

*Suunnitelma sairaalalaskutuksen
uudistamiseksi
Selvitysmiesten raportti*

2003:1

KUVAILULEHTI

| | | | |
|--|-----------------------|---|---------------------------------------|
| Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö | | Julkaisun päivämäärä 30.1.2003 | |
| Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Punkari Juhani Kaitokari Paavo | | Julkaisun laji Selvitysmiesten raportti | |
| | | Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö | |
| | | Toimielimen asettamispäivä | |
| Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitysmiesten raportti. | | | |
| Julkaisun osat | | | |
| Tiivistelmä Sosiaali- ja terveysministeriö asetti kaksi selvitysmiestä kartoittamaan sairaalalaskutuksen nykytilanne ja sen kehittämistarpeet sekä laatimaan suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitys on osa kansallisen terveysprojektin toimeenpanoa. Nykytilanteen selvittämiseksi ja kehittämistarpeiden tunnistamiseksi selvitysmiehet toteuttivat kaksi kyselyä sairaanhoitopiireille sekä yhden erikokoisille kunnille. Sairaalalaskutuksen osalta tilanne on tällä hetkellä kirjava. Kahdeksan sairaanhoitopiiriä käyttää laskutuksessaan diagnoosiperusteista ryhmittelyä (DRG), joka kattaa somaattisen vuodeostohoidon ja päiväkirurgian. Suurin osa sairaanhoitopiireistä käyttää omaa palveluryhmittelyä. Palvelu on ryhmitelty hintaluokkiin vaikeus- ja kalleusasteen mukaisesti. Kyselyjen tulosten perusteella selvitysmiehet kiinnittivät erityistä huomiota kuntien osuuksien suurien vaihtelujen tasaamisen mallien kehittämiseen, kuntien maksuosuuksien sitovuuteen ja ennustettavuuteen, nykyisen laskutuksen pirstaleisuuden poistamiseen sekä palveluhintojen vertailtavuuden parantamiseen. Selvitysmiesten keskeiset ehdotukset: 1. Selvitysmiehet ehdottavat, että sairaanhoitopiireissä otetaan käyttöön vuoden 2005 alusta lukien toinen ehdotetuista kahdesta mallista: hinnoitellut palvelut aikatasattuna ja jälkitasaus (hitaamman reagoinnin malli) tai vuositasattu ennakkolaskutus ja jälkitasaus (nopeamman reagoinnin malli). Molemmat mallit perustuvat hinnoiteltuihin palveluihin ja ovat suuria kuntakohtaisia kustannusvaihtelujen tasaavia. Tasaava ominaisuus saadaan määrittelemällä kuntien osuudet 2½ - 3 ½ vuoden kuntien todellisten maksuosuuksien suhteessa. Lisäksi käytetään suurten kustannusvaihtelujen vuositasausta. 2. Erikoissairaanhoitolakia tulisi muuttaa siten, että kultakin sairaanhoitopiiriltä edellytetään piirikohtaista suurten kustannusten tasaustenmennyä, mutta menettely ei enää perustuisi potilaskohtaisiin kustannuksiin. 3. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee tarvittavat säädösmuutokset, joilla hengityshalvauspotilaiden ja harvempaan kuin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavaan keskuksen keskitetyn vaativan erityistason sekä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen päätöksellä valtion mielisairaalaan sijoittamien ns. kriminaalipotilaiden hoitokustannukset siirretään valtion korvattaviksi. 4. Sairaanhoitopiirit siirtyvät käyttämään diagnoosiperusteista ryhmittelyä (DRG) sairaalapalvelujensa tuotteistamisessa ja hinnoittelussa vuoden 2005 alusta lukien. 5. Erityisvelvoitemaksu otetaan käyttöön kaikissa sairaanhoitopiireissä saman sisältöisenä viimeistään vuoden 2005 alusta alkaen. 6. Ulkokuntalaskutus koskien myös erityistason hoitokustannusten laskutusta yhtenäistetään noudattamaan samoja perusteita kuin jäsenkuntalaskutus. 7. Kaikki sairaanhoitopiirit ottavat käyttöön viimeistään vuoden 2005 alusta lukien jatkohoidon odottavan potilaan lisämaksun. Lisämaksua aletaan periä kahden vuorokauden kuluttua siitä, kun potilaan siirtämisestä on tehty ilmoitus. Maksu on puolitoistakertainen hoito-osaston alimmasta hoitopäivän hinnasta laskien. Selvitysmiehet katsovat, että esitykset tasaavat suuria kuntien vuosittaisia kustannusvaihtelujen, parantavat sairaalalaskutuksen vertailtavuutta ja läpinäkyvyyttä sekä siirtävät pääpainon kuntien ja sairaanhoitopiirien välisessä kanssakäymisissä sopimusohjaukseen, jolla voidaan vaikuttaa palvelurakenteisiin, toimintojen kehittämiseen ja kokonaiskustannusten nousuun | | | |
| Avainsanat: (asiasanat) Sairaalat, sairaanhoitopiirit, kunnat, talous, terveydenhuolto | | | |
| Muut tiedot Internet: www.stm.fi | | | |
| Sarjan nimi ja numero Työryhmämuistioita 2003:1 | | ISSN 1237-0606 | ISBN 952-00-1283-4 |
| Kokonaissivumäärä 73 | Kieli suomi | Hinta 14.80 € | Luottamuksellisuus julkinen |
| Jakaja Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisumyynti, Tampere P. 03-260 8150. Sp. julkaisumyynti@stm.vn.fi | | Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö | |

PRESENTATIONSBLAD

| | | | |
|---|------------------------|--|-----------------------------------|
| Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet | | Utgivningsdatum 30.1.2003 | |
| Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Punkari Juhani Kaitokari Paavo | | Typ av publikation Utredningsmännens rapport | |
| | | Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet | |
| | | Datum för tillsättandet av organet 11.11.2002 | |
| Publikation (även den finska titeln) Plan för att förnya sjukhusfaktureringen. Utredningsmännens rapport. (Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitysmiesten raportti.) | | | |
| Publikationens delar | | | |
| Referat Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte två utredningsmän för att kartlägga nuläget inom sjukhusfaktureringen och behovet av att utveckla den samt att utarbeta en plan för att förnya faktureringen. Den här rapporten är en del av verkställigheten av den nationella hälso- och sjukvårdsprojektet. Utredningsmännen gjorde två förfrågningar till sjukvårdsdistrikten och en till olika stora kommuner för att utreda den nuvarande situationen och för att identifiera utvecklingsbehoven. För sjukhusfaktureringsdel är situationen för tillfället oenhetlig. Åtta sjukvårdsdistrikt använder i sin fakturering diagnosrelaterad gruppering (DRG), som täcker den somatiska vården på vårdavdelning och dagkirurgin. En stor del av sjukvårdsdistrikten använder en egen servicegruppering. Servicen är indelad i prisklasser enligt svårighets- och dyrhetsgrad. Utifrån resultaten av förfrågningarna fäste utredningsmännen särskild vikt vid utvecklandet av modeller som utjämnar de stora variationerna i kommunernas andelar, förutsägbarheten beträffande kommunernas betalningsandelar, avskaffandet av den nuvarande oenhetliga faktureringen samt förbättrandet av serviceprisernas jämförbarhet. De centrala förslagen i rapporten: 1. Utredningsmännen föreslår att man i sjukvårdsdistrikten tar från början av år 2005 i bruk någondera av de föreslagna två modellerna: de prissatta tjänsterna utjämnade enligt tid och en efterutjämnning (modellen för långsammare reaktion) eller en förhandsfakturering utjämnad på årsnivå och en efterutjämnning (modellen för snabbare reaktion). Båda modellerna baserar sig på prissatta tjänster och utjämnar stora kommunvisa variationer i kostnaderna. Den utjämnande egenskapen fås genom att fastställa kommunernas andelar i förhållande till kommunernas faktiska betalningsandelar under 2½-3½ års tid. Dessutom utjämnas stora variationer i kostnaderna på årsnivå. 2. Lagen om specialiserad sjukvård ändras så att varje sjukvårdsdistrikt skall ha ett system för utjämnning av stora kostnader, men systemet grundar sig inte längre på kostnaderna för en enskild patient. 3. Social- och hälsovårdsministeriet bereder och föreslår för regeringen nödvändiga lagändringar med vilka vårdkostnaderna för andningsförlammningspatienter och krävande högspecialiserad sjukvård som koncentrerats till färre än fem universitets-sjukhus eller motsvarande instanser samt s.k. kriminalpatienter som med stöd av beslut av Rättsskyddscentralen för hälsovården placerats i statens sinnessjukhus skall ersättas av staten. 4. Sjukvårdsdistrikten övergår till att använda diagnosrelaterad gruppering (DRG) vid produktifiering och prissättning av sina sjukhustjänster från början av år 2005. 5. En avgift för specialskyldigheter tas i bruk i alla sjukvårdsdistrikt senast vid ingången av år 2005. 6. Faktureringen av kommuner som inte är medlemmar i sjukvårdsdistriktet gällande även högspecialiserad sjukvård förenhetligas så att den följer samma principer som faktureringen av medlemskommuner. 7. Alla sjukvårdsdistrikt tar senast vid ingången av år 2005 i bruk en tilläggsavgift för patienter som väntar på fortsatt vård. Man börjar uppbära tilläggsavgiften två dygn efter det att anmälan om att patienten flyttas gjorts. Avgiften är en och en halv gånger det lägsta priset för en vård dag. Utredningsmännen anser att förslagen leder till att stora årliga variationer i kostnaderna utjämnas och att sjukhusfakturerings jämförbarhet och insynen i faktureringen förbättras samt att huvudvikten i kontakten mellan kommunerna och sjukvårdsdistrikten läggs vid avtalsstyrning, med vilken man kan påverka servicestrukturen, utvecklandet av verksamheten och ökningen av de totala kostnaderna. | | | |
| Nyckelord ekonomi, hälsovård, kommuner, sjukhus, sjukvårdsdistrikt | | | |
| Övriga uppgifter www.stm.fi | | | |
| Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2003:1 | | ISSN 1237-0606 | ISBN 952-00-1283-4 |
| Sidoantal 77 | Språk finska | Pris 14,80 € | Sekretessgrad offentlig |
| Distribution Ministeriets publikationsförsäljning, Tammerfors, tfn 03-260 8158, e-post julkaisumyynti@stm.vn.fi | | Förlag Social- och hälsovårdsministeriet | |

DOCUMENTATION PAGE

| | | | |
|--|----------------------------|---|------------------------------|
| Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland | | Date 30 January 2003 | |
| Authors Juhani Punkari Paavo Kaitokari | | Type of publication Report by Rapporteurs ad int. | |
| | | Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health | |
| | | Date of appointing the organ 11 November 2002 | |
| Title of publication A Plan to Reform the Hospital Billing System | | | |
| Parts of publication | | | |
| Summary <p>The Ministry of Social Affairs and Health appointed two rapporteurs ad int. to survey the present state of hospital billing and to draw up a plan for reforming the system. The survey is a part of the implementation of the National Health Project. With a view to reviewing the present state and identifying development needs, the rapporteurs made two questionnaires to the hospital districts and one to municipalities of different sizes. The present situation in respect of hospital billing varies considerably from one hospital district to the next. Eight districts use in their invoicing diagnosis-related grouping (DRG), which covers somatic care in a ward and day surgery. Most hospital districts use service groupings of their own. A service is grouped in a price category according to its grade of difficulty and expensiveness.</p> <p>Based on the outcome of the questionnaires the rapporteurs paid particular attention to developing models that equalise big variations in the shares of the local authorities, to the binding character and predictability of the local authorities' payment share, making the present billing system more coherent, and to improving the comparability of service prices.</p> <p>Principal proposals by the rapporteurs:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) The hospital districts should introduce, as of the beginning of 2005, one of the two models proposed by the rapporteurs: time-equalised priced services and after-equalisation (model of slower reaction) or year-equalised advance invoicing and after-equalisation (model of faster reaction). Both models are based on priced services and they equalise big variations in expenditures between municipalities. The equalising property is obtained by determining the local authorities' shares in relation to their actual payment shares for 2½ - 3½ years. Year-equalisation of big variations in expenditures is used in addition. 2) The Specialised Medical Care Act should be amended so that each hospital district is required to apply a district-specific system of equalising high costs, but the procedure would no more be based on patient-specific costs. 3) The Ministry of Social Affairs and Health should prepare and introduce to the government the necessary law amendments aiming to oblige the state to reimburse the costs of treatment of tetraplegia patients, of demanding special level treatments concentrated in less than five university hospitals or comparable units and the treatment of so called criminal patients admitted to a state mental hospital by decision of the National Authority for Medicolegal Affairs. 4) As of the beginning of 2005 the hospital districts should move over to diagnosis-related grouping (DRG) in productionalizing and pricing their hospital services. 5) A special obligation charge should be introduced in all hospital districts to the same effect, as of the beginning of 2005 at the latest. 6) The invoicing of patients from other municipalities should be co-ordinated even in regard to the specialised level care so as to follow the same criteria as the billing of member municipalities. 7) By the beginning of 2005 all hospital districts should introduce an additional charge for a patient waiting for continued care. The collection of additional charge would begin in two days from the notification of transfer of a patient. The charge would be one and a half times that of the lowest bed-day charge in a ward. <p>The rapporteurs consider that their proposals would equalise big annual variations in the local authorities' expenditures, improve the comparability and transparency of hospital billing, as well as shift the main emphasis in the relations between the municipalities and hospital districts to guidance by agreements, by which it is possible to influence services structures, development of functions and increases in total expenditures.</p> | | | |
| Key words finances, health care, hospitals, hospital districts, local authorities/municipalities | | | |
| Other information www.stm.fi | | | |
| Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2003:1 | | ISSN 1237-0606 | ISBN 952-00-1283-4 |
| Number of pages 77 | Language Finnish | Price €14.80 | Publicity Public |
| Distributor/Orders Publications sale of the Ministry, P.O. Box 536, 33101 Tampere, Finland, tel. +358 3 260 8535 and +358 3 260 8158, e-mail julkaisumyynnti@stm.vn.fi | | Financier Ministry of Social Affairs and Health | |

ESIPUHE

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 11.11.2002 kaksi selvitysmiestä kartoittamaan sairaalalaskutuksen nykytilanne ja sen kehittämistarpeet sekä laatimaan suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitys liittyy osana Kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisprojektin toimeenpanoon. Toimikausi on 18.11.-2002 – 31.1.2003.

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen sairaanhoitopiirit ovat muuttaneet laskutustaan poliklinikkakäynneistä ja hoitopäivistä pääsääntöisesti suoriteperusteisiksi. Uusilla laskutusmalleilla on pyritty kustannustietoisuuden lisäämiseen, tuottavuuden parantamiseen ja antamaan kunnille mahdollisuus hankkia erikoissairaanhoidon palveluja oman sairaanhoitopiirin ohella myös muilta palvelujen tuottajilta. Sairaanhoitopiireillä ja niiden jäsenkunnilla on erilaisia sopimusohjauksmalleja. Lakisääteinen kalliin hoidon tasausjärjestelmä tasaa jäsenkuntien kesken yksittäisen potilaan erityisen suuria hoitokustannuksia.

Keskeisiksi ongelmiksi ovat nousseet sairaanhoitopiirien laskutusperiaatteiden kirjavuus ja vaikeaselkoisuus, kustannusten jakaminen oikeudenmukaisesti jäsenkuntien kesken, kustannusten ennakoitavuus ja kustannuskehityksen hallinta. Nykyisten laskutusjärjestelmien on arvioitu kannustavan ratkaisuihin, jotka eivät aina ole sairaaloiden eivätkä kuntien kannalta tarkoituksenmukaisia.

Tavoitteena on kartoittaa sairaalalaskutuksen uudistamistarpeet, laatia uudistamisen periaatteet ja esittää vaihtoehtoja uudistamistyön toteuttamiseksi. Sairaalalaskutuksen tulisi olla periaatteiltaan selkeä ja kannustaa kuntia ja sairaaloita tarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Sen tulisi olla oikeudenmukainen ja tasapuolinen kuntien kesken. Toiminnan kustannusten tulisi olla läpinäkyviä ja ennakoitavia ja kustannusten kokonaiskehityksen hallittavissa.

Tehtävänä on selvittää sairaanhoitopiirien/sairaaloiden laskutuksen nykytilanne, tunnistaa siinä havaitut puutteet ja kehittämistarpeet sekä laatia niiden pohjalta eri vaihtoehtoja sisältävä suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamisesta.

Selvitysmiehet ovat toteuttaneet kolme kyselyä. Yhdessä niistä selviteltiin sairaanhoitopiireissä käytetyt sairaanhoitopiirin ja kuntien väliset neuvottelumenettelyt ja sairaalalaskutuksen toteuttamistilanne, toisessa selviteltiin erityisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasausjärjestelmän toteutuminen kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin ja kolmannessa jokaisesta sairaanhoitopiiristä valittujen erikokoisten kuntien kunnallisojohtajien, perusturvajohtajien ja terveyskeskusten johtavien lääkäreiden käsitykset neuvottelumenetelmästä, yhteistyöstä, laskutuksen kannustevaikutuksista, läpinäkyvyydestä sekä laskutusjärjestelmän tuntemisesta.

Kyselyjen tulokset on analysoitu ja kuvattu sanallisesti luvuissa 2 - 4. Selvitysmiesten luetteloimat kehittämiskohteet on esitetty luvussa 6 ja selvitysmiesten kehittämisehdotukset luvussa 7.

Sosiaali- ja terveysministeriön nimeämänä selvitysmiesten valvojana on toiminut ylijoh-
taja Kimmo Leppo (Stm). Tukihenkilöinä ovat olleet ylijoh-
taja Kimmo Leppo, lääkin-
töneuvos Martti Rissanen (Stm), neuvotteleva virkamies Raimo Jämsén (Stm), erityis-
asiantuntija Jukka Männistö (Stm), kehittämisspäällikkö Markku Pekurinen (Stakes) ja
sosiaali- ja terveystoimen päällikkö Tuula Taskula (Suomen Kuntaliitto).

Selvitysmiehet ovat kuulleet asiantuntijoina erityisasiantuntija Eero Linnakkoa ja kehi-
tyspäällikkö Heikki Punnosta Suomen Kuntaliitosta, Pohjoismaisen luokittelukeskuksen
johtaja Martti Virtasta Qualisan Oy:stä, kehittämisspäällikkö Markku Pekurista Stakesis-
ta, Etelä-Pohjanmaan, Itä-Savon, Kainuun, Kanta-Hämeen, Keski-Pohjanmaan, Pir-
kanmaan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon, Satakunnan ja Vaa-
san, sairaanhoitopiirien johtajia ja talousjohtajia sekä Satakunnan sairaanhoitopiirin
johtavaa ylihoitajaa.

Esitämme parhaat kiitokset saamastamme tuesta ja avusta työssämme tukiryhmän jäse-
nille, asiantuntijoille sekä kuntien, sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten johdon edus-
tajille. Erityinen kiitos Heikki Punnoselle, joka on toteuttanut potilaskohtaisen tasaus-
menetelmän kyselyjen laajan muokkauksen ja tulostamisen, sekä johdon sihteeri Nina
Tuomiselle (Stm), joka on auttanut meitä monissa kehittämistyöhön liittyvissä tehtävis-
sä.

Saatuamme toimeksiannon valmiiksi luovutamme muistiomme kunnioittavasti sosiaali-
ja terveysministeriölle.

