

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:15

Markku Pekurinen, Jan Klavus ja Hennamari Mikkola

Erityisen kalliit hoidot –

rahoitusvaihtoehtojen arviointeja

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2004



TIIVISTELMÄ

Markku Pekurinen, Jan Klavus ja Hennamari Mikkola. Erityisen kalliit hoidot – rahoitusvaihtoehtojen arviointeja. Helsinki 2004 39 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1236-2115; 2004:15) ISBN 952-00-1566-3

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi maaliskuussa 2004 Stakesin Terveystaloustieteen keskukselle CHESSille toimeksiannon selvittää eri vaihtoehtoja erityisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuun toteuttamiseksi erikoissairaanhoidossa. Selvityksessä tarkasteltiin neljää vaihtoehtoa: rahoitusvastuu on 1) sairaanhoitopiirillä, 2) erityisvastuualueella eli ns. miljoonapiirillä, 3) kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisella poolilla ja 4) valtiolla.

Erityisen kalliiksi hoidoiksi määriteltiin kaikkien sellaisten potilaiden hoito, josta aiheutuu yli 80 000 euron kustannukset potilasta kohti vuodessa. Potilaskohtaisen korvausrajan ylityessä potilaan hoidon kustannukset oletettiin korvattavan täysimääräisesti. Selvitys toteutettiin sairaanhoitopiirien toimittamien vuosien 2000-2003 kuntakohtaisten tietojen pohjalta.

Erityisen kalliiden hoitojen kokonaiskustannukset olivat vuonna 2003 noin 156 miljoonaa euroa. Kustannukset jakautuivat epätasaisesti sairaanhoitopiireittäin (vaihteluväli 8,40-51,30 €/asukas) ja muodostivat yleensä selvästi alle viisi prosenttia sairaanhoitopiirin jäsenkuntalaskutuksesta (vaihteluväli 1,5-8,0 %).

Nykyjärjestelmä, jossa erityisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuu on toteutettu yksittäisen sairaanhoitopiirin tasolla osana normaalia suurten kustannusten tasausmenettelyä, on toimintaperiaatteiltaan selkeä, hallinnollisesti kevyt ja edullinen toteuttaa. Kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on intressi seurata kalliiden hoitojen kehitystä ja arvioida kriittisesti hoitokäytäntöjä. Nykyjärjestelmä näyttää suosivan suuria kuntia.

Rahoitusvastuun toteuttaminen erityisvastuualueen (ns. miljoonapiirin) tasolla mahdollistaa suurempien taloudellisten riskien kantamisen nykyistä paremmin ja tarjoaa myös paremmat mahdollisuudet toteuttaa kalliit hoidot tarkoituksenmukaisesti ja taloudellisesti. Kuntien mahdollisuudet seurata ja valvoa kalliiden hoitojen kustannusten kehitystä todennäköisesti heikkenisivät nykyisestä. Kuntien tasausmaksut todennäköisesti nousisivat yhdeksässä sairaanhoitopiirissä.

Erityisen kalliiden hoitojen rahoituksen järjestäminen kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisen poolin toimesta eriyttäisi hoitojen järjestämis- ja rahoitusvastuun ja voisi muuttaa merkittävästi kaikkien toimijoiden kannusteita ja käyttäytymistä. Kuntien tasausmaksut todennäköisesti nousisivat kaikissa muissa paitsi neljässä sairaanhoitopiirissä.

Rahoitusvastuun siirtäminen kunnilta valtiolle eriyttäisi hoitojen rahoitus- ja järjestämisvastuun vieläkin selkeämmin kuin kuntien valtakunnallisessa poolissa. Mallin toteuttaminen todennäköisesti muuttaisi hyvin merkittävästi kaikkien toimijoiden käyttäytymistä.

Erityisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuun siirtäminen kunnilta valtiolle merkitsisi vuoden 2003 tilanteen mukaan noin 156 miljoonan euron kustannusvastuun siirtoa valtiolle, jos kalliiden hoitojen potilaskohtainen raja olisi 80 000 euroa. Jos raja olisi 120 000 euroa valtion rahoitusvastuu olisi 69 miljoonaa euroa ja 160 000 euron rajalla 47 miljoonaa eu-

roa. Jos rahoitusvastuun muutos koskisi vain hengityshalvauspotilaiden hoitoa, valtion rahoitusvastuulle siirtyisi 28 miljoonan euron hoitokustannukset. Rahoitusvastuun siirtäminen kunnilta valtiolle hyödyttäisi eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin jäsenkuntia. Jos valtio vähentäisi erityisen kalliiden hoitojen kustannuksia vastaavan rahasumman kuntien valtionosuuksista, kuntakenttä kokonaisuudessaan ei hyötyisi rahoitusvastuun siirtymisestä valtiolle.

Tarkastelusta ei nouse esille rahoitusvaihtoehtoa, joka tasaisi nykyistä paremmin erityisen kalliista hoidoista aiheutuvia kuntakohtaisia taloudellisia riskejä. Nykyisen sairaanhoitopiirikohittaisen tasausrjestelmän korvaaminen jollakin muulla selvityksessä tarkastelulla rahoitusjärjestelyllä olisi selvästi nykyistä edullisempi järjestely vain Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnille.

Asiasanat: hoitomaksut, kunnat, kustannukset, potilaat, rahoitus, valtio

REFERAT

Markku Pekurinen, Jan Klavus och Hennamari Mikkola. Särskilt dyra behandlingar – utvärderingar av finansieringsalternativ. Helsingfors 2004. 39 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 1236-2115; 2004:15) ISBN 952-00-1566-3

Social- och hälsovårdsministeriet gav i mars 2004 Centret för hälsoekonomi vid Stakes uppdrag att utreda olika alternativ för genomförande av finansieringsansvar för särskilt dyra behandlingar inom den specialiserade sjukvården. Utredningen granskade fyra alternativ: finansieringsansvaret ligger hos 1) sjukvårdsdistriktena, 2) specialansvarsområdet (s.k. miljondistriktet), 3) kommunernas och samkommunernas nationella pool och 4) staten.

Som särskilt dyr behandling beräknades alla behandlingar som förorsakar kostnader över 80 000 euro per år per patient. Det antogs att när kostnaderna för en enskild patients vård överstiger ersättningsgränsen kommer alla kostnader för behandling av patienten ersättas i sin helhet. Utredningen baserar sig på uppgifter enligt kommuner som sjukvårdsdistriktena har samlat under åren 2000–2003.

Totalkostnaderna för särskilt dyra behandlingar var cirka 156 miljoner euro år 2003. Kostnaderna fördelades ojämnt mellan sjukvårdsdistriktena (variationen 8,40–51,30 €/invånare) och utgjorde vanligtvis klart mindre än fem procent av sjukvårdsdistriktenas fakturering av sina medlemskommuner (variationen 1,5–8,0 %).

Det nuvarande system, som innebär att finansieringsansvar för särskilt dyra behandlingar ligger hos enstaka sjukvårdsdistriktet som en del av deras normala utjämningsförfarande för stora kostnader, har en tydlig verksamhetsprincip, det är lätt att administrera och förmånligt att genomföra. Kommunerna och sjukvårdsdistriktena har ett intresse att följa upp utvecklingen av dyra behandlingar och kritiskt utvärdera behandlingspraxis. Det nuvarande systemet tycks gynna stora kommuner.

Om finansieringsansvaret ligger hos specialansvarsområdet (s.k. miljondistrikt), skulle det mer än för tillfället möjliggöra bärandet av större ekonomiska risker och erbjuda bättre möjligheter att genomföra dyra behandlingar på ett ändamålsenligt och ekonomiskt sätt. Kommunernas möjligheter att uppfölja och granska utvecklingen av dyra behandlingar skulle förmodligen försämrats från det närvarande. Kommunernas utjämningsavgifter skulle förmodligen stiga i nio sjukvårdsdistrikten.

Om finansiering av särskilt dyra behandlingar anordnades av kommunernas och samkommunernas nationella pool skulle ansvaret för anordnande och finansiering av behandling differentieras och detta skulle möjligen betydligt ändra alla aktörers incitament och beteende. Kommunernas utjämningsavgifter skulle förmodligen stiga i alla sjukvårdsdistrikten förutom fyra distrikten.

Överföring av finansieringsansvaret från kommuner till staten differentierar ansvaret för finansiering och anordnande av behandlingar ännu tydligare än i fråga om kommunernas nationella pool. Verkställande av modellen skulle förmodligen betydligt ändra alla aktörers beteende.

Överföring av finansieringsansvaret för särskilt dyra behandlingar från kommuner till staten skulle betyda enligt läget år 2003 att ett finansieringsansvar på cirka 156 miljoner euro överförs till staten om övergränsen för dyra behandlingar sätts på 80 000 euro per patient. Om övergränsen är 120 000 euro, skall statens finansieringsansvar vara 69 miljoner euro och om gränsen är 160 000 euro skall ansvaret vara 47 miljoner euro. Om ändringen i finansieringsansvaret gäller endast behandling av andningsförlammningspatienter, skall behandlingskostnader på 28 miljoner euro överföras till statens finansieringsansvar. Överföring av finansieringsansvaret från kommuner till staten skulle mest gynna Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt samt medlemskommunerna i Norra Karelen sjukvårdsdistrikt. Om staten minskar kommunernas statsandelar med en penningssumma som motsvarar kostnader för särskilt dyra behandlingar skall kommunerna som helhet inte förtjäna på överföringen av finansieringsansvaret till staten.

Utredningen hittade inte några finansieringsalternativ som bättre än för tillfället skulle utjämna kommunernas ekonomiska risker som orsakas av särskilt dyra behandlingar. Ersättning av det nuvarande utjämnningssystemet som baserar sig på sjukvårdsdistriktena med någondera av i utredningen föreslagna alternativ skulle vara ett betydligt billigare alternativ endast för medlemskommunerna i Satakunta sjukvårdsdistrikt och i Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

Nyckelord: behandlingsavgifter, finansiering, kommuner, kostnader, patienter, staten

SUMMARY

Markku Pekurinen, Jan Klavus ja Hennamari Mikkola. Particularly expensive treatments – evaluation of financing options. Helsinki 2004 39 pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health; 2004:15) ISBN 952-00-1566-3

The Finnish Ministry of Social Affairs and Health commissioned the Centre for Health Economics, CHES, at the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) to examine different options to finance particularly expensive treatments within specialised health care. Accordingly, the following four options were examined: the financial responsibility is vested in 1) hospital districts, 2) the area of responsibility of a university central hospital, 3) a national pool of local authorities or joint municipal boards, or 4) the state.

As treatments that are particularly expensive were defined the treatment of all those patients that incur costs exceeding EUR 80,000 per year and patient. When the limit of compensation per patient is exceeded, the costs of the treatments were assumed to be compensated in full. The study was based on the information furnished by the hospital districts per municipality for the years 2000 to 2003.

In 2003, the costs of particularly expensive treatments totalled about EUR 156 million. The costs were divided unevenly between the hospital districts (between EUR 8.40 and 51.30 /inhabitant) and amounted in general to clearly less than 5 per cent of the hospital district's billing of member municipalities (between 1.5 and 8.0 %).

The present system, in which the responsibility for financing particularly expensive treatments is realised at the level of an individual hospital district as a part of the ordinary procedure of equalising high costs, is clear as to its principles, light in terms of administration and advantageous to realise. It is in the interests of the local authorities and hospital districts to monitor the cost development regarding expensive treatments and evaluate critically the treatment practices. The present system seems to favour large municipalities.

Realising the financing responsibility at the level of the area of responsibility of a university central hospital enables bearing high financial risks better than at present and also involves better opportunities to provide expensive treatments in an appropriate and economical way. The local authorities' chances to monitor and control the development of the costs of expensive treatments would probably weaken. The local authorities' compensatory payments would probably rise in nine hospital districts.

Financing particularly expensive treatments by a national pool of local authorities or joint municipal boards would mean that the responsibility for provision of treatment and the responsibility for financing are separated and could considerably change incentives for and the behaviour of all actors. The local authorities' compensatory payments would probably rise in all other hospital districts except four.

Transferring the financing responsibility from the local authorities to the state would differentiate the financing and provision responsibilities even more markedly than the local authorities' national pool model. The introduction of the model would probably change considerably the behaviour of all actors.

