

Timo Hujanen

Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001

ISBN 951-33-1322-0
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2003

Julkaisun päivämäärä
31.1.2003

Tekijät Timo Hujanen	Julkaisija Stakes	
Julkaisun nimi Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001	Kustantaja Stakes	
Julkaisun sarja ja numero Aiheita 1/2003		
Tiivistelmä <p>Raportissa kuvataan kustannusten laskennan periaatteita, esitetään tavallisimpien terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001 sekä annetaan ohjeita esitettyjen yksikkökustannusten käytöstä ja soveltamiseen liittyvistä rajoituksista. Raportti sisältää terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen yksikkökustannuksia: perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, tutkimus- ja hoitopalveluista, yksityisistä terveystalouksista ja sosiaalihuollon sosiaalipalveluista. Lisäksi raportissa käsitellään lääkkeiden, hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden kustannuksia sekä hoitoon liittyviä aika- ja matkakustannuksia.</p> <p>Esitettyjä yksikkökustannuksia voidaan käyttää esimerkiksi eri väestö- tai potilasryhmien terveystalouksien käytön kokonaisvaikutusten vertailuun, erityyppisten terveystalouksien kokonaiskustannusten kuvaamiseen tai hoitokäytännön muuttamisen kustannusvaikutusten arvioimiseen. Raportti on tarkoitettu kaikille, jotka tekevät terveydenhuoltoon liittyviä taloudellisia arvioita ja tutkimuksia Suomessa.</p> <p>Terveys- ja sosiaalipalvelujen yksikkökustannukset on nyt toisen kerran koottu yhteen tietolähteeseen. Tavoitteena on jatkaa edelleen yksikkökustannuksiin liittyvää työtä päivittämällä tässä raportissa esitettyjä kustannustietoja tulevaisuudessa sopivin väliajoin ja tuottamalla luotettavaa yksikkökustannustietoa niistä palveluista, joiden osalta kustannustietoa ei tähän raporttiin ole ollut saatavilla.</p>		
Avainsanat Terveydenhuolto, terveystaloukset, sosiaalipalvelut, kustannukset, kustannusten arvioiminen, kustannuslaskenta		
Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite) http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita1-2003.pdf		
ISSN 1236-9845	ISBN 951-33-1322-0	
Kokonaissivumäärä 87	Kieli Suomi	Hinta 19 € (sis. alv)
Jakaja ja myyjä Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2140 tai (09) 3967 2141 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450		

Esipuhe

Lääketeollisuus ry ja Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes (Terveys- ja sosiaalitalouden ryhmä sekä FinOHTA) sopivat kesäkuussa 2002 vuonna 2001 julkaistun raportin "Terveystieteiden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2000" päivittämisestä vuoden 2001 tiedoilla. Päivityksen on suorittanut tutkija Timo Hujanen Stakesissa toimivasta Terveystaloustieteen keskuksista CHESSistä. Raportin tiedot on tarkastettu ja eräiden terveystaloustieteiden osalta on pyritty ensimmäistä raporttia parempaan edustavuuteen. Raporttia on paranneltu ja korjattu aiemmasta raportista saatujen palautteiden mukaisesti.

Raportin laatimista on ohjannut seurantaryhmä, johon ovat kuuluneet Stakesista tutkimusprofessori Unto Häkkinen (CHESS), kehittämisspäällikkö Markku Pekurinen (CHESS) ja professori Harri Sintonen (FinOHTA) sekä Lääketeollisuus ry:n edustajana osastopäällikkö Marjo Apajasalo Orion-yhtymä Oyj Orion Pharmasta ja erityisasiantuntija Yrjö Lahtinen Suomen Kuntaliitosta. Seurantaryhmän eräisiin kokouksiin on osallistunut myös erikoistutkija Timo Maljanen Kansaneläkelaitoksesta.

SISÄLLYS

1	Johdanto	11
2	Tavoitteet	13
3	Terveydenhuollon yksikkökustannukset tässä raportissa	14
	Yleistä	14
	Terveyspalvelut tässä raportissa	14
	Raportin käyttöön liittyvät rajoitukset ja käyttökohteet	15
	Raportin ja lukujen rakenne	15
	Johdanto	15
	Arvioinnin lähtökohdat	16
	Yksikkökustannukset	16
	Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	17
4	Terveydenhuollon voimavarojen käytön arvioimisen periaatteita	18
	Kustannuskäsitteitä	18
	Voimavarojen käyttötiedot	20
	Voimavarojen määrittäminen ja kustannusten arvioiminen yhteiskunnallisesta näkökulmasta	21
	Terveydenhuollon voimavarat	21
	Hoidossa käytetyt potilaan ja perheen voimavarat	22
	Siirtoerät	25
5	Perusterveydenhuolto	26
	Sairaanhoidon vastaanottotoiminta (lääkäri, hoitohenkilökunta ja muu avustava henkilökunta)	26
	Johdanto	26
	Arvioinnin lähtökohdat	26
	Yksikkökustannukset	28
	Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	29
	Terveysneuvonta, ehkäisevä terveydenhuolto ja työterveyshuolto	29
	Johdanto	29
	Arvioinnin lähtökohdat	30
	Yksikkökustannukset	30
	Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	32
	Kotisairaanhoito, kotisairaala- ja päiväsairaanhoito	32
	Johdanto	32
	Arvioinnin lähtökohdat	33
	Yksikkökustannukset	33
	Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	34
	Vuodeosastohoito	34
	Johdanto	34
	Arvioinnin lähtökohdat	34
	Yksikkökustannukset	35
	Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	35
	Seulonnat ja joukkotarkastukset	36
	Johdanto	36
	Arvioinnin lähtökohdat	36
	Yksikkökustannukset	36
	Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	36

Mielenterveyspalvelut ja ehkäisevä päihdetyö	37
Johdanto	37
Arvioinnin lähtökohdat	37
Yksikkökustannukset	37
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	38
6 Erikoissairaanhoito	39
Somaattinen erikoissairaanhoito	39
Johdanto	39
Arvioinnin lähtökohdat	39
Yksikkökustannukset	41
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	42
Psykiatrinen erikoissairaanhoito	42
Johdanto	42
Arvioinnin lähtökohdat	43
Yksikkökustannukset	44
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	44
7 Tutkimus- ja hoitopalvelut	45
Laboratoriotutkimukset	45
Johdanto	45
Arvioinnin lähtökohdat	45
Yksikkökustannukset	46
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	47
Radiologiset tutkimukset	47
Johdanto	47
Arvioinnin lähtökohdat	47
Yksikkökustannukset	48
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	49
Lääkinnällinen kuntoutus ja fysioterapiapalvelut	49
Johdanto	49
Arvioinnin lähtökohdat	50
Yksikkökustannukset	50
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	51
8 Yksityiset terveyspalvelut	53
Lääkäreiden antama hoito ja tutkimukset	53
Johdanto	53
Arvioinnin lähtökohdat	53
Yksikkökustannukset	53
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	56
Yksityisten palvelutuottajien muut terveyspalvelut	56
Johdanto	56
Arvioinnin lähtökohdat	56
Yksikkökustannukset	57
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	57
9 Lääkkeet, hoitotarvikkeet ja apuvälineet	58
Lääkkeet	58
Johdanto	58
Arvioinnin lähtökohdat	58
Yksikkökustannukset	58
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	58

Hoitotarvikkeet ja apuvälineet	59
Johdanto	59
Arvioinnin lähtökohdat	59
Yksikkökustannukset	59
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	59
10 Sosiaalihuollon sosiaalipalvelut	60
Sosiaalityö	60
Johdanto	60
Arvioinnin lähtökohdat	60
Yksikkökustannukset	60
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	60
Kotipalvelut	61
Johdanto	61
Arvioinnin lähtökohdat	61
Yksikkökustannukset	62
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	62
Asumispalvelut ja vanhusten päivähoito	63
Johdanto	63
Arvioinnin lähtökohdat	63
Yksikkökustannukset	63
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	64
Laitohoito	64
Johdanto	64
Arvioinnin lähtökohdat	64
Yksikkökustannukset	65
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	65
11 Matka- ja aikakustannukset	66
Matkakustannukset	66
Johdanto	66
Arvioinnin lähtökohdat	66
Yksikkökustannukset	67
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	68
Aikakustannukset	69
Johdanto	69
Arvioinnin lähtökohdat	69
Yksikkökustannukset	69
Tiedon käyttöä koskevia ohjeita	69
12 Johtopäätökset	70
Lähteet	71
Liitteet:	
Liite 1. Lakisääteiset kuntien järjestämät sosiaali- ja terveyspalvelut.	75
Liite 2. Luettelo raportissa käytetyistä sairaanhoitopiirien palveluhinnastoista.	76
Liitetaulukko 1. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitajaksojen ja avohoitokäyntien yksikkökustannukset sekä hoitopäivät hoitajaksoissa sairaalatyypeittäin ja erikoisaloittain vuonna 2001.	77
Liitetaulukko 2. Erikoissairaanhoidon hoitajaksojen yksikkökustannukset DRG-ryhmittäin ja keskimääräiset hoitopäivät hoitajaksoissa vuonna 2001.	78
Liitetaulukko 3. Hinta-, ansiotaso- ja kustannusindeksit.	85
Liitetaulukko 4. Kuntien kokoaikaisten työntekijöiden säännöllisen työajan kokonaiskustannus vuonna 2001.	86

1 Johdanto

Terveystaloudellisissa analyysissä tarvitaan tietoja eri terveyspalveluiden yksikkö- ja suorite-kustannuksista. Niissä on suositeltavaa käyttää keskimääräistä, mahdollisimman hyvin suomalaista käytäntöä edustavaa palvelun tuotanto-kustannusta. Kustannustietoina voidaan käyttää myös toimintolaskennan avulla saatuja tietoja ja kuntalaskutukseen perustuvia keskimääräisiä laskutushintatietoja. Terveystaloustieteellisissä selvityksissä on käytetty ja käytetään edelleen yksittäisten terveyspalvelujen tuottajien kustannus- tai hintatietoja, koska kaikista terveyspalveluista ei ole saatavissa koko maan kattavia, yhtenäisiä yksikkökustannuksia. Joskus tarvitaan myös tuottajakohtaisia kustannustietoja. Yhden palveluntuottajan yksikkökustannustiedot eivät luonnollisesti kuvaa valtakunnallisia keskimääräisiä hoidon kustannuksia. Kattavien kustannustietojen keräämiseen ja tuottamiseen saattaa kulua suhteellisen paljon aikaa ja voimavaroja. Monissa tapauksissa yhtenäisten yksikkökustannusten käyttö on siten riittävää ja perusteltua.

Julkaistujen taloudellisten arviointitutkimusten kustannus-utiliteettianalyysien systemaattisessa kustannustietojen tarkastelussa on havaittu, että kustannusten arvioinnin ja arvottamisen menetelmät ja lähteet vaihtelevat huomattavan paljon (1). Käytettyjen menetelmien epäyhtenäisyys ja raportoinnin puutteellisuus vaikeuttavat eri tutkimusten tulosten vertailua ja käyttöä terveydenhuollon päätöksenteossa. Eri maissa tehtyjen tutkimusten vertailtavuutta vaikeuttavat mm. erilaiset palvelujen tarjontatavat, rahoitusjärjestelmät, kannusteet ja kustannuslaskentamenetelmät (2).

Terveystaloudellisissa selvityksissä halutaan useimmiten verrata eri hoitoa saavien potilasryhmien välisiä eroja hoidon vaikuttavuudessa ja voimavarojen käytössä. Erot potilasryhmien kokonaiskustannuksissa syntyvät erosta käytettyjen voimavarojen määrässä ja eroista

palveluntuottajien yksikkökustannuksissa. Yhtenäisten yksikkökustannusten käyttö vakioi tarkasteluista pois eron palveluntuottajien toiminnan taloudellisuudessa. Yhtenäisillä yksikkökustannuksilla arvoitettu voimavarakäyttö kuvaa rahamääräisesti keskimääräistä potilasryhmien voimavarojen käyttöä, mikä tarkastelussa usein onkin tavoitteena. Yhtenäiset yksikkökustannukset eivät kerro yksittäisessä sairaalassa tai terveyskeskuksessa annetun hoidon toteutuneista kustannuksista.

Yhtenäisiä terveydenhuollon taloudellisesa arvioinnissa käytettäviä yksikkökustannuksia on määritetty Kanadassa, Australiassa ja Hollannissa. Ensimmäiset kustannuslistat laadittiin Australiassa vuonna 1993. Samalla julkaistiin myös ohjeistus terveydenhuollon taloudellisten arviointien tueksi lääketeollisuuden käyttöön. Australiasta on julkaistu kansallista sairaaloiden AR-DRG-luokitteluun (AR = Australian Related) perustuvaa kustannusaineistoa vuosista 1996–1997 alkaen [www-osoitteessa http://www.health.gov.au/casemix/costing/costmain1.htm](http://www.health.gov.au/casemix/costing/costmain1.htm) [12.11.2002].

Kanadassa laadittiin ensimmäiset yksikkökustannuslistat 1990-luvun loppupuolella kahdessa provinssissa, Albertassa ja Manitobassa. Vuonna 1999 maassa perustettiin kansallinen työryhmä, jonka tehtävänä oli määrittää yksikkökustannukset yleisesti käytetyille terveydenhuollon palveluille sekä provinssien ja koko maan tasoilla, perustuen olemassa oleviin tietolähteisiin. Lisäksi työn tavoitteena oli laatia ohjeistus terveydenhuollon kustannusten arvioimisesta terveystaloudellisissa tutkimuksissa ja arvioida olemassa olevien yksikkökustannusten laatua. Työn tulokset löytyvät internetistä [www-osoitteessa http://www.ihe.ca/costlist.cfm](http://www.ihe.ca/costlist.cfm) [11.12.2002].

Hollannissa National Health Service Council on julkaissut 1999 ohjeistuksen farmakoekonomisia selvityksiä varten. Hollannin

suositus www-sivulta <http://www.atgci.org/new%20documents/resources/health%20economic/standardisation%20of%20costs.pdf> [11.12.2002]. Tanskan eri terveyspalveluiden yksikkökustannustiedostoja on useilla www-sivustoilla ja esimerkiksi julkisten sairaaloiden DRG-luokitteluun perustuvat kustannustiedot (tanskankieliset) löytyvät www-osoitteesta <http://www.drg.sst.dk/> [11.12.2002].

Isossa-Britanniassa on Kentin yliopiston Personal Social Services Research Unit tutkimyksikössä tuotettu yhdeksän vuoden ajan raportteja sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkökustannuksista. Vuoden 2001 raportissa käsitellään erityisesti sosiaalihuollon kustannuk-

sia (3) Raportti on saatavissa www-osoitteesta <http://www.ukc.ac.uk/PSSRU/> [14.10.2002]. Isossa-Britanniassa on kansallinen National Health Service (NHS) on julkaissut NHS:n keskimääräisiä kustannustietoja (Reference costs) vuodesta 1998 vuoteen 2002 www-osoitteesta <http://www.doh.gov.uk/nhsexec/refcosts.htm#summ> [11.12.2002].

Suomen terveydenhuollon yksikkökustannusraporttien tavoitteet ovat yhdenmukaiset Kanadassa laadittujen suositusten kanssa. Suomessa ei ole tarvetta laatia suosituksia maakunnallisella tasolla, vaan koko maan tasolla sovellettavat yksikkökustannukset ovat riittäviä.

2 Tavoitteet

Tämän työn ensisijaisena tavoitteena on esittää terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen yksikkökustannukset siinä laajuudessa, missä tietoja on saatavilla. Lisäksi työssä kuvataan kustannusten laskentaperiaatteita ja annetaan ohjeita esitettyjen yksikkökustannusten käytöstä. Raportin avulla voidaan nähdä, mistä palvelutyypeistä keskimääräisiä kustannustietoja on olemassa ja toisaalta raportoida osa-alueet, joista niitä on niukasti tai ei lainkaan saatavilla. Siten voidaan arvioida, miltä terveyden- ja sosiaalihuollon osa-alueilta olisi tulevaisuudessa tärkeintä tuottaa keskimääräistä kustannustietoa päätöksentekijöiden tarpeisiin.

Tässä raportissa esitettyjä yksikkökustannuksia voidaan käyttää esimerkiksi eri potilasryhmien terveystalouden käytön kokonaiskustannusten vertailuun, erityyppisten terveystalouden kokonaiskustannusten kuvaamiseen tai hoitokäytännön muuttamisen kustannusvaikutusten arvioimiseen. Tietoja voidaan käyttää myös väestöpohjaisiin tarkasteluihin, esimerkiksi terveystalouden käytössä havaittujen alueellisten ja sosioekonomisten erojen analysointiin.

3 Terveystalouden yksikkökustannukset tässä raportissa

Yleistä

Tämä raportti sisältää tietoja tavallisimpien terveyspalvelujen (ei hammashuollon) ja niihin läheisesti liittyvien sosiaalipalvelujen tuottamisen yksikkökustannuksista. Niiden avulla voimavarojen käytölle voidaan laskea euromääräinen arvo terveydenhuollon eri kohteissa ja analyysissä käytettävät yksikkökustannukset toimivat ikään kuin suhteellisina arvoina tai painokertoimina.

Terveystaloudellisia selvityksiä voidaan laatia päätöksenteon eri näkökulmista. Tarkastelu voidaan suorittaa palvelun tuottajan, potilaan, rahoittajan tai yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Lääkkeiden hintalautakunnalle tehtävässä lääkkeen kohtuullisen tukkuhinnan hakemuksessa on esitettävä lääkehoidolla saavutettavissa olevien hyötyjen kokonaisarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön antaman ohjeen mukaan tarkastelussa tulee olla mukana kaikki potilaalle tulevat terveysvaikutukset ja kaik-

ki vertailtaviin hoitoihin liittyvät välittömät kustannukset maksajasta riippumatta (4). Lääkkeiden hintalautakunnalle tuotettava selvitys on siis laadittava yhteiskunnallisesta näkökulmasta.

Tässä raportissa esitetään yksikkökustannuksia, joita voidaan käyttää yhteiskunnallisesta näkökulmasta laadittavissa selvityksissä. On kuitenkin huomattava, ettei tarvittavaa tietoa ole saatavilla kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tässä raportissa on esitetty vain olemassa olevia tietoja ja tietolähteitä.

Raportti on tarkoitettu kaikille, jotka tekevät terveydenhuoltoon liittyvää taloudellista arviointia Suomessa. Jokaisessa kappaleessa on annettu käytön helpottamiseksi ohjeita esitettyjen yksikkökustannusten käytöstä ja arvioitu raportoitujen kustannustietojen laatua ja rajoituksia.

Terveyspalvelut tässä raportissa

Tämän raportin lähtökohtana ovat kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka on esitetty liitteen 1 kaaviossa. Kunnat voivat järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja väestölleen itsenäisesti omana toimintanaan, yhteistyössä muiden kuntien kanssa, jäsenenä kuntayhtymässä tai ostamalla palvelut valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Tämä raportti sisältää kustannustietoja pääasiassa julkisen sektorin tuottamista palveluista. Yksityisen tai ns.

kolmannen sektorin tuottamia palveluja tarkastellaan vain rajoitetusti tärkeimpien palvelutyyppejen osalta. Teoreettisesti on johdonmukaista ottaa mukaan tarkasteluun myös julkisen terveys- ja sosiaalihuollon palvelujen tarjonnan ulkopuoliset palvelut, koska ne vaikuttavat voimavarojen allokointiin ja osa niistä on rahoitettu julkisin varoin.

Tässä raportissa terveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvän sosiaalihuollon yksikkökustannuksia käsitellään seuraavissa luvuissa:

perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, tutkimus- ja hoitopalvelut, yksityiset terveystalvet ja sosiaalihuollon sosiaalipalvelut. Lisäksi käsitellään erikseen lääkkeitä, hoitotarvikkeita ja apuvälineitä sekä hoitoon liittyviä matkaja aikakustannuksia.

Julkiset terveydenhuollon palvelut on jaettavissa perusterveydenhuoltoon (terveyskeskuksissa), erikoissairaanhoidoon (lähinnä sairaaloissa) ja mielenterveyspalveluihin (osana perusterveydenhuoltoa tai sosiaalihuoltoa). Terveydenhuollon kustannustietoja on parhai-

ten saatavissa julkisesta erikoissairaanhoidosta. Terveyskeskusten, mielenterveyspalvelujen ja sosiaalihuollon osalta yksikkökustannustietoja on saatavissa vain muutamista palvelutyypeistä. Liitteen 1 kaaviossa näkyvät tummennettuina ne julkisen sektorin palvelutyypit, joista tämä raportti sisältää kustannusestimaatteja. Yksityisen palvelutuotannon osalta esitetään mm. yksityislääkäreiden ja -sairaaloiden antamien hoitojen ja tutkimusten sekä kuntoutuksen kustannuksia.

Raportin käyttöön liittyvät rajoitukset ja käyttökohteet

Yhtenäisten yksikkökustannusten käyttöön liittyy rajoituksia. Nyt raportoitavia yksikkökustannuksia ei voi käyttää terveystalvelujen myyntihintojen määrittelyyn. Terveystalvelujen ostajat, tuottajat ja rahoittajat päättävät, mitä terveystalveluja väestölle ostetaan tai halutaan tuottaa. Sopimukset ja maksu- ja hinnoittelujärjestelmä ovat sidoksissa terveystalvelujen tuottajia ja ostajia koskeviin kannustejärjestelmiin. Raportissa esitetyt yksikkökustannukset ovat valtakunnallisesti yhtenäiset, eikä niitä siten voi käyttää terveydenhuollon kustannusten alueellisten tasoerojen analysointiin. Selvityksiä ja tutkimuksia, jotka perustuvat potilastietoihin ja potilas- tai potilasryhmäkohtaisiin kustannuksiin laaditaan moniin eri

tarkoituksiin. Kustannustietoja voidaan käyttää terveystalvelujen käytön ja terveystalvelujen kokonaiskustannusten analysointiin.

Tätä raporttia voidaan soveltaa myös tunnistettujen ja muiden kliinisten tutkimusten yhteydessä. Tällöin terveystalvelujen käyttöä koskeva informaatio on tutkimuksessa kerättävä tätä raporttia vastaavalla suorite- tai toimenpideluokittelulla. Ongelmaksi voi muodostua se, että tämä raportti ei sisällä kaikkia tarvittavia palvelutyyppejä, esimerkiksi toimenpiteitä tai tutkimuksia. Tällöin yksikkökustannustietoja on täydennettävä muilla tietolähteillä tai erillisellä kustannustietojen keräyksellä puuttuvilta osa-alueilta.

Raportin ja lukujen rakenne

Raportti jakaantuu lukuihin palvelutyypin mukaisesti. Jokaiseen lukuun sisältyvät seuraavat alaluvut: johdanto, arvioinnin lähtökohdat, yksikkökustannukset ja tietojen käyttöä koskevia ohjeita. Seuraavaksi kuvataan yleisesti alalukujen sisältöä ja rakennetta.

Johdanto

Johdannossa esitetään lyhyesti kyseistä palvelutyypin koskevia taustatietoja tai erityisesti tämän raportin palvelutyypin koskevia rajoituksia.

Arvioinnin lähtökohdat

Tässä alaluvussa kerrotaan millä tarkkuudella palveluita on mitattu, mitä eriä yksikkökustannuksiin sisältyy, liittyykö palveluun asiakkaan maksuosuutta, millä menetelmällä ja miltä ajanjaksolta yksikkökustannukset on tuotettu tai milloin tietoja on saatavilla.

Kustannuksia voidaan mitata eri tarkkuustasoilla. Yleisellä tasolla oleva mittari sisältää kaikki hoidon osasuoritteet, esimerkiksi sairaalassa hoitojakson kustannus sisältää tehdyt toimenpiteet, tutkimukset ja vuodeosastohoidon kustannukset. Yksityiskohtaisemmissa tarkasteluissa voidaan eritellä esimerkiksi työn osuus yksikkökustannuksesta määrittelemällä toimenpiteeseen tarvittava aika. Yksityiskohtaisen yksikkökustannustietojen käyttö on suositeltavampaa kuin epätarkalla tasolla olevien. Käytännössä yksityiskohtaista kustannustietoa on kuitenkin niukasti saatavilla.

Tässä alaluvussa kuvataan mitä osasuoritteita yksikkökustannuksiin sisältyy ja mitä ne eivät sisällä. Esimerkiksi sairaalassa potilaalle annetut lääkkeet sisältyvät hoitojakson kustannuksiin. Toisaalta joissakin tapauksissa yksikkökustannukset eivät sisällä esimerkiksi erikseen laskutettavaa lääkärinpalkkiota. Kunkin palvelutyyppin kohdalla on raportoitu erikseen huomioon otettavia seikkoja.

Esitetystä yksikkökustannuksesta kerrotaan lisäksi, mihin menetelmiin ja tietoihin esitetty arvo perustuu. *Kustannustieto* on käytettyjen voimavarojen arvo mitattuna suoraan vastaavilla panoshinnoilla. *Listahinnat* ovat palveluntuottajien laskutushintoja. Palveluntuottajat myöntävät ostajille joissakin tapauksissa alennuksia, jolloin palveluista maksetaan listahintaa alempi korvaus. Tässä raportissa mahdollisia alennuksia ei ole otettu huomioon. Esitetty yksikkökustannus voi perustua joissakin tapauksissa myös palvelusta todellisuudessa maksettuun hintaan. Tällaisista yksikkökustannuksista käytetään tässä raportissa nimitystä

hintatieto. Myös *suositushinnan* käyttö yksikkökustannuksena on mahdollista, tällöin yksikkökustannus ei välttämättä vastaa todella maksettua hintaa eikä palvelun suoria kustannuksia. Erilaisiin hintatietoihin perustuvia yksikkökustannuksia esitetään vain, mikäli muuta tietoa ei ole saatavilla ja kysymyksessä on tärkeä ja yleisesti käytetty terveyspalvelu.

Raportissa kerrotaan, aina kun on mahdollista, mitä seuraavista kustannuseristä yksikkökustannuksiin sisältyy ja millä tavoin voimavarakäyttö on arvoitettu:

- Välittömät työvoimakustannukset kuten hoitotyö ja fysioterapia.
- Välittömät materiaali- ja tarvikkekustannukset. Tähän ryhmään kuuluvat lääkkeet ja muut hoitoon kuuluvat tarvikkeet sekä joihinkin toimenpiteisiin sisältyvät tarvikkeet.
- Välittömät kone- ja laitekustannukset. Tähän ryhmään kuuluvat sellaiset laitekustannukset, jotka ovat suoraan kohdentavissa tarkastelun kohteena olevaan hoitoon tai toimenpiteeseen. Koneiden ja laitteiden hankintakustannus on korkea ja käyttöikä useita vuosia. Laitteen kiinteät kustannukset on siten jaettava koko käyttöiälle sopivaa poistolaskennan menetelmää soveltaen, katso esimerkiksi Neilimo (5, s. 76–85) tai Drummond (6, s. 68–74).
- Yleiskustannukset (välilliset kustannukset). Tähän ryhmään kuuluvat kaikki kustannuserät, joita ei pystytä suoraan kohdentamaan tarkastelun kohteena olevaan toimintoon tai hoitoon, esimerkiksi laitteiden ylläpito, hallinto, kiinteistöhoito. Usein yleiskustannukset ovat luonteeltaan kiinteitä eli toimintavolyymin muutos ei vaikuta kustannuserän suuruuteen. Kahden intervention kustannusten vertailussa kiinteät yleiskustannukset voidaan siten joissakin tapauksissa jättää tarkastelun ulkopuolelle.

Yksikkökustannukset

Tässä aluvussa raportoidaan kyseessä olevien palvelujen yksikkökustannukset sekä käytettyjä ja olemassa olevia tietolähteitä. Yksikkökustannustietoja on esitetty tekstissä, taulukoissa ja erikseen liitetaulukoissa 1 ja 2. **Tämän raportin suositukset terveystaloudellisissa analyyseissa käytettäväksi yksikkökustannuksiksi on tekstissä lihavoitu.**

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Tässä aluvussa esitetään yksikkökustannusten käyttöä koskevia ohjeita ja esimerkkejä. Kaikki esitetyt yksikkökustannukset on muun-

nettu vuoden 2001 hintatasolle. Tarvittaessa yksikkökustannusten muuntamisessa käytetyt hinta-, ansiotaso- ja kustannusindeksit on esitetty liitetaulukossa 3. Mikäli terveystaloudelliseen tutkimukseen liittyen ei ole täyttä varmuutta siitä, mitä indekseistä tulisi käyttää, on suositeltavinta käyttää julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksiä. Mikäli jonkun tietyn terveystalouden yksikkökustannuksista on niukasti tietoa, voidaan laskea varovaisia arvioita terveystalouden työvoimakustannuksiin perustuen liitetaulukossa 4 esitettyjen eräiden keskimääräisten palkkakustannusten avulla. Lisäksi raportoidaan seikkoja, jotka on otettava huomioon tietojen sovellettaessa.

4 Terveysthuollon voimavarojen käytön arvioimisen periaatteita

Kustannuskäsitteitä

Kustannukset voidaan määritellä tuotannontekijöiden rahassa mitatuksi käytöksi tai kulutukseksi (5, s. 45). Tuotannontekijöitä ovat kaikki voimavarat, joita organisaatio ostaa ja käyttää toiminnassaan. Terveysthuollon tuottamisessa käytettäviä voimavaroja ovat esimerkiksi lääkäreiden ja muun henkilökunnan työpanokset, lääkkeet sekä tarvittavat koneet ja laitteet. Kustannukset sisältävät sekä käytettyjen voimavarojen määrän että niiden rahallisen arvon.

Teoreettisesti johdettuna käytettyjen voimavarojen arvo määräytyy vaihtoehtokustannusten mukaisesti. *Vaihtoehtokustannus* on parhaasta vaihtoehtoisesta voimavarojen käytöstä saatava hyöty, joka voimavarojen valituksa käyttötarkoituksessa menetetään (ks. esimerkiksi Sintonen, Pekurinen ja Linnakko 1997) (7, ss. 20–21) Menetettyjen terveyshyötyjen rahamääräisen arvon määrittäminen on vaikeaa ja siksi kulutettujen voimavarojen arvottamiseen käytetään useimmiten panosten markkinahintoja (6, s. 54). Käytäntö perustuu oletukseen täydellisesti toimivista hyödykemarkkinoista.

Kokonaiskustannukset (total cost, TC) saadaan kertomalla kaikkien käytettyjen tuotantopanosten määrät vastaavilla yksikkökustannuksilla ja laskemalla näin saadut eri tuotantopanosten kustannukset yhteen. Keskimääräiset *yksikkökustannukset* (average cost, AC) saadaan jakamalla kokonaiskustannukset vastaavalla suoritelmäärällä. *Rajakustannus* (marginal cost, MC) on yhden lisäyksikön tuottamisesta aiheutuva kustannusten lisäys. (5, ss. 50–60) (6, ss. 60–62). Tässä raportissa esitetyt kustannukset

ovat keskimääräisiä yksikkökustannuksia, ellei erikseen toisin mainita.

Standardikustannukset ovat taloudellisessa arvioinnissa käytettäväksi sovittuja suosituksia yksikkökustannuksista, jotka voidaan määritellä usealla eri tavalla. Standardikustannukset ovat ikään kuin tuotetun suoritteiden tai hoitotun potilaan sovittu yksikkökustannustaso. Kun standardikustannus asetetaan vastaamaan taloudellisessa mielessä tehokasta toimintaa, on kysymyksessä ideaalistandardi. Toiminta on taloudellisessa mielessä tehokasta, kun tavoitteeksi asetettu tuotantomäärä saadaan aikaiseksi pienimmillä mahdollisilla kustannuksilla. Terveysthuollossa tehokkuus tarkoittaisi näin määriteltynä siis tarkastelun kohteeksi valitun potilasryhmän terveysongelman ratkaisemista pienimmän mahdollisen kustannuksella. Standardikustannukset voidaan asettaa myös toteutuneeseen toimintaan perustuen esimerkiksi keskimääräisten yksikkökustannusten tasolle, jolloin tavoitteet ovat ideaalistandardeja helpommin saavutettavissa. (8, ss. 548–549.)

Tässä raportissa esitetyt yksikkökustannukset on määritetty käytettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantopanosten markkinahintoihin perustuen. *Mahdolliset asiakasmaksut sisältyvät siten esitettyihin yksikkökustannuksiin* ja asiakasmaksujen suuruus on tarvittaessa erikseen raportoitu kyseessä olevissa kappaleissa. Yksikkökustannukset on määritetty pääsääntöisesti keskimääräisiin toteutuneisiin kustannuksiin perustuen ja ne vastaavat suomalaista yksikkökustannusten keskitasoa. Esitetyt yksikkökus-

tannukset eivät siten välttämättä ole tehokasta toimintaa vastaavia ideaalistanardeja. Tuotantopanosten markkinahinnat eivät epätäydellisillä markkinoilla heijasta yhteiskunnallisia rakastannuksia. Markkinoita vääristäviä tekijöitä voivat olla esimerkiksi myyjän monopoliasema ja verot, kuten arvonnävero. Markkinoiden epätäydellinen toiminta synnyttää tarpeen hintojen oikaisemiselle taloudellisissa analyyseissa eli varjohinnoittelulle. (9, ss. 302–308.) Tässä raportissa ei ole otettu huomioon markkinoiden mahdollista epätäydellistä toimintaa eikä varjohinnoittelua ole käytetty.

Käytetyt laskentaperusteet on esitetty tarvittaessa tarkemmin kussakin luvussa. Terveyspalvelun yksikkökustannus on keskimääräinen arvo, jota sovelletaan kaikkiin saman palvelun tuottajiin paikasta riippumatta. *Raportissa esitetyt yksikkökustannukset ovat suositusarvoja voimavarojen arvottamiseen terveystaloudellisissa selvityksissä.* Palvelun kokonaiskustannus muodostuu siihen sisältyvien osasuoritteiden määrän ja yksikkökustannusten tulona. Oletetaan, että yhden radiologisen tutkimuksen kustannukset ovat 30,0 euroa, mikä sisältää työn, laitteet, tarvikkeet ja osuuden yleiskustannuksista. Jos potilaan hoidossa tarvitaan kolme tällaista tutkimusta, ovat potilaan radiologisten tutkimusten kustannukset 90,0 euroa. Potilaan hoidon kokonaiskustannuksiin lasketaan samalla periaatteella mukaan muut osasuoritteet, esimerkiksi muut tutkimukset ja lääkärin suorittamat toimenpiteet.

Kustannusten mittaamiseen liittyy useita ratkaistavia asioita. Kustannukset sisältävät käytettyjen voimavarojen määrän ja arvottamisessa käytetyn rahamääräisen arvon (hinnan). On päätettävä, miten tuotosta mitataan. Tämä riippuu kyseessä olevan terveystalouden ominaisuuksista. Sairaalahoidossa voidaan laskea esimerkiksi hoitajaksojen lukumäärä, hoitajakson pituus päivinä, hoidettujen potilaiden määrä tai hoitajaksojen määrä hoidon vaativuuden mukaan painotettuna. Hoitopäivällä tarkoitetaan henkilön laitoshoidon tulopäivää ja sen jälkeen kertyviä hoitovuorokausia laitoksessa lähtöpäivää lukuun ottamatta. (10) Avohoitokäyntejä voidaan tarkastella yleisesti tai luokitella tarkasti erityyppisiin avohoitokäynteihin suoritettu-

jen toimenpiteiden tai käynnin muiden ominaisuuksien perusteella (esimerkiksi päivystyskäynnit). Lisäksi on olemassa puoliavoimia hoitomuotoja kuten päiväkirurgiaa, päivä- ja yöhoitoja sekä erilaisia psykiatrisia hoitomuotoja. Tässä raportissa käytetään pääsääntöisesti tarkinta tarkastelutasoa, jolla tietoja on saatavilla.

Kustannusten mittaamisessa on ratkaistava myös ns. laajuusongelma eli missä laajuudessa voimavaroja sisällytetään mittaukseen. Periaate on, että mukaan otetaan kaikki hoidosta tai terveysohjelmasta suoraan aiheutuvat kustannukset. Kustannukset voidaan jakaa edelleen välittömiin ja välillisiin kustannuksiin. *Välittömät* kustannukset ovat kustannuseriä, jotka voidaan luontevasti kohdistaa tietyille tuotteille tai tuoteryhmälle selvään syy-yhteyteen perustuen. *Välillisiä* ovat ne kustannuserät, joilla ei ole selvää syy-yhteyttä tiettyyn tuotteeseen tai tuoteryhmään, vaikka useissa tapauksissa kyse on toiminnan kannalta välttämättömistä eristä, kuten laitteista, lämmityksestä tai atk-kustannuksista. (5, ss. 54–57.) *Yhteiskustannukset* (yleiskustannukset, overhead cost) kuuluvat välillisiin kustannuksiin ja aiheutuvat sellaisten voimavarojen käytöstä, jotka ovat yhteisiä useammille osastoille tai potilasryhmille, esimerkiksi sairaalan yleishallinnon kustannukset, atk-palvelujen kustannukset ja yhteisesti käytettävien laitteiden kustannukset (6, ss. 74–81). Yhteiskustannusten luokittelu riippuu kunkin organisaation valitsemista toiminnan organisointi- ja laskentaperiaatteista.

Hoidon välittömien kustannusten lisäksi myös välilliset kustannukset, esimerkiksi käytettävien koneiden ja laitteiden pääomakustannukset, otetaan mukaan terveystaloudelliseen analyysiin (6, ss. 59–69). Tässä raportissa yksikkökustannuksiin on pyritty sisällyttämään kaikki terveystalouden tuottamisesta aiheutuvat välittömät ja välilliset kustannukset. Kussakin luvussa on erikseen kuvattu yksikkökustannusten sisältämät kustannuserät, mikäli edellä mainitusta periaatteesta on jouduttu poikkeamaan.