Helsinki 30.1.2003

Paavo Kaitokari

Juhani Punkari

Selvitysmies

Selvitysmies

Toimialajohtaja

Sairaanhoitopiirin johtaja

SISÄLTÖ

| | |
|--|-----------|
| ESIPUHE..... | 9 |
| SISÄLTÖ..... | 11 |
| 1 JOHDANTO..... | 13 |
| 1.1 Suositukset sairaalalaskutuksen toteuttamisesta | 13 |
| 1.2 Lainsäädännöllinen tausta | 13 |
| 1.3 Jäsenkuntien velvollisuus erikoissairaanhoidon järjestämiseen..... | 14 |
| 1.4 Sairaalalaskutuksen asema ja merkitys..... | 14 |
| 1.5 Toimeksiannon rajaaminen..... | 15 |
| 2 SAIRAALALASKUTUKSEN NYKYINEN TOTEUTUSTAPA SAIRAANHOITOPUIREISSÄ | 16 |
| 2.1 Kysely sairaanhoitopiireille..... | 16 |
| 2.2 Kuntien ja sairaanhoitopiirien välinen sopimismenettely | 16 |
| 2.2.1 Yleistä sopimusohjauksesta | 16 |
| 2.2.2 Sopimusohjauksen käyttäjät..... | 17 |
| 2.2.3 Neuvottelumenetelmä..... | 18 |
| 2.3 Kuntalaskutuksen toteuttamistavat | 18 |
| 2.3.1 DRG (Diagnooseihin perustuvat ryhmät)..... | 18 |
| 2.3.2 Suoritepohjainen laskutus..... | 20 |
| 2.3.3 Hinnoittelun omakustannusperiaate/kustannuslaskenta..... | 21 |
| 2.3.4 Oikeus muuttaa hintoja kesken vuotta | 21 |
| 2.3.5 Vuodenvaihteen lisäperintä ja ylijäämän palautus..... | 21 |
| 2.3.6 Ulkokuntalaskutus | 21 |
| 2.3.7 Sairaalaokhtainen hinnoittelu ja myyntilaskutus..... | 22 |
| 2.3.8 Erityisvastuu-/jäsenmaksu | 22 |
| 2.3.9 Erityisen kalliiden hoitojen tasausmenettely | 23 |
| 2.3.10 Sijaintikuntaedun ja peruspääoman koron käyttö..... | 24 |
| 2.3.11 Jatkohoitoon siirtoa odottavan potilaan lisämaksu ”sakkomaksu”..... | 24 |
| 2.3.12 Perustamiskustannusten rahoitus peruspääoman korotuksilla..... | 24 |
| 2.3.12 Kilpailutilanne sairaanhoitopiireissä | 25 |
| 2.3.14 Yliopistosairaanhoitopiirin vastuualuelaskutus..... | 25 |
| 2.3.15 Laskutusjärjestelmän ohjaava vaikutus | 25 |
| 2.3.16 Onnistuminen hoidon tarpeen ja tarvittavien määrärahojen arvioinnissa | 26 |
| 3 SELVITYS POIKKEUKSELLISEN SUURTEN POTILASKOHTAISTEN KUSTANNUSTEN TASAAMISESTA ERI SAIRAANHOITOPUIREISSÄ VUOSINA 2000 – 2001..... | 27 |
| 3.1 Erilaisia tasausjärjestelmiä..... | 27 |
| 3.2 Kalliitten hoitojen määrä..... | 28 |
| 3.3 Tasausjärjestelmän rahoitus ja tasaukset..... | 28 |
| 3.4 Puntarointia | 29 |
| 3.5 Nettosaajat ja –maksajat kuntakoon mukaan tarkastellen | 30 |
| 3.6 Potilaskohtaisten kustannusten tasauksen vaikutus vuosivaihteluun..... | 30 |
| 4 KUNTA-, PERUSTURVA- JA TERVEYSKESKUSJOHDON NÄKEMYKSET SAIRAANHOITOPUIRIEN SOPIMUSMENETTELYSTÄ, SAIRAALALASKUTUKSESTA JA NIIDEN KEHITTÄMISTARPEESTA..... | 31 |
| 4.1 Kyselyyn vastanneet | 31 |
| 4.2 Kuntien kokemukset sopimusohjauksesta | 32 |
| 4.3 Neuvottelumenettely | 34 |
| 4.4 Sairaalalaskutuksen tunnettavuus | 34 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.5 | Sairaalalaskutuksen läpinäkyvyys ja tasapuolisuus | 34 |
| 4.6 | Sairaalalaskutuksen kannustevaikutukset | 35 |
| 4.7 | Palvelujen hankinnat muilta sairaanhoitopiireiltä tai yksityiseltä sektorilta | 36 |
| 4.8 | Sairaalalaskutuksen perusteet | 36 |
| 4.9 | Kalliin hoidon tasaus | 37 |
| 4.9.1 | <i>Sairaalalaskutuksen merkitys sairaanhoitopiirin toiminnan tehostamisessa</i> | <i>37</i> |
| 4.9.2 | <i>Kuntien suhtautuminen selvitysmiehen toimenpide-ehdotuksiin</i> | <i>37</i> |
| 4.9.3 | <i>Kuntien omat ehdotukset sairaanhoitopiirien sairaalalaskutuksen uudistamiseksi</i> | <i>37</i> |
| 4.9.4 | <i>Kuntien ja sairaanhoitopiirien käsitysten erot sairaalalaskutuksen ohjaavasta vaikutuksesta</i> | <i>38</i> |
| 5 | VIIDEN (2000-2001) TERVEYDENHUOLLON KUNTAKORVAUSPROJEKTIN SUOSITUSTEN TOTEUTUMINEN SAIRAALALASKUTUKSESSA | 39 |
| 6 | SELVITYKSESSÄ ESILLE TULLEET KEHITTÄMISTARPEET | 41 |
| 7 | SELVITYSMIESTEN EHDOTUKSET KEHITTÄMISTOIMENPITEIKSI | 42 |
| 7.1 | Vuosivaihtelujen tasaus | 42 |
| 7.1.1 | <i>Yleistä</i> | <i>42</i> |
| 7.1.2 | <i>Vaihtoehtoiset laskutusmallit</i> | <i>43</i> |
| 7.1.3 | <i>Tasaavien vaihtoehtojen arviointia</i> | <i>48</i> |
| 7.1.4 | <i>Erityisen suurten potilaskohtaisten kustannusten korvausvastuun siirtäminen</i> | <i>51</i> |
| 7.1.5 | <i>Laskutusmallien valinnan perusteet</i> | <i>53</i> |
| 7.2 | Toimenpiteet vertailtavuuden, yhtäläisyyden ja tasapuolisuuden parantamisesta | 54 |
| 7.2.1 | <i>Ehdotus hintaryhmittelymenetelmäksi</i> | <i>54</i> |
| 7.2.2 | <i>Erityisvelvoite-/jäsenmaksun yhtäläistäminen</i> | <i>55</i> |
| 7.2.3 | <i>Ulkokuntalaskutus</i> | <i>55</i> |
| 7.2.4 | <i>Jatkohoitoa odottavan potilaan lisämaksu</i> | <i>56</i> |
| 7.2.5 | <i>Kilpailu/sairaalalaskutus</i> | <i>57</i> |
| 7.2.6 | <i>Selvitysmiesten ehdotukset annettuun toimeksiantoon verrattuna</i> | <i>57</i> |
| | LÄHDELUETTELO | 59 |
| | LIITE Selvitys poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasaamista eri sairaanhoitopiireissä vv. 2000 - 2001 | 61 |

1 JOHDANTO

1.1 Suositukset sairaalalaskutuksen toteuttamisesta

Sairaanhoitopiirien nykyisenkaltaiseen palvelujen hinnoitteluun siirryttiin vuoden 1993 alussa, jolloin käyttökustannusten valtionosuutta ei enää maksettu sairaanhoitopiireille, vaan kunnille. Samanaikaisesti muutettiin erikoissairaanhoitolakia niin, että jäsenkunnille taattiin oikeus ostaa palveluja muistakin sairaanhoitopiireistä kuin omasta, asetettiin sairaanhoitopiiri korvausvelvolliseksi ulkokuntalaisten potilaiden hoitokustannuksista (kiireellinen sairaanhoito, opiskelijat ja työkomennuksella olevat), määrättiin, että ulkokuntakorvausten tulee noudattaa samoja periaatteita kuin jäsenkuntien sekä että erityisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasausta varten tulee sopia sairaanhoitopiirikohtainen tasausmenettely.

Oltiin tultu uuteen tilanteeseen, jossa katsottiin, että palvelujen laskuttaminen keskimäärähintaisilla kuntien käyttämällä hoitopäivillä ja poliklinikkakäynneillä ei enää vastannut markkinallista tilannetta, jossa oli odotettavissa kilpailua sairaanhoitopiirien sekä yksityisen terveydenhuollon tuottajien välillä. Tarvittaisiin yksilöidympi, todellisiin erikoisala- ja palvelukohtaisiin kustannuksiin perustuva palvelujen hinnoittelu.

Suositukset kuntalaskutuksen toteuttamisesta sekä ehdotukset em. lainmuutoksiksi valmisteltiin sosiaali- ja terveysministeriön nimeämässä Terveydenhuollon kuntakorvaustyöryhmässä (Stm 1991:25) ja Terveydenhuollon kuntakorvausprojektissa (Stm1992:19). Nykyinen laskutusmenettely toteutuu yhä melko pitkästi tuon aikaisten suositusten mukaisena.

1.2 Lainsäädännöllinen tausta

Säädökset kuntien yhteistoiminnasta ovat kuntalaissa ja koskevat lähinnä sitä, että sairaanhoitopiirin perussopimuksessa on sovittava kuntayhtymän rahoitusvastuista sekä jäsenkuntien osuudesta kuntayhtymän varoihin ja velkoihin. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimuksen muuttaminen edellyttää, että vähintään kaksi-kolmasosaa jäsenkunnista on muutoksen kannalla ja että niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Erikoissairaanhoitolaissa on säädökset vain ulkokuntalaisten laskutuksesta, poikkeuksellisten suurten potilaskohtaisten kustannusten tasauksesta sopimisesta sairaanhoitopiirikohtaisesti, terveyskeskusten velvollisuudesta maksaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle saamistaan laboratorio-, röntgen- ja kuntoutuspalveluista yms sekä viivästyskosta.

Eduskunnassa on käsiteltävänä laki Kainuun hallintokokeilusta, joka astunee voimaan vuoden 2003 kesäkuussa ja jatkuu vuoden 2012 loppuun saakka. Sekä erikoissairaanhoitosta, pääosasta perusterveydenhuoltoa ja merkittävästä osasta sosiaalihuoltoa, opeustoimesta ammatillisen koulutuksen ja lukiodien osalta sekä muista tehtävistä tulee vastaamaan maakunnan liitto. Terveyden- ja sosiaalisosiaalihuoltoa varten perustetaan

yksi yhtenäinen kuntayhtymä. Malli mahdollistaa mielenkiintoiset näkymät mm. sairaalalaskutuksen kannalta ja mahdollistaneekin sellaisiakin toteutuksia, jotka eivät nyt ole mahdollisia sairaanhoitopiireille.

1.3 Jäsenkuntien velvollisuus erikoissairaanhoidon järjestämiseen

Erikoissairaanhoidon mukaan kunnan, joka on kotikuntalain mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen, lain tarkoittaman erikoissairaanhoidon. Kiireellistä hoitoa on annettava kotipaikasta riippumatta.

Eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio on päätöksessään 19.11.2002 korostanut, että sekä sairaanhoitopiiri että jäsenkunnat ovat velvollisia järjestämään asukkaille sekä kiireellisen että ei-kiireellisen erikoissairaanhoidon alueellisesti yhdenvertaisesti ja kohtuullisessa ajassa.

Sairaanhoitopiirien kuntayhtymien ja kuntien tulee talousarvioita tehdessään ottaa realistisesti huomioon velvollisuutensa turvata kiireellinen ja ei-kiireellinen hoito. Keskeistä on arvioida palveluiden tarve yksityiskohtaisesti ja asianmukaisin perustein. Jos talousarvio mitoitetaan tietoisesti vähäisemmäksi kuin tiedossa oleva tarve on, luottamushenkilöt ja asiaa valmistelevat virkamiehet rikkovat perustuslaissa julkiselle vallalle asetettuja säännöksiä.

1.4 Sairaalalaskutuksen asema ja merkitys

Suomalainen julkinen terveydenhuoltojärjestelmä on tarjontavetoinen. Vuonna 1993 toteutetun valtionosuusuudistuksen jälkeen kaikki sairaanhoitopiirit kehittivät uudet kuntalaskutusmallit, joilla pyrittiin varautumaan kilpailuun ja kysyntäperusteisiin ohjaus- ja toimintamenettelyihin sekä parantamaan oman toiminnan tuottavuutta. Tällä hetkellä voidaan todeta, että erikoissairaanhoidon palvelujen kilpailuttaminen on vähäistä.

Kuntalaskutuksella kannettiin v 2001 2,79 Mrd € (16,6 Mrd mk), joka kattaa 82 % erikoissairaanhoidon menoista.

Monet sairaalalaskutuksen ongelmat johtuvat maamme kuntarakenteesta. Kunnista vain 30:ssä asukasmäärä on yli 30 000 asukasta, 50:ssä yli 20 000 asukasta ja 100:ssä yli 10 000 asukasta. Lähes 350 kunnassa on vähemmän kuin 10 000 asukasta.

Kuntien terveydenhuollon nettokustannukset/asukas vaihtelevat paljon. Kun kalliimmat kunnat vuonna 2001 käyttivät erikoissairaanhoidon yli 4 800 mk/as, halvimmat selvisivät 2 500 mk:lla. Kun koko maan keskiarvo kuvataan 100:lla, oli nettokustannusten vaihteluväli 58 - 144.

Terveydenhuollomme menojen suhde bruttokansantuotteeseen laski vuosina 1990 – 2000 7,9 %:ta 6,6 %:iin. Se ei selity pelkästään kansantuotteen muutaman vuoden voimakkaan kasvun kautta viime vuosikymmenellä.

Ostovoimapariteetilla korjattuna terveydenhuollon kokonaismenomme asukasta kohti kasvoivat OECD-maista hitaimmin vuosikymmenen aikana, 28 %. Hitaasti kasvaneista seuraavina olivat Kanada 51 %, Italia 54 % ja Ranska 55 %. Pohjoismaista Norjan kasvu oli 66 %, Tanskan 67 % ja Islannin 90 %.

Kunnallisen terveydenhuollon tämän hetkinen tilanne ja tulevaisuuden suuri epävarmuus johtuvat pääosin terveydenhuollon rahoituksen kriisistä. Sen juuret ovat puolestaan valtion terveydenhuollon rahoitusvastuusta osittaisessa vetäytymisessä ja kuntien talouden yleisessä huononemisessa. Huono tilanne näkyy myös kuntien ja terveydenhuollon välisenä eripurana sekä epätoivoisten ja epärealististenkin ratkaisuyritysten esittämisenä ja etsimisenä.

Sairaalalaskutuksen suurimmiksi ongelmiksi koetaan kokonaiskustannusten hallinnan vaikeus ja kuntien niukat mahdollisuudet hallita erikoissairaanhoidon menoja suurista kuntakohtaisista vuosivaihteluista sekä menojen suuresta yleisestä noususta johtuen. On kuitenkin syytä todeta, että yleistä kustannusten nousua ei voida ratkaista sairaalalaskutuksella. Se on ratkaistavissa ohjaus- ja sopimismenetelmiä kehittämällä, hyvällä johtamisella, tehokkuudella ja taloudellisuudella sekä etsimällä jatkuvasti sellaisia uusia rakenteita, toteuttamistapoja ja yhteistyömuotoja, joilla palvelutuotanto voidaan toteuttaa entistä paremmin ja edullisemmin. Palvelutarve lisääntyy yhä edelleen väestön ikääntymisen ja lääkintäteknologian kehittymisen myötä. Ne näyttävät lisäävän kustannuksia enemmän kuin yleinen kustannustason lisäys edellyttäisi. Tälle tosiasialle tuskin voi kukaan mitään. Kustannuskehityksen hallinta on entistä tärkeämpää.

1.5 Toimeksiannon rajaaminen

Toimeksianto koskee sairaalalaskutuksen toteuttamista sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannossa määritellyllä tavalla, mutta ei etsiä uusia erikoissairaanhoidon rahoituskeinoja eikä parannuksia kuntien taloustilanteeseen sinänsä.

Toimeksiannon ulkopuolella on jätetty sairaalalaskutuksen kytkeytyminen perusterveydenhuollon laskutukseen. Niillä on kuitenkin yhtymäkohtia ja yhteisiä kehittämistarpeita.

Monissa sairaanhoitopiireissä on kehitetty sairaanhoitopiirin ja kuntien välistä neuvottelu- ja sopimismenettelyä. Vaikka ne ovat limittäin kuntalaskutuksen kanssa, ne ovat eri asioita. Sopimusmenettelyn ja sairaalalaskutuksen ero voidaan tiivistää seuraavasti:

| SOPIMUSMENETTELY / KUNTIEN OMISTAJA-OHJAUS | SAIRAALASKUTUS |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Kokonaiskustannusten hallinta/menokehityksen ohjaus • Toiminnan ohjaus/rakenteiden ja resurssien ohjaus | <ul style="list-style-type: none"> • Kokonaiskustannusten jakautuminen kuntien kesken oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti |

Selvitysmiehet ovat selvittelytyössään lähteneet nykyisestä erikoissairaanhoidon organisointi- ja rahoituslähtökohdista. Niiden oleellisia muutoksia ei ole ennakoitu.

2 SAIRAALALASKUTUKSEN NYKYINEN TOTEUTUSTAPA SAIRAAHOITOPIIREISSÄ

2.1 Kysely sairaanhoitopiireille

Sairaanhoitopiirien johtajille ja talousjohtajille osoitetulla kyselyllä, johon kaikki sairaanhoitopiirit vastasivat, selvitettiin kuntien ja sairaanhoitopiirien välinen neuvottelumenettely, palvelujen laskutustavat ja laskutuksen eräät yksityiskohdat. Kyselyllä kerättiin myös vastaajien mielipiteitä ja havaintoja laskutuksesta yleensä sekä ehdotuksia laskutuksen tulevasta kehittämisestä.

Jäljempänä on sanallisesti selvitetty kyselyn tulokset. Mukaan on liitetty kyselystä ja selvitysmiesten sairaanhoitopiireissä käynneiltä saatuja mielipiteitä. Kysely koski tilannetta 1.1.2003.

2.2 Kuntien ja sairaanhoitopiirien välinen sopimismenettely

2.2.1 Yleistä sopimusohjauksesta

Viime vuosina sairaanhoitopiirien ja kuntien välistä neuvotteluyhteyttä on lisätty paljon. Uutena menetelmänä on tullut käyttöön ”sopimusohjaus”. Mitä sopimusohjaus tarkkaan ottaen on, ei liene määritelty. Sopimusohjaus sisältää sairaanhoitopiirin johdon, tulosaluejohtajien, kunnallisjohtajien ja terveystieteiden edustajain varsin aktiivisen neuvonpidon usein monine vuosittaisine tapaamisineen. Neuvotteluissa käsitellään hoitoketjuja, prosesseja, yhteistyökysymyksiä, rakennemuutoksia ja uusia voimavaroja, joiden pohjalta päädytään yksilöityihin raha- ja toiminta-arvioihin. Kuntayhtymä tekee ennen syksyn sopimusneuvotteluja tarjouksen, usein jo keväällä.

Tarjous käsitellään yhteisessä neuvottelussa. Talousarviota varten määritellään ja sovitaan tarpeelliset määrärahat sekä kunta- tai kuntaryhmäkohtaisesti palvelutarve erikoisaloittain, joskus hyvinkin laajan erittelyn mukaisesti. Neuvottelun tuloksena laaditaan kirjallinen palvelusopimus (tilaus), joka hyväksytään kuntien hallituksissa tai terveyslautakunnassa. Sopimus on periaatteessa sitova, mutta sitä voidaan muuttaa yhteisesti sopien kesken vuotta, jos kustannustasossa tapahtuu sairaanhoitopiiristä riippumattomia merkittäviä korotuksia. Kunta voi sanoa sopimuksen irti.

Näyttää, että kehitys on johtamassa siihen, että ensisijaisesti sovitaan rahasta. Toimintamäärät ovat useimmiten taustatietoja ilman sitomista. Neuvottelut käydään usein monen kunnan yhteisten sopimusrenkaiden (tilaajarengas) kanssa. Samoin sopimukset voivat olla rengaskohtaiset, vaikka kohdentuvat lopulta kuntaan.

Jos kunta/sopimusrenkas ylittää sovitun rahamäärän, se saa alennuksia ennalta sovitun asteikon mukaan, ja jos se alittaa sopimuksen, se joutuu samaisen asteikon mukaan

maksamaan alittavasta määrästä suuren osan vaikka palveluja ei ole käytetty. Sopimusrenkaan alennukset ja sanktiot (jäljempänä ” insentiivit”) kohdennetaan sopimusrenkaan kautta kuntatasolle. Jos kunta sanoo sopimuksen irti, siihen sovelletaan palveluhinnastoa muuten, muttei insentiivejä. Sopimusohjauksen tunnusmerkistöön ovat kuuluneet myös kuntakohtaiset potilasjonot. Näyttää kuitenkin, että yhdenkään sairaanhoitopiirin jono ei enää toimi eri rytmisesti muihin kuntiin verrattuna riippuen kunnan määräraha-varauksista. Sopimusohjauksessa tavoitellaan tasa-arvoista neuvottelukumppanuutta, ennustettavuuden parantamista, vakautta ja vuosivaihteluiden pienentämistä.

2.2.2 Sopimusohjauksen käyttäjät

Sopimusohjaustyypistä menettelyä käyttävät Helsingin ja Uudenmaan, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit. Etelä-Pohjanmaan ja Satakunnan sairaanhoitopiireissä kokeillaan tai aiotaan kokeilla sopimusohjausta yhden kuntaryhmän laajuisesti.

Pisimmälle menetelmän on vienyt Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Sopimuksessa sovitaan sitovasti määrärahat sopimusrenkas-/kuntakohtaisesti erikoisaloittain jaoteltuna erikseen avohoitoon, osastohoitoon ja hoitopaketteihin. Toimintaa määrittävät luvut ovat rahamäärien taustatietoina ilman sopimuksellista sitovuutta. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä sopimus sisältää vain kuntakohtaisesti sitovana sovitun rahamäärän/kunta/sopimusrenkas erikseen oma toiminta ja erikseen ulkokuntalaskutus. Sopimusrenkaita käyttävät koko piiritasoisesti Pirkanmaa ja Keski-Suomi. Muualla renkaita käytetään vain osassa piiriä tai käyttö on vasta kehitteillä.

Sopimusohjausta soveltavat sairaanhoitopiirit käyttävät monia sopimusohjauksen piirteitä, mutta samanlaisena se ei toteudu missään piirissä. Insentiivejä käyttävät vain Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit. Pohjois-Savo siirtyy käyttämään niitä v. 2003. Pirkanmaalla vain osa toiminnasta on insentiivien piirissä. Siellä palveluhintoja alennetaan 50 %, jos käyttö ylittää sopimuksen 2 % ja käytön alittaessa 98 %, veloitetaan alituksesta 50 %. Pohjois-Pohjanmaalla insentiivit ovat moniportaisia. Maksimi 50 %:n alennuksen saa, jos sopimus ylittyy 5 %. Alitus hyväksytään 90 %:iin saakka ilman sanktioita, mutta sen alituksesta peritään käyttämättömistä palveluista 90 %. Oulun ja sen ympäristökuntien osalta insentiivit määräytyvät erikoisaloittain, mutta muitten kuntien osalta kunnan kokonaisrahämäärästä. Pohjois-Savossa insentiivit ovat muuten samat kuin Pirkanmaalla, mutta sopimuksen ylittyessä 2-7 %, saa ylikäytöstä 50 %:n alennuksen ja ylityksen ollessa yli 7 %:n alennus on 70 %.

Sopimusohjaus on aktivoinut neuvonpitoa kuntien kanssa. Sen myötä on kehittynyt kuntaryhmäkohtainen sopimus-/tilaajarengas-neuvottelumenettely tavoitteena suuremmat sopimuskuumppanit, ennustettavuuden parantaminen ja vuosivaihteluiden tasaus. Suurissa sairaanhoitopiireissä se on lisäksi hyvä mahdollisuus käydä neuvotteluja, koska jokaisessa kunnassa käynti monta kertaa vuodessa ei ole mahdollinen. Sopimusrenkaiden voi nähdä lisäävän kuntien välistä yhteistyötä muutenkin kuin erikoissairaanhoitossa. Hyvänä on pidettävä myös tulosjohtajien osallistumista neuvotteluihin. Näin kuntien

mielipiteet välittyvät toimivaan sairaalaan asti. Neuvottelumekanismin on todettu lisäävän ainakin esimieshenkilökunnan aktiivisuutta ja motivaatiota.

