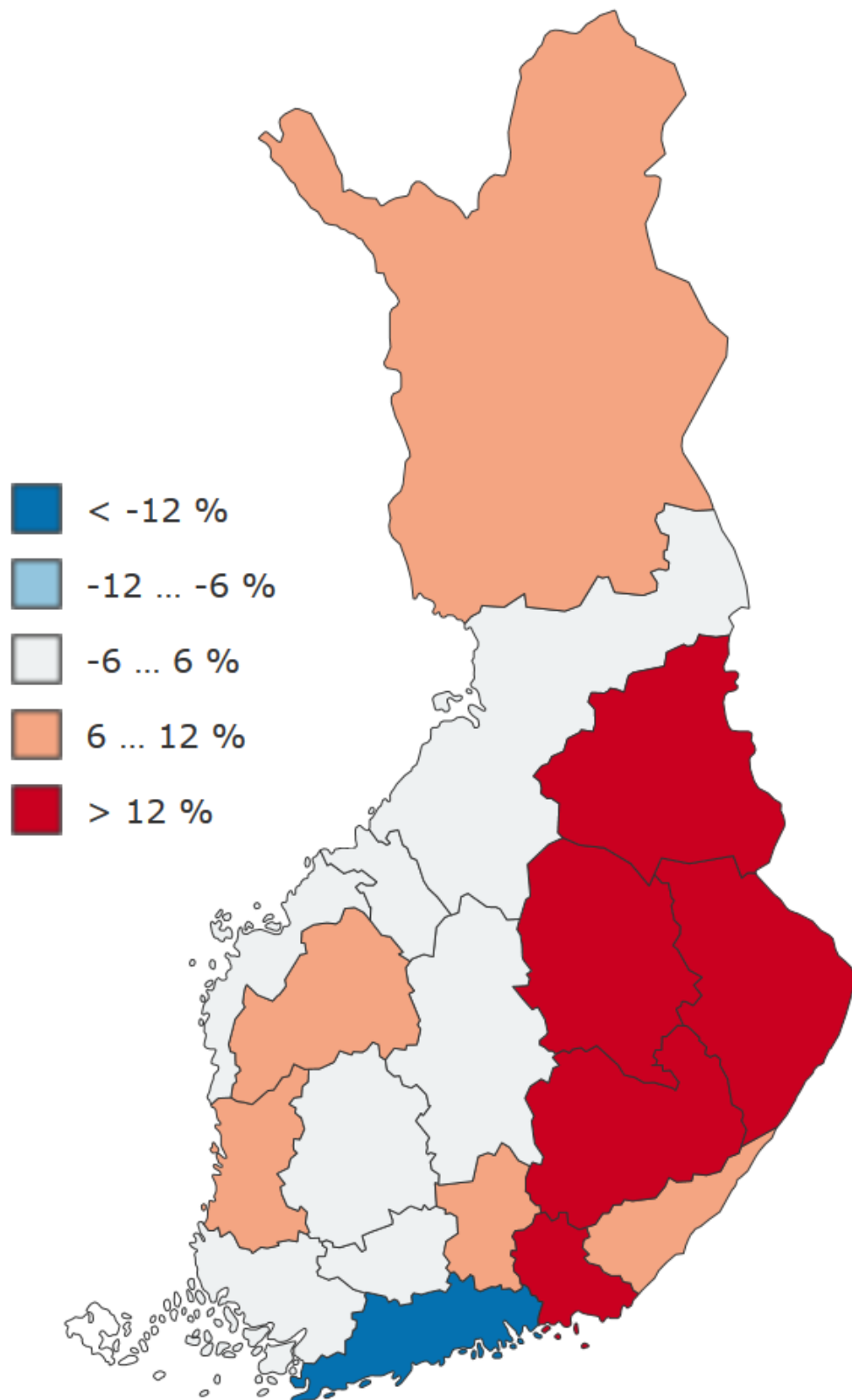


Maakuntien erikoissairaanhoidon kustannukset, tuottavuus ja käyttö

Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset olivat vuonna 2015 noin 6,6 miljardia euroa, mikä on noin 37 prosenttia kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista ja lähes kaksi kertaa perusterveydenhuollon kustannuksia (3,4 mrd. euroa) suuremmat.

