaikki pääerikoisalajat. Sairaanhoidopiirin ja Kajaanin kaupungin terveyskeskuksen laboratorioiden yhdistäminen vuoden 2001 tai 2002 aikana on suunnitteilla ja organisointimalli on parhaillaan selvitettävänä. Laboratoriopalvelusten myynnin aloittamista myös yksityislääkäreille ja yksityisille laitoksille suunnitellaan. Kliinisen kemian potilaskäsittely kapasiteettia on olemassa noin 20% toimintalisäykseen ja analyysikapasiteettia noin 30% lisäykseen. Mikrobiologian ja kliinisen fysiologian analyysityötä voidaan lisätä noin 10% ilman voimavaroja.

Laboratorion henkilökunta ottaa näytteet keskussairaalassa koko vuorokauden aikana ja vain satunnaisesti niitä ottaa poliklinikan tai vuodeosaston henkilökunta (virtsa ja keräysnäytteet). Terveyskeskusten laboratoriot toimivat vain klo 7-14 ja keskussairaalalla on näytemenoton päivystysrengas useimpien piirin kuntien kanssa. Neljällä kunnalla on oma päivystysrengas. Kaikki koti- ja hoitokotinäytteenotto tehdään keskussairaalan laboratorion ohjauksessa. Päivystysaikana otetuista näytteistä keskussairaala perii 50% päivystyslisän.

Kustannuslaskenta on aloitettu keskussairaalassa vuonna 1993 ja käytössä on ollut Kuntaliiton LAKU laskentaohjelma. Terveyskeskuksista vain Kajaanin terveyskeskus on tehnyt tutkimuskohtaista kustannuslaskentaa. Sairaalan laskentaohjelma on päivitetty viimeksi vuonna 1999 (LAKU 2).

Sairaala noudattaa yhtenäistä hinnoittelupolitiikkaa kaikille asiakkailleen. Sairaalan sisällä on käytössä sisäinen laskutus. Käytetyt hinnat vahvistetaan vuosittain budjetin laadinnan yhteydessä. Pakaste- ja kylmänäytteille hintoja korotetaan. Sarjatutkimuksista sairaalalaboratorio antaa terveyskeskuksille 25% alennuksen ja päivystysaikana ja viikonloppuisin tehtävistä tutkimuksista puolestaan peritään kaikilta niin ulkoisilta kuin sisäisiltäkin asiakkailta 50% korotus. Hinnoittelu perustuu pääasiassa omaan kustannuslaskentaan mutta erityistilanteissa siihen vaikuttaa myös omaksuttu markkinointistrategia.

13. Päijät-Hämeen sairaanhoidopiiri

Päijät-Hämeen sairaanhoidopiirissä kaikki laboratoriot – myös keskussairaalan omat laboratoriot – ovat erillisiä yksiköitä lääketieteellisten palveluiden tulosryhmän sisällä. Suunnitelmia terveyskeskusten laboratoriotoiminnan yhdistämisestä siihen ei ole vireillä. Merkittävää ylikapasiteettia tuotannon lisäämiseksi ei myöskään sairaalassa ole. Keskussairaalan laboratorio toimii ympäri vuorokauden mutta terveyskeskukset vain normaalin työajan rajoissa. Keskussairaalan kliinisen kemian laboratorio ottaa kaikki

sairaalan verinäytteet lukuun ottamatta vastasyntyneiden suoni tai kanyylinäytteitä. Mikrobiologiset näytteet otetaan hoito-osastoilla.

Kustannuslaskenta on toteutettu sairaalan kliinisen kemian (1994) ja mikrobiologian (1998) yksiköissä sekä neljässä suurehkoissa terveystieteiden laboratorioissa. Laskentaohjelmina ovat kaikki olemassa olevat vaihtoehdot Ecomed IC (Datawell Oy), LAKU (Kuntaliitto) ja Cost Control (QPR).

