



PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
ryhmäpäällikkö
markku.pekurinen@stakes.fi

Sairaalalaskutuksesta kestävään rahoitukseen

■ Sairaalalaskutuksen uudistamistarvetta pohtineet selvitysmiehet julkistivat ennen eduskuntavaaleja erinomaisen ja kattavan katsauksen sairaalalaskutuksen nykytilasta ja välittömistä kehittämistarpeista. Työllä varattu aika oli tehtävän haasteellisuuteen nähden perin lyhyt.

Selvitysmiesten ehdotukset ovat perusteltuja, mutta pääosin teknisiä ja keskittyvät sairaalalaskutuksen polttavimpien ongelmien paikkaamiseen. Pitkäjänteisten ja kestävien rahoitusvaihtoehtojen kehittelyyn ja tutkimiseen ei käytettävissä ollut aika suonut mahdollisuuksia.

Drg-pohjaiseen kuntalaskutukseen siirtyminen kaikissa sairaanhoitopiireissä on periaatteessa kannatettava ehdotus, mutta vasta vuosien kuluttua, huolellisen tutkimuksen ja kehittämistyön jälkeen. Drg:n käyttö parantaa periaatteessa sairaaloiden laskutushintojen vertailtavuutta. Käytännössä moni asia on kuitenkin vielä ratkaistamatta. Järjestelmää sovelletaan vain osaan sairaaloiden tuotannosta, selvitysmiesten arvion mukaan se kattaa noin 43–75 prosenttia kuntalaskutuksesta, useimmiten korkeintaan puolet drg:ta käyttävissä sairaanhoitopiireissä.

Kansallista drg-ryhmittelyä tulee parantaa, kehittää ja testata vielä monin tavoin. Sen toimivuuden tutkimiseen poliklinikkakäynneille, päivystyspotilaille, psykiatria-

ja lastentauteihin tulee lähivuosina panostaa järjestelmän kattavuuden ja uskottavuuden parantamiseksi. Lisäksi jokaiselle drg-ryhmälle tulee johtaa niiden suhteellista voimavarojen kulutusta kuvaavat suomalaiset, huolelliseen tutkimustietoon perustuvat luotettavat painokertoimet. Paljon on tutkimuksella tehtävää ennen kuin drg-järjestelmää voi luotettavasti käyttää koko sairaalan laskutuksessa.

Selvitysmiesten ehdotukset suurten kuntakohtaisten kustannusvaihteluiden tasaimiseksi parantanevat kuntien erikoissairaanhoidon menojen ennakoitavuutta. Ehdotukset eivät kuitenkaan tuo ratkaisua pienestä kuntakoosta, väestön vanhenemisesta ja terveydenhuollon perinteisestä rahoituspohjasta johtuviin perustavampaa laatua oleviin terveydenhuollon tuleviin rahoitusongelmiin.

Selvitysmiesten työ paljastaa myös suuria puutteita ja jopa merkittäviä aukkoja Suomen terveydenhuollon rahoitusta koskevassa tutkimuksessa. Useimpiin terveydenhuollon rahoituksen ajankohtaisiin ongelmiin ei ole tarjolla tutkittua tietoa.

Olisiko terveydenhuollon rahoituksessa riittävää haastetta suomalaisen terveystaloustieteellisen tutkimuksen yhdeksi keskeiseksi painopisteeksi tulevaisuudessa?

CHES ONLINE 2 • 2003 SISÄLLYS

2. CHES on solmu verkossa
Juha Teperi
3. RUG-III-maksujärjestelmä vanhusten laitoshoidossa
Hoitoisuus hinnoittelun perusteena
Magnus Björkgren
4. Dementoituneiden kuntoutus kannattaa
U. Harriet Finne-Soveri
5. Palveluteleistä niukasti kokemuksia terveydenhuollossa
Hennamari Mikkola
6. Kuopiossa opiskellaan terveystaloustieteen perusteita ja kysytään peruskysymyksiä
Hannu Valtonen
7. FinRAI-portaali on portti RAI-tietoon
Magnus Björkgren
8. Terveydenhuollon yksikkökustannusraportti nyt verkossa
Timo Hujanen



Kuva: Antero Aaltonen

Juha Teperi,
tulosaluejohtaja
Sosiaali- ja terveyspalvelut



Kuva: Timo Hujanen

CHESS on solmu verkossa

**Suomalaista
terveystaloustieteen osaamista
on vahvistettava.**

**Stakes on
keskittänyt alan
osaamista
CHESSIin.**

**CHESS verkottuu
yliopistojen
kanssa.**

**Stakesissa on
merkittävä
tutkijoiden ja
kehittäjien
yhteistyöverkosto.**

**CHESS tekee
yhteistyötä
WHO:n, OECD:n ja
EU:n hankkeissa.**

Suomen Akatemian raportit ja muut tutkimuspolitiikkaa linjaavat dokumentit ovat aina 1980-luvulta asti toistaneet samaa teemaa: suomalaista terveystaloustieteen osaamista on vahvistettava. Yliopistojen ja tieteellisten yhdistysten arvokas työ on vienyt meitä lähemmäksi päämäärää, vaikka askeleet terveystaloustieteen vahvistamisen tiellä ovat joskus olleet lyhyitä.