Transferring the financial responsibility for particularly expensive treatments from the local authorities to the state would entail, calculated according to the situation in 2003, a shift in financing responsibility of about EUR 156 million to the state, in case the limit for expensive treatments per patient is EUR 80,000. If the limit is raised to EUR 120,000, the state's financing responsibility would be EUR 69 million, and at the limit of EUR 160,000 it would be EUR 47 million. If the shift in the financing responsibility would only apply to the treatment of patients with respiratory arrest, treatment expenses of EUR 28 million would be transferred to the state. Transferring the financing responsibility from the local authorities to the state would benefit most the municipalities belonging to the Hospital District of Helsinki and Uusimaa and the Hospital District of North Karelia. Should the state cut a sum equalling the costs of particularly expensive treatments from the central government transfers to local government, the municipalities as a whole would not benefit from the transfer of financing responsibility to the state.

The examination does not produce any financing options that would equalise better than at present the financial risks caused by particularly expensive treatments to municipalities. Replacing the present system of equalising costs at the level of a hospital district by some other financial arrangement examined in the study would entail a clearly more advantageous arrangement only for the member municipalities of the Hospital District of Satakunta and of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa.

Key words: care fees, costs, financing, local authorities, patients, state

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ.....	3
REFERAT	5
SUMMARY	7
SISÄLLYSLUETTELO	9
1 TAUSTA	11
2 TAVOITE.....	12
3 KALLIIN HOIDON TASAUSJÄRJESTELMÄT	13
4 AINEISTO JA MENETELMÄT.....	16
4.1 Aineisto.....	16
4.2 Tarkasteltujen rahoituspoolien väestöpohja	16
4.3 Menetelmät	17
5 TULOKSET	19
5.1 Erityisen kalliit hoidot ja jäsenkuntalaskutus	19
5.2 Rahoitusvastuun järjestämismenettelyt	20
5.2.1 Rahoitusvastuu sairaanhoitopiirillä	22
5.2.2 Rahoitusvastuu miljoonapiirillä.....	22
5.2.3 Rahoitusvastuu kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisella poolilla	22
5.2.4 Rahoitusvastuu valtiolla	23
5.2.5 Hengityshalvauksipotilaiden hoidosta aiheutuvat kustannukset	23
6 RAHOITUSVAIHTOEHTOJEN ARVIOINTIA.....	25
6.2 Rahoitusvastuu miljoonapiirillä.....	26
6.3 Rahoitusvastuu kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisella poolilla.....	27
6.4 Rahoitusvastuu valtiolla	29
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	31
LÄHTEET.....	35
Liitetaulukko 1. Yli 80 000 euroa maksavien hoitojen kokonaismäärät ja kokonaiskustannukset sairaanhoitopiireittäin vuosina 2000-2003.....	36
Liitetaulukko 2. Yli 80 000 euroa maksavien hoitojen kokonaiskustannukset asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin vuosina 2000-2003.....	37
Liitetaulukko 3. Yli 120 000 euroa maksavien hoitojen kokonaiskustannukset asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin vuosina 2000-2003.....	38
Liitetaulukko 4. Yli 160 000 euroa maksavien hoitojen kokonaiskustannukset asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin vuosina 2000-2003.....	39

1 TAUSTA

Sairaalalaskutusta selvittäneet selvitysmiehet esittivät raportissaan alkuvuodesta 2003, että hengityshalvauspotilaiden ja harvempaan kuin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavaan keskukseseen keskitetyn vaativan erityistason sekä Terveysturvakeskuksen päätöksellä valtion mielisairaalaan sijoitettujen ns. kriminaalipotilaiden hoitokustannukset siirretään valtion korvattavaksi.

Nykyisessä hallitusohjelmassa todetaan, että erikoissairaanhoidon kustannusten ennakoitavuutta lisääviä toimenpiteitä selvitetään samoin kuin selvitetään mahdollisuuksia siirtää erityisen kalliita hoitoja valtion rahoitusvastuulle.

Sosiaali- ja terveysministeriön erityisasiantuntija Jukka Männistön syksyllä 2003 tekemän alustavan selvityksen mukaan yli 80 000 (120 000) euron suuruisten potilaskohtaisten kustannusten siirtäminen valtion rahoitusvastuulle merkitsisi noin 100 (55) miljoonan euron kustannusvastuun siirtoa kunnilta valtiolle.

Esillä on ollut myös, että valtion ohella valtakunnallinen kuntien tai kuntayhtymien vakuutuspooli tai ns. miljoonapiiri saattaisivat olla väestöpohjaltaan riittävän suuria tasaamaan erityisen kalliista kustannuksista yksittäiselle kunnalle aiheutuvaa menorasitusta. Lisäksi on esitetty, että kalliin hoidon tasauksen tulisi kattaa erikoissairaanhoidon lisäksi myös perusterveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalitoimen menot. On myös esitetty, että erikoissairaanhoidossa luovuttaisiin potilaskohtaisen tasauksen pakollisuudesta, mutta edellyttäisiin tasaamisen menettelyä kuntaan vuoden aikana tulevan erikoissairaanhoidon laskun yhteismäärän osalta.

Sairaalalaskutusta selvittäneet selvitysmiehet esittivät kuntakohtaisten menojen vuosivaihtelun tasaamiseksi myös ajassa tapahtuvaa tasausta. Ehdotuksen mukaan kalliiden hoitojen tasauksesta voitaisiin tällöin luopua, koska ehdotetut mallit tasaisivat hoitokustannuksia paremmin kuin pelkkä potilaskohtainen kalliiden hoitojen tasaus.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi maaliskuussa 2004 Stakesin Terveystaloustieteen keskukselle CHESille toimeksiannon selvittää eri vaihtoehtoja erityisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuun toteuttamiseksi erikoissairaanhoidossa. Selvitystyön tuli olla valmis toukokuun 2004 loppuun mennessä.

Selvitystyö toteutettiin keräämällä analyysissa tarvittavat tiedot sairaanhoitopiirien kalliiden hoitojen tasausjärjestelmistä sekä erityisen kalliiden potilaiden määristä ja hoitokustannuksista sairaanhoitopiireiltä kunnittain vuosilta 2000-2003. Sairanhoitopiirit toimittivat tiedot sähköisesti samassa tiedostomuodossa. Tiedot saatiin yhtä lukuun ottamatta kaikilta sairaanhoitopiireiltä.

Tässä selvityksessä tarkastellaan erityisen kalliiden potilaiden hoitokustannuksia erikoissairaanhoidossa. Terveysturvakeskuksen päätöksellä valtion mielisairaalaan sijoitettujen ns. kriminaalipotilaiden hoitokustannukset (arviolta noin 30 miljoonaa euroa vuodessa) rajattiin tämän selvityksen ulkopuolelle samoin kuin edellä mainittu esitys potilaskohtaisen tasauksen muuttamisesta erikoissairaanhoidon laskutuksen yhteismäärän tasaamiseksi.

2 TAVOITE

Selvitystyön tavoitteena on arvioida erityisen kalliiden hoitojen kustannusten rahoitusvastuun järjestämismahdollisuuksia ja tuottaa koelaskelmia eri vaihtoehtojen taloudellisten vaikutusten arvioimiseksi ottaen huomioon sairaalalaskutusselvitysmiesten ehdotukset sairaalalaskutuksen kehittämiseksi.

Sairaanhoitopiireissä on käytössä erilaisia poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasausjärjestelmiä, ns. kalliiden hoitojen tasausjärjestelmiä, joiden kautta sairaanhoitopiirin jäsenkunnat tasaavat keskenään tyypillisesti noin 50 000 euron vuosikulut ylittävien hoitojen kustannukset (ks. luku 3). Potilaskohtainen kustannusten tasaus on lakisääteinen.

Tämän selvityksen kohteena ovat erityisen kalliit hoidot, joiden potilaskohtaiset kustannukset vuodessa ylittävät 80 000 euroa. Tarkastelu rajautuu siis vain näiden potilaiden hoitokustannuksiin. Analyysin ulkopuolelle jäävät kaikki tätä rajaa pienemmät vuotuiset potilaskohtaiset hoitokustannukset.

2.1 Selvitettävät vaihtoehdot

Erityisen kalliiden hoitojen kustannusten rahoitusvastuun järjestämismahdollisuuksina tarkastellaan neljää eri vaihtoehtoa:

- 1) Rahoitusvastuu sairaanhoitopiirillä
- 2) Rahoitusvastuu erityisvastuualueella (ns. miljoonapiirillä)
- 3) Rahoitusvastuu kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisella poolilla
- 4) Rahoitusvastuu valtiolla.

2.2 Potilaskohtaiset korvausrajat

Erityisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuun muuttumisen raja-arvoina tarkastellaan kolmea vaihtoehtoa:

- a) Potilaskohtaiset kustannukset yli 80 000 euroa vuodessa
- b) Potilaskohtaiset kustannukset yli 120 000 euroa vuodessa
- c) Potilaskohtaiset kustannukset yli 160 000 euroa vuodessa.

Koelaskelmien lisäksi arvioidaan kunkin vaihtoehdon etuja ja haittoja pyrkien erityisesti ennakoimaan järjestelmän muuttamisen todennäköisiä kannustevaikutuksia.

Koelaskelmat tehdään olettamalla, että potilaskohtaisen raja-arvon ylittyessä potilaan hoidon kustannukset korvataan täysimääräisesti. Esimerkiksi jos korvausraja on 80 000 euroa vuodessa ja potilaan hoitokustannukset ovat 110 000 euroa vuodessa, vaihtoehdossa 4) valtio maksaisi kaikki 110 000 euron kustannukset.

3 KALLIIN HOIDON TASAUSJÄRJESTELMÄT

Erikoissairaanhoitolain 56 a §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäsenkunnalle aiheutuneiden poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasauksesta tulee sopia sairaanhoitopiirikohtaisesti. Sairaanhoitopiireillä on ollut käytössä erilaisia tasausjärjestelmiä viimeisten 10 vuoden aikana. Seuraavassa tarkastellaan tasausjärjestelmien ominaispiirteitä vuosina 2000-2004.

Stakesin aikaisempien tutkimusten mukaan yksittäisen kunnan terveystenon hallinnan kannalta erikoissairaanhoidon kokonaislaskutuksen vuosivaihtelun hallinta ja menojen ennakkoinnin parantaminen on tärkeämpää kuin yksittäisen potilaan hoidon suuret kustannukset. Yksittäisten potilaiden poikkeuksellisen suurta kustannuksia pidetään kuitenkin satunnaisuudesta johtuvana taloudellisena riskinä, josta kunnalle aiheutuvaa satunnaista menoa tasataan kaikissa sairaanhoitopiireissä jäsenkuntien kesken muuta jäsenkuntalaskutusta täydentävällä kalliiden hoitojen tasausjärjestelmällä.

Kaikissa sairaanhoitopiireissä tasausjärjestelmä koskee avo- ja vuodeosastohoitoa sekä ostopalveluina hankittuja palveluita. Aikuispsykiatrinen hoito on kuulunut tasausjärjestelmän piiriin vuodesta 2003. Tasausjärjestelmät poikkeavat toisistaan potilaskohtaisten kustannusten kattavuudessa. Joissakin sairaanhoitopiireissä tasataan yhden 'kalliin' potilaan vuotuisia kustannuksia sairaudesta riippumatta ja toisissa taas tasataan samasta sairaudesta aiheutuvia kustannuksia. Piirien kesken on eroja tasausjärjestelmien yksityiskohdissa. Esimerkiksi Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä tasausjärjestelmän piiriin kuuluvat myös ulkomaalaisten hoidosta aiheutuvat kustannukset, mikäli hoitoa ei korvata muualta.

Monet sairaanhoitopiirit ovat perustaneet poikkeuksellisten suurten kustannusten tasaamista varten erityisiä tasausrahastoja. Käytännössä rahastot tarkoittavat erillistä tilinumeroa sairaanhoitopiirin kirjanpidossa. Piirin jäsenkunnat maksavat vuosittain määriteltävän asukasluopohjaisen maksun, ns. ennakkomaksun, rahastoon. Maksu on piirin kaikille jäsenkunnille yhtä suuri asukasta kohti. Ennakkomaksun suuruuden päättää sairaanhoitopiirin hallitus ja se määräytyy kalliiden hoitojen arvioitujen kokonaiskustannusten perusteella. Lopullinen jäsenkunnan maksuosuus tasausjärjestelmään määräytyy yleensä toimintavuoden tilinpäätöksen vahvistamisen yhteydessä. Mikäli rahastoon on kerätty varoja vuotuista käyttötarvetta enemmän, palautetaan käyttämättä jääneet varat jäsenkunnille. Mikäli enakkoon kerätyt varat eivät riitä kattamaan kustannuksia, kannetaan jäsenkunnilta lisämaksu rahastoon. Palautuksessa tai lisämaksun kannossa käytetään samaa asukasluukuun pohjautuvaa perustetta kuin maksujen enakkokannossa.