Laajuusongelman ratkaisemiseen liittyen on terveystaloudellisissa selvityksissä lisäksi

huomattava, että arvioitavissa hoitovaihtoehtoissa käytetään usein myös sellaisia voimavaroja, joille ei ole löydettävissä suoraan markkinahintaa. Esimerkkeinä voidaan mainita perheen ja omaisten antama kotihoito tai vapaaehtoistyöntekijöiden työpanokset laitoksissa ja kotihoidossa. Sairauden hoito saattaa aiheuttaa potilaan ja perheen poissaoloa työstä ja siten ansion menetyksiä (tuottavuuskustannuksia). Edellä mainittujen kustannuserien käsittely on ratkaistava terveydenhuollon taloudellisissa selvityksissä aina tapauskohtaisesti. Lisäksi potilaalle ja perheelle saattaa aiheutua sairauden hoidosta matkakustannuksia tai muita kustannuksia, esimerkiksi kodin saneerauksesta, ks. esimerkiksi Drummond ym. (6, ss. 105–119) ja Gold ym. (11, ss. 176–183). Tässä raportissa esitetään vain tavallisimpien terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen yksikkökustannukset, joten edellä mainitut erät jäävät tarkastelun ulkopuolelle. Luvussa “Voimavarojen määrittäminen ja kustannusten arvioiminen...” on esitetty lyhyesti arvottamisperiaatteet tuottavuuskustannuksille ja sellaisille voimavaroille, joille ei ole löydettävissä suoraan markkinahintaa.

Voimavarojen käyttötiedot

Tässä raportissa esitetyt yksikkökustannukset perustuvat olemassa oleviin rekistereihin, tilastoihin ja muihin tietolähteisiin. Lähtökohtana on kustannusten suora mittaaminen ja tavoitteena mahdollisimman monen palveluntuottajan kustannuksiin perustuvien yksikkökustannusten esittäminen. Tietolähde ja yksikkökustannusten tuottamiseen käytetty otos on raportoitu kussakin luvussa. Yksittäisen palveluntuottajan ilmoittamien kustannusten esittämistä on pyritty välttämään, koska ei voida olettaa, että mikään yksittäinen havainto edustaa tyypillistä keskimääräistä kustannustasoa.

Tarkastelun kohteena olevan potilasryhmän hoidon kustannusten määrittämiseksi tarvitaan tietoa terveydenhuollon voimavarojen käytöstä. Voimavarojen käyttö voidaan selvittää

Alhaalta ylöspäin toteutettava kustannuslaskenta (micro-costing tai bottom-up costing) tarkoittaa kaksivaiheisia laskentatekniikoita, jossa hoidon kustannukset saadaan nimeämällä ensin yksityiskohtaisesti kaikki valitussa hoitomuodossa kulutettavat erilaiset voimavarat. Tämän jälkeen lasketaan kuinka paljon kutakin voimavaratyyppiä potilasryhmän hoidossa on käytetty ja arvotetaan käytetyt voimavarat yksikkökustannuksilla. Alhaalta ylöspäin toteutettavilla laskentatekniikoilla saadaan tuotetuksi yksityiskohtaisella tasolla olevia kustannusestimaatteja (6, ss. 67–68). Ylhäältä alaspäin toteutettava laskenta (top-down costing) tarkoittaa tekniikoita, joissa kustannuslaskenta aloitetaan ylhäältä päin kokonaiskustannuksista, jotka sitten kohdistetaan vaiheittain organisaation eri tulosalueilla, osastoille tai toiminoille ja edelleen potilasryhmille tai hoidetuille potilaille. Tässä raportissa julkaistuissa yksikkökustannuksissa on tätä top-down menetelyä noudatettu kohdistettaessa sairaaloiden kustannuksia eri potilasryhmille DRG-ryhmitelyyn avulla.

tää valtakunnallisista terveydenhuollon tilastoista ja rekistereistä, otokseen perustuen palveluntuottajien potilasrekistereistä, kliinisen kokeen yhteydessä tai kysymällä suoraan potilailta. Esimerkkeinä valtakunnallisista terveydenhuollon tietolähteistä voidaan mainita hoitoilmoitusjärjestelmä (HILMO), sairaaloiden ja terveystieteiden avotoimintatilasto ja sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus-projektin tietokannat Stakesissa sekä Kansaneläkelaitoksen rekisteritiedot mm. yksityisten terveystieteiden palveluntuottajien asiakkailta perimistä maksuista.

Terveydenhuollon voimavarojen käyttö voidaan arvioida myös potilastiedoista otettuun otokseen perustuen. Käytännössä voimavarojen käytön selvittäminen näin on usein työlästä ja tiedot on saatavissa vain yhdeltä pal-

velujen tuottajalta. Jos potilas siirtyy hoitoon muualle, jatkohoitoa koskevien tietojen saaminen on usein vaikeaa. Potilasrekistereistä saadaan yksityiskohtaista tietoa potilaiden hoidosta ja hoitokäytännöstä. Tutkija voi lisäksi keskittyä hoidon tärkeimpien osa-alueiden selvittämiseen.

Terveydenhuollon voimavarakäyttöä koskevat tiedot voidaan kerätä kliinisten tutkimusten yhteydessä. Tällöin käytössä ovat vain etukäteen määrättyjen tutkimukseen osallistuvien potilaiden tiedot. Toisaalta tutkija voi vaihtaa siihen, mitä voimavaratietoja kerätään ja miten.

Tietoja terveydenhuollon voimavarojen käytöstä voidaan kysyä suoraan potilailta henkilökohtaisilla tai puhelinhaastatteluilla tai kirjallisilla kyselyillä. Suoraan potilailta kysyttyjen tietojen luotettavuus riippuu tiedonkeräyksen toteutuksesta ja saattaa olla luotettavuudeltaan heikompaa kuin rutiininomaisesti potilastietoihin ja -rekistereihin kerättävät tiedot. Tie-

tojen luotettavuuteen vaikuttavat monet asiat. Sanavalinnat kyselylomakkeessa vaikuttavat siihen, miten potilaat kysymykset ymmärtävät. Mitä pidemmältä ajanjaksolta terveystalouden palvelujen käyttöä on muisteltava tai mitä kauemmin palvelujen käytöstä on aikaa kulunut, sitä vaikeampi potilaan on muistaa palvelujen käytön todellista määrää. Kyselylomakkeen pituus ja/ tai haastatteluteknikka vaikuttavat myös siihen, miten aktiivisesti potilaat vastaavat kysymyksiin. Suoraan potilailta voidaan kerätä sellaisia tietoja, joita ei ole muista lähteistä saatavilla.

Terveydenhuollon voimavarakäyttöä kuvaavia tietoja voidaan kerätä myös palvelun tuottajien subjektiivisiin arvioihin perustuen. Lääkäreiden asiantuntija-arvioita hoitoon käytettävistä voimavaroista ja kustannuksista käytetään yleisesti terveystaloudellisissa selvityksissä. On huomattava, että tällä tavoin kerättyjen tietojen luotettavuudesta ei tiedetä paljoakaan.

Voimavarojen määrittäminen ja kustannusten arvioiminen yhteiskunnallisesta näkökulmasta

Terveydenhuollon taloudellisissa arvioinneissa ensisijaisena tavoitteena on vertailla kahden tai useamman hoitovaihtoehdon kustannusvaikuttavuutta. Tämä sisältää vertailtavien vaihtoehtojen vaikuttavuuden ja voimavarakäytön mittaamisen arvottamisen. Tässä luvussa esitetään lyhyesti eräitä kustannusten arviointiin liittyviä keskeisiä periaatteita.

Hoito-ohjelman toteuttamisessa käytetään pääsääntöisesti terveydenhuollon voimavaroja. Lisäksi saatetaan tarvita muitakin kuin terveydenhuollon voimavaroja sekä perheen ja ystävien apua. Potilaan (ja omaisten) aikaa kuluu matkoihin, hoitoihin ja esimerkiksi kuntoutukseen. Kustannus-vaikuttavuutta arvioidaan hoitovaihtoehdoista aiheutuvien kustannusten ja aikaan saatujen terveystaloudellisten suhteisiin perustuen. (6, s. 33.)

Terveydenhuollon voimavarat

Tässä raportissa keskitytään terveydenhuollon välittömien voimavarojen yksikkökustannusten esittämiseen kustannusten maksajasta riippumatta. Hoitoon käytetyt potilaan ja perheen voimavarat voivat olla esimerkiksi lääkärin-palkkioita, asiakasmaksuja, itse ostettuja lääkkeitä ja hoitotarvikkeita. Tähän ryhmään kuuluvat myös hoidosta aiheutuvat matkakustannukset, ostettu kotihoito ja -apu sekä perheen ja ystävien antama hoiva ja apu. Seuraavassa kappaleessa esitetään potilaan ja perheen käyttämien voimavarojen arvioinnin periaatteita. Talouden muilla sektoreilla tuotettujen palvelujen voimavaroja, kuten esimerkiksi vapaaehtoistyönä tuotettuja sosiaalisia tukipalveluita ja kotiapua, ei käsitellä tässä raportissa.

Hoidossa käytetyt potilaan ja perheen voimavarat

Hoidossa käytetyt potilaan ja perheen voimavarat voidaan ryhmitellä potilaan maksettaviksi tuleviin eriin (out-of-pocket payments) ja muihin hoitoprosessissa käytettyihin voimavaroihin. Potilaan (ja perheen) maksettavaksi tulevat voimavarat voivat olla esimerkiksi itse ostettuja lääkkeitä, hoitotarvikkeita, apuvälineitä, kodin saneerauksesta aiheutuvia kustannuksia tai lääkärinpalkkioita. Nämä erät ovat erilaisia analysoitavista potilasryhmistä tai hoitovaihtoehtoista riippuen. Useimmat edellä mainitut voimavarat ovat kuitenkin ostettavissa markkinoilta ja siten niille on löydettävissä markkinahinta, jota voidaan käyttää voimavarakäytön arvottamiseen. Hoitoprosessissa käytettyjä voimavaroja ovat kotiapu ja kotona saatu hoito, matkakustannukset sekä aikakustannukset.

Potilas ja perhe joutuvat usein luopumaan tavallisista toiminnoistaan ja käyttämään aikaa hoitoon hakeutumiseen ja hoitojen saamiseen. Aikakustannukset koostuvat tämän muista toiminnoista menetetyt ajan arvosta. Matkakustannukset koostuvat välittömistä matkustuskustannuksista ja matkoihin käytetyn ajan arvosta. Makkonen ja Asikainen arvioivat tutkimuksessaan vuonna 1998 terveydenhuollon avopalvelujen käyttöön liittyviä asiakkaalle koituvia matka- ja aikakustannuksia Suomessa (12).

Tässä raportissa matkakustannuksilla tarkoitetaan välittömiä matkustuskustannuksia. Matkoihin käytetty aika luetaan mukaan hoitoon käytettyyn aikaan ja siten sen arvottamiseen pätevät yleiset aikakustannusten arvottamisen periaatteet.

Aikakustannukset

Aikakustannukset ovat seurausta sairauden hoitoon käytetystä potilaiden, perheiden ja muiden ei-ammattimaisten hoitajien ajasta sekä sairastamisen aiheuttamista kustannuksista. Sairaudesta aiheutuvat kustannukset on määritelty aikakustannuksiksi, jotka aiheutu-

vat sairauden aiheuttamasta työkyvyttömyydestä tai menetystä mahdollisuudesta nauttia vapaa-ajasta. (11, s. 39, 181.)

Potilaan ja perheen hoitoon hakeutumiseen, odottamiseen ja hoidon vastaanottamiseen kuuluva aika sisältää kaksi elementtiä. Ensinnäkin aika on voimavara, jota kuuluu hoitoprosessissa. Potilaiden ja perheen on luovuttava joistakin normaaleista toiminnoistaan hoitoprosessin aikana, ja siksi käytetylle ajalle on taloudellisessa mielessä löydettävissä vaihtoehtokustannus. Nämä aikakustannukset ovat aiheutuvat suoraan hoidosta ja siten ne voidaan jättää pois analyysistä vain, jos ne ovat määrältään vähäisiä tai samat kaikille vertailtaville hoitomuodoille. (11, s. 181.)

Toisaalta ajan käyttämisestä hoitoprosessiin aiheuttaa yhteiskunnan kannalta tuotannon menetyksiä. Tuotannonmenetyksiä syntyy sairauden hoitoon ja sairaudesta toipumiseen kuluvana aikana. Mikäli sairaus johtaa kuolemaan tai pitkäaikaiseen tai pysyvään työkyvyttömyyteen, saattaa tuotannonmenetyksiä aiheutua erittäin pitkältä ajanjaksolta. Tällöin menetetään potilaan panos työmarkkinoilla siltä ajalta, joka vielä olisi edessä ennen eläkeikää. Tuotannonmenetysten arvon määrittäminen taloudellisissa arvioinneissa on monitahoinen kysymys. Kirjallisuudessa tuotannonmenetyksistä aiheutuvista kustannuksista käytetään myös käsitettä tuottavuuskustannukset tai epäsuorat kustannukset (productivity cost, indirect cost) (11, ss. 178–183).

Seuraavissa kappaleissa käsitellään lyhyesti aikakustannusten ja tuottavuuskustannusten arviointia edellä mainitun jaottelun mukaisesti: ensinnäkin lyhyellä aikavälillä sairauden hoidon ja toipumisen aikana sekä pitkällä aikavälillä, mikäli sairauteen liittyy työkyvyttömyys tai ennenaikainen kuolema.

Aikakustannukset hoitoon ja toipumiseen käytetyltä ajanjaksolta

Sairauden hoitoon liittyvät aikakustannukset arvioidaan ja otetaan mukaan hoitovaihtoehtojen kustannuksiin (11, s. 180). Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeessa todetaan, että jos mm.

sairauspoissaoloista aiheutuvat tuotannonmenetykset ja sairauden vuoksi menetetyt vapaa-ajan arvo halutaan esittää terveystaloudellisesti selvityksessä, ne on pidettävä selvästi erillään välittömistä kustannuksista ja analyysin tulokset on aina esitettävä myös ilman välillisiä kustannuksia (4). Potilaan ja perheen aika, joka kuluu hoitoon hakeutumiseen, odottamiseen ja hoidon vastaanottamiseen on kuitenkin monissa tapauksissa suuruudeltaan merkittävä kustannuserä ja sen jättäminen analyysin ulkopuolelle ei ole suositeltavaa. Siksi suositellaan, että potilaan ja omaisten aikakustannukset tulee sisällyttää terveystaloudelliseen arviointiin silloin kun aikakustannukset ovat relevantteja.

Hyvinvointiteorian mukaisesti aikakustannukset voidaan määrittää käytettyjen voimavarojen yhteiskunnallisen vaihtoehtokustannusten perusteella (13). Aikakustannusten määrittäminen voidaan jakaa kolmeen tapaukseen: menetettyyn työaikaan, menetettyyn kotitaloustyöhön ja menetettyyn vapaa-aikaan.

Posnett ja Jan (1996) ovat määritelleet tutkimuksessaan aikakustannukset seuraavasti: kun käytetty aika on ollut palkallista työaika ja sairastuneen työntekijän työpanos on korvattu (ei tuotannonmenetystä), määritellään hoitoon kuluneen ajan kustannukset nettopalkan mukaan. Kun käytetty aika on palkallista työaika ja sairastuneen työntekijän työt on jätetty tekemättä (tuotannonmenetys), on vastaavat aikakustannukset voitu arvioida bruttopalkkoihin perustuen. (13)

Kun käytetty aika on ollut kotitaloustöihin tai muihin palkattomiin töihin käytettävää aikaa, tekemättä jääneen työn arvo voidaan määrittää vaihtoehtokustannusten tai vastaavan työn markkinahinnan mukaan. Markkinahintoja käytettäessä menetetyt kotitaloustyön arvo määräytyy kotiaivustajien bruttopalkan mukaan.

Kun hoitoon käytetty aika on ollut vapaa-aikaa, aikakustannusten määrittämiseen vaikuttaa, onko potilas tai omainen mukana työelämässä vai ei. Työssäkäyvien henkilöiden menetettyä vapaa-aikaa vastaavat aikakustannukset voidaan arvioida nettopalkan mukaan. Työttömien hoitoon käyttämän vapaa-ajan ar-

vona voidaan käyttää sopivan työntekijäryhmän keskimääräistä nettopalkkaa. Hoitoon käytettyä vapaa-aikaa vastaavien aikakustannusten määrittämisestä ei ole kirjallisuudessa yksimielisyyttä. Jos hoidon vaikuttavuutta mitataan terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareilla, ne ottavat ainakin osittain huomioon potilaiden menettämän vapaa-ajan arvon (14). Tällöin on varmistettava, että menetetyt vapaa-ajan kustannukset eivät tule mukaan analyysiin kahteen kertaan.

Tuottavuuskustannusten arviointi

Sairaudesta aiheutuvien tuottavuuskustannusten arvioiminen voi perustua inhimillisen pääoman menetelmään tai ns. kitkakustannusmenetelmään (friction cost method). Inhimillisen pääoman menetelmässä arvioidaan sairaudesta johtuvan potentiaalisen menetetyt tuotannon arvo. Menetelmässä lasketaan arvo potentiaaliselle kokonaistuotokselle vammautumista tai kuolinhetkestä eläkeikään saakka. Tuottavuuskustannukset tulevat tällöin usein arvioiduiksi yhteiskunnan kannalta liian korkeiksi. Käytännössä toinen työntekijä tekee usein sairastuneen henkilön työt, työ voidaan peruuttaa tai voidaan palkata uusi työntekijä työttömien työnhakijoiden joukosta tekemään sairastuneen henkilön osuus.

Kitkakustannusmenetelmä on vaihtoehto inhimillisen pääoman menetelmälle sairaudesta aiheutuvien todellisten tuottavuuskustannusten arvioimiseen (15, 16). Kitkakustannusmenetelmän perusidea on, että sairastamisesta johtuvan tuottavuuskustannusten suuruus riippuu olosuhteista työmarkkinoilla ja ajanjakson pituudesta, jonka organisaatiot tarvitsevat palautuakseen normaalille tuotantotasolle. Tuottavuuskustannuksia aiheutuu vain siltä ajalta, joka yritykseltä menee sairaan työntekijän korvaamiseen. Tuottavuuskustannukset rajoitetaan lyhyelle aikavälille ja tarvittavan sopeutumisajan jälkeen sairaudesta ei ajatella syntyvän tuottavuuskustannuksia.

Tuottavuuskustannusten arviointi on kirjallisuudessa kiistanalainen kysymys. Näiden kustannusten huomioon ottaminen taloudel-

lisissä analyysissä saattaa suosia työssäkäyvään väestöön kohdistuvia terveysohjelmia eläkeläisiin, muihin työmarkkinoiden ulkopuolella oleviin tai matalapalkkaisiin henkilöihin kohdistuvien interventioiden sijaan. Tämä saattaa olla ristiriidassa tasavertaisuus- ja oikeudenmukaisuuspyrkimysten kanssa. Suomessa ei ole empiirisesti määritetty todellisia tuotannonmenetyksiä kitkakustannusmenetelmällä arvioituna ja siten tämän menetelmän tuottamia tuloksia ei ole toistaiseksi saatavissa Suomesta. Myös inhimillisen pääoman menetelmän käyttöön liittyy ongelmia kuten edellä mainitut oikeudenmukaisuusnäkökohdat. Pidemmän aikavälin tuottavuuskustannusten osalta on perusteltua nojautua sosiaali- ja terveysministeriön antaman ohjeen mukaiseen suositukseen (4). Mikäli sairaudesta ja kuolemista aiheutuva tuottavuuskustannukset halutaan esittää osana terveystaloudellista selvitystä, on nämä erät syytä pitää selvästi erillään interventioiden välittömistä kustannuksista.

Matkakustannukset

Kustannukset, jotka aiheutuvat matkoista hoitoa antavaan laitokseen tai sieltä takaisin kotiin, ovat sairauden hoidosta aiheutuvia välittömiä kustannuksia. Matkakustannukset voivat olla suuruudeltaan merkittäviä, esimerkiksi jos sairauden hoito vaatii viikoittaisia käynnejä hoidossa toisella paikkakunnalla.

Terveydenhuollon asiakasmaksut

Tässä raportissa esitettävät yksikkökustannukset kuvaavat palvelujen tuottamisesta aiheutuvia kokonaiskustannuksia. Asiakasmaksut on pääsääntöisesti otettu huomioon esitetyissä yksikkökustannuksissa ja kustannukset ovat siis bruttomääräisiä (nettomääräisiin kustannuksiin on eräissä tapauksissa lisätty asiakasmaksujen osuus). Tämä on otettava huomioon kun esitettyjä yksikkökustannuksia käytetään tutkimuksissa. Kaikista terveyspalveluista ei ole saanut periä asiakasmaksuja (17).

Seuraavissa kappaleissa ja myöhemmissä luvuissa esitetään tavallisimpia vuoden 2001 asiakasmaksuja euroiksi muunnettuna. Koska Sosiaali- ja terveysministeriö ilmoitti vuonna 2001 maksut markoissa ja vuonna 2002 euroissa, ovat tässä raportissa esitetyt asiakasmaksut muunnettu raportin linjan mukaisesti euroiksi.

Kunnat saivat periä terveyskeskuksen tuottamista lääkäripalveluista asiakasmaksuja vuosimaksuna 20,2 euroa tai 10,1 euroa käyntiä kohden vuonna 2001. Päivystyskäynnistä ei saanut periä maksua. Tilapäisen kotisairaanhoidon lääkärin käyntimaksuna voitiin periä 10,1 euroa ja muun terveydenhuollon henkilön käynnistä 5,9 euroa. Fysioterapian sarjahoidosta ja -käynneistä asiakasmaksuna oli 5,0 euroa. (18)

Sairaalapalveluista kunnat saivat periä asiakkailta poliklinikkamaksua 20,2 euroa ja päiväkirurgisen toimenpiteen asiakasmaksua 67,3 euroa. Laitoshoidon perusmaksuna voitiin periä 25,2 euroa (jos hoito kesti yli 3 päivää) ja lyhytaikaisen laitoshoidon hoitopäivämaksuna enintään 22,7 euroa. Laitoshoidon päivä- ja yöhoidonmaksuna voitiin periä 11,3 euroa. Psykiatrian hoitopäivämaksu oli 11,8 euroa. Kuntoutushoidon maksua voitiin periä 8,4 euroa hoitopäivästä. Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuille asetettiin vuoden 2000 alussa noin 588,7 euroa vuotuinen maksukatto, jonka täytyttyä asiakas sai palvelut pääsääntöisesti maksutta. (18) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut voi tarkistaa [www-osoitteesta http://www.vn.fi/stm/suomi/pao/asiakasmaksut2002.htm](http://www.vn.fi/stm/suomi/pao/asiakasmaksut2002.htm) [29.10.2002].

Sairausvakuutuslain mukaisista sairaanhoidokorvauksista, potilaan omavastuuosuuksista ja yksityisen sektorin korvausten määräytymisperusteista saa tietoa mm. Kansaneläkelaitoksen tilastollisesta vuosikirjasta 2001 (92). Potilaan itsensä maksamien lääkekustannusten omavastuukatto oli 580,2 euroa kalenterivuodessa vuonna 2001. Sairausvakuutus korvasi omavastuukaton ylimenevän osan kokonaan lääkärin määräämistä sairausvakuutuslain nojalla korvatuista lääkkeistä (92, s. 135).

Siirtoerät

Tulonsiirrot, joihin ei liity välitöntä voimavarojen kulutusta, eivät ole yhteiskunnan kannalta kustannuksia vaan siirtoeria (transfer costs/transfer payments), eikä niitä sisällytetä kustannuksiin yhteiskunnallisesta näkökulmasta tapahtuvassa taloudellisessa arvioinnissa. Tällaisia eritä ovat esimerkiksi sairausvakuutuskorvaukset, eläkkeet ja sairaus-, työttömyys- ja vanhempainpäivärahat sekä välilliset ja välittömät verot. Tulonsiirtojen ja muiden siirtoerien hallinnoimisesta ja järjestämisestä käytännössä aiheutuu kustannuksia. Nämä rahan siirtämisestä aiheutuvat kustannukset olisi teoreettisesti johdonmukaista ottaa mukaan analyysiin. Käytännössä siirtoeristä aiheutuvien hallintokustannusten arvioiminen ja kohdentaminen oikein terveysohjelmille on vaikeaa, joten ne jätetään pois kustannuksista. (11, ss. 183–184.)

Tulonsiirroilla voi olla vaikutusta sairauksien hoidosta aiheutuvien kustannusten jakautumiseen. Esimerkiksi sairausvakuutuskorvaukset pienentävät potilaalle aiheutuvien kustannusten määrää ja siirtävät vastaavan kustannuksen yhteiskunnan maksettavaksi. Korvaus ei kuitenkaan yhteiskunnan kannalta katsottuna muuta käytettyjen terveydenhuollon voimavarojen määrää eikä voimavarojen käytöstä syntyviä kustannuksia (11, ss. 183–184). Mikäli terveystaloudellinen selvitys laaditaan muusta kuin yhteiskunnallisesta näkökulmasta, ts. potilaan tai terveyspalvelujen rahoittajan näkökulmasta, tulonsiirrot vaikuttavat kustannusten määrään.

Arvonlisävero on välillinen vero, joka kuuluu edellä kuvattuihin siirtoeriin. Arvonlisävero saattaa kuitenkin vääristää panosmarkkinoiden tasapainoa ja vaikuttaa siten markkinoiden tehokkuuteen (9, ss. 306–307). Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat Suomessa arvonlisäverotuksen ulkopuolella olevaa toimintaa (20).

Näistä palveluista veloitetut hinnat eivät siten sisällä myynnin arvonlisäveroa. Vuonna 2001 kuntien ja kuntayhtymien ostamiin ja tuottamiin terveys- ja sosiaalipalveluihin sovellettiin arvonlisäverotuksessa erillistä palautusmenettelyä, jonka avulla näiden palveluiden tuotantomenoihin sisältyneiden arvonlisäverojen vaikutus saatiin neutraloiduksi (21). Laki kuntien arvonlisäveron palautusten takaisinperinnästä kumottiin vuoden 2002 alusta (22) ja kunnilla oli arvonlisäverolain muutoksen seurauksena oikeus saada laskennallinen palautus verottomista terveyden- ja sairaanhoitoon sekä sosiaalihuoltoon liittyvistä hankinnoista (23). Vuoden 2003 alusta arvonlisäveronpalautuksista luovuttiin kokonaan ja kuntien menettämää osuutta siirrettiin kunnille alentamalla kuntien yhteisvero-osuutta (24). Yksityisillä terveyspalvelujen tuottajilla ei ole oikeutta vähentää tuotantopanoksiin sisältyvää arvonlisäveroa, koska terveyspalvelujen myyminen on toimintana arvonlisäverotuksen ulkopuolella. Siten tuotantopanoksiin sisältyvä arvonlisävero jää toteutuneeksi menoksi esimerkiksi yksityisillä sairaaloilla ja lääkäriasemilla ja siirtyy edelleen palvelusta maksettavaan hintaan. Tämä vaikuttaa terveyspalveluista aiheutuvien maksusuuritusten jakautumiseen ja on relevanttia, jos terveystaloudellinen selvitys laaditaan rahoittajien tai potilaiden näkökulmasta ja kun palvelun ostaja on muu kuin kunta tai kuntayhtymä.

Kun terveystaloudellinen arviointi suoritetaan yhteiskunnallisesta näkökulmasta, otetaan huomioon kaikille osapuolille terveysohjelmasta aiheutuneet kustannukset ja säästöt. Tällöin arvonlisävero on siirtoerä, joka ei vaikuta terveysohjelmasta aiheutuviin kokonaiskustannuksiin, eikä sitä tule ottaa mukaan kustannuksiin terveystaloudellista selvitystä laadittaessa.

5 Perusterveydenhuolto

Tässä luvussa käsitellään kunnallisen perusterveydenhuollon palveluja (liite 1): sairaanhoidon vastaanotto toiminta (lääkäri, hoitohenkilökunta ja muu avustava henkilökunta), terveysneuvonta, ehkäisevä terveydenhuolto ja työterveyshuolto, kotisairaanhoido, vuodeosasto hoito, seulonnat ja joukkotarkastukset sekä mielenterveyspalvelut. Mielenterveyspalveluita käsitellään perusterveydenhuollon palvelu-

jen yhteydessä, vaikka ne ovat osa sekä perusterveydenhuoltoa että sosiaalihuoltoa. Laboratorio- ja radiologisten tutkimusten sekä lääkinällisen kuntoutuksen ja fysioterapiapalvelujen yksikkökustannukset esitetään luvussa hoito- ja tutkimuspalvelut, koska kyseisiä palveluita järjestetään sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Sairaankuljetusta käsitellään luvussa matka- ja aikakustannukset.

Sairaanhoidon vastaanotto toiminta (lääkäri, hoitohenkilökunta ja muu avustava henkilökunta)

Johdanto

Kansanterveyslain (66/1972) 14 §:n mukaan kunnan on järjestettävä asukkaiden sairaanhoidon vastaanotto mukaan lukien lääkärin suorittama tutkimus, sekä hänen antamansa tai hänen valvonnassaan annettu hoito. Kiireellinen avosairaanhoido on järjestettävä kaikille asuinpaikasta riippumatta. (25) Sairaanhoidoa voidaan järjestää avo-, vuodeosasto- tai kotisairaanhoidona (19). Terveydenhuollon varsinaisia lääkärikäyntejä ovat mm. ajanvaraus- ja päivystyskäynnit sekä muita käyntejä konsultaatio- ja kotikäynnit sekä hoitoneuvottelut. Tilastoitavan tutkimus- tai hoitokäynnin aikana potilasta voi hoitaa yksi tai useampi henkilö (lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, kuntahoitaja jne.) (17, ss. 35–37).

Arvioinnin lähtökohdat

Perusterveydenhuollon sairaanhoidon vastaanotto toiminnan, usein ns. lääkärikäynnin yksikkökustannuksen arviointi perustuu kolmeen tässä luvussa esitettävään tietolähteeseen sekä

muihin tässä mainitsemattomiin kuntien tilinpäätöstietoihin. Suomen Kuntaliiton Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuslaskennan perusteet-projektissa vuonna 1999 (26) jaettiin sairaanhoidon vastaanotto toiminnan käynnit eli lääkärikäynnit peruskäyntiin ja laajennettuun käyntiin. Lisäksi raportissa arvioidaan lääkärikäynnin kustannusta Efektian, kuntien ja kuntayhtymien ylläpitämän Sosiaali- ja terveydenhuollon vertailutietokannan, SoteVertin tietoihin perustuen (27) sekä käyttämällä Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksessa laskettuja vastaanotto toiminnan tuotteistamisprojektin tietoja vuosilta 2001–2002 (28). Kaikki esitetyt tiedot perustuvat bruttokustannuksiin ja sisältävät täten myös asiakasmaksut.

Kuntaliiton kustannuslaskennan perusteet-projektissa vastaanotto käynnin kustannuksiin sisältyi vastaanotto toiminnasta ja sen toimialahallinnosta aiheutuvat kustannukset. Henkilöstökustannukset muodostivat kaikkine sivukuluineen noin 2/3 kokonaiskustannuksista. Kustannukset sisälsivät kaikki hoitotarvikkeista, ostetuista palveluista, materiaaleista, sektorihallinnosta ja muista voimavaroista aiheutuvat kustannukset. Ostetut palvelut muodostuvat

mm. siivouksesta ja tilojen vuokrasta. Koneiden ja laitteiden poistoja, välinehuollon kustannuksia sekä laboratoriosta ja röntgenistä aiheutuvia kustannuksia sisältyy vain laajennettuihin lääkärikäynteihin. Ainoastaan kunnan keskuks-hallinnosta aiheutuvat kustannukset jätettiin ulkopuolelle. (26, ss. 19–22.)

Kuntaliiton projektissa yksikkökustannukset on laskettu toimintolaskentaan ja tilinpäätöstietoihin perustuen. Taulukossa 1 on esitetty esimerkkejä laajennettuun käyntiin sisältyvistä toiminnoista. Toimintolaskennassa analysoidaan organisaation toiminnot ja määritel-

län laskentakohteet eli tuotteet tai palvelut. Organisaation voimavarat kohdennetaan niille toiminnoille, joiden tekemiseen resursseja kulutetaan. Lopullisen laskentakohteen kustannukset määräytyvät sen mukaan, mitä toimintoja suoritteiden tuottamiseen tarvitaan ja kuinka paljon. Keskimääräinen vastaanottokäynnin kustannus laskettiin projektiin osallistuneiden kuntien ja kuntayhtymien erityyppisten käyntien bruttokustannusten painotettuna keskiarvona ja arvot muunnettiin julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksin (liitetaulukko 3) avulla vuodelle 2001.

TAULUKKO 1. Laajennettuun sairaanhoidon vastaanottokäyntiin sisältyviä toimintoja^{a)}

Lääkinnälliset tukipalvelut	laboratorio röntgen sairaankuljetus
Voimavarat	koneet ja laitteet kustannuslaskennalliset erät materiaalit muut resurssit
Välitön potilastyö	asiakaspalvelu hoitajan vastaanotto: välitön vastaanottotyö tutkimusten valmistelu laajennettu vastaanotto puhelinkontaktit toimistotyö
Välillinen potilastyö	hoitajan vastaanotto: välillinen vastaanottotyö
Vastaanoton tukitoiminnot	arkisto hallinto kokoukset ja neuvottelut koulutus materiaalin tilaus ja käsittely välinehuolto jne.
Työaikaan kuuluvat tauot	

^{a)} Suomen Kuntaliiton kustannuslaskentaprojektista, Hurme 1999 (26).

Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen vastaanottotoiminnan tuotteistamisprojektin kustannustiedot olivat vuoden 2001 tilinpäätöksestä ja tuotteistamiseen liittyvä työajanseuranta oli tehty vuonna 2002. Projektin kustannuslaskennassa kustannukset oli jaettu lääkärin ja hoitohenkilökunnan vastaanottotuotteille: akuutti-, kontrolli-, laaja- ja toimenpidevastaanotto. (28) Toimenpidevastaanottoilla lääkärit tekivät mm. max-punktioita, luomien ja pattien poistoja.

Hoitohenkilökunnan toimenpidevastaanottoilla sairaanhoitajat tekivät mm. aikaa vieviä haavanhoidoita ja lääkintävahtimestarit kipsauksia.

Raportin vastaanottokäyntien yhtenä vertailutietona käytettiin Sotevertin tiedostoihin perustuvia lääkärikäynnin kustannuksesta (Efektia) (27). Lääkärikäynnin yksikkökustannus laskettiin SoteVertti-aineiston kuntien ja kuntayhtymien tilinpäätöstietojen avulla seuraavasti: avohoidon lääkäreiden henkilöstömenot

jaettiin lääkärikäyntien lukumäärällä (A), vähennettiin avohoidon menoista lääkäreiden henkilöstömenot ja jaettiin tämä kaikilla avohoidon käynneillä (B) ja laskettiin lopuksi osamäärät (A+B) yhteen. Keskimääräisiä tietoja painotettiin kuntien asukaslukuilla. Mikäli joltakin palvelutuottajalta ei ollut kustannustie-

toa vuodelta 2001, muutettiin vuoden 2000 kustannus julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksin (liitetaulukko 3) avulla vuodelle 2001. Laskettuun yksikkökustannukseen sisältyi mm. laboratorio- ja radiologisten tutkimusten kustannuksia.

Yksikkökustannukset

TAULUKKO 2. Perusterveydenhuollon sairaanhoidon vastaanottokäyntien yksikkökustannukset ja käyntien kuvaukset vuonna 2001

Käyntityyppi	€/käynti	Vastaanottokäynnin kuvaus
peruskäynti ^{a)} lääkäri/sh/tka	54,7	lääkärin vastaanotto alle 20 min, ei tutkimuksia (lab, rtg yms.), ei toimenpiteitä (RI-RIII), asiakkaan, potilaspapereiden, tutkimustulosten, tilojen ja välineiden valmistelu, sairausloma- ja A-todistusten laatiminen, sanelut ja kirjoittaminen (tka), tarv. ajanvaraus, hoito-ohjeet ja -tarvikejakelu
laajennettu käynti ^{a)} lääkäri/sh/tka	97,3	lääkärin vastaanotto kuten edellä mutta yli 20 min ja/tai tutkimuksia (lab, rtg yms.) ja/tai toimenpide (RI-RIII), sisältää myös hoitohenkilökunnan toimenpiteet ja palvelut
keskimääräinen ^{a)} lääkäri/sh/tka	75,7	perus- ja laajennetun käynnin keskiarvo Suomen Kuntaliiton (1999) aineistosta (kaikki kustannukset jaettuna käyntien lukumäärällä)
toimenpidekäynti ^{b)} lääkäri/sh/tka	124,3	toimenpidettä varten varattu käynti, josta lääkärin työaika 27–32 min, kokonaisaika valmisteluineen ja jälkitöineen 47–63 min (sh:n ja/tai tka:n työaika), sisältää mm. materiaali- ja lääkekustannusten lisäksi lab.- ja rtg-kustannuksia
keskimääräinen, hoitohenkilökunnalle ^{b)} sh/lvm	22,5	hoitohenkilökunnan (sh tai lvm) itsenäisesti toteuttamien kaikkien vastaanottokäyntien keskim. yksikkökustannus Kuopion tuotteistamisprojektissa (2001–2002), esim. sh:n työaika vaihtelee keskim. 14–35 min
toimenpidekäynti, hoitohenkilökunnalle ^{b)} sh/lvm	54,0	hoitohenkilökunnan itsenäisesti toteuttamien toimenpidevastaanottojen keskim. kustannus, lvm:n vastaanotto: keskim. 32 min (kipsauksia, teippauksia, lastoituksia) tai sh:n vastaanotto: keskim. 35 min (haavahoitoja, korvahuuhteluja, injektioita), sisältää mm. materiaali- ja lääkekustannuksia

Taulukon lyhenteet: sh = sairaanhoitaja, lvm = lääkintävahtimestari ja tka = terveyskeskusavustaja.