Keskussairaala myy terveystieteiden laboratorioita samoilla hinnoilla. Sairaalan sisällä ei ole käytössä sisäistä laskutusta. Päivystysaikana terveystieteiden tilaamiin tutkimuksiin tehdään 100% korotus. Näytteenotokustannukset ovat samat kaikissa verinäytteissä mutta virtsa- eikä mikrobiologisten näytteiden kustannuksia ei ole määritelty erikseen. Kaikki hinnat julkisten yksiköiden välillä perustuvat kustannuslaskentaan, mutta vanhustenhuoltolaitoksille ja terveystieteiden työterveysyksiköille myydään palveluja vanhojen sopimusten mukaan edelleen Kelan taksa -10% mukaisin hinnoin.

14. Lapin sairaanhoitopiiri

Lapin keskussairaalassa toimii kolme laboratorioyksikköä niin, että kliininen kemia, mikrobiologia ja fysiologia muodostavat yhden tulosalueen ja neurofysiologia ja patologia kumpikin omansa konservatiivisen hoidon tulosalueella. Terveystieteiden laboratorioissa on 16 laboratoriot. Vuonna 2000 Lapin keskussairaalan, Rovaniemen kaupungin ja Rovaniemen maalaiskunnan terveystieteiden laboratoriot yhdistyivät. Ylikapasiteettia ei sanottavasti ole ja vain patologian analyysimääriä voitaisiin lisätä ilman voimavaroja. Näytteenotto on keskussairaalassa keskitetty laboratorioon ja laboratorio toimii ympäri vuorokauden.

Kustannukset on laskettu tutkimuskohtaisesti keskussairaalassa jo vuodesta 1992 alkaen paitsi neurofysiologian yksikössä, jossa tutkimuskohtaiseen kustannuslaskentaan ollaan vasta siirtymässä (ulkoinen myynti vähäistä). Terveystieteiden laboratorioissa ei omaa näytteenotosta kustannuslaskentaa ole tehty. Keskussairaalan laskelmat on tehty Kuntaliiton LAKU ohjelmalla.

Keskussairaalan hinnoittelu perustuu omaan kustannuslaskentaan ja seurantaan. Keskussairaalan sisällä käytetään sisäisiä siirtohintoja. Näytteenotokustannus on kaikille tutkimuksille sama. Sairaalan laboratorioilla on kolme hintatasoa: sairaalan sisäiset hinnat, jäsenkuntien terveystieteiden keskuksien ja muut käyttäjät. Tutkimuksista peritään päivystyshinta normaalin työajan ulkopuolella ja viikonloppuisin.

15. Länsi-Pohjan Sairaanhoitopiiri

Länsi-Pohjan keskussairaalassa on sairaanhoidollisten palvelujen tulosalue, jossa on laboratorio ja patologian tulosalueet. Kemin terveystieteiden keskuksen laboratorio yhdistettiin keskussairaalan laboratorioon vuonna 1999. Laboratorioilla on ollut suunnitelma myynnin aloittamisesta yksityislääkäreiden potilaille, mutta sitä ei ole sairaalan hallinnossa toistaiseksi hyväksytty. Käyttämättömää kapasiteettia ei ole. Laboratorion henkilökunta ottaa näytteet sekä normaali että päivystysaikana.

Laboratoriotutkimusten yksikkökustannukset on ensimmäisen kerran laskettu vuonna 1992 ja uusi laskenta on parhaillaan meneillään. Ohjelmistona käytetään Kuntaliiton LAKU ohjelmaa.

Sairaalassa on käytössä sisäinen laboratoriotutkimusten hinnoittelu. Kun sairaala myy piirin terveyskeskuksille laboratoripalveluja, saavat ne alennusta hinnoista koska hinnoista on vähennetty erikoissairaanhoidon kiinteät kustannukset. Näytteenotokustannus sisältyy hintoihin ja on kaikille tutkimuksille sama. Hinnat täsmätään budjettiin vuosittaisilla palautuksilla tai ylityksillä. Päivystysajan tutkimuksista peritään perushinta plus 13 mk. Hinnoittelu perustuu omaan kustannuslaskentaan.