Tasausrahastosta katetaan yleensä potilaan hoidosta aiheutuneet kalenterivuoden aikaiset kustannukset siltä osin kun ne ylittävät etukäteen sovitun euromäärän. Satakunnan sairaanhoitopiirissä hoitokustannukset korvataan myös silloin kun hoito on alkanut edellisen kalenterivuoden aikana ja jatkunut yhtäjaksoisesti seuraavana vuonna. Rahastosta katettavien kalliiden hoitojen kustannusraja vaihtelee Kainuun 25 000 eurosta Keski-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen 84 000 euroon (taulukko 1). Tavanomaisin tasausraja on 50 000 euroa, joka on käytössä yhdeksässä sairaanhoitopiirissä.

Taulukko 1. Kalliiden hoitojen tasausrajat euroina eri sairaanhoitopiireissä vuosina 2000-2004.

Sairaanhoitopiiri	2000	2001	2002	2003	2004
Kanta-Hämeen shp	33 642	33 642	84 000	84 000	84 000
Keski-Pohjanmaan shp	33 638	84 000	84 000	84 000	84 000
Pohjois-Pohjanmaan shp	50 000	50 000	50 400	67 275	67 275
Etelä-Karjalan shp	58 333	58 333	60 000	60 000	60 000
Pirkanmaan shp	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
Päijät-Hämeen shp	50 456	50 456	50 000	50 000	50 000
Kymenlaakson shp	33 638	33 638	33 638	50 000	50 000
Etelä-Savon shp	33 333	33 333	33 333	50 000	50 000
Itä-Savon shp	42 047	42 047	42 000	50 000	50 000
Keski-Suomen shp	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
Vaasan shp	33 333	33 333	33 000	50 000	50 000
Länsi-Pohjan shp	33 638	33 638	40 000	50 000	50 000
Helsingin ja Uudenmaan shp	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
Etelä-Pohjanmaan shp*	54 456 / 84 094	42 047	42 000	42 000	45 000
Varsinais-Suomen shp	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Pohjois-Savon shp	50 456	50 456	50 000	35 000	35 000
Satakunnan shp	33 642	33 642	33 642	33 642	33 642
Pohjois-Karjalan shp	33 638	33 638	34 000	33 638	33 638
Lapin shp	33 380	33 380	33 380	33 380	33 380
Kainuun shp	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000

* Lyhytaikaisella ja pitkäaikaisella hoidolla erilliset tasausrajat

Keski-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiireissä noudatetaan muista poikkeavaa tasausmenettelyä osana sairaanhoitopiirien uudentyypistä kuntalaskutusta. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä kokonaismenojen tasausjärjestelmä, joka tasoi myös tietyn prosenttirajan ylittävät toimintamenojen muutokset vuosittain. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä on käytössä kiinteään kokonaissopimukseen perustuva ohjausjärjestelmä ja siihen liittyvä tasausjärjestelmä, jonka pohjana on 2,5 viimeisen vuoden käyttö. Käytännössä Keski-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiireissä kalliiden kustannusten tasausjärjestelmä on sisäänrakennettu niiden käytössä olevaan jäsenkuntalaskutusjärjestelmään.

Vuosien 2000-2004 aikana tasausrajoja on nostettu jonkin verran, tosin osassa sairaanhoitopiirejä tasausrajassa ei ole tapahtunut muutoksia tai muutokset ovat hyvin pieniä. Suurimmat muutokset tasausrajoissa ovat tapahtuneet Kanta-Hämeessä, jossa tasausraja vuonna 2002 nostettiin 33 642 eurosta 84 000 euroon ja Keski-Pohjanmaalla, jossa tasausraja nostettiin vuonna 2001 84 000 euroon (taulukko 1). Osalla sairaanhoitopiireistä on käytössä tasausrajan ylittävä kunnan omavastuuosuus. Esimerkiksi Etelä-Savossa kunnan omavastuuosuus on 15 %, HUS -piirissä, Pohjois-Savossa ja Satakunnassa 20 % potilaskohtaisen hoitolaskun määrästä.

Keski-Pohjanmaalla otettiin vuonna 2001 käyttöön jäsenkuntien suurten vuosittaisten kustannusnousujen tasausjärjestelmä, joka kattaa potilaskohtaisen tasauksen lisäksi kuntakohtaisen tasauksen niiltä osin, kun kunnan maksut sairaanhoitopiirille ylittävät 5 % jäsenkuntien keskimääräisen maksujen nousun.

Sairaanhoitopiirien tasausjärjestelmät eroavat toisistaan myös sen suhteen, missä vaiheessa vuotta tasaus toteutetaan. Esimerkiksi Kainuussa tasaus toteutetaan kuukausittain jäsenkuntalaskutuksen yhteydessä. Myös tasausmaksujen suuruus vaihtelee sairaanhoitopiiristä toiseen (taulukko 2).

Taulukko 2. Kuntien maksut kalliiden hoitojen tasausjärjestelmään eri sairaanhoitopiireissä vuosina 2000-2003 euroa asukasta kohti. (Huom. aikuispsykiatria on tullut tasauksen piiriin vuonna 2003.)

Sairaanhoitopiiri	2000	2001	2002	2003
Lapin shp	11,83	12,32	24,52	51,93
Pohjois-Karjalan shp	23,99	27,48	32,16	42,74
Kainuun shp	16,33	17,64	18,15	38,43
Itä-Savon shp	16,74	25,54	21,12	35,38
Satakunnan shp	14,07	14,87	29,40	35,20
Vaasan shp	23,45	36,07	31,87	32,48
Helsingin ja Uudenmaan shp	15,54	20,05	25,48	31,26
Pohjois-Savon shp	7,27	8,49	11,31	27,93
Kymenlaakson shp	16,70	18,00	20,45	25,88
Etelä-Savon shp	14,76	19,84	16,80	24,83
Varsinais-Suomen shp	15,81	15,65	19,50	24,53
Etelä-Pohjanmaan shp	6,87	18,12	16,49	23,15
Pirkanmaan shp	10,92	14,02	20,12	20,52
Keski-Suomen shp	14,49	11,63	14,68	20,35
Päijät-Hämeen shp	9,74	11,41	8,95	18,19
Etelä-Karjalan shp	12,58	12,38	13,76	14,49
Kanta-Hämeen shp	16,81	4,59	2,49	6,53
Pohjois-Pohjanmaan shp	5,89	5,89	6,00	6,00
Keski-Pohjanmaan shp	26,09	-	-	-
Maan kunnat keskimäärin	14,24	16,48	20,13	26,66

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Aineisto

Erityisen kalliiden hoitojen kustannuksia koskevat laskelmat tehtiin sairaanhoitopiirien toimittamista kuntakohtaisista aineistoista. Sairaanhoitopiirejä pyydettiin toimittamaan vuosia 2000-2003 koskevat kuntakohtaiset tiedot jäsenkuntalaskutuksesta, kalliiden hoitojen tasausrahastoon maksetuista maksuista ja kuntien saamista korvauksista, eri tasausrajat ylittävistä hoitokustannuksista, hoidettavien potilaiden määrästä sekä hengityshalvauspotilaiden hoidon kustannuksista ja määrästä. Lisäksi sairaanhoitopiirit toimittivat kuvauksen sairaanhoitopiirissä nykyisin käytössä olevasta kalliiden hoitojen tasausjärjestelmästä.

Tiedot saatiin Kainuuta lukuun ottamatta kaikista sairaanhoitopiireistä. Kainuun sairaanhoitopiirissä käynnissä olevasta tietojärjestelmien uudistamisesta johtuen tiedot Kainuusta saatiin vain osittain. Tutkimusaineisto mahdollistaa sekä kuntakohtaisten että koko maata koskevien laskelmien tekemisen erityisen kalliiden hoitojen kokonaiskustannuksista ja potilasmääristä eri vuosina. Hengityshalvauspotilaita koskeva aineisto sisältää laissa määriteltyjen hengityshalvauspotilaiden määrät ja hoidosta aiheutuneet kustannukset. Lisäksi aineisto sisältää tiedon siitä, millä erikoisalalla hengityshalvauspotilas on ollut hoidettavana.

4.2 Tarkasteltujen rahoituspoolien väestöpohja

Erityisen kalliiden hoitojen rahoituksen järjestämisvaihtoehtoja analysoitiin neljän eri vaihtoehdon mukaisesti: Rahoitusvastuu on sairaanhoitopiirillä, erityisvastuualueella (ns. miljoonapiirillä), kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisella poolilla tai valtiolla. Tarkastelluissa vaihtoehtoissa rahoittajan väestöpohja ja siten vakuutuspoolin koko vaihtelee merkittävästi.

Pienin tässä tarkastelluista vakuutuspooleista muodostuu yksittäisistä sairaanhoitopiireistä. Manner-Suomessa on 20 sairaanhoitopiiriä, joiden väestöpohja vaihtelee 65 000 asukkaan Itä-Savon sairaanhoitopiiristä aina 1,4 miljoonan asukkaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirien keskimääräinen väestöpohja on noin 260 000 asukasta (200 000 ilman HUS-piiriä). Jäsenkuntien määrä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin merkittävästi, vähimmillään jäsenkuntia on 6 (Länsi-Pohjan shp) ja enimmillään 58 (Varsinais-Suomen shp).

Jos rahoitusvastuu toteutetaan erityisvastuualueen eli ns. miljoonapiirin tasolla, vakuutuspooleja olisi viisi, joiden väestöpohja vaihtelee 0,7-1,7 miljoonaan asukkaan välillä (taulukko 3).

Kun rahoitusvastuu on valtiolla tai kuntien tai kuntayhtymien muodostamalla poolilla, väestöpohjana on koko maa eli 5,2 miljoonaa asukasta.

4.3 Menetelmät

Sairaanhoito- ja miljoonapiiritason rahoitustarkasteluissa henkeä kohti lasketut kustannukset saatiin jakamalla tarkasteltavan alueen erityisen kalliiden hoitojen kokonaiskustannukset eri tasausrajoilla (80 000, 120 000 ja 160 000 euroa) alueen asukasluvulla.

Koko maan tason rahoitustarkastelussa arvioitiin kahta vaihtoehtoa, joista toisessa rahoitusvastuu on valtiolla ja toisessa kuntien tai kuntayhtymien muodostamalla valtakunnallisella rahoituspoolilla. Valtion rahoitusvastuun suuruus saatiin laskemalla yhteen koko maan, so. kaikkien kuntien, kalliiden hoitojen hoitokustannukset eri tasausrajoilla. Kunnan maksuosuus kuntien tai kuntayhtymien muodostamaan valtakunnalliseen rahoituspooliin laskettiin painottamalla koko maan henkeä kohti laskettuja kustannuksia kunnan asukasluvulla.

Analyysien tulokset raportoidaan sairaanhoitopiirikohtaisesti vuosille 2000-2003. Kunta-kohtaisia laskelmia ei tässä raportissa esitetä.

Kaikki laskelmat tehtiin olettamalla, että potilaskohtaisen raja-arvon ylittyessä potilaan hoidon kustannukset korvataan kaikissa vaihtoehdoissa täysimääräisesti. Esimerkiksi jos raja-arvo on 80 000 euroa vuodessa ja potilaan hoitokustannukset ovat 130 000 euroa vuodessa, kaikki 130 000 euron kustannukset korvataan.

Kalliiden potilaskohtaisten kustannusten vuosivaihteluun vaikuttavia tekijöitä arvioitiin monimuuttujamallilla. Tavoitteena oli lähinnä selvittää missä määrin kustannusten vaihteluun vaikutti potilaiden määrässä tapahtuneet muutokset ja missä määrin vuosivaihtelun taustalla oli palvelujen hinnoissa ja yleisessä kustannustasossa tapahtuneet muutokset.

