



kuva: Antero Aaltonen

PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
ryhmäpäällikkö
markku.pekurinen@stakes.fi

Palvelurakenteita uudistamaan

■ Sisäasiainministeriö on käynnistänyt nopealla aikataululla laajan kunta- ja palvelurakennemuutos -hankkeen. Vuoden kuluttua tähän aikaan maan hallitukselle on laadittu ehdotukset palvelujen järjestämistä vastuusta, tuottamistavasta ja rahoitusrakenteista sekä linjaukset kuntajaon muutostarpeista.

Tehtävä on melkoinen, ja tutkimustietoa päätösten tueksi tarvitaan runsaasti monesta asiasta. Mikä on eri palvelujen järjestämisen kannalta taloudellisesti ja toiminnallisesti paras väestöpohja? Onko taloudellisempaa järjestää perusterveydenhuollon, vanhusten ja erikoissairaanhoidon palvelut edelleen erikseen vai yhtenä kokonaisuutena terveyspiirissä? Miten palvelujen rahoitus olisi viisainta järjestää? Pitäisikö kaikki julkiset terveydenhuoltoon käytettävät rahat, mukaan lukien Kelan korvaukset, ohjata terveyspiirille? Mitä kustannus- ja kannuste-vaikutuksia järjestelyllä olisi ja kenelle?

Entä pitäisikö valtakunnallisesti tai alueellisesti keskitetty vaativa erityistason sairaanhoito siirtää valtion vastuulle? Mitä siirto maksaa ja miten se vaikuttaa potilaiden hoitoon kuntien omistamissa sairaaloissa? Onko valtion ja kuntien rahoitussuhde eri palveluissa ylipäänsä taroituksenmukainen sekä laatuun että taloudellisuuteen kannustava? Kysymyksiä riittää. Osa löytyy lähes valmiit vastaukset. Suurin osa edellyttäisi perusteellista ennakoivaa tutkimusta.

Tutkimuksen kannalta tilanne on ongelmallinen, mutta tyyppinen. Tietoa pitäisi olla käytettävissä juuri nyt, ei vasta vuosien päästä. Tänä päivänä tarvittavan uskottavan tiedon tuottamiseksi tutkimukset olisi pitänyt käynnistää jo pari kolme vuotta sitten. Kun päättäjiä tuolloin askarruttivat muut kysymykset, harva rahoittaja osasi visioida tulevaa ja panostaa palvelu- ja kuntarakenteen uudistamista nyt tukevaan tutkimukseen.

Tutkijat varmasti tekevät voitavansa tuottaakseen päätöksentekoa tukevaa tietoa niillä eväillä, jotka käytettävissä on. Esimerkiksi Stake-sin ylläpitämistä kansallisista tilastoista ja rekistereistä löytyy erinomaista apua. Rakennemuutosten vaikutusten ja onnistumisen puolueettomaan arviointiin löytyy monipuolista tutkimusosaamista. Uudistuksen laaja-alainen arviointitutkimus tulisikin käynnistää välittömästi päätösten jälkeen.

Nousevan uudistusaallon keskellä tulisi päättäjillä, päätösten valmistelijoiden, tutkimuksen rahoittajilla ja myös tutkijoilla olla valmiutta nähdä myös pitkälle tulevaisuuteen. Nyt pitäisi pystyä hahmottamaan, mitä tutkimustietoa tarvitaan viiden vuoden kuluttua, jotta seuraaviin uudistuksiin osataan varustautua nykyistä paremmalla tutkimustiedolla.



kuva: Antero Aaltonen

CHES ONLINE 2 • 2005

1. **Palvelurakenteita uudistamaan**
Markku Pekurinen
2. **Suomen Pankin pääjohtaja Erkki Liikanen: Tuottavuuden kasvu edellyttää panostusta myös muutosten hallintaan ja koulutukseen**
4. **PERFECT Rintasyöpä: Mahdollistavatko valtakunnalliset rekisterit hoidon kustannusvaikuttavuuden arvioinnin?**
Kaija Holli
5. **Yliopisto- ja keskussairaaloiden palvelutuotanto kasvoi vuosina 2000–2003**
6. **Erikoissairaanhoito keskittyy viimeisiin elinkuukausiin**
Unto Häkkinen
8. **Tanska keskittää terveyspalvelut ja vähentää kuntia**
Carita Putkonen
9. **Richard Saltman CHES-seminaarissa: Terveyspalvelujen hajauttamisesta keskittämiseen – ja päinvastoin**
10. **Terveystili – paljon odotuksia, vähän villoja?**
Jutta Järvelin
12. **CHESin Discussion Papers -sarjan ensimmäiset julkaisut nyt saatavissa verkosta**