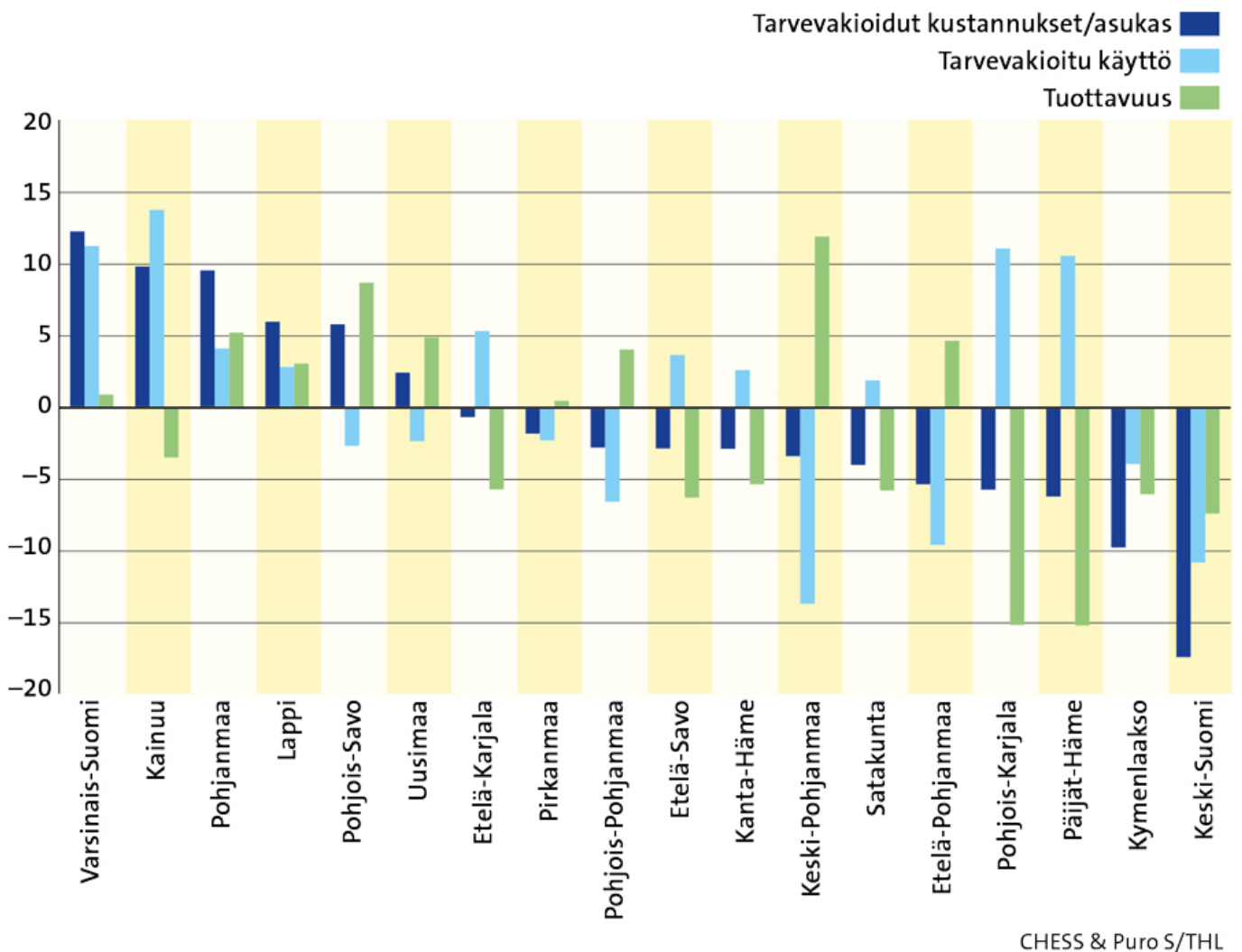
Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitopisodeilla, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Maakunnittain on suuria eroja kaikissa kustannuksiin vaikuttavissa tekijöissä. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarve on suurinta Etelä-Savossa ja Kainuussa, joissa tarve on lähes 20 prosenttia suurempi kuin koko maassa keskimäärin. Uudellamaalla vastaava palvelutarve on puolestaan noin 13 prosenttia koko maan keskiarvoa alhaisempi (Kuvio 1).



Kuvio 1. Erikoissairaanhoidon suhteellinen tarve maakunnittain vuonna 2015.

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2015 Varsinais-Suomessa (kuvio 2), missä ne ylittivät maan keskitason 12 prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 120 euroa asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin, johtuen yli 10 prosenttia keskimääräistä suuremmasta palvelujen käytöstä. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat lähes 20 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, johtuen sekä keskimääräistä vähäisemmästä palvelujen käytöstä että paremmasta tuottavuudesta.



Kuvio 2. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2015. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon

verrattuna. Tuottavuuden ollessa maan keskitasoa parempi näkyy se poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Mikäli maan keskitasoa huonommat maakunnat pystyisivät parantamaan tuottavuutta maan keskitasolle, saavutettaisiin tällä hieman yli 100 miljoonan säästö somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksissa, mikä merkitsee noin 2 prosentin säästöä näissä kustannuksissa. Samansuuruinen säästö saavutettaisiin, jos palvelukäytöltään maan keskitason ylittävät maakunnat käyttäisivät palveluita maan keskitason mukaan. Kun säästöpotentiaali lasketaan suhteessa tuottavuudeltaan parhaimpaa tai käytöltään matalimpaan maakuntaan, suurenee säästöpotentiaali 11–12 prosenttiin erikoissairaanhoidon kustannuksista eli 700–800 miljoonaan euroon.