Taulukko 3. Sairaanhoidopiirit ja eritysvastuualueet, ns. miljoonapiirit, vuonna 2003

Sairaanhoidopiiri/ Miljoonapiiri	Asukaslu
Helsingin ja Uudenmaan shp	1 415 055
Etelä-Karjalan shp	129 372
Kymenlaakson shp	181 669
HYKS-miljoonapiiri	1 726 096
Varsinais-Suomen shp	456 359
Satakunnan shp	228 704
TYKS-miljoonapiiri	685 063
Pirkanmaan shp	455 299
Etelä-Pohjanmaan shp	194 545
Kanta-Hämeen shp	165 886
Päijät-Hämeen shp	207 413
Vaasan shp	165 757
TAYS-miljoonapiiri	1 188 900
Pohjois-Savon shp	250 368
Etelä-Savon shp	105 122
Itä-Savon shp	65 355
Keski-Suomen shp	265 078
Pohjois-Karjalan shp	171 451
KYS-miljoonapiiri	857 374
Pohjois-Pohjanmaan shp	373 868
Kainuun shp	83 477
Keski-Pohjanmaan shp	77 483
Lapin shp	120 618
Länsi-Pohjan shp	67 159
OYS-miljoonapiiri	722 605
Manner-Suomi	5 180 038
Ahvenanmaa	26 257
Koko maa	5 206 295

5 TULOKSET

5.1 Erityisen kalliit hoidot ja jäsenkuntalaskutus

Erityisen kalliiden, yli 80 000 euroa potilasta¹ kohti vuodessa maksavien, hoitojen kokonaiskustannukset kasvoivat tarkasteluajankohtana merkittävästi. Yli 80 000 euroa ylittävien hoitojen kokonaiskustannukset olivat koko maan tasolla vuonna 2003 yli kaksinkertaiset vuoteen 2000 verrattuna. Sairaanhoidopiireittäin kustannusten nousu oli keskimääräistä suurempaa Pirkanmaan, Etelä-Savon, Pohjois-Karjalan, Vaasan, Pohjois-Pohjanmaan, Länsi-Pohjan, Lapin sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiireissä.

Kustannustason nousu saattaa olla seurausta kalliiden hoitajaksojen satunnaisuudesta johtuvasta satunnaisvaihtelusta tai muista systemaattisemmista muutoksista, kuten aikaisempaa kalliimpien lääkehoitojen käyttöön otosta tai kalliiden hoitajaksojen kirjauskäytännössä tapahtuneista muutoksista. Muutosten syiden selvittämiseksi laadittu monimuuttujamalli osoitti kustannusten kasvun johtuvan lähes yksinomaan kalliiden hoitajaksojen määrän kasvusta. Yleisen sairaaloiden kustannustason nousulla ei ollut suurta vaikutusta näiden hoitajaksojen kokonaiskustannuksiin.

Sairaanhoidopiirien jäsenkuntalaskutukseen suhteutettuna erityisen kalliiden hoitojen (yli 80 000 euroa potilasta kohti vuodessa) kustannukset muodostivat yleensä selvästi alle 5 prosenttia koko jäsenkuntalaskutuksesta (taulukko 4). Erityisen kalliiden hoitojen osuus jäsenkuntalaskutuksesta oli vuonna 2003 korkein Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirissä 8,0 % ja Lapin sairaanhoidopiirissä 7,0 %. Erityisen kalliiden hoitojen osuus oli pienin Varsinais-Suomen, Keski-Suomen ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoidopiireissä, joissa osuus jäi alle kahden prosentin jäsenkuntalaskutuksesta.

Suurten potilaskohtaisten kustannusten vain osittainen satunnaisuus näkyy kuntalaskutusosuuksien vuotuisina muutoksina. Erityisen kalliiden hoitojen kustannusten osuus kasvoi vuosina 2000-2003 varsinkin Kymenlaakson, Lapin, Länsi-Pohjan, Etelä-Savon, Pirkanmaan, Helsingin ja Uudenmaan sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoidopiireissä.

Tässä selvityksessä ei erikseen tarkasteltu kuntakohtaisen vuosivaihtelun tasaamista ajassa, esimerkiksi ns. liukuvana tasoituksena esimerkiksi 3-5 vuoden kuluessa. Kun erityisen kalliiden potilaiden määrä ja hoidon kokonaiskustannukset näyttävät kasvaneen monissa sairaanhoidopiireissä vuosina 2000-2003, on epätodennäköistä, että kalliiden hoitojen ajassa tapahtuva tasaaminen poistaisi riittävästi kalliiden hoitojen vaihtelusta kunnalle aiheutuva taloudellista riskiä. Näin siksi, että ajassa tapahtuva tasaaminen edellyttää vuosimuutosten olevan satunnaisia, ilman havaittavaa kasvavaa tai laskevaa suuntaa.

¹ Erityisasiantuntija Jukka Männistön (2003) selvityksen mukaan erityisen kalliiden hoitojen syinä ovat usein hengityshalvauspotilaat, elinsiirtopotilaat, syöpäpotilaat ja ns. monivammaapotilaat. Tyypillisiä hoidon syitä ovat elinsiirrot yleensä, vaikeat tapaturmavammat, vastasyntyneiden keskosten hoidon kustannukset, syöpäsairaudet sekä liikenneonnettomuuksissa saadut tapaturmat ja vakavat vammat.

Taulukko 4. Yli 80 000 euroa maksavien hoitojen osuus prosentteina sairaanhoitopiirien jäsenkuntalaskutuksesta vuosina 2000-2003

Sairaanhoitopiiri	2000	2001	2002	2003
Helsingin ja Uudenmaan shp	4,3	5,3	6,3	8,0
Lapin shp	0,6	1,1	2,0	7,0
Pohjois-Pohjanmaan shp	3,3	3,8	4,7	5,7
Pohjois-Karjalan shp	3,0	3,2	4,0	5,6
Pirkanmaan shp	2,5	3,6	5,1	4,9
Kymenlaakson shp	0,0	0,9	0,7	4,6
Etelä-Savon shp	1,8	2,0	0,4	4,4
Päijät-Hämeen shp	2,8	3,6	2,4	4,4
Pohjois-Savon shp	2,6	3,3	4,0	4,4
Satakunnan shp	2,8	2,5	3,4	4,2
Etelä-Karjalan shp	4,1	4,3	4,1	3,3
Kanta-Hämeen shp	2,0	0,8	2,0	3,1
Vaasan shp	1,7	1,2	1,4	2,8
Länsi-Pohjan shp	0,7	0,5	1,0	2,8
Itä-Savon shp	1,5	2,1	1,8	2,7
Etelä-Pohjanmaan shp	2,8	2,7	2,9	2,7
Keski-Pohjanmaan shp	2,1	0,8	1,0	1,9
Keski-Suomen shp	1,7	1,2	1,6	1,5
Varsinais-Suomen shp	2,2	1,6	2,3	1,5
Kainuun shp	-	-	-	-
Yhteensä				
<i>Minimi</i>	0,0	0,5	0,4	1,5
<i>Maksimi</i>	4,3	5,3	6,3	8,0
<i>Keskiarvo</i>	2,2	2,3	2,7	4,0

5.2 Rahoitusvastuun järjestämismuutokset

Erityisen kalliiden potilaiden hoidosta sairaanhoitopiireille aiheutuvat kokonaiskustannukset ja potilasmäärät eri vuosina on esitetty liitetaulukossa 1.

Kunta- ja sairaanhoitopiirikohtaisia tietoja voidaan yhdistellä monin tavoin ja määrittellä siten erilaisia kalliiden hoitojen rahoituspooleja ja poolien jäsenkunnilta kerättävien maksujen taso, joka kattaa arvioidut kalliiden hoitojen kustannukset eri tasearajoilla.

Taulukossa 5 on esitetty sairaanhoitopiirien jäsenkuntien maksuosuudet asukasta kohti eri rahoitusmalleissa ja eri tasearajoilla vuonna 2003. Vastaavat tiedot kaikilta tarkastelu-vuosilta 2000-2003 on esitetty liitetaulukoissa 2-4.

Taulukko 5. Kuntien maksut erityisen kalliiden hoitojen tasausrahastoon sairaanhoitopiireittäin eri vaihtoehtoisissa ja eri tasaustarajoilla vuonna 2003, euroa asukasta kohti

Sairaanhoitopiiri	yli 80 000			yli 120 000			yli 160 000		
	Valtio / kuntien valtakunnallinen pooli	Miijoonan- piiri	Sairaan- hoitopiiri	Valtio / kuntien valtakunnallinen pooli	Miijoonan- piiri	Sairaan- hoitopiiri	Valtio / kuntien valtakunnallinen pooli	Miijoonan- piiri	Sairaan- hoitopiiri
Helsingin ja Uudenmaan shp	29,90	46,87	51,25	13,29	20,97	24,29	8,95	14,03	15,70
Pohjois-Karjalän shp	29,90	22,59	37,25	13,29	9,52	12,69	8,95	8,48	9,65
Kymenlaakson shp	29,90	46,87	30,94	13,29	20,97	3,63	8,95	14,03	5,38
Pohjois-Pohjanmaan shp	29,90	23,83	30,22	13,29	9,87	14,84	8,95	7,45	8,18
Etelä-Savon shp	29,90	22,59	29,20	13,29	9,52	7,77	8,95	8,48	2,73
Lapin shp	29,90	23,83	28,05	13,29	9,87	2,15	8,95	7,45	15,97
Satakunnan shp	29,90	14,62	27,03	13,29	8,34	16,72	8,95	3,59	8,32
Pirkanmaan shp	29,90	22,99	26,68	13,29	9,76	9,00	8,95	5,90	3,45
Pohjois-Savon shp	29,90	22,59	25,18	13,29	9,52	12,79	8,95	8,48	8,92
Päijät-Hämeen shp	29,90	22,99	25,05	13,29	9,76	8,88	8,95	5,90	4,77
Itä-Savon shp	29,90	22,59	23,20	13,29	9,52	10,34	8,95	8,48	10,34
Etelä-Karjalän shp	29,90	46,87	21,28	13,29	20,97	8,96	8,95	14,03	7,83
Länsi-Pohjan shp	29,90	23,83	21,16	13,29	9,87	3,93	8,95	7,45	0,00
Vaasan shp	29,90	22,99	21,12	13,29	9,76	10,59	8,95	5,90	9,76
Kanta-Hämeen shp	29,90	22,99	18,12	13,29	9,76	10,23	8,95	5,90	5,35
Etelä-Pohjanmaan shp	29,90	22,99	17,74	13,29	9,76	11,41	8,95	5,90	10,12
Keski-Pohjanmaan shp	29,90	23,83	13,00	13,29	9,87	12,60	8,95	7,45	4,96
Keski-Suomen shp	29,90	22,59	8,66	13,29	9,52	5,19	8,95	8,48	9,41
Varsinais-Suomen shp	29,90	14,62	8,44	13,29	8,34	4,16	8,95	3,59	1,23
Kainuun shp	29,90	23,83	-	13,29	9,87	-	8,95	7,45	-

5.2.1 Rahoitusvastuu sairaanhoitopiirillä

Nykyisen rahoitusmallin mukaan jokaisella sairaanhoitopiirillä on oma erillinen rahasto, jonka kautta sairaanhoitopiirin jäsenkunnat yhdessä tasaavat erityisen kalliiden hoitojen kustannukset jäsenkuntien kesken.

Erityisen kalliiden hoitojen kustannukset asukasta kohti vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin suuresti. Korkeimmat kustannukset 80 000 euron tasausrajalla vuonna 2003 olivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, jossa asukasta kohti lasketut kustannukset olivat noin 51 euroa (taulukko 5). HUS –piirin lisäksi asukasta kohti lasketut kustannukset ylittivät 30 euroa Pohjois-Karjalan, Kymenlaakson ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä. Alhaisimmat kustannukset, alle 10 euroa asukasta kohti, olivat Varsinais-Suomen ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä.

5.2.2 Rahoitusvastuu miljoonapiirillä

Jos rahoitusvastuuta laajennettaisiin yksittäisestä sairaanhoitopiiristä miljoonapiireille, asukasta kohti lasketut kustannukset, ja siten piirin jäsenkuntien tasausrahastoon maksamat maksut, nousisivat noin puolessa sairaanhoitopiireistä ja laskisivat muissa tarkastelussa mukana olleissa sairaanhoitopiireissä (taulukko 5). Kustannusten nousu olisi 80 000 euron tasausrajalla suurin HYKSin miljoonapiiriin kuuluvissa Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiireissä. Näissä sairaanhoitopiireissä rahoitusvastuun siirtäminen miljoonapiirille merkitsisi asukasta kohti laskettujen kustannusten nousua 16-26 eurolla. Kustannukset alenisivat eniten Pohjois-Karjalan ja Satakunnan sairaanhoitopiireissä (12-16 euroa).