Muista sairaanhoitopiireistä saadut mielipiteet osoittavat, että kaikki sairaanhoitopiirit eivät ole erityisen ihastuneita sopimusohjausmenetelmään. Katsotaan, että siinä sovitaan liian pienijakoisesti asioista, joista ei aina edes voi sopia. Menetelmä antaa helposti vääriä odotuksia sekä palvelujen käytön että kustannusten osalta. Insenttiivit nähdään rajoittavan kilpailua ja sitovan kunnat liiaksi sairaanhoitopiiriin. Yliopistosairaanhoitopiirit eivät myöskään tee sopimuksia muiden vastuualueen sairaanhoitopiirien kanssa samoin kuin omien jäsenkuntiensa kanssa. Erikoissairaanhoitolaki edellyttää korvausten laskeamisessa samoja perusteita kuin kuntayhtymän jäsenkunnille, ellei toisin ole sovittu.

2.2.3 Neuvottelumenetelmä

Valtaosassa sairaanhoitopiirejä on käytössä neuvottelumenetelmä, jossa ei laadita kirjallisia vuosisopimuksia ellei budjettia pidetä sellaisena. Nämä sairaanhoitopiirit eivät myöskään yleensä neuvottele kuntien kanssa erikoisalakohtaisista toimintaluvuista eikä päädiagnooseista, vaan neuvottelujen taso on yleisempi, kuten kehittämisen linjat, yhteistyökysymykset, palveluketjut, prosessit, toiminnan muutokset sekä palvelutarpeet. Koko kuntayhtymän budjetin lisäksi on esillä kunnan tarvitsema määräraha joko yhtenä summana tai esimerkiksi jaolla somaattinen sairaanhoito/ psykiatria tai avohoito/ vuodehoito/ psykiatria/ kehitysvammahuolto. Toimintaluvut ovat useimmiten esillä kuntatasoisina kokonaislukuina tai jaoteltuna jonkin edellä kuvatun jaon mukaisesti. Vaihtelua neuvottelujen toteuttamistavassa, käsiteltävien asioiden määrässä ja tarkkuustasossa on paljon sairaanhoitopiirien välillä.

Neuvotteluissa ovat mukana sopimusohjauspiirien tapaan sairaanhoitopiirin johdon lisäksi kuntien ja terveyskeskusten johto ja eräissä tapauksissa perusturvajohtajat sekä poliittisia puheenjohtajia. Lisäksi sairaanhoitopiirit (myös sopimusohjauspiirit) järjestävät vaihtelevasti neuvotteluja terveyskeskusten johdon kanssa, monet 2-3 kertaa vuodessa. Neuvottelut käydään monessa piirissä kuntarenkaittain, vaikka renkaalla ei ole samaa merkitystä kuin sopimusohjauspiireissä.

Monissa neuvottelumenetelmää käyttävissä sairaanhoitopiireissä on aktiivi, useita neuvottelukertoja vuodessa ja erilaisia muotoja sisältävä neuvottelumekanismi. Neuvotteluilla on usein pitkä perinne, mutta joukossa on muutama piiri, joissa yhteydenpito on yhä aika pientä. Kunnissa on havaittavissa paineita neuvottelujärjestelmän kehittämiseen ja aktivoimiseen sekä sopimusohjauksen käyttöönottoon. Usein keskussairaalan sijaintikunta on vaatimassa sitä kovimmin.

2.3 Kuntalaskutuksen toteuttamistavat

2.3.1 DRG (Diagnooseihin perustuvat ryhmät)

DRG on alkujaan amerikkalaisesta vuodeosastohoidon korvausmenetelmästä sovitettu pohjoismaiseksi luokitukseksi, NordDRG:ksi, jonka ylläpidosta vastaa Upsalassa toimiva pohjoismainen sairauksien luokittelukeskus. DRG on käytössä tai tulossa käyttöön korvausjärjestelmänä lähes kaikissa Euroopan maissa.

DRG muodostuu kustannushomogeenisista diagnoosiryhmistä, joita on vajaa 500. Avohoitoryhmitus tuo niitä tullessaan vielä vajaa 200 lisää. Samaan ryhmään kuuluu useita diagnooseja ja toimenpiteitä. Ryhmän vaikeus- ja kalleustaso ilmaistaan painokertoimilla. Mitä suurempi kerroin, sitä kalliimpi on hoito. Painokerroin 1,0 merkitsee sitä, että kyseinen hoito vastaa kustannuksiltaan kaikkien hoitojen kustannusten keskiarvoa. Kerroin suurenee, jos hoitoon liittyy sivudiagnooseja. DRG-ryhmä sisältää kyseisiin hoitoihin kuuluvat kaikki toimenpiteet osastohoitoineen sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksineen. Vuodehoidossa sisältyy DRG-ryhmään sovittu määrä hoitopäiviä. Näin määritelty ”hoitopaketti” voidaan laskuttaa kiinteällä hinnalla. Ylimenevät hoitopäivät laskutetaan yleensä eri hinnalla. Puhutaan katkaisurajasta.

Kutakin sairaanhoitopiiriä tai erillistä sairaalaa varten lasketaan sen omiin kustannuksiin perustuva pistehinta käyttäen kunnilta laskutettavien kustannusten jakajana kaikkien diagnoosiryhmien hoitojen ja kerrointen summaa. Yhden diagnoosiryhmän hinta on pistehinta kerrottuna ryhmän painokertoimella. Painokertoimet ovat joko valtakunnallisia tai sh-piiri voi määrittellä ne itsekin. Valtakunnallisten kerrointen puutteena on, etteivät ne ota huomioon paikallisia olosuhteita. Itse määritellyt kertoimet taas vaativat suuren työmäärän.

DRG-järjestelmän Suomessa omistaa Suomen Kuntaliitto, joka vastaa ylläpitokuluista sekä osallistuu pohjoismaiseen DRG-yhteistyöhön. NordDRG:n käyttäjällä tulee olla Suomen Kuntaliiton myöntämä vuosittainen maksullinen käyttölisenssi, jolla ylläpitokustannukset katetaan. Käyttölisenssinnista vastaa Qualisan Oy- niminen yhtiö, jonka omistajina ovat muiden omistajien lisäksi Suomen Kuntaliitto, Suomen Lääkäriliitto ja kaksi sairaanhoitopiiriä.

Sairaanhoitopiireistä kahdeksan (Etelä-Karjala, Etelä-Pohjanmaa, Etelä-Savo, Helsingin ja Uudenmaan, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen, Kymen ja Vaasan sairaanhoitopiirit) käyttää laskutuksessa DRG:tä. Kaksi sairaanhoitopiiriä ilmoittaa ottavansa DRG:n käyttöön v. 2004 ja kolme v. 2005. Jos aikomukset toteutuvat, vuoden 2005 jälkeen käyttäjiä on 13.

Laskutus peittää menetelmää käyttävissä sairaanhoitopiireissä somaattisen sairaanhoidon vuodeosastotasoisen hoidon sekä päiväkirurgian. Niiden osuus vaihtelee eri sairaanhoitopiireissä 43-75 % kuntalaskutuksen kokonaissummasta. DRG-ryhmitystä ei ole vielä avo- eikä psykiatriseen hoitoon. Avohoitoon se saataneen vuodeksi 2004.

DRG:tä käyttävistä sairaanhoitopiireistä useimmat pitävät sitä hyvänä kuntalaskutusvälineenä, vaikka sen käyttöönotto on hankalaa. Hoitojaksot ovat sen johdosta lyhentyneet. Se tuottaa sisäisen ohjauksen kannalta hyvää tietoa ja on henkilökuntaa kannustava. Hintoja on myös vähemmän kuin pitkälle eriytyneessä suoritepohjaisessa menetelmässä. Sairaaloiden välinen vertailtavuus paranee. Jotkut toivovat kaikkien sairaanhoitopiirien ottavan sen käyttöön. Käyttäjistä eivät kaikki pidä hyvänä menetelmän keskinäistä vertailtavuutta ja katsovat, että kertoimet eivät aina vastaa paikallisia oloja, joten toiminnan laatu ja vaikeustaso eivät tule riittävästi esille.

DRG:llä on monta epäilijää niiden joukossa, jotka eivät sitä käytä kuten sopimusohjauksessakin. DRG:tä pidetään hyvänä vertaisarviointi- (benchmarking) tyyppisissä ver-

tailuissa, muttei kuntalaskutuksessa. Se on vaikea ja työläs käyttää. Liian suuret ”paketit” voivat koitua sairaanhoitopiireille kilpailutilanteessa ongelmaksi.

2.3.2 Suoritepohjainen laskutus

Sairaanhoitopiireistä kaksitoista (Itä-Savon, Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Lapin, Länsi-Pohjan, Pirkanmaan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon, Päijät-Hämeen, Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit), eli valtaosa hinnoittelee palvelunsa suoritekeskeisesti. Lisäksi DRG:tä käyttävät sh-piirit käyttävät suoritepohjaista laskutusta avohoidon ja sellaisen toiminnan osalta, johon ei ole vielä DRG-luokitusta.

Laskutus perustuu avohoidossa käynteihin ja vuodeosastohoidossa hoitopäiviin sekä palvelupaketteihin. Palvelut on ryhmitelty hintaluokkiin vaikeus- ja kalleusasteen mukaisesti. Niitä on jokaisella erikoisalalla useita, vaihteluväli eri sairaanhoitopiireissä on 1:stä 22:een. Hintaluokat sisältävät hoidossa tarvittavat tutkimukset, toimenpiteet, lääkkeet sekä osastohoidossa hoitopäiväkustannukset. Palvelupaketit sisältävät diagnoosikeskeisesti kaikki kyseisen sairauden hoidon kustannukset, leikkauksen, tutkimukset, hoitopäiväkustannukset jne. Poliklinikoilla paketteja on vähän tai ei ollenkaan. Hiukan yli puolet vastaajista haluaisi vielä lisätä hoitopakettien määrää. Vajaa puolet ei näe siihen olevan tarvetta. Pitkälle vietyä paketoitua ovat toteuttaneet ainakin Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon ja Satakunnan sairaanhoitopiirit.

Monessa sairaanhoitopiirissä laskutetaan hintaluokan korvauksen lisäksi erikseen kalliit tutkimukset ja toimenpiteet. Avohoitoa ja osastohoitoa ei ole kytketty toisiinsa, vaan niillä on omat hinnoittelunsa. Hoidettu potilas (hopo) laskutusta ei ole käytössä.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ilmoittaa, että sillä on hinnastossaan 1500 hintaa. Vaihtelua sairaanhoitopiirien välillä hintaluokkien, pakettien ja kaiken muunkin osalta on paljon ja ne ovat kehityksessään eri vaiheissa. 15 sairaanhoitopiiriä olisi halukas vähentämään hintojen määrää, neljä pitää hyvänä nykytilannetta, yksi ei näe syytä vähentämiseen.

Kun sairaanhoitopiirit ovat itse määritelleet hintaluokat ja paketit, hintavertailujen tekeminen muiden sairaanhoitopiirien kanssa on vaikeaa. Omaan hinnoittelumenetelmään ollaan kuitenkin verraten tyytyväisiä eikä siihen käytettävää aikaa vähäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta pidetä pahana. Laskutusta on toteutettu jo monta vuotta. Nykyisellään se menee jo rutiinilla. Sen nähdään olevan kuntien kannalta tasapuolinen ja oikeudenmukainen kun kunta maksaa sen, minkä kunnasta olevien potilaiden hoito todellisuudessa maksaa. Hinnoittelun nähdään kannustavan henkilökuntaa yrittäjyyteen ja motivoivan sitä. Suurimpana ongelmana erittelystä hinnoittelusta ovat suuret kuntakohtaiset vuosivaihtelut. Ne koskevat erityisesti pieniä kuntia, mutta myös keskisuuria. Vaikeaselkoisuutta valitetaan. Jotkut vastaajista ovat sitä mieltä, että hinnoittelusta pitäisi kokonaan luopua ja korvata se jollain tasalaskutusmenetelmällä yhteisvastuullisuutta korostaen. Sairaanhoitopiirien tuotteistukseen toivotaan yhtenäisiä ohjeita.

2.3.3 Hinnoittelun omakustannusperiaate/kustannuslaskenta

Palvelut hinnoitellaan jokaisessa sairaanhoitopiirissä omakustannusperiaatteen mukaisesti. Hinnat sisältävät palvelun välittömät ja välilliset kulut ja hallinnon yleiset kulut, omaisuuden poistot ja pääoman koron, jos se on käytössä. Osa kustannuksista laskutetaan suoraan kunnilta (esim. erityisvastuukulut, erityisen kalliiden potilaiden kustannusten tasausmaksut).

Hinnoittelu perustuu kustannuslaskentaan, jossa käytetään hyväksi eri tietokonesovelluksia. Kustannuslaskennan tarkkuudessa on varmaankin eroja ja toivomisen varaakin. Laskenta on kuitenkin kehittynyt viime vuosina huomattavasti, eikä enää voida perustellusti väittää etteikö sairaaloissa tiedettäisi mitä mikin maksaa.

2.3.4 Oikeus muuttaa hintoja kesken vuotta

Yhtä sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta palveluhintoja voidaan muuttaa kesken vuotta. Muutosoikeus perustuu perussopimuksen määräyksiin. Päätös on lähes aina tehtävä sairaanhoitopiirin hallituksessa. Hintojen korotuksia eivät eräät piirit pitäneet oikeana, vaikka säädökset korotuksen sallivatkin. Joissain piireissä hallitus on nihkeä muutoksille. Korotusten lisäksi tulee usein esille myös hintojen laskeminen (esim. kun tulee liikaa ylijäämää). Sopimusohjauspiireissä hintamuutosten toteuttamisedellytykset on määritelty sopimuksissa.

2.3.5 Vuodenvaihteen lisäperintä ja ylijäämän palautus

15 sairaanhoitopiiriä ei kannata vuodenvaihteen tulojen alitusta peittävää lisäperintää eikä ylijäämän palautuksia, vaikka monessa sairaanhoitopiireissä perussopimus vielä tuntee ne. Katsottiin, etteivät lisäperinnät sovi pitkälle hinnoiteltujen palvelujen laskutusmenettelyyn. Kirjanpitolaki ei hyväksy menettelyä ainakaan sellaisena kuin se aikoinaan toteutettiin. Viisi piiriä pitää palautuksia ja lisäperintää hyvänä.

Yleensä laskutus on lopullinen. Liiallista ylijäämää kuitenkin palautetaan vuoden lopussa muodollisesti alentamalla palveluhintoja. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri perii vuoden aikana kuntaosuudet 24:llä laskulla, jotka ovat ennakon luonteisia. Tammikuun loppuun mennessä suoritetaan tasaus todellisen kunnan käytön mukaisesti insentiivit mukaan kytkien. Kanta-Hämeessä laskutetaan kuntia kiinteillä summilla (24 kpl/v), jotka ovat muuttumattomia tasasummia läpi vuoden lukuun ottamatta yhteisesti kuntien kanssa sovittuja tarkistuksia vuoden aikana.

2.3.6 Ulkokuntalaskutus

Yhtä lukuun ottamatta kaikki sairaanhoitopiirit ns. läpilaskuttavat sellaisenaan ilman lisättyjä erilliskustannuksia sairaanhoitopiirin ulkopuolisten sairaanhoitopiirien laskuttamat korvaukset, eli erityisvastuualuelaskut sekä toisten sairaanhoitopiirien antaman hoidon, josta sairaanhoitopiiri on maksuvelvollinen. Kainuun sairaanhoitopiiri sisällyttää korvaukset palveluhintoihin.

2.3.7 Sairaalakohtainen hinnoittelu ja myyntilaskutus

Sairaanhoitopiirit käyttävät yhtenäisiä hintoja läpi piirin myös eräissä sellaisissa piireissä, joissa on monta sairaalaa. Sairaalakohtainen hinnoittelu useita sairaaloita sisältävistä piireistä on käytössä Kymen, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon, Vaasan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä.

Laboratorio-, röntgen- yms. palveluja ulkopuolisille myydään samalla hinnalla kuin omille yksiköille yhtä piiriä lukuun ottamatta. Kuitenkin hinnoissa voi olla eroja näytteiden ostopäivästä tai muista todellisista kustannuseroista johtuen.

2.3.8 Erityisvastuu-/jäsenmaksu

Neljä sairaanhoitopiiriä (Etelä-Savon, Kainuun, Keski-Pohjanmaan ja Kymen sairaanhoitopiirit) ei käytä minkäänlaista jäsenmaksutyypistä laskutusta, vaan siihen luettavat erät on sisällytetty palveluhintoihin.

Muut käyttävät erityisvastuumaksua/jäsenmaksua, mutta mitä erityisvastuuihin luetaan, vaihtelee kovin paljon piireittäin. Vaihtelua kuvaa se, että enimmäkseen niiden ilmoitetaan olevan 5 % kokonaislaskutuksesta (Varsinais-Suomi) ja pienimmillään prosenttia osia (Helsingin ja Uudenmaan sekä Satakunnan sairaanhoitopiirit). Erityisvastuut jaetaan kunnille niiden asukaslukujen suhteessa.

Mukana eri sairaanhoitopiireissä on ilmoitettu olevan seuraavanlaisia menolajeja: alueellinen koulutus, ensihoito, erikoistuvien lääkäreiden koulutus, hygieniatoiminta, ilmaislääkkeet, kalliit apuvälineet, laboratorion laadunvalvonta, lahjoitusprofessuurin kulut, lääkevahinkovakuutuksen menot, maakunnallisen apuvälinekeskuksen menot, myrkytystietokeskuksen menot, osia kuntoutusohjauksesta, potilasasiainhoito, potilasvahinkovakuutus, ruumiinavaus, sairaankuljetuksen koordinaatio ja koulutus, tartuntatautiin seuranta ja ehkäisy, terveyskeskuslääkäreiden koulutusvirkojen kulut, tyhjien sairaaloiden nettomenot ja ulkomaisten potilaiden hoidon kustannukset, jos ulkomailla ei ole sopimusta Suomen kanssa hoidon korvaamisesta.

Nykyisellään erityisvelvoitemaksut toteutuvat eri sairaanhoitopiireissä niin eri tavalla, ettei mitään järkeviä vertailuja voida tehdä. Suuremman yhtenäisyyden saamiseksi tarvittaisiin valtakunnallinen yhteinen päätös siitä, mitkä erät jatkossa otetaan mukaan.

Kysymykseen ollaanko sh-piirissä lisäämässä asukasohjauksellisia laskutuksia neljätoista ilmoitti, ettei niitä ole suunnitelmassa, kolme on lisäämässä ja kaksi vähentämässä. Yksi ei ilmoita kantaansa. Kysymykseen oli vastattu siten, että myös kalliiden potilaskohtaisen hoitokustannusten tasaus oli mukana.

Kymmenen sairaanhoitopiiriä katsoi menettelyn nykyisen laajuusena puolustavan paikkaansa. Kuusi sairaanhoitopiiriä ilmoitti, etteivät ne pidä asukasluvun mukaan määrättyä laskutusta oikeudenmukaisena. Se haittaa kilpailua ja ulkokuntalaskutuksen hinnat jäävät sen takia jäsenkuntien kustannusten alle. Neljä ei ilmoita kantaansa.

2.3.9 Erityisen kalliiden hoitojen tasausmenettely

Kaikissa sairaanhoitopiireissä on potilaskohtaisten suurten kustannusten tasausmenettely kuten laki määrää. Vuoden 2003 alusta alkaen tasauksen piirissä ovat kaikki tutkimukset toimenpiteet ja hoidot. Tasausrajat vaihtelevat paljon. Halvin on Kainuun sairaanhoitopiirillä, 25 000 €, 33 600- 35 000 € on neljällä, 40 000 € kahdella, 50 000 € yhdeksällä, 60000-67 000 € kahdella ja 84 000 € kahdella. Keskimäärin tasausraja on 48 600 € (290 000 mk). Kolmessa sairaanhoitopiirissä tasausrajan ylimenevästä osasta sairaanhoitopiiri maksaa 80 %. Tasausrajoja on nostettu joissain sairaanhoitopiireissä erityisesti aikuispsykiatrian tullessa vuoden alussa tasauksen piiriin. Keski-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiireillä korkea 84000 € tasausraja selittyy, että niissä toteutetaan pääasiassa muunlaista tasausta. Keski-Pohjanmaalla tasataan kokonaismenojen nousuja yhdessä kuntien kanssa sovitun rajan ylittäviltä osin. Kanta-Hämeessä kuntalaskutus pohjautuu 2,5 vuoden hinnoiteltuihin palveluhintoihin, mikä tasaa vuosivaihteluja. Sekä Keski-Pohjanmaan että Kanta-Hämeen sairaanhoitopiireissä potilaskohtainen tasaus on paljolti jäänyt tarpeettomaksi, mutta lakisääteisenä sen on oltava mukana.

Useimmissa sairaanhoitopiireissä peritään tasauksessa käytettävät varat kunnilta asukaslukujen suhteessa, Keski-Pohjanmaalla palvelujen käytön suhteessa. Kahdessa sairaanhoitopiirissä on käytössä rahastomenettely. Tasaukset maksetaan rahastosta ja rahastoa kartutetaan siten kuin siitä on rahaston säännössä ja budjetissa sovittu.

Tasaukseen otettaviin kustannuksiin luetaan sairaanhoitopiirin omat ja ostopalvelukulut yleensä potilaan yhtä sairautta koskien. Vaasan sairaanhoitopiirissä kustannuksiin luetaan potilaan kaikki hoitajaksot. Tasausaika on useimmin vuosi. Ainakin kahdessa sairaanhoitopiirissä vuoden vaihteen yli jatkuva yhtenäinen hoito menee heti tasaukseen, jos tasausraja on ylittynyt edellisenä vuonna.

Useimmat sairaanhoitopiirit ilmoittivat olevansa tyytyväisiä potilaskohtaiseen tasaukseen eivätkä nähneet olevan tarvetta muutoksiin. Viisi sairaanhoitopiiriä toivoo korvaavia menettelyjä.