16. Vaasan sairaanhoitopiiri

Vaasan keskussairaalassa on lääketieteellisten palvelujen tulosityksikkö, jossa on viisi laboratorio vastuuyksikköä sekä laboratoriot sekä Malmin aluesairaalassa että Selkämeren sairaalassa. Niissä on kuitenkin erilliset kliinisen fysiologian yksiköt lähinnä EKG tutkimuksia ja spirometrioita varten. Patologian ja neurofysiologian palvelut aluesairaalat ostavat Vaasan keskussairaala. Vaasan keskussairaala ja Vaasan kaupungin terveyskeskus ovat käyneet neuvotteluja laboratoriotointojen yhdistämisestä. Tavoitteena on yhdistää toiminnat vuoden 2002 aikana. Vastaava yhdistäminen on jo toteutettu Pietarsaareissa ja Kristiinankaupungissa. Keskussairaala on luomassa yhteistä laboratoriotoinnin alueverkkoa ja yhteistä alueellista laboratoriotietokantaa. Extranet verkkoa koekäytetään jo rajoitetusti. Mahdollisuus toiminnan lisäämiseen ilman lisäinvestointeja on lähinnä kliinisen kemian ja isotooppilaboratorion näytteenoton osalta.

Näytteenotto on keskussairaalassa laboratorion oman henkilökunnan tehtävä. Vain tehosastolla ja leikkaussaleissa näytteenotto on niiden oman henkilökunnan tehtävä. Poliklinikka ottaa arkisin diabetespotilaiden näytteet ja hoito-osastojen henkilökunta veriviljelyt päivystysaikana. Aluesairaaloiden ja terveyskeskusten laboratoriot ovat avoinna normaalina työaikana. Keskussairaala ylläpitää näytteiden alueellista kuljetusjärjestelmää.

Kustannuslaskentaa varten Vaasan keskussairaalassa on ollut käytössä LAKU ohjelma, jota vuonna 1993 käytettiin kaikilla erikoisaloilla. Tällä hetkellä käyttöön ollaan ottamassa Roche Cost Analysis ohjelmaa.

Piirissä hinnoittelu on yhtenäistä vain keskussairaalan ja Malmin aluesairaalan laboratorioilla. Muilla laboratorioilla on omat hinnat. Sairaaloiden sisällä että välillä on käytössä tutkimuskohtainen hinnoittelu. Hinnat täsmäytetään edellisen vuoden tilinpäätöksen perusteella. Näytteenotokustannukset on jaettu tasaisesti kaikille tutkimuksille. Hinnoilla katetaan kaikki toiminta ja investointikustannukset. Vuoteen 2000 asti hinnat olivat samat kaikille ostajille. Vuonna 2001 on otettu käyttöön päivystysaikaisille tutkimuksille 1,8-ketaiset hinnat ja samalla aluesairaaloiden ja terveyskeskusten hintoja laskettiin 10% koska ne ottavat itse näytteet. Sairaala maksaa terveyskeskuksille 25 mk näytteenotokerrasta silloin, kun sairaalan potilas otattaa näytteen terveyskeskuksessa. Hinnoittelu perustuu kustannuslaskelmiin.

17. Kymenlaakson sairaanhoitopiiri

Kaikki sairaanhoitopiirin laboratoriot kuuluvat piirin sairaanhoidollisten palvelujen tulosityksikköön. Keskussairaalassa on useita laboratorioyksiköitä. Kliinisen kemian ja mikrobiologian laboratoriot muodostavat sairaalan kliinisen laboratorion, johon myös isotooppilääketiede kuuluu. Lisäksi sairaalassa on erilliset kliinisen neurofysiologian ja patologi-

an laboratoriot. Patologian yksiköitä on kaksi. Näytteenotto on molemmissa piirin sairaaloissa ympärivuorokautista, mutta aluesairaalassa yöaika on varallaoloaikaa. Näytteet ottaa laboratorion henkilökunta. Kuusankosken terveyskeskuksen laboratoriotointa on siirtynyt vuoden 2001 alusta aluesairaalaan. Miehikkälän kunta ostaa kaikki laboratorion palvelut keskussairaalaan. Kotkan kaupungin laboratoriotoinnin yhdistäminen keskussairaalan laboratorioon toteutettiin vuonna 1998 ja Pyhtään kunnan vuonna 2000. Neuvotteluja on käyty myös Anjalankosken ja Kouvola-Valkealan terveyskeskusten laboratorion palvelujen yhdistämisestä sairaanhoitopiiriin laboratoriotointaan.

