

Hely Salomaa

Liikenne- ja työtapaturmapotilaiden
sairaanhoidokustannusten
täyskustannusvastaavuus

Selvityshenkilöraportti

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 8.5.2001	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Hely Salomaa		Julkaisun laji Työryhmämuistio	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		Toimielimen asettamispäivä 28.12.2000	
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Liikenne- ja työtaturmapotilaiden sairaanhoidokustannusten täyskustannusvastaavuus. Selvityshenkilöraportti (Full kostnadsmotsvarighet beträffande trafik- och arbetsolycksfallspatienternas sjukvårdskostnader. Utredningspersonens rapport)			
Julkaisun osat			
Tiivistelmä <p>Muistiossa on tarkasteltu niitä lainsäädäntömuutoksia, jotka tarvittaisiin siirryttäessä järjestelmään, jossa liikenne- ja työtaturmapotilaiden sairaanhoidosta aiheutuvat kustannukset maksettaisiin kokonaisuudessaan liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmistä ja jossa vakuutusyhtiö voisi halutessaan valita potilaan hoitopaikan muun hoidon kuin ensiavun ja sitä välittömästi seuraavien, kiireisesti toteutettavien hoitotoimenpiteiden osalta. Sairaanhoito korvattaisiin tarpeettomia kustannuksia välttämällä ottaen tapaturmasta aiheutuvia kustannuksia arvioitaessa huomioon hoitoon pääsyn odotusajan vaikutus vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden kestoon ja työkyvyttömyyden johdosta maksettaviin päivärahoihin ja ansionmenetykskorvauksiin.</p> <p>Vahingoittuneen hoidosta aiheutuva kustannus maksettaisiin sairaanhoidon palvelun tuottajalle. Julkisen terveydenhuollon piirissä annetun sairaanhoidon osalta vakuutusyhtiön korvattavaksi tulisi asiakasmaksun lisäksi kustannus, jonka hoitolaitos veloittaisi vahingoittuneen kotikunnalta ellei kyseessä olisi liikenne- tai työtaturma, tai vakuutusyhtiön ja sairaanhoitopalvelun tuottajan solmiman hoitopalvelusopimuksen mukainen hinta. Yksityisen sektorin hoitolaitoksen antama sairaanhoito taas korvattaisiin joko sen normaalin hoitohinnoittelun mukaisesti tai vakuutusyhtiön hoitolaitoksen kanssa solmimassa hoitopalvelusopimuksessa sovittujen hintojen perusteella. Vakuutusyhtiön vastuu vahingoittuneen hoidosta aiheutuvista kustannuksista jatkuisi niin kauan kuin vahingoittunut tarvitsee sairaanhoitoa vammansa johdosta.</p> <p>Muistiossa on myös selvitetty sairaaloiden hinnoittelujärjestelmiä ja arvioitu liikenne- ja työtaturmapotilaiden sairaanhoidosta nykyisin kunnille aiheutuvia kustannuksia. Kun vuosikymmenien kuluttua vahingon sattumisesta korvattavien sairaanhoidokustannusten arvioiminen riittäväällä tarkkuudella vakuutusmaksujen ja korvausvastuun määrittämistä varten on ongelmallista, muistiossa ehdotetaan osaratkaisuna että kymmentä vuotta vanhemmista vahingoista vuosittain maksettavat sairaanhoidokustannukset rahoitettaisiin vakuutusyhtiöiden yhteisellä jakojärjestelmällä, jolloin niitä ei tarvitsisi varata myöskään vakuutusyhtiön korvausvastuuseen. Muistiossa tutkitaan myös selvityksen kohteena olevan sairaanhoidokustannusten korvausjärjestelmän vaikutuksia vakuutuslaitosten korvaustenhoitojärjestelmiin ja vakuutusmaksuihin.</p>			
Avainsanat: (asiasanat) lainsäädäntö, tapaturmavakuutus, kustannukset, kustannusvastaavuus, liikennevahingot, liikennevakuutus, sairaanhoito, tapaturmat, työtaturmat			
Muut tiedot			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:13		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-0993-0
Kokonaissivumäärä 50	Kieli suomi	Hinta 62 mk	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere, puh. (03) 260 8158 ja 260 8535, julkaisumyynti@stm.vn.fi		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum 8.5.2001		
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Hely Salomaa	Typ av publikation Promemoria		
	Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet		
	Datum för tillsättandet av organet 28.12.2000		
Publikation (även den finska titeln) Full kostnadsmotsvarighet beträffande trafik- och arbetsolycksfallspatienternas sjukvårdskostnader. Utredningspersonens rapport. (Liikenne- ja työtapaturmapotilaiden sairaanhoitokustannusten täyskustannusvastaavuus. Selvityshenkilöraportti)			
Publikationens delar			
Referat <p>I promemorian dryftas de lagändringar som skulle behövas om man övergår till ett system där trafik- och arbetsolycksfallspatienternas sjukvårdskostnader betalas i deras helhet utav trafik- och olycksfallsförsäkrings-systemen och där försäkringsbolaget kunde, om det så vill, välja vårdplats för patienter, med undantag av första hjälpen och brådskande behandling omedelbart därefter. Sjukvårdskostnaderna skulle ersättas, genom att undvika onödiga kostnader, så att man vid uppskattningen av kostnaderna för ett olycksfall beaktar vilken inverkan väntetiden till behandling har på längden på den arbetsoförmögenhet som skadan orsakar och på de dagpenningar och ersättningar för inkomstbortfall som betalas på grund av arbetsoförmögenheten.</p> <p>Kostnaderna för vård av den skadade skulle betalas till sjukvårdsproducenten. I fråga om sjukvård som ges inom den offentliga sektorn skulle försäkringsbolaget ersätta, förutom klientavgiften, de kostnader för vilka vårdinrättningen debiterar den skadedes hemkommun, ifall det inte är fråga om ett trafik- eller arbetsolycksfall eller ett pris enligt vårdserviceavtal som ingåtts mellan försäkringsbolaget och sjukvårdsproducenten. Kostnaderna för sjukvård som ges av en privat vårdinrättning skulle däremot ersättas antingen enligt dess normala prissättning eller på grund av de priser som man kommit överens om i vårdserviceavtalet mellan försäkringsbolaget och vårdinrättningen. Försäkringsbolagets ansvar för den skadades vårdkostnader skulle fortsätta så länge som den skadade är i behov av sjukvård för sin skada.</p> <p>I promemorian behandlas även sjukhusens prissättningssystem och uppskattas de kostnader som trafik- och arbetsolycksfallspatienternas sjukvård i detta nu åsamkar kommunerna. Eftersom det är, med tanke på bestämmandet av kostnadsansvaret, svårt att med tillräcklig exakthet uppskatta de sjukvårdskostnader som skall ersättas efter årtionden från det att skadan skett, föreslås i promemorian som en dellösning att de sjukvårdskostnader som betalas för skador vilka är äldre än tio år skall finansieras genom försäkringsbolagets gemensamma fördelningssystem, varvid man inte heller skulle behöva reservera dem i försäkringsbolagets kostnadsansvar. I promemorian skärskådas också det aktuella ersättningsystemets inverknings på försäkringsbolagets system för handhavandet av ersättningar och på försäkringspremier.</p>			
Nyckelord arbetsolycksfall, kostnadsmotsvarighet, kostnader, olycksfall, lagstiftning, olycksfallsförsäkring, sjukvård, trafikförsäkring, trafikolycksfall			
Övriga uppgifter			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2001:13	ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-0993-0	
Sidoantal 50	Språk Finska	Pris 62 mk	Sekretessgrad Offentlig
Distribution Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning, PB 536, 33101 Tammerfors, tfn (03) 260 8158 och 260 8535, e-post: julkaisumyynti@stm.vn.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health		Date 8 May 2001	
Authors Hely Salomaa		Type of publication Working Group Memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 28 January 2000	
Title of publication Full cost-correlation of traffic accident and occupational accident patients' medical expenses. Report by Rapporteur ad int.			
Parts of publication			
Summary <p>The memorandum examines the law amendments that would be necessitated by a transfer to a system in which the medical expenses of traffic accident and occupational accident patients would be paid in their entirety from the motor liability insurance and accident insurance schemes and in which the insurance company could, at its option, choose the place where the patient is to be treated, except for first aid and ensuing immediate, urgent treatment. Medical expenses would be refunded avoiding unnecessary costs by taking into account, when estimating the expenses caused by an accident, the impact of the waiting time for admittance to care on the duration of the disability caused by the injury and on the daily allowance and loss of earnings payable due to disability.</p> <p>The expenses of the treatment of an injured person would be paid to the provider of medical care services. In regard to medical care provided within public health care the insurance company would refund, besides the client charge, the costs that the medical care institution charges from the injured persons' home municipality, unless is is question of a traffic or occupational accident or a charge in accordance with the care service agreement concluded between the insurance company and the medical care provider. The expenses of medical care provided by a private sector care institution would be refunded either according to its normal pricing of services or on the basis of the care service agreement concluded by the insurance company with the care institution. The insurance company's liability for the expenses of the injured person's treatment would continue as long as the injured is in need of medical care owing to his or her injury.</p> <p>The memorandum also deals with hospitals' pricing systems and estimates the expenses entailed at present to local authorities by the medical care of traffic and occupational accident patients. Because it is difficult to estimate accurately for the determination of premiums the medical expenses to be refunded after decades from the occurrence of the injury, the memorandum proposes as a partial solution that the medical expenses payable per year for injuries that are older than ten years should be paid according to insurance companies' joint pay-as-you-go system. In that case they would neither need to be reserved in the insurance company's provision for claims outstanding. The memorandum also examines the impacts of the system of compensation for the medical expenses under review on the systems of managing claims and on premiums.</p>			
Key words full cost-correlation, occupational accident, motor liability insurance, statutory accident insurance, traffic accident			
Other information			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:13		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-0993-0
Number of pages 50	Language Finnish	Price FIM 62.00	Publicity Public
Distributor/Orders Ministry of Social Affairs and Health, Publications Sale, P.O.Box 536, FIN-33101 Tampere, tel. +358 3 260 8158 and +358 3 260 8535, e-mail: julkaisumyynti@stm.vn.fi		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 28.12.2000 allekirjoittaneen selvittäjäksi, jonka tehtävänä oli selvittää, miten liikenne- ja tapaturmavakuutuksen sairaanhoitokorvauksissa voitaisiin toteuttaa ns. täyskustannusvastaavuus, jos siihen päätettäisiin siirtyä samalla kun poistettaisiin tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksilta perittävä maksu, joka pienentää sairausvakuutuslain (364/1963) 59 §:n 1 momentissa säädettyä valtion takuusuoritusta.

Toimeksiannon taustana oli se, että vuoden 1993 alusta liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmät ovat velvoitettuja suorittamaan kansaneläkelaitokselle liikenne- ja tapaturmapotilaiden julkiselle terveydenhuollolle aiheuttamia kustannuksia vastaavan maksun. Maksu on toteutettu poikkeuksellisesti vuodeksi kerrallaan säädetyllä lailla. Valtiontaloudellisista syistä maksua ei ole kuitenkaan kohdennettu julkiselle terveydenhuollolle, vaan se on ohjattu kansaneläkelaitokselle pienentämään valtion sairausvakuutusrahastoa koskevaa takuusuutta. Järjestelmä luotiin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettaman tapaturma- ja liikennevakuutuksen sekä kunnallisen terveydenhuollon välistä täyskustannusvastuuta selvittäneen toimikunnan mietinnön pohjalta. Vuoden 1994 lopussa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asetti työryhmän tekemään aikaisempien selvitysten pohjalta selvitykset toimenpiteistä, joiden avulla täyskustannusvastuu julkiselle terveydenhuollolle aiheutuvien kustannusten osalta voitaisiin toteuttaa laskumenettelyä käyttäen. Työryhmän muistiossa on käsitelty vaihtoehtoisia tapoja toteuttaa tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmien täyskustannusvastuu niiden korvauspiiriin kuuluvista sairaanhoitokustannuksista. Työryhmä esitti kumpaankin päävaihtoehtoon liittyviä näkökohtia, mutta ei ottanut kantaa niiden paremmuuteen. Työryhmä teetti uuden selvityksen liikenne- ja tapaturmapotilaiden julkiselle terveydenhuollolle aiheuttamista kustannuksista. Selvityksen perusteella liikenne- ja tapaturmavakuutuslaitoksilta vuosittain perittävää maksua tarkistettiin ja se on vuodesta 1996 lähtien ollut 307 miljoonaa markkaa.

Selvittäjän tehtävänä oli tehdä tarvittavat lainsäädäntö- ja muut ehdotukset, jotka pitäisi toteuttaa, jos liikenne- ja tapaturmapotilaiden sairaanhoidosta aiheutuvat kustannukset maksettaisiin kokonaisuudessaan tai pääosin liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmistä. Selvityksen kohteena olevassa järjestelmässä asianomaiset vakuutuslaitokset voisivat valita hoitopaikan. Järjestelyn piiriin tulisivat ainoastaan uudet liikenne- ja työtapaturmapotilaat. Samalla luovuttaisiin nykymuotoisesta tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksilta perittävästä maksusta.

Selvityksessä oli erikseen tutkittava vaihtoehto, jossa vakuutusyhtiöllä on ajallisesti rajoittamaton vastuu suoraan laskutettavista hoitokustannuksista työtapaturman ja liikennevahingon sattumisen tai ammattitaudin toteamisen jälkeen tai jossa vastuu on rajoitettu tietyn mittaiseen ajanjaksoon. Tässä yhteydessä oli tehtävä selvitys siitä, miten vakuutusmaksut voidaan mitoittaa ja tulevaisuudessa maksettavat sairaanhoitokustannukset rahastoida niin, että vakuutusjärjestelmän rahoitus on turvattu. Samoin oli laadittava selvitykset siirtymisen vaikutuksista vakuutusmaksuihin ottaen huomioon vakuutusyhtiöiltä nykyisin kerättävän maksun poistuminen sekä siirtymäkauden mahdollisesti vaatimista poikkeusjärjestelyistä.

Selvittäjän toimikausi oli 28.12.2000-30.4.2001.

Tässä muistiossa on toimeksiannon mukaisesti tarkasteltu niitä lainsäädäntömuutoksia, jotka tarvittaisiin siirryttäessä järjestelmään, jossa liikenne- ja työtaturmapotilaiden sairaanhoidosta aiheutuvat kustannukset maksettaisiin kokonaisuudessaan liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmistä ja jossa vakuutusyhtiö voisi valita potilaan hoitopaikan. Muistiossa on myös selvitetty sairaaloiden hinnoittelujärjestelmiä ja arvioitu liikenne- ja työtaturmapotilaiden sairaanhoidosta nykyisin kunnille aiheutuvia kustannuksia. Kun vuosikymmenien kuluttua vahingon sattumisesta korvattavien sairaanhoitokustannusten arvioiminen riittävällä tarkkuudella vakuutusmaksujen ja korvausvastuun määräämistä varten on ongelmallista, muistiossa ehdotetaan osaratkaisua näiden rahoitukseen liittyvien ongelmien ratkaisemiseen sekä ratkaisun edellyttämiä lainsäädäntömuutoksia. Muistiossa tutkitaan myös selvityksen kohteena olevan sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmän vaikutuksia vakuutuslaitosten korvaustenhoitojärjestelmiin ja vakuutusmaksuihin.