^{a)} Yksikkökustannukset ovat Suomen Kuntaliiton kustannuslaskentaprojektista, Hurme 1999 (26), jonka tiedot on muunnettu vuoden 2001 arvoon julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksin avulla (liitetaulukko 3). Yksityiskohtainen käyntien kuvaus on lähteessä.

^{b)} Yksikkökustannukset on Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen vastaanotto toiminnan tuotteistamisprojektin tietoja vuodelta 2001–2002 (28). Yksityiskohtainen käyntien kuvaus on lähteessä.
HUOM! Lääkärille kohdistuvat käynnit sisältävät myös hoitohenkilökunnan ja terveyskeskusavustajien työtä. Hoitohenkilökunnalle kohdistuvien käyntien/heidän itsenäisesti toteuttamien vastaanottojensa kustannuksia ei saa laskea yhteen esim. peruskäynnin kustannuksen kanssa arvotettaessa lääkärikäynnin kustannuksia.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Perusterveydenhuollon sairaanhoidon vastaanottotoiminnan yksikkökustannuksina suositellaan käytettäväksi taulukossa 2 ilmoitettuja yksikkökustannuksia riippuen käyntien sisällöstä. Kaikkien käyntien yksikkökustannuksiin sisältyy useiden ammattiryhmien työpanosta, myös peruskäyntiin kuuluu varsinaisen lääkärin tekemän potilastutkimuksen lisäksi kustannuksia potilaspapereiden ja tilojen valmistelusta sekä mm. sanelujen kirjoittamisesta. Lääkärin työpanosta sisältyy peruskäyntiin, laajennettuun ja keskimääräiseen käyntiin. Hoitohenkilökunnan, sairaanhoitajien ja lääkintävahtimestareiden käyntien yksikkökustannuksia suositellaan käytettäväksi, kun kyseessä on käynnit, joihin lääkäri ei osallistu.

Keskimääräistä vastaanottokäynnin kustannusta voidaan käyttää perus- tai laajennetun käynnin yksikkökustannuksen sijaan, mikäli käynnin sisällöstä ja laajuudesta ei ole tietoa. Mikäli vastaanottokäyntiin kuuluu peruskäynnin kuvausta enemmän voimavaroja (työpanos, materiaalit ym.), voidaan kustannuksena käyttää keskimääräisen tai laajennetun käynnin kustannusta. Jos kysymyksessä on erityinen lääkärille suunnattu toimenpidekäynti, voi yksikkökustannuksena käyttää toimenpidekäynnin kustannusta. Myös laajennettuun käyntiin voi sisältyä vastaanoton ohessa tehty toimenpide. Jos kysymyksessä on hoitohenkilökunnalle tehty vastaanottokäynti, voidaan käyttää keskimääräistä hoitohenkilökunnalle

kohdistuvan käynnin kustannusta. Jos potilaalle on tehty esim. kipsaus, voi kustannuksena käyttää hoitohenkilökunnalle kohdistuvaa toimenpidekäyntiä (jos käyntiin ei liity lääkärin tapaamista).

Eri aineistosta arvioitujen yksikkökustannusten laskentatavat poikkesivat toisistaan. Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitoksen vastaanottotoiminnan tuotteistusprojektin perus-, laajennetun ja keskimääräisen käynnin kustannukset olivat samansuuntaiset Kuntaliiton kustannuslaskentaprojektin tietojen kanssa. Kuopion kustannuksiin voi vaikuttaa se, että kaupungissa ei ole väestövastuujärjestelmää kuten suurissa kaupungeissa yleensä. SoteVertti-aineistosta laskettu lääkärikäynnin kustannus oli lähes sama kuin esitetty peruskäynnin kustannus, kuitenkin on muistettava että SoteVertti-aineiston tiedot sisältävät radiologian ja laboratoriotutkimusten kustannuksia ja myös suoritteiden osalta lääkärikäynteihin sisältyy sairaanhoidon vastaanottotoiminnan lisäksi myös äitiys- koulu- ja lastenneuvolakäynnit. Kuntaliiton kustannuslaskentaprojektissa (1999) tuotettujen tietojen vahvuutena ovat yhtenäisten ja julkisesti raportoitujen laskentaperiaatteiden käyttö ja toimintolaskennan soveltaminen laskentamenetelmänä. Tätä raporttia varten arvioitujen muiden kuntien tilinpäätöstietojen (ei koske SoteVertti-aineistoa) vertailtavuutta vaikeutti mm. kaikkien tutkimusten ja fysioterapiakustannusten sisällyttäminen vastaanottokäyntien kustannuksiin.

Terveysneuvonta, ehkäisevä terveydenhuolto ja työterveyshuolto

Johdanto

Kuntien tulee järjestää kuntalaisille terveysneuvontaa (terveyskasvatus ja valistustyö, raskauden ehkäisyneuvonta), yleisiä terveystarkastuksia, neuvolatoimintaa (äitiys- ja lastenneuvolat), opiskelija- ja kouluterveydenhuoltoa sekä

työterveyshuoltoa (25, 14 §). Opiskelija- ja kouluterveydenhuoltoa on järjestettävä kunnassa sijaitsevien oppilaitosten opiskelijoille ja korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuollon kunta voi antaa Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön (YTHS:n) tehtäväksi (19).

Asiakasmaksulain 5 §:n mukaan terveyskeskuksessa tapahtuva terveysneuvonta (kansanterveydellinen valistustyö, raskauden ehkäisyneuvonta, yleisten terveystarkastusten järjestäminen) koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä tartuntatautilaissa (583/1986) tarkoitettut rokotukset ovat potilaalle maksuttomia (17, s. 64).

Työterveydenhuoltolain perusteella työnantajilla on velvollisuus järjestää kustannuksellaan työterveyshuolto työntekijöille työstä johtuvien terveysvaarojen ehkäisemiseksi. Lisäksi työnantaja voi järjestää sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Tästä työterveyshuoltoon liittyvästä palvelukokonaisuudesta käytetään nimitystä työpaikkaterveydenhuolto. Työnantajat saavat työterveyshuollon järjestämisestä Kansaneläkelaitokselta korvausta sairausvakuutuslain 29 §:n perusteella. Työnantajat voivat ostaa palvelun terveyskeskuksesta, hoito- ja tutkimuspalveluja tuottavalta yritykseltä tai järjestää työterveyshuollon omana toimintana tai toisten yritysten kanssa. Yrittäjillä on oikeus saada korvausta oman työterveyshuoltonsa järjestämiseen korvausluokan I mukaisesta toiminnasta. (29, s. 6.)

Arvioinnin lähtökohdat

Koska kunnista on saatavissa niukasti täysin vertailukelpoista tietoa ehkäisevän terveydenhuollon toimintojen yksikkökustannuksista, esitetään raportissa kustannustietoa useista tietolähteistä. Terveysneuvonnan ja ehkäisevän terveydenhuollon yksikkökustannus on laskettu kolmen kaupungin erilaisten lasten-, äitiys-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon käyntien keskimääräisten kustannusten mediaanina vuoden 2001 toiminnallisista tilinpäätöksistä (30–32). Neuvolatoimintaan läheisesti liittyvien rokotusten kustannuksia ei käsitellä erikseen.

Lisäksi taulukossa 3 esitetään YTHS:n keskimääräisiä kustannuksia vuodelta 2001 (33). Taulukossa 4 esitetään Kansaneläkelaitoksen korvaustilastoihin perustuvia tietoja työterveyshuollon palveluista, korvausluokasta II (sairaanhoito- ja muu terveydenhuolto) (29). Työterveyshuollon yksikkökustannukset on laskettu jakamalla ammattiryhmäkohtaisten käyntien ja tutkimusten kustannukset niiden lukumäärillä. Kustannukset sisältävät työnantajien ilmoittamat työterveysasemien perustamiskustannukset ja käyttökustannukset, jotka on jaettu käynneille ja tutkimuksille niiden aiheuttamien kustannusten mukaisesti palvelutuottajittain. Työnantajien järjestämän työterveydenhuollon korvausluokasta I (terveystarkastukset, työpaikkakäynnit) ja yrittäjien työterveyshuollosta ei esitetä yksikkökustannustietoja. Lopuksi esitetään tietoja toimintolaskentaan perustuvia äitiysneuvolatoiminnan yksikkökustannuksia.

Yksikkökustannukset

Perusterveydenhuollon terveysneuvonnan ja ehkäisevän terveydenhuollon yksikkökustannuksena suositellaan käytettäväksi 34,8 euroa vuonna 2001. Tämä laskennallinen kustannustieto perustuu aikaisemmin kappaleessa mainittujen eräiden kuntien tilinpäätöksien erilaisten terveydenhoitajakäyntien mediaanikustannuksiin.

Mikäli henkilön tiedetään käyttäneen opiskelijaterveydenhuollon palveluja, suositellaan yksikkökustannuksina käytettäväksi taulukossa 3 esitettyjä YTHS:n tilinpäätöstietoihin perustuvia täysmääräistä bruttokustannuksista laskettuja tietoja. Mikäli henkilön tiedetään käyttäneen työterveyshuollon palveluja, suositellaan käytettäväksi yksikkökustannuksina taulukossa 4 esitettyjä laskennallisia Kansaneläkelaitoksen tilastoihin perustuvia keskimääräisiä yksikkökustannustietoja.

TAULUKKO 3. Opiskelijaterveydenhuollon keskimääräisiä bruttokustannuksia vuonna 2001 (Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön tilinpäätös (33))

Käynti tai tutkimus	€/suorite
terveydenhoitaja	25,5
yleislääkäri	48,0
erikoislääkäri ^{a)}	55,0
laboratoriotutkimus	13,0
radiologian tutkimus	21,9
psykologi, terapia	85,7
psykiatri, terapia	117,5

^{a)} Kaikki erikoislääkärit mm. gynekologit ja korva-, silmä-, ihotautilääkärit.

HUOM! Tämän taulukon tietoja suositellaan käytettäväksi, mikäli henkilön tiedetään käyttäneen YTHS:n opiskelijaterveydenhuollon palveluja.

 TAULUKKO 4. Työterveyshuollon sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon (korvausluokka II) käyntien yksikkökustannuksia (€/suorite) palvelutuottajittain vuonna 2001^{a)}

Käynti tai tutkimus	Terveyskeskus	Työnantajien omat, yhteiset tai toisen työnantajan	Muut (lääkärikeskukset, valtion työnantajan ja muut)	Kaikki yhteensä
Lääkärikäynti	30,8	34,7	32,8	33,4
Terveydenhoitajakäynti	15,0	17,7	16,2	17,5
Fysioterapeuttikäynti	28,9	42,5	43,6	41,9
Erikoislääkärikäynti	72,3	81,6	68,0	73,6
Käynti työterveysh:n omalla henkilökunnalla ^{b)}	26,6	28,0	30,7	29,0
Kaikki käynnit keskimäärin ^{c)}	26,7	29,0	32,0	30,0
Laboratoriotutkimus (kpl)	10,7	13,4	22,3	15,8
Radiologinen tutkimus (kpl)	38,5	81,0	64,9	63,7
Laboratorio- ja radiologian tutk. keskimäärin	13,5	20,0	28,6	21,3
Kaikki käynnit ja tutkimukset keskimäärin ^{d)}	37,6	44,4	47,4	44,6

^{a)} Yksikkökustannukset on laskettu Kansaneläkelaitoksen työterveyshuollon tilastoista vuodelta 1999 (29). Tiedot perustuvat työnantajien Kansaneläkelaitokselle lähettämiin korvaushakemuksiin ja ne koskevat ainoastaan korvausluokkaa II. Vuoden 1999 tiedot on muunnettu vuoden 2001 arvoon julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksin (liitetaulukko 3) avulla.

^{b)} Keskimääräinen käynti lääkäriä, fysioterapeuttia ja terveydenhoitajalla.

^{c)} Sisältää em. käyntien, myös erikoislääkärikäyntien, lisäksi käynnit työfysiologeilla ja -hygieenikoilla.

^{d)} Kaikkien tutkimusten ja käyntien kustannukset jaettuuna käyntien lukumäärällä.

HUOM! Tämän taulukon tietoja suositellaan käytettäväksi, mikäli henkilön tiedetään käyttäneen työterveyshuollon tai erityisesti tietyn palvelutuottajan järjestämiä palveluja.

Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa on laskettu toimintolaskentaperusteisesti ensisynnyttäjän raskauden seurannan keskimääräiset kustannukset vuonna 1999 (tiedot on muunnettu vuoden 2001 arvoon julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksin avulla). Laskennan perusteena on ollut terveydenhoitajan käyntien minuuttikustannus 0,48 euroa/min (30,0 euroa/h). Terveydenhoitajakäynnin kustannus oli 20,7 euroa (30 min). Ensisynnyttäjän ensikäynnin kustannus oli 64,3

euroa (55 min) ja kotikäynnin kustannus oli 65,6 euroa (115 min). Mikäli ensisynnyttäjä oli yli 35-vuotias, oli käynnin kustannus 81,1 euroa (90 min). Suurin osa raskauden aikaisista seurantakäynneistä (12 kertaa) oli vaatinut keskimäärin 25 minuuttia työaikaa, jolloin kustannus oli käyntiä kohden 16,6 euroa. Terveydenhoitajan jälkitarkastuskäynnin kustannus oli 12,3 euroa (17 min). Lääkärikäyntien yhteiskustannus oli 89,0 euroa (60 min sisältäen kolme raskauden aikaista käyntiä ja jälkitarkastuk-

sen). Perhevalmennuksen kustannus oli 41,4 euroa/perhe/kerta. Alkuraskauden ultraääni-tutkimuksen kustannus oli 37,2 euroa. Ensisynnyttäjän raskauden keskimääräinen seuranta-kustannus oli 509,1 euroa. (34)

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Suurin osa kunnallisten neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltopalvelujen yksikkökustannuksista muodostuu terveydenhoitajan työajan kustannuksesta. Esimerkiksi vuonna 2000 Vantaan koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä äitiys- ja lastenneuvolakäynneistä kohdistui 85 prosenttia terveydenhoitajalle, 12 prosenttia lääkärille ja 3 prosenttia terveyskeskusavustajalle (35). Vaikka lääkärikäyntien kustannukset voivat nostaa kuntien tilinpäätöstiotoihin perustuvia ehkäisevän terveydenhuollon ja terveysneuvonnan kustannuksia, voidaan kustannusta käyttää myös terveydenhoitajakäynnin yksikkökustannuksena, kun käynnin sisällöstä ja pituudesta ei ole tietoa.

Koska terveydenhoitajakäyntien kustannukset saattavat vaihdella hyvin paljon (aikaisemmin esitetyt tiedot äitiysneuvolatoiminnan kustannuksista), on suositeltavaa arvioida tutkimukseen liittyvien käyntien sisältöä ja pituutta. Jos käynti on pitkäkestoinen ja siihen kuuluu laaja-alaista asiakkaan tilanteen kartoitusta tai neuvontaa, voi käynnin kustannus olla huomattavasti suurempi kuin verenpainekontrollissa, johon ei liity muita tutkimuksia ja neuvontaa.

Koska työterveydenhuollossa on useita erilaisia käyntejä, voidaan tarvittaessa käyttää taulukossa 4 esitettyjä tietoja. On huomattava, että tiedot koskevat työterveyshuollon sairaanhoitoa ja muuta terveydenhuoltoa, ei terveystarkastuksia ja työpaikkatarkastuksia. Vaikka Kansaneläkelaitoksen työterveyshuollon tiedostoissa ei ole tietoa käyntien keskimääräisestä pituudesta, voidaan tässä raportissa muualla esitettyihin tietoihin perustuen arvioida, että työterveyshuollossa (sairaanhoito ja muu terveydenhuolto) keskimääräinen lääkärissäkäynti on enintään 20 minuuttia, käynti työterveyshoitajalla 15–30 minuuttia ja käynti fysioterapeutilla 45–60 minuuttia palveluntuottajasta riippuen.

Perusterveydenhuollon avohoitokäyntien yksikkökustannuksena olisi luontevinta käyttää aikaan perustuvaa kustannusta (euroa/min, euroa/h) täydennettynä tarvittavien tutkimusten suoritekustannuksilla. Äitiysneuvolan toimintalaskentaan perustuva esimerkki osoittaa että mm. ensisynnyttäjän raskauden seuranta-kustannuksiin voi sisältyä useita erityyppisiä ja -pituisia käyntejä. Kirjassa "Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa" onkin mainittu 17 erilaista raskauden seurannan aikana tapahtuvaa lääkäri- ja terveydenhoitajakäyntiä, joihin kuuluu erilaisia tutkimuksia ja hoitoja (36, ss. 16–17).

Perusterveydenhuollon erityyppisten avohoitokäyntien määrät ovat kunnittain hyvin tiedossa (37), mutta niiden keskimääräisiä yksikkökustannuksia on määritelty vain muutamille erityyppisille perusterveydenhuollon palveluille.

Kotisairaanhoito, kotisairaala- ja päiväsairaanhoito

Johdanto

Terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää, hoidetaanko potilas terveyskeskuksen sairaansijalla tai avohoidossa kotisairaanhoidon turvin (25, 16 §). Kotisairaanhoidossa terveydenhuollon ammattihenkilö suorittaa tutkimuksia ja antaa

hoitoja suunnitelmallisina hoitokäynneinä. Jos potilasta hoidetaan kotona sairaalasta lainassa olevien laitteiden ja koneiden avustamana, kysymyksessä ei ole kotisairaala (17, s. 43). Kotisairaalahoito on lääkärijohtoista, ympärivuorokautista laitoshoidon korvaavaa hoitotiimin antamaa hoitoa, jota voidaan antaa kehittyneen

teknologian turvin. Kotisairaalahoidoa oli vuonna 2001 Viisikkotyöryhmiä Helsingissä, Espoossa, Turussa ja Tampereella. Kotisairaalassa hoidettavia potilaita ovat suonensisäistä antibioottihoitoa saavat, syvää laskimotukosta sairastavat, sydämen vajaatoimintapotilaat ja pahentunutta kroonista keuhkosairautta tai astmaa sairastavat potilaat (tehostetut lääke- ja happihoidot). (38, s. 41). Vaikka kotisairaalahoido on erikoissairaanhoidotasoista, käsitellään se raportin tässä luvussa. Vanhusten päiväsairaalahoido on osavuorokautista hoitoa. Esimerkiksi Vantaalla päiväsairaanhoidossa toimii tutkimukseen ja kuntoutukseen sekä muistihäiriöisten hoitoon keskittyvät ryhmät.

Viiden suuren kaupungin (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere) Viisikko-työryhmän mukaan vuonna 2001 kotisairaanhoidon asiakkaista 85 prosenttia oli yli 65-vuotiaita. Yhtä kotisairaanhoidon asiakasta kohden tehtiin keskimäärin 31,8 käyntiä vuodessa (tiedot laskettu lähteestä) (39, lähteessä liite 1). Viisikko-työryhmän mukaan kotisairaanhoido ja kotipalvelu ovat kotihoitoa, jossa asiakkaan luona käydään vähintään kerran viikossa (40, s. 4). Säännöllisen kotisairaanhoidon asiakkaan luona käydään kerran viikossa (39, lähteessä liite 29).

Arvioinnin lähtökohdat

Kotisairaanhoidon yksikkökustannuksista on niukasti täysin vertailukelpoista kustannustietoa. Tässä luvussa käsitellään Viisikkotyöryhmän kaupunkien kotisairaanhoidon yksikkökustannuksia sekä SoteVertti-aineistosta laskettuja keskimääräisiä tietoja (27) vuodelta 2001.

Viisikko-raportin kotisairaanhoidon kokonaiskustannukset sisältävät kuntien oman toiminnan ja ostopalvelujen kustannukset. Kustannustiedot sisältävät mm. henkilöstömenot (palkat ja muut menot), hallinnon vyörytykset, hoitotarvikejakelun ja matkakustannukset. Myös palveluasunnoissa asuvien kustan-

nukset ovat mukana (39, lähteessä liite 29). Viisikkoryhmän kunnissa kotisairaanhoidossa työskentelevät ammattihenkilöt olivat sairaanhoitajia, terveydenhoitajia sekä perus- ja lähihoitajia.

Kotisairaanhoidon vuoden 2001 yksikkökustannukset on laskettu Viisikko-kuntien raportissa kaikki kotisairaanhoidon kustannukset jaettuna käyntien lukumäärällä. SoteVertti-aineistosta saadut, tilinpäätöstietoihin perustuvat kuntien ja kuntayhtymien keskimääräiset yksikkökustannukset on laskettu jakamalla kustannukset käyntien lukumäärällä. Kunta- ja kuntayhtymäkohtaisia keskiarvoja on painotettu asukasluvuilla. Kotisairaalahoidon hoitovuorokauden kustannus on laskettu neljän Viisikko-työryhmän kuntien tiedoista jakamalla kaikki kustannukset suoritteiden lukumäärällä.

Yksikkökustannukset

Kotisairaanhoidon keskimääräisenä yksikkökustannuksena suositellaan käytettäväksi 40,3 euroa/käynti vuonna 2001. Tieto perustuu Viisikko-työryhmän raporttiin. Samasta aineistosta laskettu kotisairaanhoidon käynti yli 65-vuotiaille on aivan sama. Koska SoteVertti-aineistosta laskettu kaikkia käyntejä koskeva, asukasluvuilla painotettu keskiarvo on lähes sama (39,9 euroa), voidaan kotisairaanhoidon yksikkökustannusta pitää hyvänä arviona keskimääräisesti käynnistä. Yksikkökustannukset ovat bruttokustannuksia ja sisältävät hoitotarvikkeet ja matkakustannukset.

Kotisairaalahoidon keskimääräisenä yksikkökustannuksena suositellaan käytettäväksi kaikkien potilaiden osalta 107,5 euroa/hoitovuorokausi ja yli 65-vuotiaiden osalta 108,9 euroa/hoitovuorokausi. Vanhusten, yli 65-vuotiaiden päiväsairaalahoidon yksikkökustannuksena suositellaan käytettäväksi 121,3 euroa/hoitopäivä vuonna 2001. Tiedot perustuvat Viisikko-työryhmän raporttiin.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Esitettyä kotisairaanhoidon yksikkökustannusta voidaan pitää suhteellisen edustavana arviona kotisairaanhoidon kustannuksesta, koska Viisikko-työryhmän kuntien alueella asuu noin neljännes koko maan väestöstä. Kotisairaanhoidon yksikkökustannuksen suhteen on olemassa vähän vertailuaineistoa, sillä palvelutyypinä se on suhteellisen uusi. Kuitenkin hintatasoltaan se asettuu oikean suuntaisesti kalliimmaksi kuin perusterveydenhuollon vuodeosastohoito, mutta edullisemmaksi kuin erikoissairaanhoidon varsinainen vuodeosastohoito.

Kotisairaanhoidon käyntien keskimääräinen pituus (esimerkiksi Viisikko-työryhmän kaupungeissa 22–37 minuuttia vuonna 1999) ja sisältö voi vaihdella kunnittain johtuen mm.

yhteistyöstä kotipalvelun kanssa. Tarvittaessa kotisairaanhoidon yksikkökustannuksena voi käyttää käyntiin kuluvaan aikaan perustuvaa laskentaa. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyön eroista johtuva henkilökuntarakenteen vaihtelu ja matkakustannukset voivat selittää myös erilaisia kotisairaanhoidon yksikkökustannuksia.

Esitettyä kotisairaanhoidon yksikkökustannusta voidaan pitää luotettavan arviona keskimääräisestä kotisairaanhoidon käynnin kustannuksesta, sillä edellisessä yksikkökustannusraportissa (46) käytetyt Paimion terveyskeskuksen kotisairaanhoidon toimintalaskenta-projektin tiedot vuodelta 2001 (41) ja Pirkanmaan 12 kunnan vanhustenhuollon kotisairaanhoidon keskimääräiset kustannukset vuodelta 1999 ovat hyvin samansuuntaisia (42).

Vuodeosastohoito

Johdanto

Vuodeosastohoito on määritelty suoritekuvauksissa (17, s. 42) laitoshoidon käsitettä vastaavaksi. Vuodeosastohoito tarkoittaa ympärivuorokautista ja yhtäjaksoista hoitovastuun alaista palvelua, johon kuuluu asiakkaalle annettava täysihoito ja joka tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä. Laitospalvelutoimintaan kuuluu hoito, joka kohdistuu terveydenhuollon yksikköön sisään kirjoitettuihin potilaisiin riippumatta hoitoajan pituudesta. Terveyskeskuksen vuodeosastolla hoidetaan potilaita, joita sairauden laadun, tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen takia on siellä tarkoituksenmukaisinta hoitaa (25, 16 §).

Arvioinnin lähtökohdat

Terveyskeskusten vuodeosastohoidon yksikkökustannuksista on usein tietoja, jotka perustuvat kuntien tilinpäätöksiin, joihin perustuvassa laskennassa kaikki vuodeosastohoidon kus-

tannukset on jaettu hoitopäivien määrällä. Tässä raportissa esitetään myös kuntien tilinpäätöstietoihin perustuvia yksikkökustannuksia. SoteVertti-aineistosta (27) on laskettu terveyskeskusten keskimääräinen hoitopäivän kustannus, jossa kuntien ja kuntayhtymien keskiarvoja on painotettu niiden asukasluvulla. Kustannukset ovat kuntien oman toiminnan bruttokustannuksia ja ne sisältävät asiakasmaksut.

Tässä luvussa esitetään myös Viisikko-työryhmän raportin tietoja terveyskeskussairaaloiden vuodeosastohoidosta. Hoitopäivien kustannuksista esitetään tiedot keskimääräisestä, lyhytaikaisen ja pitkäaikaishoidon hoitopäivien yksikkökustannuksista. Kustannukset sisältävät lopputuotteiden kustannusten sisältämät erät laskutettuina tai vyörytettyinä mm. hallintomenot (terveyskeskuksen hallinto, taloushallinto), sairaalahallinto- ja palveluyksikköjen kustannukset kuten esim. röntgenin, laboratorion, fysioterapian, ravitsemusterapian, leikkausosaston, siivoushuollon ja välinehuollon kustannukset (39, lähteessä liite 29:9). Vuodeosastojen henkilökunnasta oli Viisikko-työryhmän

kunnissa 31.12.2001 eniten hoitohenkilöstöä, prosenttia ja eriaisteisia sairaanhoitajia noin 30 prosenttia ja lähihoitajia noin 40 prosenttia.

Yksikkökustannukset

TAULUKKO 5. Terveyskeskusten ja terveyskeskussairaaloiden vuodeosastohoitopäivien (kuntien oman toiminnan) yksikkökustannukset vuonna 2001

<i>Hoitopäivä</i>	<i>€/lhpv</i>	<i>Eriyishuomioita</i>
Terveyskeskus^{a)}		
Keskimäärin	115,3	Kuntien ja kuntayhtymien keskiarvoja painotettu asukasluvulla
Terveyskeskussairaala^{b)}		
Keskimäärin	135,9	Viisikko-kuntien kaikki kustannukset jaettuna hoitopäivillä
Lyhytaikainen, akuuttihoito ^{c)}	176,9	Kaikkia Viisikko-kuntia koskevat laskennalliset yksikkökustannukset,
Pitkäaikainen hoito ^{c)}	113,5	joissa kokonaiskustannukset jaettu on lyhyt- ja pitkäaikaishoidolle Helsingin yksikkökustannusten (lyhyt/pitkä) mukaisessa suhteessa

^{a)} Terveyskeskusten yksikkökustannus perustuu Sotevertti-aineistosta (27) laskettuun tietoon.

^{b)} Terveyskeskussairaaloiden yksikkökustannukset perustuvat Viisikko-työryhmän raportin (39) tietoihin.

^{c)} Viisikko-kunnista ainoastaan Helsingissä kustannukset oli eritelty lyhytaikaisen ja pitkäaikaishoidon suhteen. Lyhyt- ja pitkäaikaisten hoitopäivien lukumäärät olivat kunnittain tiedossa.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Terveyskeskusten ja terveyskeskussairaaloiden vuodeosastohoidon hoitopäivien yksikkökustannuksina suositellaan käytettäväksi taulukossa 5 esitetyt tiedot. Mikäli halutaan käyttää yhtä mahdollisimman edustavaa hoitopäivän kustannusta, on suositeltavaa käyttää terveyskeskussairaaloiden keskimääräistä yksikkökustannusta, koska tieto edustaa tässä raportissa suurempaa osaa väestöstä kuin terveyskeskuksia koskeva tieto. Mikäli halutaan käyttää lyhytaikaisen, akuuttihoitoon tai pitkäaikaishoidon yksikkökustannusta, suositellaan käytettäväksi taulukossa 5 esitetyt laskennalliset terveyskeskussairaaloiden tiedot, koska terveyskeskusten osalta ko. tietoja ei ollut saatavilla. Terveyskeskusten vuodeosastohoidon tiedetään vaihtelevan paljon osastojen välillä kunnittain, sillä Sjöblomin (2002) Suomen Kuntaliiton KuntaSuomi 2004-ohjelmaan liittyvässä tutkimuksessa (43) on todettu, että vuodeosastohoitopäivän yksikkökustannukset vaihtelivat välillä 68,8–144,0 euroa (vuoden 1999 kustannukset on muutettu vuoden 2001 arvoon julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksin avulla (liitetäulukko 3)).

Koska Viisikko-työryhmän suurten kuntien terveyskeskussairaaloiden keskimääräiset yksikkökustannukset olivat korkeampia kuin keski suurten kuntien SoteVertti-aineiston terveyskeskustiedot, on molempien aineistojen keskimääräiset yksikkökustannukset esitetty taulukossa 5.

Asukaslukupainotusten käyttö tässä raportissa perustuu siihen, että hyvin pienten palvelutuottajien keskimääräisesti korkeat tai matalat keskiarvot eivät vaikuta liian suurella painoarvolla koko aineiston keskiarvoon. Jos aineistoa tarkasteltaisiin pelkän aritmeettisen keskiarvon perusteella, voisi tulos vinoutua suuntaan, joka ei ole välttämättä edustava. Asukaslukupainotuksen seurauksena yksikkökustannus voi painottua asukasluvultaan suurten palvelutuottajien (tässä Viisikko-työryhmän asukasluvultaan suurimpien kuntien) yksikkökustannusten suuntaan.

Mikäli potilaan hoitoon liittyy kalliita tutkimuksia tai hoitoja, on niiden kustannus otettava huomioon esim. erillisenä suoritekustannuksena. On kuitenkin muistettava, että erityisesti lyhytaikaiseen akuuttihoitoon sisältyy jo sekä radiologian että laboratoriotuotannon kustannuksia. Pitkäaikaishoitopäiviin sisältyy

tutkimusten kustannuksia huomattavasti vähemmän. Mikäli potilaan hoitoisuus on tiedossa ja laskettavissa, voidaan hoitoon liittyvää voimavaratarvetta arvioida ns. RUG-luokituksen kustannuspainojen avulla (44). Kunnissa terveystieteiden vuodeosastohoitoa on alettu

tuotteistaa toimintolaskennan avulla yhä enemmän, esimerkiksi Paimio-Sauvon kansanterveyskuntayhtymässä vuodeosastotoiminta on tuotteistettu vuonna 2001 (45) josta on kerrottu edellisessä yksikkökustannusraportissa (46).

Seulonnat ja joukkotarkastukset

Johdanto

Kansanterveyslain (25, 14 §) mukaan kunnan tulee järjestää seulontaa ja joukkotarkastuksia: mammografiaan perustuvaa rintasyöpäseulontaa 50–59-vuotiaille sekä kohdun kaulanosan syöpää ehkäisevää seulontaa 30–60-vuotiaille (47, 4 §).

Arvioinnin lähtökohdat

Gynekologisen irtosolututkimuksen joukkotarkastusnäytteitä tutkitaan mm. Syöpäjärjestöjen poliklinikalla Helsingissä, jonne tuli vuonna 2001 ko. tutkimuksia Etelä-Suomen kunnista ja Tampereelta, ei kuitenkaan Espoosta eikä Helsingistä. Seulonnan kustannus on ilmaistu laskutettuna hintana tutkimusta kohden. Yksityiskohtaista tietoa esitettyjen yksikkökustannusten laskentatavasta ei ole. Joukkotarkastusmammografian yksikkökustannus perustuu FinOHTAn tutkimukseen kuntien maksamista kustannuksista. Yksityiskohtaisesta kustannusrakenteesta ei ole tietoa.

Yksikkökustannukset

Syöpäjärjestöjen poliklinikka laskutti kuntia gynekologisesta irtosolututkimuksesta (joukkotarkastusnäyte) 10,9 euroa vuonna 2001. Hinta sisälsi kutsun, näytteenottovälineet, näytteen tutkimisen ja vastauksen lähettämisen, muttei näytteenottoa.(48) Patologian alaan kuuluvien tutkimusten näytteenotto sisältyy yksityisellä sektorilla lääkärin vastaanottopalk-

kioon. Esimerkiksi Tampereen yliopistollisen sairaalan Laboratoriokeskuksen erityisnäytteenoton hinta oli avoterveydenhuollon toimipisteissä 8,1 euroa vuonna 2001 (49).

Mammografiaseulontatutkimuksen keskimääräinen yksikkökustannus oli 34,5 euroa vuonna 2001. Tieto perustuu FinOHTAn tutkimukseen rintasyöpäseulonnan laajentamisen vaikutuksista, jossa arvioitiin kuntien maksama todellinen seulontamammografiatutkimusten kustannus seulontakuvausta kohden (50, s. 22). Vuoden 2000 kustannustieto on muutettu vuoden 2001 arvoon julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksin avulla (liitetaulukko 3).

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Seulontojen yksikkökustannuksina suositellaan käytettäväksi esitettyjä hinta- ja kustannustietoja. Yksittäisten palvelutuottajien seulontatutkimusten hinnat voivat vaihdella paljon. Esimerkiksi gynekologiset irtosolututkimukset (joukkotarkastus) voivat vaihdella esimerkiksi välillä 7,2–16,8 euroa. Tärkeintä on muistaa laskea yksikkökustannuksiin varsinaisen tutkimuksen kustannuksen lisäksi näytteenoton kustannus.

Seulontojen taloudelliseen arviointiin voi tutustua yksityiskohtaisesti Tiina Leivon väitöskirjassa "Economic evaluation of selected Finnish screening programmes". Tutkimuksessa on käsitelty mm. raskauden ultraääni-, rintasyöpä- ja Helicobacter pylori-seulontojen sekä mammografiatutkimusten kaksoisluennan taloudellista arviointia.(51)

Mielenterveyspalvelut ja ehkäisevä päihdetyö

Johdanto

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveyden häiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut) sekä koko väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (52)

Jokaisen kunnan on huolehdittava mielenterveyspalvelujen järjestämisestä joko osana kansanterveystyötä tai sosiaalihuoltoa. Palvelut on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Ensisijaisesti palvelut on järjestettävä avopalveluina sekä siten, että tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Sairaanhoidopiiriin tulee lisäksi huolehtia erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvista mielenterveyspalveluista. (52, 3–4 §) Mielenterveyspalvelut rahoitetaan Suomessa lähinnä verovaroin. Avohoitokäynnit ovat asiakkaille pääosin maksuttomia, mutta laitoshoitopalveluista peritään maksu. Maksu voidaan periä henkilön maksukyvyyn mukaan (53, 4–5 §).

Päihdehuollon tavoitteena on päihteiden ongelmakäytön ja siihen liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen vähentäminen sekä päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistä-

minen. Päihdehuolto on kunnan vastuulla ja se on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. (54, 1 §, 3 §.)

Arvioinnin lähtökohdat

Mielenterveystoimistot antavat ohjausta ja neuvontaa, erilaisia terapioita sekä tekevät kriisityötä ja psykiatrisia tutkimuksia liittyen yksilön psyykkiseen hyvinvointiin, toimintakykyyn ja persoonallisuuden kasvuun. Ehkäisevä mielenterveystyö on eräs mielenterveystoimistojen toimintamuodoista. Ehkäisevä mielenterveystyö käsittää lähinnä psykologipalvelut, mutta siihen voidaan sisällyttää myös lääkäri- tai sairaanhoitajakäynti esimerkiksi perusterveydenhuollossa tai puheterapiakäynti. Tässä luvussa esitetään eräiden suurten kuntien tilinpäätöstiethin perustuvia tietoja mielenterveystoimistokäynnin ja ehkäisevän mielenterveystyön käynnin kustannuksista (30, 31, 55).

Ehkäisevän päihdetyön menetelmistä, erilaisten palveluiden sisällöistä sekä hoitopaikoista löytyy tietoa Stakesin Ehkäisevä päihdetyö -ryhmän www-sivustolta <http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat/> [16.12.2002]. Polikliinisena päihdehuoltona A-klinikkakäynti on säädetty asiakkaalle maksuttomaksi (53, 4 §). A-klinikat ovat päihdehuollon erityishoitoyksiköitä, jotka voiva toimia joko kunnan sosiaalitoimen tai valtakunnallisen A-klinikkasäätiön alaisuudessa. A-klinikkasäätiöllä on sopimus 130 kunnan kanssa ko. palvelun järjestämisestä, kunnat ovat lähinnä suuria kuntia (56).

Yksikkökustannukset

Koska arvioitujen mielenterveystoimistokäyntien keskimääräiset kustannukset vaihtelivat paljon (83,9–171,8 euroa) ja tilinpäätöstietojen perusteella niiden sisältöjä ei voi vertailla keskenään, ei käynneistä suositella keskimääräisiä yksikkökustannuksia vuodelle 2001. Esimerkkinä Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen mielenterveystoimistokäynnin yksikkökustannus oli 83,9 euroa ja ehkäisevän mielenterveystyön käynnin (psykologit) yksikkökustannus oli 48,0 euroa vuonna 2001. Helsingin kaupungin terveysviraston mielenterveystoimistokäyntien keskimääräinen yksikkökustannus oli 93,7 euroa.

A-klinikkakäynnin keskimääräisenä yksikkökustannuksena suositellaan käytettäväksi 43,7 euroa (vaihteluväli 29,7–66,7 euroa) vuonna 2001. Tieto perustuu A-klinikkasäätien tietoihin vuodelta 2001 (56).