Sairanhoitopiiriä laajempaa tasausmenettelyä toivoi yhdeksän sairaanhoitopiiriä siten, että valtio korvaisi kaikki kalliit hoidot tai harvempaan kuin viiteen yliopistosairanhoitopiiriin keskitettävät hoidot. Esitettiin myös hengityshalvauspotilaiden korvausten siirtämistä takaisin valtion korvattavaksi. Kalliiden hoitojen tasauksen siirtoa valtion hoitettavaksi pitivät jotkut niin tärkeänä, että toivottiin sen käyttöönottoa, vaikka kuntien valtionosuutta vähennettäisiin tasauksen summalla. Yliopistovastuualuekohtainen tasaus sai vain vähän kannatusta, kaksi piiriä.

Kyselyllä pyrittiin selvittämään, paljonko sairaanhoitopiirit ovat maksaneet yli 168 000€ (1 Mmk:n) olevia, potilaskohtaisia kustannuksia. Kaikilta ei tietoja saatu. Karkeasti arvioitu yhteiskustannus (ylityksen osuus) koko maan osalta oli noin 10-20 M€ vuonna 2001.

Erityisen kalliiden potilaskohtaisten kustannusten tasauksesta on lisäselvityksiä luvussa 3.

Kolmen sairaanhoitopiirin (Etelä-Karjala, Kainuu, Keski-Pohjanmaa) hoidettavana on lastensuojelun erityisen suurten kustannusten tasaus, joka on tullut sairaanhoitopiireille kehitysvammaisten erityishuoltolain kautta. Erityishuoltopiirin (=sh-piiri) tulee lain mukaan huolehtia tasausmenettelystä ja kullakin erityishuoltopiirillä on oltava sovittu tasausmenettely. Kunnalla on oikeus saada tasausjärjestelmästä korvauksena 70 % kustannuksista, jotka ylittävät hoitosuunnitelman tekemisestä laskien vuoden aikana kertyneet perhekohtaiset 42 000 €:n kustannukset. Paikallisesti voidaan sopia alemmastakin tasausrajasta. Valtio korvaa 50 % tasauksen arvioiduista kokonaiskustannuksista puolet kuntien alle 21 vuoden ikäisten asukkaiden lukumäärän ja puolet erityishuoltopiirin jäsenkunnille maksettujen tasauskorvausten määrän perusteella. Myös kuntien maksumääräytyy alle 21 v ikäisten asukkaiden lukumäärän mukaan, ellei toisin sovita.

2.3.10 Sijaintikuntaedun ja peruspääoman koron käyttö

Sijaintikuntaetu on otettu huomioon vain yhdessä sairaanhoitopiirissä. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä sairaanhoitopiirin maksamille palkoille saajakunta maksaa ylimääräisenä korvauksena 1,75 %, mikä vähentää muiden kuntien osuutta. Vaikutus kuntalaskutukseen on pieni. Kainuussa on sijaintikuntaeturahoitteinen maakunnallinen kehittämisrahasto, mutta se ei liity sairaanhoitopiiriin.

Peruspääoman korkoa käyttää kahdeksan sairaanhoitopiiriä (Etelä-Pohjanmaan, Helsingin ja Uudenmaan, Kajaanin, Lapin, Länsi-Pohjan, Pirkanmaan, Vaasan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit) koron ollessa joko 3 tai 4 % peruspääomasta laskettuna. Korosta aiheutuvat kustannukset on sisällytetty hintoihin. Korot maksetaan jäsenkunnille niiden peruspääoman omistussuhteessa. Syyksi koron käyttämiselle ilmoitetaan ulkotalalaskutus. Korolla ulkokunnat saadaan korvaamaan osan käyttöpääomasta.

2.3.11 Jatkohoitoon siirtoa odottavan potilaan lisämaksu ”sakkomaksu”

Yli puolet (12) sairaanhoitopiireistä on ottanut käyttöön tai ottaa vuoden 2003 alusta alkaen ylimääräisen maksun, joka peritään kunnalta, ellei terveyskeskus tai kunta voi osoittaa jatkohoitopaikkaa potilaalle, jonka hoito erikoissairanhoidossa on päättynyt. Nimitystä ”sakkomaksu” ei monikaan käytä. Käytössä on nimityksiä ”jatkohoitopaikkaa odottavan potilaan maksu”, ”kitkamaksu”, ”klinikkavalmiin potilaan maksu” , ”parkkimaksu” ja ”raippamaksu”.

Maksun suuruus vaihtelee paljon sairaanhoitopiireittäin. Yleensä se on kunkin erikoisalan alin hoitopäivähinta muuten perittävän päälle. Enimmillään se voi olla yli 1000 €/vrk. Tavallisin on vajaa 250 € /vrk maksu. Jotkut käyttävät prosenttimääritystä, eli lisäävät 20-30 % ylimääräistä muuten laskutettavan hoidon päälle. Ylimääräistä maksua aletaan periä muutamassa sairaanhoitopiirissä heti kun jatkohoidon tarve on selvä, useimmissa shp:issa vasta 2-3 vrk:n jälkeen

2.3.12 Perustamiskustannusten rahoitus peruspääoman korotuksilla

Sairanhoitopiireistä vain neljä on käyttänyt peruspääoman korotusta investointien rahoitukseen (Pirkanmaan, Pohjois-Savon, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirit).

Kolmella oli ollut kysymys kertaluonteisesta käytöstä eikä kovin suuresta. Yksi sairaanhoitopiiri käyttää vajaa 2 M€:n pysyväisluoteista peruspääoman korotusta vuosittain.

Investoinnit rahoitetaan normaalisti vuosipoistoina hintojen kautta, aikaisemmista investointivaroista, joita on kirjattu vuosiylijäämästä, sekä lainoittamalla.

2.3.12 Kilpailutilanne sairaanhoitopiireissä

Useimmissa sairaanhoitopiireissä piirin rajan yli menevä palvelujen myynti tai kuntien harjoittama osto on pientä. Merkittävää se on kaikissa yliopistosairanhoitopiireissä. Erityisesti merkittävää laskutus on ainakin Pirkanmaalla, Keski-Pohjanmaalla sekä Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiireissä. Piirirajan yli menevää toimintaa ei useimmissa sairaanhoitopiireissä luokiteltu kilpailuksi, vaan yhteistyöksi.

Kunnat eivät ole juurikaan kilpailuttaneet sairaanhoitopiirejä muiden palvelujen tuottajien kanssa. Sairanhoitopiirien hinnat ovat kuitenkin olleet muuten vertailussa mukana kunnan ostaessa palveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta tai toiselta sairaanhoitopiiriltä. Näyttää, ettei kilpailutus vielä ole tätä päivää. Kunnat ovat uskollisia omalle sairaanhoitopiirilleen. Sairanhoitopiirit ovat ostaneet joitain erityistason palveluja muulta kuin omalta yliopistosairaaltai tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Näistä rahallisesti merkittävimpiä ovat sydäntutkimuksiin ja sydän-kirurgiaan liittyvät sekä ortopediset palvelut.

Sairanhoitopiirit myyvät laboratorio- ja kuvantamispalveluja sekä eräitä muitakin palveluja terveyskeskuksille ja ostavat eräitä palveluja toiselta sairaanhoitopiiriltä ja yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Niiden merkitys kokonaisuuden kannalta ei ole kovin suuri. Myydyissä palveluissa noudatetaan samaa omakustannusperusteista hinnoittelua kuin omille kunnille, poikkeuksena yksi sairaanhoitopiiri, joka lisää hintaan erityiskorotuksen.

2.3.14 Yliopistosairanhoitopiirin vastuualuelaskutus

Sairanhoitopiirit olivat varsin tyytyväisiä yliopistopiirien erityistason palvelujen laskutusmenettelyyn, mutta nopeasti nousevia hintoja ihmetellään. Monissa vastauksissa toivottiin nopeutta ja ennustettavuuden parantamista. Edelleen toivottiin, että olisi pyrittävä sopimustyyppiseen menettelyyn. Nähtiin myös, että yliopistosairaaloiden hinnoittelussa tulisi siirtyä yhtenäiseen tuotteistukseen. Hinta- ja kustannuslaskennan perusteet tulisi yhdenmukaistaa. HUS:n käyttäjät moittivat sitä poukkoilevasta, hitaasta ja korkeahintaisesta laskutuksesta.

2.3.15 Laskutusjärjestelmän ohjaava vaikutus

Kysymyksiin, ohjaavatko jotkut hinnoittelun ja kuntalaskutuksen piirteen kuntayhtymän tai kuntien kannalta katsoen virheelliseen ja epätarkoituksenmukaiseen suuntaan ja ohjaako hinnoittelu joiltain osin kuntien väliseen yhteistyöhön ja suosiiko se kehittämistoimintaa vai onko siinä päinvastaisia piirteitä, useimmat vastaajat ilmoittivat etteivät olleet havainneet sellaisia piirteitä. Yksikään ei ollut havainnut esim. kuntien epätarkoituksenmukaisia ratkaisuja tehdyn, vaikka niin väitetään tapahtuneen. Monissa vastauk-

sisä nähtiin yhteistyön lisääntyneen sairaanhoitopiireissä kunta- ja kuntaryhmäneuvottelujen ansiosta. Tosin ainakin yksi sairaanhoitopiiri oli nähnyt päinvastaisiakin piirteitä.

Jatkohoitoon siirto on nopeutunut, kun kunta hyötyy siitä välittömästi. Toisaalta aina on muutamia terveystakeskuksia, jotka eivät ”vedä”. Sitä varten on hoitopaikkaa odottavan potilaan lisämaksu, jolla on selvästi ohjaava vaikutus. DRG:n ja pakettihintojen, joissa on määritelty maksimi hoitoaika, on todettu lyhentäneen keskimääräisiä hoitoaikoja.

Kun kalliiden hoitojen tasaukseen tulee aikuispsykiatria, sen nähtiin vievän kuntien kiinnostuksen omatoimisilta ratkaisuilta. Hinnoitellut hinnat lisäävät kilpailua, varsinkin reunakunnissa. Eritellyt hinnat voivat yllyttää sairaaloita ylilaskutukseen. Tasalaskutuksen nähtiin siirtävän paineita sairaanhoitopiiriin päin ja johtavan kunnan alilaskutukseen.

Sopimusohjaukseen liittyvillä insentiveillä on ohjaava vaikutus. Sen nähtiin sitovan kunnat sairaanhoitopiiriin ja estävän kilpailua.

2.3.16 Onnistuminen hoidon tarpeen ja tarvittavien määrärahojen arvioinnissa

Kysymykseen, miten sairaanhoitopiireissä on kyetty kuntakohtaisesti arvioimaan realistisesti asukkaiden tarvitsemat palvelujen määrät ja aiheutuvat kustannukset, yksitoista arvioi onnistuneensa joko hyvin tai tyydyttävästi. Kuusi tunnustaa onnistuneensa heikommin. Kolme ei ilmoita kantaansa. Monet sairaanhoitopiirit toteavat, että kunnat eivät aina noudata sairaanhoitopiirien arvioita, vaan alentavat niitä. Kuntien huono talous pakottaa liian tiukkoihin budjetteihin. Sairaanhoitopiirin arviot ovat yleensä jälkikäteen osoittautuneet kuntien tekemiä paremmiksi. Vuosittainen kuntakohtainen vaihtelu on suuri, johon ei kyetä vaikuttamaan.

Monissa sairaanhoitopiireissä neuvotteluissa ovat keskustelujen pohjana, usein ulkopuolisilla asiantuntijoilla teetetyt, kuntaprofiilit/palvelutarveanalyysit, joilla yhdessä historiatietojen ja sairaanhoitopiirin omien asiantuntijoiden kanssa saadaan ilmeisen hyvä kuntakohtainen arvio seuraavalle vuodelle.

3 SELVITYS POIKKEUKSELLISEN SUURTEN POTILASKOHTAISTEN KUSTANNUSTEN TASAAMISESTA ERI SAIRAANHOITOPIIREISSÄ VUOSINA 2000 – 2001

Kehityspäällikkö Heikki Punnonen Suomen Kuntaliitosta on työstänyt sairaanhoitopiiri- en talousjohtajilta kerätyt perustiedot ja laatinut niistä yhteenvetoja sekä kirjoittanut seuraavan sanallisen selityksen lukuun ottamatta kahta viimeisintä kappaletta. Yhteenvedot sisältävät kolme eri tyyppistä tilastoa: sairaanhoitopiiri- /kuntakohtainen tilasto tasauksen toteutumisesta, sairaanhoitopiiri-/kuntakohtaiset suhdeluvut sekä tasauksen toteutuminen kuntakoon mukaan ryhmiteltynä. Tämän asiakirjan liitteeksi otetaan vain sairaanhoitopiiri-kohtainen tasaustilasto. Kaikki tilastot on toimitettu sairaanhoitopiireille ja ne ovat muidenkin saavavilla osoitteesta: heikki.punnonen@kuntaliitto.fi.

3.1 Erilaisia tasausjärjestelmiä

Erikoissairaanhoitolain määräämä poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten (”kalliitten hoitojen”) tasaus on ollut ja on käytössä kaikissa sairaanhoitopiireissä. Eri sairaanhoitopiirit ovat käyttäneet ja käyttävät toisistaan hieman poikkeavia tasausjärjestelmiä. Keskeisiä eroja olivat annettujen tietojen perusteella ainakin seuraavat:

- Tasausraja vaihteli vuonna 2000 välillä 100 000 – 350 000/500 000 mk ja vuonna 2001 välillä 100 000 – 500 000 mk. Kahdeksassa sairaanhoitopiirissä tasausraja oli 200 000 mk, kuudessa 300 000 mk, Kainuun sairaanhoitopiirissä 100 000 mk ja vuonna 2001 Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, jossa on myös kokonaismenojen tasausjärjestelmä, 500 000 mk.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä lyhytaikaisen hoidon raja oli 300 000 mk ja pitkäaikaisen hoidon 500 000 mk vuonna 2000. Vuonna 2001 tasausraja oli 250 000 mk.
- Etelä-Pohjanmaan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirien järjestelmä tasasi myös aikuispsykiatrian poikkeuksellisen suuret potilaskohtaiset kustannukset vuonna 2001, mutta ei muissa. Sen sijaan lasten- ja nuortenpsykiatrian hoidot olivat myös muissa sairaanhoitopiireissä osa tasausjärjestelmää.
- Pohjois-Savon ja Satakunnan sairaanhoitopiirien tasausrajan yli menevistä kustannuksista jäsenkunnat maksoivat 20 % ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä 15 %. Pohjois-Savossa on 750 000 mk takarajana, minkä ylittävät kustannukset suoritetaan tasausjärjestelmästä kokonaan.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä tasausrahasto riitti korvaamaan 300 000 mk:n tasausrajan ylittävistä hoidoista 46 % vuonna 2000 ja 39 % vuonna 2001.
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä on ollut vuodesta 2001 käytössä kiinteään kokonaissopimukseen pohjautuva ohjausjärjestelmä, jonka seurauksena vuonna 2001 tasausjärjestelmän kohteena olivat poikkeuksellisesti vain muualta kuin omalta sairaanhoitopiiriltä hankitut kalliit hoidot. Vuodesta 2002 sopimusmenetely sisältää koko kalliin hoidon tasauksen.

- Vaasan sairaanhoitopiirissä tasaukseen lasketaan kustannukset hoidettua henkilöä kohti vuodessa. Muissa sairaanhoitopiireissä poikkeuksellisen suuriin potilaskoh-
tasiin kustannuksiin lasketaan yhtä sairastumista tai tapaturmaa koskevat hoidot
eikä summaarisesti kaikkia.
- Tasausjärjestelmä rahoitetaan eri tavoin eri sairaanhoitopiireissä. Etelä-
Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä tasauksen rahoitus sisältyi palvelujen hintoihin.
Osassa maksut kootaan erikseen etukäteen, osassa tasataan jälkikäteen, osassa
käytetään rahastoja.

3.2 Kalliitten hoitojen määrä

Järjestelmien erilaisuudesta johtuen tasauksen piiriin on tullut ja tulee eri suuria määriä tapauksia suhteessa kunnan ja sairaanhoitopiirin väestöön. Maamme pienkuntavaltai-
suudesta – yli puolet kunnista alle 5 000 asukasta ja vain 18 kuntaa yli

40 000 asukasta - johtuen kalliiden hoitojen vuosittaiset vaihtelut voivat olla hyvinkin
suuria.

Vuoden 2001 aikana yli 100 000 asukkaan kunnissa, joissa oli 300 000 mk:n tasausraja,
tapausten määrä/10 000 asukasta vaihteli välillä 4,2 – 9,9. Pienten kuntien kalliiden hoi-
tojen määrän suhteelliseen arviointiin kaksi vuotta antaa riittämättömän pohjan. Vuo-
teen 2000 verrattuna tapausten määrä kasvoi hieman tasausjärjestelmän rakenteiltaan
samana säilyttäneissä sairaanhoitopiireissä - Kainuuta lukuun ottamatta. Tasausjärjes-
telmänsä uudistaneissa Keski-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirien tapaus-
ten määrä romahti vuonna 2001. Vaasan sairaanhoitopiirissä potilaan kaikki erikoissai-
raanhoidon kustannukset vuoden aikana kattava tasausjärjestelmä kasvattaa radikaalisti
tasauksen piiriin tulevien potilaiden määrää. Vuonna 2001 näitä oli Vaasan sairaan-
hoitopiirissä 1 084 eli 25 % koko maan 4 297 tapauksesta. Vuonna 2000 92 kunnasta ja
vuonna 2001 77 kunnasta ei ollut yhtään oman sairaanhoitopiirin poikkeuksellisen suur-
ten hoitokustannusten tasausrajan ylittänyttä potilasta.

3.3 Tasausjärjestelmän rahoitus ja tasaukset

Vuonna 2001 käytettiin poikkeuksellisen suurten hoitokustannusten tasaamiseen yh-
teensä hieman yli 490 miljoonaa markkaa. Niiden rahoittamiseen koottiin jäsenkunnilta
vuonna 2001 Vaasan sairaanhoitopiirissä 213,95 mk/asukas, Pohjois-Karjalan sairaan-
hoitopiirissä 162,65 mk/asukas, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä 27,31 mk/asukas ja
Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 12,34 mk/asukas.

Kalliitten hoitojen tasausjärjestelmään tarvittava rahamäärä oli ja on suhteessa kuntien
nettokustannuksiin suhteellisen vähäinen. Osuus vaihteli vuonna 2001 välillä 6,6 – 0,3
%. Tasausjärjestelmästä johtuen Vaasan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat käyttivät suh-
teellisesti eniten ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat suhteellisesti vähi-
ten poikkeuksellisen suurten hoitokustannusten tasaukseen. Tässä eivät ole mukana
Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kokonaiskustannusten tasausjärjestelmän vaiku-
tukset.

Kun tasausjärjestelmän rahoitusosuudesta vähennetään saadut tasaukset ja suhteutetaan nämä kunnan asukasmäärään, saadaan kuntakohtaiset tarkasteltavan vuoden nettovaikutukset. Vuonna 2001 sai suurin nettosaaja, Taivassalo 447,27 mk/as ja vastaavasti maksoi suurin nettomaksaja, Vähäkyrö 191,72 mk/as.

Tasausten nettovaikutusten suhde kunnan vuonna 2001 maksamiin erikoissairaanhoidon nettokustannuksiin vaihteli välillä 5,9 – 10,9 %. Suhteellisesti suurin nettosaaja oli edellä mainittu Taivassalo. Värtsilä ja Tuupovaara maksoivat eniten eli yli 5 % nettokustannuksistaan tasausjärjestelmän nettovaikutuksena vuonna 2001. Vuosittaisia kuntakohtaisia nettovaikutuksia on kuitenkin arvioitava hyvin varovaisesti - ja muistettava tasausjärjestelmän vakuutusluonne.

Kun nettomaksajien maksama tasaus suhteutetaan tasausrajaan, oli vuonna 2001 nettomaksajakunnista 60 sellaista, joissa ei ollut yhtään poikkeuksellisen kalliin hoidon tasaukseen tullutta potilasta mutta joiden maksama tasausmaksu jäi pienemmäksi kuin oman sairaanhoitopiiriin käytössä oleva ”kalliin hoidon” tasausraja. Nämä 60 kuntaa olivat pieniä, 55 oli alle 5000 asukkaan kuntaa ja niistä suurimman väestömäärä oli 6846.

Esimerkiksi Värtsilä Pohjois-Karjalasta maksoi 110 762 mk tasausjärjestelmän rahoittamiseen, kun poikkeuksellisen kalliin hoidon tasausraja Pohjois-Karjalassa oli 200 000 mk. Onneksi Värtsilän taloudelle, ettei sieltä tullut hoitokustannuksiltaan yhtään tuolaista potilasta. Yleensä vakuutuksen ottaja ei sure sitä, että valitettavasti ei tullut vahinkoa, kun vakuutusmaksukin oli noin suuri.

3.4 Puntarointia

Jokainen sairaanhoitopiiri ja sen jäsenkunnat ovat perussopimuksessa päättäneet tasausjärjestelmänsä rakenteesta ja rahoituksesta. Tasausjärjestelmät ovat näin ollen keskenään – pääosin hieman ja osaksi hyvin - erilaisia, mutta kaikki täyttävät lain määräämän tarkoituksen.

Kainuun sairaanhoitopiirin tasausjärjestelmän raja oli alhaisin. Näin Kainuun kuntien välinen kustannusten tasaus osaltaan luo Kainuun maakunnan yhteenkuuluvuutta ja yhteisvastuullisuutta.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tasausrahasto oli maksuosuuksiltaan edullinen, mutta kattoi vuonna 2001 vain reilun kolmanneksen kalliin hoidon 300 000 mk:n tasausrajan ylittäneistä kustannuksista. Kustannusriski on vahvemmin kunnilla. Esimerkiksi erään kunnan yhden potilaan 829 121 mk:n hoitokustannuksista tasausrahastosta maksettiin 208 829 mk ja kunta loput 620 292 mk. Jos kunta olisi Kainuussa, tasausjärjestelmästä olisi maksettu 729 121 ja kunta 100 000 mk. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä esimerkkikunta maksoi tasausrahastoon 231 000 ja olisi maksanut Kainuun sairaanhoitopiirissä 682 440 mk.