Selvitystyötä tehdessäni olen ollut yhteydessä muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen, Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliiton, Tapaturmavakuutuslaitosten liiton, Liikennevakuutuskeskuksen, Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen, Kuntaliiton sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin asiantuntijoiden kanssa.

Saatuani selvitystyöni valmiiksi jätän kunnioittavasti selvitystä koskevan muistion sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 8 päivänä toukokuuta 2001

Hely Salomaa

SISÄLLYSLUETTELO

<u>1. TOIMEKSIANTO</u>	2
<u>2. TAUSTA</u>	2
<u>3. UUSI SAIRAAHOITOKUSTANNUSTEN KORVAUSJÄRJESTELMÄ JA SIITÄ AIHEUTUVAT LAINSÄÄDÄNTÖMUUTOKSET</u>	4
<u>3.1 KORVAUSJÄRJESTELMÄ</u>	4
<u>3.2 TARVITTAVAT LAINSÄÄDÄNTÖMUUTOKSET</u>	6
<u>3.2.1 Sairaanhoidon korvaamista koskevat säännökset</u>	6
<u>3.2.2 Vahinkoilmoituksen tekemistä koskevat säännökset</u>	9
<u>4. VAKUUTUSJÄRJESTELMIEN SAIRAAHOITOKUSTANNUSTEN ARVIOINTI</u>	10
<u>4.1 JULKISEN SEKTORIN SAIRAAHOIDON HINNOITTELUJÄRJESTELMÄT</u>	10
<u>4.1.1 Sairaanhoitopiirien hinnoittelujärjestelmät</u>	10
<u>4.1.2 Kuntien omat terveydenhuoltopalvelut</u>	13
<u>4.2 KUSTANNUSTEN LASKENTA</u>	13
<u>4.2.1 Sairaaloiden vuodeosastohoito</u>	13
<u>4.2.2 Avohoito</u>	16
<u>4.2.3 Yhteenveto kustannuksista</u>	18
<u>5. KUSTANNUSTEN RAHOITUS JA SIITÄ AIHEUTUVAT LAINSÄÄDÄNTÖMUUTOKSET</u>	19
<u>5.1 KUSTANNUSTEN RAHOITUS</u>	19
<u>5.2 TARVITTAVAT LAINSÄÄDÄNTÖMUUTOKSET</u>	20
<u>5.2.1 Nykytila</u>	20
<u>5.2.2 Uusi järjestelmä</u>	21
<u>6. UUDEN KORVAUSJÄRJESTELMÄN VAIKUTUKSET VAKUUTUSLAITOSTEN KORVAUSTENHOITOJÄRJESTELMIIN</u>	23
<u>6.1 KAKSI KORVAUSJÄRJESTELMÄÄ</u>	23
<u>6.2 KUSTANNUSTEN KORVAAMINEN</u>	23
<u>6.3 KILPAILUTTAMINEN</u>	24
<u>6.4 HOITOPAIKAN VALINTA</u>	24
<u>6.5 LISÄRESURSSIEN TARVE</u>	25
<u>7. VAIKUTUKSET VAKUUTUSMAKSUIHIN</u>	25
<u>7.1 TYÖTAPATURMAVAKUUTUS</u>	26
<u>7.1.1 Liikekulut</u>	26
<u>7.1.2 Sairaanhoitokustannukset</u>	26
<u>7.1.3 Päivärahat</u>	27
<u>7.1.4 Vakuutusmaksut</u>	28
<u>7.2 LIIKENNEVAKUUTUS</u>	28
<u>7.2.1 Liikekulut</u>	29
<u>7.2.2 Sairaanhoitokustannukset</u>	29
<u>7.2.3 Korvaukset tulojen ja elatuksen vähentymisestä</u>	29
<u>7.2.4 Vakuutusmaksut</u>	30
<u>7.3 YHTEENVETO</u>	30
<u>8. SIIRTYMÄKAUDEN POIKKEUSJÄRJESTELYT</u>	31
<u>9. YHTEENVETO</u>	31
<u>LIITE 1</u>	35

1. Toimeksianto

Toimeksiannon mukaan selvityksessä on tavoitteena selvittää, miten tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmien täyskustannusvastuu voitaisiin toteuttaa parhaiten, jos tehtäisiin täyskustannusvastuuseen siirtymistä koskeva yleinen päätös. Täyskustannusvastaavuuden piiriin tulisivat ainoastaan uuteen järjestelmään siirtymisen jälkeen tapahtuvien vahinkojen sairaanhoitokustannukset. Samalla kun uuteen järjestelmään siirryttäisiin, luovuttaisiin nykymuotoisesta tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksilta perittävästä sairaanhoitomaksusta.

Selvityksessä oli tehtävä tarvittavat lainsäädäntö- ja muut ehdotukset, jotka pitäisi toteuttaa, jos liikenne- ja tapaturmapotilaiden sairaanhoidosta aiheutuvat kustannukset maksettaisiin kokonaisuudessaan tai pääosin liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmistä. Uuden sairaanhoitokorvausjärjestelmän ominaisuuksiin kuuluisi, että asianomaiset vakuutuslaitokset voisivat valita sairaanhoitoa antavan laitoksen.

Toimeksiantoon kuului tutkia erikseen vaihtoehto, jossa vakuutusyhtiöllä on työtapaturman tai liikennevahingon sattumisen jälkeen ajallisesti rajoittamaton täyskustannusvastuu vahingoittuneen sairaanhoidon aiheuttamista kustannuksista, ja sellainen vaihtoehto, jossa täyskustannusvastuu on rajoitettu tietyn mittaiseen ajanjaksoon vahingon sattumisesta lukien.

Tehtävänä oli myös selvittää, miten vakuutusmaksut voidaan mitoittaa ja tulevaisuudessa maksettavat sairaanhoitokustannukset rahastoida niin, että vakuutusjärjestelmän rahoitus on turvattu. Lisäksi oli arvioitava, miten uuteen korvausjärjestelmään siirtyminen vaikuttaisi vakuutusmaksuihin, kun otetaan huomioon vakuutusyhtiöiltä nykyisin perittävä sairaanhoitomaksu. Tehtävänä oli myös selvittää, vaaditaanko siirtymäkautena poikkeusjärjestelyjä.

2. Tausta

Suomessa on lakisääteinen pakolliseen vakuuttamiseen perustuva korvausturva työtapaturmien ja moottoriajoneuvojen liikenteessä käyttämisestä aiheutuneiden vahinkojen varalta. Tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmien lähtökohtana on vahingonkorvausoikeudellinen täyden korvauksen periaate. Sairaanhoitokustannusten osalta vahingonkäräjälle itselleen korvataan hoidosta aiheutuneet kustannukset. Sairaanhoito annetaan yleensä julkisen terveydenhuollon piirissä ja korvaukset maksetaan pääsääntöisesti julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen perusteella.

Vuoden 1993 alusta liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmät ovat veloitettuja suorittamaan kansaneläkelaitokselle liikenne- ja tapaturmapotilaiden julkiselle terveydenhuollolle aiheuttamia kus-

tannuksia vastaavan maksun. Maksu on toteutettu poikkeuksellisesti vuodeksi kerrallaan säädetyllä lailla. Valtiontaloudellisista syistä maksua ei ole kuitenkaan kohdennettu julkiselle terveydenhuollolle, vaan se on ohjattu kansaeläkelaitokselle pienentämään valtion sairausvakuutusrahastoa koskevaa takuuosuutta.

Järjestelmä luotiin sosiaali- ja terveysministeriön asettaman tapaturma- ja liikennevakuutuksen sekä kunnallisen terveydenhuollon välistä täyskustannusvastuuta selvittäneen toimikunnan mietinnön (Komiteamietintö 1992:31) pohjalta. Toimikunnan teettämän selvityksen perusteella liikenne- ja tapaturmapotilaiden kunnalliselle terveydenhuollolle aiheuttamat vuosittaiset kustannukset arvioitiin vuoden 1993 kustannustasossa noin 330 miljoonaksi markaksi. Liikenne- ja tapaturmavakuutuslaitoksilta vuosittain perittävä maksu oli 330 miljoonaa markkaa vuosina 1993 – 1995.

Vuoden 1994 lopussa sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän tekemään aikaisempien selvitysten pohjalta selvitykset toimenpiteistä, joiden avulla täyskustannusvastuu julkiselle terveydenhuollolle aiheutuvien kustannusten osalta voitaisiin toteuttaa laskumenettelyä käyttäen. Työryhmän muistiossa (Liikenne- ja tapaturmapotilaiden kustannusten kohdentamistyöryhmän muistio 1995:22) on käsitelty vaihtoehtoisia tapoja toteuttaa tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmien täyskustannusvastuu niiden korvauspiiriin kuuluvista sairaanhoitokustannuksista.

Ensimmäisenä päävaihtoehtona työryhmä esittää tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmien täyskustannusvastuun toteuttamista välillisen laskennallisen korvaamisen kautta, jolloin vakuutusyhtiöiltä valtiolle vuosittain tai määrävuosina kerättävä maksu kohdennettaisiin laskennallisin perustein julkiselle terveydenhuollolle.

Toisena päävaihtoehtona muistiossa tutkitaan liikenne- ja tapaturmapotilaiden hoidosta aiheutuvien kustannusten suoraa laskutusta, jolloin vakuutusyhtiöt suorittaisivat työtapaturmista ja liikennevahingoista aiheutuvat kustannukset suoraan julkiselle terveydenhuollolle. Työryhmä pohtii tässä yhteydessä kahta vaihtoehtoista toteuttamistapaa. Ensimmäinen vaihtoehto olisi vakuutusyhtiöiden rajoittamaton vastuu, jolloin suoraa laskutuskäytäntöä noudatettaisiin työtapaturmien ja liikennevahinkojen sattumisen ja ammattitautien ilmenemisen jälkeen aiheutuviin sairaanhoitokustannuksiin niin pitkän aikaa, kun kustannuksia syntyisi. Toinen vaihtoehto olisi vakuutusyhtiöiden rajoitettu vastuu, jolloin suoraa laskutuskäytäntöä noudatettaisiin työtapaturmien ja liikennevahinkojen sattumisen ja ammattitautien ilmenemisen jälkeen aiheutuviin sairaanhoitokustannuksiin niin pitkän aikaa, että suurin osa kustannuksista tulisi suoritetuksi. Tämän jälkeen potilaan hoidon kustannukset suoritettaisiin nykyiseen tapaan, jolloin vakuutusyhtiöiden korvausvelvollisuus koskisi ainoastaan

potilaalta perittäviä asiakasmaksuja. Jälkimmäistä vaihtoehtoa työryhmä katsoi voitavan perustella sillä, että työnantajat ja moottoriajoneuvojen omistajat ja haltijat ovat jo verotuksen kautta osallistuneet julkisen terveydenhuollon rahoittamiseen. Tämän vaihtoehdon etuna työryhmä piti myös lyhyempää seuranta-aikaa rajoittamattomaan vastuuseen verrattuna.

Työryhmä esitti kumpaankin vaihtoehtoon liittyviä näkökohtia, mutta ei ottanut kantaa niiden paremmuuteen. Työryhmä teetti uuden selvityksen liikenne- ja tapaturmapotilaiden julkiselle terveydenhuollolle aiheuttamista kustannuksista. Selvityksen perusteella liikenne- ja tapaturmavakuutuslaitoksilta vuosittain perittävää maksua tarkistettiin ja se on vuodesta 1996 lähtien ollut 307 miljoonaa markkaa.

3. Uusi sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmä ja siitä aiheutuvat lainsäädäntömuutokset

3.1 Korvausjärjestelmä

Selvityksen kohteena on järjestelmä, jossa liikenne- ja työtapaturmapotilaiden sairaanhoidosta aiheutuvat kustannukset maksettaisiin kokonaisuudessaan tai pääosin liikenne- ja tapaturmavakuutusjärjestelmistä. Vakuutusyhtiö voisi valita potilaan hoitopaikan, jolloin myös yksityisen sektorin sairaanhoitopalvelut olisivat käytettävissä. Järjestelmän piiriin tulisivat ainoastaan järjestelmään siirtymisen jälkeen tapahtuvat vahingot.

Julkisen terveydenhuollon piirissä annetun sairaanhoidon osalta vakuutusyhtiön korvattavaksi tulisi asiakasmaksun lisäksi kustannus, jonka sairaanhoitopiiri veloittaisi vahingoittuneen kotikunnalta ellei kyseessä olisi liikenne- tai työtapaturma. Tämä kustannus olisi sairaanhoitopiirin, sairaalan tai terveyskeskuksen palveluhinnaston mukaan potilaan kotikunnalta perittävä kustannus, elleivät vakuutusyhtiö ja kyseinen sairaanhoitopalvelun tuottaja ole solmineet hoitopalvelusopimusta, jonka perusteella annetun sairaanhoidon hinta määräytyy. Yksityisen sektorin hoitolaitoksen antama sairaanhoito korvattaisiin vastaavasti sen normaalin hoitohinnoittelun mukaisesti tai vakuutusyhtiön ja hoitolaitoksen solmimassa hoitopalvelusopimuksessa sovittujen hintojen perusteella. Käytännössä sairaanhoidon kustannusten korvaaminen tapahtuisi niin, että liikenne- tai työtapaturmapotilas saisi hoidon kustannuksista perustellun ja riittävästi eritellyn laskun, jonka hän itse tai hoidon antaja tai hoitolaitos toimittaisi vakuutusyhtiön maksettavaksi.

Vakuutusyhtiön oikeus valita hoitopaikka voisi toteutua lähinnä vahingoittuneen jatkohoidon osalta. Tapaturman johdosta annettavan ensiavun ja sitä välittömästi seuraavien kiireisesti toteutettavien hoitotoimenpiteiden osalta vakuutusyhtiöllä ei olisi oikeutta valita hoidon antajaa.

Vakuutusyhtiön oikeus hoitopaikan valintaan mahdollistaa vakuutusjärjestelmille ainakin osittain niille liikenne- ja työtapaturmista aiheutuvien kustannusten kontrolloinnin. Vammautuneen hoitopaikan valinnassa olisi otettava huomioon asianmukaisen hoidon tason ja hoidon kustannusten lisäksi sairaanhoidon odotusajan vaikutus vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden keston.