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Mielenterveys- ja ehkäisevän päihdehuollon palveluiden yksikkökustannusten määrittämistä vaikeuttaa tarjottavien palvelujen monimuotoisuus ja se, että palveluiden kustannuksista ja kustannuksiin liittyvistä tutkimuksista on niukasti julkaistua tietoa. Mielenterveystyön vertailtavuutta vaikeuttaa myös tapa, jolla miten kunnat järjestävät palvelut. Osa kunnista järjestää palvelut itsenäisesti joko perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon kuuluvana toimintana (esim. Helsinki) tai erikoissairaanhoidon liittyvänä yhdessä sairaanhoitopiirien kanssa. Tässä raportissa on myöhemmin arvioitu eräitä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikkökustannuksia. A-klinikkakäynnin yksikkökustannusta voidaan pitää suhteellisen luotettavana arviona palvelun keskimääräisestä kustannuksesta, sillä A-klinikkasäätien arvioidaan tuottavan noin puolet koko maan ko. toiminnan palveluista.

6 Erikoissairaanhoito

Suomessa kunnat vastaavat erikoissairaanhoidon järjestämisestä asukkailleen. Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin, joka järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveyden-

huollon palveluja. Sairaanhoitopiirejä on kaksikymmentä ja lisäksi Ahvenanmaa muodostaa oman sairaanhoitopiirinsä. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskus- tai yliopistosairaala. Yliopistosairaaloita on viisi, keskussairaaloita 15 ja muun tyyppisiä sairaaloita 20–30. Sairaanhoitopiirien sairaaloiden lisäksi erikoissairaanhoitoa tarjoavat jonkin verran terveystakeskukset ja yksityinen sektori.(57)

Somaattinen erikoissairaanhoito

Johdanto

Tässä luvussa käsitellään sairaaloiden somaattisen vuodeosastohoitojaksojen, päivystyskäyntien ja ajanvarauskäyntien keskimääräisiä kustannuksia. Raportissa esitetyt erikoissairaanhoidon kustannustiedot perustuvat Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -projektin (58) yhteydessä kerättyihin tietoihin vuodelta 2000. Lisäksi esitetään teho-osasto- ja sydänvalvontahoitopäivien keskimääräiset kustannukset, jotka perustuvat sairaanhoitopiirien vuoden 2001 palveluhinnastoista kerättyihin tietoihin (liite 2).

Arvioinnin lähtökohdat

Yksikkökustannukset hoitojaksoille ja avohoitokäynneille on laskettu Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -projektin (58) sairaanhoitopiirien vuoden 2000 suoritamääriin, tilinpäätöstietoihin, sairaaloiden erikoisalojen toiminnallisiin tuloslaskelmiin ja sisäisiin kustannuslaskentareportteihin perustuen. Aineisto sisältää 20 sairaanhoitopiirin eli viiden yliopistosairaalan, 15 keskussairaalan ja 25 muun kun-

nallisen sairaalan (mm. entisten aluesairaaloiden) suorite- ja kustannustiedot. Lisäksi mukana on kahden säätiöpohjaisen sairaalan aineisto.

Sairaalahoidon tuotosta ja kustannuksia mitataan hoitojaksoina ja avohoitokäynteinä. Hoitojaksot ja avohoitokäynnit sisältävät jaksoihin ja käynteihin kuuluvat tutkimukset (mm. radiologiset tutkimukset), toimenpiteet, lääkkeet ja sairaalahoidon. Yksikkökustannukset perustuvat sairaaloiden toimintakuluihin eikä niistä ole vähennetty asiakasmaksuja. Kustannukset sisältävät kaikki välittömät työvoimakustannukset, materiaali- ja tarvikkekustannukset, kone- ja laitekustannukset sekä yleiskustannukset.

Hoitoilmoitustietoihin perustuvat hoitojaksot on ryhmitelty ns. DRG-ryhmiin. NordDRG (the Nordic Diagnosis Related Groups)-ryhmittelyssä samanverran voimavaroja kuluttavat hoitojaksot liitetään samaan DRG-ryhmään. Ryhmittelyssä keskeisinä kriteereinä ovat mm. pää- ja sivudiagnoosi, toimenpide, ikä ja sukupuoli. Luokittelun avulla voidaan siten ottaa huomioon potilasryhmien erilainen voimavarakäyttö ja hoidon kustannukset.(59, 60) Eri DRG-ryhmiin kuuluvat

diagnoosit ja toimenpiteet voi tarkistaa Kuntaliiton NordDRG:n [www-sivuilta](http://www.norddrg.kuntaliitto.fi/manual_2002_FIN/) [http://norddrg.kuntaliitto.fi/manual_2002_FIN/](http://www.norddrg.kuntaliitto.fi/manual_2002_FIN/) [10.1.2003].

Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuusprojektissa vuodeosasto- ja päiväkirurgiset hoitotaksot ryhmitellään NordDRG-ryhmiin. Kullekin DRG-ryhmälle annettiin kustannuspainot. Painoina käytettiin HYKS:n ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin laskemia DRG-painoja, joita oikaistiin siten, että ne vastasivat kokonaan potilaskunnan hoidettavuuden rakennetta eli case-mixiä (= painotettu hoitotaksoiden määrä/hoitotaksoiden määrä). Tällöin voimavarakäytöltään keskimääräinen hoitotakso saa painokertoimen yksi. DRG-ryhmittelyn onnistuminen vaihteli jonkin verran eri sairaanhoitopiirien kesken. DRG-ryhmittelyn onnistumisprosentti nousi kuitenkin aineistossa kaikkien sairaaloiden osalta yli 98:aan. DRG-ryhmittelyä ei ole olemassa avohoidon käynneille eikä psykiatrian erikoisalalle. Somaattisten erikoisalojen avohoitokäynneille laskettiin projektissa erikseen kustannuspainot, joita sovelletaan myös tässä raportissa. Avohoitokäyntien painot laskettiin kuntalaskutustiedoista ja potilaskohtaisista kustannuslaskentatiedoista.

Avohoitokäynnit painotettiin HYKS:n potilaskohtaisen kustannuslaskenta-aineiston painokertoimiin perustuen, jonka jälkeen keskimääräinen avohoitokäyntien paino oli yhteismitallistettu painotettujen hoitotaksoiden suhteen. Kokonaiskustannukset jaettiin hoitotaksoiden ja avohoitokäynneille samassa suhteessa kuin ne jakautuvat eri suoritustyyppien kesken. Keskimääräinen yksikkökustannus saatiin jakamalla esim. päivystyskäyntien kustannukset niiden lukumäärällä. DRG-ryhmittäiset hoitotaksoiden kustannukset laskettiin kertomalla keskimääräisen hoitotaksoiden yksikkökustannus DRG-ryhmittäisellä kustannuspainolla.

Tehohoito-, tehovalvonta- ja sydänvalvontahoitopäivät

Tehohoidon, tehostetun valvonnan ja sydänvalvonnan hoitopäivän kustannuksista on niukasti julkaistua tietoa. DRG-ryhmittelyn kustannus-

painoissa mm. tehohoidon osuus on otettu huomioon, minkä takia tehohoidon yksikkökustannuksia ei saa laskea DRG-ryhmittelyn mukaisen hoitotaksoiden kustannuksen päälle. Tässä luvussa taulukossa 6 esitetään erikseen tehohoidon ja sydänvalvonnan hoitopäivien kustannukset, jotka on laskettu 20 sairaanhoitopiiriin vuoden 2001 palveluhinnastoihin perustuen. Raportissa käytetyt sairaanhoitopiirien hinnastot on lueteltu liitteessä 2.

Sairaanhoitopiirien tehohoitopäivien hinnastotiedot, 22,7 euron potilasmaksuilla korotettuna vaihtelivat hyvin paljon (vaihteluväli 443–3171 euroa), joten suoraan niiden perusteella keskimääräisen tehohoitopäivän kustannuksen arviointi oli mahdotonta. Keskimääräisten kustannusten arviointi tehtiin seuraavasti: Mikäli sairaanhoitopiiri ilmoitti useita hintoja tehohoitopäivälle, pudotettiin alin hinta tarkastelusta pois ja laskettiin sairaanhoitopiireittäin jäljelle jääneiden hintojen keskiarvo. Alimman hintatiedon jättäminen pois laskennasta perustuu oletukseen, että alimman hintaryhmän potilaiden hoidon järjestäminen (hoito-osaston valinta) vaihtelee sairaaloiden välillä. Esimerkiksi eräissä keskussairaaloissa heräämösasto on öisin kiinni, jolloin potilaat hoidetaan leikkauksen jälkeen teho-osastolla.

Sairaanhoitopiirien tehohoitopäivän hintojen keskiarvoja painotettiin sairaanhoitopiirien asukasluvulla. Tehohoitopäivän yksikkökustannus ilmoitettiin myös erikseen yliopistosairaaloittain, joiden hintatietoja painotettiin yliopistollisten sairaaloiden erikoisvastuualueiden (miljoonapiirien) asukasluvulla. Tästä laskennasta jätettiin pois myös erikseen mainitut tehovalvonnan ja lasten tehohoidon kustannustiedot.

Keskimääräisen tehohoitopäivän laskennasta pois jätetty alin hintatieto mainittiin useassa hinnastossa teho-osastolla tapahtuvaksi tehovalvonnaksi tai tehotarkkailuksi. Tehovalvonnalla tarkoitetaan tässä raportissa teho-osastolla tapahtuvaa alimman hintaluokan hoitoa tai erikseen siksi mainittua tehovalvontaa. Lasten tehopäivälle ja tehovalvonnalle laskettiin myös yksikkökustannukset. Lasten tehohoito ja -valvonta ei sisällä vastasyntyneiden tehohoitoa, josta ei esitetä tässä raportissa kus-

tannustietoa. Lasten tehohoito- ja tehovalvonta sisältävät myös 22,7 euroa potilaan asiakasmaksua. Alle 18-vuotiaiden hoito ja siihen liittyvä ylläpito maksutonta siltä osin kuin hoitopäiviä kertyy yli seitsemän kalenterivuoden aikana (17, s. 64).

Sydänvalvonnan hoitopäivän yksikkökustannus on laskettu asiakasmaksulla korotetuista sairaanhoitopiirien hintojen keskiarvosta. Hintoja on painotettu sairaanhoitopiirien asukasluvulla. Sydänvalvonnan hoitopäivä sisältää hinnastojen mukaan mm. sydäninfarkti- ja rytmihäiriöpotilaiden tilan seuranta sydänvalvontaosastoilla tai kardiologiassa yksiköissä.

Yksikkökustannukset

Hoitojaksojen ja avohoitokäyntien (päivystys- ja ajanvarauskäynnit) keskimääräiset kustannukset on esitetty sairaalatyypeittäin ja erikoisaloittain liitetaulukossa 1. Kustannus/avohoitokäynti on päivystys- ja ajanvarauskäyntien lukumäärillä ja kustannuksilla painotettu keskiarvo. Hoitojaksojen DRG-ryhmit-

täiset keskimääräiset kustannukset koko erikoissairaanhoidon aineistosta on esitetty liitetaulukossa 2. Kustannustiedot ovat vuodelta 2000, koska vuoden 2001 lääkäriakolla voi olla vaikutusta keskimääräisiin kustannuksiin. Vuoden 2000 kustannustiedot on muunnettu vuoden 2001 arvoon julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksin avulla. Liitetaulukoissa 1 ja 2 esitetään myös hoitopäivien keskimääräinen lukumäärä hoitajaksoissa.

Teho-osastohoitopäivän, tehovalvonta-hoitopäivän, lasten teho-osastohoidon, lasten tehovalvonnan sekä sydänvalvonta hoitopäivän yksikkökustannuksina suositellaan käytettäväksi taulukossa 6 esitettyjä yksikkökustannuksia. Mikäli tutkimuksessa käytetään DRG-ryhmittäisiä kustannustietoja, ei taulukossa 6 esitettyjä yksikkökustannuksia saa lisätä niiden päälle, sillä DRG-ryhmittäiset keskiarvot sisältävät myös keskimääräiset tehohoidon kustannukset. Vastasyntyneiden tehohoidosta ei ilmoiteta yksikkökustannusta tässä raportissa.

TAULUKKO 6. Tehohoidon ja tehovalvonnan sekä sydänvalvonnan hoitopäivien yksikkökustannukset vuonna 2001 (sairanhoitopiirien hinnastot: liite 2)

Hoitopäivä	€/hpv ^{a)}		Tietoja shp:stä lkm
	keskiarvo	Vaihteluväli ^{b)}	
Tehohoito, kaikki sairaalat	1 728,4	978,0–2 497,9	16
* yliopistolliset sairaalat	1 825,2	1 700,4–1 893,8	4
* keskussairaalat	1 554,0	978,0–2 497,9	12
Tehovalvonta	861,8	443,2–1 377,0	11
Lasten tehohoito ^{c)}	1 474,9	914,1–1 950,0	12
Lasten tehovalvonta ^{c)}	663,9	455,8–846,8	10
Sydänvalvonta	499,9	293,5–645,0	14

a) Sairanhoitopiirien hinnastotietoihin on lisätty 22,7 euroa asiakkaan maksamaa hoitopäivämaksua. Huom! Alle 18-vuotiaalle annettava hoito ja ylläpito on siltä osin maksutonta, kun hoitopäiviä kertyy kalenterivuodessa yli seitsemän. Keskiarvoja on painotettu sairaanhoitopiireittäin niiden asukasluvulla sekä erikseen ilmoitettua yliopistollisten sairaaloiden tehohoito-päivän keskiarvoa on painotettu erikoisvastuualueiden (miljoonapiirien) asukasluvulla.

b) Sairanhoitopiirien keskimääräisten yksikkökustannusten vaihteluväli.

c) Ei sisällä vastasyntyneiden tehohoitoa ja -valvontaa.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Tässä esitettyjen hoitajaksojen yksikkökustannusten soveltuvuus riippuu tutkimuskohteesta ja -asetelmasta. Tässä esitetyt yksikkökustannukset eivät sovellu kaikkiin tarkoituksiin. Jos esimerkiksi vertailtavana ovat kahden hoitovaihtoehdon kustannukset tai kustannus-vaihtavuus ja molemmat potilasryhmät kuuluvat samaan DRG-ryhmään, on hyvä tehdä näitä yksikkökustannuksia yksityiskohtaisempi kustannusanalyysi, ks. esimerkiksi Drummond, 1997 (6).

Yksikkökustannukset ovat keskimääräisiä kustannuksia, eivät rajakustannuksia. Tässä raportissa esitettyjä sairaalahoidon kustannuksia ei voi käyttää hoitajakson pidentymisestä aiheutuneiden lisäkustannusten eikä hoitajaksojen lyhentämisestä saatavien säästöjen arvioimiseen. Niillä erikoisaloilla, joilla toimenpiteiden tai tutkimusten kustannukset muodostavat huomattavan osan kokonaiskustannuksista, esimerkiksi kirurgiassa, lisähoitopäivän kustannusta ei saa suoraan jakamalla esitettyä hoitajakson kustannusta hoitopäivien lukumäärällä. Esitettyjen yksikkökustannusten ja keskimääräisten hoitopäivien avulla voidaan laskea valitun potilasryhmän sairaalahoidon kokonaiskustannukset, kun hoitopäivien tai hoitajaksojen sekä avohoitokäyntien lukumäärä on tiedossa. Avohoitokäynnin keskimääräistä yksikkökustannusta suositellaan käytettäväksi, jos tutkimusaineistossa ei ole tietoa potilaan avokäyntityypistä.

Esitetyt yksikkökustannukset ovat bruttomääräisiä ja ne sisältävät kaikki sairaalassa tehtyjen tutkimusten ja toimenpiteiden kustannukset. Kun liitetaulukkoissa 1 ja 2 esitettyjä keskimääräisiä yksikkökustannuksia käytetään hoidon kustannusten arvioimiseen, ei niiden päälle saa laskea tutkimuksista, toimenpiteistä tai tarvikkeista aiheutuvia kustannuksia toistamiseen.

Koska tehohoidon ja sydänvalvontahoidon osuus on otettu huomioon DRG-ryhmitäisissä hoitajaksojen kustannuksissa (kustannuspainoissa), ei niitä saa laskea toistamiseen hoitajaksojen kustannuksen päälle. Tehohoito-päivien yksikkökustannusten arvioinnissa esitetyt sairaanhoitopiirien listahintoihin perustuvat painotetut keskiarvot ovat karkea arvio palvelun tuottamisen keskimääräisistä kustannuksista. Tätä parempi tapa olisi arvioida hoidon keskimääräisiä kustannuksia potilaan hoitoisuuden perusteella käyttämällä esimerkiksi ns. TISS-pisteystystä (therapeutic intervention scoring system) potilasryhmittäin. Tässä raportissa arviointia ei kuitenkaan tehdä hoitoisuuden perusteella tai potilasryhmittäin, koska tehohoito on jo otettu huomioon somaattisen erikoissairaanhoidon yksikkökustannuksissa (kustannuspainoissa).

Lähinnä suurissa kunnissa järjestetty, usein erikoissairaanhoidon luettu kotisairaalahoido on käsitelty aiemmin perusterveydenhuollon kotisairaanhoidon yhteydessä. Kotisairaalahoidon kustannustiedot perustuvat Viisikko-työryhmän raporttiin. (39).

Psykiatrinen erikoissairaanhoido

Johdanto

Tässä kappaleessa esitetään yksikkökustannukset psykiatrisen erikoissairaanhoidon aikuis- ja nuoris- ja lastenpsykiatrian erikoisaloille. Psykiatrian erikoisaloilla ei ole saatavissa valtakunnallisia vertailukelpoisia palveluntuottaja- ja suoritekohtaisia kustannustietoja, joten yksikkökustannukset perustuvat 20 sairaanhoitopiirin palveluhinnastoihin (liite 2). Sairaanh-

hoitopiirit hinnoittelevat palvelut omakustannusperiaatteen mukaisesti. Palveluhinnastoissa hinnat esitetään nettomääräisinä ja siksi psykiatrian vuodeosastohoidon hintoihin on lisätty asiakasmaksua 11,8 euroa (70 markkaa vuonna 2001). Esitetyt yksikkökustannukset kuvaavat siten hoidon kokonaiskustannuksia.

Arvioinnin lähtökohdat

Yksikkökustannussuosituksen laatimista psykiatrian erikoisalalle vaikeuttavat suoritekohtaisten kustannustietojen saatavuus, alueelliset erot palvelurakenteessa ja erot palvelujen tuotetuksessa. Psykiatrinen hoito on muuttunut avohoitopainotteisemmaksi. Sairaanhoidopiirit ja kunnat tuottavat monipuolisia avohoidon palveluja esimerkiksi kuten kriisihoitoja, tehostettuja hoito-ohjelmia ja ryhmäterapioita, joihin sisältyy päivittäisiä kontakteja potilaiden kanssa, kotikäyntejä jne. Yksikkökustannuksen laskemisessa on otettu tietoja kaikkien sairaanhoidopiirien hinnastoista, joissa on esitetty hinta arvioitavalle palvelutyypille. Mikäli sairaanhoidopiiri oli muuttanut hintojaan vuoden aikana, laskettiin mukaan viimeinen hintatieto vuodelta 2001. Yksikkökustannukset laskettiin palvelutyypeittäin sairaanhoidopiirikohtaisina keskiarvoina, joista laskettua keskiarvoa painotettiin sairaanhoidopiirien asukasluvulla.

Sairaanhoidopiirien palveluhinnastoihin perustuen on tuotettu yksikkökustannukset akuutille psykiatriselle vuodeosastohoidolle sekä tehostetulle vuodeosastohoidolle, päivystyskäynnille (ei lasten- ja nuorisopsykiatria), muille ajanvarauskäynneille ja päiväsairaalahoidolle. Huolimatta psykiatrian hoitosuoritteiden monipuolisuudesta palveluiden tarkempi luokittelu ei ollut mahdollista tämän projektin yhteydessä.

Psykiatrinen avohoito ja päiväsairaalakäynnit

Aikuispsykiatrian avohoitokäynnit on luokiteltu tässä raportissa ajanvaraus- ja päivystyskäynteihin. Ajanvarauskäyntien yksikkökustannus perustuu 20 sairaanhoidopiiriin ja päivystyskäyntien kuuden sairaanhoidopiiriin palveluhinnastoihin. Tarkasteluun otettiin mukaan hinnastoista tyyppillisten avohoitokäyntien hinnat, jotka eivät olleet kuntoutusta ym. tai erityisen lyhyitä, pitkiä tai paljon henkilökuntaa

vaativia kuten erilaisia ryhmäterapioita. Lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoitokäyntien yksikkökustannukset määritettiin ajanvarauskäyntien osalta 18 sairaanhoidopiiriin tietojen perusteella.

Psykiatriselle päiväsairaaloiminnalle esitetään tässä raportissa avohoitokäynnin (hinnastoissa myös päiväosastohoito, hoitopäivä päiväosastolla) yksikkökustannukset, jotka on määritetty aikuispsykiatrian osalta yhdeksän ja lasten- ja nuorisopsykiatrian osalta neljän sairaanhoidopiiriin hinnastoihin perustuen. Asiakkaalle psykiatrinen avohoito on maksutonta siihen liittyvää osittaista ylläpitoa lukuun ottamatta (17, s. 67).

Psykiatrinen vuodeosastohoito

Akuutti psykiatrinen vuodeosastohoito on tässä raportissa luokiteltu hoidon intensiivisyyden mukaan kahteen luokkaan: akuuttiin vuodeosastohoitoon ja tehostettuun hoitoon (hinnastoissa käytetään myös käsitteitä psykiatrinen teho- tai kriisihoito). Pitkäaikaisen psykiatrisen vuodeosastohoidon ja vanhuspsykiatrian kustannuksia ei ole otettu mukaan tarkasteluun.

Yksikkökustannus aikuisten ja lasten- ja nuorisopsykiatrian vuodeosastohoidolle perustuu 16 sairaanhoidopiiriin hinnastoihin. Kustannus on määritetty tarkastelemalla muiden kuin tehostettua hoitoa tarjoavien akuuttien vuodeosastojen hintatietoja. Tehostetun vuodeosastohoidon kustannus sisältää erityistä valvontaa ja hoitoa vaativien potilaiden hoidon, esimerkiksi itsemurhahakuisten ja väkivaltaisten potilaiden hoitoa. Aikuisten tehostetun hoidon yksikkökustannus perustuu yhdeksän ja lasten- ja nuorisopsykiatrian yksikkökustannus 11 sairaanhoidopiiriin hinnastoihin. Hoitopäivien yksikkökustannus on laskettu lisäämällä hintatietoon 11,8 euron suuruinen asiakasmaksu. Alle 18-vuotiaat maksavat potilasmaksua enintään seitsemältä hoitopäivältä vuodessa (17, s. 64).

Yksikkökustannukset

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosasto- ja avohoidon yksikkökustannukset vuonna 2001 on esitetty taulukossa 7. Taulukossa on lisäksi esitetty palvelutyypeittäin sairaanhoitopiirien keskimääräisten hintojen vaihteluväli.

Lisäksi taulukossa on niiden sairaanhoitopiirien lukumäärä, joista palvelutyyppikohtainen hintatieto on saatu. Sairanhoitopiirien hinnastot on lueteltu liitteessä 2.

TAULUKKO 7. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien ja vuodeosastohoidon yksikkökustannukset vuonna 2001 (sairanhoitopiirien hinnastot: liite 2)

<i>Avohoitokäynti tai hoitopäivä</i>	<i>Yksikkökustannus keskiarvo €/suorite^{a)}</i>	<i>Vaihteluväli €/suorite^{b)}</i>	<i>Tietoja shp:stä lkm</i>
Akuutti aikuispsykiatria			
Ajanvarauskäynti	109,3	84,1–146,9	20
Päivystyskäynti	177,0	121,9–235,5	6
Päiväsairaalakäynti	149,0	42,0–236,3	9
Vuodeosastohoitopäivä ^{c)}	247,7	168,0–286,1	16
Tehostettu vuodeosastohoitopäivä ^{c)}	478,8	279,7–600,4	9
Lasten- ja nuorisopsykiatria			
Ajanvarauskäynti	165,0	84,1–217,5	18
Päiväsairaalakäynti	256,0	174,9–291,3	4
Vuodeosastohoitopäivä ^{c)}	385,6	269,1–466,7	16
Tehostettu vuodeosastohoitopäivä ^{c)}	532,0	424,6–672,8	11

^{a)} Sairanhoitopiirien hinnastojen keskiarvoja on painotettu sairaanhoitopiireittäin niiden asukasluvulla.

^{b)} Sairanhoitopiirikohtaisten keskiarvojen vaihteluväli.

^{c)} Sisältävät 11,8 euroa potilaan hoitopäivämaksua. Huom! Alle 18-vuotiaat maksavat asiakasmaksua enintään seitsemältä vuorokaudelta vuodessa.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Taulukossa 7 esitettyjä sairaanhoitopiirien listahintoihin perustuvia tietoja suositellaan käytettäväksi yksikkökustannuksina vuodelle 2001. Mikäli terveystaloudellisessa tutkimuksessa tarvitaan yksityiskohtaisempaa tietoa psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, on yksikkö-

kustannusten määrittelyssä ja analysoinnissa käytettävä yksityiskohtaisempaa aineistoa, esimerkiksi 3–5 palvelutuottajan samansisältöisen- ja pituisen terapiapalvelun keskimääräistä kustannustietoa.

7 Tutkimus- ja hoitopalvelut

Koska laboratorio- ja radiologisia tutkimuksia sekä lääkinällistä kuntoutusta ja fysioterapia-palveluja tehdään sekä perusterveydenhuollos-

sa että erikoissairaanhoidossa, käsitellään niitä omana lukunaan.

Laboratoriotutkimukset

Johdanto

Laboratoriotutkimus on lääkärin pyytämä tai tehtäväksi valtuuttama tutkimus ja tutkimus löytyy laboratoriotutkimusnimikkeistöstä (Laboratoriotutkimusnimikkeistö 2002 Suomen Kuntaliitto). Viranomaiset voivat myös pyytää laboratoriotutkimuksen tehtäväksi. Laboratoriotutkimukset luokitellaan kliinisen kemian, mikrobiologian, kliinisen fysiologian, kliinisen neurofysiologian, patologian alaan kuuluviin ja muihin laboratorioissa tehtäviin tutkimuksiin. (17, s. 40.)

Arvioinnin lähtökohdat

Raportissa esitetyt laboratoriotutkimusten listahinnat perustuvat Tampereen yliopistollisen sairaalan Laboratoriokeskuksen (49) ja HYKS:n Helsingin sairaaloiden listahintoihin vuodelta 2001 (61) Kansaneläkelaitoksen tiedostoihin yksityisten palvelutuottajien asiakkailta perimiin eräiden yleisimpien tutkimusten keskimääräisiin kustannuksiin (62) sekä Kansaneläkelaitoksen laboratoriotutkimusten korvaamista koskeviin taksoihin (63).

Tampereen yliopistollisen sairaalan Laboratoriokeskuksessa tutkimusten hinnat kattavat kaikki kustannukset, vyörytykset, sidotun pääoman koron ja ylijäämätavoitteen. Laboratoriokeskus on liikelaitos, joka tuottaa palveluita pääosin julkiselle sektorille, sekä erikois-

sairaanhoidon että perusterveydenhuollon yksiköille. Liikelaitoksena sillä on erilliskirjanpito ja oma tase. Laboratoriokeskuksen analytiikkapalvelut on hinnoiteltu kannattavuusperusteisesti ja yhdenmukaisesti kaikissa toimipisteistä. Koska asiakaspalveluiden suoritekohtaisiin kustannuksiin vaikuttaa näytteenotto- ja palveluiden mm. kapasiteetin käyttöaste, nämä palvelut on hinnoiteltu toimipistekohtaisesti. (64)

Kansaneläkelaitoksen uusien laboratoriotutkimusten korvaamista koskevien taksojen (1.10.2002 alkaen) lähtökohdalla on käytetty julkisen terveydenhuollon laboratoriotutkimusten hintoja. Taksojen tarkistamisen lähtökohdalla on mm. sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laboratoriotutkimusten tuottamista, kustannuksia ja korvauksia koskeva selvitys vuodelta 2001. (65)

Uudet taksat perustuvat Kansaneläkelaitoksen yliopisto-, keskus- ja aluesairaaloille sekä terveystieteiden keskuksille tekemään kyselyyn laboratoriotutkimusten ulosmyyntihinnoista. Taksojen muodostamiseksi oli tehty laskentaa, johon oli otettu mukaan ne palvelutuottajat (41 laboratoriota), joilla oli omaa käytössä olevaa kustannuslaskentaa, Kuntaliiton tutkimusnimikkeitä ja koodeja sekä tutkimusten näytteenotto ja analyysi olivat erotettavissa toisistaan. Koska tutkimushintojen vaihtelu oli ollut suurta, oli taksan määrittämisen pohjana päädytty käyttämään hintojen mediaaneja. Kliinisen kemian, hematologian ja mikrobiologian hinto-

jen mediaaniin on lisätty näytteenottotaksaa 1,27 euroa ja 5 prosenttia tuotantokustannuksiin sisältyvän arvonlisäveron osuutena. Näytteenoton arvioitu kustannus on sisällytetty tutkimusten taksoihin perustuen siihen, että näyt-

teenottokerran keskimääräinen kustannus oli ollut 5,10 euroa (70 laboratoriota) ja useilla laboratorioilla näytteenottokertaan sisältyi neljä tutkimusta.(66)

Yksikkökustannukset

TAULUKKO 8. Tampereen yliopistollisen sairaalan Laboratoriokeskuksen (49) ja HYKS:n Helsingin sairaaloiden (61) listahinnat, yksityisten palvelutuottajien asiakkailta perimät maksut keskimäärin (62) yleisimmistä (20 kpl) yksityisellä tehtävistä laboratoriotutkimuksista vuonna 2001 sekä Kansaneläkelaitoksen taksat vuonna 2002 (63)

Numero	Koodi	Laboratoriotutkimus (€/tutkimus)	TAYS:n Laboratoriokeskus 2001	HYKS, Helsingin sairaalat 2001	Yksityiset palvelutuottajat 2001	KELAn taksa 2002
4044	Pt-Papa-1	Gynekologinen irtosolututkimus	12,8	19,3 ^{a)}	30,3	20,0
2473	B-PVK	Perusverenkuva	1,5	3,4	20,7	6,0
1216	S-CRP	C-reaktiivinen proteiini	1,5	2,0	19,2	5,5
2203	B-Lasko	Lasko	2,0	1,7	8,2	6,0
2143	S-krea	Kreatiniini	1,5	1,7	13,0	5,0
4054	Ts-PAD-1	Kudosnäytteen histol. tutk.(1-3 erit.näyt.)	29,6	37,0 ^{b)}	45,2	42,0
1026	S-Alat	Alaniiniaminotransferaasi	1,5	1,7	13,3	5,0
1270	Pt-Ekg-12	EKG, 12 kytkentää levossa	8,1	10,1	31,5	16,0
2832	S-TSH	Tyretropiini	6,1	5,4	38,3	10,0
2095	fS-Kol	Kolesteroli	1,5	2,0	12,4	5,0
3269	U-Tutk-2	Virtsatutkimus 2 ^{c)}	9,1	6,6	19,8	16,5
2001	S-K	Kalium	1,5	1,7	10,3	5,0
1467	fB-Gluk	Glukoosi	1,5	1,7	12,3	5,5
2770	fs-Trigly	Triglyseridit	1,5	2,0	15,5	5,0
1155	U-BaktVi	Bakteeri, viljely	7,1	3,9	17,7	12,5
2245	fS-Lipidit	Lipidit	5,0 ^{d)}	7,4 ^{d)}	37,2	20,0
2097	fS-Kol-HDL	Kolesteroli, high density lipoproteiinit	2,0	3,4	15,3	5,0
2382	S-Na	Natrium	1,5	1,7	9,9	5,0
3642	S-PSA	Prostataespesifinen antigeeni	13,1 ^{e)}	8,9	41,4	15,5
1046	S-AFOS	Alkalinen fosfataasi	1,5	1,7	12,8	5,0

^{a)} Lähin vastaava tutkimus Syt-Papa (66)

^{b)} Lähin vastaava tutkimus PAD-1Fix (1)

^{c)} Tutkimuksen sisältö vaihtelee eri laboratoriossa. Kelan taksat perustuvat Kuntaliiton nimikkeistöön, joka uudistui 2002. Vuonna 2001 laboratoriolta oli sisällöltään hieman erilainen tutkimus kuin nimikkeistössä 2002.

^{d)} Lipidit sisältää: fS-Kol (2095), fS-Kol-HDL(2097), fS-Kol-LDL ja fS-Trigly (2770)

^{e)} Lähin vastaava tutkimus S-PSA-SARJA (9910)

Huom! TAYS:n Laboratoriokeskuksen ja Helsingin sairaaloiden listahinnat eivät sisällä näytteenottomaksuja, mutta useiden yksityisten asiakkailta perimissä maksuissa näytteenoton kustannus todennäköisesti on. Kelan taksoihin sisältyy näytteenottomaksua 1,27 euroa/tutkimus. Patologiaan alaan kuuluvien tutkimusten näytteenotto sisältyy lääkärinpalkkioon. Pt-alkuiset tutkimukset ovat tutkimuskokonaisuuksia, joihin ei kuulu erillistä näytteenoton osuutta. Yksityisten palvelutuottajien maksut sisältävät arvonlisäveron osuuden; mutta TAYS:n Laboratoriokeskuksen ja HYKS:n hinnat eivät. Kelan taksat arvioituna arvonlisäveron osuutena viisi prosenttia.

Jos laboratoriotutkimuksen kustannus ei sisällä näytteenottoa, on tutkimuksen kustannukseen lisättävä esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen taksoituksen mukaista arviota kliinisen kemian, hematologian ja mikrobiologian tutkimuksista 1,27 euroa tai 5,10 euroa näytteenottoker-

ralta. Patologian alaan kuuluvien tutkimusten näytteenotto sisältyy lääkärinpalkkioon. Pt-alkuiset tutkimukset ovat tutkimuskokonaisuuksia, joihin ei kuulu erillistä näytteenoton osuutta.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Laboratoriotutkimusten osalta suositellaan käytettäväksi julkisen terveydenhuollon keskimääräisinä yksikkökustannuksina Tampereen yliopistollisen sairaalan Laboratoriokeskuksen listahintoja. Mikäli tutkimus on tehty yksityisellä sektorilla, suositellaan käytettäväksi laboratoriotutkimusten yksikkökustannuksena Kansaneläkelaitoksen noin 1000 tutkimukselle vahvistamia taksoja, jotka ovat Kansaneläkelaitoksen internet-sivuilla (www.kela.fi) kohdassa Kun sairastat/ Mitä korvataan (http://193.209.217.5/in/internet/liite.nsf/alias/taksaa/File/taksa_0602.pdf?OpenElement) [23.1.2003], joista vähennetään 5 prosentin arvonnisäveron osuus. Mikäli taksaluettelosta ei löydy tarvittavaa tutkimusta suositellaan käytettäväksi 3–5 yliopistollisen sairaalan kyseisten tutkimusten keskiarvoa, joihin on lisättävä kustannus näytteenotosta.

Laboratoriokustannusten vertailu ja keskimääräisen kustannustiedon löytäminen on vaikeaa, sillä tutkimukset on tuotettu erilaisissa toimipaikoissa ja laskentaperusteet ovat erilaiset. Tutkimuksia analysoidaan mm. alihankintana eri laboratorioissa ja alihankintahintoihin lisätään erilaisia kustannuksia. Tampereen yliopistollisen sairaalan Laboratoriokeskuksen alihankintahintoihin sisältyy 5–10 pro-

sentin suuruiset kustannukset esikäsittelystä ja atk:lle vastaamisesta. Näytteenoton keskimääräisten kustannusten arviointi on vaikeaa, sillä yhden näytteenottokäynnin yhteydessä otetaan laboratorioista riippuen eri määrä näytteitä, joista tehdään vaihteleva määrä tutkimuksia (64).

Suurten palvelutuottajien yksikkökustannukset saattavat olla taksoja alhaisemmat mm. skaalaetujen seurauksena. Kansaneläkelaitoksen julkisille palvelutuottajille tekemien kyselyjen mukaan mm. kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian tutkimusten hintojen hajonta oli suurta vähän tehtävien tutkimusten osalta. Hajonnan katsottiin johtuneen mm. laiteinvestoinneista ja oheiskustannusten erilaisesta laskentatavasta. Kansaneläkelaitos on määrittellyt taksat käyttäen julkisten sairaaloiden päivähintoja ja taksat ovat aina samat vuorokauden ajankohdasta riippumatta. Yliopistolisten sairaaloiden sekä tutkimusten että näytteenoton hinnat voivat vaihdella riippuen vuorokauden ajankohdasta.

Tässä raportissa esitettävät somaattisen erikoissairaanhoidon yksikkökustannukset sisältävät sairaalassa tehdyt tutkimukset ja annetun hoidon. DRG- tai erikoisalakohtaisia hoitopäivä- tai hoitajaksokustannuksia käytettäessä yksittäisen tutkimuksen kustannusta ei tule lisätä toistamiseen hoidon kustannuksiin.

Radiologiset tutkimukset

Johdanto

Radiologinen tutkimus on toimenpidekokonaisuus, jolla selvitetään terveydentilaa radiologisin keinoin. Tutkimus on radiologisten tutkimusten nimikkeistössä (Radiologinen tutkimusnimikkeistö, Suomen kuntaliitto). Radiologisia tutkimuksia ovat natiivi-, varjoaine-, angiografia-, ultraääni-, tietokonetomografia-, magneetti-, mammografia-, toimenpideradiologiset ja luokittelemattomat tutkimukset sekä sädehoito ja syöpätautien sytostaattihoidot. (17, s. 52.)