Myyntiä yksityislääkäreiden potilaille on ollut vuodesta 1999 lähtien ja Ahlströmin työterveydenhuolto ostaa kaikki kliinisen kemian ja mikrobiologian palveluista keskussairaalan kliinisestä laboratoriosta.

Kapasiteetin käyttöaste on sairaanhoitopiiriin laboratorioissa korkea, eikä sanottavaa ylikapasiteettia ole. Terveyskeskuksissa käyttöaste on noin 80%. Keskussairaalan ja Kuusankosken aluesairaalan laboratorio ottaa näytteitä läpi vuorokauden mutta terveyskeskukset lähinnä vain aamupäivisin.

Keskus ja aluesairaalassa tutkimuskohtainen kustannuslaskenta aloitettiin vuonna 1994. Käytetty laskentaohjelma on molemmissa yksiköissä ECOMED IC.

Hinnoitteluperusteet ja hinnat myytäessä analytiikkaa terveyskeskuksille ovat sairaanhoitopiiriin sisällä samat, mutta hinnoitteluperusteet eri asiakasryhmille vaihtelevat. Sairaaloitten sisällä on kummassakin sairaalassa käytössä sisäinen hinnoittelu ja laskutus mikäli palveluja ostetaan toisesta sairaalasta. Budjetti ja hinnat täsmätetään. Aikaisemmin näytteenotto oli mukana hinnassa (5 mk / tutkimus/ verinäyte), eikä päivystysajan näytteenottoa laskutettu erikseen. Vuonna 2001 on siirrytty erillisen näytteenottomaksun käyttöön. Hinta-kategorioita on kolme; tavallinen, gynekologinen ja päivystysnäytteenotto. Aluesairaalan laboratoriolle on eri hinta sisäistä ja ulkoista myyntiä varten. Hinnat ovat kaikille asiakkaille samat. Tutkimuksen kiireellisyyttä ei aikaisemmin ole huomioitu hinnoissa, mutta vuonna 2001 tilanne on muuttunut ja hintoja on difrentoitu asiakastyypin mukaan. Hinnoittelu perustuu molemmissa sairaaloissa omaan kustannuslaskentaa ja hinnat pyritään täsmäämään vuotuisen laboratorion talousarvioon.

18. Etelä Karjalan sairaanhoitopiiri

Sairaanhoitopiirissä on neljä erillistä laboratoriota; kliininen kemia, mikrobiologia, kliininen fysiologia ja neurofysiologia. Fuusioneuvotteluita on käyty lähinnä Lappeenrannan terveyskeskuksen kanssa, mutta yhdistymistä ei ole toteutettu. Lisäksi viime vuonna käytiin keskustelu tutkimusten keskittämisestä terveyskeskusten kanssa, jonka pohjalta tehtyjä päätöksiä pienimuotoista keskittämistä ollaan toteutettu. Jonkin verran ylimääräistä kapasiteettia on sekä näytteenotto- että analyysityön osalta. Tämä koskee kliinisen kemian toimialaa ja jossakin määrin mikrobiologiaa. Patologian laboratoriossa ei ole resursseja myyntipalveluihin. Näytteenoton hoitaa laboratorion henkilökunta. Keskussairaalan laboratorio on avoinna koko vuorokauden mutta terveyskeskusten laboratoriot ovat avoinna vain normaalin työaikana. Sairaanhoitopiirissä kliinisen kemian laboratoriohoitajat ottavat verinäytteet ja lepo-EKG:t ja osastot muut näytteet. Terveyskeskuksissa laboratoriohoitajat ottavat verinäytteet, EKG:t ja Papat. Keskussairaalassa osastot ottavat verinäytteitä.