Hoitopaikan valinta tapahtuisi käytännössä niin, että ensihoidon antava lääkäri arvioi jatkohoidon tarpeen ja vakuutusyhtiö antaisi maksusitoumuksen valitsemaansa jatkohoitopaikkaan, josta lääkärin määrittelemä hoito on saatavilla. Edellä esitetyn mahdollistamiseksi vakuutusyhtiön olisi saatava ilmoitus vahingon sattumisesta mahdollisimman pian vahingon satuttua. Ensihoidon antavan hoitolaitoksen velvollisuutena olisi ottaa yhteys vakuutusyhtiöön potilaan vamman edellyttämän jatkohoitopaikan määrittämiseksi.

Selvitystehtävän toimeksiannossa edellytettiin erikseen tutkittavaksi, voitaisiinko järjestelmä toteuttaa niin että vahingoittunut kuuluisi sen piiriin ainoastaan tietyn määräajan vahingon sattumisesta lukien, vai jäisikö hän järjestelmän piiriin niin pitkäksi aikaa kuin vahingosta aiheutuu sairaanhoitokustannuksia.

Nykyisin vakuutusjärjestelmät korvaavat vahingoittuneelle sairaanhoitokustannukset ilman ajallista rajoitusta. Yksi vaihtoehto vakuutusyhtiön ajallisesti rajoitetun vastuun toteuttamiseksi olisi siirtää vahingoittunut määräajan kuluttua kokonaan julkisen terveydenhuollon vastuulle, jolloin vahingoittuneelta ei perittäisi asiakasmaksua. Tämä lisäisi kuntien kustannuksia nykyisestä.

Jos vakuutusyhtiö määräajan kuluttua korvaisi pelkästään julkisen terveydenhuollon asiakasmaksun, vakuutusyhtiön korvaustoiminnassa olisi ylläpidettävä kahta erilaista järjestelmää myöskin siinä vaiheessa kun kaikki liikenne- ja tapaturmapotilaat ovat uuden järjestelmän piirissä. Tässä mallissa ei vakuutusyhtiöltä myöskään poistu se ongelma, että sairaanhoitokulujen arvioimiseen pitkälle tulevaisuuteen liittyy suurta epävarmuutta, vaikka epävarmuus asiakasmaksujen suhteen onkin ehkä pienempi kuin hoidon todellisten kustannusten osalta.

Jos potilas siirrettäisiin julkisen terveydenhuollon vastuulle niin, että määräajan täytyessä maksettaisiin kertakorvaus odotettavissa olevista tulevista sairaanhoitokuluista, riski kertakorvauksen riittämättömyydestä olisi potilaalla tai kunnalla. Potilaalle riskiä ei voida siirtää. Mikäli kertamaksu

maksettaisiin kunnalle, potilaalta ei sen suorittamisen jälkeen pitäisi periä asiakasmaksuja, mikä aiheuttaisi hallinnollisia ongelmia kunnalle. Kertakorvauksen suuruuden arvioimiseen liittyy suuria ongelmia, kun kyseessä ei ole säännöllisesti maksettava eläke, vaan sairaanhoitokustannukset, joiden suhteen on mahdotonta yksittäisen potilaan osalta arvioida, miten suuriksi ne muodostuvat vai tuleeko niitä lainkaan.

Sekä vahingoittuneen että vakuutusyhtiön korvaustoiminnan kannalta yksinkertaisin vaihtoehto olisi se, että vakuutusyhtiön vastuu vahingoittuneen hoidosta aiheutuvista kustannuksista jatkuu niin kauan kuin vahingoittunut tarvitsee sairaanhoitoa vammansa johdosta. Rajoittamattomasta vastuusta vakuutusyhtiölle aiheutuva tulevien sairaanhoitokustannusten arvioimisongelma vakuutusmaksujen määräämisessä ja korvausvastuun arvioimisessa voidaan ratkaista jäljempänä kustannusten rahoitusta käsittelevässä kohdassa 5 esitettävällä tavalla.

3.2 Tarvittavat lainsäädäntömuutokset

3.2.1 Sairaanhoidon korvaamista koskevat säännökset

Nykytila

Liikennevakuutuslain (279/1959) 6 §:n 1 momentin mukaan liikennevahingon korvaus määrätään noudattaen vahingonkorvauslain (412/74) 5 luvun 2-5 §:n ja 7 luvun 3 §:n säännöksiä. Vahingonkorvauslain 2 §:n mukaan taas sillä, jolle on aiheutettu ruumiinvamma tai muu henkilövahinko, on oikeus saada korvaus sairaanhoitokustannuksista ja muista vahingosta aiheutuneista kuluista, tulojen tai elatuksen vähentymisestä, kivusta ja särystä sekä viasta tai muusta pysyvistä haitasta.

Tapaturmavakuutuslain (608/1948) 15 §:n 1 momentin mukaan sairaanhoitoon kuuluu:

- 1) lääkärin antama tai määräämä tarpeellinen hoito taikka, jollei sellaista hoitoa ole saatavissa, koulutetun sairaanhoitajan antama tai muu tarpeellinen hoito;
- 2) lääkärin määräämät lääkkeet ynnä tarpeelliset puhdistusaineet ja sidostarpeet;
- 3) tarpeellisten tekojäsenten ja muiden apuneuvojen hankkiminen omaksi tai käytettäväksi sekä niiden korjaaminen ja uusiminen, milloin se olosuhteisiin katsoen on kohtuullista; sekä
- 4) harkinnan mukaan opaskoiran antaminen sokean käytettäväksi.

Saman pykälän 2 momentin mukaan sairaanhoitona korvataan myös avuttomassa tilassa olevalle vahingoittuneelle erityisessä laitoksessa annettu pysyvä huolto. Edelleen 3 momentissa todetaan, että sairaanhoitona korvataan niin ikään siitä aiheutuvat välttämättömät matkakustannukset. Pykälän 4 momentissa säädetään, että sairaanhoitoa on annettava tarpeettomia kustannuksia välttäen vahingoittuneen terveydentilaa kuitenkin vaarantamatta ja että vahingoittunut ei ole velvollinen ottamaan vastaan työtapaturman vuoksi tarpeellista hoitoa Suomen ulkopuolella, jollei erityisestä syystä muuta johdu.

Sekä liikenne- että työtapaturmavakuutuksessa vakiintuneena käytäntönä on sairaanhoidon korvaaminen julkisen terveydenhuollon soveltaman asiakasmaksulainsäädännön mukaisin kustannuksin. Työtapaturma- ja ammattitautilainsäädännön kehittämistyöryhmä (TAKE) ehdotti muistiossaan tämän käytännön kirjaamista tapaturmavakuutuslain 15 §:n 3 momenttiin.

Uusi järjestelmä

Sairanhoidon kustannukset korvattaisiin hoidon antajalle hoidon tuottamisesta syntyneiden kustannusten mukaisina. Korvaukseen oikeutettu on kuitenkin aina vahingoittunut, ei hoidon antaja. Jotta vakuutusjärjestelmien korvattaviksi tulevat sairaanhoidon kustannukset eivät muodostuisi ylimitoituiksi, laissa on syytä todeta, että tarpeettomia kustannuksia on vältettävä. Kustannuksia arvioitaessa olisi arvioitava yhtenä kokonaisuutena sairaanhoidon kustannuksia ja vakuutusjärjestelmästä maksettavia päiväraha-kustannuksia.

Kuten edellä on todettu, tarkoituksena on, että julkisen terveydenhuollon piirissä annetun sairaanhoidon osalta vakuutusyhtiön korvattavaksi tulisi asiakasmaksun lisäksi kustannus, jonka hoitolaitos veloittaisi vahingoittuneen kotikunnalta ellei kyseessä olisi liikenne- tai työtapaturma, tai vakuutusyhtiön ja sairaanhoitopalvelun tuottajan solmiman hoitopalvelusopimuksen mukainen hinta. Yksityisen sektorin hoitolaitoksen antama sairaanhoito taas korvattaisiin joko sen normaalin hoitohinnoittelun mukaisesti tai vakuutusyhtiön hoitolaitoksen kanssa solmimassa hoitopalvelusopimuksessa sovittujen hintojen perusteella.

Koska sekä liikennevakuutuslain että tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavien sairaanhoitokustannusten tulkinta nykyisin on toisenlainen, kumpaankin lakiin olisi otettava uutta korvauskäytäntöä koskeva säännös. Liikennevakuutuslain 6 §:n 1 momentti ehdotetaan muutettavaksi kulumaan seuraavasti:

6 §

Liikennevahingon korvaus määrätään noudattaen vahingonkorvauslain (412/74) 5 luvun 2-5 §:n ja 7 luvun 3 §:n säännöksiä. Vahingonkorvauslain säännösten estämättä ruumiinvamman tai muun henkilövahingon edellyttämä sairaanhoito korvataan vahingoittuneelle tarpeettomia kustannuksia välttäen vahingoittuneen terveydentilaa kuitenkaan vaarantamatta. Kustannuksia arvioitaessa on otettava huomioon sairaanhoidon odotusajan vaikutus vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden keston. Sairaanhoidon palvelun tuottajalle maksetaan vahingoittuneen hoidosta aiheutuva kustannus. Palvelun tuottaja ei kuitenkaan ole asianosainen korvausasiassa. Vahingoittunut ei ole velvollinen ottamaan vastaan vamman edellyttämää hoitoa Suomen ulkopuolella, jollei erityisestä syystä muuta johdu. Korvausta kivusta ja särystä ei anneta, jos vamma on ollut vähäinen, eikä vahingonkorvauslain 5 luvun 5 §:ää sovelleta 3 momentissa tarkoitetuissa tapauksissa.

Tapaturmavakuutuslain 15 §:n 4 momentti puolestaan ehdotetaan muutettavaksi kuulumaan seuraavasti:

15 §

Sairaanhoito korvataan vahingoittuneelle tarpeettomia kustannuksia välttäen vahingoittuneen terveydentilaa kuitenkaan vaarantamatta. Kustannuksia arvioitaessa on otettava huomioon sairaanhoidon odotusajan vaikutus vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden keston. Sairaanhoidon palvelun tuottajalle maksetaan vahingoittuneen hoidosta aiheutuva kustannus. Palvelun tuottaja ei kuitenkaan ole asianosainen korvausasiassa. Vahingoittunut ei ole velvollinen ottamaan vastaan työtapaturman vuoksi tarpeellista hoitoa Suomen ulkopuolella, jollei erityisestä syystä muuta johdu.

3.2.2 Vahinkoilmoituksen tekemistä koskevat säännökset

Nykytila

Tapaturmavakuutuslain 39 §:n mukaan ilmoitus tapaturmasta, jonka johdosta voidaan otaksua vakuutuslaitoksen joutuvan suorittamaan korvausta, on viipymättä työnantajan toimesta tehtävä vakuutuslaitokselle. Lain 41 §:n mukaan tapaturmavakuutuslaissa säädettyä korvausta on haettava vakuutuslaitokselta tai tapaturmasta on tehtävä ilmoitus vakuutuslaitokselle yhden vuoden kuluessa tapaturman sattumispäivästä. Jos korvausasian vireilletulo työntekijästä johtuvasta syystä on kohutuuttomasti viivästynyt, voidaan häneltä viivästymisajalta evätä korvaus, ei kuitenkaan vireilletuloa edeltävän vuoden ajalta.

Liikennevakuutuslain 11 §:n 1 momentissa todetaan, että liikennevakuutuslain mukainen korvauskanne on pantava vireille riita-asioista voimassa olevassa järjestyksessä asianomaista vakuutusyhtiötä vastaan kolmen vuoden kuluessa siitä ajankohdasta, jolloin vahingonkärsinyt sai tiedon vahingosta ja siitä, mikä vakuutusyhtiö on vahingosta vastuussa. Saman pykälän 2 momentin mukaan sama vaikutus kuin kanteen nostamisella on kuitenkin sillä, että asianomaiselle liikennevakuutusyhtiölle tehdään liikennevahingosta kirjallinen ilmoitus, joka sisältää tiedon vahingon paikasta ja ajasta sekä vahingonkärsineestä ja hänen osoitteestaan.

Uusi järjestelmä

Uudessa järjestelmässä vakuutusyhtiö voisi halutessaan valita liikenne- ja työtapaturmapotilaan ensihoidon jälkeisen hoitopaikan. Oikeus hoitopaikan valintaan mahdollistaa potilaan sairaanhoidon järjestämisen hoidosta aiheutuvat kokonaiskustannukset huomioon tarpeettomia kustannuksia välttäen. Jotta hoitopaikan valinta olisi mahdollista, vakuutusyhtiön olisi saatava ilmoitus vahingon sattumisesta mahdollisimman pian vahingon satuttua. Ensihoidon antavan hoitolaitoksen velvollisuutena olisi ottaa yhteys vakuutusyhtiöön potilaan vamman edellyttämän jatkohoitopaikan määrittelemiseksi. Vakuutuslaitoksen korvauskäsittelyjärjestelmien tarpeettoman kuormittumisen vuoksi ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista, että jokaisen liikenne- ja työtapaturmapotilaan jatko- hoitopaikkaa koskevaan päätökseen tarvittaisiin erikseen vakuutusyhtiön suostumus. Hoitolaitoksen voitaisiin edellyttää pyytävän vakuutusyhtiöltä maksusitoumuksen ainakin niissä tapauksissa, joissa hoidon kustannusten arvioidaan muodostuvan suuriksi.

Tämän johdosta liikennevakuutuslakiin ehdotetaan lisättäväksi uusi 6 a §, jossa säädettäisiin henkilövahinkoa koskevan ilmoituksen tekemisestä vakuutusyhtiölle sekä vakuutusyhtiön oikeudesta hoitopaikan valintaan. Ehdotettava 6 a § kuuluisi seuraavasti:

6 a §

Kun liikennevahingosta on aiheutunut ruumiinvamma tai muu henkilövahinko, joka edellyttää 6 §:ssä tarkoitettua sairaanhoitoa, vahingosta on viipymättä ilmoitettava vakuutuslaitokselle, joka on vastuussa korvauksen maksamisesta. Sairaanhoitoa antavan laitoksen on ilman tarpeetonta viivytystä neuvoteltava vahingoittuneen vamman johdosta annettavasta muusta hoidosta kuin ensiavusta ja sitä välittömästi seuraavista kiireisesti toteuttavista hoitotoimenpiteistä vakuutuslaitoksen kanssa aina kun hoidon kustannusten arvioidaan muodostuvan huomattavan suuriksi. Vakuutuslaitoksella on oikeus ohjata vahingoittunut valitsemaansa laitokseen, jossa vahingoittunut saa vammansa edellyttämän sairaanhoidon ja kuntoutuksen.