Arvioinnin lähtökohdat

Radiologiyhdistys on hyväksynyt yksinkertaistetun radiologisten tutkimusten laskentamallin terveyskeskuksille, joka on esitetty Vesalan, Sintosen ja Hartikaisen (2001) julkaisussa "Perinteisestä filmikuvantamisesta digitaalikuvantamiseen" (67). Tähän malliin perustuen Vesala on laskenut terveyskeskuksissa tehtyjen natiivi-, ultraääni- ja läpivalaisuututkimusten yksikkökustannuksia (taulukko 9). Laskentamalli liittyy ns. Sonetti-projektin digitaalikuvantamisen kustannusten selvitystyöhön (68).

Tässä luvussa esitetään tietoja Anne Sajannin laskennasta erikoissairaanhoidon radiologisten tutkimusten keskimääräisistä hinnoista vuodelta 2001 (69) taulukossa 10. Laskentaan

oli kerätty hintatietoja kaikista yliopistollisista sairaaloista, kahdeksasta keskussairaalaista ja 17 yksityiseltä palvelutuottajalta.

Yksikkökustannukset

TAULUKKO 9. Terveyskeskusten radiologisten tutkimusten yksikkökustannuksia vuonna 2001^{a)}

<i>Tutkimusryhmä</i>	<i>€/tutkimus, mediaani</i>	<i>Vaihteluväli</i>	<i>Terveyskeskusten lkm</i>
natiivi	26,7	13,1–58,6	46
ultraääni	51,2	27,8–72,8	30
läpivalaisu	271,5	172,1–473,5	4

^{a)} Vesalan ym. 2000 (67) tutkimuksen tiedot on muunnettu vuoden 2001 arvoon julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksiin (liitetaulukko 3) avulla.

SoteVertti-aineistosta on laskettu terveystoimen radiologisten tutkimusten keskimääräinen

kuukausikustannus, joka oli 23,1 euroa vuonna 2001 (27).

TAULUKKO 10. Radiologisten tutkimusten julkisen erikoissairaanhoidon ja yksityisten palvelutuottajien yksikkökustannuksia vuonna 2001^{a)}

<i>Tutkimus</i>	<i>Julkiset palvelutuottajat</i>			<i>Yksityiset palvelutuottajat</i>		
	<i>€/tutkimus</i>			<i>€/tutkimus</i>		
	<i>keskiarvo</i>	<i>keskihajonta</i>	<i>lkm</i>	<i>keskiarvo</i>	<i>keskihajonta</i>	<i>lkm</i>
Natiiviröntgen						
Thorax-rtg, tavallinen	27,1	5,6	13	60,2	6,7	9
Thorax-rtg, laaja	33,8	8,9	13	68,6	10,8	10
Lanneranka-rtg, tavallinen	30,3	7,9	13	60,0	3,7	10
Lanneranka-rtg, laaja	38,9	12,4	12	75,5	9,6	10
Lonkka-rtg, tavallinen	27,8	5,2	13	57,0	3,2	11
Lonkka-rtg, laaja	39,0	12,4	12	69,3	9,4	11
Ultraäänitutkimukset (UÄ)						
Kilpirauhasen UÄ	52,3	13,1	13	116,6	18,0	12
Munuaisten UÄ	52,6	15,3	12	123,1	22,0	12
Ylävatsan UÄ	58,9	15,1	13	151,0	25,2	12
Olikanivelen UÄ	56,8	12,6	13	131,5	32,8	11
Tietokonetomografia (TT)						
Pään TT, natiivi	115,0	33,6	13	266,6	30,1	6
Pään TT, varjoaineella	176,6	50,5	13	384,8	52,1	6
Vatsan TT, natiivi+varjoaine	255,3	72,2	13	492,5	85,9	6
Magneettitutkimukset (MRI)						
Lannerangan MRI, perustutkimus	340,4	28,9	7	620,3	85,6	9
Lannerangan MRI, laaja	491,1	23,5	8	803,1	80,1	9
Lannerangan MRI, erittäin laaja	623,3	69,3	7	944,2	118,9	9
Pään MRI, perustutkimus	334,5	31,5	7	641,3	39,9	9
Pään MRI, laaja	479,5	46,8	8	828,0	26,2	9
Pään MRI, erittäin laaja	623,3	69,3	7	974,6	61,4	9

^{a)} Tiedot ovat Anne Sajannin erikoissairaanhoidon radiologista toimintaa koskevasta laskennasta (69). Tiedot perustuvat vuoden 2001 hintoihin. Taulukossa lkm tarkoittaa arvioinnissa käytettyjen palvelutuottajien lukumäärää.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Taulukossa 9 esitettyjä terveyskeskusten radiologisten tutkimusten keskimääräisiä kustannuksia suositellaan käytettäväksi yksikkökustannuksina vuonna 2001. Taulukossa 10 esitettyjä julkisten palvelutuottajien (yliopistollisten ja keskussairaaloiden) keskimääräisiä hintatietoja suositellaan käytettäväksi erikoissairaanhoidon radiologisten tutkimusten yksikkökustannuksina vuonna 2001.

Mikäli tutkimuksessa käytetään tiettyä radiologista tutkimusta, olisi yksikkökustannus

hyvä määrittää 3–5 eri palvelutuottajan yksikkökustannusten keskiarvona, sillä esimerkiksi sairaanhoitopiirien radiologisten tutkimusten hinnoissa on suurta vaihtelua riippuen tutkimuksen tuottavasta yksiköstä.

Tässä raportissa esitettävät somaattisen erikoissairaanhoidon yksikkökustannukset sisältävät sairaalassa tehdyt tutkimukset ja annetun hoidon. DRG- tai erikoisalakohtaisia hoitopäivä- tai hoitajaksokustannuksia käytettäessä yksittäisen tutkimuksen kustannusta ei tule lisätä toistamiseen hoidon kustannuksiin.

Lääkinnällinen kuntoutus ja fysioterapiapalvelut

Johdanto

Kuntoutus jaetaan vajaakuntoisen ja vaikeavammaisen ammatilliseen sekä muuhun ammatilliseen että lääkinälliseen kuntoutukseen. Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen tarkoituksena on vajaakuntoisen tai vaikeavammaisen työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen niin, että hän selviää mahdollisimman hyvin työssä ja jokapäiväisessä elämässä sairaudesta tai vammasta huolimatta. (70, s. 6–7). Lääkinnällistä kuntoutusta järjestävät terveyskeskukset ja sairaalat.

Kuntoutusjaksolla tarkoitetaan intensiivistä eri terapia- ja kuntoutuspalveluista koostuvaa kuntoutussuunnitelmaan perustuvaa kuntoutusta laitoksessa tai avohoidossa (myös intensiivinen terapiakäyntien jakso). Kuntoutusohjaus on kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä tukemista sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista. Keskussairaaloiden yhteydessä sijaitsevat kuntoutustutkimusyksiköt, joiden tehtävänä on asiakkaan kuntoutustarpeen ja -mahdollisuuksien yksilöllinen selvittäminen (kuntoutussuunnitelma) eri ammattiryhmien tutkimusten ja lausuntojen avulla. Kuntoutussuunnitelmaan perustava kuntoutus tapahtuu kuntoutusyksiköissä, joita voivat olla monialaisia eri ammattiryhmien muodostamia palveluyk-

siköitä tai eri terveyskeskusten tai sairaaloiden fysioterapiayksiköitä. (17, ss. 33–34) Vaikeavammaisen lääkinällisen kuntoutuksen tulee perustua 1–3 vuoden kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan (70, s. 6).

Kunnan tehtävänä on huolehtia lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä siltä osin kuin se ei kuulu Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. Lääkinälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden (erilaiset terapiat) lisäksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta. (25, 14 §) Kuntoutusta tehdään varsinaisen sairaanhoidon lisäksi, jotta sairausaika lyhenisi tai silloin, kun sillä pyritään estämään tai lieventämään sairaudesta tai vammasta todennäköisesti syntyvää haittaa (17, s. 33). Kuntoutuksen laajuudesta ja monimuotoisuudesta saa monipuolisen käsityksen teoksesta ”Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta” (Aalto ym. 2002) (71).

Lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineitä ovat vajavuuden korjaamiseen tarkoitettavat välineet, laitteet ja vastaavat, joita vajaakuntoinen tarvitsee selviytyäkseen päivittäisissä toiminnoissa. Lain mukaan apuvälineet, niiden uusiminen ja huolto on potilaalle maksutonta (53, 5 §). Siitä huolimatta terveyskeskuksilla ja

sairaaloilla on vaihtelevia käytäntöjä apuvälineiden hankinnan omavastuuosuuden, lainauksen, huollon ja kuljetuksen asiakasmaksuista (72, s. 18). Apuvälineitä on käsitelty tarkemmin luvussa “Lääkkeet, hoitotarvikkeet ja apuvälineet”.

Arvioinnin lähtökohdat

Kansaneläkelaitoksen kustannustietojen mukaan lääkinällisen kuntoutuksen kustannukset riippuvat lakiperusteesta ja kuntoutustoimenpiteestä. Kustannukset koostuvat varsinaisista kuntoutuksen aikaisista toimenpiteistä, kuntoutuksen aikaisesta toimeentuloturvasta ja matkakustannuksista. Kuntoutusrahaa (sammansuuruinen kuin sairausvakuutuslain sairauspäiväraha) maksetaan 16–64-vuotiaalle kuntoutujalle siltä ajalta, jolta kuntoutus estää työnteon. (70, s. 6.)

Kuntien tuottamien kuntoutuspalveluiden osalta esitetään 20 sairaanhoitopiirin listahintoihin perustuvia tietoja lääkinällisestä kuntoutuksesta, fysiatriasta ja fysioterapiasta taulukossa 11. Yksityiskohtaista tietoa hintojen muodostumisesta ei ole saatavissa tähän raporttiin. Hintatietoja on arvioitu niin että hinnastoissa (liite 2) esitetyt suoritekuvaukset vastaavat mahdollisimman paljon toisiaan sekä niin että hinnat asettuvat samalle tasolle. Mikäli palvelu on hintatasoltaan poikennut hyvin paljon muiden samantyyppisten palveluiden hinnoista, on siihen saattanut sisältyä esimerkiksi erilaisten tutkimusten kustannuksia, joi-

ta ei ole ollut muilla palvelutuottajilla. Tällöin hintatieto on jätetty pois.

Sairaanhoitopiirien useimpiin hintatietoihin on lisätty asiakasmaksujen osuus ja sairaanhoitopiirien keskiarvoja on painotettu niiden asukasluvuilla. Lisäksi esitetään SoteVertti-aineistosta (27) laskettu terveyskeskuksissa tapahtuvien fysioterapiakäyntien yksilö- ja ryhmäterapiakäyntien keskiarvo vuonna 2001. SoteVertti-aineistosta laskettu keskiarvo perustuu kuntien ja kuntayhtymien tilinpäätöstitiedoista laskettuihin käyntien bruttokustannusten keskiarvoihin, joita on painotettu asukasluvuilla.

Yksikkökustannukset

Kansaneläkelaitoksen lääkinällisessä kuntoutuksessa olevan vuotuinen keskimääräinen kustannus oli 2 689,0 euroa kuntoutujaa kohden. Esimerkiksi muun ammatillisen ja lääkinällisen kuntoutuksen (ei vajaakuntoisten ja vaikeavammaisten) kustannus oli kuntoutuslaitoshoidossa 2 522,0 euroa, kuntoutuskursseilla 1 985,0 euroa ja neuropsykologisessa kuntoutuksessa 987,0 euroa. Vaikeavammaisen kuntoutuslaitoshoidon kustannukset olivat 5 210,0 euroa ja esimerkiksi sopeutusvalmennuskurssien kustannukset olivat 2 698,0 euroa kuntoutujaa kohden vuodessa (70, s. 43). Kansaneläkelaitoksen tilastosta löytyvät yksityiskohtaiset kustannustiedot kuntoutuksen lakiperusteeseen ja kuntoutustoimenpiteeseen perustuen.

TAULUKKO 11. Lääkinnällisen kuntoutuksen, fysiatrian ja fysioterapian yksikkökustannuksia^{a)} vuonna 2001 (sairaanhoitopiirien hinnastot: liite 2)

<i>Palvelu tai suorite</i>	<i>€/suorite, keskiarvo^{a)}</i>	<i>Vaihteluväli</i>	<i>Tietoja shp:stä lkm</i>
Fysiatri			
lyhyt pkl-käynti	64,9	47,1–89,3	4
uusintakäynti pkl-käynti	107,6	65,6–163,7	17
ensikäynti/vaativa pkl-käynti	159,2	79,1–250,6	17
puhelinkonsultaatio ^{b)}	27,0	16,8–42,0	9
Fysioterapeutti			
ryhmäterapia/-käynti	26,9	16,3–40,3	11
lyhyt pkl-käynti	33,5	21,9–43,7	13
sarjahoito/ pkl-käynti (30–60 minuuttia)	55,4	39,5–89,1	20
pkl-käynti (yli 60–90 minuuttia)	81,0	60,5–122,8	11
kotikäynti	101,9	75,7–156,4	5
Toimintaterapeutti			
pkl-käynti	49,4	33,6–69,0	14
pkl-käynti 1,5–2 tuntia	87,4	62,2–114,4	7
kotikäynti	134,6	75,7–210,2	6
Kuntoutusohjaaja			
pkl-käynti	73,4	47,1–141,3	12
kotikäynti		72,3–385,2	13
apuvälineohjaus	57,2	47,1–122,8	10
Puheterapeutti, käynti			
	65,2	63,9–72,3	3
Jalkojenhoitaja, käynti			
	48,9	47,1–51,6	4
Kuntoutustutkimus, pkl-käynti			
Kuntoutustutkimusjakso, hoitopäivä	245,3	62,2–531,5	16
Kuntoutustutkimusjakso, hoitopäivä		214,8–269,1	6
Kuntoutustutkimus tuotepaketina ^{b)}		832,5–2018,3	3
Sopeutumisvalmennuskurssi-/ensitietopäivä ^{b)}		151,4–468,2	7
Kuntoutuskurssi ^{b)}		147,2–1429,6	4

^{a)} Sairaanhoitopiirien asiakasmaksuilla korotettuja hinnastotietojen keskiarvoja on painotettu sairaanhoitopiirien asukasluvuilla. Yksikkökustannukset sisältävät asiakasmaksuja fysiatrikäyntien ja kuntoutustutkimuspkl käyntien osalta 20,2 euroa, kaikkien terapiakäyntien (myös kuntoutusohjaajan) osalta 5,0 euroa sekä kuntoutushoitopäivän osalta 8,4 euroa.

^{b)} Taulukon tietoihin ei ole lisätty asiakasmaksuja.

SoteVertti-aineistosta laskettu terveyskeskuksessa tapahtuvan fysioterapeuttikäynnin kuntien ja kuntayhtymien asukasluvuilla painotettu keskiarvo oli 33,1 euroa. Tähän keskimääräiseen fysioterapia käyntiin sisältyvät kaikki yksilö- ja ryhmäkäynnit.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Lääkinnällisen kuntoutuksen ja fysioterapiapalveluiden yksikkökustannuksina suositellaan käytettäväksi taulukossa 11 esitettyjä julkisten palvelutuottajien yksikkökustannuksia. Ainoastaan puhelinkonsultaation ja eräi-

den kuntoutustutkimusten ja kurssien yksikkökustannuksiin ei sisälly asiakasmaksuja. Kotikäyntien kustannukset sisältävät sairaaloissa arvioidut keskimääräiset matkakustannukset. Fysio- ja toimintoterapian sekä kuntoutusohjauksen kustannuksiin vaikuttaa pääasiassa käytetty työaika, josta sairaanhoitopiirien hinnastoissa on erittäin vähän tietoa. Mikäli erilaisista fysioterapian ja lääkinnällisen kuntoutuksen hinnoista tarvitaan yksityiskohtaisempaa tietoa, voi tarkastella sairaanhoitopiirien hinnastoista pisimmälle tuotteistettua ja laajinta, Kuopion Yliopistollisen keskussairaalan kuntoutuksen ja fysiatrian suoritehinnastoa (73, ss. 70–76).

Fysiatrikäynnin sisällön kuvaukset vaihtelivat hinnastoittain. Hinnastoista nousivat esiin poliklinikkakäyntityypit: lyhyt, uusinta ja ensi/vaativa käynti. Mahdollisesti voimavarakäytöltään lyhyt käynti vastaisi perusterveydenhuollon peruskäyntiä ja muihin käynteihin sisältyy enemmän fysiatrin työaikaa ja erilaisten tutkimusten kustannuksia. Myös terapeuttikäynneissä käynnin keston vaikutus näkyy yksikkökustannuksissa. Fysioterapeuttikäynteihin voi sisältyä erilaisilla laitteilla mm. ultraäänilaitteilla annetut hoidot sekä kylmä- että lämpöhoidot. Toimintaterapian kustannuksissa on huomioitava tarvittavan lastan tai tuen valmistamisen työ- ja materiaalikustannukset. Esitettyyn toimintaterapian poliklinikkakäynnin yksikkökustannukseen voi kuulua esimerkiksi valmislasta, sovitus ja käytön ohjaus.

Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuksiin liittyvät hintatiedot vaihtelevat niin

paljon ettei niistä ole mahdollista ainakaan toistaiseksi antaa suosituksia. Kuntoutustutkimuksen kustannukset vaihtelevat riippuen tarvittavien lausuntojen määrästä, tutkimusajankohdasta ja -paikasta sekä tarvittavista tutkimuksista.

Kansaneläkelaitoksen tilastot kuntoutuksen lakiperusteen ja toimenpiteen perusteella kertovat luotettavasti lääkinnällisen kuntoutuksen keskimääräisistä kustannuksista. Mikäli lääkinnällinen kuntoutus ja fysioterapia annetaan esimerkiksi terveyskeskuksissa, voivat kustannukset olla alhaisempia kuin erikoissairaanhoidossa tuotettuna. SoteVertti-aineistosta laskettua terveyskeskusten keskimääräistä fysioterapian yksilö- ja ryhmäkäyntien kustannusta ei voi verrata sairaanhoitopiirien hinnastoihin perustuviin yksikkökustannuksiin, sillä tiedot on laskettu erilaisista aineistoista eri tavoilla.

8 Yksityiset terveyspalvelut

Terveyspalveluja saavat tuottaa yksityisesti itsenäiset terveydenhuollon ammattihenkilöt (joilla on lain mukaan siihen oikeus) ja palvelun tuottajat (yksittäinen henkilö, yhtiö, säätio yms.). Yksityisinä terveyspalveluina voidaan järjestää lääkäri- ja hammaslääkäripalveluja sekä muuta sairaan- ja terveydenhoitoa, laboratorio- ja radiologista tutkimustoimintaa, fysio- tai muuta terapeuttista hoitoa, hierontaa ja työterveyshuoltoa. Lääninhallitukset myöntävät palvelun tuottajille luvat ja valvovat pal-

velujen tuottamista. Lisäksi kunnissa terveyslautakunnat (tai vastaavat kunnalliset toimielimet) toimivat valvontaviranomaisina. (74, 1–15 §.)

Tässä luvussa käsitellään yksityisten lääkäreiden antamaa hoitoa ja tutkimuksia, yksityisiä laboratoriotutkimuksia sekä muita yksityisten tuottamia terveyspalveluja (fysioterapia ja sairaanhoitoa sekä mielenterveysterapioita). Tiedot on saatu Kansaneläkelaitoksen vuoden 2001 tilastoista.

Lääkäreiden antama hoito ja tutkimukset

Johdanto

Yksityisten lääkäreiden antaman hoidon ja tutkimusten keskimääräiset kustannukset on Kansaneläkelaitoksen tilastoissa laskettu asiakkaiden maksamiin vastaanotto- ja toimenpidepalkkioihin perustuen (75–77).

Arvioinnin lähtökohdat

Tässä luvussa esitetään eräitä tavallisimpia ja tärkeimpiä yksityislääkäreiden asiakkailta perimiä vastaanotto- ja muita palkkioita sekä toimenpidekohtaisia palkkioita vuodelta 2001 (taulukot 12–15).

Yksikkökustannukset

TAULUKKO 12. Yksityisten yleis- ja erikoislääkäreiden asiakkailta perimiä vastaanottomaksuja keskimäärin vuonna 2001 (ei apteekkiuusinnat) (75)

<i>Suorite</i>	<i>€/suorite, keskiarvo</i>
vastaanottokäynti 10 min ^{a)}	35,4
vastaanottokäynti 20 min ^{a)}	49,1
vastaanottokäynti 30 min ^{a)}	56,8
vastaanottokäynti 60 min ^{a)}	75,0
puhelin- tai postiohjeet resepteineen	16,0
reseptin uusiminen, yksi tai useampia	8,8
lausunto, tavallinen	76,5
lausunto, erittäin laaja ja perusteellinen	130,4
kotikäynti, enintään 60 min ^{a)}	70,4
Kaikki vastaanottomaksut käyntiä kohden ^{a)}	52,2

^{a)} Sisältävät vastaanottomaksun lisäksi 8,0 euroa toimistomaksua.

TAULUKKO 13. Yksityisten yleis- ja erikoislääkäreiden asiakkailta perimiä vastaanottokäyntimaksuja keskimäärin vuonna 2001 (76)

<i>Vastaanottokäynti</i>	<i>€/käynti^{a)} keskiarvo</i>
Kaikki lääkärit yhteensä	61,0
Yleislääkärit	41,0
Erikoislääkärit erikoisaloittain	
Anestesiologia ja tehohoito	165,0
Fysiatria ja liikuntalääketiede	65,0
Ihotaudit ja allergologia	53,2
Kehkosairaudet	53,4
Kirurgia (kaikki)	89,6
* gastroenterologinen kirurgia	111,2
* käsikirurgia	102,4
* neurokirurgia	101,0
* ortopedia ja traumatologia	99,0
* plastiikkakirurgia	125,0
* sydän- ja rintakirurgia	71,0
* urologia	67,2
* yleiskirurgia	80,7
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	62,8
Lastentaudit	53,0
Naistentaudit ja synnytykset	56,0
Neurologia ja lasten neurologia	70,0
Psykiatria	68,8
Radiologia	33,1
Silmätaudit	69,5
Sisätaudit (kaikki)	60,7
* gastroenterologia	58,8
* kardiologia	64,6
Syöpätaudit	60,2
Työterveyshuolto ja työlääketiede	44,6
Yleislääketiede	43,9

^{a)} Kaikki vastaanottomaksut sisältävät 8,0 euroa toimistomaksua.

TAULUKKO 14. Yksityislääkäreiden perimät palkkiot eräistä yleisimmistä (30) toimenpiteistä keskimäärin vuonna 2001 (77)

<i>Koodi</i>	<i>Toimenpide</i>	<i>€/toimenpide^{a)}</i> <i>keskiarvo</i>
ABC36	Juuridekompressio lannerangassa	520,9
CBB20	Silmäluomi-ihon/rasvahernian poisto	378,6
CJD20	Ekstrakaps kaihileikkaus,takakammiomykiö	324,5
CJE15	Fakoemulsifikaatio, takakammiotekomykiö	322,5
CJE20	Fakoemulsif,etuk mykiö,iridektomia/-otom	322,5
DCA10	Tärykalvopisto	50,2
DCA20	Tympanostomia/putki	80,6
EMB10	Nielurisaleikkaus	270,0
EMB30	Kitarisaleikkaus	138,5
JAB30	Nivustyrän korjaus keinoaineella	227,4
JHB00	Peräpukamien poisto	123,9
LAA10	Munasolun otto ovarioista iholta/emättim	356,1
LCA06	Koepalan otto kohdun limakalvosta	57,8
LCA30	Munasolun/alkion siirto kohtuun	146,1
NFB50	Lonkan kokotekonivel,standard,sementöity	364,3
NGD05	Polven nivelkierukan osan poisto ASKO	307,0
NGE35	Polven eturistisiteen korjaus ASKO	519,1
PHD76	Ison safeenalaskimon poistaminen	199,3
PHD99	Laskimon poistaminen, muu laskimo	171,9
QAE10	Pään/kaulan ihon/subkutis muutospoisto	86,4
QBE10	Vartalon ihon/subkutis muutoksen poisto	71,2
TDM10	Poskiontelon punktio	55,3
TNX10	Nivelpisto	51,7
UDQ12	Nenän ja kurkunpään tähytys	82,7
UJD02	Mahalaukun tähytys, gastroskopia	157,7
UJD10	Esofago-, gastro- ja duodenoskopia	149,0
UJF32	Paksusuolen tähytys, kolonoskopia	223,5
UJF45	Sigmasuolen tähytys, sigmoideoskopia	147,1
UKC02	Virtsarakon tähytys	141,7
ULA02	Kolposkopia	66,0

^{a)} Taulukon toimenpidepalkkioihin ei ole lisätty toimistomaksuja.

HUOM! Nämä keskimääräiset tiedot koskevat kaikkia toimenpiteitä, joita tehdään sekä mm. yksityisillä lääkäriasemilla, yksityissairaaloissa ja erikoismaksuluokanpotilaille julkisissa sairaaloissa.

TAULUKKO 15. Eräistä anestesiatoimenpiteistä perityt palkkiot keskimäärin vuonna 2001 (77)

<i>Numero</i>	<i>Toimenpide</i>	<i>€/toimenpide^{a)}</i> <i>keskiarvo</i>
501	Vaativa blokadi	74,4
502	Lyhytkestoinen anestesia	68,1
503	Epiduraali- ja spinaalipuud.	112,7
504	Epiduraali- ja spinaalipuud.,pitkäaik	159,6
505	Tavanomainen anestesia	140,3
506	Anestesia pitkäkestoinen	186,0
508	Anestesia, erittäin vaativa ja pitkäk.	253,5
509	Yksinkertainen blokadi	57,0
529	Epiduraali/spinaalipuud. kivun hoito	119,9

^{a)} Taulukon toimenpidepalkkioihin ei ole lisätty toimistomaksuja.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Kansaneläkelaitoksen tilastot kertovat kattavasti niistä toimenpiteeseen liittyvistä keskimääräisistä kustannuksista, jotka kuuluvat Kansaneläkelaitoksen korvattaviin lääkäri-, toimenpide- ja tutkimuspalkkioihin ja -maksuihin. Toimenpiteen tai leikkauksen kokonaiskustannuksia laskettaessa on otettava huomioon leikkausta edeltävät lääkärin kliiniset tutkimukset (vastaanottopalkkiot), laboratorio- ja röntgen-tutkimukset, lääkärin varsinaiset toimenpide-

maksut, anestesian toimenpidemaksu, erityiset tarvikkekustannukset (linssit, proteesit ym. implantit), laitos- ja instrumenttimaksut, lääkkeet ja esimerkiksi jälkitarkastuksiin liittyvät vastaanottopalkkiot, lausunnot sekä todistukset ja toimistomaksut.

Esitettyihin keskimääräisiin toimenpidepalkkioiden piiriin kuuluvat mm. ne potilaat, joille toimenpide tehdään lääkäriasemilla ja yksityissairaaloissa sekä potilaat, jotka kuuluvat erikoismaksuluokkaan ja toimenpide tehdään julkisissa sairaaloissa.

Yksityisten palvelutuottajien muut terveyspalvelut

Johdanto

Tässä luvussa käsitellään eräitä tavallisimpia hoitotoimenpiteitä, joita antavat mm. fysioterapeutit tai sairaanhoitajat. Lisäksi esitetään eräitä tavallisimpia yksityisen mielenterveysterapioiden keskimääräisiä kustannuksia. Raportissa on aikaisemmin käsitelty fysioterapiaa julkisen sektorin erikoissairaanhoidon lääkinnällisen kuntoutuksen ja sairaanhoitoa perusterveyshuollon vastaanotto toimintaan liittyvissä kappaleissa. Psykoterapian käyntejä ei ole käsitelty julkisen terveydenhuollon mielenterveyspalveluita käsittelevissä osuuksissa. Laboratoriotutkimuksia on käsitelty aiemmin kunnallisen perusterveydenhuollon tutkimus- ja hoitopalveluiden osuudessa ja niitä ei käsitellä enää tässä luvussa.

Arvioinnin lähtökohdat

Tässä luvussa esitetään Kansaneläkelaitoksen tilastoihin perustuvia tietoja yksityisten palvelutuottajien hoitotoimenpiteistä, tutkimuksista ja käynneistä asiakkailta perimistä keskimääräisistä maksuista. Yksikkökustannukset esitetään kustannuksina käyntejä kohden (erikes-toisia käyntejä) tai tehtyä erillistä toimenpidettä kohden taulukoissa 16 ja 17. Käynnin pituus tarkoittaa esim. fysioterapeutin ilmoittamaa työaikaa asiakaskäyntiä kohden eikä pelkästään varsinaisen asiakaskontaktin pituutta.

Yksikkökustannukset

TAULUKKO 16. Yksityisten palvelutuottajien asiakkailta perimiä keskimääräisiä maksuja eräistä hoitotoimenpiteistä vuonna 2001 (62)

Koodi	Hoitotoimenpide	€/toimenpide ^{a)} keskiarvo
Fysioterapia		
337	ergometri- tai muu laiteharjoittelu	3,7
221	fysioterapeuttinen neuvonta + kirjallinen ohje	13,0
421	kivun hoidot	4,9
420	lämpö- ja kylmähoidot	5,0
342D	lymfaterapia, enintään 60 min	32,5
355	ryhmässä annettava liikuntahoito, enintään 10 henk.	4,4
300A	yksil. terap.harj.+hieronta+ fysik.hoito, enint. 30 min	22,0
300C	yksil. terap.harj.+hieronta+ fysik.hoito, enint. 60 min	29,8
Sairaanhoito		
901A	sairaanhoitajan antama hoito, enint. 20 min	6,6
901B	sairaanhoitajan antama hoito, enint. 30 min	15,5
901C	sairaanhoitajan antama hoito, enint. 40 min	19,8
901D	sairaanhoitajan antama hoito, enint. 60 min	26,4
904	SUP-laitteella annettu valohoito	9,9

^{a)} Taulukon maksuihin ei ole lisätty toimistomaksuja.

TAULUKKO 17. Yksityisten palvelutuottajien asiakkailta perimiä keskimääräisiä maksuja eräistä mielenterveyspalveluista vuonna 2001 (62)

Koodi	Hoitotoimenpide	€/toimenpide ^{a)} keskiarvo
Kuntoutuksen psykoterapiakäynnit		
0511	Kliininen perust.tutkimus työkyvyn ja kunt. arviointineen	30,6
0541	Yksilöpsykoterapia	69,9
0543	Perhe/paripsykoterapia	57,7
0544	Ryhmäpsykoterapia (enint.8 henkilöä)	72,0
		33,1

^{a)} Taulukon maksuihin ei ole lisätty toimistomaksuja.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Koska esitettyjen toimenpiteiden sisältöä ei ole määritelty, esitettyjä kustannustietoja voidaan pitää suuntaa-antavina yksityisten palvelutuottajien osalta. Kelan keskimääräiset asiakkailta

perityt fysioterapian ja sairaanhoidon maksut on laskettu ottamalla huomioon vain ne korvaustapaukset (Kelalle), joissa kustannus on voitu jakaa toimenpidekohtaiseksi.

9 Lääkkeet, hoitotarvikkeet ja apuvälineet

Tässä luvussa esitetään lyhyesti lääkehoidon, hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden kustannusten arvioimisen periaatteet ja tietolähteet.

Lääkkeet

Johdanto

Edellä raportoidut erikoissairaanhoidon hoitajaksojen ja avohoitokäyntien kustannukset sisältävät sairaalassa potilaalle annettujen lääkkeiden, apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden kustannukset. Perusterveydenhuollon palvelujen osalta on erikseen raportoitu, mikäli lääkkeet on valmiiksi otettu huomioon palvelujen yksikkökustannuksissa.

Arvioinnin lähtökohdat

Potilaiden käyttämien lääkehoitojen kustannusten määrittämiseen käytetään apteekkien arvonlisäverottomia vähittäismyyntihintoja, kun terveystaloudellinen selvitys laaditaan yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Lääkkeiden arvonlisävero on 8 prosenttia valmisteiden verottomasta myyntihinnasta laskettuna. Lääkkeiden vähittäismyyntihinnat löytyvät esimerkiksi Pharmaca Fennicasta tai Suomen Apteekkariliiton takasasta. Sairausvakuutuksesta korvattavien reseptilääkkeiden hinnat ovat samat apteekista riippumatta.

Vain sairaalakäytössä olevien lääkkeiden ja lääkevalmisteiden kustannuksina voidaan käyttää julkaistua arvonlisäverotonta tukkumyyntihintaa tai sairaalan apteekin arvonlisävero-

tonta ostohintaa. Reseptittä myytävien lääkevalmisteiden ja sairausvakuutuskorvauksen piiriin kuulumattomien apteekeissa myytävien lääkkeiden hinnat vaihtelevat. Näissä tapauksissa yksiselitteistä suositusta lääkekustannusten arvioimiseksi on vaikea antaa.

Lääkekustannusten määrittämisessä on tärkeää raportoida yksiselitteisesti arvioinnissa käytetty lääkkeen päiväannos ja vahvuus sekä käytetyn yksikkökustannuksen osalta tietolähde, kustannusten määrittämisessä käytettyjen valmisteiden tuotemerkit, vahvuudet ja pakkauskoost.

Yksikkökustannukset

Lääkkeiden yksikkökustannukset voidaan useimmissa tapauksissa laskea Pharmaca Fennican tai Suomen Apteekkariliiton taksan julkaistujen tietojen perusteella.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Lääkkeistä ei esitetä erillisiä yksikkökustannuksia. Mikäli terveystalouden yksikkökustannus sisältää lääkekustannukset, ei lääkkeitä saa laskea toistamiseen hoidon kokonaiskustannuksiin.

Hoitotarvikkeet ja apuvälineet

Johdanto

Potilas/asiakas tarvitsee apuvälineitä erityisesti selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoistaan tai kuntoutuksen takia. Apuväline voidaan hankkia kokonaan omaksi tai se voidaan lainata esim. terveyskeskuksesta tai sairaalasta. Apuvälineistä löytyy tietoa mm. Stakesin ylläpitämästä Apudata-tietokannasta [19.12.2002]. Hoitotarvikkeita tarvitaan kotona tapahtuvaa sairauden hoitoa varten. Hoitotarvike voi olla myös kertakäyttöinen (esim. haavanhoitotuotteet).

Arvioinnin lähtökohdat

Hoitotarvikkeita ja apuvälineitä on paljon erityyppisiä. *Hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden kustannukset määritetään arvonlisäverottomiin markkinahintoihin perustuen, kun terveystaloudellinen selvitys laaditaan yhteiskunnallisesta näkökulmasta.* Hoitotarvikkeisiin ja apuvälineisiin sovelletaan yleistä 22 prosentin arvonlisäverokantaa ja vero lasketaan tuotteen verottomasta myyntihinnasta.

Terveyskeskuksilla ja sairaaloilla on olemassa lainattavia apuvälineitä: pyörätuoleja,

puhesyntetisaattoreita, sänkyjä, nostolaitteita, tukiliivejä yms. (72). Lainattavan apuvälineen kustannuksiin vaikuttaa laitteen hankintahinta, käyttöikä ja huoltokustannukset. Lainauskäytännöt ja lainauksiin liittyvät kustannukset vaihtelevat eri terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä.

Yksikkökustannukset

Hoitotarvikkeista ja apuvälineistä ei esitetä yksikkökustannuksia. Esimerkiksi Helsingin sairaaloiden lasten neurologian vastuualueella on ilmoitettu kierrätettävien apuvälineiden kuntalaskutuksen käyttömaksut (euroa/kuukausi, euroa/vuosi) hinnastossa (61, ss. 123–124). Myös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hinnastossa on apuvälineiden lainauksen käyttömaksuluokat vuodelle 2001 (78, s. 35).

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Hoito- ja apuvälineitä ei saa laskea toistamiseen kokonaiskustannuksiin, jos ne jo sisältyvät muihin avohoitokäyntien tai hoitopäivien kustannuksiin.

10 Sosiaalihuollon sosiaalipalvelut

Sosiaalihuoltolain mukaan sosiaalihuollolla tarkoitetaan sosiaalipalveluja, toimeentulotukea, sosiaaliavustuksia sekä niihin liittyviä toimintoja, joiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä (79, 1 §). Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään sosiaalihuoltoa asukkailleen, mut-

ta ei sääntele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa (19).

Tämän raportin liitteessä 1 esitetyn kuvion mukaisesti sosiaalipalvelut järjestyvät sosiaalihuollon piiriin. Yksikkökustannusten osalta tässä raportissa käsitellään ainoastaan sosiaalityötä, kotipalveluja, asumispalveluja ja laitoshoidtoa, koska näiden voidaan katsoa liittyvän läheisesti terveydenhuoltoon.

Sosiaalityö

Johdanto

Sosiaalihuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava yleisten sosiaalipalveluiden järjestämisestä, joiden piiriin myös sosiaalityö kuuluu. Sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta. (79, 17–18 §.)

lun, kehitysvammahuollon, vanhuspalvelun, päihdehuollon, toimeentulotuen vai muun toiminnan sektorilla. Helsingin kaupungin Sosiaaliviraston vuoden 2001 toiminnallisen tilinpäätöksen mukaan kaupungin oma toiminnan kaikkien sosiaalityöntekijöiden käyntien yksikkökustannus oli 128,8 euroa (vaihteluväli sektorista riippuen oli 77,4–513,0 euroa). Vanhuspalvelun sosiaalityöntekijän käynnin yksikkökustannus oli Helsingin kaupungilla 183,5 euroa (81).

Arvioinnin lähtökohdat

Sosiaalityötä toteutetaan yksilö-, perhe- ja yhdyskuntatyönä sekä hallinnollisena sosiaalityönä ja muina tarpeellisina menetelminä (80, 7 §). Sosiaalityö on asiakkaalle maksutonta (53, 4 §).

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Koska sosiaalityön yksikkökustannukset vaihtelevat paljon, voi kustannuksia arvioida sosiaalityöntekijän asiakaskohtaiseen työpanoksen kustannukseen (liitetaulukko 4) perustuen. Sosiaalityöntekijän käynnin kustannuksiin on sisällytettävä varsinainen asiakaskontaktiin sekä sitä ennen ja sen jälkeen tapahtuviin asiakaskohtaisiin selvityksiin kuluva aika, mahdolliset matkakustannukset sekä hallinnolliset ja muut yleiskustannukset.