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kokonaiskustannusten tasaus on tuonut aivan uuden ulottuvuuden koko sairaanhoitopiirin tarkoitukseen. Kanta-Hämeen kiinteään kokonaissopimukseen pohjautuva järjestelmä toimii pitkälle samoin. Molempien ideana on

tasata potilaskohtaisia kustannuksia laajemmin yksittäisten kuntien suuria vuosittaisia vaihteluita.

Poikkeuksellisen suuret potilaskohtaiset kustannukset ovat toinen yllättäviä kustannuksia tuova tekijä. Vähintään yhtä suuria yllätyksiä pienille kunnille tuovat väestön sairaanhoidon palvelujen kysynnän yllättävän suuret vuosittaiset vaihtelut. Nimenomaan viime mainittuihin Keski-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen ratkaisut tuovat uutta vakautta.

Maassamme on yli 100 000 asukkaan kuntia 6, yli 40 000 asukkaan 18 ja yli 20 000 asukkaan kuntia noin 50. Yli 400 kuntaa tarvitsee asukkaidensa sairaanhoidon palvelujen kysynnän vaihtelujen tasoittamiseen seudullista yhteistoimintaa ja vakauttajaa.

3.5 Nettosaajat ja -maksajat kuntakoon mukaan tarkastellen

Ryhmittämällä koko maan kuntien tasaustiedot kuntakoon mukaan pyrittiin selvittämään, miten nettosaajan tai -maksajan rooli painottuu. Kun kysely koski vain kahta vuotta, on selvää, että mitään lopullista totuutta ei näillä tiedoilla saada. Tarkempi ja pidempää aikaväliä koskeva selvittäminen olisi paikallaan.

Seuraavassa tilastossa on esitetty vuoden 2001 kuntaryhmäkohtaiset, kunnan asukasluvulla painotetut nettosaaja, -maksaja summat/as sekä kuntaryhmää kohti lasketut ryhmän kuntien nettosaaja ja -maksajien yhteissummat (vuoden 2000 tulos oli samansuuntainen).

| Kuntakoko ryhmittäin | Mk/asukas | Yht. nettosaajat/maksajat mk/ryhmä |
|----------------------|-----------|---------------------------------------|
| yli 100 000 | +8,08 | 11 537 000 |
| 50000 - 99999 | +2,73 | 1 532 000 |
| 30000 - 49999 | -7,00 | -4 291 000 |
| 20000 - 29999 | +4,26 | 1 797 000 |
| 10000 - 19999 | +3,30 | 2 448 000 |
| 6000 - 9999 | -4,57 | -2 807 000 |
| 3000 - 5999 | -14,51 | -7 758 000 |
| 1000 - 2999 | -0,55 | -124 000 |
| alle 1000 | -83,89 | -690 000 |

(+ saaja, - maksaja)

3.6 Potilaskohtaisten kustannusten tasauksen vaikutus vuosivaihteluun

Käytetty tasausmenetelmä tasaa epäilemättä oikein suuria potilaskohtaisia kustannuksia. Sen sijaan se toimii huonosti kokonaisvuosivaihteluiden tasaajana ja lakisääteisenä voi estää tai hankaloittaa muunlaisten tasausmenetelmien käyttöönottoa. Alkuperäinen tavoite toimia yksilöidyistä hinnoista johtuvan vuosivaihtelun tasaajana ja pienten kuntien turvana, ei ole toteutunut täysin odotusten mukaisesti.

4 KUNTA-, PERUSTURVA- JA TERVEYSKESKUS- JOHDON NÄKEMYKSET SAIRAANHOITOPIIRIEN SOPIMUSMENETTELYSTÄ, SAIRAALALASKU- TUKSESTA JA NIIDEN KEHITTÄMISTARPEESTA

Tämän selvityksen luvussa 2 käsitellään sairaalalaskutuksen tämän hetkistä toteutustapaa sairaanhoitopiireissä. Siinä käsitellään kuntien ja sairaanhoitopiirien välistä sopimismenettelyä ja sairaalalaskutuksen toteuttamistapoja. Tiedot saatiin sairaanhoitopiirien johtajilta ja talousjohtajilta. Että kokonaisuudesta syntyisi monipuolisempi kuva, suoritettiin kysely myös peruskunnista ja terveyskeskuksista. Kyselyssä peilattiin kuntien näkemyksiä sairaanhoitopiireille lähetetyssä kyselyssä selvitettävistä asioista.

4.1 Kyselyyn vastanneet

Kysely toteutettiin siten, että jokaisesta sairaanhoitopiiristä valittiin kyselyn piiriin ainakin kolme kuntaa; iso, keskikokoinen ja pieni kunta. Suoritettussa kyselyssä sairaanhoitopiirin iso kunta oli yleensä myös keskussairaalan sijaintikunta. Kysely lähetettiin 87 kunnan kunnanjohtajalle ja kunnan terveydenhuollosta vastaavalle viranhaltijalle (terveysjohtaja, johtava lääkäri, sosiaali- ja terveysjohtaja, perusturvajohtaja). Vastauksia saatiin 48 kunnasta ja 12 terveyskeskuskuntayhtymästä, joilla on yhteensä 44 jäsenkuntaa. Terveyskeskuskuntayhtymän vastauksen tulkittiin koskevan yhtä kyselyä kuntaa, jolloin vastaukset kattoivat kaikkiaan 60 kuntaa. Vastaajat jakautuivat seuraavasti:

| | |
|--|----|
| kaupungin-/kunnanjohtaja joko yksin tai yhdessä muiden viranhaltijoiden kanssa | 12 |
| kaupungin kamreeri, talousjohtaja tms. | 5 |
| sosiaali- ja terveysjohtaja, perusturvajohtaja joko yksin tai yhdessä muiden viranhaltijoiden kanssa | 16 |
| johtava lääkäri/ylilääkäri joko yksin tai yhdessä muiden viranhaltijoiden kanssa | 29 |
| sosiaali- ja terveyskeskuksen johtoryhmä | 2 |
| yhteensä vastauksia | 64 |

Vastauksista 4 kunnan osalta tuli sekä kunnanjohtajalta, että perusterveydenhuollosta vastaavalta viranhaltijalta erilliset vastaukset.

Lähetetyssä kyselyssä selvitettiin sopimusmenettelyn osalta sitä, mistä ja miten sovi-
taan, ketkä edustavat kuntaa, kauanko prosessi kestää, kuka hyväksyy sopimuksen ja
kokeeko kunta olevansa tasavertainen sopijaosapuoli sairaanhoitopiirin kanssa. Kysyt-
tiin myös, onko esimerkiksi heikon taloudellisen tilanteen vuoksi tehty alimitoitettuja
sopimuksia, onko sopimusmenettelyllä vaikutusta sairaanhoitopiirin toiminnan tehos-
tamiseen, onko palveluja kilpailutettu ja miten kunta haluaisi muuttaa sopimusmenette-
lyä.

Sairaalalaskutuksen osalta tiedusteltiin kuinka hyvin sairaanhoitopiirin sairaalalaskutus
tunnetaan, onko laskutus läpinäkyvä ja ymmärrettävä, kohtelee se oikeudenmukaises-
ti ja tasapuolisesti sairaanhoitopiirin jäsenkuntia ja ulkokuntia, kannustaako laskutus
kuntien väliseen yhteistyöhön vai kuntakohtaiseen itsekkyyteen, kannustaako laskutus
sairaanhoitopiirin sairaaloita taloudellisempaan ja tehokkaampaan toimintaan, onko
palveluja hankittu muilta sairaanhoitopiireiltä tai yksityissektorilta ja jos on, mitä ja
millaisia kokemuksia niistä on, tulisiko sairaalalaskutusjärjestelmän perusteet (kiinteä
maksu/asukas ja tuotteistus) olla samat kaikissa sairaanhoitopiireissä, onko kalliin hoi-
don tasausjärjestelmä toimiva, onko sairaalalaskutuksella merkitystä sairaanhoitopiirin
toiminnan tehostamisessa, mitä mieltä oltiin kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden
turvaamisprojektin selvitysmiehen toimenpide-ehdotuksista sairaalalaskutuksen kehiti-
tämiseksi ja pyydettiin kuntien omia ehdotuksia sairaanhoitopiirin sairaalalaskutuksen
uudistamiseksi.

4.2 Kuntien kokemukset sopimusohjauksesta

Tässä kohdassa tiedot perustuvat Helsingin ja Uudenmaan, Kanta-Hämeen, Keski-
Suomen, Pirkanmaan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon sairaan-
hoitopiirien jäsenkuntien kokemuksiin. Lisäksi tähän kohtaan on koottu Etelä-
Pohjanmaan ja Satakunnan sairaanhoitopiirien kuntien näkemyksiä, koska Etelä-
Pohjanmaalla sopimusohjausta kokeillaan ja Satakunnassa on tarkoitus vuonna 2003
kokeilla sopimusohjausta.

Pisimmälle sopimusohjausmenetelmä oli viety Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Helsin-
gin ja Uudenmaan, Kanta-Hämeen, Keski-Suomen ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri-
reissä sovittiin suoritteista ja kustannuksista. Muissa sopimusohjaussairaanhoitopiireissä
sovittiin lähinnä kustannuksista. Valtaosa sopimuksista solmittiin kertaneuvottelun pe-
rusteella. Jatkuva neuvottelumenettely oli käytössä lähinnä Helsingin ja Uudenmaan,
Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiireissä. Muutamissa muissa sairaanhoito-
piireissä jatkuva neuvottelumenettely oli käytössä suurimman jäsenkunnan kanssa.

Neuvotteluihin kuntien osalta osallistui yleensä kunnanjohtaja, kamreeri, perusturva-
/sosiaalijohtaja ja johtava lääkäri. Pienemmistä kunnista neuvotteluihin osallistui usein
luottamusmiehiä, kuten perusturvalautakunnan ja kunnanhallituksen puheenjohtajat.
Sopimukset hyväksyttiin yleensä joko kunnanhallituksessa tai perusturva-
/terveyslautakunnassa.

Kunnilta kysyttiin kokevatko ne olevansa tasavertaisia osapuolia sairaanhoitopiirinsä kanssa. Kunnat vastasivat seuraavasti:

| | Sopimusohjausmenettelykunnat | | | | iso | Neuvottelumentettelykunnat | | | Yhteensä |
|-------|------------------------------|-------------|-------|------|-----|----------------------------|-------|------|----------|
| | iso | keski-suuri | pieni | yht. | | keski-suuri | pieni | yht. | |
| Kyllä | 4 | 7 | 5 | 16 | 2 | 2 | 1 | 5 | 21 |
| Ei | 4 | 5 | 6 | 15 | 7 | 3 | 5 | 15 | 30 |

Sopimusohjausmenettelyn piirissä olevien sairaanhoitopiirien jäsenkunnat tunsivat olevansa tasavertaisempia sopijaosapuolia sairaanhoitopiirin kanssa kuin niissä sairaanhoitopiirissä, joissa oli käytössä neuvottelumenettely. Yleisenä piirteenä kuitenkin oli, että suuret ja keskisuuret kunnat tunsivat olevansa tasavertaisempia neuvotteluosapuolia kuin pienet kunnat. Poikkeuksen tästä tekivät Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin suuret kunnat Helsinki ja Espoo, jotka katsoivat, että eivät ole tasavertaisia. Helsinki toteaa: Sopimukset ja sopimusraamit ovat sopimuksista huolimatta säännönmukaisesti ylittyneet. Sopimuksen ylittyminen ei ole johtunut alibudjetoinnista sillä, esimerkiksi vuonna 2002 budjettiin varattiin HUS:n esittämä summa. On huonoa puhua sopimisesta, jos toisella osapuolella on joka tapauksessa mahdollisuus vuoden päättyessä kirjoittaa lasku tarvitsemalleen rahamäärälle ts. avoin shekki. Kaiken kaikkiaan voi todeta, että tilaajan ääni ei tule kuulluksi tarpeeksi. Samanlaisia mielipiteitä ovat esittäneet myös muiden sairaanhoitopiirien jäsenkunnat.

Kunnilta tiedusteltiin myös, onko kunta esimerkiksi huonon taloudellisen tilanteen takia tehnyt sairaanhoitopiirin kanssa sopimuksia, jotka eivät ole olleet realistisia palvelujen määrän ja kunnalle aiheutuvien kustannusten kannalta ja jotka sen vuoksi ovat toteutuessaan ylittyneet. Tähän vastanneista kunnista 42 katsoi, että alibudjetointia ei ole tehty, kun taas 14 kuntaa myönsi tehneensä huonon taloudellisen tilanteen takia epärealistisia sopimuksia tai talousarviovarauksia.

Erikoissairaanhoidon palveluja ilmoitti kilpailuttaneensa 12 kuntaa 58 kunnasta. Suurin osa kilpailutetuista palveluista oli erikoislääkäreiden konsultaatiopalveluja. Suurimman kilpailutuksen oli järjestänyt Helsingin kaupunki lääkärilakon aiheuttamien jonojen purun vuoksi. Kokemukset kilpailutuksesta olivat pääasiassa myönteisiä. Yksityissektorilta hankitut erikoislääkärikonsultaatiot oli saatu nopeammin ja joustavammin kuin sairaanhoitopiiriltä.

Kunnilta tiedusteltiin myös, mikä osuus sopimusmenettelyllä on sairaanhoitopiirinne toiminnan tehostamisessa. 24 kuntaa katsoi, että sopimusmenettelyllä ei ole mitään

merkitystä, 17 kuntaa katsoi sillä olevan jonkin verran merkitystä ja 6 kuntaa ilmoitti sillä olevan hyvin paljon merkitystä.

Lopuksi kunnilta kysyttiin, miten ne haluaisivat muuttaa sairaanhoitopiirinsä sopimusmenettelyä.

Kanta-Hämeen, Keski-Suomen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä oltiin suhteellisen tyytyväisiä nykyiseen järjestelmään. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä haluttiin menettelyä yksinkertaistettavaksi (ei DRG-silppua), toisaalta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä katsottiin, että sairaanhoitopiirissä pitäisi ottaa DRG käyttöön tuotteistuksessa ja hinnoittelussa. Muissa sopimus pohjaisissa sairaanhoitopiireissä katsottiin, että on sovittava myös annettavista palveluista eikä pelkästään kustannuksista. Moni kunta katsoi, että hintojen tulee olla kiinteitä koko sopimusvuoden ajan.

4.3 Neuvottelumenettely

Suurimmalla osalla sairaanhoitopiirejä on käytössä neuvottelumenettely, jossa ei tehdä kuntien kanssa sopimuksia. Neuvottelumenettelyä käyttävien sairaanhoitopiirien käytännöissä on suuria eroja. Joissakin keskustellaan kuntakohtaisesti annettavista hoidoista ja niistä aiheutuvista kustannuksista, joissakin pelkästään kustannuksista ja parissa sairaanhoitopiirissä ei neuvotteluja käydä ollenkaan. Erään kunnan vastaus kysymykseen ”koetteko olevanne tasavertainen sopijaosapuoli sairaanhoitopiirinne kanssa” kuvaa hyvin tämän sairaanhoitopiirin tilannetta. Vastauksessa kunta ilmoitti ”emme koe olevamme edes osapuoli”. Toisen sairaanhoitopiirin kunta vastasi ”emme koe, kunta vain maksaja. Sairanhoitopiiri on sekä tilaaja, että tuottaja”.

Vastauksena kysymykseen ”koetteko olevanne tasavertainen sopijaosapuoli sairaanhoitopiirinne kanssa” vastasi 15 kuntaa, että eivät koe. Ainoastaan 5 kuntaa koki olevansa tasavertainen sopijaosapuoli.

4.4 Sairaalalaskutuksen tunnettavuus

Kunnat tuntevat kohtuullisen hyvin sairaanhoitopiirin sairaalalaskutuksen periaatteet ja sisällön. Ainoastaan 6 kuntaa ilmoitti tietävänsä pelkästään sen, paljonko on laskutettu. Kaikki muut ilmoittivat tuntevansa periaatteet ja sisällön.

4.5 Sairaalalaskutuksen läpinäkyvyys ja tasapuolisuus

Kysymykseen, ”onko sairaanhoitopiirinne sairaalalaskutus läpinäkyvä ja ymmärrettävä”, jakaantuivat vastaukset kutakuinkin tasan. Sairaalalaskutuksen katsoi olevan läpinäkyvää ja ymmärrettävää 29 kuntaa, kun taas 30 kuntaa oli sitä mieltä, että sairaanhoitopiirin sairaalalaskutus ei ole läpinäkyvä ja ymmärrettävä. On katsottu, että hoidon vaikuttavuuden mukaan ryhmitellyt hoitoisuusluokat ja potilaan niihin joutuminen on tulkittavissa miten tahansa. Kriteereitä on pidetty epämääräisinä ja on katsottu, että jos hinnoittelu vaikuttaa suoraan tulosityksiköiden käyttöönsä saamaan rahamäärään, hinnoittelu alkaa välittömästi vääristyä. Hinnoittelun ja kustannusvastaavuuden riittävän hyvä yhteneväisyys onkin nykyisen hinnoittelujärjestelmän kulmakivi ja samalla sen

kompastuskivi. Kaiken kaikkiaan niiden sairaanhoitopiirien jäsenkunnat (18), joissa sopimusohjaus oli käytössä, olivat tyytyväisempiä sairaalalaskutuksen läpinäkyvyyteen ja ymmärrettävyyteen kuin niiden sairaanhoitopiirien jäsenkunnat (11), joissa oli neuvottelumenetelmä.

Kysymykseen ”kohtelee ko sairaalalaskutus oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti sairaanhoitopiirinne jäsenkuntaa” vastasi 42 kuntaa sen kohtelevan ja 12 kuntaa, että ei kohtele. Yleensä katsottiin, että sijaintikunta hyötyy toisten kuntien kustannuksella tai että, esim. Helsinki maksaa osan yliopistosairaalan erityistason velvoitteista myös perustason palveluissa. Helsingin perustason palvelujen hinnat ovat selkeästi kalliimmat kuin HUS:n jäsenkunnalle, jotka saavat ko. palvelut omalta aluesairaaltaan.

Sairaalalaskutuksen katsottiin yleensä kohtelevan ulkokuntia oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti. Ainoastaan 2 kuntaa oli erimieltä.

4.6 Sairaalalaskutuksen kannustevaikutukset

Kysymykseen ”kannustaako sairaanhoitopiirinne sairaalalaskutus kuntien väliseen yhteistyöhön” vastattiin seuraavasti:

| | Sopimusohjaus- menettelykunnat | Neuvottelumenettely- kunnat | Yhteensä |
|-------|-----------------------------------|--------------------------------|----------|
| Kyllä | 11 | 3 | 14 |
| Ei | 14 | 20 | 34 |

Kysymykseen ”Kannustaako sairaanhoitopiirinne sairaalalaskutus kuntakohtaiseen itsekyyteen” vastattiin seuraavasti:

| | Sopimusohjaus- menettelykunnat | Neuvottelumenettely- kunnat | Yhteensä |
|-------|-----------------------------------|--------------------------------|----------|
| Kyllä | 16 | 17 | 33 |
| Ei | 7 | 8 | 15 |

Sopimusohjaussairanhoitopiireissä olevat kunnat näkivät sairaalalaskutuksen kannustavan kuntien väliseen yhteistyöhön hieman enemmän kuin neuvottelumenettelyn piirissä olevat kunnat. Vastaavaa eroa ei ole sillä kohden, miten kunnat näkivät sairaalalaskutuksen kannustavan kuntakohtaiseen itsekyyteen.

Tiedusteltaessa ”kannustaako sairaalalaskutus sairaanhoitopiirinne sairaaloita taloudelliseen ja tehokkaaseen toimintaan”, katsoi 10 kuntaa sen kannustavan ja 13 kuntaa ei nähnyt kannustevaikutusta. Sopimusohjauskunnat näkivät kannustevaikutuksen olevan neuvottelukuntia useammin.

Kysymykseen ”kannustaako sairaalalaskutus sairaanhoitopiirinne sairaaloita kokonaisuuden kannalta itsekkääseen toimintaan”, vastasi 15 kuntaa näin tapahtuvan. Ainoastaan 4 kuntaa oli sitä mieltä, että näin ei tapahdu.

Kaikkiaan 25 kuntaa katsoi, että sairaalalaskutuksella ei ole kannustevaikutavuutta sairaanhoitopiirin sairaaloiden toiminnan suhteen.

4.7 Palvelujen hankinnat muilta sairaanhoitopiireiltä tai yksityiseltä sektorilta

Tiedusteluun ”onko kuntanne ostanut erikoissairaanhoidon palveluja muulta sairaanhoitopiiriltä kuin omalta” vastasi myöntävästi 12 kuntaa ja kieltävästi 46 kuntaa. Yleensä palveluja hankkivat sauma-aluekunnat. Poikkeuksena mm. Helsingin kaupunki, joka hankki kilpailutuksen perusteella jonon purku leikkauksia myös muilta sairaanhoitopiireiltä. Yleensä todettiin, että sairaanhoitopiirien tarjoamien palvelujen hintavertailu oli hankalaa.

Kysymykseen ”onko kuntanne ostanut erikoissairaanhoidon palveluja yksityiseltä sektorilta” vastasi 41 kuntaa hankkineensa ja 16 kuntaa ei. Suurimmaksi osaksi hankitut palvelut olivat erikoislääkärikonsultaatioita, joilla korvattiin erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä. Yksityisen sektorin hintojen nähtiin olevan vertailukelpoisia ja yleensä edullisempia kuin sairaanhoitopiirin tarjoamat palvelut. Kokemukset hankinnoista olivat yleensä myönteisiä, koska palvelut saatiin nopeammin ja joustavammin kuin sairaanhoitopiiristä. Kunnat ovat hankkineet myös jonkun verran leikkauksia yksityiseltä sektorilta.

4.8 Sairaalalaskutuksen perusteet

Kunnilta kysyttiin, tulisiko sairaalalaskutusjärjestelmän perusteet; kiinteä maksu/asukas ja tuotteistus olla samat sairaanhoitopiireissä. Kysymykseen vastattiin seuraavasti:

| | |
|---------------------------------------|----|
| Kyllä, periaatteessa kokonaan | 38 |
| Kyllä, tiettyjen toimintojen osalta | 6 |
| Kyllä, mutta ainoastaan kiinteä maksu | 2 |
| Ei ollenkaan | 10 |

Pari kuntaa katsoi, että NordDRG-järjestelmä voisi toimia pohjana. Yksi ei ollenkaan vastannut kunta katsoi, että ennen kuin tällaista asiaa pohditaan, tulisi ratkaista, kuka vastaa kuntalaisten erikoissairaanhoidon järjestämisestä kunta vai sairaanhoitopiiri.