Tapaturmavakuutuslain 39 pykälään ehdotetaan lisättäväksi uusi 2 momentti, jolloin nykyiset 2 ja 3 momentti siirtyisivät vastaavasti 3 ja 4 momentiksi. Uusi 2 momentti kuuluisi seuraavasti:

Työtapaturman johdosta 15 §:ssä tarkoitettua sairaanhoitoa antavan laitoksen on ilman tarpeetonta viivytystä neuvoteltava vahingoittuneen vamman johdosta annettavasta muusta hoidosta kuin ensiavusta ja sitä välittömästi seuraavista kiireisesti toteuttavista hoitotoimenpiteistä kustannusten korvaamisesta vastuussa olevan vakuutuslaitoksen kanssa aina kun hoidon kustannusten arvioidaan muodostuvan huomattavan suuriksi. Vakuutuslaitoksella on oikeus ohjata vahingoittunut valitsemaansa laitokseen, jossa vahingoittunut saa vammansa edellyttämän sairaanhoidon ja kuntoutuksen.

4. Vakuutusjärjestelmien sairaanhoitokustannusten arviointi

4.1 Julkisen sektorin sairaanhoidon hinnoittelujärjestelmät

4.1.1 Sairaanhoitopiirien hinnoittelujärjestelmät

Sairaanhoitopiirit ovat vastuussa erikoissairanhoidon palvelujen tuottamisesta. Niiden sairaalat perivät hoidettavalta potilaalta julkisen terveydenhuollon asiakasmaksulainsäädännön (erikoissairanhoidon asiakasmaksut) mukaisen maksun (potilasmaksuosuus). Tämän lisäksi sairaala laskuttaa

potilaan kotikunnalta kuntalaskutuksen periaatteiden mukaisen hinnan. Erikoissairaanhoidon palvelujen hinnoittelutavat ovat erilaisia eri sairaanhoitopiireissä. Käytössä on kolme hinnoittelutyyppiä: erikoisalan mukaan vaihteleva keskimääräinen hoitopäivämaksu, toimenpidemaksun ja hoitopäivämaksun yhdistelmä sekä tuoteperusteinen hinnoittelu. Eri hinnoittelutyypeistä tuoteperusteisen hinnoittelujärjestelmän käyttö on kasvussa. Tuoteperusteinen hinta sisältää kaikki potilaan hoitoon kuuluvat palvelut ja toimenpiteet mukaan lukien röntgen- ja laboratoriotutkimukset, leikkausoperaatiot ja vuodepaikan. Toimenpideperusteisessa hinnoittelussa leikkaukset ja hoitopäivät laskutetaan erikseen. Sairaaloiden avohoidon hinnoittelu vaihtelee sekin. Erikoislääkärillä käynnit hinnoitellaan yleensä käyntikohtaisin hinnoin, jotka riippuvat käyntiin liittyvän hoitotoimenpiteen laadusta. Seuraavassa selostetaan lyhyesti muutaman tuoteperusteista hinnoittelua soveltavan sairaanhoitopiirin kuntalaskutuksen hinnoitteluperusteita.

Useissa sairaanhoitopiireissä on käytössä DRG-pohjainen laskutusjärjestelmä. DRG (Diagnosis Related Groups) on potilasryhmittelyjärjestelmä. Tällaisessa laskutusjärjestelmässä hoitajakson hinta on kiinteä ja määräytyy DRG-ryhmän mukaan. Sen avulla voidaan vuodeosaston ja päiväkirurgian potilaat jakaa vajaan 500 ryhmään. Nämä DRG-ryhmät ovat lääketieteellisesti mielekkäitä ja tuottavat kustannuksia melko yhtäläisesti. Ainoastaan poikkeuksellisen lyhyistä tai pitkistä jaksoista laskutus on poikkeava. DRG-laskutettava hoitajakso käsittää kaikki vaiheet sairaalaan saapumisesta (päivystyspoliklinikalle tai suoraan osastolle) sairaalasta lähtöön. DRG sopii parhaiten somaattiseen erikoissairaanhoidon, pitkäaikaishoitoa lukuunottamatta. DRG on käytössä mm Pohjois-Amerikassa ja kaikissa EU-maissa. Kaikki Pohjoismaat käyttävät samaa DRG-versiota, nimeltään NordDRG.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) on käytössä hinnasto, jota noudatetaan sekä jäsenkuntien että ulkokuntien osalta. Hinnasto on kaksiosainen. Ensimmäinen osa sisältää tuotteistuksen mukaiset vuodeosaston ja avohoidon hinnat. Hinnasto on laadittu tulosalueittain tulosityksiköittäin. HYKS, Helsingin sairaaloiden osalta hinnastossa on NordDRG-ryhmille (tuotteille) määriteltä hinta sekä kustannusten ylä- ja alarajat. Mikäli hoitajakson välisuoriteperusteiset kustannukset alittavat alarajan tai ylittävät ylärajan, laskutetaan hoitajakso tuotehinnan sijasta suoriteperusteisesti. Välisuoritehinnat on määriteltä hinnaston toisessa osassa. Muiden sairaanhoitopiirin sairaaloille hinnastossa on määriteltä ainoastaan tuotteiden hinnat ilman kustannusten ylä- ja alarajoja. Tuotteistuksen tavoitteena on luoda järkeviä, kustannuksiltaan homogeenisiä hoitokokonaisuuksia. Saman tuotteen hinta vaihtelee HUS:n eri sairaaloissa.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin somaattisten erikoisaloiden vuodeosastohoidon ja päiväkirurgian palveluhinnasto perustuu DRG-pohjaiseen hinnoitteluun. Mikäli hoitajakso lääketieteellisistä perusteista jatkuu yli 20 päivää, tämän ylimenevältä osalta laskutetaan hoitopäiväperusteisesti.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin avohoidon palvelumaksut on ryhmitelty erikoisaloittain hintaluokkiin. Selkeät hoitokokonaisuudet voidaan laskuttaa myös ns. hoitopakettina. Päiväkirurgiassa ja vuodeosastohoidossa laskutus tapahtuu pääsääntöisesti hoitajaksokohtaisilla pakettihinnoilla. Hinnoittelussa on käytetty hyväksi NordDRG-ryhmittelyä. Pakettihinta sisältää päivystyskäynnin ja osastohoidon ilmoitettuun hoitopäivien määrään saakka. Tämän ylittävät päivät laskutetaan erikoisaloikohtaisilla hoitopäivähinnoilla.

NordDRG potilasryhmitys ja siihen perustuva kuntalaskutus on käytössä myös ainakin Kymenlaakson ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin palveluhinnasto sisältää Oulun yliopistollisen sairaalan, Oulaskankaan sairaalan ja Visalan sairaalan sairaanhoidollisten avohoitoyksiköiden ja vuodeosastojen varsinaiseen potilaiden hoitoon liittyvät palvelut. Hinnasto sisältää tuotekohtaiset hinnat. Hoito- tai tutkimuspaketti voi sisältää hoitoon liittyviä polikliinisiä käyntejä tai vuodeosastopäiviä. Hoitopaketin kohdalla mainitun hoitopäivien määrän ylittyessä veloitetaan lisähoitopäivistä hinnastossa mainittu ao. erikoisalan hoitopäivämaksu. Tuotekohtaisen palvelujen käytön laskutuksen ohella sairaanhoitopiiri voi solmia erillisiä, tiettyjä tuotteita, tuoteryhmiä tai palveluja koskevia sopimuksia, joissa palvelujen sisältö, hinnat ja määrät sovitaan yksityiskohtaisesti osapuolten erikseen määrittämällä tavalla. Palveluhinnastossa esitettyjen tuotteiden lisäksi sairaanhoitopiirin yksiköt voivat myydä palveluja suoramyyntinä, jolloin potilas ei ole hoitosuhteessa sairaanhoitopiiriin. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tuotteistus ei perustu DRG-ryhmiin.

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän palveluhinnastossa, joka ei myöskään ole DRG-pohjainen, todetaan kirurgian osastoryhmän hinnoitteluperusteiden osalta, että poliklinikan, lyhyt- ja päiväkirurgian sekä vuodeosastohoidon hinnat on pyritty saamaan mahdollisimman helposti vertailtavaksi Oulun yliopistollisen sairaalan hintojen kanssa. Kirurgian vuodeosastojen hoitopaketteihin sisältyy aina kolme hoitopäivää. Neljännessä hoitopäivästä lähtien noudatetaan vuorokausilaskutusta.

Yhteenvedona sairaanhoitopiirien soveltamista hinnoittelujärjestelmistä voidaan todeta, että kaikki tässä tarkastellut sairaanhoitopiirit soveltavat tuotteistettua hinnoittelujärjestelmää. Osassa näistä sairaanhoitopiireistä tuotteistus perustuu DRG-ryhmittelyyn, kun taas toisissa tuotteet on määritelty

jollakin muulla perusteella. Tuotteiden hintojen vaihtelu on huomattavaa niidenkin sairaaloiden välillä, jotka määrittelevät tuotteensa samoilla perusteilla.

Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, että sairaaloiden hinnoittelujärjestelmät ovat hyvin erilaisia, mikä tekee sairaaloiden palvelujen ja hintojen vertailun vaikeaksi. Tästä johtuen sairaalapalveluiden kilpailuttaminen edellyttää erityistä asiantuntemusta.

4.1.2 Kuntien omat terveydenhuoltopalvelut

Kaikilla kuntien omia terveydenhuoltopalveluita tuottavilla yksiköillä (terveyskeskukset, kuntien omat sairaalat) on valmiudet laskuttaa ulkokuntalaisten potilaiden hoidosta aiheutuvat kustannukset potilaan kotikunnalta. Esimerkiksi Helsingin kaupungin terveystalouden hinnastossa on eritelty erilaisten avohoitokäynteihin liittyvien toimenpiteiden ja lääkärissä käynnin sekä vuodeosaston hoitovuorokausien hinnat.

4.2 Kustannusten laskenta

Liikenne- ja työtaturmien sairaanhoidon kunnille aiheuttamien julkisen terveydenhuollon kustannusten arvioimiseksi selvitettiin erikseen sairaalahoidon kustannuksia ja avohoidon kustannuksia.

4.2.1 Sairaaloiden vuodeosastohoito

Sairalahoidon kustannusten arvioimiseksi Stakesin hoitoilmoitusrekistä poimittiin tiedot sellaisista vuonna 1999 päätyneistä sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastojen hoitajaksoista, jotka liittyivät liikenne- tai työtaturmiin. Liikennetapaturmista johtuviksi luokiteltiin sellaiset hoitajakset, joiden diagnoositietoihin liittyvä ulkoinen syy oli jokin liitteen 1 taulukossa olevista koo- deista. Työtaturmiksi taas katsottiin hoitajakset, joiden diagnoositietoihin liittyvä tapaturma- tyyppi oli Y96 (työtaturma tai työhön liittyvä ulkoinen tekijä). Hoitoilmoitusrekisterin arvioidaan kattavan noin 80 % kaikista liikenne- ja työtaturmien sairaalahoitotapauksista.

Stakesissa kuhunkin hoitotapaan liitettiin sen diagnoosin mukainen NordDRG-ryhmän koodi. DRG-ryhmien mukaiset hinnat laskettiin kertomalla hoitotapaan keskimääräisenä kustannuksena käytetty 10 030 mk kustannuspainoilla, jotka saatiin Kuntaliiton internet-sivuilta HYKSin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin DRG-kustannuspainojen painotettuina keskiarvoina. Hoitotapalle laskettiin vertailuhinnaksi hoitopäivien lukumäärällä kerrottu keskimääräinen hoitopäivän hinta.

Stakesin aineiston perusteella laskettuna yhden hoitajakson keskimääräinen hoitopäivien lukumäärä väheni liikennetapaturmien osalta vuoden 1993 luvusta 10,8 vuonna 1999 lukuun 10,4. Vastaavasti työtapaturmien osalta yhden hoitajakson keskimääräinen hoitopäivien lukumäärä oli 4,9 vuonna 1993 ja 4,0 vuonna 1999.

Työtapaturmat

Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä löytyi kaikkiaan 4072 työtapaturmaksi luokiteltavaa hoitajaksoa. Näistä 131 oli yksityissairaaloitten antamaa hoitoa ja ne jätetään seuraavan julkisen terveydenhuollon kustannuksia koskevan tarkastelun ulkopuolelle. Taulukosta 1 näkyy hoitajaksojen jakautuminen eri sairaalatyyppeiden välillä ja sen lisäksi hoitajaksojen kustannukset laskettuna toisaalta DRG-hintojen perusteella ja toisaalta hoitopäivien lukumäärän ja keskimääräisen hoitopäivähinnan perusteella.

Taulukko 1. Työtapaturmien sairaalahoidon kustannukset hoitoilmoitusrekisterin perusteella.

	Sairaalatyyppi				Yhteensä
	Yliopisto-sairaala	Muu keskus-sairaala	Alue- tai muu sairaala	Terveyskeskus	
Hoitojaksot	854	1 679	1 075	333	3 941
Hoitopäivät	3 447	5 233	2 890	3 653	15 223
DRG-hinnan mukaiset kokonaiskustannukset (mk)	9 125 695	13 510 721	7 750 221	2 109 720	32 496 357
Hoitopäivän hinta (mk)	3 500	3 500	2 500	1 500	
Hoitopäivien mukaiset kokonaiskustannukset (mk)	12 064 500	18 315 500	7 225 000	5 479 500	43 084 500

Hoitoilmoitusrekisterin kattavuutta työtapaturmien osalta tutkittiin vertaamalla siihen sisältyneiden kaikkien tapaturmakoodin sisältävien hoitajaksojen lukumäärää 4 072 Tapaturmavakuutuslaitosten liiton työtapaturmarekisterin tietoihin. Jälkimmäisen mukaan tapaturmavakuutusyhtiöt ja Valtiokonttori maksoivat sairaalahoidon korvauksia vuonna 1999 yhteensä 6 152 vahingosta. Näistä osa saattaa kuitenkin liittyä pelkästään poliklinikkakäynteihin. Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen (Mela) maksamat korvaukset eivät sisälly Tapaturmavakuutuslaitosten liiton rekistereihin. Liikenne- ja

tapaturmapotilaiden kustannusten kohdentamistyöryhmän vuonna 1995 teettämän selvityksen mukaan Melan osuus työtapaturmien ja ammattitautien aiheuttamista sairaalakustannuksista oli 12,8 % vuonna 1993. Melan vuosittain korvaamien uusien sairaanhoitokuluja aiheuttavien vahinkojen lukumäärä on laskenut niin, että se oli 8 642 vuonna 1999 oltuaan vajaat 14 800 vuonna 1993. Kun työtapaturmavakuutusyhtiöiden korvaamien vahinkojen lukumäärä on pysynyt suhteellisen vakaana vastaavana aikana, voidaan arvioida ettei Melan osuus sairaalakorvauksiin johtaneista vahingoista olisi ainakaan enempää kuin 10 %. Näin päädytään siihen, että sairaalahoidon korvauksia olisi vuonna 1999 maksettu enintään 7 000 työtapaturmaksi luokiteltavasta vahingosta. Hoitoilmoitusrekisterin työtapaturmapotilaiden lukumäärä oli 3 221, joten työtapaturmien aiheuttamat sairaalakustannukset arvioidaan kertomalla hoitoilmoitusrekisterin perusteella lasketut kustannukset luvulla 2,2. Näin DRG-hinnan mukainen arvio kustannuksista on 71,5 miljoonaa markkaa ja hoitopäivähintojen perusteella laskettu arvio 94,8 miljoonaa markkaa. Nämä kustannukset ovat kunnalta perittäviä kustannuksia, jotka eivät sisällä potilasmaksuosuutta.