Yksikkökustannukset

Sosiaalityön kustannukset vaihtelevat riippuen siitä, toteutetaanko sosiaalityötä lastensuojelun, muiden perheiden palveluiden, vammaispalve-

Jos yhteen käyntiin kuluva työaika olisi kokonaisuudessaan 120 minuuttia (valmiste-

lu, varsinainen käynti, jälkiselvitykset ym. matkat), on työpanoksen kokonaiskustannus 36,6 euroa (liitetaulukosta 4, 2 x 60 minuuttia). Jos kyseessä on kotikäynti, on otettava huomioon matkakustannus (korvaus oman auton käytöstä 37,8 senttiä/km) (82) ja jos edestakainen matka olisi asiakkaan luo 20 kilometriä, olisi matkakustannus 7,56 euroa. Näin kotikäynnin kustannus olisi 43,86 euroa ilman hallinnon

ym. kustannuksia. Lisäksi on otettava huomioon, että työntekijän työpanoksesta noin 60–80 prosenttia voi kulua varsinaista mitattavaa lopputuotosta (tässä käyntejä) kohden työtehtävistä riippuen. Tarkemmin aiheeseen liittyvään kustannuslaskentaan voi perehtyä tutustumalla Yrjö Lahtisen (toim.) kirjaan “Tuotteistus ja kustannuslaskenta”(1995) (83).

Kotipalvelut

Johdanto

Sosiaalihuoltolain mukaan kotipalveluilla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista ja niissä avustamista. Kotipalveluja annetaan alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen tavanomaiseen elämään kuuluvista tehtävistä ja toiminnoista. (79, 20–21 §) Kotipalvelua antaa yleensä joko lähi- tai kodinhoitaja asiakkaan kotona (17, s. 43).

Kotipalveluina järjestetään yksilön tai perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista (kodinhoitoapu), erilaisia tukipalveluja kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja sekä sosiaalilautakunnan ja yksityisen henkilön välillä tehtävään sopimukseen perustuvaa vammaisen, vanhuksen tai pitkäaikaissairaahan hoitoa tai muuta huolenpitoa (kodinhoitotuki) (80, 9 §).

Arvioinnin lähtökohdat

Viidessä suurimmassa kaupungissa (ns. Viisikko-työryhmä) oli kaupunkien kotipalvelun oman toiminnan käyntien asiakkaista 65 vuotta täyttäneitä 88 prosenttia ja 85 vuotta täyttäneitä

37 prosenttia vuonna 2001 (39, lähteessä liite 1). Yhden kotipalvelun käynnin keskimääräinen pituus vaihteli 45 ja 90 minuutin välillä vuonna 1999 (40, s. 17).

Viisikko-työryhmän kaupungeista on tietoa mm. asiakkaiden saamasta kotihoidon (kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa yhteensä) määrästä kuukauden aikana joulukuussa 2001. Kaikista asiakkaista 37 prosenttia sai kunnallista kotihoitoa yli 40 tuntia kuukaudessa ja yli puolet eli 51 prosenttia sai kotihoitoa 11–40 tuntia kuukaudessa. Enintään 10 tuntia kuukaudessa säännöllisesti kotihoitoa saavia sekä tilapäisiä kotihoidon asiakkaita oli yhteensä 22 prosenttia. (39, lähteessä liite 1). Kotipalvelun keskimääräisiin kustannuksiin vaikuttaa palvelun sisältö (vrt. arvioinnin lähtökohdat). Taulukossa 18 on esitetty Viisikkotyöryhmän kuntien keskimääräisiä oman toiminnan bruttokustannustietoja vuodelta 2001. Kustannustiedot sisältävät virastojen hallinnon vyörytykset ja matkakustannukset.

Kotipalvelusta perittävät maksut on jaettu tilapäisen ja jatkuvan kotipalvelun maksuiksi. Tilapäisestä kotipalvelusta voidaan periä kunnan päättämä kohtuullinen maksu. Jatkuva kotipalvelusta taas voidaan periä kuukausimaksu, joka määräytyy palvelun laadun, määrän, maksukyvyn ja perheen koon mukaan prosenttiosuutena perheen tuloista. Varattomille asiakkaille kotipalvelu on maksutonta (84). *Tämän raportin yksikkökustannukset ovat bruttokustannuksia ja ne sisältävät asiakasmaksut.*

Yksikkökustannukset

TAULUKKO 18. Kotipalvelun, Viisikko-työryhmän kaupunkien oman toiminnan keskimääräisiä yksikkökustannuksia vuonna 2001 (39)

Käyntityyppi	€/käynti keskiarvo
Kaikki asiakkaat ^{a)}	33,8
Käynti ilman tukipalveluja	29,6
Yli 65-vuotiaat ^{b)}	33,1

^{a)} Keskiarvo laskettu jakamalla Viisikko-työryhmän kaikki kustannukset käyntien lukumäärällä.

^{b)} Keskiarvo laskettu jakamalla 65-vuotiaiden kustannukset käyntien lukumäärällä.

SoteVertti-aineistosta (27) on laskettu eräiden kotipalvelutoiminnan tukipalveluiden yksikkökustannuksia. Kotiin tarjottavan ateriapalvelun yksikkökustannus oli 7,4 euroa ja siivouspalvelun yksikkökustannus oli 22,3 euroa/h. Yksikkökustannus laskettiin painottamalla kuntien keskimääräisiä tietoja niiden asukasluvuilta.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Kotipalvelutoiminnan yksikkökustannuksena suositellaan käytettäväksi taulukossa 18 esitettyjä tietoja, koska saatavilla olevista lähteistä ko. tiedot ovat varmimmin vertailukelpoisia ja perustuvat yhdenmukaiseen laskentaan. Tietoja voi täydentää SoteVertti-aineistosta lasketuilla ateria- ja siivouspalveluiden kustannuksilla kuitenkin niin, ettei eri tietolähteiden tietoja lasketa yhteen. Keskimääräinen kotipalvelun kustannus voi pitää sisällään mm. siivousta.

Kotipalvelutoiminnan yksikkökustannukset voivat vaihdella hyvin paljon kunnittain, esimerkiksi 11,8–51,0 euroa/käynti Sjöblomin tutkimuksessa (2002) kuntien palvelujen yksikkökustannuksista (43) (vuoden 1999 tiedot muunnettu vuoden 2001 arvoon julkisen ta-

louden kunnallismenojen sosiaalitoimen hintaindeksin avulla). Todennäköisesti kaikkien käyntien osalta kysymyksessä ei ole samansäiltöinen tai -kestoinen palvelu. Osassa kunnista kotisairaanhoido- ja kotipalvelu ovat läheisessä yhteistyössä, mikä voi vaikeuttaa keskimääräisen kotipalvelun yksikkökustannuksen löytämistä.

Kotipalvelun käynnin yksikkökustannus voidaan laskea myös kodinhoitajan työpanoksen perusteella. Jos kodinhoitajan yhteen käyntiin kuluu työaika 60 minuuttia, on tämän työajan kokonaiskustannus 15,8 euroa. Koska kodinhoitaja käyttää työaikaansa muuhun kuin varsinaisiin käynteihin, voi kokonaistyöajasta 60–80 prosenttia kohdistua käynneille kodinhoitajan asemasta ja muista työtehtävistä riippuen. Tällöin hänen 60 minuutin käynnille kohdistuva kustannuksensa on 19,0–22,1 euroa. Tämän lisäksi käynnin kustannuksiin on laskettava matkakustannukset, hallinnon kustannukset ja muut vyörytykset, materiaali- ja tarvikekustannukset sekä muiden tukipalvelujen kustannukset. Yksityiskohtaisimpaan tietoon on päästävässä toimintolaskennan avulla. Tarkemmin aiheeseen voi perehtyä Yrjö Lahtisen (toim.) kirjassa “Tuotteistus ja kustannuslaskenta” (1995) (83).

Asumispalvelut ja vanhusten päivähoito

Johdanto

Asumispalveluja annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä (79, 23 §). Palvelumuotona asumispalveluja tarjotaan vammaishuollon, kehitysvammahuollon, vanhuspalveluiden, lastensuojelun, mielenterveyspalveluiden ja päihdehuollon piirissä (85, s.116).

Sosiaalihuoltolain mukaan asumispalvelut jaetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämiseen (79, 22 §). Näistä palveluasumista pidetään yleensä pysyvänä, mutta tukiasumista väliaikaisena tai määräaikaisena. Palveluasunnon suunnittelussa on otettu huomioon yksittäisen asukkaan toimintakyvyn aleneminen. (85, s.116.)

Arvioinnin lähtökohdat

Tässä luvussa käsitellään palveluasumista ja vanhusten osavuorokautiseksi hoidoksi luettelavaa vanhusten päivähoitoa. Palveluasuminen voidaan jakaa kolmeen luokkaan palvelutalon keskimääräiseen henkilöstömitoituksen perusteella. Näistä ensimmäinen luokka kuvaa kevyttä palveluasumista (alle 0,195 työntekijää asukasta kohden), toinen keskiraskasta palveluasumista (henkilöstöä 0,195–0,394 asukasta kohden) ja kolmas tehostettua palveluasumista (henkilöstöä vähintään 0,395 asukasta kohden). Tehostetussa palvelutoiminnassa kaikilla asukkailla on mahdollisuus ympärivuorokautiseen palveluiden käyttöön. (40, s. 26.) Tässä raportissa ei ole ollut mahdollista tarkemmin kuvata yksikkökustannusten rakennetta eri luokissa. Kevyen asumispalvelun asiakkaat saavat niin vähän kotihoitoa, ettei Viisikko-työryhmän kunnista ole kattavia yksikkökustannustietoja.

Palveluasumista käyttävistä asiakkaista valtaosa on yli 65-vuotiaita. Viidessä suurimmassa kaupungissa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku ja Tampere) yli 65-vuotiaiden osuus oli

noin 95 prosenttia. Näistä 25 prosenttia asui kevyen, 36 prosenttia keskiraskaan ja 39 prosenttia tehostetun palveluasumisen yksiköissä vuonna 2001. (39, s. 30.)

Palveluasumisesta peritään maksu asiakkaan maksukyvyn mukaan lukuun ottamatta vammaisuuden perusteella annettavan palveluasumisen erityiskustannuksista (53, 4 §). Palvelutalon asumisvuorokauden hintaan kuuluvat yleensä henkilöstön palkkamenot sosiaalikuluihin, palvelujen osto- ja materiaalikustannukset, yhteisten tilojen vuokratustannukset sekä hallintomenot. Kustannuksiin ei sisälly kotisairaanhoidon palveluja eikä vuokra- ja ruokailukustannuksia. Palveluasunnoissa asuvat huolehtivat itse asunnon vuokratustannuksista. (39, lähteessä liite 29:7.)

Vanhusten päivähoito on osavuorokautista hoitoa joka on kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Asiakas maksaa hoidosta osapäivämaksuna 11,3 euroa hoitopäivästä. Hoitopäivän kustannuksiin lasketaan kaikki päivähoiton kustannuserät kuten henkilöstö, kiinteistö- ja kuljetuskustannukset, ateriat ja kuljetukset. Päivähoito sisältää mm. Tampereella dementiahoitopäivän ja asiakkaat ovat myös säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon tuen asiakkaita (38, s. 28).

Yksikkökustannukset

Taulukossa 19 on kuvattu palveluasumisen keskimääräiset bruttokustannukset kaupungin oman toiminnan keskiraskaan (palveluasuminen) ja tehostetun palveluasumisen osalta (henkilöstömitoitus >0,4/asukas). Kustannustiedot koskevat palveluasumiseen liittyvien palvelujen kustannuksia eivätkä sisällä vuokraa. Asiakas huolehtii itse asunnon vuokratustannuksista (40, lähteessä liite 15:9). Lisäksi taulukossa on esitetty vanhusten päivähoiton yksikkökustannus.

TAULUKKO 19. Vanhusten palveluasumisen ja vanhusten päivähoidon yksikkökustannuksia vuonna 2001^{a)} (39)

<i>Palvelu</i>	<i>€/vuorokausi tai hoitopäivä keskiarvo</i>
Palveluasuminen, henkilöstömitoitus 0,2-0,4/asukas	13,6
Tehostettu palv.asuminen, henk.mitoitus yli 0,4/asukas	37,0
Vanhusten päivähoito	54,0

^{a)} Sisältää Viisikko-työryhmän kuntien omana toimintana järjestettyjen palvelujen bruttokustannuksia.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Taulukossa 19 esitettyjä palveluasumisen ja vanhusten päivähoidon tietoja suositellaan käytettäväksi yksikkökustannuksina vuodelle 2001. Yksikkökustannukset voivat ali- ja yliarvioida todellisia kustannuksia, sillä palveluasumisen kustannuksissa on mm. Viisikko-työryhmän kaupungeissa paljon vaihtelua. Sekä

Viisikko-työryhmän palveluasumisen ja vanhusten päivähoidon kustannukset saattavat olla kuitenkin luotettavampia kuin muista lähteistä arvioidut tiedot, sillä Viisikko-työryhmässä laskentaperusteita on arvioitu yksityiskohtaisesti (39).

Laitoshoito

Johdanto

Sosiaalihuollon laitoshoidtoa voidaan pitää tarkoituksenmukaisena hoitomuotona esimerkiksi sellaisille henkilöille, joilla on vanhuudesta johtuvaa avuttomuutta, vammaisuutta tai muuta toimintakyvyn heikkenemistä, mutta jotka eivät ole jatkuvan lääketieteellisen hoidon tarpeessa (86, s. 93). Laitoshoitoa järjestetään vanhainkodissa sekä lasten ja nuorten huollon, kehitysvammaisten erityishuollon, invalidihuollon ja päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollon laitoksissa sekä tarvittaessa myös muissa huoltolaitoksissa (80, 11 §).

Sosiaalihuoltoasetuksen mukaan laitoshoidtoa toteutettaessa henkilölle on järjestettävä hänen ikänsä ja kuntonsa mukainen tarpeellinen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää hänen kuntoutumistaan, omatoimisuuttaan ja toimintakykyään. Laitoshoitoa voi-

daan järjestää lyhytaikaisena tai jatkuvana päivä- tai yöhoitona sekä ympärivuorokautisena hoitona. Laitoksissa voidaan lisäksi järjestää itsenäistä asumista tukevaa ja kuntouttavaa toimintaa. (80, 11 §.)

Arvioinnin lähtökohdat

Valtaosa laitoksissa asuvista on 65 vuotta täyttäneitä. Viidessä suurimmassa kaupungissa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku ja Tampere) 65 vuotta täyttäneiden osuus oli 94 prosenttia. Vanhusten laitoshoidtoa annetaan lähinnä vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla (39, s. 29). Pitkäaikaisen laitoshoidon maksu on asiakkaalle enintään 80 prosenttia hänen nettotuloistaan. Maksu on samansuuruisen sekä sosiaali- että terveydenhuollon laitoksissa. Laitoshoidossa olevalle on jätävä omaan käyttöön vähintään 75,7 euroa/kk ja mahdollinen rintamalisä asiakasmaksuosuuden jälkeen.

Viisikko-työryhmän vanhainkotien kustannukset sisältävät tilinpäätöstietojen mukaiset kustannukset pääomakustannuksineen. Kustannuksia muodostuu hoitohenkilökunnasta, fysioterapiasta, hallinnosta ja johdosta ja muusta henkilöstöstä, lääkäripalveluista työhönotosta, kiinteistö-, ruoka-, siivous-, vaate ja muista huoltopalveluista, työsuhdeasunnoista, laboratoriosta, röntgenistä, lääkkeistä, kuljetuksista yms. Kustannukset sisältävät omaisuuden

poistot ja korot sekä hallinnon vyörytykset. (39, lähteessä liite 29:8.)

Yksikkökustannukset

Taulukossa 20 on kuvattu kuntien oman toiminnan vanhusten laitoshoidon *keskimääräisiä bruttokustannuksia/hoitopäivä* vuodelta 2001. *Kustannustiedot sisältävät asiakasmaksuosuuden.*

TAULUKKO 20. Vanhusten laitoshoidon hoitopäivän keskimääräiset kustannukset eri laitosmuodoissa vuonna 2001^{a)} (39)

<i>Palvelu</i>	<i>€/hoitopäivä keskiarvo</i>
Vanhainkoti	96,9
Vanhainkodin + tk:n vuodeos. keskimäärin ^{b)}	118,7
Terveyskeskussairaaloiden vuodeosasto ^{c)}	135,9

^{a)} Sisältää Viisikko-työryhmän kuntien omana toimintana järjestettyjen palvelujen bruttokustannuksia.

^{b)} Keskimääräinen vanhainkoti- ja terveyskeskussairaalahoidon yksikkökustannus, kaikki potilaat.

^{c)} Mukana kaikki potilaat, samaa kustannusta arvioitu myös luvussa perusterveydenhuollon vuodeosastohoito.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Taulukossa 20 esitetyt tiedot suositellaan käytettäväksi laitoshoidon yksikkökustannuksina vuonna 2001. Viisikko-työryhmän kuntien vanhainkotihoitopäivän kustannus yksikkökustannus on vain hieman korkeampi kuin SoteVertti-aineistosta laskettu keskimääräinen vanhainkotipäivän kustannus, 93,4 euroa/hoitopäivä, joten taulukossa 22 esitetyt tiedot voi pitää luotettavina keskimääräisinä tietoina. Viisikko-työryhmän laskennassa on otettu huomioon samanlaiset kustannuserät

vielä yksityiskohtaisemmin kuin muissa vertailtavissa lähteissä, joissa yleensä vanhainkotihoitokokonaiskustannukset on jaettu hoitopäivien lukumäärällä. SoteVertti-aineistosta laskettuja kuntien keskiarvoja on painotettu kuntien asukasluvuilla. Terveyskeskusten /terveyskeskussairaaloiden vuodeosastohoitoa käsiteltiin aiemmin raportissa, perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon yhteydessä.

Mikäli potilaan hoitoisuus on tiedossa tai laskettavissa voidaan hoitoon liittyvää voimavaratarvetta arvioida mm. RUG-luokituksen kustannuspainojen avulla (44).

11 Matka- ja aikakustannukset

Matka- ja aikakustannuksia on käsitelty aiemmin tämän raportin luvussa "Terveystenhoito-

lon voimavarojen käytön arvioimisen periaatteita".

Matkakustannukset

Johdanto

Tässä luvussa käsitellään terveydenhuollon palvelujen käyttöön liittyviä matkakustannuksia taksin ja sairaankuljetuksen käytöstä. Lisäksi esitetään Kansaneläkelaitoksen tilastoihin perustuvaa tietoa sairaankuljetuksen keskimääräisistä matkakustannuksista sekä Makkosen ja Asikaisen (1998) tutkimuksen tietoja (12). Vuoden 2001 alusta matkakustannusten omavastuu oli yhdensuuntaista matkaa kohden alkaen 9,25 euroa (55 markkaa) ja vuotuinen omavastuu 157,27 euroa (935 markkaa) (HE n:o 155/2000) (87).

Taksilla tehtäviin matkakustannuksiin vaikuttavat ajankohta, matkan pituus, käytetty kulkuneuvo ja muut mahdolliset maksut (88).

Sairaan kuljetuksen ja lääkinnällisen pelastustoiminnan järjestäminen lukuun ottamatta ilma-alusten ja kelirikokelpoisten ja vastaavien erityiskulkuneuvojen hankintaa on kunnan vastuulla (25, 14 §). Sairaan kuljetuksella tarkoitetaan ammattimaista asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilökunnan toimesta sairauskuljetusajoneuvolla, vesi- tai ilma-aluksella tai muulla erityisajoneuvolla tapahtuvaa henkilökuljetusta ja ennen ja kuljetuksen aikana annettavaa ensihoitoa. Sairaan kuljetus voidaan jakaa perustason ja hoitotason sairaankuljetukseen. Perustason kuljetuksessa on kyseessä kuljetus, jossa kuljetuksen aikana on valmius huolehtia potilaasta niin, ettei hänen tilansa odottamatta huonone ja kuljetuksen aikana on mahdollisuus aloittaa yksinkertaiset henkeä

pelastavat toimenpiteet. Hoitotason sairaankuljetuksella on valmiudet aloittaa hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus niin, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata. (89, 2 §.) Tässä raportissa ei selvitetä erikseen perus- ja hoitotason sairaankuljetuksen kustannuksia.

Sairaaloilla ja terveystieteiskeskuksilla voi olla oma sairaankuljetuksesta huolehtiva yksikkö, ja/tai sairaankuljetus järjestetään yhteistyössä palo- ja pelastustoimen kanssa yhteistyössä ja/tai toiminta on hankittu yksityisiltä yrittäjiltä.

Arvioinnin lähtökohdat

Tässä luvussa on esitetty liikenne- ja viestintäministeriön taksapäätöksen mukaiset vahvistetut enimmäismaksut taksikuljetuksille 2.7.2001 alkaen. Taksimatkan hinta muodostuu perusmaksusta ja ajomatkamaksusta. Lisäksi hintaan voi sisältyä odotusmaksua ja erikseen perittäviä lisämaksuja. (88).

Sairaan kuljetuksen ylimmät taksat on säädetty liikenne- ja viestintäministeriön asetuksessa sairaankuljetuksen taksoista 18.6.2001. Maksut muodostuvat lähtömaksuista, yhtä useamman potilaan lisämaksuista, ajomaksusta kilometriä kohden, odotusmaksusta, toisen kuljettajan lisämaksusta ja muista asetuksessa mainituista maksuista (90).

Henkilökuljetus on arvonlisäverotuksen alaista toimintaa ja sovellettava verokanta on 8 prosenttia. Verollisia henkilökuljetuspalveluja

ovat esimerkiksi juna-, linja-auto- ja taksikuljetukset (20). Julkisen liikenteen matkaliput ja taksimaksut sisältävät siten 8 prosenttia arvonlisäveroa palvelun verottomasta hinnasta laskettuna. Jos esimerkiksi taksikyödin hinta on 9,1 euroa, sisältää se 8,4 euroa palveluveloitusta ja 0,7 euroa arvonlisäveroa. *Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tehtävässä terveystaloudellisessa arvioinnissa matkan kustannuksiin otetaan vain arvonlisäveroton palveluveloitus eli esimerkissä 8,4 euroa.*

Tässä raportissa on esitetty sairaankuljetuksen ambulanssilla tehtyjen matkojen keskimääräiset kustannukset yhtä potilasta kohden korvaustapauksittain (korvausta on haettu samalla kertaa useasta matkasta) ja yhdensuuntaisen matkan osalta vuonna 2001 Kansaneläkelaitoksen tietojen mukaan. Koska Kelan tietoihin ei sisälly niitä sairauksien hoitoon liittyviä matkakustannuksia, jotka jäävät omavastuuosuuksia pienemmiksi, ei tässä raportissa julkaista Kelan tietoja muiden kulkuneuvojen osalta. Muiden kulkuneuvojen osalta Kelan keskimääräiset matkakustannustiedot ovat korkeampia kuin sairauksien hoitoon liittyvät matkakustannukset todellisuudessa.

Makkosen ja Asikaisen (1998) tutkimuksessa keskimääräiset matkakustannukset on laskettu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityisen terveydenhuollon toimipisteistä suoritettuna otannan perusteella. Tie-

dot on kerätty keväällä 1998. Kustannukset sisältävät asiakkaiden ja saattajien matkakustannukset. Matkakustannukset muodostuivat tulo- ja menomatkan pituudesta ja matkan hinnasta. Tutkimuksessa asiakkaalle katsottiin muodostuvan matkakustannuksia, jos kulkuvälineenä oli julkinen kulkuväline, yksityisauto, taksi tai ambulanssi. Asiakkaille aiheutui eniten kustannuksia yksityisauton käytöstä. (12) Nämä keskimääräiset matkakustannukset on esitetty ja ne muutettu vuoden 2001 arvoon liikenteen hintaindeksin avulla.

Yksikkökustannukset

Taksin perusmaksu oli arkisin kello 6–20 sekä lauantaisin ja juhlapyhien aattoina kello 6–16 enintään 3,87 euroa 2.7.2001 alkaen. Muina aikoina perusmaksu on 6,05 euroa. Ajomatkamaksu jakautui neljään taksiluokkaan taulukon 25 mukaisesti. Taksimatkan hinta koostui perus-, ajomatka-, odotus- ja muista erikseen perittävistä lisämaksuista kuten avustamislisästä 9,25 euroa, kun asiakkaan kuljettaminen edellytti paari- ja vammaisvarustusta. Taksa päätöksen mukaan kaksi alle 12-vuotiasta lasta laskettiin yhdeksi henkilöksi matkustajien lukumäärää laskettaessa. Tietoja lisämaksuista löytyy liikenne- ja viestintäministeriön taksa päätöksestä. (88)

TAULUKKO 21. Taksin ajomatkamaksut 2.7.2001 alkaen (88)

Taksiluokka	Henkilömäärä	Maksimitaksa €/km
I	1–2	1,00
II	3–4	1,20
III	5–6	1,30
IV	Yli 6	1,40

Esitetyt maksimitaksat sisältävät 8 %:n arvonlisäveron.

Sairaankuljetuksen lähtömaksuna sai periä jokaisesta uudesta kuljetuksesta enintään 45,07 euroa 2.7.2001 alkaen. Yhtä useammasta paripotilaasta lähtömaksua voi korottaa 22,54 euroa jokaisesta ja mukana olevasta istuvasta potilaasta 11,27 euroa. Kun kuljetusmatkan

pituus ylitti 20 kilometriä, sai tämän ylittävältä osuudelta periä 1,19 euroa jokaiselta alkavalta kilometriltä. Toisesta kuljetustehtävään osallistuvasta sairaankuljettajasta sai periä 24,56 euroa ja tunnin ylittävältä osalta 12,28 euroa jokaiselta alkavalta puolelta tunnilta. Tunnin

ylittävältä odotusajalta jokaiselta alkavalta neljännestunnilta sai periä 6,05 euroa. Jos sairausauton asemapaikka on Helsinki, sai jokaisesta kuljetuksesta periä lisämaksuna 6,05 euroa. Kuljetusmatkalla tarkoitetaan lähtöä auton sijoituspaikasta ja paluuta takaisin. (90, 2–5 §) Sairaankuljetuksesta ei peritä arvonlisäveroa.

Kansaneläkelaitoksen tietojen mukaan ambulanssilla tehtyjen matkojen keskimääräiset matkakustannukset olivat 113,4 euroa yhtä korvaustapausta kohden ja 121,1 euroa yhden-suuntaisten matkojen osalta vuonna 2001. Kansaneläkelaitoksella ei ole tietoa matkojen keskimääräisestä pituudesta ja potilasmääristä kuljetuksia kohden.

TAULUKKO 22. Keskimääräiset terveystalvelujen käyttöön liittyvät matkakustannukset (€) vuonna 2001^{a)}

<i>Terveydenhuollon alue</i>	<i>€/käynti keskiarvo</i>	<i>95 %:n luottamusväli</i>	<i>Vaihteluväli</i>
Perusterveydenhuolto	5,9	5,0–7,0	0–108,6
Erikoissairaanhoido	30,3	27,0–33,8	0–336,7
Yksityinen terveydenhuolto	12,9	9,9–16,0	0–253,5
Työterveyshuolto	3,3	2,6–4,0	0–29,0

^{a)} Tiedot perustuvat Makkosen ja Asikaisen (1998) tutkimukseen (12), jonka kustannustiedot on muunnettu vuoden 2001 arvoon kuluttajahintaindeksin (liikenne) avulla (liitetaulukko 3).

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Taksikuljetusten enimmäismaksujen käyttö taksimatkojen kustannusten arvioinnissa saattaa yliarvioida todellisia kustannuksia. Vahvistetut enimmäistaksat ovat kuitenkin helppo ja yksiselitteinen tapa taksimatkojen kustannusten laskemiseksi, kun potilaan kulkeman matkan pituus ja taksin käyttökerrat ovat tiedossa.

Sairaankuljetuksen vahvistetut enimmäistaksat voivat yliarvioida sairaankuljetuksen todellisia kustannuksia. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä on omat sopimusperusteiset taksat invataksi- ja ambulanssikuljetuksille (61, ss. 270–272), jotka ovat noin 25 prosenttia alhaisemmat kuin liikenneministeriön vahvistamat taksat. HUS:n taksat perustuvat omakustannushintoihin, arkisin tapahtuvaan toimintaan sekä oman kuljetuskapasiteettiä kokoaikaiseen käyttöön (91).

Liikenne- ja viestintäministeriön taksojen perusteella voidaan laskea esim. yhden paripotilaan kuljetus (80 km/h) 60 kilometrin päässä sijaitsevaan tutkimusyksikköön kahden sairaankuljettajan toimesta ja odotusaikaa olisi yksi tunti (kuljetusmatka yhteensä 120 km, ko-

konaisaika 2,5 h). Kuljetus maksaisi enimmillään: lähtömaksu 45,07 euroa + ajokustannus (100 km x 1,19 euroa/km) + maksu toisesta kuljettajasta (24,56 euroa + 3 x 12,27 euroa) = 225,88 euroa. Tämän kuljetuksen kustannus olisi näin laskettuna paripotilasta kohden noin 226 euroa.

Jos kahta paripotilasta kuljetettaisiin (80 km/h) samaan tutkimusyksikköön kahden sairaankuljettajan toimesta ja odotusaika olisi 2 tuntia (kokonaisaika 3,5 h), saisi kuljetus maksaa enimmillään: lähtömaksu 45,07 euroa + lisäkustannus toisesta potilaasta 22,54 euroa + ajokustannus (100 km x 1,19 euroa/km) + maksu toisesta kuljettajasta (24,56 euroa + 5 x 12,27 euroa) + tunnin ylittävältä odotusajasta 4 x 6,05 euroa = 297,19 euroa. Tämän kuljetuksen kustannus olisi yhtä paripotilasta kohden noin 149 euroa (297,19 euroa/2).

Julkisen liikenteen liput ja taksimaksut sisältävät palvelun verottomasta hinnasta laskettuna 8 prosenttia arvonlisäveroa, jonka osuus on vähennettävä kun tutkimusta tehdään yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Sairaankuljetuksen kustannuksiin ei sisälly arvonlisäveroa.

Aikakustannukset

Johdanto

Aikakustannuksia on käsitelty aiemmin tässä raportissa luvussa "Hoidossa käytetyt potilaan ja perheen voimavarat". Tässä luvussa esitetään Makkosen ja Asikaisen (1998) (12) tutkimuksen keskimääräiset aikakustannukset taulukossa 23 ja aikakustannukset ikäryhmittäin taulukossa 24.

Arvioinnin lähtökohdat

Vastaanottokäyntiin kuluvaan aikaan on laskettu asiakkaan ja hänen saattajansa edestakaisiin matkoihin käyttämä aika, odotusaika vastaan-

otolle ja varsinainen vastaanottoaika. Terveystenhuollon avopalvelujen käyttöön liittyvät matka- ja aikakustannukset kokonaisuudessaan sisältävät asiakkaan, hänen omaisensa tai mahdollisen saattajan matkoihin, vastaanotolle odottamiseen ja varsinaiseen vastaanottoon käyttämän ajan, palvelusta perittävät maksut, varsinaiset matkakustannukset, ansionmenetykset vastaanoton ajalta ja mahdollisista erityisjärjestelyistä aiheutuneet kustannukset, esimerkiksi lastenhoidon tai omaisen hoidon järjestäminen.(8)

Yksikkökustannukset

TAULUKKO 23. Keskimääräiset terveyspalvelujen käyttöön liittyvät aikakustannukset (€) vuonna 2001^{a)}

<i>Terveydenhuollon alue</i>	<i>€/käynti keskiarvo</i>	<i>95 %:n luottamusväli</i>	<i>Vaihteluväli</i>
Perusterveydenhuolto	6,4	5,5–7,4	0–63,8
Erikoissairaanhoido	18,4	15,5–21,0	0–381,1
Yksityinen terveydenhuolto	8,1	7,0–9,3	0–63,3
Työterveyshuolto	7,0	5,7–8,3	0–65,7

^{a)} Tiedot perustuvat Makkosen ja Asikaisen (1998) tutkimukseen (12), jonka kustannustiedot on muunnettu vuoden 2001 arvoon kaikkien palkansaajien ansiotasoindeksiin (liitetaulukko 3) avulla.

TAULUKKO 24. Keskimääräiset terveyspalvelujen käyttöön liittyvät aikakustannukset (€) ikäryhmittäin vuonna 2001^{a)}

<i>Ikäryhmät</i>	<i>€/käynti keskiarvo</i>	<i>95 %:n luottamusväli</i>	<i>Vaihteluväli</i>
0–15-vuotiaat	21,4	18,0–24,6	0–145,7
16–58-vuotiaat	13,3	11,4–15,0	0–381,1
yli 58-vuotiaat	4,2	3,0–5,5	0–104,0

^{a)} Tiedot perustuvat Makkosen ja Asikaisen (1998) tutkimukseen (12), jonka kustannustiedot on muunnettu vuoden 2001 arvoon kaikkien palkansaajien ansiotasoindeksiin (liitetaulukko 3) avulla.

Tiedon käyttöä koskevia ohjeita

Aikakustannus on otettava huomioon erityisesti silloin, kun vertailtavien terveydenhuollon palveluiden tai toimenpiteiden välillä on vaihtelua aikakustannuksissa esim. jonottami-

sen takia. Aika- ja matkakustannuksia ei tarvitse ottaa huomioon silloin, kun ne ovat samat vertailtavilla ryhmillä.

12 Johtopäätökset

“Terveysthuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001” -raportin tavoitteena on esittää tärkeimpien terveys- ja eräiden sosiaalipalvelujen yksikkökustannukset koottuna yhteen raporttiin. Lisäksi kuvataan kustannusten laskennan periaatteita ja annetaan ohjeita raportoitujen tietojen käytöstä. Koska terveydenhuollon yksikkökustannukset ovat aiheena hyvin laaja ja monisäikeinen asia, olisi useista terveys- ja sosiaalipalveluista mahdollista laatia erilliset ja itsenäiset kustannuslaskelmat.

Tähän raporttiin etsittiin tietoja pääasiassa aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, tilastoista ja muusta painetusta aineistosta. Lisäksi tietoja kerättiin puhelin- ja sähköpostitiedusteluilla. Osa raportoiduista yksikkökustannuksista on tuotettu laskennallisesti, koska muuta aineistoa kyseisistä palveluista ei ollut saatavissa. Tietoa oli edelleen niukasti etenkin julkisen sektorin avoterveydenhuollon yksikkökustannuksista, mielenterveyspalveluista yleensä sekä omaisten tekemän vanhusten kotihoidon kustannuksista. Yhtenäisten keskimääräisten yksikkökustannusten tuottaminen eri palvelutuot-

tajien tietojen perusteella oli työlästä ja usein mahdotonta. Aina ei ollut tietoa siitä, miten esimerkiksi kunnista ilmoitetut yksikkökustannukset oli laskettu. Ne palveluyksiköt, joissa oli sovellettu toimintolaskentaa, pystyivät kuvaamaan yksikkökustannuksensa ja niiden laskentaperusteet tarkasti. Kunnissa on tehty aikaisempaa enemmän eri terveyspalvelujen tuotetusta ja toimintolaskentaa, mutta mahdollisesti monet hyvin tehdyt laskelmat ovat jääneet vain sisäiseksi laskennaksi ja vain kuntien omaan käyttöön.

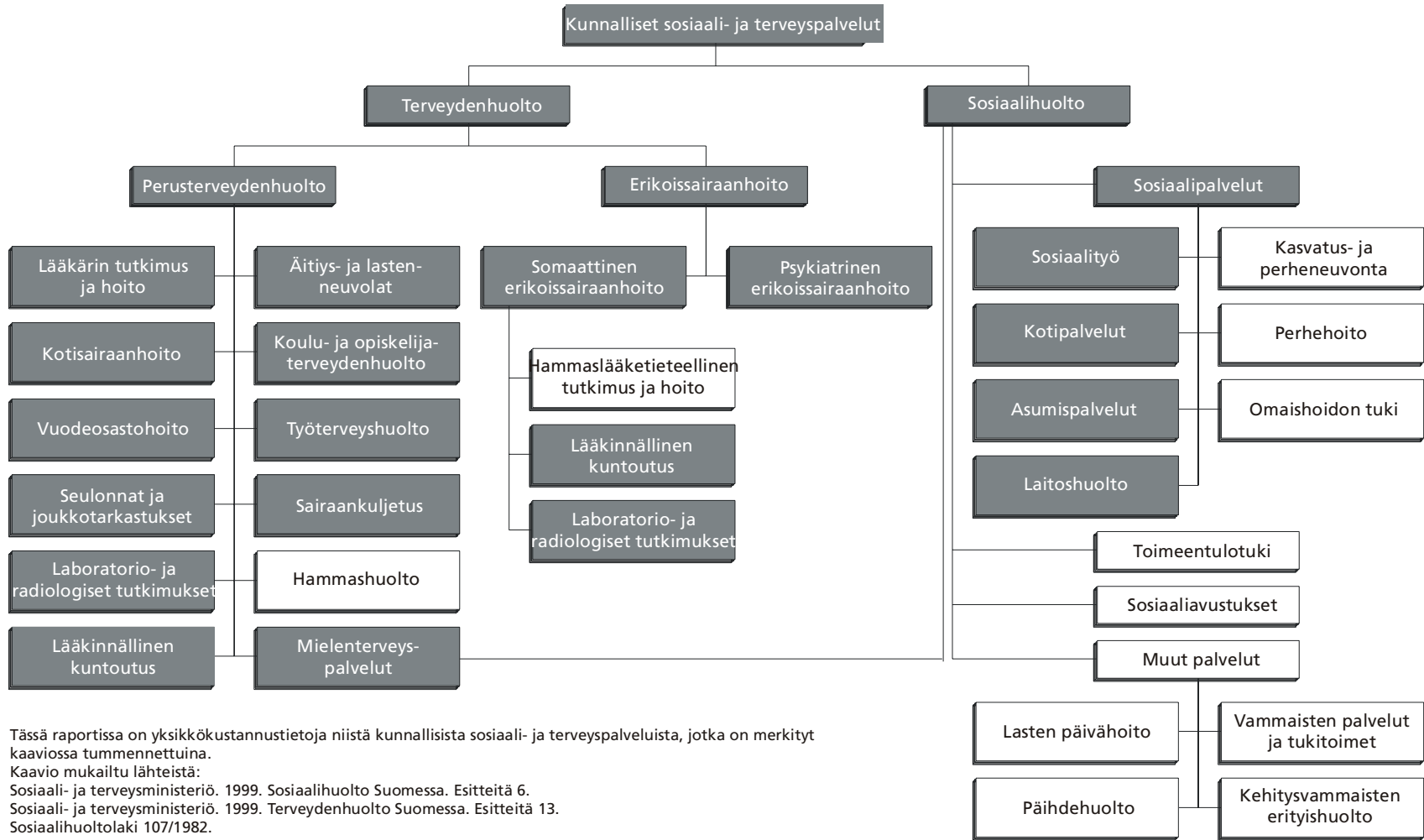
Terveysthuollon yksikkökustannuksiin liittyvää työtä on jatkettava päivittämällä nyt esitettyjä kustannustietoja sopivin väliajoin, esimerkiksi vastaavanlainen raportti olisi hyvä päivittää kahden vuoden välein. Keskimääräistä kustannustietoa olisi tuotettava etenkin niistä palveluista, joista osalta kustannustietoa on niukasti. Terveysthuollon yksikkökustannusten raportoinnin ja tietojen keräämisen kannalta on välttämätöntä, että tietojen käyttäjien antavat palautetta ja ehdotuksia, miltä osalta alueilta työtä tulisi laajentaa ja syventää.