Jos tasausrajoina käytetään 120 000 tai 160 000 euroa potilasta kohti vuodessa rahoitusvastuun väestöpohjan laajentamisen vaikutukset ovat samansuuntaiset kuin edellä. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä ei vuonna 2003 ollut lainkaan 160 000 euron tasausrajan ylittäviä potilaskohtaisia hoitokustannuksia.

5.2.3 Rahoitusvastuu kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisella poolilla

Jos rahoitusvastuu olisi kuntien tai kuntayhtymien muodostamalla valtakunnallisella vakuutuspoolilla tai muulla kollektiivisella tavalla toteutetulla valtakunnallisella rahoitusjärjestelyllä, kaikkien sairaanhoitopiirien henkeä kohti lasketut kustannukset (= tasausrahastoon maksettava maksu) erityisen kalliiden potilaiden hoidosta olisivat noin 30 euroa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä sekä Pohjois-Karjalan, Kymenlaakson ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirejä ja niiden jäsenkuntia lukuun ottamatta tämä merkitsisi tasausrahastoon maksettavien maksujen nousua kaikissa sairaanhoitopiireissä.

5.2.4 Rahoitusvastuu valtiolla

Erityisen kalliiden potilaskohtaisten hoitojen kokonaiskustannukset koko maan tasolla ja eri tasausrajoilla on esitetty taulukossa 6. Tämä vastaa selvitysmiesten sairaalalaskutusraportissa esittämää vaihtoehtoa, jossa tietyn rajan ylittävien hoitojen kustannukset tulisivat kokonaisuudessaan valtion korvattaviksi. Jos korvausraja olisi 80 000 euroa vuodessa ja potilaan hoitokustannukset 130 000 euroa vuodessa, valtio korvaisi tässä vaihtoehdossa kaikki 130 000 euron kustannukset. Vuonna 2003 tämän mallin mukaan valtion korvattavaksi tuleva osuus olisi matalimmalla (80 000 euroa) tasausrajalla 156 miljoonaa euroa ja korkeimmalla (160 000 euroa) tasausrajalla 47 miljoonaa euroa.

Korvattavan määrän vuosimuutokset ovat suuria. Vuonna 2003 matalimman tasausrajan (80 000 euroa) ylittävien hoitojen kokonaiskustannukset olivat yli kaksinkertaiset vuoteen 2000 verrattuna. Korkeimman tasausrajan (160 000 euroa) kohdalla vuoden 2003 korvausmäärä oli samoin yli kaksinkertainen vuoden 2000 tasoon nähden. Suurimmat muutokset korvattavissa määrissä tapahtuivat vuonna 2003.

Taulukko 6. Valtion rahoitusvastuu, jos valtio olisi maksanut erityisen kalliiden hoitojen kokonaiskustannukset eri tasausrajoilla vuosina 2000-2003, miljoonaa euroa.

Tasausraja (euroa)	2000	2001	2002	2003
Yli 80 000	74	89	117	156
Yli 120 000	36	43	57	69
Yli 160 000	19	27	34	47

5.2.5 Hengityshalvauspotilaiden hoidosta aiheutuvat kustannukset

Hengityshalvauspotilaiden esiintyvyyden satunnaisuudesta johtuen mitään yhdenmukaista päätelmää rahoitusvastuualueen muutoksen kustannusvaikutuksista ei voida esittää. Esimerkkinä tästä voidaan ottaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Siirtyminen sairaanhoitopiiriä laajempaan kustannusten tasausjärjestelmään ei aiheuta HUS-piirin kunnille vastaavia kustannusvaikutuksia kuin edellä kaikkia erityisen kalliita hoitoja tarkasteltaessa, jossa kalliiden potilaskohtaisten kustannusten vastuuta siirrettiin miljoonapiirien tai valtakunnalliselle tasolle. Hengityshalvauspotilaiden määrä ja kustannukset näyttävät vuonna 2003 kasvaneen voimakkaasti varsinkin Pirkanmaan ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiireissä (taulukko 7).

Jos hengityshalvauspotilaiden hoidosta aiheutuvat kustannukset siirtyisivät valtion maksettavaksi kokonaisuudessaan hoidon kustannusten suuruudesta riippumatta, valtion maksettavaksi olisi vuonna 2003 tullut noin 28 miljoonaa euroa (taulukko 8). Hengityshalvauspotilaiden hoidon rahoitusvastuun siirtämisestä valtiolle hyötyisivät erityisesti Pirkanmaan, Vaasan ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien jäsenkunnat.

Taulukko 7. Kuntien maksut hengityshalvauspotilaiden hoitojen tasausrahastoon sairaanhoitopiireittäin eri vaihtoehtoisissa vuosina 2000-2003, euroa asukasta kohti

Sairaanhoitopiiri	Vaitio / kuntien Miljoona- Sairaan- valtakunnallinen piiri hoitopiiri 2000		Vaitio / kuntien Miljoona- Sairaan- valtakunnallinen piiri hoitopiiri 2001		Vaitio / kuntien Miljoona- Sairaan- valtakunnallinen piiri hoitopiiri 2002		Vaitio / kuntien Miljoona- Sairaan- valtakunnallinen piiri hoitopiiri 2003			
Pirkanmaan shp	2,5	3,7	2,7	3,2	3,6	2,7	3,4	5,2	8,3	13,8
Länsi-Pohjan shp	2,5	2,1	4,7	3,2	2,4	6,0	3,4	5,2	2,8	11,1
Vaasan shp	2,5	3,7	6,4	3,2	3,6	7,3	3,4	5,2	8,3	9,0
Etelä-Pohjanmaan shp	2,5	3,7	5,6	3,2	3,6	5,7	3,4	5,2	8,3	7,4
Satakunnan shp	2,5	2,2	4,1	3,2	3,7	5,5	3,4	5,2	5,7	6,8
Itä-Savon shp	2,5	2,4	7,1	3,2	2,8	7,5	3,4	5,2	4,3	6,2
Varsinais-Suomen shp	2,5	2,2	1,6	3,2	3,7	3,2	3,4	5,2	5,7	6,0
Keski-Suomen shp	2,5	2,4	2,6	3,2	2,8	3,4	3,4	5,2	4,3	5,6
Pohjois-Karjalan shp	2,5	2,4	5,0	3,2	2,8	5,1	3,4	5,2	4,3	4,9
Helsingin- ja Uudenmaan shp	2,5	2,0	2,3	3,2	3,1	3,4	3,4	5,2	4,2	4,6
Lapin shp	2,5	2,1	1,6	3,2	2,4	2,4	3,4	5,2	2,8	3,2
Etelä-Savon shp	2,5	2,4	0,0	3,2	2,8	0,7	3,4	5,2	4,3	2,7
Kymenlaakson shp	2,5	2,0	0,0	3,2	3,1	1,2	3,4	5,2	4,2	2,6
Kainuun shp	2,5	2,1	2,1	3,2	2,4	2,5	3,4	5,2	2,8	2,5
Pohjois-Savon shp	2,5	2,4	0,0	3,2	2,8	0,0	3,4	5,2	4,3	2,3
Päijät-Hämeen shp	2,5	3,7	2,7	3,2	3,6	2,7	3,4	5,2	8,3	2,0
Etelä-Karjalan shp	2,5	2,0	1,7	3,2	3,1	1,9	3,4	5,2	4,2	2,0
Pohjois-Pohjanmaan shp	2,5	2,1	2,2	3,2	2,4	2,1	3,4	5,2	2,8	1,7
Kanta-Hämeen shp	2,5	3,7	2,4	3,2	3,6	1,0	3,4	5,2	8,3	1,3
Keski-Pohjanmaan shp	2,5	2,1	0,6	3,2	2,4	0,4	3,4	5,2	2,8	0,6

Taulukko 8. Valtion rahoitusvastuu, jos valtio olisi maksanut hengityshalvauspotilaiden hoidon kaikki kustannukset vuosina 2000-2003, miljoonaa euroa.

	2000	2001	2002	2003
Miljoonaa euroa	13	17	18	28

6 RAHOITUSVAIHTOEHTOJEN ARVIOINTIA

Seuraavassa tarkastellaan erityisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuun muuttamisen etuja ja haittoja verrattuna nykyiseen sairaanhoitopiiritasoiseen kustannusten tasausmalliin.

6.1 Rahoitusvastuu sairaanhoitopiirillä

Kalliiden hoitojen kustannusten tasaus toteutetaan tällä hetkellä jokaisessa sairaanhoitopiirissä erikseen kunkin sairaanhoitopiirin päättämällä tavalla. Järjestelmä on kunnille tuttu ja sen toimintaperiaatteet ovat selkeitä. Tasausjärjestelmät ovat sairaanhoitopiirien välillä erilaisia, mutta kaikki toteuttavat lain tarkoituksen, tasaavat poikkeuksellisen kalliiden hoitojen kustannuksia piirin jäsenkuntien kesken. Järjestelmä on hallinnollisesti kevyt ja siten edullinen toteuttaa.

Sairaanhoitopiiritasaisen tasausjärjestelmän etuna voidaan pitää sitä, että sekä piirin jäsenkunnilla, että myös piirillä palvelujen tuottajana on intressi seurata kalliiden hoitojen kehitystä ja arvioida kriittisesti myös hoitokäytäntöjä. Mitä lähempänä rahoittaja on palvelujen tuottajaa sitä suurempi intressi ja myös mahdollisuus rahoittajalla on valvoa tuottajan toimintaa. Nykyisessä tasausjärjestelmässä suuret hoitokustannukset aiheuttanut henkilö ei tule identifioituksi, minkä johdosta voidaan välttää mahdollinen potilaskohtainen leimautuminen etenkin pienissä kunnissa.

Nykyisiä käytössä olevia tasausjärjestelmiä on arvosteltu lähinnä siitä, että ne näyttäisivät suosivan suuri kuntia pienten ja keskisuuren kuntien kustannuksella. Taulukossa 9 on esitetty sairaanhoitopiireissä käytössä olevien tasausjärjestelmien nettomaksujen ja nettosäämisten jakautuminen kuntakoon mukaan ryhmiteltynä vuosien 2000-2003 kumulatiivisen kertymän mukaan. Taulukon perusteella näyttäisi siltä, että väestöpohjaltaan yli 50 000 asukkaan suuret ja keskisuuret kaupungit olisivat hyötäneet nykyisestä kalliiden hoitojen tasausjärjestelmästä vuosina 2000-2003. Maksajina olisivat ennen kaikkea 6 000-10 000 asukkaan kunnat ja myös 30 000-50 000 asukkaan kunnat.

Vaikka taulukossa 9 esitetyt tulokset näyttäisivät olevan ristiriidassa kalliiden hoitojen kustannusten tasauksen tavoitteiden kanssa, tulokset saattavat olla myös odotetun mukaisia. Tulokset voivat heijastaa sitä, että suuriin ja keskisuuriin kaupunkeihin kalliita hoitoja on sattunut vuosina 2000-2003 satunnaisuudesta johtuen enemmän kuin pienille paikkakunnille. Todennäköisyys sille, että 100 000 asukkaan kaupungissa on yksi kallis hoito vuodessa on noin 20 -kertainen 5 000 asukkaan kuntaan verrattuna ja noin 100 -kertainen 1 000 asukkaan kuntaan nähden. Toisin ilmaistuna todennäköisyyksiä voidaan kuvata seuraavasti. Jos 100 000 asukkaan kaupunkiin sattuu yksi erityisen kallis hoito kerran vuodessa, 5 000 asukkaan kuntaan sellainen sattuu kerran 20 vuodessa ja 1 000 asukkaan kuntaan kerran 100 vuodessa. Siten neljän vuoden tarkastelun tulokset voivat hyvinkin kuvata sitä, että sairaanhoitopiirien kalliiden hoitojen tasausjärjestelmät toimivat odotetulla tavalla.