Ammattitautien aiheuttamat sairaalahoidon kustannukset ovat mukana Tapaturmavakuutuslaitosten liiton edellä tarkoitettussa vahinkojen lukumäärässä, mutta ammattitautien tutkimuskulut puuttuvat siitä. Näiden arvioidaan olevan kokonaisuuden kannalta niin vähäiset, ettei niillä ole merkittävää vaikutusta edellä esitettyyn arvioon.

Liikennetapaturmat

Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä saatiin kaikkiaan 6 952 liikennetapaturmasta johtuvaa hoitojaksoa. Näistä 248 oli yksityissairaaloiden ja 70 valtion sairaaloiden antamaa hoitojaksoa ja ne jätetään seuraavan julkisen terveydenhuollon kustannuksia koskevan tarkastelun ulkopuolelle. Taulukko 2 esittää hoitojaksojen jakautumisen eri sairaalatyyppeiden välillä sekä hoitojaksojen kustannukset sairaaloittain laskettuna DRG-hintojen perusteella ja hoitopäivien lukumäärän ja keskimääräisen hoitopäivähinnan perusteella.

Taulukko 2. Liikennetapaturmien sairaalahoidon kustannukset hoitoilmoitusrekisterin perusteella.

	Sairaalityyppi				Yhteensä
	Yliopisto- sairaala	Muu keskus- sairaala	Alue- tai muu sairaala	Terveys- keskus	
Hoitojaksot	2390	2429	986	829	6 634
Hoitopäivät	15842	12031	5299	33552	66 724
DRG-hinnan mukaiset kokonaiskustannukset (mk)	32 444 633	23 674 902	6 921 803	5 475 808	68 517 147
Hoitopäivän hinta (mk)	3500	3500	2500	1500	
Hoitopäivien mukaiset kokonaiskustannukset (mk)	55 447 000	42 108 500	13 247 500	50 328 000	161 131 000

Hoitoilmoitusrekisterin arvioidaan kattavan 80 % kaikista liikennetapaturmien aiheuttamista sairaaloiden hoitojaksoista, joten liikennetapaturmien aiheuttamat sairaalakustannukset arvioidaan korottamalla hoitoilmoitusrekisterin perusteella laskettuja kustannuksia 25 %. Näin DRG-hinnan mukainen arvio kustannuksista on 85,6 miljoonaa markkaa ja hoitopäivähintojen perusteella laskettu arvio 201,4 miljoonaa markkaa. Nämä kustannukset ovat kunnalta perittäviä kustannuksia, jotka eivät sisällä potilasmaksuosuutta.

4.2.2 Avohoito

Avohoidon kustannusten arvioinnissa käytettiin samanlaista menetelmää kuin Liikenne- ja tapaturmapotilaiden kustannusten kohdentamistyöryhmän vuonna 1995 teettämässä selvityksessä. Käytetyt avohoitokäyntikerran hinnat ovat potilaan kotikunnalta perittäviä hintoja eivätkä sisällä potilaalta perittävää asiakasmaksua.

Työtapaturmat

Tapaturmavakuutuslaitosten liiton rekisterien mukaan sairaanhoitokustannuksia, joihin sisältyvät lääkärinpalkkiot, sairaanhoitona annettu fysikaalinen hoito sekä siihen liittyvät ansionmenetykskorvaukset, matkakulut, kodinhoidon lisäkustannukset ja muut sairaanhoitokulut, maksettiin vuonna 1999 yhteensä 130 086 vahingosta. Seuraavassa arvioidaan, että ennen vuotta 1999 sattuneita 39

536 vahinkoa vastaavia avohoitokäyntejä olisi yksi ja jokaista vuonna 1999 sattunutta 90 550 vahinkoa vastaisi 2 käyntiä, jolloin päädytään yhteensä 220 636 avohoitokäyntiin. Tähän lukuun eivät sisälly Melan korvaamat avohoitokäynnit. Samoin kuin vuoden 1995 tutkimuksessa yksityislääkäri- en ja työterveyshuollon osuudeksi arvioitiin näistä 40 prosenttia, joten kunnallisen terveydenhuol- lon osalle jää 132 382 avohoitokäyntiä. Vastaavasti kuin aiemmissa tutkimuksissa näiden käyntien oletetaan jakautuvan yliopistosairaaloiden, keskussairaaloiden, aluesairaaloiden ja terveyskeskusten välillä samassa suhteessa kuin vuodeosastohoitojaksot.

Mela maksoi vuonna 1999 kulukorvauksia, joihin luetaan sairaanhoito, kodinhoito, lääke- ja sidos- kulut, apuvälineet, hautausapu, tapaturmaepäilytutkimus, ammattitautiepäilytutkimus ja mahdolli- nen muu kulu, kaikkiaan 8 642 uudesta (vuonna 1999 sattuneesta) työtapaturmasta ja arviolta 4 500 aikaisempina vuosina sattuneesta työtapaturmasta. Uusien kulukorvausten lukumäärä oli noin 9 300 ja jokaiseen näistä arvioitiin sisältyvän yksi avohoitokäynti. Kun kuhunkin ennen vuotta 1999 sat- tuneeseen 4 500 työtapaturmaan oletetaan liittyvän yksi avohoitokäynti vuonna 1999, Melan kor- vaamien avohoitokäyntien lukumääräksi saadaan yhteensä noin 13 800. Melan rekistereistä edelli- sessä selvityksessä saadun arvion siitä, että 40 prosenttia avohoitokäynneistä kohdistuu yksityiselle sektorille, oletetaan olevan edelleen paikkansapitävä. Samoin käytetään tässäkin tutkimuksessa ar- viota, jonka mukaan 30 prosenttia Melan korvaamista julkisen terveydenhuollon piiriin kuuluvista avohoitokäynneistä kohdistuu keskussairaaloihin ja muut 70 prosenttia terveyskeskuksiin. Taulu- kossa 3 on esitetty työtapaturmien avohoitokäyntien lukumäärät, käyntikerran hinnat ja kokonais- kustannukset sairaalatyypeittäin.

Taulukko 3. Työtapaturmien avohoitokäyntien kustannukset.

	Sairaalatyyppi				Yhteensä
	Yliopisto- sairaala	Muu keskus- sairaala	Alue- tai muu sairaala	Terveys- keskus	
<i>Avohoitokäynnit:</i>					
Tapat.vak.yhtiöt	29 124	56 924	35 743	10 591	132 382
Mela		2 484		5 796	8 280
<i>Yhteensä</i>	29 124	59 408	35 743	16 387	140 662
Avohoitokäynnin hinta (mk)	1 200	1 000	1 000	500	
Avohoitokustannukset (mk)	34 948 800	59 408 000	35 743 000	8 193 500	138 293 300

Liikennetapaturmat

Sairaanhoitokorvausta maksettiin 20 062 vahingosta vuonna 1999. Näistä 8 276 oli vuonna 1999 sattuneita vahinkoja ja muut aiempina vuosina sattuneita. Kuten vuoden 1995 tutkimuksessa, jokaisen näistä 20 062 tapaturmasta arvioidaan johtavan 2,6 avohoitokäyntiin. Silloin liikennetapaturmien avohoitokäyntien määrä on 52 161.

Samoin kuin edellisessä tutkimuksessa kaikki avohuollon käynnit jaetaan julkisen sektorin eri sairaaloiden ja terveyskeskusten välillä samassa suhteessa kuin liikennetapaturmien sairaalahoitojaksot. Liikennetapaturmien avohoitokäyntien lukumäärät, käyntikerran hinnat ja kokonaiskustannukset sairaalatyypeittäin on esitetty Taulukossa 4.

Taulukko 4. Liikennetapaturmien avohoitokäyntien kustannukset.

	Sairaalatyyppi				Yhteensä
	Yliopisto-sairaala	Muu keskus-sairaala	Alue- tai muu sairaala	Terveyskeskus	
Avohoitokäynnit	18 778	19 300	7 824	6 259	52 161
Avohoitokäynnin hinta (mk)	1200	1000	1000	500	
Avohoitokustannukset (mk)	22 533 600	19 300 000	7 824 000	3 129 500	52 787 100

4.2.3 Yhteenveto kustannuksista

Taulukkoon 5 on koottu yhteenveto edellä arvioiduista liikenne- ja työtapaturmapotilaiden kunnille aiheuttamista sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastolla tai poliklinikalla annetun hoidon kustannuksista. Kunnille aiheutuvat kokonaiskustannukset ovat 348 miljoonaa markkaa, jos sairaalahoidon kustannukset arvioidaan keskimääräisiä DRG-hintoja käyttäen ja 487 miljoonaa markkaa, jos sairaalahoidon kustannusten arviointi perustuu hoitopäivien lukumäärään ja hintaan.

Kustannukset on arvioitu vuoden 1999 korvaustilastojen ja DRG-hintojen perusteella. Käytetyt hoitopäivähinnat vastaavat kuitenkin vuoden 2001 hintatasoa. Jos sairaanhoitokustannusten inflaation oletetaan olevan 3 prosenttia vuodessa ja vuoden 2001 sairaanhoitokustannukset lukumääräisesti vuotta 1999 vastaaviksi, päädytään vuodelle 2001 DRG-hintoja käyttäen 358 miljoonan markan kokonaiskustannuksiin verrattuna hoitopäiväperusteisiin 487 miljoonan markan kustannuksiin.

Taulukko 5. Liikenne- ja työtapaturmapotilaiden hoidon kunnille aiheuttamat kustannukset miljoonina markkoina.

	Avohoito	Sairaalahoido		Yhteensä	
		DRG-hinnan mukaiset kustannukset	Hoitopäivien mukaiset kustannukset	DRG-hinnan mukaiset kustannukset	Hoitopäivien mukaiset kustannukset
Työtapaturmat ja ammattitaudit	138,3	71,5	94,8	209,8	233,1
Liikennetapaturmat	52,8	85,6	201,4	138,4	254,2
Yhteensä	191,1	157,1	296,2	348,2	487,3

Lopuksi on todettava, että tässä esitettyjä laskelmia voidaan pitää ainoastaan suuntaa-antavina. Niihin liittyy monenlaista epävarmuutta. Hoitoilmoitusrekisterin kattavuudesta tai avohoitokäyntien todellisesta määrästä ei ole saatavilla luotettavaa tietoa. Myöskään ei ole tietoa siitä, miten hyvin käytetyt DRG-hinnat, sairaalahoitopäivien ja avohoitokäyntien hinnat kuvaavat sairaaloiden kunnilta laskuttamia keskimääräisiä kustannuksia.

5. Kustannusten rahoitus ja siitä aiheutuvat lainsäädäntömuutokset

5.1 Kustannusten rahoitus

Selvityksen kohteena olevassa järjestelmässä vakuutusjärjestelmien korvattaviksi tulisivat nykyisten asiakasmaksujen lisäksi ne liikenne- ja työtapaturmapotilaiden erikoissairaanhoidon kustannukset, jotka sairaalat nykyisin perivät potilaan kotikunnalta, ja kuntien omille sairaaloille ja terveyskeskuksille näiden potilaiden hoidosta syntyvät kustannukset. Vakuutusjärjestelmille näin syntyvät kustannukset rahoitettaisiin vakuutusmaksuja korottamalla, jolloin lisäkustannukset tulisivat vakuutusmaksuvelvoitteiden maksettaviksi. Toisaalta nykyinen vuosittain vakuutusmaksuissa kerättävä sairaanhoitomaksu jäisi pois. Nykyisiin vakuutusmaksuihin uuteen järjestelmään siirtymisen johdosta kohdistuva korotuspaine riippuu siitä, kuinka paljon vuosittain tapahtuvien liikenne- ja työtapaturmien sattumisvuonna ja sen jälkeen maksettavien sairaanhoitokorvausten lisäkustannuksia varten on kerättävä varoja verrattuna nykyiseen sairaanhoitomaksuun.

Vakuutusmaksulla katetaan periaatteessa kaikki vakuutuskauden aikana sattuvista vahingoista aiheutuvat kustannukset riippumatta siitä, miten pitkälle tulevaisuuteen kustannuksia vahingosta syntyy. Vakuutusyhtiö rahastoi vakuutusmaksuvelvoitteilta kerätyt vakuutusmaksut ja maksaa ne vakuu-

tuskorvauksina ulos sitten kun korvattavia kustannuksia syntyy. Poikkeuksena ovat eläkkeinä maksettaviin korvauksiin myöhempinä vuosina tulevat indeksikorotukset, joita ei rahastoida etukäteen. Vuosittain maksettavat indeksikorotukset rahoitetaan vakuutusyhtiöiden yhteisellä jakojärjestelmällä siten, että kunkin vakuutusyhtiön vuosittain vakuutusmaksuissaan keräämä summa määräytyy vakuutusyhtiöiden vakuutusmaksutulojen suhteessa.

Sairaanhoitokustannusten arvioiminen pitkälle tulevaisuuteen on osoittautunut erittäin vaikeaksi tehtäväksi nykyisessäkin järjestelmässä, mistä syystä työtaturmavakuutuksen osalta otettiin vuonna 1997 käyttöön järjestely, jossa kymmentä vuotta vanhempien vahinkojen sairaanhoitokustannukset siirrettiin jakojärjestelmään. Myös liikennevakuutuksessa olisi nykyisenkin järjestelmän puitteissa tarve siirtyä samanlaiseen käytäntöön.

Jos sairaanhoitokustannusten korvaamisessa siirrytään todellisten kustannusten korvaamiseen, kymmentä vuotta vanhempien vahinkojen sairaanhoitokustannukset olisi järkevää rahoittaa jakojärjestelmällä, jolloin niitä ei tarvitsisi varata myöskään vakuutusyhtiön korvausvastuuseen. Näin niiden arvioimiseen liittyvä epävarmuus poistuisi sekä vakuutusmaksujen että korvausvastuun laskeamisen osalta.