Viime syksynä Stakes otti pitkän askeleen kokoamalla oman terveystaloustieteellisen osaamisensa uuteen yksikköön, CHESSIin. Tavoitteena oli varmistaa tutkimuksen kehittymiselle riittävän suuri kriittinen massa, jossa osaaminen kertyy yhteen yli erillisten tutkimushankkeiden. Ensi kokemukset ovat olleet myönteisiä ja työstettävässä CHESSin tutkimusstrategiassa paikannetaan selvästi rajatut tutkimustyön painoalueet. Ne toimivat jatkossa asiantuntemuksen kasvattamisen sisällöllisinä polttopisteinä.

Vaikka CHESS on kansallisesti merkittävä terveystaloustieteellisen osaamisen keskittymä, eivät sen voimavarat yksin riitä vastaamaan edes kaikkein tärkeimpiin terveydenhuollon tutkimuksellisiin kysymyksiin. CHESS haluaakin verkottua yliopistojen kanssa niin, että koko maan osaaminen tulee tehokkaasti hyödynnettyä. Tällaisessa yhteistyöverkostossa voidaan hyödyntää kunkin kumppanin vahvuuksia, mihin CHESS haluaa tuoda Stakesin vahvat aineistot yhteisen tutkimustyön pohjaksi. Yliopistoilla tulee aina olemaan oma erityinen ja välttämätön roolinsa. Pitkällä tähtäyksellä yhteiseen tavoitteeseen osaamisen kasvattamisesta päästään vain alan tutkijakoulutusta määrätietoisesti kehittämällä.

CHESS tarvitsee myös kansainvälistä verkostoa. Uusimmat menetelmälliset innovaatiot ja eri maista kertyvä vertailutieto omalle työlle täytyy hakea ulkomailta. Jo nykyään CHESS tekee yhteistyötä muun muassa WHO:n, OECD:n ja EU:n hankkeissa.

CHESSillä on vielä kolmas merkittävä yhteistyöverkosto: Stakesin sisäinen tutkijoiden ja kehittäjien yhteisö. Sosiaali- ja terveyspalvelut-tulosalueen kymmenen ryhmää toimivat joustavasti yhteen. Samalla kun yhteistyötä tehdään suurissa hankkeissa yli ryhmärajojen, kullakin ryhmällä on oma erityinen roolinsa. Vaikuttavuuden ja oikeudenmukaisuuden tutkimusryhmän painopisteet käyvät ilmi sen nimestä ja ei ole ihme, että hanketasolla ryhmällä on yhteistyötä CHESSin kanssa.

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön, FinOHTAn ja sen sisaryksikön Sosiaalipalvelujen evaluaatioryhmän, FinSocin perustehtäviä ovat kansainvälisen menetelmiä koskevan arviointitiedon kerääminen, prosessoiminen ja palvelujärjestelmän organisaatioissa tehtävän hyödyntämisen tukeminen. Palvelujen laatu -ryhmän tehtävänä on tukea yleistä laadun hallintaa. Sen osaamista on hyödynnetty CHESSin ja sairaanhoitopiirien yhteisessä benchmarking-työssä. Nyt pohditaan yhdessä Mielenterveysryhmän kanssa mahdollisuuksia levittää vertaiskehittämismalleja ensi vaiheessa psykiatrisen sairaanhoidon ja jatkossa toivottavasti myös laajemman mielenterveytyön piiriin.

Sisäinen verkostoituminen ei ole pelkkää organisaation toiminnan teknistä kehittämistä. Yhdessä tekeminen tuottaa lisäarvoa myös tiedon käyttäjille. Näin kootaan valmiiksi yhteen eri osaajien työtä, jonka yhdistäminen ei aina ole ulkopuoliselle asiakkaalle kiitollinen tehtävä.

Joskus verkottuminen alkaa kuulostaa itsetarkoitukselliselta sijaistoiminnolta. Terveystaloustieteen kentässä on kuitenkin kyse kaikesta muusta kuin korulauseista. Jotta 80-luvun tavoitteita ei tarvitse asettaa sellaisinaan uudestaan, tarvitaan yhteistä ponnistusta terveystaloustieteellisen tutkimuksen ja osaamisen kehittämiseksi. ■



Magnus Björkgren, FT
projektipäällikkö
Chydenius-Instituutti
magnus.bjorkgren@chydenius.fi
www.finrai.org

RUG eli Resource Utilization Groups on pitkäaikaishoidon asiakasrakennetta kuvaava luokitus, joka ryhmittelee asiakkaat päivittäisen voimavarakäytön perusteella kliinisesti yhdenmukaisiin ryhmiin. Suomessa RUG-luokitus on todettu päteväksi terveyskeskusten vuodeosasto- ja vanhainkotihoidossa. Vuodesta 2000 sitä on hyödynnetty yksiköiden tuottavuuden ja laadun vertailuun Stakesin ja Chydenius-Instituutin RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking -hankkeessa. Parhaillaan ryhmittelyn suomalaiset kustannuspainot päivitetään, ja samalla haetaan mallia luokituksen hyödyntämiseen kuntalaskutuksessa.