4.9 Kalliin hoidon tasaus

Valta enemmistö vastanneista, 45 kuntaa, katsoi että heidän sairaanhoitopiirissä on toimiva kalliin hoidon tasausjärjestelmä. 11 kuntaa näki, että se on puutteellinen. Lähinnä pienet kunnat näkivät, että nykyinen kalliin hoidon tasausjärjestelmä suosii suuria kuntia.

4.9.1 Sairaalalaskutuksen merkitys sairaanhoitopiirin toiminnan tehostamisessa

Kysymykseen ”Mikä osuus sairaalalaskutuksella on sairaanhoitopiirin ja toiminnan tehostamisessa”, vastasivat kunnat seuraavasti:

| | |
|--------------------------------|----|
| Ei mitään merkitystä | 25 |
| Jonkin verran | 22 |
| Hyvin paljon, jos niin, miksi? | 9 |

Sairaalalaskutuksen on tuettava sopimusohjausmallia. Se voi olla kannustin toiminnan tehostamiseen ja perustehtävään keskittymiseen.

4.9.2 Kuntien suhtautuminen selvitysmiehen toimenpide-ehdotuksiin

Sairaalalaskutuskyselyn ohien liitettiin kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisprojektin selvitysmiehen toimenpide-ehdotukset sairaalalaskutuksen suhteen. Kunnilta kysyttiin kannanottoja selvitysmiehen toimenpide-ehdotuksiin. Kuntien vastaukset jakautuivat seuraavasti:

| | |
|---|----|
| Kannattaa sairaalalaskutuksen kehittämistä selvitysmiehen ehdotuksen mukaisesti | 22 |
| Kannattaa tutkia/kokeilla | 11 |
| Esitykset tuntuvat hyviltä | 13 |
| Täysin erimieltä | 4 |
| Ei osaa sanoa | 4 |

4.9.3 Kuntien omat ehdotukset sairaanhoitopiirien sairaalalaskutuksen uudistamiseksi

Kahdeksan kuntaa ilmoitti kantanaan, että uudistuksen tulisi tapahtua kansallisen terveysprojektin selvitysmiehen esityksen perusteella.

Muutama kunta oli sitä mieltä, että on lisättävä hinnoittelun ja laskutuksen läpinäkyvyyttä. Tuotteiden hinnat pitää olla selvillä neuvoteltaessa sopimuksia. Hinnoitteluun ei pitäisi voida tehdä kesken vuoden muutoksia yksipuolisesti. Jotkut katsoivat, että hintojen tulisi olla kiinteitä koko vuosi. Kanta-Hämeestä suositeltiin Kanta-Hämeen mallia kehittämällä saatavan toimiva sairaalalaskutusmalli. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueelta todettiin, että jokainen uudistus on parannus. Siellä käytössä oleva suoritelaskutus on aikansa elänyt. Tarvittaisiin riittävän yksinkertainen käyttöön perustuva laskutus.

4.9.4 Kuntien ja sairaanhoitopiirien käsitysten erot sairaalalaskutuksen ohjaavasta vaikutuksesta

Sairaanhoitopiirit eivät nähneet, että jotkut sairaalalaskutuksen tai hinnoittelun piirteet ohjaisivat kuntia tai sairaanhoitopiirejä virheelliseen tai epätarkoituksenmukaiseen suuntaan. Sairaanhoitopiirit näkivät kuntien välisen yhteistyön lisääntyneen mm kuntaneuvottelujen ansiosta. Ainoastaan yhdessä sairaanhoitopiirissä katsottiin, että suoriteperusteinen laskutus ohjaa kuntakohtaiseen itsekkyyteen. Kunnista puolestaan yli puolet (33) katsoi, että sairaalalaskutus kannustaa kuntakohtaiseen itsekkyyteen. Kuntien väliseen yhteistyöhön näki sairaalalaskutuksen kannustavan vain 14 kuntaa, jotka olivat pääasiassa sopimusohjausmenettelyn piirissä olevia kuntia. Nämä ovat merkittävimmät erot sairaanhoitopiirien ja kuntien näkemyksissä.

Molemmat osapuolet, tosin kuntakenttä laajemmin, näkivät että liian monimutkaiseksi mennyt suoriteperusteinen laskutus ei ole läpinäkyvää ja vertailujen tekeminen on todella vaikeaa.

Nykyisen sairaalalaskutuksen nähtiin molemmilla puolilla lisännen kustannustietoisuutta ja jossain määrin tehostaneen sairaanhoitopiirin toimintaa.

5 VUODEN 1992 TERVEYDENHUOLLON KUNTA-KORVAUSPROJEKTIN SUOSITUSTEN TOTEUTUMINEN SAIRAALALASKUTUKSESSA

Suosituksset sairaalalaskutuksesta perustuvat vuoden 1992 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kuntakorvausprojektin ehdotuksiin (Stm 1992:19). Seuraavassa toteutumisvertailu muutaman suosituksen osalta:

Kilpailutilanteeseen joutuminen

- Työryhmä näki, että julkinen terveydenhuolto joutuu valtionosuusuudistuksen tuloksena kilpailutilanteeseen, jolloin keskimääräinen kustannus ei voi olla enää laskutusperuste. Nyt voidaan todeta, ettei odotetunlaajuista kilpailua ole tullut, mutta monet ovat sitä mieltä, että se tulee.

Käyttöön suositeltiin viimeistään v:n 1994 alusta alkaen erikoisalakohtaisia poliklinikka-käynti- ja hoitopäiväperusteisia hintoja, 1 - 10 kpl/erikoisala lisättynä toimenpiteekohtaisella hinnoittelulla. DRG oli esillä, muttei sitä eikä hoidettu potilas- perustetta suositeltu.

- Hinnoittelu on edennyt DRG-sairaanhoitopiirejä lukuun ottamatta suosituksen mukaisesti, mutta hinnoittelu on yleensä viety pidemmälle ja palvelupaketit ovat tulleet vaihtelevasti käyttöön. Monissa sairaanhoitopiireissä on vielä käytössä erilaisten lisukkeiden liittäminen laskuihin perusluokituksen sisältävien hintojen lisäksi, mikä osaltaan tekee laskutuksen vaikeaselkoiseksi. Hoidettu potilas-laskutusta (hopo) ei käytä yksikään sairaanhoitopiiri. Eri sairaanhoitopiirit ovat laskutusmenettelyssään eri kehitysvaiheessa. Sairaanhoitopiirien laskutus eroaa siinä määrin toisistaan, että keskinäisten vertailujen teko on vaikeaa. DRG:tä käyttää 8 sairaanhoitopiiriä ja käyttäjät ovat lisääntymässä. Niissä keskinäinen vertailu on helpompaa, muttei ongelmatonta.

Erityisvelvoitteet suositeltiin laskutettavan erillään hinnoittelusta kuntien asukasluvun mukaisessa suhteessa. Erityisvelvoitteina mainittiin kriisiajan valmiuden ylläpitomenot, varmuusvarastointi, terveyskeskusten osuus potilasvahinkovakuutuksen kuluista, laadunvarmistus ja hoito-ohjelmien kehittämispalvelut.

- Tämä suositus on toteutunut aika heikosti. Neljä sairaanhoitopiiriä ei käytä sitä ollenkaan. Muissa mukaan on otettu hyvin vaihtelevasti menolajeja, enimmäkseen 5 % kuntalaskutuksen määrästä.

Päivystystoiminnan kustannuksia ei suositeltu erityisvelvoitemaksuun, vaan hinnoiteltavaksi ja käytettäväksi kertoimia päivystysajan toiminnan osalta.

- Tätä suositusta on noudatettu lähes täydellisesti, mutta ainakin yhdessä shp:ssä sanotaan kustannuksia sisällytetyn muihin palveluhintoihin. Nyttemmin on esiintynyt mielipiteitä näiden menojen asukaspohjaisesta laskutuksesta. Mm. yliopistolliset sairaanhoitopiirit ovat perustaneet työryhmän selvittämään päivystys- ja ns. ykköskiireellisen hoidon laskuttamisesta asukaslukupohjaisesti.

Erityisen kalliin hoidon tasausmenetelmää ehdotettiin lakisääteiseksi

- Tasaus on toteutettu kuten laki määrää. Viimeisin muutos edellyttää, että kaikki sairaanhoito tulee olla mukana. Tasausrajat vaihtelevat aika paljon sairaanhoitopiireissä. Keskimäärin tasataan yli 48 600 €:n ylittävät potilaskohdittaiset menot/v.
- Vaikka kuntakohtaiset vaihtelut osattiin ottaa huomioon ja niiden arveltiin kohdistuvan erityisesti pieniin kuntiin, oletettiin kuntakohtaista kustannusvaihtelua voitavan tasata esitetyllä tasausmenettelyllä. Näin ei ole käynyt, vaan vuosivaihtelut ovat nousseet nykyisen kuntalaskutusmenetelmän pahimmaksi kompastuskiveksi.

Uusina menettelyinä ovat tulleet käyttöön kirjallinen sopimusmenettely, insentiivien käyttö sopimusta toteutettaessa, jatkohoitopaikkaa odottavan potilaan sakkomaksu ja peruspääoman korko.

Vertailua ei ole tarkoitus tehdä tämän pidemmälle. Yleisesti voidaan todeta, että vaikka toteutus ei ole enää kaikilta osin sellainen kuin miksi sitä suositeltiin, suositus on kuitenkin toteutunut yllättävänkin hyvin ja on edelleen perusta tavalle, miten kuntalaskutus toteutuu.

6 SELVITYKSESSÄ ESILLE TULLEET KEHITTÄMISTARPEET

Nykyisen sairaalalaskutuksen etuina pidetään sen tasapuolisuutta ja oikeudenmukaisuutta kuntien kannalta. Sairaanhoidopiireissä nähdään, että se ohjaa yhteistyöhön ja herättää vaihtoehtoisia toteuttamisajatuksia, kun kunnissa tiedetään yksilöidyt hinnat. Lisäksi sen nähdään motivoivan henkilökuntaa yrittäjyyteen ja kustannustietoisuuteen. Haittoina tuodaan esille monimutkaisuus ja vaikeaselkoisuus, suuritöisyys, vertailtavuuden heikkous, hinnoittelun ja kustannusvastaavuuden välinen ristiriita ja suuret kuntakohtaiset vuosivaihtelut.

1. Selvitysmiesten kartoittamat oleellimmat kehittämistä vaativat kohdat ovat seuraavat:

- Pahin puute on yksilöidyistä palveluhinnoittelusta ja pienestä kuntakoosta johtuvat kuntakohtaiset suuret vuosivaihtelut. Kehittämisen painopisteen on oltava tasoittavissa laskutusmenetelmissä. Vaikka kuntamäärä puolitettaisiin, kunnat olisivat vielä liian pieniä kestämään suurten kustannusten satunnaisvaihtelut.
- Suurten potilaskohtaisten kustannusten taseusmenettely on arvioitava uudelleen, koska se ei ole poistanut suuria kuntakohtaisia vuosivaihteluja. Tarvitaan vaihtoehtoisia ja korvaavia tasoitusmenetelmiä.
- Pirstaleisuus ja heikko vertailtavuus sairaanhoidopiirien kesken. Vertailtavuutta ja ns. läpinäkyvyyttä heikentävät erillisten laboratorio- ja kuvantamiskustannusten erilainen käyttö laskutuksessa sekä vaihtelevat sovellutukset erityisvelvoite-/jäsenmaksun ja peruspääoman koron käytössä. Kuntalaskutuksen hinnoittelu on viety tarpeettoman pieniin yksityiskohtiin ja siitä on tehty liian monimutkainen. Puutteita on myös DRG:tä käyttävien sairaanhoidopiirien välisessä vertailussa.
- Erityisvelvoite-/jäsenmaksu on määritelty eri sairaanhoidopiireissä niin eri tavoin, että se vaikeuttaa vertailujen tekemistä. Neljä sairaanhoidopiiriä ei käytä sitä ollenkaan.
- Jatkohoitopaikkaa odottavan potilaan ylimääräinen maksu on uusiin tulokas, mutta sen toteutus vaihtelee suuresti sairaanhoidopiireittäin ja on osin kohtuuton.
- Ulkokuntalaskutus mukaan lukien erityistason hoidon laskutus ei toteudu oikeudenmukaisesti, koska vallitsevan tulkinnan mukaan hintoihin ei yleensä ole lisätty korvausta peruspääoman käytöstä eikä erityisvelvoite-/jäsenmaksusta. Ulkokunta saa palvelut halvemmalla kuin jäsenkunta. Erityistason hoidon laskutuksessa ulkosairaanhoitopiiriä kohdellaan toisin kuin omaa jäsenkuntaa.
- Neuvottelu- ja sopimismenetelmien positiivisesta kehittymisestä huolimatta on vielä sairaanhoidopiirejä, joiden yhteydenpito kuntiin ei täytä ajan vaatimuksia. Kuntien ja terveyskeskusten kanssa käytävään neuvonpitoon ja sopimiseen tarvitaan kehittämistä jokaisessa sairaanhoidopiirissä.

2. Erillisenä selvitettävät epäkohdat

Sairaalalaskutuksen uudistamisprojektin yhteydessä tulivat esille jäljempänä mainitut, selvitysmiesten toimeksiantoon kuulumattomat epäkohdat kuntien ja valtion välisessä terveydenhuollon kustannusten jaossa ja rahoituksessa, jotka koetaan epäoikeudenmukaisiksi ja terveydenhuoltosektoria sortaviksi. Katsomme, että sosiaali- ja terveysministeriön tulisi ryhtyä tarpeellisiin toimenpiteisiin epäkohtien korjaamiseksi.

- **Ulkomaalaisen potilaan hoitokorvaukset**

Sairaanhoitopiirit tuottavat ja kunnat kustantavat ulkomaalaisen potilaan hoidon. Ulkomailta saadut hoitokorvaukset menevät kuitenkin Kansaneläkelaitokselle sillä perusteella, että valtio maksaa suomalaisten sairaanhoidon ulkomailla. Näitä asioita ei pidetä toisensa kompensoivina, koska sairaanhoitopiirin ei katsota olevan vastuussa ulkomailla olevista henkilöistä

- **Tapaturmavakuutusyhtiöiden maksamat hoitokorvaukset**

Vakuutusyhtiöt ovat maksaneet työ- ja liikennetapaturmapotilaiden hoitokorvaukset vuodesta 1993 alkaen Kansaneläkelaitokselle, vaikka hoidon antavat ja kustantavat sairaanhoitopiirit ja kunnat.

- **Erityisvaltionosuus**

Erityisvaltionosuus lääketieteellisen opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamista ylimääräisistä kustannuksista ei enää peitä aiheutuvia kustannuksia. Kunnat joutuvat sen vuoksi rahoittamaan toimintoja, jotka eivät niille kuulu, vaan ovat valtion rahoitusvastuuseen kuuluvia.

7 SELVITYSMIESTEN EHDOTUKSET KEHITTÄMISTOIMENPITEIKSI

7.1 Vuosivaihtelujen tasaus

7.1.1 Yleistä

Selvitysmiehet ovat kokeneet tärkeimmäksi tehtäväkseen pyrkiä kehittämistehtävässään sellaisiin malleihin, joilla voitaisiin tasata erikoissairaanhoidon suuria kuntien vuosittaisia kustannusvaihteluita. Tavoitteena on myös ollut, että välttyttäisiin kovin suurilta muutoksilta ja että eritellyn palveluhinnoittelun edut voidaan säilyttää mahdollisimman pitkälle. Niiden joukossa on syytä pitää myös hinnoittelun omakustannusperiaate, joka on yksi kulmapilareita suomalaisessa erikoissairaanhoidon hinnoittelussa ja laskutuksessa.

Valmistelutyön kestäessä ja muutoinkin on tullut esiin mielipiteitä käyttää laajasti kapitaatiopohjaista (kunnan asukaslukuun sidottu) laskutusmenettelyä. Se olisi helppo tapa hoitaa laskutus. Mutta kun tavoitteena on, että laskutus kohtelee kuntia tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti, on vain vähän sellaisia menoeriä, joissa kapitaatiolaskutusta voidaan käyttää. Esim. ensiaputoimintojen kustannukset soveltuvat huonosti kapitaatiolaskutukseen. Ne voidaan hinnoitella kuten tähänkin saakka.

Kun kymmenen vuotta sitten päädyttiin Kuntakorvausprojektissa esittämään pitkälle eriteltyä palvelujen hinnoittelua, oletettiin sitä tarvittavan tulevan terveystalouden kilpailun takia. Vaikka kilpailua ole vielä tullut siinä laajuudessa kuin odotettiin, siitä ei pidä johtaa sellaista johtopäätöstä, että hinnoitteluperustainen laskutusmenettely olisi täysin epäonnistunut ratkaisu. Kuntien oikeudenmukaisen kohtelun lisäksi hinnoittelun ansiosta tai ainakin sen mahdollistamana on erikoissairaanhoidossa kyetty toteuttamaan suuria rakenteellisia muutoksia. Kunnille tarjoutuu mahdollisuuksia toteuttaa erikoissairaanhoidon korvaavia joko omia, seutukuntaisia tai ostopalveluratkaisuja. Laskutusmenettelyn tulisi jatkossakin antaa kunnille mahdollisuuksia erilaisiin palvelujen toteuttamismahdollisuuksiin.

7.1.2 Vaihtoehtoiset laskutusmallit

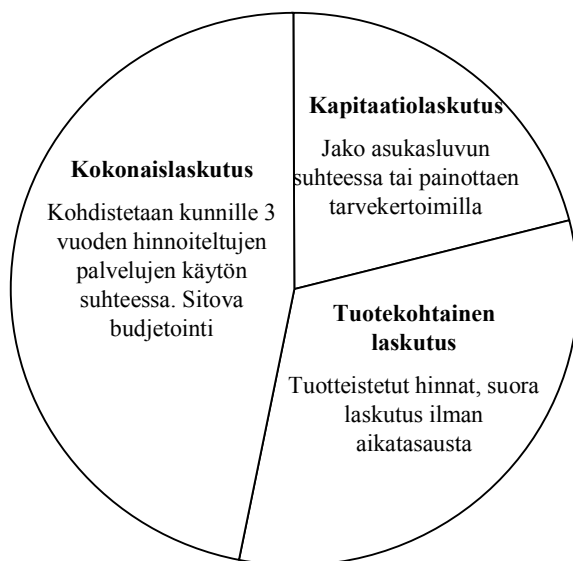
Selvitysmiehet esittävät seuraavat kuusi vaihtoehtoista mallia, joilla kaikilla voidaan pienentää kuntakohtaista kustannusten vuosivaihtelua. Tasaava vaikutus vaihtelee eri mallien kohdalla. Yhtä mallia lukuun ottamatta kaikissa käytetään hinnoiteltuja palveluja. Kaikki toteutusmallit edellyttävät perussopimusten muutoksia ennen kuin niitä voidaan ottaa käyttöön. Tässä yhteydessäkin selvitysmiehet muistuttavat, että sairaalalaskutuksella ei voida ratkaista sairaanhoitopiirien yleistä kustannustason nousua.

1. Toiminnan luonteen mukainen laskutus (Kansallisen terveysprojektin rahoitusryhmän ehdotus):

Menot jaetaan kolmeen osaan;

- **Kapitaatiolaskutus.** Välittömät, aina kaikille annettavat palvelut. Kustannukset jaetaan kunnille asukasluvun suhteessa tai painottaen suhdelukuja tarvekerroimilla.
- **Kokonaislaskutus.** Tärkeät, mutta paikallisesti vaihtelevat palvelut, joiden kustannukset tulevat eritasoisesti eri kunnille, joten kapitaatiojakoa ei voi käyttää. Kustannukset jaetaan kunnille todellisten 3 vuoden toteutuneiden, palveluhinnoilla hinnoiteltujen menojen suhteessa. Ne budjetoidaan kunnille sitovana.
- **Tuotekohtainen laskutus.** Tuotteistettavat, potentiaalisesti kilpailutettavaksi soveltuvat palvelut hinnoitellaan yksittäisinä suoritteina (Drg:nä, käynteinä, hoitopäivinä jne).