Taulukko 9. Sairaanhoitopiireissä käytössä olevien kalliiden hoitojen tasausjärjestelmien nettomaksut kuntakoon mukaan vuosina 2000-2003. (+ = nettosaaja, - = nettomaksaja)

Kuntakoko*	Kuntien määrä*	Asukkaita yhteensä*	Euroa yhteensä**	Euroa / asukas***
Yli 100 000	6	1 454 732	3 710 850	2,55
50 000-99 999	8	564 263	1 906 267	3,38
30 000-49 999	18	649 056	-1 602 428	-2,47
20 000-29 999	18	414 443	199 195	0,48
10 000-19 999	52	713 090	295 945	0,42
6 000-9 999	75	591 722	-3 617 327	-6,11
3 000-5 999	120	520 488	-146 418	-0,28
1 000-2 999	118	238 122	469 560	1,97
Alle 1 000	15	11 035	-211 303	-19,15

* Vuosien 2000-2003 keskiarvo

** Kumulatiivinen summa 2000-2003

*** Kumulatiivinen summa 2000-2003 jaettuna vuosien 2000-2003 keskväestöllä

6.2 Rahoitusvastuu miljoonapiirillä

Erityisen kalliiden hoitojen kustannusten tasausvastuun siirtyessä sairaanhoitopiiriltä miljoonapiirille, vakuuttajan väestöpohja kasvaa olennaisesti. Miljoonapiirissä vakuutuspoolin väestöpohja kasvaa keskimäärin 6,3 -kertaiseksi (vaihteluväli 1,2-13,3) verrattuna sairaanhoitopiirin tasoiseen pooliin. Miljoonapiirin vakuutuspooliin kuulumisen olisi kunnille pakollista.

Miljoonapiiritasolla toteutettava tasaus voidaan toteuttaa hallinnollisesti useammalla tavalla. Yksi vaihtoehto on, että miljoonapiirin yliopistollinen sairaanhoitopiiri toimii järjestelmän ylläpitäjänä ja kerää tasausmaksut joko suoraan miljoonapiirin kunnilta tai vaihtoehtoisesti sairaanhoitopiireiltä, jotka keräävät ne edelleen jäsenkunniltaan.

Suurempi väestöpohja mahdollistaa suurempien taloudellisten riskien kantamisen ja tarjoaa paremmat mahdollisuudet kalliiden hoitojen toteuttamiseen keskitetysti, tarkoituksenmukaisen työnjaon toteuttamisen eri sairaanhoitopiirien välillä ja hoitoon tarvittavan henkilöstön ohjaamiseen paikallisesti paremmin potilaiden hoitamiseen. Miljoonapiirissä kalliiden potilaiden hoidon toteuttaminen keskitetysti tuo sekä hoidollista hyötyä potilaille että potentiaalisesti taloudellista etua kunnille.

Kalliiden hoitojen rahoitusvastuun ollessa miljoonapiirissä palvelujen tuotanto ja rahoitus ovat edelleen kuntakentän vastuulla ja hallinnassa samalla tavalla kuin ne ovat sairaanhoitopiirissä.

Kuntien mahdollisuudet seurata ja valvoa kalliiden hoitojen kustannusten kehitystä todennäköisesti heikkenevät rahoitusvastuun siirtyessä sairaanhoitopiiriltä miljoonapiirille. Näin siksi, että taloutta ja toimintaa koskeva päätöksenteko etäänny entisestään kunnan päätöksenteosta. Mitä kauempana rahoittaja on palvelujen tuottajasta, sitä heikompi mahdollisuus rahoittajalla on valvoa tuottajan toimintaa.

Koska kustannusten syntyminen ja kohtaanto kuntiin on satunnaista, kustannusten ennakointi ja valvonta on tässä rahoitusvaihtoehdossa kunnan näkökulmasta vaikeaa. Kunnan mahdollisuudet ja myös intressi valvoa kalliiden hoitojen kustannuksia ja kustannusten kehitystä heikkenee, koska kustannukset jaetaan useampien kuntien kesken ja todennäköinen maksurasitus asukasta kohti alenee.

Se miten kuntien kustannusrasitus muuttuu kalliiden hoitojen kustannusten tasausvastuun siirtyessä sairaanhoitopiireiltä miljoonapiireille riippuu siitä, miten kalliit hoidot jakautuvat kuntien kesken tällä hetkellä. Yhteenveto voittajista ja häviäjistä tasausvastuun siirtyessä sairaanhoitopiiriltä miljoonapiiritasolle on esitetty taulukossa 10.

Taulukosta 10 nähdään että se, minkä sairaanhoitopiirin jäsenkunnat voittavat tai häviävät tasausvastuun muuttuessa riippuu käytettävästi kalliin hoidon tasausrajasta. Yksiselitteisesti voidaan tulosten perusteella todeta vain seuraavaa: Jos erityisen kalliiden hoitojen kustannusten tasaus toteutetaan sairaanhoitopiirin asemasta miljoonapiirin sisällä, muutoksesta hyötyy Satakunnan sairaanhoitopiiri riippumatta siitä, mitä tasausrajaa sovelletaan. Vastaavasti muutos on epäedullinen kaikissa tasausvaihtoehdoissa Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirien kannalta.

6.3 Rahoitusvastuu kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisella poolilla

Erityisen kalliiden hoitojen kustannusten tasausvastuun siirtyessä sairaanhoitopiiriltä kuntien tai kuntayhtymien valtakunnalliselle poolille, vakuuttajan väestöpohja kasvaa radikaalisti. Vakuutuspoolin väestöpohja kasvaa keskimäärin 35 -kertaiseksi (vaihteluväli 3,7-79,3 kertaiseksi) verrattuna sairaanhoitopiirin tasoiseen pooliin. Valtakunnalliseen vakuutuspooliin kuulumisen olisi kunnille pakollista.

Kuntien valtakunnallisen vakuutuspoolin voisi toteuttaa esimerkiksi Kuntarahoitus Oyj:n tai vastaavan toimesta. Vakuutuspooli voisi olla osa ko. yritystä tai sen tytäryhtiö.

Järjestelyn edut ja haitat ovat pääpiirteissään samat kuin miljoonapiiritasoisessa vakuutuspoolissa, mutta vahvemmat. Lisäksi voidaan todeta seuraavia näkökohtia.

Taulukko 10. Voittajat ja häviäjät (sairaanhoitopiirin jäsenkunnat) erityisen kalliiden hoitojen kustannusten rahoitusvastuun siirtyessä sairaanhoitopiireiltä miljoonapiireille vuoden 2003 tilanteen mukaan.

	Yli 80 000 euroa	Yli 120 000 euroa	Yli 160 000 euroa
Voittajat	Pohjois-Karjalan shp Satakunnan shp Etelä-Savon shp	Satakunnan shp Pohjois-Pohjanmaan shp	Lapin shp Satakunnan shp Etelä-Pohjanmaan shp
Häviäjät	Etelä-Karjalan shp Kymenlaakson shp Keski-Suomen shp Keski-Pohjanmaan shp	Kymenlaakson shp Etelä-Karjalan shp	Kymenlaakson shp Länsi-Pohjan shp Etelä-Karjalan shp Etelä-Savon shp

Kaikkein tärkein ero edellisiin tarkasteltuihin rahoitusvaihtoehtoihin on se, että rahoitusvastuun siirtyessä kuntien valtakunnalliselle vakuutuspoolille, erityisen kalliiden hoitojen rahoitus- ja järjestämisvastuu eriytyvät. Tällä on todennäköisesti merkittäviä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia kaikkien osapuolten, niin palvelujen tuottajan kuin kunnankin, käyttäytymiseen.

Kunnat ovat tottuneet järjestämään erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiirin kautta ja osapuolten välillä on sovitut ja pääosin toimivat käytännöt. Rahoitusvastuun siirtyessä kunnan ja sairaanhoitopiirin ulkopuoliselle taholle tuottajan, sairaanhoitopiirin, intressi arvioida hoidon taloudellista puolta kunnan puolesta heikkenee. Samoin heikkenee kunnan intressi valvoa hoidon kustannuksia. Tämä voi parantaa potilaiden hoidon laatua, lisätä hoidon intensiteettiä, mahdollistaa kalliimpien hoitokäytäntöjen toteuttamisen ja ajan oloon kasvattaa myös erityisen kalliiden potilaiden määrää, kun tuottajan ei tarvitse kantaa huolta kunnan rahoitusmahdollisuuksista. Järjestely poistaa tuottajalta taloudellisen rajoitteen erityisen kalliiden potilaiden hoitamisessa.

Kun erityisen kalliiden hoitojen kustannusten tasaus toteutetaan kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisen poolin toimesta, hoitokustannukset ja niiden rahoitus pysyy laajassa mielessä kuntakentän hallinnassa.

Kuntien omistamien sairaanhoitopiirien toiminnan taloudellisuuden varmistaminen kalliiden potilaiden hoitamisessa todennäköisesti edellyttää sitä, että vakuutuspooli perustaisi tarvittavan seuranta- ja valvontaelimen arvioimaan kalliiden hoitojen sisältöä ja toteutusta,

seuraamaan kustannusten kohtuullisuutta ja hoidon laatua sekä varmistamaan hoitojen tarkoituksenmukaisuuden jokaisen yksittäisen potilaan kohdalla.

Se miten kuntien kustannusrasitus muuttuu kalliiden hoitojen kustannusten tasausvastuun siirtyessä sairaanhoitopiireiltä kuntien tai kuntayhtymien valtakunnalliselle poolille riippuu siitä, miten kalliit hoidot jakautuvat kuntien kesken tällä hetkellä. Yhteenveto voittajista ja häviäjistä tasausvastuun siirtyessä sairaanhoitopiiriltä valtakunnalliselle poolille on esitetty taulukossa 11.

Taulukosta 11 nähdään että se, minkä sairaanhoitopiirin jäsenkunnat voittavat tai häviävät tasausvastuun muuttuessa riippuu käytettävästi kalliin hoidon tasausrajasta. Yksiselitteisesti voidaan tulosten perusteella todeta vain seuraavaa: Jos erityisen kalliiden hoitojen kustannusten tasaus toteutetaan sairaanhoitopiirin asemasta kuntien valtakunnallisessa poolissa, muutoksesta hyötyy Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri riippumatta siitä, mitä tasausrajaa sovelletaan. Vastaavasti muutos on epäedullinen kaikissa tasausvaihtoehdoissa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kannalta. Muutos olisi epäedullinen myös Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien kannalta kahdessa tapauksessa kolmesta.

Taulukko 11. Voittajat ja häviäjät (sairanhoitopiirin jäsenkunnat) erityisen kalliiden hoitojen kustannusten rahoitusvastuun siirtyessä sairaanhoitopiireiltä kuntien tai kuntayhtymien valtakunnalliselle poolille vuoden 2003 tilanteen mukaan.

	Yli 80 000 euroa	Yli 120 000 euroa	Yli 160 000 euroa
Voittajat	Helsingin- ja Uudenmaan shp Pohjois-Karjalan shp	Helsingin- ja Uudenmaan shp Satakunnan shp	Lapin shp Helsingin- ja Uudenmaan shp
Häviäjät	Varsinais-Suomen shp Keski-Suomen shp Keski-Pohjanmaan shp Etelä-Pohjanmaan shp	Lapin shp Kymenlaakson shp Länsi-Pohjan shp Varsinais-Suomen shp	Länsi-Pohjan shp Varsinais-Suomen shp Etelä-Savon shp

6.4 Rahoitusvastuu valtiolla

Erityisen kalliiden hoitojen kustannusten tasausvastuun siirtyessä sairaanhoitopiiriltä valtiolle järjestelyn edut ja haitat ovat pääpiirteissään samat kuin kuntien tai kuntayhtymien toteuttaessa tasauksen valtakunnallisen vakuutuspoolin toimesta. Lisäksi voidaan todeta seuraavia näkökohtia.

Olellainen ero nykyiseen rahoitustapaan on se, että erityisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuun siirtyessä valtiolle, hoitojen rahoitus- ja järjestämisvastuu eriytyvät vieläkin selkeämmin kuin kuntien valtakunnallisessa vakuutuspoolissa. Tällä on todennäköisesti hyvin merkittäviä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia kaikkien osapuolten, niin palvelujen

tuottajan kuin kunnankin, käyttäytymiseen erityisesti sen jälkeen kun osapuolet oppivat uuden järjestelyn toimintaperiaatteet ja oppivat hyödyntämään sitä täysimääräisesti.

Kunnan intressi seurata ja valvoa hoidon laatua saattaa säilyä jokseenkin ennallaan rahoitusvastuun siirtyessä valtiolle, mutta intressi erityisen kalliiden hoitojen kustannusten kehityksen seuraamiseen ja kriittiseen arviointiin heikkenee ja ajan myötä poistuu. Kunnat voivat omilla ratkaisuillaan vaikuttaa toimintojen resursointiin, painotuksiin, hoidon laatuun ja menoihin sairaanhoitopiirin kautta, mutta rahoitusvastuun ollessa valtiolla, kuntien intressissä on todennäköisesti parantaa resursointia, hoidon laatua ja määrää ja sitä kautta siirtää kustannuksia valtio kannettavaksi.