RUG-luokittelun kriteerit perustuvat asiakkaan terveydentilaan, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, erityishoitoihin ym. Yli sadan muuttujan pohjalta asiakas luokitellaan seitsemään kliiniseen pääluokkaan: monialainen kuntoutus, erittäin vaativa hoito, erityishoito, kliinisesti monimuotoinen, kognitiivisten toimintojen heikentyminen, käytöshäiriöt ja alentunut fyysinen toimintakyky. Kliiniset pääluokat kuvaavat tyypillisiä pitkäaikaisen laitoshoidon asiakasryhmiä. Näistä pääluokista henkilö ryhmitellään ryhmiin lähinnä fyysisen toimintakyvyn perusteella.

Kustannuspaino joka ryhmälle

Jokaisella RUG-ryhmällä on oma kustannuspaino. Kustannuspaino kuvaa sitä, kuinka paljon taloudellisia voimavaroja ryhmään kuulu-

RUG-III-maksujärjestelmä vanhusten laitoshoidossa

Hoitoisuus hinnoittelun perusteena

Yhdysvalloissa pitkäaikaishoitolaitoksille maksettava hoitopäiväkorvaus julkisissa vakuutusjärjestelmissä määräytyy asiakkaiden hoitoisuuden perusteella. Maksujärjestelmien perustana käytetään RUG-asiakasrakennetta. Parhaillaan selvitetään luokituksen hyödyntämistä Suomessa kuntalaskutuksessa.

va asiakas tarvitsee suhteessa muihin ryhmiin. Jos kustannuspaino on 1,3 asiakkaan hoitaminen vaatii 30 prosenttia enemmän voimavaroja kuin keskimääräinen asiakas. Jos kustannuspaino on 0,7 asiakkaan hoitaminen vaatii vastaavasti 30 prosenttia vähemmän voimavaroja. Suomessa käytetyssä luokituksessa kalliimman ja halvimmän ryhmän välinen kustannusero on noin kuusinkertainen.

Yhdysvalloissa osavaltioiden Medicaid-vakuutuksissa RUG-luokitusta on hyödynnetty hinnoittelussa 1980-luvun lopusta lähtien. Vuonna 1998 luokitus otettiin käyttöön maksuperusteena valtakunnallisessa Medicare-vakuutuksessa akuuttihoitoon jälkeisessä hoidossa. Myös Kanadassa, Sveitsissä ja Islannissa on siirrytty RUG-pohjaisiin maksujärjestelmiin. Hoitoisuuden perustuvassa hoitopäivä hinnoittelussa tavoitteena on yleensä luoda maksajan ja tuottajan kannalta oikeudenmukaisempi korvausjärjestelmä, jossa hoidosta maksettu hinta vastaa voimavarojen tarvetta ja siten hoidon todellisia kustannuksia.

Ennalta sovitut hinnat

Hintapohjaisissa laskutusjärjestelmissä, kuten Medicaressa RUG-ryhmät muodostavat erilaisia hoitopäiväluokkia, joiden hinnat on ennalta sovittu. Medicaid-järjestelmässä laitok-

set jaetaan vertailuryhmiin, joiden pohjalta laitoksille määrätään RUG-vakioitu hoitopäivähinta. Kanadassa on käytössä malli, jossa laitokset saavat joko lisäystä tai vähennystä vuosibudjettiinsa edellisen vuoden asiakasrakennevakioitujen kustannusten pohjalta. Maksujärjestelmiin sisällytetään myös kiihokkeita esimerkiksi siten, että kuntouttavasta hoidosta maksetaan parempi korvaus. Pohjimiltaan maksujärjestelmät perustuvat kyseisen terveydenhuoltojärjestelmän tilaaja- ja tuottajarakenteisiin, tavoitteisiin ja taloudellisiin realiteetteihin.