Ensimmäisen kerran tutkimuskohtaiset kustannukset laskettiin vuonna 1991. Ohjelmassa käytettiin Kuntaliiton Laku ohjelmaa. Ohjelmisto on vaihdettu sittemmin Datawell Oy:n Ecomed/IC tuotteeseen.

Sairaanhoitopiirissä on käytössä yhtenäinen hinnoittelu ja sairaalan sisällä sisäinen hinnoittelu. Aikaisemmin oli tutkimuskohtainen näytteenottomaksu (kiertonäyte/päivystysnäyte), mutta vuodesta 1999 alkaen potilaskohtainen näytteenottomaksu on ollut kierto- ja poliklinikkanäytteen osalta 37.00 mk ja päivystysnäytteen osalta 56.00 mk. Terveyskeskuksille sairaanhoitopiirin laboratorion hinta on sama kuin piirin sisäinen hinta, mutta muille ulkopuoliselle ostajalle hinta 20 % korkeampi.

19. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri

Sairaanhoitopiirissä ei ole vireillä organisaatiomuutoksia. Laboratorio ottaa kaikki näytteet.

Kustannukset on laskettu Kuntaliiton LAKU ohjelman avulla. Tutkimusten välittömät kustannuksia ovat tarvikkeet, työ ja laiteiden kuoletus ja huolto. Laboratorion sisäisesti vyöryttämiä kustannustekijöitä ovat tilojen vuokrat ja kuoletus ja ne henkilöstömenot sekä tarvikkeet, joita ei kohdisteta suoraan analytiikkaan. Näytteenoton ja päivystykseen kuuluva henkilötyöpanos käsitellään omana henkilökulueränä.

Sairaanhoitopiirissä on ollut käytössä sisäinen laskutus vuodesta 1993 lähtien. Tutkimuksen hinta muodostuu kolmesta osatekijästä: analyysistä, näytteenotosta ja päivystyksestä. Näytteenotto (5 mk/ verinäyte) on erotettu omaksi tuotteeksi ja vuoden 2001 alusta lähtien on hintoihin lisätty myös päivystyslisä (16 mk). Päivystys-tutkimusten osuus on noin 23%. Mikäli näyte toimitetaan laboratorioon veloitetaan asiakkaalta vain analyysin hinta, muussa tapauksessa hintaan lisätään keskimääräinen näytteenotto-kustannus. Päivystystutkimukseksi luetaan tutkimus, joka tehdään virka-ajan ulkopuolella ja päivystyslisä on yhtä suuri tutkimuksesta riippumatta. Hinnat ovat samat sekä sisäisille että ulkoisille asiakkaille. Tutkimusprojekteilta saatetaan periä ylimääräinen maksu työpanoksesta riippuen.

Dnro 391/71/2001, 23.4.2001

LIITE 5

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö

Sosiaali- ja terveystieteiden osasto

Lääkärikeskusten yhdistys ry:n toimenpidepyyntö

Asiakasmaksusäännösten laboratorion palvelujen kilpailua väärin vaikuttava vaikutus

Tausta

Asiakasmaksusäännösten on 1.11.1998 lukien muutettu siten, että julkisessa sairaalassa voidaan yksityislääkärin läheteellä tehtävistä laboratorio- ja röntgentutkimuksista, joihin ei sisälly muita tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä, *periä enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia vastaava maksu*. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muutoksella on myös terveyskeskukset oikeutettu perimään maksu vastaavista tutkimuksista.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asiakasmaksuista 16.10.1998 päivätyn muistion mukaan sääntömuutokset liittyivät hallituksen vuoden 1999 talousarvioesityksen käsittelyn yhteydessä päättämiin kunnallistalouden toimintaedellytysten parantamiseen tähdänneisiin toimiin. Näihin sisältyi kunnille annettava mahdollisuus lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksutuloja sekä kunnallisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteistyötä ja turvata asiakkaalle joustavampi palvelujen saatavuus. Tarkoituksena oli, että esimerkiksi henkilön käydessä yksityislääkärillä paikkakunnalla, jossa ei ole yksityistä laboratoriota, potilas voisi teettää tutkimukset lähimmässä sairaalassa tai terveyskeskuksessa.