Miten kustannusten säästön edellyttämiä tuottavuuden lisäämistä tai palvelujen käytön vähentämistä voidaan käytännössä edistää? Eurooppalaisten tutkimuksen mukaan erikoissairaanhoidon tuottavuutta voitaisiin edistää siirtymällä valtakunnalliseen ennalta määriteltyyn DRG-tyyppiseen korvausjärjestelmään, mikä on käytössä lähes kaikissa Euroopan maassa, Suomea ja Ruotsia lukuun ottamatta (1). Jotta estettäisiin korvausmenettelyyn liittyvät palvelujen laatua mahdollisesti huonontavat kannusteet, olisi korvausmenettelyyn sisällytettävä episodikohtainen elementti (bundled payment), missä tuottaja vastaa koko hoitoprosessin kustannuksista (komplikaatiot, uusintakäynnit ja -leikkaukset). DRG-tyyppinen korvaus kannustaa tuottajia lisäämään palvelujen käyttöä. Tämän vuoksi kustannusten hillintä saattaa edellyttää, että DRG:hen perustuvaan korvausjärjestelmään liitetään kustannuksia hillitseviä (kapitaatio tai määräraha, korvausten pieneneminen tietyn kynnyksen jälkeen) elementtejä.

Usein on ajateltu, että lisäämällä panostusta perusterveydenhuoltoon voidaan vähentää kalliin erikoissairaanhoidon käyttöä. Valitettavasti tutkimuskirjallisuus ei tue tätä oletusta (2). Voi hyvinkin olla että, erikoissairaanhoidon käyttöä voidaan hillitä tehokkaasti ainoastaan hillitsemällä julkisesti rahoittavien palvelujen määrää. Tällöin olisi tärkeää, että korvattavat palvelut määriteltäisiin pääsääntöisesti niiden kustannusvaikuttavuuden perusteella.

Miten tutkimus tehtiin

Laskimme ensiksi valtionosuus tutkimuksen tiedoista somaattisen erikoissairaanhoidon suhteellisen tarpeen maakunnittain (3). Tarvetekijöinä ovat ikä ja sukupuolirakenne, 11 sairastavuusindikaattoria sekä 5 sosioekonomista tekijää. Tämän jälkeen laskimme sairaaloiden tuottavuus tiedoista maakuntien erikoissairaanhoidon tuottavuuden (<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/sairaaloiden-toiminta-ja->

[tuottavuus/raportointi/alustavat-tiedot](#)).

Arvioimme erikseen sekä tuottavuuden parantamisen että palvelun käytön vähentämisen säästöpotentiaalia kahdella eri tavalla. Ensinnäkin arvioimme, kuinka paljon somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset vähenisivät jos kaikki maan keskimääräistä tuottavuutta huonommat maakunnat saavuttaisivat koko maan keskitason, tai jos keskitasoa enemmän palveluja käyttävissä maakunnissa pystytettäisiin vähentämään erikoissairaanhoidon käyttö maan keskitasolle. Toisen laskelman perusteena käytimme parhaimman tuottavuuden tai vähäisimmän palvelukäytön maakuntaa. Eli laskimme potentiaalisen kustannussäästön, jos kaikissa maakunnissa pystyttäisiin lisäämään tuottavuutta parhaimman maakunnan tasolle (Päijät-Häme) tai vähentämään palvelujen tarvevakioitua käyttöä matalimman käytön maakunnan tasolle (Keski-Pohjanmaa).



Unto Häkkinen

tutkimusprofessori

Terveys- ja sosiaalitalous -yksikkö, CHESS

etunimi.sukunimi@thl.fi

(Kuvaaja: Harriet Bruce)



Miikka Vähänen

erityisasiantuntija, Kunta- ja aluehallinto -osasto, Valtiovarainministeriö

vieraileva tutkija, Terveys- ja sosiaalitalous -yksikkö, CHESS, THL
etunimi.sukunimi@thl.fi

Lisää tietoa:

1. Häkkinen U, Peltola M. 2016. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ohjauksen edellyttämä tietopohja. Teoksessa Keskimäki I, Moisio A, Pekurinen M. Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016:80–94
2. Beales S, Smith PC ,The role of primary health care in controlling the cost of specialist health care. Nordic Economic Policy Review 2012 153-186.
3. Vaalavuo M, Häkkinen U, Fredriksson S. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. THL Raportti 24/201.

Päivitetty: 8.5.2017