teksti: Timo Hujanen
kuva: Suomen Pankki



Haastateltavana Suomen Pankin pääjohtaja Erkki Liikanen

Tuottavuuden kasvu edellyttää panostusta myös muutosten hallintaan ja koulutukseen

– Terveydenhuollossa organisaatioiden muutosten hallintaan olisi panostettava huomattavasti enemmän. Vaikeiden ja haasteellisten ratkaisujen edellytyksenä on vahva johtajuus. Lisäksi tarvitaan samanaikaista koulutusta, joka koskee kaikkia ammattiryhmiä.

– Tieto- ja viestintäteknologian mahdollisuudet on käytettävä hyväksi ja järjestelmät on saatava kommunikoimaan keskenään. Tämä on se peruskonsepti, jossa meillä on ongelmia, arvioi pääjohtaja Erkki Liikanen terveydenhuollon tuottavuuden kasvuun vaikuttavia tekijöitä.

■ – Yhteiskunnassa ei voi olla mitään erillistä saarekettä, jossa tuottavuuden kasvua ei tavoiteltaisi.

Tuottavuuden kasvattaminen koko palvelukentässä (yksityinen ja julkinen) on avainasia talouden kehityksen, työllisyyden, kansantuotteen ja reaaliansioiden kasvun kannalta.

Liikanen arvioi, että kansainvälisesti ottaen suomalainen terveydenhuolto toimii, kustannukset ovat kohtuulliset ja ihmiset ovat siihen tyytyväisiä lukuun ottamatta suuria asutuskeskuksia. Ongelmana on, että väki vanhenee, aktiiviväestö vähenee ja tuottavuus ei kasva tai on jopa negatiivinen.

Tämä vaikuttaa rajusti kansantuotteeseen.

– On kestämatöntä, jos tuottavuus ei kasva ja suunta säilyisi samana. Tuottavuuden kasvattamiseen tähtääviä uudistuksia hän pitää riittämättöminä. Terveydenhuollossa tuottavuuden kasvua ei saavuteta, jos teknologian hyödyntämistä, organisaatioiden muutosprosesseja ja koulutusta ei tehdä yhtä aikaa ja rinnakkain.

– Teknologiapainotukset ovat olleet ehkä liian suuria, ne ovat olleet välttämättömiä, mutta monia yhteensopivuusongelmia on edelleen ratkaisematta.

– Kun Euroopan Komissio arvioi kilpailua sähköisessä tervey-



Pitää olla toimivia ideoita ja alussa käynnistysteknologiaa. On oltava uudistetut prosessit ja koulutus. Lisäksi on pystyttävä taloudellisesti osoittamaan toiminnan laatu ja tehokkuus.”

teknologiaan ja organisaation uudistamiseen perustuvissa tuottavuuden kasvun projekteissa vaaditaan sitoutumista ja kykyä ratkaista kaikki eteen tulevat ongelmat. Mitään ei jätetä lepäämään tai ratkaisematta.

– Johtajan on sitouduttava ja otettava vastuulleen ratkaista tuottavuuden kasvua estävät ristiriidat. Terveystaloudessa tämä johtajuuden määrittely on tärkeää. Päätöksiä ei voida jakaa ammattikohtaisesti, vaan on ajateltava kokonaisjärjestelmää. Liikannen arvioi, että johtajan koulutustasua painavampi merkitys on sitoutumisella ja sillä miten johtaja hakee mandaatin tehdä ratkaisuja.

Liikasen mukaan Suomi on satojen pilottihankkeiden maa. Menipä minne tahansa, meillä on tällainen pilottiprojekti, joka yleisesti ottaen jää sitten kesken. Se ei ole hyvä asia. Se kertoo jotain myös johtajuudesta.