5.2 Tarvittavat lainsäädäntömuutokset

5.2.1 Nykytila

Sekä liikennevakuutus- että tapaturmavakuutuslain perusteella maksettaviin eläkkeisiin ja muihin jatkuvana maksettaviin korvauksiin tehdään indeksikorotus noudattaen työntekijäin eläkelain säännöksiä. Korotuksen suorittaa peruskorvauksen maksamisesta vastuussa oleva vakuutuslaitos. Vaikka liikenne- ja työtaturmavakuutusjärjestelmät ovat pääosin rahastoivia järjestelmiä, indeksikorotusten kattamiseen tarvittavia varoja ei kerätä ja rahastoida etukäteen, vaan vakuutuslaitokset osallistuvat kunakin vuonna maksettavaksi tulevien indeksikorotusten rahoittamiseen toimintansa laajuuden mukaisessa suhteessa ja perivät omaa rahoitusosuuttaan vastaavan rahamäärän kyseisen vuoden vakuutusmaksuissa.

Koska sairaanhoitokuluinflaatiota ei voida ennustaa riittävällä tarkkuudella niin, että vuosikymmenien kuluttua vahingon sattumisesta korvattavat sairaanhoitokulut voitaisiin ottaa etukäteen huomioon vakuutusmaksuja määrättäessä, lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa otettiin vuoden 1997 alusta käyttöön järjestely, jonka mukaan vakuutuslaitokset ovat velvollisia osallistumaan yhteisesti

sellaisiin lain perusteella korvattaviin sairaanhoidon kustannuksiin, jotka maksetaan korvauksen saajalle, kun tapaturman sattumispäivää seuraavan vuoden alusta lukien on kulunut yli yhdeksän vuotta.

Indeksikorotuksia koskevat säännökset ovat liikennevakuutuksen osalta laissa eräiden liikennevahingonkorvausten sitomisesta palkkatasoon (875/1971), jonka 1 §:ssä todetaan, että liikennevakuutusta koskevien eri lakien nojalla sekä niissä olevien perusteiden mukaisesti henkilövahingon johdosta suoritettaviin jatkuviin korvauksiin tehdään indeksitarkistus noudattaen vastaavasti, mitä työntekijäin eläkelain 9 §:ssä säädetään. Lain 3 § on muutettu lailla 362/1993 kuulumaan seuraavasti: Tämän lain mukaisen korotuksen on velvollinen suorittamaan peruskorvauksen maksamisesta vastuussa oleva vakuutusyhtiö, liikennevakuutuskeskus tai valtiokonttori. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö antaa määräyksen siitä, miten korotuksista vakuutusyhtiöille ja liikennevakuutuskeskukselle vuosittain aiheutuvat kulut jaetaan vakuutusyhtiöiden ja liikennevakuutuskeskuksen kesken niiden toiminnan laajuus huomioon ottaen.

Työtapaturmavakuutusta koskien taas tapaturmavakuutuslain 60 §:n 2 momentissa todetaan, että tapaturmaeläkkeeseen, jatkuvana maksettavaan haattarahaan ja perhe-eläkkeeseen tehdään indeksitarkistus noudattaen vastaavasti, mitä työntekijäin eläkelain 9 §:ssä säädetään. Lain 60 §:n 3 momentin mukaan kertakaikkisena maksettavaan korvaukseen tehdään indeksitarkistus korvauksen maksamisajankohdan mukaan. Pykälän 4 momentti on kumottu, ja 5 momentissa säädetään, että hautausapua sekä 20 §:n 1 ja 2 momentissa tarkoitettuja lisiä korotetaan vuosittain 1 momentin mukaisesti. Pykälän 6 momentin mukaan vakuutuslaitokset osallistuvat 2, 3 ja 5 momentin mukaisiin korotuksiin ja sellaisiin 15 §:ssä mainittuihin korvauksiin, jotka maksetaan, kun tapaturman sattumispäivää seuraavan vuoden alusta on kulunut yli yhdeksän vuotta, siten kuin ministeriö määrää. Vakuutuslaitokset tilittävät korotusten ja korvausten jaon mukaisen tasauksen Tapaturmavakuutuslaitosten liittoon siten kuin asetuksella säädetään. Pykälän 7 momentissa todetaan, että asetuksella annetaan tarkemmat säännökset tämän pykälän soveltamisesta.

5.2.2 Uusi järjestelmä

Uudessa järjestelmässä sairaanhoidon kustannukset korvattaisiin hoidon antajalle hoidon tuottamisesta syntyneiden kustannusten mukaisina. Kuten edellä on todettu, nykytilanteessakaan, jossa sairaanhoidon kulut korvataan julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen mukaisina, kuluja ei voida ennustaa riittävällä tarkkuudella niin, että vuosikymmenien kuluttua vahingon sattumisesta korvattavat sairaanhoitokulut voitaisiin ottaa etukäteen huomioon vakuutusmaksuja määrättäessä. Siirryt-

täessä järjestelmään, jossa sairaanhoidosta perittävät kulut vaihtelevat huomattavasti hoidon tuottajasta riippuen, tulevien sairaanhoitokulujen ennustaminen vaikeutuu entisestään. Näin ollen sairaanhoitokulujen rahoitus on perusteltua hoitaa samanlaisella järjestelyllä kuin nykyisin on käytössä työtaturmavakuutuksessa. Rahastoitavien sairaanhoitokulujen ajanjaksoksi olisi selkeintä valita samat kymmenen vuotta vahingon sattumisesta kuin nykyisin työtaturmavakuutuksessa, jotta vältyttäisiin uuden ja vanhan järjestelmän piirissä olevien vahinkojen erilaiselta käsittelyltä tässä suhteessa. Tämän osalta tapaturmavakuutuslakiin ei tarvita muutoksia, koska siellä kyseinen säännös on jo valmiina.

Rahoitusjärjestelyn suhteen sairaanhoidosta aiheutuviin kustannuksiin tulisi rinnastaa liikenne- ja tapaturmavakuutuslakien perusteella korvattavasta kuntoutuksesta aiheutuvat kustannukset, joista säädetään liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta annetussa laissa (626/1991) ja tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta annetussa laissa (625/1991). Tapaturmavakuutuslain 60 §:n 6 momenttia olisi tältä osin täydennettävä. Momenttia ehdotetaan muutettavaksi niin, että se muutettuna kuuluisi seuraavasti:

60 §

Vakuutuslaitokset osallistuvat vuosittain 2, 3 ja 5 momentin mukaisiin korotuksiin sekä sellaisiin 15 §:ssä mainittuihin korvauksiin ja tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta annetussa laissa (625/1991) tarkoitettuihin kuntoutuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin, jotka maksetaan, kun tapaturman sattumispäivää seuraavan vuoden alusta on kulunut yli yhdeksän vuotta, siten kuin ministeriö määrää. Vakuutuslaitokset tilittävät korotusten ja korvausten jaon mukaisen tasauksen Tapaturmavakuutuslaitosten liittoon siten kuin asetuksella säädetään.

Liikennevakuutuksen osalta indeksikorotusten rahoitusta koskeva säännös on laissa eräiden liikennevahingonkorvausten sitomisesta palkkatasoon. Koska kyseinen laki koskee ainoastaan indeksikorotuksia, sairaanhoidon korvausten rahoittamista koskevaa järjestelyä ei ole järkevää toteuttaa yksinkertaisesti lisäämällä sitä koskeva maininta indeksikorotusten rahoittamista koskevaan säännökseen. Sen vuoksi ehdotetaankin, että liikennevakuutuslain 4 lukuun lisättäisiin 18 b pykälä, jossa säädettäisiin sekä indeksikorotusten että sairaanhoitokulujen rahoittamisesta. Samalla ehdotetaan kumottavaksi eräiden liikennevahingonkorvausten sitomisesta palkkatasoon annetun lain 3 §:n 2 momentti. Liikennevakuutuslain uusi 18 b § kuuluisi seuraavasti:

Tämän lain mukaista vakuustointia harjoittavat vakuutuslaitokset osallistuvat vuosittain eräiden liikennevahingonkorvausten sitomisesta palkkatasoon annetun lain (875/1971) mukaisiin korotuksiin sekä sellaisiin tämän lain 6 §:ssä mainittuihin sairaanhoidon kustannusten korvauksiin ja liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta annetussa laissa (626/1991) tarkoitettuihin kuntoutuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin, jotka maksetaan, kun liikennevahingon sattumispäivää seuraavan vuoden alusta on kulunut yli yhdeksän vuotta, siten kuin sosiaali- ja terveysministeriö määrää.

6. Uuden korvausjärjestelmän vaikutukset vakuutuslaitosten korvaustenhoitojärjestelmiin

6.1 Kaksi korvausjärjestelmää

Uuden korvausjärjestelmän piiriin tulisivat ainoastaan ne liikenne- ja työtapaturmat, jotka sattuvat uuteen järjestelmään siirtymisen jälkeen. Aikaisemmin sattuneiden tapaturmien sairaanhoitokustannukset korvattaisiin jatkossakin nykyisin sovellettavien periaatteiden mukaisesti, eli pääsääntöisesti julkisen terveydenhuollon potilailta perittävien asiakasmaksujen suuruisina. Näin ollen vakuutusyhtiöiden korvauskäsittelyssä joudutaan erottelemaan vanhat ja uudet vahingot vielä kymmenien vuosien ajan. Tämä on kuitenkin suhteellisen helposti toteutettavissa vakuutusyhtiön korvausprosessissa. Korvausperiaatteiden eron pitäisi olla myös kaikkien hoitolaitosten tiedossa ja hallinnassa, jotta väärinkäsityksiltä ja sekaannuksilta vältyttäisiin.

6.2 Kustannusten korvaaminen

Selvityksen kohteena olevassa järjestelmässä liikenne- ja työtapaturmapotilaiden julkisen terveydenhuollon piirissä annetun sairaanhoidon osalta vakuutusyhtiön korvattavaksi tulisi asiakasmaksun lisäksi summa, jonka sairaanhoitopiiri veloittaisi vahingoittuneen kotikunnalta ellei kyseessä olisi liikenne- tai työtapaturma. Vakuutusyhtiöllä olisi oikeus tarvittaessa valita vahingoittuneen hoitopaikka, jolloin myös yksityisen sektorin sairaanhoitopalvelut olisivat käytettävissä. Tältä osin vakuutusyhtiön korvauskäsittelyn kannalta erona nykyiseen olisi ainoastaan se, että julkisella sektorilla annetun sairaanhoidon korvauksena maksettaisiin asiakasmaksun lisäksi sairaanhoitopiirin, sairaalan tai terveyskeskuksen palveluhinnaston mukaan potilaan kotikunnalta perittävä kustannus, elleivät vakuutusyhtiö ja kyseinen sairaanhoitopalvelun tuottaja ole solmineet hoitopalvelusopimusta, jonka perusteella annetun sairaanhoidon hinta määräytyy.

6.3 Kilpailuttaminen

Jotta vakuutusyhtiö voisi toteuttaa oikeuttaan päättää potilaan jatkohoitopaikasta niin että vahingoittunut saa vammansa edellyttämän hoidon vakuutusjärjestelmälle tarpeettomia kustannuksia aiheuttamatta, se voisi kilpailuttaa sairaanhoidon tuottajia. Kuten edellä kohdassa 4.1 todettiin julkisella sektorillakin on käytössä monenlaisia hinnoittelujärjestelmiä ja saman sairaanhoitopalvelun hinta vaihtelee sairaaloittain huomattavastikin. Näin ollen eri paikkakunnilla saatavilla olevien julkisen sektorin ja yksityisen sektorin palvelujen hintojen vertailu vaatii erityistä asiantuntemusta ja huomattavaa työpanosta.

Sairaanhoitopalvelujen laadun arvioiminen on vielä huomattavasti vaikeampaa kuin hintojen vertailu. Laadua voidaan pyrkiä ylläpitämään vaatimalla kilpailutettavilta tuotteilta yhtenäisiä laatukriteereitä, mikä voi olla kuitenkin käytännössä vaikeaa. Laadun tasoa arvioitaessa voidaan järjestelmän alkuvaiheessa hyödyntää vakuutusyhtiöiden aikaisempia kokemuksia. Pääosin laadun arvioiminen tapahtunee saatujen käytännön kokemusten perusteella jälkikäteen.

6.4 Hoitopaikan valinta

Kuten edellä kohdassa 3.1 todettiin, vakuutusyhtiön oikeus hoitopaikan valintaan voisi toteutua lähinnä vahingoittuneen jatkohoidon osalta. Ensiapu ja kiireisesti toteutettavat välittömät hoitotoimenpiteet tapahtuisivat samoin kuin nykyisin. Heti tämän vaiheen jälkeen voitaisiin arvioida, onko hoitoa tarkoituksenmukaista jatkaa sen aloittaneessa hoitopaikassa vai olisiko tehokkaampaa siirtää hoito johonkin muuhun hoitolaitokseen. Mahdollisuudet hoitopaikan valintaan todennäköisesti vaihtelisivat maan eri osissa.

Hoitopaikan valinta on lähes kokonaan uusi toimintatapa vakuutusyhtiöille. Valinnan pohjaksi tarvitaan runsaasti uutta tietoa ja sen soveltamiseen perehtynyttä lääkäriosaamista, jota vakuutusyhtiöissä ei ole ilman lisäkrytointia ja koulutusta. Onkin luultavaa, että ainakaan uuden järjestelmän alkuvaiheessa suuria muutoksia nykyisiin hoitokäytäntöihin ei tulisi.

Potilaat voitaisiin ohjata tehokkaan jatkohoidon piiriin hoitavien lääkärin ja vakuutusyhtiön yhteistyönä maksusitoumusmenettelyllä samaan tapaan kuin nykyisinkin joissain tapauksissa tehdään. Aktiivinen hoitopaikan valinta olisi todennäköisesti poikkeuksellista. Pääosin valinta toteutettaisiin maksusitoumusta käyttäen ilman hoitolaitosten ennakolta tapahtuvaa luokittelua. Tämä ei kuitenkaan poistaisi tarvetta neuvotella hoitolaitosten kanssa hyväksyttävästä maksutasosta turhien maksusitoumusepäysten välttämiseksi.

6.5 Lisäresurssien tarve

Vakuutusyhtiöillä tulisi olla riittävät laadulliset ja määrälliset resurssit kilpailuttaa hoitolaitoksia ja arvioida niiden kustannusrakenteita. Yksityisen sektorin antaman sairaanhoidon korvaamisesta vakuutusyhtiöillä on kokemusta yksityisten sairaanhoitokuluvakuutusten kautta ja lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa työterveyshuollon hoitamien työtapaturmapotilaiden kautta. Työtapaturmavakuutuksen perusteella on korvattu myös joitakin yksityisellä sektorilla tehtyjä toimenpiteitä.

Vakuutuslääkäreiden olisi nykyisestä poiketen osallistuttava erityisesti julkisen sektorin kanssa tehtävien hoitopalvelusopimusten kriteerien laadintaan ja sopimuksen noudattamisen valvontaan. Vakuutuslääkäreiden työstä nykyistä suurempi osa kohdistuisi hoitoon liittyvään arviointiin, erityisesti maksusitoumuksiin liittyvään harkintaan. Myös korvauskäsittelijöiden valmiuksia olisi näiltä osin parannettava.