Kilpailuviraston arvio

Asiakasmaksunormien laboratorioalan kilpailuvaikutuksista ja Laboratoriokeskuksen toiminnasta Kilpailuvirastolle oli tehnyt toimenpidepyynnön Lääkärikeskusten yhdistys ry. Tässä yhteydessä Kilpailuvirasto esittää näkemyksensä asiakasmaksusäännösten kilpailuvaikutuksista.

Kilpailuvirasto on "julkinen valta markkinoilla" hankkeensa kuntien toimintaa koskevassa osassa kiinnittänyt huomiota kunnallisen tuotannon laajalti meneillään olevaan uudistusprosessiin. Kunnat pyrkivät ylläpitämään ja kehittämään palvelutuotantoaan erilaisista lähtökohdista tavoitteena kestävien palvelutuotannollisten kokonaisratkaisujen aikaansaaminen. Tällaista kehitystä ilmentää esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin laboratorion palveluja tarjoava liikelaitos. Kilpailuvirasto on selvittänyt liikelaitoksen sekä alueen yksityisten laboratorion palveluja tuottavien elinkeinonharjoittajien kilpailutilannetta Tampereella ja Pirkanmaalla Länsi-Suomen lääninhallituksen avulla. Lääninhallitus on toimittanut Kilpailuvirastolle yrityskäyntihin, hintavertailuihin ja laboratorionalta pyydettyihin tietoihin laboratorion palvelujen markkinoista perustuvan selvityksensä 18.4.2000.

Saatujen selvitysten perusteella on ilmeistä, että vastaavanlainen muutosprosessi tulee käynnistymään muuallakin kuin Pirkanmaan alueella ja varsin todennäköisesti myös muissa toiminnissa kuin laboratorion palveluissa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö katsoi lausunnossaan Kilpailuvirastolle 21.5.1999 Tampereella toteutettujen laboratorionjärjestelyjen olevan riippu-

mattomia asiakasmaksusäännösten muutoksista. Vastaavia laboratoriojärjestelyjä on ministeriön mukaan valmisteltu ja toteutettu aiemmin muillakin paikkakunnilla. Tarkoituksena on osaltaan purkaa ylikapasiteettia ja eri laboratorioiden päällekkäistoimintoja sekä tehostaa laadunvarmistusta ja parantaa potilasturvaa. Ministeriön mukaan vastaaviin keskittämistöimiin olisikin ryhdyttävä, kun toiminta osoittautuu taloudellisesti kannattavaksi.

Laboratoriokeskus on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän liikelaitos, joka on järjestetty liiketaloudellisten periaatteiden mukaisesti. Liikelaitos ei kuitenkaan ole sairaanhoitopiiristä erillinen oikeushenkilö. Liikelaitoksen ensisijaisena tehtävänä on laboratoriopalvelujen tuottaminen sairaanhoitopiirin tulosyksilöille ja niille kunnille, joille sairaanhoitopiiri on sitoutunut tuottamaan laboratoriopalveluja. Lisäksi Laboratoriokeskus myy laboratoriopalveluja yksityislääkärien ja yksityisen terveydenhuollon asiakkaille sekä yksityisille laitoksille ja yhteisöille. Yksityisille markkinoille suuntautuvaa toimintaa harjoittaessaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on kilpailunrajoituslain (480/1992) 3 §:n 1 momentin tarkoittama elinkeinonharjoittaja. Laboratoriokeskuksen kanssa kilpailevat yksityiset elinkeinonharjoittajat ovat asiakkaita suoraan palvelevia palvelulaboratorioita tai keskuslaboratorioita, jotka hyödyntävät tuotantoautomaatiikkaa ja joilta muut ostavat tutkimuspalveluja.