LÄHTEET

1. Stone, P. W., Chapman, R. H., Sandberg, E. A., Liljas, B., Neuman, P. J. Measuring costs in cost-utility analyses. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2000. 16(1):111–124.
2. Drummond, M., Pang, F. Costing in economic evaluations. Teoksessa *Economic evaluation in health care. Merging theory with practice*. Drummond M. and McGuire A. (toim.). 2001. Oxford: Oxford University Press. ss.256–276.
3. Netten, A., Rees, T., Harrison, G. *Unit Costs of Health and Social Care 2001*. Canterbury: University of Kent. Personal Social Services Resarch Unit.
4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Muutos sosiaali- ja terveysministeriön määräykseen 1998:56 lääkevalmisteen korvausperusteena olevan kohtuullisen tukkuhinnan hakemisesta. 1999. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
5. Neilimo, K., Uusi-Rauva, E. *Johdon laskentatoimi*. 1997. Helsinki: Edita.
6. Drummond, M. F., O'Brien, B., Stoddart, G. L., Torrance, G. W. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2. painos. 1997. New York: Oxford University Press.
7. Sintonen, H., Pekurinen, M., Linnakko, E. *Terveystaloustiede*. 1997. Porvoo: WSOY.
8. Drury, C. *Management and Cost Accounting*. 4. painos. 1996. London: International Thompson Business Press.
9. Tuomala, M. *Julkistalous*. 1997. Tampere: Gaudeamus.
10. Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista n:o 912/1992.
11. Gold, M. R., Siegel, J. E., Russell, L. B., Weinstein, M. C. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. 1996. Oxford: Oxford University Press.
12. Makkonen, K., Asikainen, R. *Terveydenhuollon avopalvelujen käyttöön liittyvät aika- ja matkakustannukset*. Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitos. 1998. Kuopion yliopisto: Kuopio. Pro gradu.
13. Posnett, J., Jan, S. Indirect cost in economic evaluations: the opportunity cost of unpaid inputs. *Health Economics*. 1996. 5:13–23.
14. Brouwer, W. B. E., Koopmanschap, M. A., Rutten, F. F. H. Patient and informal caregiver time in cost-effectiveness analysis. A Response to the Recommendations of the Washington Panel. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1998. 14(3):505–513.
15. Koopmanschap, M. A., van Ineveld, B. M. Towards a new approach for estimating indirect costs of disease. *Social Science Medicine*. 1992. 34(9):1005–1010.
16. Koopmanschap, M. A., Rutten, F. F. H., van Ineveld, B. M., van Roijen, L. The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *Journal of Health Economics*, 1995. (14):171–189.
17. Huotari, R. *Terveydenhuollon suoritteiden, tilastoinnin ja maksukäytännön käytösananasto 2000*. 2. painos. 2000. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
18. Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut 2002 – liite tiedotteeseen 323, 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätöiset palvelut. Esitteitä 2001:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
20. Arvonlisäverolaki n:o 1501/1993.
21. Laki arvonlisäveron palautusten takaisinperinnästä kunnilta n:o 79/1994.
22. Laki arvonlisäveron palautusten takaisinperinnästä kunnilta annetun lain kumoamisesta n:o 1456/2001.
23. Laki arvonlisäverolain muuttamisesta n:o 1457/2001.
24. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kuntien valtionosuuslain muuttamisesta. HE 128/2001.
25. Kansanterveyslaki n:o 66/1972.
26. Hurme, M. Vastaanottokäynnin kustannukset terveyskeskuksessa: perinteisen ja toimintolaskentamallin vertailu. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuslaskennan perusteet -projektin raportti. 2000. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
27. Kuntien ja kuntayhtymien ylläpitämä Sosiaali- ja terveydenhuollon vertailutietokanta, Sotevertti. Efektia. Julkaisematon aineisto. 2002.
28. Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen vastaanotto toiminnan tuoteistamisryhmä. Vastaanotto toiminnan tuoteistaminen Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksessa 2001–2002. Ennakkotieto. 2002.
29. Kansaneläkelaitoksen työterveyshuoltotilastot 1999. 2002. Helsinki: Kansaneläkelaitos. Tilastoryhmä.
30. Helsingin kaupunki. Terveysvirasto. Terveysviraston toimintakertomus vuodelta 2001. 2002. Helsinki: Helsingin kaupunki.
31. Oulun kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi. Talouspalvelut, Sosiaali- ja terveystoimen taloustietoja vuosilta 1998–2001. 2002. Oulu: Oulun kaupunki.
32. Finska, J., hallinto- ja talousjohtaja, Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskus. Jyväskylän kaupungin terveyspalvelujen kustannuksista vuodelta 2001. Henkilökohtainen tiedonanto 2.12.2002.
33. Haapasalmi, K., talousjohtaja, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö. YTHS:n tuottamien opiskelijaterveydenhuollon palvelujen kustannuksista vuonna 2001. Henkilökohtainen tiedonanto 17.12.2002.
34. Pietikäinen, M., ylilääkäri, avohoidon johtaja, Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus. Kuopion äitiysneuvolahinnoittelu. Henkilökohtainen tiedonanto 31.7.2001.
35. Kockberg, I., Vantaan sosiaali- ja terveysvirasto. Tietoja Vantaan kaupungin toiminnallisesta tilinpäätöksestä 2000. Henkilökohtainen tiedonanto 14.6.2001.
36. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Viisainen K (toim.). *Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suosituksia 1999*. Stakes. Oppaita 34. 1999. Helsinki.
37. Suomen Kuntaliitto. Terveyskeskusten talous. Perusterveydenhuolto. Kunnallistilasto 1/2002. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
38. Viisikko-työryhmän vanhuspalvelujen asiantuntijaryhmä, Kumpulainen, A. (kirj.). Viiden suurimman kaupungin vanhuspalvelujen käyttämien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannus- ja palvelutasovertailu 2000. 2001.S.L.: Helsingin sosiaalivirasto ja terveysvirasto, Espoon sosiaali- ja terveystoimi, Vantaan sosiaali- ja terveysvirasto, Turun sosiaalikeskus, Tampereen sosiaali- ja terveystoimi.

39. Viisikko-työryhmän vanhuspalvelujen asiantuntijaryhmä, Kumpulainen, A. (kirj.). Viiden suurimman kaupungin vanhusten käyttämien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannus- ja palvelusvertailu 2001. 2002. S.L.: Helsingin sosiaalivirasto ja terveysvirasto, Espoon sosiaali- ja terveystoimi, Vantaan sosiaali- ja terveysvirasto, Turun sosiaalikeskus, Tampereen sosiaali- ja terveystoimi.
40. Viisikko-työryhmän vanhusten palvelujen asiantuntijaryhmä, Kumpulainen, A. (kirj.). Viiden suurimman kaupungin vanhusten käyttämien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannus- ja palvelusvertailu 1999. Osa II: Analyysi- ja tilastot. 2000. S.L.: Helsingin sosiaalivirasto ja terveysvirasto, Espoon sosiaali- ja terveystoimi, Vantaan sosiaali- ja terveysvirasto, Turun sosiaalikeskus ja terveysvirasto, Tampereen sosiaali- ja terveystoimi.
41. Ritamäki, J., taloussihteeri, Paimion-Sauvon kansanterveyskuntayhtymä. Kotisairaanhoidon ja kotihoitopalvelun tuoteistus ja hinnoittelu 2001. Henkilökohtainen tiedonanto 23.1.2003.
42. Lahtinen, Y., erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto. Selvitys 12 Pirkanmaan kunnan vanhustenhuollon kustannuksista vuodelta 1999. Henkilökohtainen tiedonanto 14.6.2001.
43. Sjöblom, S. Erilaistuvat työyhteisöt. Palvelujen yksikkökustannukset. KuntaSuomi2004 -tutkimuksia nro 36. Acta nro 149. 2002. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
44. Björkgren, M., Häkkinen, U., Finne-Soveri, H. Pitkäaikaispotilaiden voimavaratarve RUG-luokituksella. Stakes. Aiheita 1/1998. Helsinki.
45. Ritamäki, J., taloussihteeri, Paimion-Sauvon kansanterveyskuntayhtymä. Vuodeosastotoiminnan tuotteistaminen ja hinnoittelu. Henkilökohtainen tiedonanto 23.1.2003.
46. Heikkinen, K., Hujanen, T., Rusama, H. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2000. Stakes. Aiheita 23/2001. Helsinki.
47. Kansanterveysasetus n:o 802/1992.
48. Sköld, A., ylihoitaja, Syöpäjärjestöjen poliklinikka, Helsinki, Gynekologisen joukkotarkastus irtosolututkimuksen hinta. Henkilökohtainen tiedonanto 21.1.2003.
49. Tampereen yliopistollisen sairaalan Laboratoriokeskus. Hinnasto 2001.
50. Saarenmaa, I., Salminen, T., Varonen, H., Fredriksson, M., Sintonen, H., Mäkelä, M. Rintasyöpäseulonnan laajentamisen vaikutukset. Selvitys mammografiaan perustuvan rintasyöpäseulonnan kustannus-vaikuttavuudesta 60–69-vuotiailla naisilla. Stakes. 2000. Helsinki.
51. Leivo, T. Economic evaluation of selected Finnish screening programmes. 2001. Helsinki: Helsingin yliopisto. Väitöskirja.
52. Mielenterveyslaki n:o 1116/1990.
53. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista n:o 734/1992.
54. Päihdehuoltolaki n:o 41/1986.
55. Mäkinen, A., vs. talouspäällikkö, Turun kaupungin terveystoimi. Suoritteet ja suoritekustannukset 2000 ja 2001. Henkilökohtainen tiedonanto 18.7.2002.
56. Pätynen, K., talousjohtaja, A-klinikkasäätiö. A-klinikkakäynnin keskimääräisestä kustannuksesta vuonna 2001. Henkilökohtainen tiedonanto 21.1.2003.
57. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuolto Suomessa. Esitteitä n:o 13. 1999. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
58. Järvelin, J., Linna, M., Juvonen, I., Teitto, E., Idänpää-Heikkilä, U., Häkkinen, U. Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus. Toimintavuoden 2000 tulokset. Julkaisematon aineisto 2001.
59. Nenonen, M. (toim.). DRG (Diagnosis Related Groups) suomalaisessa terveydenhuollossa 1998. Stakes. Tilastoraportti 1/1998. Helsinki.
60. Salonen, M., Häkkinen, U., Keskimäki, I., Linna, M. DRG-ryhmien kustannuspainot suomalaisella aineistolla. Stakes. 1995. Helsinki.
61. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Hinnasto vuodelle 2001. Osa 2: Suoriteperusteiset hinnat. 2001.
62. Kansaneläkelaitos. Tammi-joulukuussa 2001 korvatut tutkimukset ja niistä perityt maksut tutkimusnimikkeittäin. Tilastoihin perustuva julkaisematon aineisto 2002.
63. Laboratoriotutkimusten korvaamista koskeva taksa muuttuu 1.10.2002. Kansaneläkelaitoksen terveys- ja toimeentuloturvaosaston kirje 15.8.2002. Julkaisematon aineisto.
64. Miettinen, A., toimitusjohtaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Laboratoriokeskus. Laboratoriotuotteen yksikkökustannuksista. Henkilökohtainen tiedonanto 19.2.2003.
65. Juva, K., Linnakko E. Terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista, kustannuksia ja korvauksia koskeva selvitys 2001: Selvitysmiesten raportti. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
66. Laboratoriotutkimusten taksan määrääytisperusteiden yksityiskohtainen tarkastelu. Kansaneläkelaitoksen terveys- ja toimeentuloturvaosaston perustelumuuksio Kansaneläkelaitoksen hallitukselle. Liite 4. 2002. Julkaisematon aineisto.
67. Vesala, H.-H., Sintonen, H., Hartikainen, K. Perinteisestä filmikuvantamisesta digitaalikuvantamiseen. Yksinkertaistettu laskentamalli terveyskeskuksille radiologisen toiminnan kustannusten selvittämiseksi. Stakes. FinOHTAn raportti 17. 2001, Helsinki.
68. Vesala, H.-H. Terveyskeskusten radiologian kustannuksista. Henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2002.
69. Sajanti, A. Tietoja erikoissairaanhoidon radiologisten tutkimusten hinnoista vuodelta 2001. Henkilökohtainen tiedonanto 16.12.2002.
70. Kansaneläkelaitos. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustilastot 2001. 2002. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
71. Aalto, A.-M., Hurri, H., Härkäpää, K., Järvisalo, A., Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen T, Rissanen P. Kannattaako kuntoutus?: Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. 2002. Stakes. Raportteja 267. Helsinki.
72. Töytäri, O. Apuvälineiden saatavuus 2000. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa. Stakes. Aiheita 9/2001. Helsinki.
73. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Kliinisten erikoisalojen palvelutuotteet, suoritteet ja hinnat 2001. 2000. Kuopio: Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri.
74. Laki yksityisestä terveydenhuollosta n:o 152/1990.
75. Kansaneläkelaitos. Lääkärin vastaanottopalkkiotaksan mukaan korvatut lääkärikkäykynnit, tammi-joulukuu 2001. Tilastoihin perustuva julkaisematon aineisto 2002.

76. Kansaneläkelaitos. Erikoislääkäriselvitys vuonna 2001 korvatuista lääkärinpalkkioista. Tilastoihin perustuva julkaisematon aineisto 2002.
77. Kansaneläkelaitos. Lääkäripalkkiotaksan mukaiset vaativat tutkimus- ja hoitotoimenpiteet, tammi-joulukuu 2001. Tilastoihin perustuva julkaisematon aineisto 2002.
78. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Palveluhinnasto vuodelle 2001. 2000.
79. Sosiaalihuoltolaki n:o 710/1982.
80. Sosiaalihuoltoasetus n:o 607/1983.
81. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Sosiaaliviraston vuoden 2001 toiminnallinen tilinpäätös. 2002. Helsinki: Helsingin kaupunki.
82. Valtionvarainministeriö. Valtion matkustussäännön kulukorvaustasot 1.1.2001 alkaen. 2001.
83. Lahtinen, Y. (toim.). Tuotteistus ja kustannuslaskenta. Perusterveydenhuollon Tuote- projektin raportti 1. Suomen Kuntaliitto. 1995. Helsinki.
84. Sosiaali- ja terveysministeriö, Etuudet ja maksut 2001. 2001. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
85. Taipale, V., Lehto, J. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. 1995. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
86. Aho, S., Ahvenainen, T., Salonen, L. Kunnan sosiaalihuolto. 1992. Helsinki: VAPK-kustannus.
87. Hallituksen esitys n:o 155 Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttumisesta. Annettu vuoden 2000 valtiopäivillä.
88. Liikenne- ja viestintäministeriön asetus taksitaksasta n:o 492/2001.
89. Asetus sairaankuljetuksesta n:o 565/1994.
90. Liikenne- ja viestintäministeriön asetus sairaankuljetuksen taksoista n:o 554/2001.
91. Etelä, J., kuljetuspäällikkö, HUS/sairaankuljetus. Sairaan kuljetuksen kustannuksista. Henkilökohtainen tiedonanto 20.12.2002.
92. Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2001. 2002. Helsinki: Kansaneläkelaitos.



Tässä raportissa on yksikkökustannustietoja niistä kunnallisista sosiaali- ja terveyspalveluista, jotka on merkityt kaaviossa tummennettuina.
 Kaavio mukailtu lähteistä:
 Sosiaali- ja terveysministeriö. 1999. Sosiaalihoolto Suomessa. Esitteitä 6.
 Sosiaali- ja terveysministeriö. 1999. Terveydenhuolto Suomessa. Esitteitä 13.
 Sosiaalihoitolaki 107/1982.

LIITE 2

Luettelo raportissa käytetyistä sairaanhoitopiirien palveluhinnastoista

Sairaanhoitopiirin hinnaston nimen jälkeen tietty kirjaintunnus jos hinnaston tietoja on käytetty raportissa arvioitujen palveluiden yksikkökustannusten laskennassa.

F = fysioterapiapalvelujen ja lääkinnällisen kuntoutuksen yksikkökustannukset

P = psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikkökustannukset

T = tehohoidon ja sydänvalvonnan hoitopäivien yksikkökustannukset

- Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä: Suoritehinnasto 2001. Hallitus 13.12.2000. (F,P,T)
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä: Palveluhinnasto vuodelle 2001. (F,P,T)
- Etelä-Savon sairaanhoitopiirin palveluhinnasto 1.1.2001. (F,P,T)
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri: Hinnastot 2001: 1-tuotteistetut hinnat, 2-suoriteperusteiset hinnat, lisäksi tarkistus- ja muutoshinnastot: Palveluista perittävien hintojen vahvistaminen ja muuttaminen 18.6.2001 (§187) ja 19.12.2001 (§358) (viranhaltijapäätökset) sekä HUS-kuntayhtymän hinnaston muutokset ja 1.9.2001 sekä 4.9.2001 alkaen (§290) (HUS:n hallitus). (F,P,T)
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kuntalaskutuksen palveluhinnasto 2001. Kuntayhtymähallitus 11.12.2000, § 72. (F,P,T)
- Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiirin kuntayhtymä: Palveluhinnasto 2001. (F,P,T)
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä: Hinnasto 2001 ja Palveluyksiköiden hinnasto 1.1.2001 alkaen. (F,P,T)
- Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä: Palveluhinnasto 2001. (F,P,T)
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri: Hoitopalvelujen hinnasto 1.1.2001. Kh 20.12.2000. (F,P)
- Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kuntayhtymä: Palveluhinnasto 2001 osastojen ja poliklinikoiden käyttöön. Hallitus 15.12.2000. (F,P)
- Lapin sairaanhoitopiiri: Hinnasto 2001. Yhtymähallitus 14.12.2000. (F,P,T)
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Erikoissairaanhoidon kuntalaskutushinnasto vuodelle 2001 sisältäen hintatarkistukset 1.4.2001 lukien. Hallitus 27.4.01 Liite 2 A (uusi) (91§). (F,P,T)
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Tuotteet ja hinnat 2001. Sairaanhoitopiirin hallituksen vahvistus 9.5.2000. Painos 15.8.2000. (F,P,T)
- Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä: Kuntalaskutustuotteiden hinnasto 2001 (20.12.2000), Kuntalaskutustuotteiden hinnasto 1.10.2001 alkaen. (F,P,T)
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Palveluhinnasto 2001 sekä hallintopalvelun tiedote 3/2001 Muutokset Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän Palveluhinnasto 2001:een 1.7.2001 alkaen. (F,P,T)
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri: Kliinisten erikoisalojen palvelutuotteet, suoritteet ja hinnat 2001. Joulukuu 2000. (F,P,T)
- Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri: Palvelut ja hinnat 2001. (F,P,T)
- Satakunnan sairaanhoitopiiri: Hinnasto 2001. (F, P,T)
- Vaasan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä: Hinnasto 2001. (F, P,T)
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Turun yliopistollinen keskussairaala: Palveluhinnasto 2001. Hallitus 14.12.2000/14.6.2001. Hinnasto voimassa 1.8.2001 alkaen. (F, P,T)

LIITETAULUKKO 1. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitojaksojen ja avohoitokäyntien yksikkökustannukset sekä hoitopäivät hoitojaksoissa sairaalatyypeittäin ja erikoisaloittain vuonna 2001^{a)}.

Sairaalat ja erikoisalut	Vuodeosastohoitojaksot			Avohoitokäynnit	
	€/hoitajakso	hpv/hoitajakso ^{b)}	€/päivystys	€/ajanvaraus	(päiv.+ ajanv.yht.) ^{c)}
Kaikki sairaalat	1836,8	3,92	243,3	147,2	165,2
Muut kunnalliset sairaalat	1440,1	3,92	224,3	136,7	158,3
Keskussairaalat	1600,4	3,86	231,2	139,8	155,9
Yliopistosairaalat	2324,2	3,98	258,5	157,8	175,0
Kaikki sairaalat					
10 Sisätaudit	1967,5	5,18	265,7	175,6	197,9
20 Kirurgia	2130,2	3,78	289,4	154,0	191,6
30 Naistentaudit ja synnytys	1346,9	2,92	177,8	141,0	148,6
40 Lastentaudit	2387,6	3,65	197,0	173,1	178,8
50 Silmätaudit	898,0	1,33	105,4	86,5	88,7
55 Korva-, nenä-, kurkkutaudit	917,0	1,76	117,2	99,7	101,3
60 Iho- ja sukupuolitaudit	1435,3	6,33	99,3	99,8	99,7
65 Syöpätaudit	2028,0	4,84	195,2	159,9	160,3
77 Neurologia	2063,7	5,97	367,7	178,2	213,8
78 Lastenneurologia	1579,0	2,85	163,8	249,3	249,1
80 Keuhkosairaudet	1643,1	4,97	210,6	154,3	157,6
Muut kunnalliset sairaalat					
10 Sisätaudit	1504,2	5,41	220,7	145,8	169,7
20 Kirurgia	1477,6	3,36	253,9	135,2	168,8
30 Naistentaudit ja synnytys	1237,2	2,55	163,8	129,9	136,6
40 Lastentaudit	1698,5	2,80	161,3	141,8	147,5
50 Silmätaudit	805,7	1,01	101,4	83,2	84,6
55 Korva-, nenä-, kurkkutaudit	604,8	1,10	92,6	78,7	79,3
77 Neurologia	2636,7	9,55	464,3	225,1	241,2
80 Keuhkosairaudet	1642,7	4,90	217,5	159,5	163,3
Keskussairaalat					
10 Sisätaudit	1754,0	5,09	247,9	163,8	182,8
20 Kirurgia	1815,3	3,85	269,0	143,2	179,0
30 Naistentaudit ja synnytys	1310,3	3,00	175,9	139,6	146,3
40 Lastentaudit	1796,4	3,46	172,2	151,4	155,3
50 Silmätaudit	804,7	1,15	103,9	85,2	87,5
55 Korva-, nenä-, kurkkutaudit	927,7	1,65	127,8	108,6	110,2
60 Iho- ja sukupuolitaudit	1279,7	6,56	83,1	83,5	83,5
65 Syöpätaudit	1703,4	5,04	171,8	140,7	141,1
77 Neurologia	1905,5	5,80	342,5	166,0	195,0
78 Lastenneurologia	1492,1	2,88	154,0	234,4	234,3
80 Keuhkosairaudet	1532,9	4,92	192,5	141,1	145,5
Yliopistosairaalat					
10 Sisätaudit	2680,6	5,05	321,5	212,5	235,3
20 Kirurgia	3050,5	4,03	328,1	174,5	214,9
30 Naistentaudit ja synnytys	1450,4	3,07	188,4	149,4	158,6
40 Lastentaudit	3083,3	4,03	222,2	195,3	202,4
50 Silmätaudit	1000,9	1,54	107,2	88,0	90,4
55 Korva-, nenä-, kurkkutaudit	1003,5	2,07	115,3	97,9	99,9
60 Iho- ja sukupuolitaudit	1468,0	5,89	105,2	105,7	105,7
65 Syöpätaudit	2176,3	4,76	205,5	168,3	168,7
77 Neurologia	2193,4	5,74	386,9	187,6	234,7
80 Keuhkosairaudet	1829,9	5,13	236,9	173,6	173,8

^{a)} Tunnusluvut perustuvat vuoden 2000 yksikkökustannuksiin, jotka on muunnettu vuoden 2001 arvoon julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksiin (liitetaulukko 3) avulla.

^{b)} Hoitopäivien lukumäärä jaettuna hoitojaksoilla vuonna 2000.

^{c)} Kaikkien avohoitokäyntien lukumäärillä ja kustannuksilla painotettu keskiarvo.

LIITETAULUKKO 2. Erikoissairaanhoidon hoitajaksojen yksikkökustannukset DRG-ryhmittäin ja keskimääräiset hoitopäivät hoitajaksoissa vuonna 2001^{a)}.

DRG-ryhmä	€/hoitajakso	hpv/hoitajakso ^{b)}
1 Kallonsisäinen toimenpide, ei traumaa, aikuinen	6178,2	8,10
2 Kallonsisäinen toimenpide trauman takia, aikuinen	4442,1	5,90
3 Kallonsisäinen toimenpide, lapsi	5385,4	7,87
4 Selkäydinleikkaus	5222,7	6,18
5 Kallonulkoinen aivoverenkiertoon vaikuttava verisuonten leikkaus	2565,6	4,49
6 Karpaalitunnelioireyhtymän leikkaus	652,6	1,11
7 Hermostoon liittyvä muu toimenpide, komplisoitunut	2677,4	3,31
8 Hermostoon liittyvä muu toimenpide, ei komplisoitunut	1329,6	1,44
9 Selkäytimen sairaus tai vamma	1583,7	4,34
10 Keskushermoston kasvain, komplisoitunut	2736,4	11,78
11 Keskushermoston kasvain, ei komplisoitunut	1937,4	6,35
12 Etenevä keskushermoston sairaus	1760,6	6,16
13 MS-tauti tai pikkuaivoataksia	1032,8	5,13
14 Aivoinfarkti tai muu pitkäkestoinen aivoverenkierron häiriö	3305,6	8,38
15 Ohimenevä iskemia (TIA) tai muu aivoverenkierron häiriö ilman infarktia	1437,3	3,29
16 Aivoverenkierron häiriö, diffuusi, komplisoitunut	3321,9	10,75
17 Aivoverenkierron häiriö, diffuusi, ei komplisoitunut	1295,0	5,04
18 Ääreis- tai aivohermon sairaus, komplisoitunut	2516,8	7,25
19 Ääreis- tai aivohermon sairaus, ei komplisoitunut	1648,7	3,93
20 Hermoston infektiosairaus, ei virusaivokalvontulehdus	6235,2	11,01
21 Virusaivokalvontulehdus	1492,2	3,96
23 Tajuttomuus muun kuin vamman takia	1270,6	3,00
24 Kohtausoire tai päänsärky, aikuinen, komplisoitunut	1600,0	5,02
25 Kohtausoire tai päänsärky, aikuinen, ei komplisoitunut	971,8	3,28
26 Kohtausoire tai päänsärky, lapsi	1642,6	2,15
27 Vakava aivovamma	2106,2	7,15
29 Aivovamma, aikuinen, ei komplisoitunut	912,8	2,85
30 Aivovamma, lapsi	1171,0	2,29
31 Aivotärhdys, aikuinen, komplisoitunut	2388,8	1,60
32 Aivotärhdys, aikuinen, ei komplisoitunut	701,4	2,03
33 Aivotärhdys, lapsi	512,3	1,31
34 Keskushermoston muu häiriö, komplisoitunut	2718,1	3,70
35 Keskushermoston muu häiriö, ei komplisoitunut	738,0	2,24
36 Verkkokalvon toimenpiteet	2907,2	3,18
37 Silmämunan ja silmäkuopan leikkaukset	1939,5	2,81
38 Värikalvon leikkaukset	1219,8	2,63
39 Kaihileikkaukset ja muut mykiön leikkaukset	1057,2	1,08
40 Silmän ulkoiset muut toimenpiteet silmän seudussa, aikuinen	990,1	1,20
41 Silmän ulkoiset muut toimenpiteet silmän seudussa, lapsi	687,1	1,05
42 Silmän sisäiset muut leikkaukset	2161,1	3,04
43 Silmän turpoaminen	494,0	2,04
44 Äkilliset vakavat silmän infektiosairaudet	1354,0	5,17
45 Silmän hermostolliset sairaudet	1071,4	3,00
46 Muu silmäsairaus aikuisella, komplisoitunut	733,9	2,28
47 Muu silmäsairaus aikuisella, ei komplisoitunut	557,0	1,47
48 Muu silmäsairaus lapsella	829,5	1,40
49 Pään ja kaulan alueen suuri leikkaus	9689,2	11,13
50 Sylkirauhasen poisto	2838,0	2,83
51 Sylkirauhasleikkaus, ei poisto	1305,2	2,16
52 Huuli-suulakihalkion korjaus	2555,5	3,94
53 Nenänsivuontelon tai kartiolisäkkeen leikkaus, aikuinen	1183,2	1,60
54 Nenänsivuontelon tai kartiolisäkkeen leikkaus, lapsi	1130,3	1,57
55 Korvan, nenän tai kurkun muu vaikea leikkaus	1717,9	1,75
56 Nenän muovausleikkaus	1242,2	1,41
57 Risaleikkaus muun toimenpiteen yhteydessä, aikuinen	1246,2	2,05
58 Risaleikkaus muun toimenpiteen yhteydessä, lapsi	705,4	1,02
59 Risaleikkaus, ei muita toimenpiteitä, aikuinen	990,1	1,43
60 Risaleikkaus, ei muita toimenpiteitä, lapsi	862,0	1,16
61 Tärykalvoputkien asennus, aikuinen	471,7	1,05
62 Tärykalvoputkien asennus, lapsi	518,4	1,01
63 Korvan, nenän tai kurkun alueen muu toimenpide	1821,6	2,52
64 Korvan, nenän tai kurkun pahanlaatuinen kasvain	1441,4	5,82
65 Tasapainohäiriö	894,5	2,80

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkuu

DRG-ryhmä	€/hoitajakso	hpv/hoitajakso ^{b)}
66 Nenäverenvuoto	888,4	3,01
67 Kurkunkannentulehdus	931,1	3,73
68 Korvatulehdus tai ylähengitystieinfektio, komplisoitunut, aikuinen	1396,7	5,81
69 Korvatulehdus tai ylähengitystieinfektio, ei komplisoitunut, aikuinen	817,3	3,08
70 Korvatulehdus tai ylähengitystieinfektio, lapsi	849,8	1,89
71 Kurkunpään ja henkitorven tulehdus	522,5	1,64
72 Nenän vamma tai epämuodostuma	528,6	1,17
73 Korvan nenän tai kurkun muu sairaus, aikuinen	896,5	2,37
74 Korvan nenän tai kurkun muu sairaus, lapsi	1114,1	1,25
75 Laaja rintaontelon muu kuin sydänleikkaus	5304,0	8,88
76 Suppea hengityselinten toimenpide, komplisoitunut	9368,0	12,08
77 Suppea hengityselinten toimenpide, ei komplisoitunut	1368,2	3,38
78 Keuhkoembolia	2435,5	7,40
79 Alahengitystieinfektio tai inflammaatio, aikuinen, komplisoitunut	3964,3	12,27
80 Alahengitystieinfektio tai inflammaatio, aikuinen, ei komplisoitunut	2925,5	10,68
81 Alahengitystieinfektio tai inflammaatio, lapsi	1307,2	3,09
82 Hengityselinten kasvaimet	1984,2	5,28
83 Vakava rintakehän vamma, komplisoitunut	2055,3	5,72
84 Vakava rintakehän vamma, ei komplisoitunut	1260,4	4,43
85 Pleuraeffuusio, komplisoitunut	2374,5	6,50
86 Pleuraeffuusio, ei komplisoitunut	1358,0	4,81
87 Hengitysvajaus tai keuhkoödeema	2213,9	5,51
88 Krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus	1744,3	5,77
89 Pneumonia tai pleuriitti, aikuinen, komplisoitunut	2732,3	8,66
90 Pneumonia tai pleuriitti, aikuinen, ei komplisoitunut	1835,8	6,43
91 Pneumonia tai pleuriitti, lapsi	1524,7	3,35
92 Interstiellinen keuhkosairaus, komplisoitunut	2453,8	6,84
93 Interstiellinen keuhkosairaus, ei komplisoitunut	1782,9	4,93
94 Pneumothorax, komplisoitunut	1945,6	11,33
95 Pneumothorax, ei komplisoitunut	1077,5	4,23
96 Obstruktiivinen hengitystieinfektio tai astma, aikuinen, komplisoitunut	1935,4	6,48
97 Obstruktiivinen hengitystieinfektio tai astma, aikuinen, ei komplisoitunut	1307,2	5,04
98 Obstruktiivinen hengitystieinfektio tai astma, lapsi	1315,3	2,96
99 Hengityselinoire, komplisoitunut	1276,7	4,29
100 Hengityselinoire, ei komplisoitunut	477,8	2,54
101 Hengityselinten muu sairaus, komplisoitunut	1624,4	3,32
102 Hengityselinten muu sairaus, ei komplisoitunut	1364,1	3,97
103 Sydämensiirto	47754,7	23,00
104 Sydänlähän avosydän korjausleikkaus ja katetrisaatio	37228,0	13,20
105 Sydänlähän avosydän korjausleikkaus, ilman katetrisaatiota	13261,1	9,46
106 Sydämen ohitusleikkaus ja katetrisaatio	17666,6	8,74
107 Sydämen ohitusleikkaus ilman katetrisaatiota	9079,3	7,86
108 Rintakehän muu avosydän- tai verisuonileikkaus	14072,3	7,79
110 Vaativa verisuonirekonstruktioleikkaus, ei avosydän, komplisoitunut	12897,2	11,08
111 Vaativa verisuonirekonstruktioleikkaus, ei avosydän, ei komplisoitunut	6877,6	7,97
112 Pallolaajennus tai muu kardiiovaskulaarinen toimenpide	5706,6	3,20
113 Suuri raajan amputaatio verenkierröllisistä syistä, ei yläraaja tai varvas	5893,6	9,94
114 Yläraajan tai varpaan amputaatio verenkierröllisistä syistä	2854,3	6,52
115 Pysyvän sydäntahdistimen asennus, infarkti, toiminnanvajaus, shokki	10803,3	10,63
116 Pysyvän sydäntahdistimen, kaapeleiden tai generaattorin asennus	5328,4	4,68
117 Sydäntahdistimeen kohdistuva toimenpide, ei laitteen vaihto	3836,2	4,72
118 Sydäntahdistimen vaihto	3598,4	2,33
119 Suonikohjuleikkaukset	931,1	1,33
120 Verenkiertoelinten muut anestesia- ja leikkaussalitoimenpiteet	5015,4	9,17
121 Sydäninfarkti ja monimutkainen verenkierron sairaus, poistui elossa	4005,0	8,95
122 Sydäninfarkti ilman monimutkaista perussairautta, poistui elossa	2537,2	7,89
123 Sydäninfarkti, potilas kuollut hoidon aikana	1746,3	4,39
124 Verenkiertoelinten muu sairaus, katetrisaatio, monimutkainen perussairaus	4043,6	6,04
125 Verenkiertoelinten muu sairaus, katetrisaatio, ilman monimutkaista perussairautta	1882,5	2,72
126 Akuutti tai subakuutti endokardiitti	6328,7	18,72
127 Sydämen toiminnanvajaus tai kardiogeeninen shokki	2199,7	7,00
128 Syvien laskimoiden tromboflebiitti	1866,3	5,33
129 Sydänpysähdys, syy tuntematon	4982,8	6,91
130 Perifeerisen verenkierron häiriö, komplisoitunut	3246,7	6,75
131 Perifeerisen verenkierron häiriö, ei komplisoitunut	1425,1	3,58