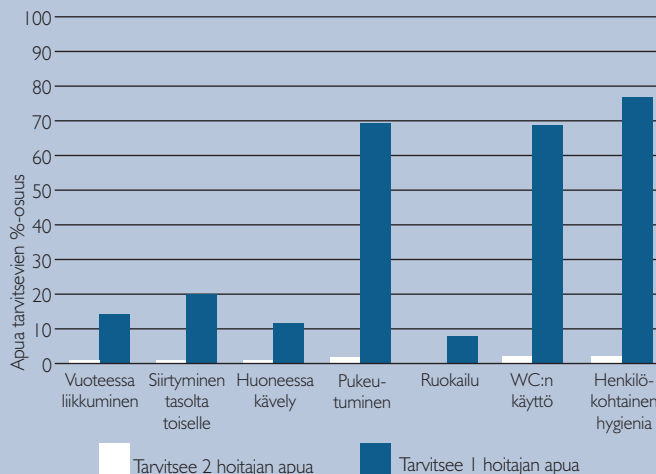
Suomessa meneillään olevassa RUG-pohjaisia maksujärjestelmiä selvittävässä tutkimushankkeessa kartoitetaan miten luokitusta hyödynnetään eri maiden vanhusten laitoshoidon maksujärjestelmissä. Lisäksi selvitetään luokituksen käyttömahdollisuuksia Suomen pitkäaikaishoidossa kunnan ostaessa tai myydessä palveluja muille kunnille tai ostaessa palveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Tutkimus valmistuu vuoden 2003 aikana. ■

Dementoituneiden kuntoutus kannattaa

Kuntouttava hoitotyö vaatii henkilöstöltä aikaa. Laitoshoidon kustannuksia pyritään vähentämään henkilöstömitoitusta tiukentamalla. Se voi kuitenkin johtaa asiakkaiden avun tarpeen lisääntymiseen, jolloin kustannuksilla on taipumus kasvaa. RAI-hankkeen haasteena on löytää parhaat hoitotulokset ja selvittää millaisella henkilöstömitoituksella ja työtavoilla ne saavutetaan edullisimmin.

Apua tarvitsevien osuus (%) asiakkaita, joiden kognitiivinen kyky heikentynyt vähintään keskivaikean demensian tasolle

(RUG-III-luokituksen 5. pääluokka, n=1043, RAI-aineisto kevät 2002)



Dementiaa aiheuttavat rappeuttavat aivosairaudet kuten Alzheimerin tauti, Lewyn kappaletauti tai verisuoniperäiset aivosairaudet ovat eräitä tärkeimmistä pitkäaikaiseen laitoshoitoon johtavista sairauksista. Näille taudeille on tyypillistä sairauden vähittäinen eteneminen ja lisääntyvä avun tarve.

Laitoshoidon asiakkaiden ryhmittelyyn tarkoitetun RUG-III-luokituksen viidennessä pääluokassa ovat ne laitoshoidon asiakkaat, joiden kognitiivinen kyky on heikentynyt vähintään keskivaikean demensian tasolle, mutta heillä on vielä toimintakykyä jäljellä. Heillä ei ole sellaisia sairauksia tai tiloja, joiden seurauksena heidät luokiteltaisiin hoitoisuudeltaan muihin pääluokkiin. Viidennen pääluokkaan kuuluvista henkilöistä 73 prosentilla oli dementoivan sairauden diagnoosi kevään 2002 RAI-aineistossa. Laitoshoidon RAI-

aineisto kootaan keväisin ja syksyisin.

Oheinen kuvio osoittaa näiden asiakkaiden selviytyvän päivittäisistä toiminnoistaan yhden henkilön avun turvin riippumatta demensian vaikeusasteesta. Heillä on kuitenkin perussairautensa vuoksi suuri uhka menettää jäljellä oleva omatoimisuutensa sairauden edetessä. Uhka korostuu tapaturmien ja akuuttisairauksien yhteydessä. On osoitettu, että muun muassa avohoidossa olevat lievää ja keskivaikeaa dementiaa sairastavat ikääntyneet lonkkamurtumapotilaat hyötyvät intensiivisestä kuntoutuksesta. Todennäköisesti sama pätee laitoshoidon asiakkaisiin.

Laitoshoidossa asuvien dementiaa sairastavien vanhusten avun tarpeen lisääntyminen yhden autettavasta kahden hoitajan autettavaksi kasvattaa paineita lisätä hoitajia, jolloin kustannukset kasvavat. RUG-luokitukseen si-



Kuva: Timo Hujanen

U. Harriet Finne-Soveri, erikoistutkija, CHES

sältyvien kustannuspainokertoimien avulla on mahdollista arvioida kuntouttavan hoitotyön merkitystä rahassa. Yksinkertaisinta on kertoa hoitopäivän kustannukset kustannuspainoindexillä.

Kevään 2002 RAI-aineiston viidenteen pääluokkaan kuului 1 043 asiakasta. Heistä 570 kuului alaryhmään, jonka kustannuspainoindexi on 0,76 ja he olivat vaarassa huonontua kahden hoitajan autettavaksi. Mikäli heidän toimintakykynsä romahtaisi, he sijoittuisivat ryhmään, jonka kustannuspainoindexi on 1,29. Tämän muutoksen lisäkustannus saadaan kertomalla indeksien erotus hoitopäiväkustannuksen keskiarvolla, esimerkiksi 100 eurolla. Toimintakyvyn huononemisen lisäkustannus on 53 euroa asiakasta kohti vuorokaudessa. Jos kaikki 570 asiakasta huononisivat kahden hoitajan autettavaksi, vuorokaudessa syntyvä lisäkustannus vastaisi yhden hoitajan vuoden palkkakustannusta.