Liikelaitoksen keskeinen toimintatavoite on ulkopuolisen myynnin lisääminen. Vaikka Laboratoriokeskus toimii kilpailutilanteessa yksityisten elinkeinonharjoittajien kanssa, poikkeavat sen noudattamat hinnoitteluperiaatteet kilpailijoiden noudattamista hinnoitteluperiaatteista. Liikelaitos hinnoittelee palvelunsa omakustannushintaisiksi eikä pyri liiketaloudelliseen kannattavuuteen toimiessaan kilpailluilla markkinoilla. Yksityislääkäriin läheteellä asiakkaalle julkisella sektorilla tehtävissä laboratoriotutkimuksissa hinnoittelu on lisäksi asetuksella määrätty enintään tuotantokustannukset kattavaksi.

Markkinapohjaisen liiketaloudellisesti kannattavan hinnoittelun soveltaminen on keskeinen edellytys kilpailuneutraalien toimintamahdollisuuksien luomiseksi. Kilpailuviraston laboratorioalalla toimivien eri osapuolten kanssa käymissä kirjeenvaihdossa ja lukuisissa keskusteluissa kaikki ovat selvästi ilmaisseet kielteisen kantansa maksuasetuksen rajaamaan palvelun hinnoitteluun.

Tampereen esimerkki ja todennäköisesti muillakin yliopistosairaalaapaikkakunnilla tapahtuva kehitys osoittavat lisäksi muutosten olevan toteutumassa siellä, missä yliopistosairaalat toimivat ja alalla jo aikaisemmin on ollut toimivaa yksityistä elinkeinotoimintaa. Ottaen huomioon eri osapuolten asiassa esittämät samanlaiset arviot asiakasmaksusäännösten muutostarpeesta Kilpailuvirasto katsoo, että toistensa kanssa kilpailevien elinkeinonharjoittajien kilpailuedellytysten parantamiseksi olisi julkisen toimintayksikön jäykän, enintään tuotantokustannukset kattavan hinnoittelun sijasta otettava käyttöön liiketaloudellisiin periaatteisiin perustuva hinnoittelu.

Vuonna 1998 toteutetut asiakasmaksusäännösten muutokset ovat ongelmallisia kahdella tavalla. Hinnoittelun rajaaminen säännöksiin enintään tuotantokustannukset kattavaksi antaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Laboratoriokeskukselle perusteetonta kilpailuetua yksityisiin elinkeinonharjoittajiin verrattuna. Yhtäläillä hinnoittelun rajaus ehkäisee myös julkisen laboratoriopalvelujen tuottajan palvelujen kehittämistä. Säännösperusteinen hinnoittelun rajaus voi myös johtaa palvelun hinnoitteluun alle omakustannushinnan ja kilpailijoiden poissulkemiseen.

Mikäli julkisella palveluntuottajalla on markkinavoimaa, voi tästä seurauksena olla kilpailunrajoituslain 7 §:n vastaisen saalistustyyppisen, kilpailunrajoittamista ilmeisesti tarkoittavan hinnoittelukäytännön soveltaminen ja määräävän markkina-aseman väärinkäyttö. Kilpailuvirasto pitää näistä syistä tärkeänä, että julkisen terveydenhuollon yksiköt toimiessaan kilpailunrajoituslain tarkoittamina elinkeinonharjoittajina yksityisillä markkinoilla noudattavat samanlaisia liiketaloudellisia hinnoitteluperiaatteita kuin kilpailijansa. Tämä merkitsee kaikkien toimintaan liittyvien kustannusten, mukaan lukien omalle pääomalle asetettava tuottotavoite, lukuun ottamatta hinnoittelussa.

Kilpailuvirasto katsoo, että edellä todettua olisi sovellettava analogisesti myös kuvantamispalveluihin, jotka asiakasmaksuista annetun asetuksen 8 b §:ssäkin on rinnastettu laboratoripalveluihin.