Arvioitu %-osuus kok. laskutuksesta



Kapitaatiolaskutus

Kipupkl, lastenkirurgia, lastenneurologia, lasten psykiatria, lastentaudit, naistentautien syöpä, neurologia, perinnöllisyyslääketiede, syöpätaudit

Kokonaislaskutus

Aikuispsykiatria, foniatria, hammas- ja suusairaudet, iho- ja sukupt., kl.neurofysiol., korva, synnytystoiminta, neurologia, sisätaudit

Tuotekohtainen laskutus

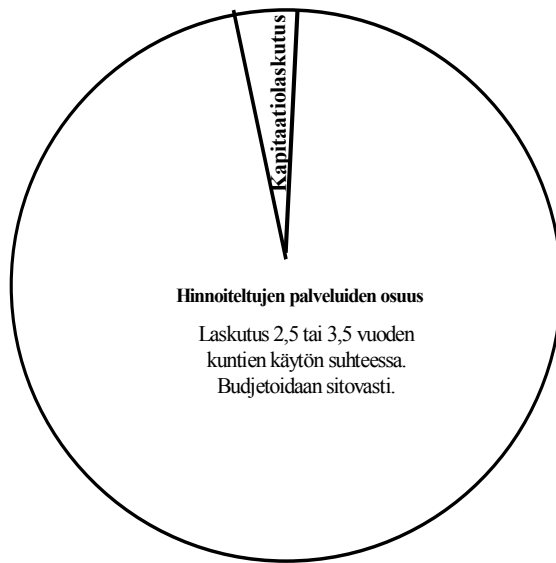
Fysiatria, kirurgia (ei neurokir.), korvatautien päiväkirurgia, lääkinnällinen kuntoutus, naistentautien muut kuin syöpä ja synnytys, silmätaudit, sisätautien yhteispäivystys

(%-osuudet ja laskutusryhmiin kuuluvat erät ovat Stakesin Oulun ympäristökuntien tilaamasta esh:n tilaajarenaan kustannustenjakomallin kehittämiselvityksestä)

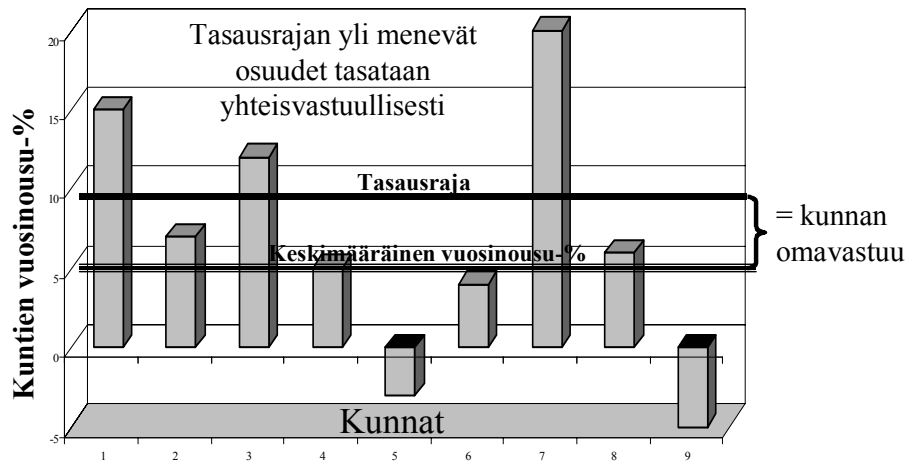
2. Aikatasoitettu kiinteä laskutus + vuositasaus

- Osuudet kunnille osoitetaan 2,5 tai 3,5 vuoden toteutuneiden, hinnoitellun kuntien palvelujen käytön (€) suhteessa. Laskennan ulkopuolelle jätetään joi-tain tuloeria, kuten jakohoitopaikkaa odottavien potilaiden sakkomaksut.
- Jäsenkuntien osuudet sovitaan vuosittain kiinteäksi, sidotuksi rahamääräksi, joka laskutetaan 12 tai 24 erässä kunnalta. Vuoden lopussa mahdollinen ali-tai ylijäämä jää sairaanhoitopiirin vastuulle ja tasoitetaan toteutumista seuraa-van toisen kalenterivuoden budjetissa tai käyttäen vuotta pidempää aikaa riip-puen siitä, miten paikallisesti sovitaan.
- Toteutetaan suurten kustannusten nousujen tasaus kuntaosuuksien kokonais-nousua tasaavan menetelmän mukaisesti. Tasausraja voidaan määritellä siten, että kuntien osuuksien keskimääräisen kustannusten nousun (prosentteina) päälle lisätään kunnan omavastuu (esim. 4 %). Ylimenevät kuntakohtaiset ko-konaiskulut tasataan yhteisvastuullisesti, minkä kunnat maksavat asukasluvun mukaisessa suhteessa clearing-periaattein. Tasauksessa talousarvion sovittuja kuntakohtaisia osuuksien nousua verrataan vuotta aikaisempaan vastaavaan kuntakohtaiseen rahamäärään. Tasaus tehdään talousarvion teon yhteydessä. Tasaukset alentavat tasattujen kuntien osuutta ja niiden maksu lisätään kaikille kunnille. Vuoden loputtua voidaan tehdä vielä tarkistustasaus, jos niin pääte-tään. Käytettävät tasausprosentit päätetään paikallisesti.
- Ulkokuntalaskutus toteutetaan käyttäen hinnaston mukaisia hintoja ilman aika-tasauksia.
- Todellista palvelujen hinnoiteltua käyttöä seurataan vuoden aikana sekä käyte-tään sairaanhoitopiirin ulkoisessa ja sisäisessä raportoinnissa.
- Potilaskohtaisesta suurten kustannusten tasauksesta luovutaan tai käytetään vapaaehtoisesti

Hinnoitellut ja asukasluvun mukaiset laskituksen osuudet



Vuositasausmalli: Kokonaiskustannustasaus



Tasatut kulut maksavat kaikki kunnat asukaslukujen suhteessa (clearing).

28.1.2003

Tasausprosentit sovitaan paikallisesti.

8

3. Aikatasoitettu kiinteä laskutus kuten edellä malli 2:ssa, mutta ilman vuositasasta

- Myös tässä mallissa käytetään 2,5 tai 3,5 vuoden tasoitusaikaa, jonka tasoitukseen tyydytään, vaikka laskutus jättää jälkeen merkittäviäkin kuntakohtaisia kustannusten vuosivaihteluita.
- Potilaskohtaista suurten kustannusten tasausta käytetään.

4. Hinnoitellut palvelut + vuositasaus

- Palvelut tuotteistetaan ja hinnoitellaan nykyisellä tavalla, myöhemmin ryhmiteltynä DRG:tä käyttäen.
- Kuntia laskutetaan kuten nyt.
- Kuntakohtaiset suuret kustannusten nousut tasataan jälkikäteen sovitun kuntaosuuksien kokonaisnousua tasaavan menetelmän mukaisesti kuten malli 2:ssa. Tasauksessa verrataan toteutusta edellisen vuoden toteutuneisiin kuntaosuuksiin.
- Potilaskohtaisten suurten kustannusten tasauksesta luovutaan.

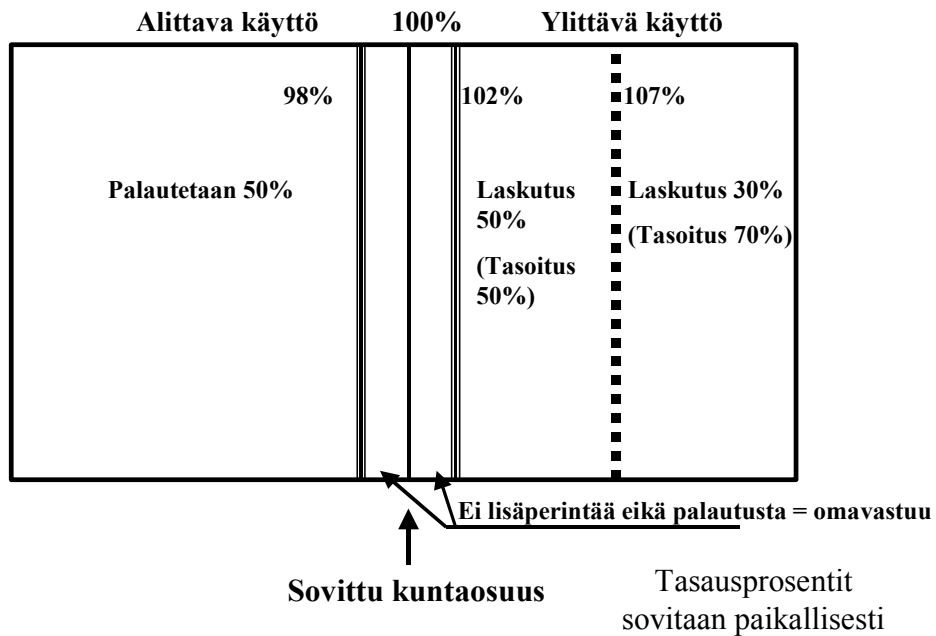
5. Aikatasoitettu ennakkolaskutus + vuositasaus

- Kuntien osuudet määrätään ja niitä käytetään ennakkolaskutuksessa 2,5 tai 3,5 vuoden toteutuneiden kuntien palvelujen käytön (€) suhteessa. Merkittävimmät muutokset otetaan huomioon kuntakohtaisesti osuuksia määrättäessä. Laskennan ulkopuolelle jätetään joitain tuloeriä, kuten jatkohoitopaikkaa odottavien potilaiden sakkomaksut. Ennakko on sitova koko vuoden.
- Osuudet laskutetaan vuoden aikana samansuuruisina erinä 12 tai 24 erässä. Vuoden päätyttyä, tammikuun loppuun mennessä, suoritetaan jälkitasaus tasaava lisä-perintä/palautus-mallia tai kohdan 2 kokonaismenojen tasausmallia käyttäen. Ensin mainittu toimii seuraavasti:
- Vuoden kuntakohtaista toteutumista (€) verrataan sovittuun ennakkolaskutussummaan. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin mallin mukaan, jos palveluja on käytetty rahamääräisesti enemmän kuin arvioitiin, kunnalta peritään arvion yli 2 %:n ylittävältä osalta 50 % hinnaston mukaisista hinnoista ja 7 %:n ylittävältä osalta 30 %. Jos palvelujen käyttö alittaa sovitun arvion, palautetaan kunnalle 98 %:n alittavilta osin 50 %. 2 %-yksikköä sovitun ennakkosumman yli tai ali ei aiheuta palautusta eikä tasaavaa lisäperintää. Ks. piirros jäljempänä. Sairaanhoitopiireittäin päätetään itsenäisesti, millaisia prosentteja käytetään.
- Kohdan 2 kokonaismenojen tasausmallissa verrataan kunnittain toteutuneita kustannuksia ja ennakkoarvioita. Käytön ylittäessä arvion, suoritetaan tasaus kuten kohdassa 2 on tarkemmin mainittu. Tasauksen kulujen maksamiseen osallistuvat kaikki kunnat väestömäärien mukaisessa suhteessa. Käytön alittessa ennakkoarviosumman palautetaan kunnalle sairaanhoitopiirin varoista se osuus, joka alueellisesti on sovittu.
- Ulkokuntalaskutus toteutetaan hinnaston mukaisilla hinnoilla ilman aikatasauksia.
- Potilaskohtaisesta suuren kustannusten tasauksesta luovutaan tai käytetään vapaaehtoisesti.

Hinnoitellut ja asukasluvun mukaiset laskutuksen osuudet



Vuositasausmalli: Tasaava lisäperintä/palautus



6. Tarvetekijöillä painotettu, asukasohjainen laskutus

- Kuntakohtaiset osuudet määritellään kiinteäksi vuosisummaksi erikoissairaanhoidon tarvetekijöillä painotettujen asukaslukujen suhteessa.
- Määrittelyssä otetaan huomioon kunnan 3-5 vuoden palvelujen käyttö ja kustannukset
- Osuudet ovat kiinteitä eikä niitä muuteta vuoden aikana
- Palvelujen käytön ja kustannusten seuranta tapahtuu suoritehinnoittelu- tai myöhemmin DRG-pohjaisesti.

7.1.3 Tasaavien vaihtoehtojen arviointia

1. Toiminnan luonteen mukainen menetelmä

Menetelmä on tässä vaiheessa teoreettinen, sillä sitä ei ole käytännössä kokeiltu varsinaisesti erikoissairaanhoidossa, mutta Forssan seudun terveystalokuntayhtymä on käyttänyt sitä osoittaessaan kunnille terveystalokuntien kautta kulkevat erikoissairaanhoidon kustannukset sekä perusterveydenhuollon kuntalaskutuksessa. Stakes on laatinut Oulun ympäristökuntien toimeksiannosta koelaskennan lähinnä erikoissairaanhoidon tilaajarenkaan kustannustenjakomallin kannalta. Se osoittaa, että kustannusten jako voidaan tehdä esitetyllä tavalla ja että sillä on tasaavaa vaikutusta.

Arvioidut edut (+) ja puutteet (-):

- + Kuntakohtainen vuositasaus saadaan ilmeisesti aika hyvin toteutettua, muttei kokonaan. Tasaavina elementteinä ovat kapitaatio- ja kokonaislaskutusosat, muttei kilpailutettava osa.
- Menetelmä on suuri muutos nykyiseen laskutusmenettelyyn verrattuna
- Vaikuttaa, että toimintojen ja kustannusten jakaminen eri ryhmiin on keinotekoinen ja vaikeasti toteutettava. Tarkat yhtenäiset ohjeet tarvittaisiin.
- Kapitaatioryhmässä on paljon kuluja, joita kunnat eivät käytä asukasluvun suhteessa. Sijaintikunta ilmeisesti hyötyisi. Jouduttaisiin käyttämään ongelman minimisointiseksi kertoimia, joiden kehittäminen on vaativa tehtävä.
- Suuri määrä kustannuksia jää ulkopuolelle ulkokuntalaskutuksessa. Ulkokuntalaskutusta varten olisi tehtävä erikseen hinnoittelu ainakin kapitaatioryhmän toiminnoista.
- Kilpailutettavia tuotteita on noin 30 % tuotannosta. Monissa sairaanhoitopiireissä kilpailun alaisia ovat kuitenkin palvelut laidasta laitaan
- Laaja kapitaatiolaskutus voi johtaa kunnan erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön silloinkin kun palvelut eivät ole erikoissairaanhoidotasoisia
- Kapitaatiolaskutus voi vähentää henkilökunnan yrittäjyyttä ja motivaatiota.

2. Aikatasoitettu kiinteä laskutus + vuositasaus

Kyseessä on nykyiseen hinnoitteluperusteiseen laskutukseen pohjautuva malli. Kustannukset kohdistetaan kunnille tai tilaajarenkaille toteutuneen, usean vuoden mittaisen, kuntien hinnoiteltujen palvelujen käytön suhteessa ja sovitaan sitovaksi vuosisummaksi. Malli on aikatasoituksen osalta ollut käytössä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä ja

vuositasoituksen osalta Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, molemmissa kahden vuoden ajan.

Arvioidut edut ja puutteet:

- + Tasaava ominaisuus on mahdollista saada tasausrajoista riippuen niin täydelliseksi kuin halutaan. Laskutus on vuosivaihteluita tasaavaa 95 %:sti, jos erityisvelvoite-/jäsenmaksu on 5 %. Tasoitus on sitä parempi, mitä pidempi on tasoitusaika. Vaikka käytetään monen vuoden tasausaikaa, kuntakohtaisia osuuksien vuosivaihteluita jää jäljelle. Mutta niitä voidaan tasata vuositasuksella, joka perustuu kokonaismenojen nousujen tasaukseen. Vuositasaus tehdään jo budjetin teon yhteydessä. Myöhemmin vuoden lopulla voidaan tehdä tarkistustasaus niiden muutosten osalta, joista on kuntien kanssa sovittu vuoden aikana. Sovitun prosenttirajan ylittävät kuntakohtaiset kustannukset tasataan yhteisvastuullisesti kuntien asukaslukujen suhteessa (clearing). Tasattuja osia ei oteta huomioon seuraavana vuonna talousarvion kuntaosuuksia määrittäessä.
- + Malli rakentuu nykyiseen laskutusmenettelyyn eikä suuria muutoksia tarvita, malli on vähätöinen.
- + Kunnan laskutus on sama koko vuoden ja on lopullinen. Ennustettavuus on hyvä.
- + Henkilökunnan yrittäjäys ja motivaatio on mahdollista säilyttää, kun vuoden hinnoiteltua laskutusta käytetään kuntayhtymän sisäisessä ja tulosityksikkökohtaisessa raportoinnissa.
- + Ulkokuntalaskutus ja kilpailutettavat palvelut eivät ole aikatasattuja, joten kilpailullinen asema tulee huomioonotetuksi.
- Pitkästä taaksepäin katsovasta kuntien osuuksien määräytymistavasta johtuu, että toiminnan ja laskutuksen välitön kuntakohtainen vaikutussuhde ei näy, vaan kunnanpalvelujen käytön muutokset näkyvät ajan saatossa. Tosin sopimusneuvotteluissa voidaan ottaa merkittävimmät käyttömuutokset huomioon hetikin määriteltäessä vuosilaskutusmäärää.
- Kuntien väärinkäyttö ja keinottelu on mahdollinen. Kunta voi ohjata toimintoja shppiiriin päin, kun vaikutukset näkyvät vasta monen vuoden kuluessa. (Läpi vuoden jatkuvalla raportoinnilla kuntayhtymän hallinnossa ja kuntaneuvotteluissa ongelma voidaan välttää.)
- Sairaanhoitopiiriin on tultava toimeen sillä rahamäärällä, joka kunnittain sovitaan budjetin teon yhteydessä. Tarve realistisen budjetin aikaansaamiseen ja talouden sen puitteissa pitämiseen kasvaa. Samoin ylibudjetoinnin vaara.
- Suuri kunta voi kokea jälkitasauksen epätasa-arvoiseksi, koska vuosivaihtelut ovat suurempia pienissä kunnissa ja tasaukset voivat mennä useimmin pienille ja keskisuurille kunnille. Menetelmä sinänsä kohtelee kaikkia kuntia samalla tavalla.
- Vaatii kunnilta yhteisvastuullista näkemystä enemmän kuin mihin monessa shpiirissä on totuttu.

3. Aikatasoitettu kiinteä laskutus ilman vuositasausta

- + Edut ovat samat edut kuin edellisessä mallissa
- Kuntakohtainen tasaus heikompi
- Muut kielteiset piirteet samat kuin edellisessä mallissa.

4. Hinnoitellut palvelut + vuositasaus

- + Laskutus pysyy periaatteessa nykyisenä ja muutokset ovat pieniä. Merkittävin ero muihin malleihin verrattuna on, että sairaanhoitopiirin talouden ja toiminnan suunnittelu ja tarkastelu pysyy vuositasoisena, johon on totuttu. Toiminnan ja käytön muutokset näkyvät laskutuksessa nopeasti.
- + Kokonaismenoja tasaavalla menettelyllä voidaan tasata kuntarastitusta niin tarkasti kuin halutaan. Ei edellytä laskutuksessa käytettäväksi aikatasasta.
- + Vähätöinen.
- Kuntien osuudet tulevan sairaanhoitopiiriin sitä mukaa kuin palveluja käytetään eivätkä noudata budjetoitua arviota.
- Suuri kunta voi kokea vuositasauksen epätasa-arvoiseksi kun tasaukset menevät pienille ja keskisuurille kunnille.
- Vaatii yhteisvastuullista näkemystä enemmän kuin mihin monessa sairaanhoitopiirissä on totuttu.

5. Aikatasoitettu ennakkolaskutus + vuositasaus

Malli noudattaa monilta osin samoja periaatteita kuin malli 2. Oleellisimmat poikkeamiset: Malli toimii vuositasoisesti, vaikka kuntien osuudet määritellään 2,5 tai 3,5 v:n €-käytön mukaan. Kuntien osuudet ovat kuitenkin ennakoita, jotka peritään vuoden aikana tasasummin, ei lopullisia kuten malli 2:ssa.

Vuositasaus toteutetaan kuntien todellisen käytön pohjalta vertaamalla kunnan käyttöä talousarviossa sovittuun määrään. Jos kunta käyttää enemmän kuin on sovittu, mikä aiheuttaa kunnalle samalla vuosinousun, sitä tasataan alentamalla hintoja siten kuin siitä paikallisesti sovitaan. Käytön alittaessa sovitun ennakkosumman, kunnalle palautetaan osa peritystä ennakosta tai vaikka kokonaankin, jos niin sovitaan. Malli on lähellä jo vuosia sitten luovutusta lisäperintä-/palautuskäytännöstä. Pirkanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit käyttävät nykyisin bonus/sanktio-menetelmää yllä kuvatun tyyppisesti, eli siitä on tullut tasausmenettely selvemmin kuin ennen.

Jos vuositasauksessa käytetään kokonaisnousun tasausta, tasaus poikkeaa edellä mainitusta siinä, että tasauksen (alennuksen) maksamiseen osallistuvat kaikki jäsenkunnat asukasluvun suhteessa. Menetelmässä tasataan tasausrajan ylittävät kuntakohtaiset nousut. Ennakkosumman alittavassa tapauksessa sairaanhoitopiiri palauttaa kunnalle liikaa perityn osan joko osittain tai kokonaan riippuen siitä, mitä kuntien kanssa on sovittu.

Edut ja haitat

- + Kunta tietää etukäteenkin kohtalaisen hyvin mikä tulee olemaan vuoden kustannus.
- + Tasaustaso valittavissa niin tarkasti tasaavaksi kuin halutaan
- + Arvio ja toteutus toimivat vuositasoisena toisin kuin malli 2:ssa.
- + Työmäärältään vähätöinen
- + Insentivejä käyttävien sairaanhoitopiirien käytäntöä lähellä, käytännön kokemusta on.
- + Kilpailullinen tilanne säilyy
- + Henkilökunnan yrittäjäisyys ja motivaatio on mahdollista säilyttää
- Tasausta ja ennakoitavuutta ei kaikissa tapauksista ehkä tulla pitämään riittävänä
- Toiminnan kuntakohtaiset vaihtelut tulevat nopeammin kuin malli 2:ssa kunnan maksettavaksi

- Väärinkäytön mahdollisuus on olemassa

6. Tarvetekijöillä painotettu, asukasohjainen laskutus

Malli on teoreettinen eikä sitä ole käytössä missään sairaanhoitopiirissä.

Se on vastakohta muille esitetyille malleille, joissa laskutus perustuu hinnoiteltuihin palveluihin. Toimii kokonaisuudessaan kapitaatioperiaatteella.

- + Laskutus on kiinteä. Kunta tietää etukäteen tarkalleen, paljonko se joutuu maksamaan
- + Vuosittaiset kuntakohtaiset vaihtelut saadaan eliminoitua eikä erillistä vuositasausmenettelyä tarvita
- + Sairaanhoitopiiri joutuu selviämään hyväksytyllä budjetillaan
- Sairaanhoidon luotettavien tarvekerrointen laatiminen on vaativa tehtävä
- Voi johtaa kuntien epätasapuoliseen kohteluun
- Ei kannusta henkilökuntaa samalla tavalla kuin hinnoitellut laskutusmallit
- Voi johtaa kunnan välipitämättömyyteen noudattaen hoidon oikeaa porrastusta
- Sitoo kunnat täysin sairaanhoitopiiriin. Muiden vaihtoehtojen käyttö on hyvin rajoitettu.

7.1.4 Erityisen suurten potilaskohtaisten kustannusten korvausvastuun siirtäminen

Potilaskohtainen tasausmenettely kohdistuu vain yhteen kuntien vuosivaihteluita aiheuttavaan osatekijään. Muita jopa oleellisempia tekijöitä ovat palvelujen määrässä ja kalteudessa tapahtuvat muutokset. Niitä voi ilmetä monista eri syistä, esimerkiksi syöpätapaauksia voi olla moninkertainen määrä edelliseen vuoteen verrattuna. Yksikään niistä ei ehkä yllä tasausmenetelmän piiriin, mutta yhdessä ne aiheuttavat uhan kunnan taloudelle.