Kustannusten supistamisyritykset henkilöstömitoitusta minimoimalla voivat paradoksaalisesti johtaa kokonaiskustannusten kasvuun asiakkaiden toimintakyvyn romahtaessa. Kuntouttavalla hoitotyöllä voidaan viivästyä toimintakyvyn menetystä ja ennalta ehkäistä lisäkustannusten syntymistä. RAI-hankkeessa selvitetään myös millä henkilöstömitoituksella parhaisiin hoitotuloksiin päästään edullisimmin. ■

Palveluseleleistä niukasti kokemuksia terveydenhuollossa



Kuva: Antero Aaltonen

Palveluseleiden käyttö

terveydenhuoltopalveluissa on perusteltua vain, jos asiakkaalle ja rahoittajalle koituu niistä enemmän hyötyä kuin nykyisestä sairausvakuutusjärjestelmästä tai kuntien ja yksityisten palveluntuottajien välisistä ostopalvelusopimuksista. Palveluseleiden eduista ja haitoista keskustellaan julkisuudessa säännöllisesti.

Ruotsalaisen Nackan kunnan kokemuksia voidaan hyödyntää suomalaisissa kunnissa, jotka kehittävät tai ovat ottamassa käyttöönsä palvelusetelijärjestelmiä. Nackan kokemusten perusteella palveluseteli näyttäisi soveltuvan erityisesti palveluihin, joissa on todellista kilpailevaa tarjontaa ja riittävästi kysyntää pitämään palvelujen hinnan ja laatutason kohtuullisena. Nackan kunnan kannalta erityisesti menojen ennakoitavuus ja läpinäkyvyys on parantunut, mikä on myös tehostanut kunnan omaa palvelutuotantoa.

Toisaalta hallintotehtävät ovat palvelusetelien käyttöönoton myötä lisääntyneet ja järjestelmän käyttöönotto on edellyttänyt suuria muutoksia kunnan päätöksenteossa, palvelujen organisoinnissa ja rahoitusjärjestelmissä. Palveluntuottajien välillä on syntynyt jonkinasteista kilpailua laadulla. Markkinoiden toimivuuden ongelmia kuvaa se, että palvelusetelin kiinteää hintaa on välillä jouduttu korottamaan, jotta yritykset pysyisivät markkinoilla ja että toiminta olisi niiden kannalta kannattavaa.

Palvelusetelien kansainvälisistä kokemuksista kertova selvitys ilmestyy sosiaali- ja terveysministeriön sarjassa vuoden 2003 aikana. ■



Hennamari Mikkola,
erikoistutkija, CHES

Palveluseleitä ryhdyttiin kokeilemaan sosiaalipalveluissa 1980-luvulla Englannissa ja 1990-luvun alussa erityisesti Ruotsissa. Muita asiakkaan valinnan vapautta tukevia rahoitusvaihtoehtoja sosiaali- ja terveyspalveluissa ovat olleet saksalainen hoitovakuutusjärjestelmä ja hollantilainen henkilökohtaiseen tiliin perustuva järjestelmä. Asiakkaan valinnan vapauden lisäksi, palvelusetelisoluvuksilla on tavoiteltu tuotannon tehostamista ja työllisyyden parantamista. Eniten palvelusetelisoluvuksia löytyy kotipalveluista, lasten päivähoidosta ja asumispalveluista. Terveydenhuollossa kokemukset rajoittuvat kotisairaanhoidon ja hammashuoltoon.

Kuopiossa opiskellaan terveystaloustieteen perusteita ja kysytään peruskysymyksiä

Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitos tarjoaa opiskelijoille terveystieteiden maisterin tutkintoon johtavan talouden ja hallinnon aineiden yhdistelmän. Ainoastaan Kuopiossa opiskelija voi suorittaa maisterin tutkinnon terveystaloustiede pääaineenaan. Terveystaloustieteen pääaineopinnoissa tarjotaan taloustieteen perusteet, perustiedot tutkimusmenetelmistä ja metodologiasta sekä terveydenhuollon tutkimuksessa välttämättömät tiedot itse kohteesta eli terveydestä ja terveydenhuollosta. Taloustieteen opintojen lisäksi opiskelijoille on tarjolla terveydenhuollon tietohallintaa.

Terveystaloustiede pääaineena valmistuneiden maistereiden lukumäärä ei vielä ole kovin suuri, koska pääainemahdollisuus on suhteellisen tuore. Tehdyt ja valmistumassa olevat pro gradut ovat käsitelleet esimerkiksi varusmiesten elämänlaadun mittamista, lääkkeiden, diagnostisten menetelmien ja joidenkin hoitomenetelmien kustannusvaikuttavuutta sekä kunnallisen politiikan vaikutusta terveydenhuollon käyttöön ja kustannuksiin. Useimmiten pro graduissa on käsitelty aineistoja tilastollisin menetelmin, mutta mikään ei estä tekemästä terveystaloustieteen opinnäytetyötä laadullisin menetelmin, jos aineisto ja ongelma sitä edellyttävät.