Jos erityisen kalliiden hoitojen kustannusten rahoitusvastuu siirretään valtiolle ilman, että kuntien valtionosuuksiin tehdään vastaavaa tarkistusta, kuntakenttä kokonaisuudessaan ja kaikki kunnat hyötyvät ratkaisusta. Vuonna 2003 kuntasektori olisi hyötynyt noin 155 miljoonaa euroa, jos valtio olisi korvannut täysimääräisesti kaikkien niiden potilaiden hoitokustannukset, joiden hoitaminen maksaa vuodessa enemmän kuin 80 000 euroa potilasta kohti.

Se miten paljon yksittäiset kunnat hyötyvät rahoituksen siirtyessä sairaanhoitopiireiltä valtiolle riippuu siitä, miten kalliit hoidot jakautuvat kuntien kesken tällä hetkellä. Rahoitusvastuun siirtyminen sairaanhoitopiiriltä valtiolle hyödyttäisi eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntia (taulukko 10). Lisäksi rahoitusvastuun rajasta riippuen valtion ottaessa vastattavakseen erityisen kalliiden hoitojen kustannukset hyötyjiä ovat Pohjois-Karjalan, Satakunnan ja Lapin sairaanhoitopiirien jäsenkunnat.

Jos rahoitusvastuun siirtyessä valtiolle samanaikaisesti vähennetään vastaava rahasumma kuntien yleisistä valtionosuuksista, järjestelystä hyötyvät ne kunnat joissa on erityisen kalliita hoitoja vaativia potilaita ja häviävät ne kunnat, joissa tällaisia potilaita ei ole. Hyötyjät ja häviäjät ovat todennäköisesti samoja kuin tapauksessa, jossa rahoitusvastuu siirtyy kuntien tai kuntayhtymien valtakunnalliselle poolille (ks. taulukko 10).

Eryyisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuun siirtyessä valtiolle tulisi tasausrajaa tarkistaa vuosittain sairaalahoidon kustannusten kehitystä vastaavasti esimerkiksi Tilastokeskuksen julkaisemalla kuntasektorin terveydenhuollon hintaindeksillä tai vastaavalla. Indeksitarkistus tulisi toteuttaa esimerkiksi syyskuun puoleen väliin mennessä tammi-kesäkuun tietojen perusteella, jotta tietoa voitaisiin hyödyntää kuntien, sairaanhoitopiirien ja valtion talousarvioiden laadinnassa.

Valtio voisi kattaa erityisen kalliiden hoitojen kustannukset täysimääräisesti tai sovitun vuotuisen omavastuuosuuden ylittävältä osalta. Kunnan omavastuu voisi olla esimerkiksi 80 000 euroa potilasta kohti vuodessa. Sen ylimenevät potilaskohtaiset kustannukset valtio korvaisi täysimääräisesti tai suhteellisen omavastuun, esimerkiksi 20 %, ylittävältä osalta.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Sairaalalaskutusta selvittäneet selvitysmiehet ehdottivat tammikuussa 2003 eräiden erityisen kalliiden hoitojen sekä Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen päätöksellä valtion mielisairaaloihin sijoitettujen ns. kriminaalipotilaiden hoitokustannusten siirtämistä valtion korvattavaksi. Nykyisessä hallitusohjelmassa on tätä selvitystyötä koskeva maininta ja siinä esitetään selvitettäväksi mahdollisuuksia siirtää erityisen kalliita hoitoja valtion rahoitusvastuulle. Sosiaali- ja terveysministeriössä selvitettiin syksyllä 2003 alustavasti kalliiden hoitojen rahoitusvastuun siirtämisen vaikutuksia. Tässä selvityksessä rahoitusvastuun siirtämisen taloudellisia vaikutuksia arvioitiin aikaisempaa yksityiskohtaisemmin vuosia 2000-2003 koskevan aineiston avulla.

Tässä selvityksessä arvioitiin erityisen kalliiden vuotuisten potilaskohtaisten hoitokustannusten rahoituksen järjestämistä neljän eri vaihtoehdon mukaisesti sairaanhoitopiirien antamien tietojen pohjalta. Tarkastellut vaihtoehdot olivat:

- 1) Rahoitusvastuu sairaanhoitopiirillä
- 2) Rahoitusvastuu erityisvastuualueella eli ns. miljoonapiirillä
- 3) Rahoitusvastuu kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisella poolilla
- 4) Rahoitusvastuu valtiolla.

Erityisen kalliiksi hoidoiksi määriteltiin kaikkien sellaisten potilaiden hoito, josta aiheutuu yli 80 000 euron kustannukset potilasta kohti vuodessa.

Tarkastelussa lähdettiin siitä, että potilaskohtaisen korvausrajan ylittyessä potilaan hoidon kustannukset korvataan kaikissa vaihtoehdoissa täysimääräisesti.

Erityisen kalliita potilaskohtaisia hoitokustannuksia koskevan tarkastelun keskeiset tulokset voidaan koota seuraaviksi 16 yleiseksi johtopäätökseksi.

Kokonaiskustannukset

- 1 Erityisen kalliiden hoitojen kokonaiskustannukset olivat vuonna 2003 noin 156 miljoonaa euroa.
- 2 Erityisen kalliiden hoitojen kokonaiskustannukset yli kaksinkertaistuivat vuosina 2000-2003. Kustannusten nousu johtui lähes yksinomaan kalliiden hoitajaksojen määrän kasvusta. Sairaaloiden yleisen kustannustason merkitys kustannusten kasvussa oli vähäinen.

Kustannusten alueellinen jakautuminen

- 3 Erityisen kalliiden potilaiden määrä ja hoidon kustannukset jakautuvat epätasaisesti sairaanhoitopiirien kesken. Siten myös kustannukset asukasta kohti vaihtelevat merkittävästi sairaanhoitopiireittäin, Varsinais-Suomen sairaanhoito-

piirin noin 8,40 eurosta asukasta kohti HUS –piirin noin 51,30 euroon asukasta kohti.

- 4 Erityisen kalliiden hoitojen kustannukset muodostivat vuonna 2003 yleensä selvästi alle viisi prosenttia sairaanhoitopiirin jäsenkuntalaskutuksesta. Osuus oli korkein HUS –piirissä (8,0 %) ja alhaisin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä (1,5 %).

Satunnaisuus

- 5 Teoriassa suurempi väestöpohja tasaa kuntien välistä taloudellista riskiä. Erityisen kalliit potilaat eivät kuitenkaan näytä jakautuvan kuntien ja sairaanhoitopiirien kesken täysin satunnaisesti vaan eräissä suuremmissa kaupungeissa sekä esimerkiksi HUS-piirissä ja Lapin sairaanhoitopiirissä erityisen kalliita potilaita on selvästi niiden väestöosuutta enemmän. Potilaiden jakautumiseen vaikuttavat satunnaisuuden lisäksi muut tekijät kuten esimerkiksi hoitomahdollisuudet.
- 6 Kalliiden potilaiden 'varanto' on siten joissakin sairaanhoitopiireissä ja niiden jäsenkunnissa suuri, mutta varannon muutos vuodesta toiseen ja siten hoidon kokonaiskustannusten vuosivaihtelu voi olla jossain määrin satunnaista.
- 7 Kun erityisen kalliiden potilaiden määrä ja hoidon kokonaiskustannukset näyttävät kasvaneen monissa sairaanhoitopiireissä vuosina 2000-2003, on epätodennäköistä, että kalliiden hoitojen tasauksen toteuttaminen ns. liukuvana tasoituksena, esimerkiksi 3-5 vuoden aikana, poistaisi riittävästi kalliiden hoitojen vaihtelusta kunnalle aiheutuvaa taloudellista riskiä.

Rahoitusvastuu sairaanhoitopiirillä

- 8 Nykyinen sairaanhoitopiirien toteuttama poikkeuksellisen kalliiden hoitojen kustannusten tasausjärjestelmä on toimintaperiaatteiltaan selkeä, hallinnollisesti kevyt ja edullinen toteuttaa. Nykyjärjestelmän avulla voidaan välttää potilaskohtainen leimautuminen, kun suuret hoitokustannukset aiheuttanut henkilö ei tule tunnistetuksi. Kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on intressi seurata kalliiden hoitojen kehitystä ja arvioida kriittisesti hoitokäytäntöjä. Nykyisiä tasausjärjestelmiä arvostellaan siitä, että ne näyttävät suosivan suuria kuntia pienten ja keskisuurten kuntien kustannuksella.

Rahoitusvastuu erityisvastuualueella eli ns. miljoonapiirillä

- 9 Suuri väestöpohja mahdollistaa suurempien taloudellisten riskien kantamisen, tarjoaa paremmat mahdollisuudet toteuttaa kalliit hoidot tarkoituksenmukaisemmin ja taloudellisemmin kuin yksittäisessä sairaanhoitopiirissä.

Kuntien mahdollisuudet seurata ja valvoa kalliiden hoitojen kustannusten kehitystä todennäköisesti heikkenee rahoitusvastuun siirtyessä sairaanhoitopiiriltä miljoonapiirille.

- 10 Rahoitusvastuun toteuttaminen miljoonapiirin tasolla nostaisi kuntien ta-sausrahastoon maksamia maksuja yhdeksän sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa. Maksut nousisivat eniten Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien jäsenkunnissa ja laskisivat eniten Pohjois-Karjalan ja Satakunnan sairaanhoitopiirien jäsenkunnissa.

Rahoitusvastuu kuntien tai kuntayhtymien valtakunnallisella poolilla

- 11 Rahoitusvastuun siirtyessä kuntien valtakunnalliselle poolille, erityisen kalliiden hoitojen järjestämis- ja rahoitusvastuu eriytyy. Tämä voi muuttaa merkittävästi kaikkien toimijoiden, niin palvelujen tuottajien kuin kuntienkin, kannusteita ja käyttäytymistä.
- 12 Rahoitusvastuun toteuttaminen kuntien valtakunnallisen vakuutuspoolin tai vastaavan toimesta nostaisi tasausmaksuja kaikissa muissa sairaanhoitopiireissä paitsi HUS-piirissä sekä Pohjois-Karjalan, Kymenlaakson ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä.

Rahoitusvastuu valtiolla

- 13 Rahoitusvastuun siirtyessä valtiolle, hoitojen rahoitus- ja järjestämisvastuu eriytyvät vieläkin selkeämmin kuin kuntien valtakunnallisessa vakuutuspoolissa. Tällä on todennäköisesti hyvin merkittäviä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia kaikkien osapuolten, niin palvelujen tuottajien kuin kuntienkin, käyttäytymiseen erityisesti sen jälkeen kun osapuolet oppivat uuden järjestelyn toimintaperiaatteet ja oppivat hyödyntämään sitä täysimääräisesti.
- 14 Rahoitusvastuun siirtäminen kunnilta valtiolle merkitsisi vuoden 2003 tilanteen mukaan noin 156 miljoonan euron kustannusvastuun siirtoa valtiolle, jos kalliiden hoitojen potilaskohtainen raja olisi 80 000 euroa. Jos raja olisi 120 000 euroa valtion rahoitusvastuu olisi 69 miljoonaa euroa ja 160 000 euron rajalla 47 miljoonaa euroa. Rahoitusvastuun siirtyminen valtiolle hyödyttäisi eniten HUS-piirin ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin jäsenkuntia.
- 15 Jos valtio vähentäisi erityisen kalliiden hoitojen kustannuksia vastaavan rahasumman esimerkiksi kuntien yleisistä valtionosuuksista, kuntakenttä kokonaisuudessaan ei hyötyisi rahoitusvastuun siirtymisestä valtiolle.

Yhteenveto

- 16 Tarkastelusta ei nouse esille rahoitusvaihtoehtoa, joka tasaisi nykyistä järjestelmää paremmin erityisen kalliista hoidoista aiheutuvia kuntakohtaisia taloudellisia riskejä. Rahoitusvaihtoehtojen paremmuus riippuu tasausrajasta ja tarkasteluvuodesta. Nykyisen sairaanhoitopiirikohtaisen tasausjärjestelmän korvaaminen jollakin muulla tässä tarkastelulla rahoitusjärjestelyllä näyttäisi olevan selvästi nykyistä edullisempi järjestely vain Satakunnan sairaanhoitopiirin ja HUS-piirin jäsenkunnille.