Uuden järjestelmän käynnistysvaiheessa tarvittaisiin tuntuvasti lisäresursseja, joiden tarve olisi osittain pysyvä. Lisätyövoiman tarpeen korvausprosessissa arvioidaan muodostuvan enintään 50 – 100 työntekijäksi kaikkien lakisääteistä tapaturmavakuutusta ja liikennevakuutusta harjoittavien vakuutusyhtiöiden osalta yhteensä.

7. Vaikutukset vakuutusmaksuihin

Vakuutusjärjestelmien korvattaviksi tulisivat nykyisten asiakasmaksujen lisäksi ne liikenne- ja työtapaturmapotilaiden sairaanhoidon kustannukset, jotka nykyisin jäävät kuntien kannettavaksi. Toisaalta nykyinen vuosittain vakuutusmaksuissa kerättävä sairaanhoitomaksu jäisi pois. Vakuutusjärjestelmien kokonaiskustannuksia pienentävä vaikutus olisi sillä, että vakuutusyhtiö voisi tarpeen vaatiessa ohjata potilaan sellaiseen hoitopaikkaan, josta hoito on saatavilla nopeammin kuin julkiselta sektorilta. Näin ollen vakuutusyhtiön maksamien päivärahojen määrä vähenisi.

Selvitettävään järjestelmään siirtyminen aiheuttaa lisävaatimuksia ja samalla lisäkustannuksia vakuutusyhtiön korvaustoiminnalle. Sairaanhoidon kustannusten kontrolloimiseksi vakuutusyhtiöllä tulee olla valmiudet sairaanhoidon tuottajien kilpailuttamiseksi, mikä edellyttää valmiuksia vertailla hoidon tuottajien hinnoitteluperiaatteita ja annetun hoidon laatua. Tämä aiheuttaa lisähenkilöstön tarvetta vakuutusyhtiöiden korvaustoiminnan hoitoon.

Seuraavassa arvioidaan näiden tekijöiden yhteistä vaikutusta vakuutusmaksuihin. Arvioinnin perustana ovat vuoden 1999 vakuutusmaksut.

7.1 Työtapaturmavakuutus

Työtapaturmavakuutusyhtiöiden vakuutuksenottajilta perimien vakuutusmaksujen yhteismäärä oli 3 143 miljoonaa markkaa vuonna 1999. Tähän summaan sisältyy tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksilta vuodelta 1999 perittävästä maksusta annetun lain mukainen tapaturmavakuutuksia myöntävien vakuutuslaitosten osuus 156 miljoonaa markkaa sekä tapaturmavakuutuslain 35 pykälän mukainen työturvallisuusmaksu 53 miljoonaa markkaa. Vakuutusyhtiöiden tuloslaskelman mukainen vakuutusmaksutulo ennen luottotappioiden vähentämistä oli siten 2 934 miljoonaa markkaa.

7.1.1 Liikekulut

Edellä mainittuihin vakuutusmaksuihin sisältyi vakuutusten hoitamisesta aiheutuvia kuluja (korvaustoiminnan hoitaminen ja muut liikekulut) varten varattu erä 390 miljoonaa markkaa. Uuteen järjestelmään siirtymisen on arvioitu johtavan enintään 50 – 100 työntekijän lisäresurssitarpeeseen vakuutusyhtiöiden liikenne- ja työtapaturmien korvaustoiminnan hoidossa. Tämän perusteella liikenne- ja työtapaturmavakuutuksen hoitokulujen arvioitiin muodostuvan 20 miljoonaa markkaa nykyistä suuremmiksi. Tästä lakisääteisen tapaturmavakuutuksen osuudeksi arvioitiin 70 prosenttia eli 14 miljoonaa markkaa.

7.1.2 Sairaanhoidokustannukset

Sairaanhoidokustannuksia vuonna 1999 maksettiin yhteensä 200 miljoonaa markkaa. Tähän sisältyvät sairaalamaksut, lääkärinpalkkiot, sairaanhoitona annettu fysikaalinen hoito sekä siihen liittyvät ansionmenetyskorvaukset, matkakulut, kodinhoidon lisäkustannukset ja muut sairaanhoidokulut. Selvitettäessä sitä, mikä on julkiselle terveydenhuollolle maksettujen korvausten osuus kaikista sairaanhoidokuluista, jouduttiin toteamaan ettei Tapaturmavakuutuslaitosten liiton eikä vakuutusyhtiöiden omista rekistereistä ole saatavilla asiaa koskevia tilastotietoja. Tapaturmavakuutuslaitosten liiton tietojen perusteella sairaalamaksuja maksettiin vuonna 1999 noin 5 miljoonaa markkaa, minkä voidaan arvioida suurimmaksi osaksi muodostuvan julkisen sektorin sairaaloiden potilasmaksuista. Vakuutusyhtiön korvaustoiminnan asiantuntijan omassa yhtiössään tekemän selvityksen perusteella päädyttiin arvioon, jonka mukaan julkisen terveydenhuollon osuus työtapaturmavakuutuksen kaikista sairaanhoidokorvauksista on noin 10 prosenttia. Näin ollen vuonna 1999 julkisen terveydenhuollon potilasmaksuja olisi maksettu kaikkiaan noin 20 miljoonaa markkaa.

Stakesilta saadun liikenne- ja työtapaturmien sairaalahoitajaksojen tilastoaineiston perusteella näitä hoitajaksoja vastaava hoitopäivien lukumäärä oli 15 223. Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksusäännösten mukainen hoitopäivän enimmäishinta vuonna 1999 oli 125 markkaa. Kun hoitopäivämaksuna käytetään 125 markan hintaa, potilailta perittyjen asiakasmaksujen määrä Stakesin aineistossa on 1,9 miljoonaa markkaa. Kuten aiemmin julkisen terveydenhuollon kustannusten suuruutta arvioitaessa todettiin Stakesin aineistosta laskettu kunnilta perittävien maksujen määrä oli työtapaturmavakuutuksen osalta 32,5 miljoonaa markkaa, jos käytetään DRG-perusteisia hintoja ja hoitopäiväperusteisia hintoja käyttäen 43,1 miljoonaa markkaa. Näin ollen korvattaviin sairaalamaksuihin tulisi DRG-hintojen mukaan lisäys, joka olisi 17 kertaa potilasmaksuina korvattava määrä. Hoitopäiväperusteisen arvion mukaan lisäyksessä sovellettava kerroin olisi 23. Seuraavassa käytetään sairaalahoidon osalta kerrointa 20.

Avohoitokäyntien osalta laskettiin edellä kohdassa 4 olevan taulukon 3 perusteella tapaturmavakuutusyhtiöiden korvaamia avohoitokäyntejä vastaavat potilasmaksut käyttäen käyntikerran hintana sairaaloille 100 markan maksua ja terveystieteiden keskuksille 50 markan maksua. Vertaamalla potilasmaksuja taulukon 3 mukaisesti tapaturmavakuutusyhtiöiden kustannuksiin päädyttiin arvioon, jonka mukaan avohoidon osalta korvattaviin kustannuksiin tulisi lisäys, joka olisi noin 11 kertaa potilasmaksuina korvattava summa.

Työtapaturmavakuutusyhtiöiden korvaamisissa potilasmaksuissa sairaalahoidon osuus on edellä esitetyn arvion mukaan yksi neljäsosa ja avohoidon osuus kolme neljännestä. Tämän perusteella julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen mukaisesti nykyisiin korvauksiin arvioidaan tulevan lisäys, joka on nykyinen summa 13,25-kertaisena. Lisäyksen vaikutus riskimaksuun saadaan kertomalla lisäys kertoimella 1,056, joka ottaa huomioon maksujen perimisvuoden jälkeisinä vuosina maksettaviin korvauksiin kohdistuvan vuosittaisen inflaation viiden prosentin suuruisena. Lopputuloksena päädytään siihen, että vuoden 1999 vakuutusmaksuihin sisältyvän 20 miljoonan markan suuruisen julkisen terveydenhuollon potilasmaksukorvauksia vastaavan erän lisäksi vakuutusmaksuihin olisi sisällytettävä 280 miljoonan markan suuruinen lisäerä, joka vastaa kuntien nykyisin työtapaturmapotilaitten hoidosta kustantamaa erää.

7.1.3 Päivärahat

Päivärahoja varten vuoden 1999 vakuutusmaksuihin varattu erä oli 590 miljoonaa markkaa. Mitään todellista tietoa ei ole olemassa siitä, kuinka paljon päivärahakustannukset voisivat pienentyä sen seurauksena, että vakuutusyhtiön olisi potilaan jatkohoitoa valitessaan otettava sairaan-

hoitokustannusten lisäksi huomioon myös mahdollisen odotusajan vaikutus päiväraha-kustannuksiin. Seuraavassa arvioidaan vähennyksen olevan viiden prosentin suuruusluokkaa eli noin 29 miljoonaa markkaa.

7.1.4 Vakuutusmaksut

Taulukossa 6 on yhteenveto lakisääteisen tapaturmavakuutuksen vakuutusmaksuja korottavista ja vähentävistä eristä. Vuoden 1999 vakuutusmaksuihin selvityksen kohteena oleva sairaanhoitokorvausten järjestelmä edellyttäisi 3,5 prosentin suuruusluokkaa olevaa korotusta.

Taulukko 6. Muutokset lakisääteisen tapaturmavakuutuksen vuoden 1999 vakuutusmaksuihin.

	milj. mk
Vakuutuksenottajien maksamat vakuutusmaksut	3 143
Lisäyserät:	
Kuntien nykyisin maksamat sairaanhoitokulut	280
Korvaustoiminnan lisäkustannukset	14
Yhteensä	294
Vähennyserät:	
Tapaturmavakuutusyhtiöiden vuosittainen sairaanhoitomaksu	156
Päiväraha-kustannusten vähennys	29
Yhteensä	185
Nettolisäys	109
Nettolisäys prosentteina vakuutusmaksuista	3,5 %

7.2 Liikennevakuutus

Liikennevakuutusyhtiöiden vakuutuksenottajilta perimien vakuutusmaksujen yhteismäärä oli 3 311 miljoonaa markkaa vuonna 1999. Tähän summaan sisältyy tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksilta vuodelta 1999 perittävästä maksusta annetun lain mukainen liikennevakuutuksia myöntävien vakuutuslaitosten osuus 129 miljoonaa markkaa sekä liikennevakuutuslain 18 a pykälän mukainen liikenneturvallisuusmaksu 30 miljoonaa markkaa ja vakuutusmaksuvero 565 miljoonaa markkaa. Vakuutusyhtiöiden tuloslaskelman mukainen vakuutusmaksutulo ennen luottotappioiden vähentämistä oli siten 2 587 miljoonaa markkaa.

7.2.1 Liikekulut

Kuten edellä tapaturmavakuutuksen maksuja korottavia eriä arvioitaessa todettiin, uuteen järjestelmään siirtymisen on arvioitu johtavan enintään 50 – 100 työntekijän lisäresurssitarpeeseen vakuutusyhtiöiden liikenne- ja työtapaturmien korvaustoiminnan hoidossa. Tämän perusteella liikenne- ja työtapaturmavakuutuksen hoitokulujen arvioitiin muodostuvan 20 miljoonaa markkaa nykyistä suuremmiksi. Tästä liikennevakuutuksen osuudeksi arvioitiin 30 prosenttia eli 6 miljoonaa markkaa.

7.2.2 Sairaanhoidokustannukset

Sairaanhoidokustannuksia vuonna 1999 maksettiin yhteensä 86 miljoonaa markkaa. Tähänkin sisältyy sairaalamaksujen, lääkärinpalkkioiden ja muiden varsinaisten sairaanhoidokustannusten lisäksi muitakin kuluja, kuten fysikaaliseen hoitoon liittyviä ansionmenetykskorvauksia, matkakuluja jne. Liikennevakuutuksen osalta ei pystytty Liikennevakuutuskeskuksen eikä vakuutusyhtiöiden rekistereistä selvittämään, mikä on julkiselle terveydenhuollolle maksettujen korvausten osuus kaikista sairaanhoidokuluista. Seuraavassa sairaanhoidokustannuksiin tulevaa lisäystä arvioidaan suoraan kohdan 4.2.3 taulukon 5 mukaisilla liikennetapaturmapotilaiden hoidon kunnille aiheuttamalla kustannuksilla. Näin on perusteltua tehdä siitä syystä, että mainittuihin kustannuksiin ei sisälly muiden kuin liikennevakuutusyhtiöiden korvaamia sairaanhoidokustannuksia. Liikennetapaturmapotilaiden sairaalahoitajaksojen keskimääräinen hoitopäivien lukumäärä on 5 – 7 muiden sairaaloiden kuin terveyskeskusten vuodeosastojen osalta. DRG-perusteisiin tuotehintoihin sisältyy vain muutama hoitopäivä, joten vakuutusmaksuilla kerättävän sairaanhoidokorvausten lisäyksen arviona käytetään hoitopäiväperusteista kustannusta 254 miljoonaa markkaa. Lisäyksen vaikutus riskimaksuun saadaan kertomalla lisäys kertoimella 1,085, joka ottaa huomioon maksujen perimisvuoden jälkeisinä vuosina maksettaviin korvauksiin kohdistuvan vuosittaisen inflaation viiden prosentin suuruisena.

7.2.3 Korvaukset tulojen ja elatuksen vähentymisestä

Korvauksia tulojen ja elatuksen vähentymisestä vuonna 1999 maksettiin 164 miljoonaa markkaa. Toisin kuin työtapaturmavakuutuksessa, tässä ei oteta huomioon niiden mahdollista vähenemistä hoitoon pääsyn nopeutumisen seurauksena.

7.2.4 Vakuutusmaksut

Taulukossa 7 on yhteenveto liikennevakuutuksen vakuutusmaksuja korottavista ja vähentävistä eristä. Vuoden 1999 vakuutusmaksuihin selvityksen kohteena oleva sairaanhoitokorvausten järjestelmä edellyttäisi vajaan viiden prosentin suuruusluokkaa olevaa korotusta.