Laitoksen tutkimuksessa samoin kuin pro graduissa tehdään työtä terveystaloustieteen ”suurten kysymysten” kimpussa. Suoraan taloustieteen teoriasta johdettavia suuria kysymyksiä terveystaloustieteessä on kolme: tehokkuus, oikeudenmukaisuus ja terveydenhuollon taloudellinen organisointi.

Kolme suurta kysymystä

Terveydenhuollon tehokkuutta tutkittaessa kysytään, mikä on eri toimenpiteiden hyvinvointivaikutusten ja niihin sijoitettujen resurssien suhde. Oikeudenmukaisuutta tutkittaessa selvitetään terveydenhuollon hyvin-

vointivaikutusten ja resurssirasituksen jakautumaa väestössä, alueittain, ikäryhmittäin jne. Terveydenhuollon taloudellisen organisoinnin tavoitteena on palvelujen järjestäminen niin, että palvelujärjestelmä on tehokas ja tuottava ja että palvelujen avulla tuotettu hyvinvointi ja niiden tuottama resurssirasitus jakautuvat oikeudenmukaisesti.

Taloudellinen organisointi tarkoittaa palvelun tuottajien omistusta (julkinen, yksityinen, osuuskunta) ja kokoa. Se tarkoittaa sekä tuottajien ja tilaajien tai asiakkaiden suhteiden järjestämistä kuten tuottajien tulonmuodostusprosessia, asiakkaiden tai tilaajien maksuja, kolmannen osapuolen maksuprosessia sekä tuottajayksikön sisäisiä työn järjestelyjä eli resurssien organisointia kuten henkilökuntara-

kennetta ja palkkausjärjestelyjä. Näistä organisoinnin piirteistä rakentuu kunkin toimijan kannusteympäristö. Koko järjestelmän liike syntyy toimijoiden reagoimisesta kannusteisiin. Liikkeen seurauksia tulisi ideaalita-pauksessa voida seurata suhteessa järjestelmän tehokkuuteen ja tulosten sekä resurssirasituksen jakaumaan.

Tutkittavaa riittää

Terveystaloustieteessä on meillä ja muualla viimeisten parinkymmenen vuoden ajan tarpeeksi kehitetty tehokkuustutkimuksen metodeja ja tuotettu empiiristä tehokkuutta koskevaa tietoa. Terveydenhuollon järjestelmän organisointia koskeva tutkimus sen sijaan on jäänyt teoreettisen pohdiskelun varaan. Tämä on oikeastaan yllättävää, kun muistetaan kuinka paljon terveydenhuollon organisoinnista Suomessa on ”kättä väännetty”. Empiiristä palvelujärjestelmän taloudellista organisointia koskevaa tutkimusta on ”skandaalimaisen” vähän sekä meillä että ulkomailla.

Terveyshallinnon ja -talouden laitoksella tavoitteena on, että kaikki suuret kysymykset saisivat ansaitsemansa huomion suomalaisessa terveystaloustieteessä. Yksin me emme tätä aio tehdä, vaan odotamme CHESSin ja muiden yliopistojen kollegoista hyviä yhteistyökumppaneita.

Terveystaloustieteen oppituleja on Kuopion lisäksi Helsingissä ja Tampereella. Lisätietoja Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitoksesta löytyy osoitteesta: www.uku.fi/laitokset/tht. ■



Kuva: Kuopion yliopisto/kuvalaitos

Hannu Valtonen
professori, terveystaloustiede
Terveyshallinnon ja -talouden laitos
Kuopion yliopisto
PL 1627, 70211 Kuopio
hannu.valtonen@uku.fi

Magnus Björkgren, FT
 projektipäällikkö, Chydenius-Instituutti
 magnus.bjorkgren@chydenius.fi
 www.finrai.org

FinRAI-portaali on portti RAI-tietoon

The screenshot shows the FinRAI website interface. At the top, there is a header with the FinRAI logo and the tagline 'Laatua vanhusten hoitoon'. Below the header is a navigation menu with options like 'RAI esittely', 'Tiedottaminen', 'Toiminta', and 'Yhteistyökumppanit'. A search bar is located on the right side of the header. The main content area features a circular image of a woman and a list of articles under the heading 'Ajankohtaista'. The articles include dates and titles such as '15.4.2003 Case-Mix 2003' and '10.4.2003 Kun elämä päättyy -seminaari Tampereella 6.5.2003'.

Uunituore FinRAI-portaali yhdistää runsaan RAI-perustiedon ja uudet toimivaksi verkkokokonaisuudeksi. Stakesin, Chydenius-Instituutin ja Oy Raisoft Ltd:n yhteistyönä toteutettu portaali toimii informaatiokanavana sekä nykyisille asiakkaille että kaikille RAI-järjestelmästä kiinnostuneille tahoille.