Kilpailuviraston tehtävä

Kilpailuviraston tehtävänä on terveen ja toimivan kilpailun turvaaminen. Kilpailuvirastosta annetun lain (711/88, muutos 482/92) ja asetuksen (712/888, muutos 488/92) mukaan Kilpailuvirasto tekee aloitteita kilpailun edistämiseksi ja kilpailua rajoittavien säännösten ja määräysten purkamiseksi.

Aloite

Kilpailuvirasto esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö ryhtyisi toimiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen 8 b §:n *laboratorio- ja kuvantamispalvelututkimukset* muuttamiseksi siten, että yksityislääkärin läheteellä laboratorio- ja röntgentutkimuksista, joihin ei liity muita tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä, voidaan periä 8 §:n 1 momentissa tarkoitettussa sairaalassa tai toimintayksikössä liiketaloudellisesti kannattava maksu, joka perustuu asianmukaisen kustannuslaskennan antamaan tietoon toiminnan aiheuttamista kustannuksista. Näin yksityisillä markkinoilla toimivat julkiset ja yksityiset elinkeinonharjoittajat tältä osin saavat kilpailuoikeudellisesti samanlaiset lähtökohdat palvelujen tuottamiselle.

Liite 6

Taulukko 6.1 Sairausvakuutuksen korvaama tutkimus ja hoito vuonna 2000: eräiden tutkimusten perittyjen maksujen jakaumat

koodi	tutkimus	taksa mk	yht.	0	1-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181-210	211-240	241-270	271-300	301-330	331-360	361-
1155	bakteeri, viljely tutkimus 2, seulonta ja viljely ekg, 12 kytkentää levossa	60	21327	1209	155	932	6742	5716	5718	743	41	38	8	2	8	3	12
3269		60	30292	1812	192	1613	2226	8791	13602	1861	70	54	30	13	10	4	14
1270		129	33019	1316	223	132	46	802	2708	7956	13364	5230	880	193	13	24	132
koodi	tutkimus	taksa	yht.	0	1-50	51-100	101-150	151-200	201-250	251-300	301-350	351-400	401-450	451-500	501-550	551-600	601-
2629	siemennestetutkimus, laaja gynekologinen irtosolututkimus kudosaanäytteen hist.tutk.1-3 erit.näytettä	288	10017	60	.	18	2	36	37	4653	2424	599	672	962	38	126	390
4044		100	158538	978	24	2198	20829	111720	22564	146	59	14	3	2	.	.	1
4054		220	36386	283	120	407	694	1704	12519	14392	5407	269	203	117	35	65	171
koodi	tutkimus	taksa	yht.	0	1-100	101-200	201-300	301-400	401-500	501-600	601-700	701-800	801-900	901-1000	1001-1100	1101-1200	1200-
2068	kliininen rasisuskoe, työjoht.pyöräerg. näkökenttä,kynnys arvomittaus,yksi/m olemmat elektroenkefalografia, tavallinen elektroneuromyografia, vaativa	553	5654	93	1	7	33	26	54	326	382	312	947	839	991	1414	229
1798		230	12582	281	2	418	2884	5593	2771	617	13	3
1287		440	608	6	.	6	4	5	85	37	304	153	3	2	1	1	1
1302		732	3957	23	1	2	.	.	5	4	11	156	1164	571	232	905	883
koodi	tutkimus	taksa	yht.	0	1-1000	1001-1100	1101-1200	1201-1300	1301-1350	1351-1400	1401-1500	1501-1600	1601-1700	1701-1800	1901-1900	1901-2000	2000-
843	munasolun viljely, ii-viljely	1258	3571	3	13	.	.	438	1529	.	16	643	1	243	112	125	448

0 mk:n sarake on syntynyt tilastointiteknisistä syistä. Samalla kertaa otetuille tutkimuksille on laskettu yhteinen summa, jota ei ole voitu yksilöidä. Alimmassa maksuluokassa (1-xx) voi olla myös virhelyön-tejä tiedon atk:lle viennissä. Yhteissummissa em. tiedot ovat mukana.