Taulukko 7. Muutokset liikennevakuutuksen vuoden 1999 vakuutusmaksuihin.

	milj. mk
Vakuutuksenottajien maksamat vakuutusmaksut	3 311
Lisäyserät:	
Kuntien nykyisin maksamat sairaanhoitokulut	276
Korvaustoiminnan lisäkustannukset	6
Yhteensä	282
Vähennyserät:	
Liikennevakuutusyhtiöiden vuosittainen sairaanhoitomaksu	129
Yhteensä	129
Nettolisäys	153
Nettolisäys prosentteina vakuutusmaksuista	4,6 %

7.3 Yhteenveto

Edellä esitettyjen arvioiden perusteella uuteen järjestelmään siirtyminen edellyttäisi lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa vuoden 1999 tietojen perusteella noin 3,5 prosentin korotusta vakuutusmaksuihin. Liikennevakuutuksessa vastaava korotustarve olisi vajaan viisi prosenttia. Esitettyihin arvioihin on kuitenkin suhtauduttava varauksella ottaen huomioon kaikki edellä esitetyt epävarmuustekijät. Jos päätettäisiin siirtyä selvityksen kohteena olevaan korvausjärjestelmään, vakuutusyhtiöiden olisi tehtävä huomattavasti perusteellisempi tutkimus odotettavissa olevista lisäkustannuksista kuin mihin tämän selvitystyön puitteissa on ollut mahdollisuuksia. Tutkimuksen pitäisi kohdistua erityisesti varsinaisiin sairaanhoitokuluihin, mutta sen pitäisi kattaa myös korvausten hoidon lisäkustannukset. Asianmukaisen hinnoittelun mahdollistaminen tulevaisuudessa vaatii vakuutusyhtiöiden maksamien sairaanhoitokorvausten huomattavasti nykyistä eritellympää tilastointia. Etenkin järjestelmään siirtymisen alkuvaiheissa vakuutusyhtiöiden tilastoyhteistyö riskimaksujen laskemiseksi on ensiarvoisen tärkeää.

Edellä kohdan 7.1 taulukossa 6 on oletettu, että työturvallisuusmaksua ei perittäisi siitä työtapaturmavakuutusmaksun osasta, joka on varattu uuden korvausjärjestelmän perusteella korvattavia kuntien nykyisin kustantamia sairaanhoitokuluja varten. Vastaavasti taulukossa 7 on lähdetty siitä, ettei vakuutusmaksuveroa perittäisi vastaavasta liikennevakuutusmaksuun sisällytettävästä erästä. Nykyisen tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksilta perittävästä maksusta annetun lain mukaan kyseisestä laista johtuvasta maksutulon lisäyksestä ei peritä vakuutusmaksuveroa eikä työturvallisuusmaksua.

8. Siirtymäkauden poikkeusjärjestelyt

Kuten edellä on todettu, uuteen sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmään siirryttäessä varsinkin alkuvaiheessa korvattavien sairaanhoitokustannusten arvioiminen vakuutusmaksujen määräämistä varten on käytettävissä olevien tilastotietojen puuttumisen ja sairaanhoitopalvelujen hintojen suuren vaihtelun vuoksi huomattavan epävarmaa. Sen vuoksi vakuutusyhtiöiden yhteistyön merkitys on erittäin oleellinen. Vaikka vakuutusyhtiöiden hintayhteistyö onkin kilpailulainsäädännön perusteella kielletty, tilastoyhteistyö riskimaksujen laskemiseksi on mahdollista. Ennen uusien sairaanhoitokustannusten korvaamisen periaatteiden käyttöönottoa vakuutusyhtiöiden olisi syytä teettää yhteinen, tätä selvitystä perusteellisempi tutkimus tulevista sairaanhoidon kustannuksista, jotta vakuutusmaksut saataisiin alusta lähtien oikealle tasolle.

Vakuutusyhtiöiden yhteistyö myös hoitolaitosten kilpailuttamisessa ja hoitopaikan valintaan liittyvien tekijöiden selvittämisessä olisi uuden järjestelmän alkuvaiheessa tärkeää. Yhteistyö voisi tapahtua esimerkiksi niin, että Liikennevakuutuskeskus ja Tapaturmavakuutuslaitosten liitto antaisivat suosituksia palvelusopimusmallista ja toimittaisivat jäsenyhtiöiden käyttöön tietoja sairaanhoitopalveluja tuottavien julkisen ja yksityisen sektorin hoitolaitosten hinnoittelujärjestelmistä.

9. Yhteenveto

Liikenne- ja työtapaturmapotilaiden sairaanhoidosta kuntien kustannettavaksi tulisi edellä laaditun arvion mukaan vuonna 2001 DRG-hintoja käyttäen 358 miljoonaa markkaa ja hoitopäivähintoja käyttäen vastaavasti 487 miljoonaa markkaa. On kuitenkin muistettava, että näihin arvioihin liittyy monenlaista epävarmuutta. Laskelmien perustana olevan Stakesin hoitoilmoitusrekisterin kattavuudesta tai avohoitokäyntien todellisesta määrästä ei ole saatavilla luotettavaa tietoa kuten ei myöskään siitä, miten hyvin käytetyt DRG-hinnat, sairaalahoitopäivien ja avohoitokäyntien hinnat kuvaavat sairaaloiden kunnilta laskuttamia keskimääräisiä kustannuksia.

Jos kuntien nykyisin kantamat liikenne- ja työtapaturmapotilaiden sairaanhoidon kustannukset maksettaisiin uuden korvausjärjestelmän mukaisesti vakuutusjärjestelmistä, se näyttäisi merkitsevän vuoden 1999 vakuutusmaksujen tasossa noin 3,5 prosentin korotusta lakisääteisen tapaturmavakuutuksen vakuutusmaksuihin ja vajaan viiden prosentin korotusta liikennevakuutusmaksuihin. Arvioitaessa uuden korvausjärjestelmän vaikutuksia vakuutusmaksuihin on sairaanhoitokustannusten kasvun lisäksi otettu huomioon muitakin tekijöitä. Nykyisen vuosittain tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksilta perittävän maksun on oletettu poistuvan kokonaan. Vakuutusyhtiöiden korvaustoiminnan kulujen on arvioitu kasvavan nykyisestä arviolta 14 miljoonaa markkaa lakisääteisessä tapaturmavakuutuksessa ja 6 miljoonaa markkaa liikennevakuutuksessa. Työtapaturmavakuutuksen osalta on lisäksi oletettu päivärahakustannusten pienenevän nykyiseen verrattuna viidellä prosentilla johtuen työkyvyttömyysaikojen lyhenemisestä nopeutuvan hoitoon pääsyn seurauksena.

Edellisiin arvioihin sisältyy myös oletus, että työturvallisuusmaksua ei perittäisi siitä työtapaturmavakuutusmaksun osasta eikä vakuutusmaksuveroa siitä liikennevakuutusmaksun osasta, joka on varattu uuden korvausjärjestelmän perusteella korvattavia kuntien nykyisin kustantamia sairaanhoitokuluja varten. Tämä edellyttää työturvallisuusmaksua koskevan säännöksen muuttamista tapaturmavakuutuslaissa ja toisaalta eräistä vakuutusmaksuista suoritettavasta verosta annetun lain (664/1996) muuttamista. Työturvallisuusmaksun osalta voitaisiin harkita siirtymistä koko työturvallisuusmaksun määrän ja keräämisen suhteen vastaavanlaiseen järjestelmään kuin on käytössä liikenneturvallisuusmaksun osalta. Liikennevakuutuslain 18 a pykälän perusteella sosiaali- ja terveysministeriö määrää vuosittain liikenneturvallisuusmaksuna kerättävän summan suuruuden Liikenneturvan, Ahvenanmaan maakuntahallituksen ja Liikennevakuutuskeskuksen hakemuksesta. Vakuutusmaksuveron suhteen voitaisiin harkita, olisiko mahdollista luopua vakuutusmaksuveron perimisestä liikennevakuutuksessa. Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen vakuutusmaksuista vakuutusmaksuveroa ei peritä.

Uuteen sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmään siirryttäessä varsinkin alkuvaiheessa korvattavien sairaanhoitokustannusten arvioiminen vakuutusmaksujen määräämistä varten on käytettävissä olevien tilastotietojen puuttumisen ja sairaanhoitopalvelujen hintojen suuren vaihtelun vuoksi huomattavan epävarmaa. Ennen uusien sairaanhoitokustannusten korvaamisen periaatteiden käyttöönottoa vakuutusyhtiöiden olisi syytä teettää yhteinen, tätä selvitystä perusteellisempi tutkimus tulevista sairaanhoidon kustannuksista, jotta vakuutusmaksut saataisiin alusta lähtien oikealle tasolle.

Uusi sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmä tulisi toteuttaa niin, että vakuutusyhtiön vastuu vahingoittuneen hoidosta aiheutuvista kustannuksista jatkuu niin kauan kuin vahingoittunut tarvitsee sairaanhoitoa vammansa johdosta. Koska sairaanhoitokustannusten arvioiminen pitkälle tulevaisuuteen on osoittautunut erittäin vaikeaksi tehtäväksi nykyisessäkin järjestelmässä, ehdotetaan että kymmentä vuotta vanhemmista vahingoista vuosittain maksettavat sairaanhoitokustannukset rahoitettaisiin jakojärjestelmällä, jolloin niitä ei tarvitsisi varata myöskään vakuutusyhtiön korvausvastuuseen. Näin niiden arvioimiseen liittyvä epävarmuus poistuisi sekä vakuutusmaksujen että korvausvastuun laskemisen osalta.

Uuteen korvausjärjestelmään siirtyminen edellyttäisi, että tapaturmavakuutuslakiin ja liikennevakuutuslakiin otettaisiin säännökset, joiden perusteella sairaanhoito korvataan vahingoittuneelle tarpeettomia kustannuksia välttämällä vahingoittuneen terveydentilaa kuitenkaan vaarantamatta ottaen tapaturmasta aiheutuvia kustannuksia arvioitaessa huomioon hoitoon pääsyn odotusajan vaikutus vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden kestoon. Sairaanhoidon palvelun tuottajalle maksettaisiin vahingoittuneen hoidosta aiheutuva kustannus. Tästä ei kuitenkaan seuraisi, että palvelun tuottaja tulisi asianosaiseksi korvausasiassa.

Uuteen korvausjärjestelmään sisältyvä vakuutusyhtiön oikeus valita tapaturmapotilaan hoitopaikka tehtäisiin käytännössä mahdolliseksi ottamalla tapaturma- ja liikennevakuutuslakeihin säännös, jonka mukaan korvauksen maksamisesta vastuussa olevalle vakuutuslaitokselle on viipymättä ilmoitettava sellaisesta liikenne- tai työtapaturmasta, joka edellyttää vahingoittuneelle annettavaa sairaanhoitoa. Sairaanhoitoa antavan laitoksen olisi ilman tarpeetonta viivytystä neuvoteltava vahingoittuneelle ensiavun ja sitä seuraavien kiireisten hoitotoimenpiteiden jälkeen annettavasta hoidosta vakuutuslaitoksen kanssa, mikäli jatkohoidon kustannusten arvioidaan muodostuvan huomattavan suuriksi.

Vakuutusyhtiön oikeus hoitopaikan valintaan voisi toteutua lähinnä vahingoittuneen jatkohoidon osalta. Ensiapu ja kiireisesti toteutettavat välittömät hoitotoimenpiteet tapahtuisivat samoin kuin nykyisin. Jatkohoidon osalta ei todennäköisesti ainakaan uuden järjestelmän alkuvaiheessa tulisi suuria muutoksia nykyisiin hoitokäytäntöihin. Aktiivinen hoitopaikan valinta olisi luultavasti poikkeuksellista. Pääosin valinta toteutettaisiin maksusitoumusta käyttäen ilman hoitolaitosten ennakolta tapahtuvaa luokittelua.

Uusi korvausjärjestelmä poistaisi kunnilta liikenne- ja työtapaturmapotilaiden sairaanhoidosta aiheutuvat kustannukset. Samalla poistuisivat valtion nykyisin saamat tapaturma- ja liikenne-

vakuutuslaitoksilta perittävät maksut. Valtiokonttorin kustannettavaksi tulisivat vastaavasti sen korvaamien työ- ja liikennetapaturmien osalta ne sairaanhoidon kustannukset, jotka potilaan kotikunta nykyisin maksaa. Valtiokonttorin osuuden työtaturmapotilaiden julkiselle terveydenhuollolle aiheuttamista kustannuksista arvioitiin vuonna 1996 olevan noin kahdeksan prosenttia. Samaa prosenttiosuutta käyttäen Valtiokonttorin osuus vakuutusjärjestelmille tulevista työtaturmapotilaiden sairaanhoitokorvausten lisäkustannuksista olisi vuonna 2001 noin 30 – 40 miljoonaa markkaa. Lisäksi Melan korvaamien työtaturmien sairaanhoidon lisäkustannukset tulisivat osaksi niitä kokonaiskustannuksia, joihin valtio osallistuu 32,95 prosentin osuudella. Tämä tarkoittaisi valtion osuuden kasvua 4 – 5 miljoonalla markalla. Kansaneläkelaitoksen perusturvaosuus Melan korvaamien työtaturmien kokonaiskustannuksista on 25,85 prosenttia, joten sairaanhoitokorvausten lisäkustannukset kasvattaisivat Kansaneläkelaitoksen rahoitusosuutta 3 – 4 miljoonalla markalla.

Jos uuteen korvausjärjestelmään päätetään siirtyä, muutoksesta olisi tiedotettava tehokkaasti, jotta uudet korvauseriaatteet olisivat paitsi vakuutusyhtiöiden myös hoitolaitosten ja potilaiden tiedossa ja hallinnassa, ettei väärinkäsityksiä ja sekaannuksia syntyisi. Vakuutusyhtiöiden korvauskäsittelyjärjestelmiltä edellytetään uusia valmiuksia ja vakuutusmaksujen asianmukaisen tason määrittämiseksi tarvitaan perusteellinen selvitys tulevista lisäkustannuksista. Uusi järjestelmä saattaa vaatia muutoksia myös hoitolaitosten järjestelmiin. Jotta kaikkiin tarvittaviin muutoksiin olisi riittävästi aikaa, muutos olisi paras toteuttaa aikaisintaan vuoden 2003 alusta.

LIITE 1**Liikennetapaturmat****Ulkoiset syyt:**

V02	Jalankulkijan liikennetapaturma kaksi- tai kolmipyöräisen moottoriajoneuvon kanssa
V03	Jalankulkijan liikennetapaturma henkilö- tai pakettiauton kanssa
V04	Jalankulkijan liikennetapaturma kuorma- tai linja-auton kanssa
V09.0-V09.2	Jalankulkijan liikennetapaturma muun moottoriajoneuvon kanssa
V14	Polkupyörätapaturma moottoriajoneuvon kanssa
V28-V29	Moottoripyörätapaturma
V30	Kolmipyöräisen moottoriajoneuvon liikennetapaturma
V48-V49	Henkilöautotapaturma
V59	Pakettiautotapaturma
V69	Kuorma-autotapaturma
V79	Linja-autotapaturma
V83	Teollisuus-, maatalous- tai rakennusajoneuvon liikennetapaturma
V86	Moottorikelkan tai muun maastoajoneuvon liikennetapaturma
V87-V89	Määrittelemätön liikennetapaturma