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkuu

DRG-ryhmä	€/hoitajakso	hpv/hoitajakso ^{b)}
132 Ateroskleroosi, komplisoitunut	1970,0	5,84
133 Ateroskleroosi, ei komplisoitunut	1293,0	4,06
134 Hypertensio	1071,4	3,92
135 Synnynnäinen sydän- tai läppävika, aikuinen, komplisoitunut	2543,3	6,85
136 Synnynnäinen sydän- tai läppävika, aikuinen, ei komplisoitunut	1677,2	4,74
137 Synnynnäinen sydän- tai läppävika, lapsi	1246,2	5,39
138 Sydämen rytmii- tai johtumishäiriö, komplisoitunut	1593,9	4,12
139 Sydämen rytmii- tai johtumishäiriö, ei komplisoitunut	774,6	2,62
140 Sydänperäinen rintakipu	1260,4	4,29
141 Pyörtyminen, komplisoitunut	1136,4	4,66
142 Pyörtyminen, ei komplisoitunut	851,8	2,96
143 Rintakipu, ei sydänperäinen	705,4	2,52
144 Verenkiertoelinten muu sairaus, komplisoitunut	2984,4	6,62
145 Verenkiertoelinten muu sairaus, ei komplisoitunut	1547,1	4,75
146 Peräsuolen resektio, komplisoitunut	7227,3	15,40
147 Peräsuolen resektio, ei komplisoitunut	6003,4	11,31
148 Laaja ohuen tai paksusuolen leikkaus, komplisoitunut	7548,5	14,00
149 Laaja ohuen tai paksusuolen leikkaus, ei komplisoitunut	4553,9	10,79
150 Peritoneaalisten kiinnikkeiden irroittelu, komplisoitunut	5434,2	12,25
151 Peritoneaalisten kiinnikkeiden irroittelu, ei komplisoitunut	3817,9	10,07
152 Vähäinen ohut- tai paksusuolen toimenpide, komplisoitunut	4623,0	11,43
153 Vähäinen ohut- tai paksusuolen toimenpide, ei komplisoitunut	2825,8	7,42
154 Vatsan, ruokatorven tai pohjukaissuolen toimenpide, aikuinen, komplisoitunut	8650,3	15,31
155 Vatsan, ruokatorven tai pohjukaissuolen toimenpide, aikuinen, ei komplisoitunut	2742,5	6,73
156 Vatsan, ruokatorven tai pohjukaissuolen toimenpide, lapsi	5659,8	9,74
157 Peräaukon tai suoliavanteen leikkaus, komplisoitunut	1892,7	4,48
158 Peräaukon tai suoliavanteen leikkaus, ei komplisoitunut	1020,6	2,23
159 Tyräleikkaus muualla kuin nivustaipeessa, aikuinen, komplisoitunut	2738,4	4,60
160 Tyräleikkaus muualla kuin nivustaipeessa, aikuinen, ei komplisoitunut	1232,0	3,00
161 Nivustaipeen tyräleikkaus, aikuinen, komplisoitunut	1937,4	3,53
162 Nivustaipeen tyräleikkaus, aikuinen, ei komplisoitunut	1045,0	1,68
163 Tyräleikkaus, lapsi	935,2	1,18
164 Umpilisäkkeen poisto puhkeamisen tai maligniteetin takia, komplisoitunut	2984,4	5,41
165 Umpilisäkkeen poisto puhkeamisen tai maligniteetin takia, ei komplisoitunut	1579,6	5,36
166 Umpilisäkkeen poisto muusta syystä, komplisoitunut	1750,4	2,47
167 Umpilisäkkeen poisto muusta syystä, ei komplisoitunut	2169,2	2,86
168 Suun alueen leikkaus, komplisoitunut	3883,0	4,15
169 Suun alueen leikkaus, ei komplisoitunut	1412,9	2,32
170 Ruuansulatuskanavan muu leikkaus, komplisoitunut	5074,3	12,36
171 Ruuansulatuskanavan muu leikkaus, ei komplisoitunut	1931,3	5,10
172 Ruuansulatuskanavan pahanlaatuisen kasvain, komplisoitunut	2333,9	9,16
173 Ruuansulatuskanavan pahanlaatuisen kasvain, ei komplisoitunut	1490,2	4,28
174 Ruuansulatuskanavan verenvuoto, komplisoitunut	2431,4	4,98
175 Ruuansulatuskanavan verenvuoto, ei komplisoitunut	1282,8	3,83
176 Vatsahaava, komplikaatioita osoittava päädiagnoosi	1539,0	4,41
177 Vatsahaava, komplisoitunut	1677,2	4,78
178 Vatsahaava, ei komplisoitunut	1368,2	4,04
179 Tulehduksellinen suolistotauti	1457,6	4,71
180 Suoliston tukos, komplisoitunut	1549,1	6,72
181 Suoliston tukos, ei komplisoitunut	1242,2	4,66
182 Esofagiitti, gastroenteriitti, muu ruuansulatushäiriö, aikuinen, komplisoitunut	1687,4	5,16
183 Esofagiitti, gastroenteriitti, muu ruuansulatushäiriö, aikuinen, ei komplisoitunut	996,2	3,15
184 Esofagiitti, gastroenteriitti, muu ruuansulatushäiriö, lapsi	963,6	2,08
185 Hampaiden ja suun sairaudet, ei hammashoidon toimenpiteitä, aikuinen	721,7	2,15
186 Hampaiden ja suun sairaudet, ei hammashoidon toimenpiteitä, lapsi	487,9	1,57
187 Hammashoidon toimenpide	1179,1	1,23
188 Ruuansulatusjärjestelmän muu sairaus, aikuinen, komplisoitunut	1697,5	6,14
189 Ruuansulatusjärjestelmän muu sairaus, aikuinen, ei komplisoitunut	853,9	3,04
190 Ruuansulatusjärjestelmän muu sairaus, lapsi	1047,0	2,40
191 Haiman tai maksan leikkaus, komplisoitunut	14499,2	18,16
192 Haiman tai maksan leikkaus, ei komplisoitunut	5905,8	15,67
193 Sappiteiden leikkaus, ei pelkkä sappirakon poisto, komplisoitunut	8304,7	12,72
194 Sappiteiden leikkaus, ei pelkkä sappirakon poisto, ei komplisoitunut	3569,9	12,25
195 Sappirakon poisto, sappiteiden tarkistus, komplisoitunut	5039,8	14,28
196 Sappirakon poisto, sappiteiden tarkistus, ei komplisoitunut	4305,9	11,47

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkuu

DRG-ryhmä	€/hoitajakso	hpv/hoitajakso ^{b)}
197 Sappirakon poisto, ei sappiteiden tarkistusta, komplisoitunut	3720,4	9,06
198 Sappirakon poisto, ei sappiteiden tarkistusta, ei komplisoitunut	2171,2	6,89
199 Maksan tai haiman alueen pahanlaatuisen kasvain, diagnostinen tutkimus	5775,7	8,88
200 Maksan ja haiman alueen diagnostiset tutkimukset, ei pahanlaatuista kasvainta	4604,7	11,91
201 Maksan tai haiman alueen muu toimenpide	7322,8	18,43
202 Alkoholihepatiitti tai maksakirroosi	2250,5	7,32
203 Maksan tai haiman alueen pahanlaatuisen kasvain	1478,0	4,59
204 Haiman sairaus, ei pahanlaatuisen	1622,3	5,74
205 Muu maksan sairaus, komplisoitunut	807,1	3,65
206 Muu maksan sairaus, ei komplisoitunut	1097,8	3,99
207 Sappiteiden sairaus, komplisoitunut	2512,8	6,99
208 Sappiteiden sairaus, ei komplisoitunut	1207,6	4,26
209 Lonkan tai polven keinonivelleikkaus	6550,3	8,90
210 Lonkan tai reiden muu leikkaus, aikuinen, komplisoitunut	5159,7	8,10
211 Lonkan tai reiden muu leikkaus, aikuinen, ei komplisoitunut	3771,2	6,84
212 Lonkan tai reiden muu leikkaus, lapsi	5611,0	6,45
213 Raaja-amputaatio tuki- ja liikuntaelinten sairauden takia	8367,8	8,76
214 Selän ja niskan leikkaukset, komplisoitunut	5909,9	7,41
215 Selän ja niskan leikkaukset, ei komplisoitunut	2502,6	4,96
216 Luu-, lihas- tai sidekudosbiopsia	1902,9	2,69
217 Haavarevisio tai ihonsiirto tuki- ja liikuntaelinten sairauden takia	8146,2	16,43
218 Säären, nilkan tai olkavarren leikkaus, aikuinen, komplisoitunut	3086,1	4,60
219 Säären, nilkan tai olkavarren leikkaus, aikuinen, ei komplisoitunut	2134,6	3,81
220 Säären, nilkan tai olkavarren leikkaus, lapsi	3301,6	3,18
221 Polvileikkaus, komplisoitunut	2396,9	5,04
222 Polvileikkaus, ei komplisoitunut	925,0	1,41
223 Olka- tai kyynärpäähän vaativa tai muu yläraajan leikkaus, komplisoitunut	2425,3	2,49
224 Yläraajan muu nivelleikkaus, ei komplisoitunut	1406,8	2,10
225 Jalkaterän leikkaus	961,6	1,65
226 Pehmytkudosleikkaus, komplisoitunut	1959,8	2,43
227 Pehmytkudosleikkaus, ei komplisoitunut	1160,8	1,92
228 Käden, peukalon, tai ranteen vaativa nivelleikkaus tai muu leikkaus, komplisoitunut	2132,6	2,66
229 Käden tai ranteen muu nivelleikkaus, ei komplisoitunut	1134,4	1,73
230 Lonkan paikallinen leikkaus tai sisäisten fiksaatiolaitteiden poisto	1356,0	2,84
231 Ortoped. paikall. leikkaus tai sis. fiksaatiolaitt. poisto muualta kuin lonkasta tai reidestä	855,9	1,50
232 Artroskopia	1038,9	1,36
233 Tuki- ja liikuntaelinten tai sidekudosten muu toimenpide, komplisoitunut	5377,2	5,61
234 Tuki- ja liikuntaelinten tai sidekudosten muu toimenpide, ei komplisoitunut	2712,0	3,53
235 Reisiluun murtuma	1455,6	5,08
236 Lonkan tai lantion murtuma	1813,4	5,71
237 Lantion, lonkan tai reiden venähdys nyrjähdys tai sijoiltaanmeno	1284,8	3,30
238 Luun ja luuytimen tulehdus	3868,8	8,75
239 Tuki- ja liikuntaelinten tai sidekudoksen maligniteetti tai patologinen murtuma	1595,9	4,59
240 Sidekudossairaus, komplisoitunut	3466,2	8,83
241 Sidekudossairaus, ei komplisoitunut	1667,0	5,41
242 Märkäinen niveltulehdus	2724,2	7,29
243 Selkäsairaus	805,1	4,44
244 Luuston sairaus tai artropatia, komplisoitunut	2504,6	5,88
245 Luuston sairaus tai artropatia, ei komplisoitunut	1337,7	4,20
246 Artropatia, etiologia tuntematon	1498,3	4,26
247 Tuki- ja liikuntaelinsairauden tai sidekudossairauden oireet	937,2	4,64
248 Tendiniitti, myosiitti tai synoviitti	599,7	2,46
249 Tuki- ja liikuntaelinsairauden tai sidekudossairauden jälkihoito	1421,1	3,73
250 Käsivarren, käden tai jalan murt., nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaanmeno, aik., komplis.	1728,0	2,50
251 Käsivarren, käden tai jalan murt., nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaanmeno, aik., ei kompl.	788,8	2,18
252 Käsivarren, käden tai jalan murtuma, nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaanmeno, lapsi	1526,8	1,16
253 Olkav. tai alaraaj. paitsi jalan murt., nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaanmeno, aik., kompl.	1508,5	3,72
254 Olkav. tai alaraaj. paitsi jalan murt., nyrjähdys, venähdys tai sijoilt.meno, aik., ei kompl.	868,1	2,65
255 Olkav. tai alaraajan paitsi jalan murt., nyrjähdys, venähdys tai sijoiltaanmeno, lapsi	1313,3	1,88
256 Tuki- ja liikuntaelinsairaus tai sidekudossairaus, muu	918,9	2,39
257 Rintarauhasen poisto maligniteetin takia, komplisoitunut	5228,8	6,44
258 Rintarauhasen poisto maligniteetin takia, ei komplisoitunut	2244,4	4,15
259 Rintarauhasen osittainen poisto maligniteetin takia, komplisoitunut	4234,7	4,18
260 Rintarauhasen osittainen poisto maligniteetin takia, ei komplisoitunut	2089,9	2,67
261 Rintarauhasleikkaus hyvänlaatuisen sairauden takia, ei biopsia tai ekskisio	1915,1	2,35
262 Rintarauhasen biopsia tai paikallinen ekskisio	1030,7	1,30

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkuu

DRG-ryhmä	€/hoitajakso	hpv/hoitajakso ^{b)}
263 Ihon revisio tai siirto haavauman tai selluliitin hoitamiseksi, komplisoitunut	6946,7	12,82
264 Ihon revisio tai siirto haavauman tai selluliitin hoitamiseksi, ei komplisoitunut	3992,8	9,01
265 Ihon revisio tai siirto muun iho-ongelman hoitamiseksi, komplisoitunut	6086,7	9,54
266 Ihon revisio tai siirto muun iho-ongelman hoitamiseksi, ei komplisoitunut	1595,9	3,66
267 Periaanaalinen tai perineaalinen toimenpide	1520,7	2,26
268 Plastiikkakirurginen toimenpide	1693,5	5,20
269 Ihon, ihonalaisen kudoksen tai rintarauhasen muu toimenpide, komplisoitunut	3220,2	5,64
270 Ihon, ihonalaisen kudoksen tai rintarauhasen muu toimenpide, ei komplisoitunut	943,3	2,04
271 Ihon haavauma	2563,6	7,84
272 Vaikea ihosairaus, komplisoitunut	2681,5	7,22
273 Vaikea ihosairaus, ei komplisoitunut	2651,0	7,41
274 Rintasyöpä, komplisoitunut	1748,4	6,06
275 Rintasyöpä, ei komplisoitunut	1876,4	3,64
276 Hyvänlaatuisen rintarauhasen sairaus	778,6	1,13
277 Ihon tai ihonalaisten elinten infektiosairaus, aikuinen, komplisoitunut	2834,0	8,42
278 Ihon tai ihonalaisten elinten infektiosairaus, aikuinen, ei komplisoitunut	1498,3	5,46
279 Ihon tai ihonalaisten elinten infektiosairaus, lapsi	1451,5	3,00
280 Ihon, ihonalaisen kudoksen tai rintarauhasen vamma, aikuinen, komplisoitunut	1419,0	3,40
281 Ihon, ihonalaisen kudoksen tai rintarauhasen vamma, aikuinen, ei komplisoitunut	819,3	2,75
282 Ihon, ihonalaisen kudoksen tai rintarauhasen vamma, lapsi	910,8	1,92
283 Ihon muu sairaus, komplisoitunut	1841,9	8,06
284 Ihon muu sairaus, ei komplisoitunut	772,5	3,50
285 Raajan amputaatio endokriinisen, nutritionaalisen tai metabolisen sairauden takia	6035,9	10,08
286 Lisämunuaisen ja aivolisäkkeen leikkaukset	3689,9	6,65
288 Liikalihavuuden leikkaushoito	4301,8	6,20
289 Lisäkilpirauhasleikkaus	2966,1	4,12
290 Kilpirauhasleikkaus	2106,2	3,23
293 Endokriinisen, nutritionaalisen tai metabolisen sairauden muu leikkaushoito, ei komplisoitunut	2634,7	3,29
294 Aikuisiän diabetes, yli 35 vuotiaat	1585,7	6,10
295 Nuoruusiän diabetes, alle 35 vuotiaat	1925,2	4,45
296 Ravitsemuksellinen tai muu metabolinen häiriö, aikuinen, komplisoitunut	2087,9	6,11
297 Ravitsemuksellinen tai muu metabolinen häiriö, aikuinen, ei komplisoitunut	1158,8	4,44
298 Ravitsemuksellinen tai muu metabolinen häiriö, lapsi	1713,8	3,57
299 Metabolinen sairaus	788,8	2,51
300 Endokriininen sairaus, muu komplisoitunut	3594,3	6,96
301 Endokriininen sairaus, muu ei komplisoitunut	1171,0	3,48
302 Munuaisensiirto	24588,9	22,49
303 Munuaisen, virtsajohtimen tai vaativa virtsarakon leikkaus kasvaimen takia	5041,8	10,94
304 Munuaisen, virtsajohtimen tai vaativa virtsarakon leikkaus, ei kasvain, komplisoitunut	7337,0	11,42
305 Munuaisen, virtsajohtimen tai vaativa virtsarakon leikkaus, ei kasvain, ei komplisoitunut	4177,8	6,40
307 Prostatektomia, ei komplisoitunut	2150,9	5,18
308 Virtsarakon muu toimenpide, komplisoitunut	5267,5	10,15
309 Virtsarakon muu toimenpide, ei komplisoitunut	1213,7	2,29
310 Transuretraalinen toimenpide, ei prostatektomia, komplisoitunut	2598,2	4,49
311 Transuretraalinen toimenpide, ei prostatektomia, ei komplisoitunut	1213,7	2,98
312 Virtsaputken leikkaus, aikuinen, komplisoitunut	1356,0	4,38
313 Virtsaputken leikkaus, aikuinen, ei komplisoitunut	1181,2	2,80
314 Virtsaputken leikkaus, lapsi	2722,2	2,00
315 Munuaisen tai virtsaputken muu toimenpide	1559,3	5,69
316 Munuaisten toiminnanvaja	2218,0	7,45
317 Dialyysihoito	2642,9	6,62
318 Munuaisten tai virtsateiden kasvain, komplisoitunut	2464,0	5,60
319 Munuaisten tai virtsateiden kasvain, ei komplisoitunut	939,2	3,89
320 Munuaisten ja/tai virtsateiden infektio, aikuinen, komplisoitunut	2136,7	6,90
321 Munuaisten ja/tai virtsateiden infektio, aikuinen, ei komplisoitunut	1423,1	4,54
322 Munuaisten ja/tai virtsateiden infektio, lapsi	1608,1	3,15
323 Virtsatiekivi, komplisoitunut	1110,0	1,50
324 Virtsatiekivi, ei komplisoitunut	644,5	2,46
325 Munuais- ja virtsatesairauden oire, aikuinen, komplisoitunut	1620,3	4,42
326 Munuais- ja virtsatesairauden oire, aikuinen, ei komplisoitunut	778,6	2,48
327 Munuais- ja virtsatesairauden oire, lapsi	1032,8	1,42
329 Virtsaputken ahtauma, aikuinen, ei komplisoitunut	591,6	2,34
330 Virtsaputken ahtauma, lapsi	1024,6	1,00
331 Munuaisten tai virtsateiden muu sairaus, aikuinen, komplisoitunut	1754,5	7,05

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkuu

DRG-ryhmä	€/hoitajakso	hpv/hoitajakso ^{b)}
332 Munuaisten tai virtsateiden muu sairaus, aikuinen, ei komplisoitunut	1280,8	4,58
333 Munuaisten tai virtsateiden muu sairaus, lapsi	1534,9	2,52
334 Vaativa miehen lantionalueen leikkaus, komplisoitunut	4946,2	7,74
335 Vaativa miehen lantionalueen leikkaus, ei komplisoitunut	4000,9	8,45
336 Transuretraalinen prostatektomia, komplisoitunut	3362,6	7,53
337 Transuretraalinen prostatektomia, ei komplisoitunut	2004,5	4,96
338 Kivesleikkaus, pahanlaatuisen sairauden vuoksi	1234,0	2,98
339 Kivesleikkaus, ei pahanlaatuista sairautta, aikuinen	1065,3	1,70
340 Kivesleikkaus, lapsi	1433,3	1,22
341 Peniksen muu kuin ympärileikkaus	4222,5	3,37
342 Ympärileikkaus, aikuinen	648,5	1,61
343 Ympärileikkaus, lapsi	870,1	1,03
344 Miehen sukupuolielinten muu leikkaus pahanlaatuisen sairauden vuoksi	4173,7	4,27
345 Miehen sukupuolielinten muu leikkaus, ei pahanlaatuista sairautta	1453,6	4,47
346 Miehen sukupuolielinten pahanlaatuinen sairaus, komplisoitunut	2547,3	6,12
347 Miehen sukupuolielinten pahanlaatuinen sairaus, ei komplisoitunut	1262,5	4,13
348 Prostatahyperplasia, komplisoitunut	2321,7	3,67
349 Prostatahyperplasia, ei komplisoitunut	587,5	2,64
350 Tulehdus miehen sukupuolielimissä	811,2	2,62
351 Miehen sterilisaatio	624,1	0,96
352 Miehen sukupuolielinten muu sairaus	729,8	1,47
353 Gynekologisen syövän radikaalihoito	4484,8	7,21
354 Kohdun ja sivuel. leikk. muun kuin munasarj. ja sivuel. pahanlaat. kasv. takia, komplis.	6082,7	8,00
355 Kohdun ja sivuel. leikk. muun kuin munasarj. ja sivuel. pahanlaat. kasv. takia, ei kompl.	2848,2	6,27
356 Gynekologinen korjausleikkaus	1919,1	4,41
357 Kohdun ja sivuelinten leikkaus munasarj. tai sivuelinten pahanlaat. kasvaimen takia	2579,9	6,50
358 Kohdun ja sivuelinten leikkaus hyvänlaatuisen sairauden takia, komplisoitunut	3641,1	4,76
359 Kohdun ja sivuelinten leikkaus hyvänlaatuisen sairauden takia, ei komplisoitunut	2201,7	3,20
360 Vulvan, vaginan ja cervixin leikkaukset	961,6	1,39
361 Laparoskopia tai munajohdinten katkaisu	1770,7	1,67
362 Laparoskooppinen tai muu endoskooppinen sterilisaatio	1047,0	1,01
363 Kaavinta ja konisaatio tai paikallinen sädehoito pahanlaatuisen sairauden takia	1282,8	1,45
364 Kaavinta ja konisaatio tai paikallinen sädehoito hyvänlaatuisen sairauden takia	776,6	1,04
365 Gynekologinen muu leikkaushoito	1858,1	2,75
366 Gynekologinen syöpä, komplisoitunut	2734,4	4,38
367 Gynekologinen syöpä, ei komplisoitunut	1085,6	2,29
368 Gynekologinen infektio	1240,1	2,75
369 Kuukautiskierron ongelma tai muu naisen lisääntymiselinten sairaus	666,8	1,30
370 Keisarileikkaus, komplisoitunut	4027,3	7,36
371 Keisarileikkaus, ei komplisoitunut	2116,3	6,55
372 Alatiesynnytys, ongelmia	1904,9	5,29
373 Alatiesynnytys, ongelmaton	957,5	3,76
374 Alatiesynnytys ja synnytyksen jälkeinen kohdun kaavinta tai sterilisaatio	2337,9	4,19
375 Alatiesynnytys ja muu synnytykseen liittyvä toimenpide	7369,6	5,47
376 Synnytyksen tai abortin jälkeinen tilanne ilman toimenpiteitä	754,2	3,22
377 Synnytyksen tai abortin jälkeinen toimenpide	1284,8	1,86
378 Kohdunulkoinen raskaus	3167,4	1,86
379 Uhkaava keskenmeno tai ennenaikainen synnytys	904,7	3,21
380 Abortti ilman kaavintaa	965,7	1,11
381 Abortti ja kaavinta, kohdun avaus	880,3	1,09
382 Keskeytynyt synnytys tai valeraskaus	329,3	1,40
383 Raskauden aikainen muu komplikaatio	561,1	2,19
384 Raskauden aikainen muu ei komplisoitunut tila	839,6	2,64
385 Vastasyntynyt, kuollut tai siirretty toiseen sairaalaan	13356,7	8,91
386 Hyvin epäkypsä keskonen tai RDS	23824,5	22,55
387 Keskonen muu vakava ongelma	5816,4	13,39
388 Keskonen ilman merkittäviä ongelmia	4519,3	14,01
389 Täysiaikainen vastasyntynyt, vakavia ongelmia	3236,5	5,77
390 Vastasyntynyt, muu merkittävä ongelma	2583,9	5,00
391 Normaali vastasyntynyt	878,2	2,22
392 Pernan poisto, aikuinen	3901,3	5,95
394 Vereen tai vertamuodostuviin elimiin vaikuttava muu toimenpide	1524,7	1,97
395 Punasolusairaus, aikuinen	1488,1	4,69
396 Punasolusairaus, lapsi	1116,1	2,40
397 Veren hyytymishäiriö	1805,3	4,20
398 Retikuloendoteliaali- tai immuunijärjestelmän sairaus, komplisoitunut	1260,4	4,27

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkuu

DRG-ryhmä	€/hoitojakso	hpv/hoitojakso ^{b)}
399 Retikuloendoteliaali- tai immuunijärjestelmän sairaus, ei komplisoitunut	622,1	3,06
400 Lymfooman tai leukemian vaativa operatiivinen hoito	6676,3	7,83
402 Lymfooman tai kroonisen leukemian operatiivinen hoito, ei komplisoitunut	3269,0	6,39
403 Lymfooma tai krooninen leukemia, komplisoitunut	9343,6	9,24
404 Lymfooma tai krooninen leukemia, ei komplisoitunut	1528,8	4,42
405 Akuutin leukemian konservatiivinen hoito, lapsi	1191,3	3,67
407 Myeloprolif. sairauden tai erilaistumattoman kasvaimen hoito vaativalla leikkauksella, ei kompl.	4582,3	7,33
408 Myeloproliferatiivinen sairauden tai erilaistumattoman kasvaimen hoito muulla leikkauksella	2181,4	4,30
409 Sädehoito	2216,0	13,84
410 Kemoterapia, sivudiagnoosina muu kuin akuutti leukemia	833,5	2,83
411 Maligniteetin seuranta ilman endoskopiaa	599,7	2,36
413 Myeloproliferatiivinen muu sairaus tai huonosti erilaistunut kasvain, komplisoitunut	8813,0	6,31
414 Myeloproliferatiivinen muu sairaus tai huonosti erilaistunut kasvain, ei komplisoitunut	1545,1	4,14
415 Infektiosairauden operatiivinen hoito	4991,0	10,68
416 Sepsis, aikuinen	4812,1	10,75
417 Sepsis, lapsi	1793,1	3,97
418 Postoperatiivinen tai posttraumaattinen infektio	1536,9	5,96
419 Kuume, syy tuntematon, aikuinen, komplisoitunut	3279,2	7,22
420 Kuume, syy tuntematon, aikuinen, ei komplisoitunut	2098,0	5,23
421 Virussairaus, aikuinen	2150,9	4,90
422 Virussairaus tai tuntemattomasta syystä aiheutuva kuume, lapsi	1132,4	2,43
423 Infektiosairaudet, muut	2037,0	6,60
424 Psykkisen sairauden hoito leikkaustoimenpiteellä	2313,5	4,15
425 Psykososiaalisen tilanteen akuutti sopeutumishäiriö	2821,8	3,14
426 Depressiivinen neuroosi	5505,3	3,96
427 Neuroosi, ei depressiivinen	4407,5	4,49
428 Persoonallisuushäiriö tai impulssin kontrollinhäiriö	7089,0	12,32
429 Orgaanisperäinen psykkinen häiriö	3484,5	5,59
430 Psykoosi	6389,7	3,29
431 Lapsen psykkinen häiriö	3419,5	4,43
432 Psykkinen muu häiriö	876,2	2,82
434 Alkoholi- tai huumeriippuv. tai väärink., myrkytyksen tai muun oir. muk. hoito, komplis.	3960,2	4,14
435 Alkoholi- tai huumeriippuv. tai väärink., myrk. tai muun oir. muk. hoito, ei komplis.	882,3	2,28
439 Ihonsiirto vamman hoitamiseksi	5387,4	13,42
441 Käden leikkaus vamman takia	3356,5	3,72
442 Vamman takia tehty muu toimenpide, komplisoitunut	4005,0	6,67
443 Vamman takia tehty muu toimenpide, ei komplisoitunut	2453,8	4,73
444 Vamma, aikuinen, komplisoitunut	1120,2	1,83
445 Vamma, aikuinen, ei komplisoitunut	695,3	3,32
446 Vamma, lapsi	803,0	2,83
447 Allerginen reaktio, aikuinen	520,4	1,70
448 Allerginen reaktio, lapsi	412,7	1,31
449 Myrkytys tai lääkkeen toksinen haittavaikutus, aikuinen, komplisoitunut	1195,4	2,67
450 Myrkytys tai lääkkeen toksinen haittavaikutus, aikuinen, ei komplisoitunut	738,0	1,92
451 Myrkytys tai lääkkeen toksinen haittavaikutus, lapsi	546,9	1,38
452 Hoitokomplikaatio, komplisoitunut	1835,8	4,67
453 Hoitokomplikaatio, ei komplisoitunut	701,4	3,22
454 Vamma, myrkytys tai lääkkeen haittavaikutus, komplisoitunut	3537,4	3,00
455 Vamma, myrkytys tai lääkkeen haittavaikutus, ei komplisoitunut	1270,6	2,76
456 Palovamma, siirto toiseen sairaalaan	1709,7	4,75
457 Palovamma, laaja, ei ihonsiirtoa	2551,4	1,86
458 Palovamma, suppea, ihonsiirto	7324,8	8,44
459 Palovamma, suppea, revisio ja ihonsiirto	5808,2	10,20
460 Palovamma, suppea, ei toimenpiteitä	1445,5	4,31
461 Leikkaustoimenpide, muuhun terveystalvelujen käyttöön liittyen	1482,0	1,77
462 Kuntoutus, diagnoosi määrittelemättä	1199,5	16,34
463 Epämääräinen oire, diagnoosi määrittämättä, komplisoitunut	1915,1	5,76
464 Epämääräinen oire, diagnoosi määrittämättä, ei komplisoitunut	1065,3	3,80
465 Pahanlaatuisen sairauden jälkihoito	1244,2	1,38
466 Hyvänlaatuisen sairauden jälkihoito	1219,8	6,40
467 Muu terveydentilaan vaikuttava tekijä	742,0	2,31
468 Diagnoosiin sopimaton merkittävä kirurginen toimenpide	3592,3	5,92
469 Epäspesifi päädiagnoosi, ei sovi poistumisyyksi	1213,7	1,79
470 Puutteellinen tai virheellinen tieto tai diagnoosi puuttuu	6426,3	5,72
471 Alaraajan usean suuren nivelen tai molempien raajojen kirurginen toimenpide	7369,6	9,47

Liitetaulukko 2 jatkuu

Liitetaulukko 2 jatkuu

<i>DRG-ryhmä</i>	<i>€/hoitajakso</i>	<i>hpv/hoitajakso^{b)}</i>
472 Laajan palovamman kirurginen hoito	21014,9	20,64
473 Akuutin leukemian konservatiivinen hoito, aikuinen	11787,2	11,26
475 Hengityselinsairauden respiraattorihoito	3027,5	3,44
476 Päädiagnoosiin liittymätön eturauhasen kirurginen hoito	2203,8	4,14
477 Päädiagnoosiin liittymätön suppea kirurginen toimenpide	1795,1	5,03
478 Verisuoniston muu kirurginen hoito, komplisoitunut	6839,0	9,52
479 Verisuoniston muu kirurginen hoito, ei komplisoitunut	3393,0	6,35
480 Maksansiirto	102960,4	34,37
481 Luuydinsiirto	40690,1	36,28
482 Trakeostomia kasvojen, suun tai kaulan alueen sairauden takia	20075,7	16,75
483 Trakeostomia muun kuin kasvojen, suun tai kaulan sairauden takia	25843,3	21,84
486 Merkittävän monivamman muu kirurginen hoito	31950,3	16,51
487 Merkittävän monivamman muu konservatiivinen hoito	1833,7	6,34
489 HIV:n ja sen aiheuttamien merkittävien lisäsairauksien hoito	3326,0	7,77
490 HIV:n hoito, johon voi liittyä myös vähäisiä lisäsairauksia	3614,6	8,60
491 Yläraajan suuren nivelen proteesileikkaus tai yläraajan suuri replantaatioleikkaus	5552,1	7,81
492 Kemoterapia, sivudiagnoosina akuutti leukemia	7339,1	2,67
493 Sappirakon poisto täyhystysleikkauksella, komplisoitunut	3647,2	4,38
494 Sappirakon poisto täyhystysleikkauksella, ei komplisoitunut	1809,4	2,47
495 Keuhkonsiirto	55805,3	12,00

^{a)} DRG-ryhmittäiset kustannukset perustuvat vuoden 2000 keskimääräiseen kaikkien hoitajaksojen keskiarvoon, jotka on muunnettu vuoden 2001 arvoon julkisten menojen kunnallistalouden terveystoimen hintaindeksin (liitetaulukko 3) avulla. Hoitajaksojen keskiarvo on painotettu DRG-ryhmittäisellä painolla.

^{b)} DRG-ryhmittäin hoitopäivien lukumäärä jaettuna hoitajaksoilla vuonna 2000.

LIITETAULUKKO 3. Hinta-, ansiotaso- ja kustannusindeksit (1995 = 100)

Vuosi	Julkiset menot (kunnallistalous)		Kuluttajahinta liikenne	Palkansaajat ansiotaso	Sairaalakustannus- indeksi
	sosiaali-toimi	terveystoimi			
1990	84,8	86,8	80,4	85,4	84,9
1991	90,1	92,6	83,4	90,8	91,2
1992	93,4	94,9	86,3	92,5	92,9
1993	95,6	96,0	92,5	92,7	94,3
1994	96,9	96,9	95,7	95,1	96,1
1995	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1996	102,3	102,7	103,5	104,2	103,7
1997	103,4	104,6	104,0	107,0	104,9
1998	106,6	107,4	105,6	110,9	107,5
1999	108,7	109,6	108,0	114,1	107,8
2000	112,1	113,5	114,3	119,1	112,3
2001	115,7	116,4	115,4	124,9	115,0
2002	117,9 ^{a)}	119,5 ^{a)}	116,5 ^{b)}	129,5 ^{c)}	117,5 ^{d)}

HUOM! Koko vuoden indeksiarvot puuttuvat vuodelta 2002. Päivitettyjä tietoja voi etsiä lähteistä.

^{a)} Kolmannen vuosineljänneksen indeksiarvo (2002).

^{b)} Marraskuun indeksiarvo (2002).

^{c)} Kolmannen vuosineljänneksen indeksiarvo (2002).

^{d)} Ennakkotieto tammi-syyskuun indeksien keskiarvoista (2002)

LÄHTEET:

Julkisten menojen kunnallistalouden sosiaali-toimen ja terveystoimen hintaindeksit ovat Tilastokeskuksen tietokannasta [www-sivulta http://www.tilastokeskus.fi/tk/hp/kui_kust.html](http://www.tilastokeskus.fi/tk/hp/kui_kust.html) [8.1.2003].

Kuluttajahintaindeksit liikennehyödykeryhmästä ovat vuosilta 1995–2002 Tilastokeskuksen [www-sivulta http://tilastokeskus.fi/tk/hp/khi_khi.html](http://tilastokeskus.fi/tk/hp/khi_khi.html) [8.1.2003] ja vuosilta 1990–1994 (1990=100) indeksit on laskettu lähteestä Kuluttajahintaindeksi 1996:12. Tilastokeskus. Helsinki 15.1.1997.

Kaikkien palkansaajien ansiotasoindeksit 1995–2002 ovat Tilastokeskuksen tietokannasta vuodelta 2002 ja vuosilta 1990–1995 (1985=100) lähteestä Suomen tilastollinen vuosikirja 2000. Tilastokeskus. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Sairaalakustannusindeksit ovat Suomen Kuntaliiton sivuilla <http://www.kuntaliitto.fi/soster/ind2002enn.htm> [8.1.2003].

Tätä taulukkoa varten indeksit on kiinnitetty vuoteen 1995 (=100).

LIITETAULUKKO 4. Kuntien kokoaikaisten työntekijöiden säännöllisen työajan kokonaiskustannus vuonna 2001

<i>Ammattinimike</i>	<i>Säännöllinen bruttoansio €/h ^{a)}</i>	<i>Bruttoansio+ lomarajat+ sos.turvamaksut €/h ^{b)}</i>	<i>Työajan kokonais- kustannus €/h ^{c)}</i>
Avohoidon erikoislääkäri	22,7	30,9	34,3
Erikoislääkäri	23,9	32,6	36,2
Erikoistuva lääkäri	17,6	24,0	26,6
Fysioterapeutti	10,4	14,2	15,8
Kehitysvammahoitaja	10,8	14,7	16,3
Kodinhoitaja	10,4	14,2	15,8
Kuntohoitaja	9,6	13,1	14,5
Kätilö	13,1	17,9	19,9
Laboratoriohoitaja	11,3	15,4	17,1
Lähihoitaja	10,5	14,3	15,9
Lääkintävahtimestari	10,9	14,9	16,6
Perushoitaja	11,5	15,6	17,4
Psykologi	14,2	19,4	21,5
Puheterapeutti	12,9	17,7	19,6
Röntgenhoitaja	11,5	15,7	17,5
Sairaanhoitaja	12,2	16,6	18,4
Sairaankuljettaja	10,9	14,9	16,6
Sosiaalityöntekijä	12,1	16,5	18,3
Terveystenhoitaja	11,1	15,1	16,7
Terveyskeskuslääkäri	25,4	34,6	38,4

^{a)} Kuntien kokoaikaisten työntekijöiden säännöllinen bruttokuukausiansio (lähde: Tilastokeskuksen StatFin-Tilastopalvelu <http://statfin.stat.fi/statweb/start.asp?LA=fi&lp=catalog&clg=palkat>) on jaettu keskimääräisellä nimikekohtaisella viikkotuntimäärällä (lähde: Tilastokeskuksen rekisteritietoja säännöllistä viikkotyöajasta vuodelta 2000) kerrottuna 4,35:llä (viikkotunnit kuukaudessa). Säännöllisen työajan ansio sisältää peruspalkan, säännölliset työajan lisät kuten luontaisedut, vuorotyö- ja olosuhdelisät; ansio ei sisällä ylityö eikä varallaolokorvauksia.

^{b)} Säännöllisen työajan tuntiansioon on lisätty lomarajaa 5 prosenttia ja sosiaaliturvamaksuja 30 prosenttia. Työnantajan sosiaalivakuutusmaksut sisältävät työttömyysvakuutusmaksun, työeläkevakuutusmaksun ja työnantajien sosiaaliturvamaksun.

^{c)} Välillisten palkkakustannusten ja sosiaaliturvaan liittyvien maksujen lisäksi muita välillisiä kustannuksia suojavaatteista, koulutuksesta, työterveyshuollosta, ateriatuesta, sosiaali- ja virkistystoiminnasta sekä muista työvoimakustannuksista on otettu huomioon korottamalla saatua sosiaaliturvamaksut ja lomarajat sisältävää bruttoansiota 15 prosentilla. Esimerkiksi terveyskeskuslääkärin osalta tunnin työajan kokonaiskustannus on laskettu seuraavasti: $4065/(36,84*4,35)€/h*1,05*1,30+4065/(36,84*4,35)€/h*0,15=38,4 €/h$.

HUOM! Kun työntekijän säännöllisen työajan bruttoansio kerrotaan 1.5:llä päästään lähes samaan tulokseen kuin mikä saadaan em. tavalla laskemalla työntekijän työajan kokonaiskustannukseksi.