RAI (Resident Assessment Instrument) on kansainvälinen vanhustenhuollon arviointi- ja seurantajärjestelmä. Suomessa palveluntuottajat ottavat RAI-tietojärjestelmän käyttöön osaksi omaa potilastietojärjestelmäänsä hoidon suunnitteluun, laadun ja kustannusten seurantaan.

Nyt tarjotaan mahdollisuus tutustua RAI-tietojärjestelmään FinRAI-portaalin kautta. Portaaliin kootaan ja jalostetaan tietoa RAI-järjestelmästä ja sen hyödyntämisestä Suomessa. Sivusto löytyy osoitteesta www.finrai.org. Palvelun tuottavat yhteistyössä Stakes, Chydenius-Instituutti ja Oy Raisoft Ltd., jotka vastaavat sisällöstä ja kehittämisestä. Portaalin kehitystyö on toteutettu osittain EU-rahoituksen avulla. Tekninen toteuttaja on Creamedia.

Portaalin kautta on mahdollista tutustua RAI-järjestelmiin ja niiden käyttöön ottoon, uutisiin, artikkeleihin, tutkimus- ja kehittämistoimintaan, koulutukseen ja IT-ratkaisuihin. Sivustosta löytyy myös tietoa yhteistyökumppaneista Suomessa ja ulkomailla. Asiakkaille on tarjolla linkki RAI-asiakastukeen.

FinRAI-portaalin tarjoamat palvelut löytyvät kokonaisuudessaan suomeksi ja ruotsiksi sekä rajoitetummin myös englanniksi. ■

CHESSin uusimpia julkaisuja

koko julkaisuluettelo osoitteessa www.stakes.fi/chess

Hujanen T. Terveystieteiden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001. Stakes, Aiheita 1/2003. Helsinki. Saatavissa myös elektronisena julkaisuna osoitteesta: www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita1-2003.pdf.

Häkkinen U, Järvelin M-R, Rosenqvist G, Laitinen J. Terveystieteiden tutkimus ja elintavat: Tuloksia Pohjois-Suomessa vuonna 1996 syntyneitä koskevasta tutkimuksesta. Teoksessa Kiiskinen U. (toim.) Terveystaloustiede 2003. Stakes, Aiheita 3/2003. Helsinki, 32–35.

Jämsén R, Pekurinen M. Terveystieteiden tutkimus 1990-luvun uudistusajan tulokset. Suomen Lääkärilehti 2003, 58, 9, 1067–1070.

Järvelin J, Linna M, Häkkinen U. The Hospital Benchmarking project: Productivity Information for Hospital Comparison. Dialogi IB. 2003, 26–28.

Linna M, Häkkinen U, Magnussen J. Suomalaiset sairaalat norjalaisia kustannustehokkaampia. Yksityislääkäri 2003, 2, 27–28.

Linna M, Häkkinen U, Magnussen J. Suomen ja Norjan sairaaloiden tuottavuusvertailu. Teoksessa Kiiskinen U. (toim.) Terveystaloustiede 2003. Stakes, Aiheita 3/2003. Helsinki, 79–82.

Mikkola H. Palvelusetelien käyttö EU-maissa – soveltuuko palveluseteli terveydenhuoltoon? Yksityislääkäri 2003, 2, 14–15.

Mikkola H. Palvelusetelit kannusteina – kansainvälisiä kokemuksia. Teoksessa Kiiskinen U. (toim.) Terveystaloustiede 2003. Stakes, Aiheita 3/2003. Helsinki, 55–59.

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 2003, 6, 67–74.

Rissanen P, Sund R, Linna M, Idänpään-Heikkilä U, Rousi T, Nordback I. Vaikuttaako leikkausten määrä lonkkamurtumien hoidon tuloksiin? Teoksessa Kiiskinen U. (toim.) Terveystaloustiede 2003. Stakes, Aiheita 3/2003. Helsinki, 13–17.

Terveystaloustieteen Seura ry

Vuonna 1992 perustettu Terveystaloustieteen Seura ry edistää terveystaloustieteellisen tutkimustoiminnan kehittämistä Suomessa. Seuran vuoden 2004 päätapahtuma järjestetään perjantaina helmikuun 6. päivä Svenska Handelshögskolanilla, Helsingissä. Ulkomaisen kutsuvierasluennon lisäksi päivillä keskustellaan ja esitetään ajankohtaisia terveystaloustieteen kansallisia tutkimuksia.