LÄHTEET

Häkkinen U, Linna M, Salonen M. Korvausmenettelyn ja kuntakoon vaikutus erikoissairaanhoidon taloudelliseen riskiin. Suomen Lääkärilehti 1994, 25, 2454-2458.

Laasonen K, Hietaharju A, Jussila T, ym. Hengityshalvauspotilaiden hoitoprosessi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 9/2002, Tampere 2002.

Mikkola H, Sund R, Linna M, Häkkinen U (2002). Erikoissairaanhoidon hinnoittelu, kuntakoko ja rahoitusriski. Terveystaloustiede 2002, Mikkola H (toim.) Stakes Aiheita 2/2002. Helsinki 2002.

Mikkola H, Sund R, Linna M, Häkkinen U (2002), Erikoissairaanhoidon kustannusten satunnainen vaihtelu pienten kuntien ongelma. Sairaala 3/2002, s. 42-43.

Mikkola H, Sund R, Linna M, Häkkinen U, Comparing the financial risk of bed-day and DRG-based pricing types using parametric and simulation methods, Health Care Management Science:6:2:2003:67-74.

Männistö J. Muistio vuotuisista erityisen kalliista potilaskohtaisista kustannuksista. Sosiaali- ja terveysministeriö 19.9.2003.

Punkari J, Kaitokari P. Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitysmiesten raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:1. Helsinki 2003.

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003.

Taskula T. Eräitä valtion ja kuntien kustannustenjakokysymyksiä. Muistio 4.2.2004.

Liitetaulukko 1. Yli 80 000 euroa maksavien hoitojen kokonaismäärät ja kokonaiskustannukset sairaanhoitopiireittäin vuosina 2000-2003.

Sairaanhoitopiiri	2000		2001		2002		2003	
	Euroa	Määrä	Euroa	Määrä	Euroa	Määrä	Euroa	Määrä
Varsinais-Suomen	4 576 055	38	3 681 123	32	5 646 297	46	3 861 982	34
Satakunnan	3 351 733	24	3 219 339	25	4 783 986	40	6 166 878	48
Kanta-Hämeen	1 898 907	14	674 137	7	1 756 881	16	3 020 277	23
Pirkanmaan	4 983 930	43	7 856 979	69	12 111 636	107	12 386 434	112
Päijät-Hämeen	2 625 814	19	3 440 778	29	2 587 449	21	5 204 136	47
Kymenlaakson	0	0	908 350	9	728 111	8	5 685 523	65
Etelä-Karjalan	2 519 500	19	2 926 032	24	3 075 413	24	2 747 046	22
Etelä-Savon	954 544	10	1 179 524	13	289 292	3	3 054 864	33
Itä-Savon	564 820	4	846 890	6	828 483	6	1 329 813	11
Pohjois-Karjalan	2 797 577	22	2 974 755	21	4 141 452	37	6 363 573	58
Pohjois-Savon	3 072 283	29	4 069 325	38	5 528 342	41	6 287 811	49
Keski-Suomen	2 120 331	22	1 593 370	17	2 284 835	23	2 304 694	25
Etelä-Pohjanmaan	2 996 960	22	3 180 639	26	3 434 241	24	3 448 655	24
Vaasan	1 821 482	18	1 356 738	14	1 726 570	18	3 502 501	40
Keski-Pohjanmaan	867 212	9	366 223	4	473 475	5	1 006 174	11
Pohjois-Pohjanmaan	5 350 952	44	6 464 261	53	9 008 192	74	11 729 566	95
Kainuun	-	-	-	-	-	-	-	-
Länsi-Pohjan	278 855	3	186 284	2	470 278	5	1 415 973	15
Lapin	263 634	3	491 531	5	880 054	8	3 366 619	33
Helsinki, Uudenmaan	32 529 248	278	43 827 996	363	56 747 800	465	73 023 376	592
Yhteensä	73 573 837	621	89 244 274	757	116 502 787	971	155 905 895	1 337
Keskisarvo	3 872 307	33	4 697 067	40	6 131 726	51	8 205 573	70

Liitetaulukko 2. Kuntien maksut yli 80 000 euroa maksavien hoitojen tasausrahaan sairaanhoitopiireittäin eri vaihtoehtoisissa vuosina 2000-2003, euroa asukasta kohti.

Sairaanhoitopiiri	Valtio / kuntien Miijoonapiiri Sairaanhoitopiiri		Valtio / kuntien Miijoonapiiri Sairaanhoitopiiri		Valtio / kuntien Miijoonapiiri Sairaanhoitopiiri		Valtio / kuntien Miijoonapiiri Sairaanhoitopiiri			
	valtakunnallinen pooli	2000	valtakunnallinen pooli	2001	valtakunnallinen pooli	2002	valtakunnallinen pooli	2003		
Varsinais-Suomen	14,2	11,6	17,2	10,1	8,1	22,4	15,2	29,9	14,6	8,4
Satakunnan	14,2	11,6	17,2	10,1	14,0	22,4	15,2	29,9	14,6	27,0
Kanta-Hämeen	14,2	12,1	17,2	13,9	4,1	22,4	18,2	29,9	23,0	18,1
Pirkanmaan	14,2	12,1	17,2	13,9	17,3	22,4	18,2	29,9	23,0	26,7
Päijät-Hämeen	14,2	12,1	17,2	13,9	16,6	22,4	18,2	29,9	23,0	25,1
Kymenlaakson	14,2	20,6	17,2	27,8	5,0	22,4	35,1	29,9	46,9	30,9
Etelä-Karjalan	14,2	20,6	17,2	27,8	22,6	22,4	35,1	29,9	46,9	21,3
Etelä-Savon	14,2	10,8	17,2	11,8	11,1	22,4	14,7	29,9	22,6	29,2
Itä-Savon	14,2	10,8	17,2	11,8	14,5	22,4	14,7	29,9	22,6	23,2
Pohjois-Karjalan	14,2	10,8	17,2	11,8	17,2	22,4	14,7	29,9	22,6	37,3
Pohjois-Savon	14,2	10,8	17,2	11,8	16,2	22,4	14,7	29,9	22,6	25,2
Keski-Suomen	14,2	10,8	17,2	11,8	6,0	22,4	14,7	29,9	22,6	8,7
Etelä-Pohjanmaan	14,2	12,1	17,2	13,9	16,3	22,4	18,2	29,9	23,0	17,7
Vaasan	14,2	12,1	17,2	13,9	8,2	22,4	18,2	29,9	23,0	21,1
Keski-Pohjanmaan	14,2	9,3	17,2	10,3	4,7	22,4	15,0	29,9	23,8	13,0
Pohjois-Pohjanmaan	14,2	9,3	17,2	10,3	17,2	22,4	15,0	29,9	23,8	30,2
Kainuun	14,2	9,3	17,2	10,3	0,0	22,4	15,0	29,9	23,8	0,0
Länsi-Pohjan	14,2	9,3	17,2	10,3	2,7	22,4	15,0	29,9	23,8	21,2
Lapin	14,2	9,3	17,2	10,3	4,0	22,4	15,0	29,9	23,8	28,1
Heisinki, Uudenmaan	14,2	20,6	17,2	27,8	31,2	22,4	35,1	29,9	46,9	51,2

Liitetaulukko 3. Kuntien maksut yli 120 000 euroa maksavien hoitojen tasausrahaan sairaanhoitopiireittäin eri vaihtoehdoissa vuosina 2000-2003, euroina asukasta kohti.

Sairaanhoitopiiri	2000		2001		2002		2003		
	Valtio / kuntien valtakunnallinen pooli	Miljoonapiiri Sairaanhoitopiiri	Valtio / kuntien valtakunnallinen pooli	Miljoonapiiri Sairaanhoitopiiri	Valtio / kuntien valtakunnallinen pooli	Miljoonapiiri Sairaanhoitopiiri	Valtio / kuntien valtakunnallinen pooli	Miljoonapiiri Sairaanhoitopiiri	
Varsinais-Suomen	6,9	6,0	8,1	4,9	11,0	7,7	13,3	8,3	4,2
Satakunnan	6,9	6,0	8,1	4,9	11,0	7,7	13,3	8,3	16,7
Kanta-Hämeen	6,9	7,1	8,1	7,3	11,0	8,8	13,3	9,8	10,2
Pirkanmaan	6,9	7,1	8,1	7,3	11,0	8,8	13,3	9,8	9,0
Päijät-Hämeen	6,9	7,1	8,1	7,3	11,0	8,8	13,3	9,8	8,9
Kymenlaakson	6,9	9,0	8,1	12,8	11,0	17,8	13,3	21,0	3,6
Etelä-Karjalan	6,9	9,0	8,1	12,8	11,0	17,8	13,3	21,0	9,0
Etelä-Savon	6,9	5,4	8,1	5,2	11,0	6,1	13,3	9,5	7,8
Itä-Savon	6,9	5,4	8,1	5,2	11,0	6,1	13,3	9,5	10,3
Pohjois-Karjalan	6,9	5,4	8,1	5,2	11,0	6,1	13,3	9,5	12,7
Pohjois-Savon	6,9	5,4	8,1	5,2	11,0	6,1	13,3	9,5	12,8
Keskki-Suomen	6,9	5,4	8,1	5,2	11,0	6,1	13,3	9,5	5,2
Etelä-Pohjanmaan	6,9	7,1	8,1	7,3	11,0	8,8	13,3	9,8	11,4
Vaasan	6,9	7,1	8,1	7,3	11,0	8,8	13,3	9,8	10,6
Keski-Pohjanmaan	6,9	4,4	8,1	5,2	11,0	7,0	13,3	9,9	12,6
Pohjois-Pohjanmaan	6,9	4,4	8,1	5,2	11,0	7,0	13,3	9,9	14,8
Kainuun	6,9	4,4	8,1	5,2	11,0	7,0	13,3	9,9	0,0
Länsi-Pohjan	6,9	4,4	8,1	5,2	11,0	7,0	13,3	9,9	3,9
Lapin	6,9	4,4	8,1	5,2	11,0	7,0	13,3	9,9	2,1
Helsinki-Uudenmaan	6,9	9,0	8,1	12,8	11,0	17,8	13,3	21,0	24,3

- 2004: 1 Lasten- ja nuortenpsykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2002.
ISBN 952-00-1470-5
- 2 Användningen av statsunderstödet för barn- och ungdomspsykiatri år 2002.
ISBN 952-00-1471-3
- 3 Eila Uotila. Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen.
ISBN 952-00-1473-X
- 4 Pirjo Varjoranta, Marjatta Pirskanen, Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen, Arja Haapakorva. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003.
ISBN 952-00-1482-9
- 5 Asko Suikkanen, Sirpa Martti, Ritva Linnakangas. Homma hanksaan. Nuorten kuntoutuskokeilun arviointi.
ISBN 952-00-1486-1
- 6 Sirkka Perttu. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa.
ISBN 952-00-1498-5
- 7 Ritva Linnakangas, Asko Suikkanen. Varhainen puuttuminen. Mahdollisuus nuorten syrjäytymisen ehkäisemisessä.
ISBN 952-00-1504-3
- 8 Eija Kaskiharju, Marjaana Seppänen. Vaihtoehtona palveluseteli. Lahden seudun viiden kunnan palvelusetelikokeilu.
ISBN 952-00-1508-4
- 9 Jorma Back. Yrittäjyys perusterveydenhuollossa.
ISBN 952-00-1531-0
- 10 Sosiaalihuollon tehtävä- ja ammattirakenteen kehittämisprojektin loppuraportti. Toim. Teija Horsma, Elina Jauhiainen.
ISBN 952-00-1537-X
- 11 Marilyn A. Fingerhut, et al. Toward a Better Working Life. International Evaluation of the Finnish Institute of Occupational Health (1997-2003).
ISBN 952-00-1540-X
- 12 Heidi Villikka. Selvitys huumeiden käyttäjien hoitoon suunnatun vuoden 2002 valtionavustuksen käytöstä.
ISBN 952-00-1543-4
- 13 Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004.
ISBN 952-00-1546-9
- 14 Jukka Kumpuvuori. Juridinen esiselvitys vammaispalvelulain ja kehitysvammalain yhteen sovittamisesta. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi).
ISBN 952-00-1555-8

15 Markku Pekurinen et al. Erityisen kalliit hoidot. Rahoitusvaihtoehtojen arviointia.
ISBN 952-00-1566-3