Potilaskohtainen tasaus ei ole poistanut vuosivaihtelua, vaan voi päinvastoin pahentaa kunnan kustannusten vuosivaihtelua.

Kun laskutuksessa aletaan käyttää vuosivaihteluita tasoittavaa laskutusta ja erillistä vuositasausta, jotka tasaavat myös yksittäisten kalliiden potilaskohtaisten hoitojen kustannuksia, potilaskohtainen tasausmenettely menettää merkitystään ja siitä voitaisiin luopua. Erikoislain 56 §:ää tulisi muuttaa niin, että siitä poistetaan potilaskohtaisuutta osoittava maininta. Muuten pykälä voisi olla entinen. Sairaanhoitopiireille annettaisiin tällä muutoksella mahdollisuus käyttää muunkinlaista tasausmenettelyä, mutta potilaskohtainenkin malli on mahdollinen, jos sairaanhoitopiirin kunnat sitä haluavat.

Monet sairaanhoitopiirit toivovat, että valtio ottaisi suurten potilaskohtaisten kustannusten tasauksen hoidettavakseen. OYS-vastuualueen sairaanhoitopiirit ovat hiljattain tehneet tasausmuutoksesta kirjallisen esityksen.

On ehdotettu myös vaativan erityistason harvempaan kuin viiteen yo-sairaalaan tai vastaavaan keskukseen keskitettyjen hoitojen, hengityshalvauspotilaiden sekä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen päätöksellä valtion mielisairaalaan sijoittamien ns. kriminaalipotilaiden hoitokustannusten siirtämistä valtion maksettavaksi. Niihin sisältyvät

kaikkein korkeimmat potilaskohtaiset kustannukset, jotka voivat heiluttaa suuresti jopa sairaanhoitopiirin taloutta.

Yksi mahdollisuus olisi, että valtio maksaisi erityisen kalliiden potilaiden hoitokustannukset, mutta että tasausraja olisi korkeampi kuin nyt sairaanhoitopiireissä. Yksi tasausrajavaihtoehto olisi 1 vanha Mmk, joka on n 168 000 €. Tämän tasausrajan ylittäviksi koko maan kustannuksiksi sh-piirikyselyn pohjalta arvioidaan karkeasti 10-20 M€. Vaihtelu vuosittain on suuri.

Edelleen yhtenä vaihtoehtona voidaan käyttää samaa menetelmää kuin käytetään lastensuojelun suurten kustannusten tasauksessa. Menettelyä on käsitelty tarkemmin kohdassa 2.3.9. Tasausraja on 42 000 €. Kunta saa korvauksena 70 % tasausrajan ylittävistä perhekohtaisista kuluista. Valtio maksaa 50 % arvioiduista kustannuksista.

Valtion korvaus-/tasausvastuun vaihtoehdot:

1. Hengityshalvauspotilaiden kustannusten siirto valtion korvattavaksi
2. Harvempaan kuin viiteen yo-sairaalaan tai vastaavaan keskuksen keskitetyn vaativan erityistason kustannusten siirto valtion korvattavaksi
3. Terveysturvakeskuksen päätöksellä valtion mielisairaaloihin sijoitettujen ns. kriminaalipotilaiden hoitokustannusten siirtäminen valtion korvattavaksi.
4. Yli 168 000 €:n potilaskohtaisten kustannusten/v korvaus valtion korvattavaksi
5. Valtion 50 %:n korvaus kuten lastensuojelun suurten kustannusten kohdalla

Selvitysmiesten ehdotus 1.

Tasaavana laskutusmenetelmänä otetaan sairaanhoitopiireissä käyttöön v:n 2005 alusta alkaen joko malli 2 "Aikatasoitettu kiinteä laskutus + vuositasaus" tai malli 5 "Aikatasoitettu ennakkolaskutus + vuositasaus". Sairaanhoitopiireittäin päätetään kumpaa mallia ja vuositasausausta sekä minkä tasoisia tasausprosentteja piirissä käytetään.

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee erikoissairaanhoitolain 56 §:ään sellaisen muutoksen, jolla potilaskohtaisen tasauksen pakollisuus poistetaan, mutta edellytetään edelleen sairaanhoitopiirikohtaista tasausmenettelyä.

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee tarvittavat säädösmuutokset, joilla hengityshalvauspotilaiden, harvempaan kuin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavaan keskukseseen keskitetyn vaativan erityistason potilaiden sekä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen päätöksellä valtion mielisairaalaan sijoittamien ns. kriminaalipotilaiden hoitokustannukset siirretään valtion korvattavaksi.

7.1.5 Laskutusmallien valinnan perusteet

Selvitysmiehet pitävät nykyistä, hinnoiteltuihin palveluihin perustuvaa menettelyä parempana kuin asukasohjauksen käyttöä, koska kustannukset voidaan osoittaa kunnille oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti. Se kannustaa henkilökuntaa ja antaa kunnille mahdollisuuksia vaihtoehtoihin palvelujen toteuttamiseen. Se luo myös hyvän valmiuden kilpailutilannetta varten.

Selvitysmiehet ehdottavat kahta vaihtoehtoista tasausmallia, koska yksi yhteinen malli ei sovellu kaikille sairaanhoitopiireille.

Kummallakin mallilla saadaan toteutettua riittävä vuosikustannusvaihtelujen tasaus ja parannettua kunnan osuuden ennakoitavuutta. Vuositasaus tulisi toteuttaa aina sairaanhoitopiirin toimesta vaikka se kohdistettaisiin sopimusrenkaalle.

Mallien vertailu

| | Malli 2 | Malli 5 |
|---------------------------------------|--|-------------------------------|
| Aikatasaus laskutuksessa | On | On |
| Talousarvion kuntaosuuden sitovuus | Sidottu | Sidottu arvio |
| Vuosisuunnittelu/laskutus | Laahaava, vain suurimmat muutokset otetaan huomioon kunnittain | Joustavampi |
| Toteutumisen täsmäys vuoden päätyttyä | Ei tehdä | Tehdään |
| Vuositasaus | Talousarvion teon yhteydessä + lisätarkistus | Vuoden päätyttyä |
| Vuositasauksen vertailuluvut | Kuntien käyttöarviosumat perättäisinä vuosina | Toteutunut käyttö/talousarvio |

Vaihtoehto 2 tarjoaa kunnalle suurta ennustettavuutta ja kiinteää laskutussummaa, mutta toimii jäykähkösti ja usean vuoden aikaan sidottuna. Malli 5 on joustavampi ja täsmää vuosittain.

Molemmat mallit edellyttävät realistista, tarkkaa budjetointia. Ne edellyttävät samalla myös tarkkaa taloudenpitoa. Budjettisidonnaisuus kasvaa. Varsinkin malli 5:ssä sekä ali- että ylibudjetointi kostaavat. Mallit kannustavat maakunnalliseen yhteisymmärrykseen ja -näkemykseen, mutta sallivat myös kuntien omat ratkaisut.

7.2 Toimenpiteet vertailtavuuden, yhtäläisyyden ja tasapuolisuuden parantamisesta

7.2.1 Ehdotus hintaryhmittelymenetelmäksi

Vaihtoehdot ovat:

1. Pidetään nykyinen sekalainen järjestelmä
2. Siirrytään DRG:n käyttämiseen jokaisessa sairaanhoitopiirissä
3. Jonkun muun sitä paremmin käyttöön sopivan mallin kehittäminen.

DRG on tällä hetkellä ainut käytettävissä oleva menetelmä, jolla voidaan yhtenäistää kuntalaskutuksen tuotteistus, hintaryhmittely ja hinnoittelun perusteet. Sellaista uutta mallia, joka soveltuisi käytäntöön DRG:tä paremmin, ei ole näköpiirissä. Kehittäminen olisi vuosien kovan työn takana, mihin tuskin voimavarat riittävät.

DRG:n laajalle käyttöönnotolle edellytyksenä on, että DRG:n tulee kattaa myös avohoito ja psykiatria sekä ne mahdolliset muut toiminnot, jotka ovat nyt menetelmän ulkopuolella. Lisäksi menetelmää pitäisi kehittää paremmin suomalaisiin olosuhteisiin soveltuvaksi. Esimerkiksi sen keskinkertaistavaa vaikutusta pitäisi joiltain osin vähentää sekä saada kilpailulliset mahdollisuudet nykyistä paremmin esille. Edelleen järjestelmän ja kerrointen huolto pitäisi saada toimivaksi. Kerrointen tulisi perustua enemmän kuin yhden sairaanhoitopiiriin kustannuslaskentaan. DRG:n kehittämistyö tulisi tehdä menetelmän omistavan Suomen Kuntaliiton ja sairaanhoitopiirien välisenä yhteistyönä.

7.2.2 Erityisvelvoite-/jäsenmaksun yhtäläistäminen

Erityisvastuu-/jäsenmaksua käytetään melko vaihtelevasti sairaanhoitopiireissä. Tarve yhtäläiseen käytäntöön on ilmeinen. Asia tulisi selvittää tarkemmin ja siitä tulisi sopia sairaanhoitopiirien välillä. Mikäli mahdollista, voitaisiin päätyä yhteen prosenttilukuun, jota kaikki käyttäisivät. Se sopisi myös ulkokuntalaskutuksessa käytettäväksi.

Kun kuntakorvaustyöryhmä v 1992 esitti erityisvelvoitemaksua asukasluokkohdistettuna menettelynä, tarkoituksena oli, että kilpailutettavista palveluhinnoista tulee saada pois sellaiset menoerät, jotka sairaanhoitopiirille tulevat alueellisesta erityisvastuusta, esim. terveyskeskusten laboratorioden laadunvalvonta, varmuusvarastointi, potilasvahinkovakuutuksen muut kuin omat maksut. Tämä ajattelutapa on ajankohtaista yhä edelleen. Monet ovat kuitenkin sitä mieltä, että kaikki kustannukset tulisi olla hinnoissa mukana. Toiset taas ovat sitä mieltä, että ensiapuluonteiset ja ns. ykköskiireellisten potilaiden laskutukset pitäisi erottaa hinnoitelluista ja laskuttaa kapitaatioperiaattein.

Vaihtoehtoina erityisvelvoite-/jäsenmaksun käytöstä ovat:

1. Luovutaan siitä kokonaan
2. Kaikki siirtyvät käyttämään sitä, mutta perusteet määritellään ja sovitaan yhteisesti.

7.2.3 Ulkokuntalaskutus

Erikoissairaanhoitolain mukaan ulkokuntalaskutus on toteutettava samoja perusteita käyttäen kuin jäsenkuntalaskutus, ellei toisin sovita. Kun pääomakorvauslisää ei suoraan ole enää voitu lisätä ulkokuntalaskuihin ja kun erityisvelvoitteetkin pääosin jäävät laskutuksen ulkopuolelle, ulkokuntalaskutus jää alempihintaiseksi kuin omien kuntien kustannus.

Yhtäläiset laskutusperusteet koskevat myös yliopistosairaanhoitopiirien erityisvastuualueen muiden sairaanhoitopiirien laskutusta. Tällä hetkellä osa laskutuksen perusteista koskee vain jäsenkuntia, mutta ulkokuntia kohdellaan eri tavalla. Selvitysmiehet kiinnittävät asiaan huomiota ja esittävät, että käytäntö yhtenäistetään. Se koskee esim. kuntasuuksien mahdollisia palautuksia.

Peruspääoman koron käyttämisestä perustellaan sillä, että sitä käytetään sen vuoksi, kun ulkokuntalaskutukseen ei enää voida lisätä erillistä pääomaosuuslisää kuten aikaisem-

min. Vuosipoistojen ei katsota peittävän entisen perusinfraan kuluja, vaan vain korvausinvestoinnit, eikä niitäkään kunnolla. Käytetty pääoman korko on 3-4 %, joka kattanee peruspääoman osuuden riippuen siitä, miten pitkäksi ajaksi kuoletusaika lasketaan.

Mitä enemmän erityisvelvoite-/jäsenmaksuun otetaan eriä, sitä enemmän siinä on sellaisia menoja, jotka koskevat jäsenkuntien lisäksi myös ulkokuntia. Mikäli erityisvelvoite-/jäsenmaksu pidetään edelleen käytössä, on siitä tunnistettava nämä menoerät ja ne pitäisi voida lisätä ulkokuntalaskutukseen ilman että rikotaan erikoissairaanhoitolain säädöstä ulkokunnan laskutuskohtelusta.

7.2.4 Jatkohoitoa odottavan potilaan lisämaksu

Maksu on eri nimillä käytössä runsaalla puolella sairaanhoitopiireissä. Maksuperuste kuitenkin vaihtelee. Maksajana on kaikissa tapauksissa kunta, vaikka jatkohoidon järjestämisestä usein on vastuussa terveyskeskus.

Selvitysmiehet pitävät tarkoituksenmukaisena, että maksua alettaisiin soveltaa kaikissa sairaanhoitopiireissä. Maksu peritään kunnalta. Maksun suuruudeksi ehdotetaan kunkin erikoisalan alinta hoitopäivähintaa puolitoistakertaisena (50 % suurempi kuin normaalisti). Sitä alettaisiin periä kahden vuorokauden kuluttua siitä kun potilaan siirtämisestä on tehty ilmoitus kunnalle tai terveyskeskukselle.

Selvitysmiesten ehdotus 2.

Kaikki sairaanhoitopiirit alkavat käyttää vuoden 2005 alusta alkaen DRG-menetelmää palvelujen tuotteistamisessa ja hinnoittelussa.

Sosiaali- ja terveysministeriö nimeää työryhmän, jonka tulee vuoden 2003 aikana pyrkiä poistamaan kohdassa 7.5.1. mainitun tyyppiset ongelmat ja sopimaan menetelmän huollon ja päivityksen järjestämisestä.

Erityisvelvoite-/jäsenmaksu otetaan käyttöön kaikissa sairaanhoitopiireissä saman sisältöisenä viimeistään vuoden 2005 alusta alkaen.

Sosiaali- ja terveysministeriö nimeää työryhmän, jonka tulee vuoden 2003 loppuun mennessä tehdä ehdotus mitä menolajeja otetaan asukas pohjaisen erityisvelvoitemaksun piiriin.

Ulkokuntalaskutus koskien myös erityistason hoitokustannusten laskutusta yhtäläistetään noudattamaan samoja perusteita kuin jäsenkuntalaskutus. Kaikki sairaanhoitopiirit siirtyvät käyttämään viimeistään vuodesta 2005 alusta alkaen peruspääoman korkoa, joka on euribor 12 kk, enintään kuitenkin 5 %. Erityisvelvoite-/jäsenmaksuun kuuluvien menojen osuus lisätään ulkokuntalaskutukseen.

Jatkohoitoa odottavan potilaan lisämaksua siirtyvät käyttämään kaikki sairaanhoitopiirit viimeistään vuoden 2005 alusta alkaen. Sitä peritään kunnalta. Lisämaksua aletaan periä kahden vrk:n kuluttua siitä, kun potilaan siirtämisestä on tehty ilmoitus. Lisämaksu on 50 % hoito-osaston alimmasta hoitopäivä hinnasta laskien.

7.2.5 Kilpailu/sairaalalaskutus

Edellä on käsitelty sairaalalaskutusta jäsenkunta- ja ulkokuntalaskutuksen näkökulmasta. Kun palveluja tarjotaan kilpailumielessä, niissä käytetyistä periaatteista voidaan luopua laskemalla palvelujen yksilöidyt hinnat, ts. poiketaan hinnoittelumenetelmän keskimääräisyydestä (DRG-ryhmä, keskihinta) ja karsimalla palvelupakettiin kuuluvia osia niin, että se vastaa pyydettyä tarjousta. Kilpailuhintana voidaan luonnollisesti aina käyttää myös hinnaston kaikkia hintoja ilman keskimääräisyyden tai palvelupakettien purkamista.

7.2.6 Selvitysmiesten ehdotukset annettuun toimeksiantoon verrattuna

Selvitysmiesten saamassa toimeksiannossa edellytetään, että sairaalalaskutuksen tulisi olla periaatteiltaan selkeä ja kannustaa kuntia ja sairaaloita tarkoituksenmukaisesti rat-

kaisuihin palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Sen tulisi olla oikeudenmukainen ja tasapuolinen kuntien kesken ja kokonaiskehitys hallittavissa. Tavoite on vaativa eikä ehkä täysin saavutettavissakaan.

DRG-järjestelmän käyttöönotto tuo selkeyttä ja yhtäläisyyttä sairaalalaskutukseen. Kaikki sairaanhoitopiirit noudattavat käyttöönoton jälkeen samoja palvelujen tuotteistus- ja hinnoitteluryhmiä ja hinnoitteluperusteet ovat samoja. Vertailtavuutta parantaa lisäksi monien erilliskorvausten yhtäläistäminen. Läpinäkyvyys paranee erillisten laskutuslisukkeiden poistuttua.

Kun kuntalaskutus perustuu hinnoiteltuihin palveluihin lähes kokonaan, se on kunnille oikeudenmukaisempi ja tasapuolisempi kuin asukasluvuun pohjautuvat menettelyt.

Kuntien kannalta ennakoitavuus koee merkittävimmän muutoksensa ehdotuksessa. Kuntalaskutus on itsessään tasaava, minkä lisäksi jäljelle jäävien kuntakohtaisten kustannushuippujen jälkitasauksella voidaan lisätä tasaavaa vaikutusta niin pitkälle kuin paikallisesti halutaan. DRG on sekin jonkun verran tasoittava suoritepohjaiseen hinnoitteluun verrattuna. Budjettiin kunnille tuleva määräraha osoitetaan kunnille 2,5 tai 3,5 vuoden hinnoittelun, todellisen palvelujen käytön suhteessa ja sovitaan joko sitovana summana/kunta tai vuoden aikana sidottuna ennakkona valittavasta tasausmallista riippuen. Kunnassa tiedetään etukäteen melko hyvin, mistä summasta vastataan. Yleisen kustannustason nousuun ei kuntalaskutuksella voida vaikuttaa, mutta kuntien ja sairaanhoitopiirin välisen sopimis- ja neuvotteluyhteyden kehittämällä siihenkin on mahdollista saada aikaisempaa parempi ote.

Ehdotetun laskutusmallin käyttöönotto lisää sairaanhoitopiirin ja kuntien välistä tarvetta neuvottelemiseen ja sopimiseen. Muutamassa sairaanhoitopiirissä kerätty kokemus sopimusohjauksesta on syytä hyödyntää kaikissa sairaanhoitopiireissä. Sopimus-/tilaajarenkaiden käyttö lisääntynee. Se taas voi johtaa uusiin yhteistyömuotoihin renkaan sisällä olevien kuntien kesken.

Kannustevaikutuksista voidaan mainita henkilökunnan yrittäjyyden säilyttäminen ja lisääminen. Lääkäreiden on todettu omaksuvan hyvin DRG-laskutuksen, koska se on lääkärien terminologian mukainen. Samalla on todettu kiinnostuksen hinnoitteluun ja laskutukseen lisääntyneen.

Uudistuksen ehdotukset antavat eväitä kuntien välisen, alueellisen yhteistyön ja yhteisvastuun ja kumppanuuden lisäämiseen. Mallien toteuttaminen edellyttää sairaanhoitopiirien ja kuntien välisen neuvonpidon ja sopimisen kehittämistä. On oletettavaa ja toivottavaa, että kuntaryhmä-/sopimusrengastyöskentely lisääntyy ja voi johtaa muihinkin yhteistyösovellutuksiin kuin erikoissairaanhoito.

Tasausmalleista varsinkin malli 2 tulee sitomaan kuntia aikaisempaa enemmän omaan sairaanhoitopiiriin ja voi rajoittaa jonkin verran kuntien muiden vaihtoehtoisten palvelujen käyttömahdollisuutta. Sen sijaan malli 5 on joustava. Kun palvelut ovat lähes kauttaaltaan hinnoiteltuja, on kunnilla edelleen oikeus ja mahdollisuus kilpailuttaa palveluja, jos niin päättävät.

LÄHDELUETTELO

- Eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio'n päätös potilaiden oikeuksien toteutumisesta HUS:n erikoissairaanhoidossa, dnro 488/4/00
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin perussopimus
- Lainsäädäntö
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062
- Kuntalaki 17.3.1995/365
- Laki kunnallisista hankinnoista nro 1505/1992
 - Lastensuojelulaki LA 142/1998
 - Laki Kainuun hallintokokeilusta 18.10.2002
- Sairaanhoitopiirien palveluhinnastot
 - Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
 - Itä-Savon sairaanhoitopiiri
 - Etelä-Savon sairaanhoitopiiri
 - Kainuun erikoissairaanhoidon ja erityishuoltopiiri
 - Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri
 - Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
 - Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri
 - Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
 - Satakunnan sairaanhoitopiiri
 - Vaasan sairaanhoitopiiri
- Stakes-Kuntapalvelut: Oulun seudun ympäristökunnat/Erikoissairaanhoidon tilaajarenkiaan kustannustenjakomallin kehittäminen, 15.2.2002
- Stm 1991:25: Terveystieteiden tutkimuskeskuksen muistio
- Stm 1992:19: Terveystieteiden tutkimuskeskuksen muistio
- Stm 1995:24: Sairaanhoitopiirien kuntalaskutus
- Stm 1997:13: Sairaanhoitopiirien kuntalaskutus vuosina 1996 ja 1997
- Stm 20.6.2001: Stm:n ohje erityistason sairaanhoidon järjestämisestä
- Stm 15.1.2002: Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi

- Stm 2002: Kansallisen terveysprojektin rahoitusryhmän loppuraportti
- -Suomen Kuntaliitto/Eero Linnakko: DRG Suomessa
- Suomen Kuntaliitto/Heikki Punnonen: Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen eri tehtävien nettokustannukset vuosina 2000 ja 2001
- Suomen Kuntaliitto/Heikki Punnonen: Sairaanhoidopiirien vuosi 2002
- Suomen Kuntaliitto: Sairaalapäivien 12.-13.11.2002 luentomonisteet
- Vaasan yliopiston täydennyskoulutuskeskus/J Punkari: Ehdotus kuntien maksuosuuksien vuosivaihteluiden tasausjärjestelmäksi.