Lisätietoja seuran toiminnasta:

www.ttts.net ja
 seuran sihteeri Hennamari Mikkola
 CHESS, PL 220, 00531 Helsinki
 puh. (09) 3967 2267
hennamari.mikkola@stakes.fi



Terveystalouden yksikkökustannus- raportti nyt verkossa

Timo Hujanen, tutkija, CHES

Yksikkökustannuksia tarvitaan terveydenhuollon taloudellisessa arvioinnissa, esimerkiksi vertailtaessa eri hoitovaihtoehtojen kustannusvaikuttavuutta. Tällöin on suositeltavaa käyttää keskimääräisiä, mahdollisimman hyvin suomalaista käytäntöä edustavia palvelujen tuotantokustannuksia. Raporttiin ”Terveystalouden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001” on koottu keskimääräistä yksikkökustannustietoa eri lähteistä, arvioitu tietojen luotettavuutta, annettu käyttöön liittyviä suosituksia ja rajoit-

tuksia sekä kuvattu kustannusten laskennan ja taloudellisten voimavarojen arvioinnin periaatteita. Raportti on vapaasti kopioitavissa osoitteesta www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita1-2003.pdf.

Raportin tietolähteinä ovat valtakunnallisten tilasto- ja rekisteriaineistot, toiminnalliset tilinpäätökset, toimintolaskennat, kuntalaskutuksen hinnastot ja muut tutkimusaineistot. Raportissa on kustannustietoja muun muassa perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta, yksityisistä terveyspalveluista ja terveydenhuoltoon läheisesti liittyvistä sosiaalipalveluista.

Yksikkökustannustietoja tulisi jatkossa saada myös toiminnoista, joista tiedot ovat nyt puutteellisia, kuten perusterveydenhuollon avohoidosta, vanhusten kotihoidosta ja mielenterveyspalveluista. Myös matka- ja aikakustannuksista tarvittaisiin päivitettyä tietoa. Useissa eri palveluyksiköissä tehdään hyvää toimintolaskentaa ja tuotteistusta, mutta ilmeisesti osa näistä töistä jää vain oman sisäisen laskennan ja hallinnon käyttöön. Hyvin tehdyt toimintolaskennat ovat arvokkaita määriteltäessä keskimääräisiä valtakunnallisia yksikkökustannuksia. Yksikkökustannusraporttia on hyvä päivittää säännöllisesti, esimerkiksi joka toinen vuosi. Julkaisusta voi antaa palautetta kirjoittajalle. ■

CHESSIN YHTEYSTIEDOT

henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet:
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Ryhmäpäällikkö

Markku Pekurinen, dos., DPhil
kehittämispäällikkö, (09) 3967 2630; 050 367 0841

Ryhmän sihteeri

Eija Utriainen, KM, erh
projekti sihteeri, (09) 3967 2629; 050 339 9502

Harriet Finne-Soveri, LT, geriatrian erikoislääkäri
erikoistutkija, (09) 3967 2299

Timo Hujanen, TtM (terveyystalous), esh
tutkija, (09) 3967 2656

Unto Häkkinen, dos., FT, MSc (Health Economics)
tutkimusprofessori, (09) 3967 2327; 050 358 1141

Tarja Ikonen, TtM (hoitotiede)
tutkija, (09) 3967 2249

Majaliisa Junnila, TtM
kehittämispäällikkö, (09) 3967 2631; 050 367 0842

Iiris Juvonen, VM, datanomi
atk-suunnittelija, (09) 3967 2305

Jutta Järvelin, LL, MSc (Health Economics)
tutkija, (09) 3967 2254

Satu Kerppilä, VTK
atk-suunnittelija, (09) 3967 2262

Jan Klavus, VTT (kansantaloustiede), vv. -> 18.07.03
erikoistutkija, +41 22 791 2402 (WHO, Geneve)

Juha Laine, VTM (sosiaalipolitiikka)
tutkija, (09) 3967 2303

Miika Linna, dos., Tkt
kehittämispäällikkö, puh. (09) 3967 2295; 050 325 9678

Kaia Lindman, esh
suunnittelija, (09) 3967 2310

Hennamari Mikkola, KTT (kansantaloustiede)
erikoistutkija, (09) 3967 2267

Lien Nguyen, VTM (kansantaloustiede)
tutkija, (09) 3967 2466

Anja Noro, THT
erikoistutkija, (09) 3967 2253; 040 545 2276

Aune Raute, VHTT, talousvastaava
projekti sihteeri, (09) 3967 2289

Gunnar Rosenqvist, tilastotieteen professori
tilastotieteen asiantuntija, (09) 3967 2280

Marianna Ryymin, HSO
projekti sihteeri (09) 3967 2435

Eija Teitto, KTM, tkt:n opiskelija
atk-suunnittelija, (09) 3967 2458

CHESS ONLINE-lehtien verkkoversiot ovat saatavissa nyt myös osoitteista:

www.stakes.fi/chess/chessonline1-2003.pdf

www.stakes.fi/chess/chessonline2-2003.pdf

Julkaisija

Sosiaali- ja terveystalouden
tutkimus- ja kehittämiskeskus
Terveystaloustieteen keskus – CHES
Lintulahdenkuja 4, PL 220, 00531 Helsinki
puh. (09) 396 71
www.stakes.fi/chess

Päätoimittaja

Timo Hujanen, CHES
Taitto ja layout
Workshop Pälvä Oy
Paino
Pekan Offset Oy Kirjapaino
Painos 2 000 kpl