– Pitää olla toimivia ideoita ja alussa käynnistysteknologiaa. On oltava uudistetut prosessit ja koulutus. Lisäksi on pystyttävä taloudellisesti osoittamaan toiminnan laatu ja tehokkuus. Liikannen arvioi, että teknologian hyödyntämisessä olemme kärkimaita, mutta kokonaisuutta heikentää roimasti se, että varsinainen organisaatioiden huolto on jäänyt usein tekemättä.

Liikannen painottaa organisaatioiden muutosprosessien tärkeyttä. Hän kertoo eräällä luenolla kuulemastaan painotukses-

ta: Jos teknologiaan panostetaan yksi dollari, on organisaation muutosinvestointeihin panostettava viisi.

Vertaileva tutkimus antaa arvokasta tietoa

Liikasen mukaan julkinen sektori ei tule menestymään, jos se ei tavoittele mahdollisimman korkeaa tehokkuutta ja tuottavuutta. Tuottavuuden mittaamiseen liittyy toki ongelmia.

– Tuottavuuden mittaamiseen on luotava välineitä. Jos mittarit valitaan oikein, ne suuntaavat toimintaa oikein. Kaikkein tärkeintä on, että niiden avulla voidaan arvioida kehitystä ja muutoksia.

– Esimerkiksi arvokasta tietoa saadaan sellaisista hankkeista, joissa vertaillaan terveystalouksia maan eri osissa ja nähdään, että samanlaisissa olosuhteissa on havaittavissa tavattoman suuria eroja. Ylikansalliset vertailut ovat hieman hankalia.

Hän kertoo siitä positiivisesta talouden kasvun kiertestä, joka syntyisi kansantalousteemme, mikäli palveluiden tuottavuus saataisiin nousuun. Mutta hyväksi havaittuja käytäntöjä tai sovelluksia ei haluta jostakin syystä ottaa käyttöön. Liikannen kertoo esimerkin ystävästään, joka ei edelleenkään käytä sairaalassa tietokonetta.

Päätöksiä tulisi tehdä ajoissa

– Terveystaloudessa puhutaan elämän ja kuoleman kysymyksis-

tä. Vieläkin luullaan, ettei raha voi siellä mitään merkitä. Mutta jokainen tietää, että resurssit ovat rajalliset. Elämän ja kuoleman kysymyksissä on vaihtoehtoja.

– Pahin kauhukuva on se, että päätöksiä tehdään vasta sitten, kun rahat ovat loppumassa. Silloin terveystaloustieteen pahin trendikuva on se, että tuottavuus laskee vuodesta toiseen, potilaiden määrä kasvaa ja aktiiviväestö vähenee. Yhtälö on mahdoton. Me kaikki toivomme, että tuottavuuden heikkenevä kehitys kääntyisi parempaan. Jos tuottavuus jatkuvasti laskee, ajaudumme sellaiseen umpikujaan, jossa päätökset tekevät muut.

Pääjohtaja Liikanen ei ota kantaa terveydenhuollon rahoitukseen ja siihen, missä tai kenen pitäisi tuottaa terveyspalvelut. Hänen mukaansa on kuitenkin kestävämpiä, jos olemassa olevien rakenteiden takia veronmaksaja maksaa korkeamman hinnan huonommista palveluista.

– Mutta kyllähän viimeisessä analyysissä veronmaksajan kannalta kunta ja valtio sulavat yhteen. Hänelle on aivan sama kuka terveyspalvelut tarjoaa. Kunhan vain palvelut on hyvin järjestetty ja tuottavuus on korkea. ■

denhuollossa, suomalaisia projekteja ei ollut ihan kärkijoukoissa. Kärkihankkeita tuli yllättäviä paikoista kuten ranskalaisesta keskussairaalaista, andalusialaisesta ympäristöterveydenhuollosta tai kreikkalaisesta ambulanssijärjestelmästä. Tuottavuusvaikutukset tulivat läpi vasta kun teknologiaratkaisu oli olemassa, prosessit uudelleen organisoitu ja koulutus järjestetty.

Vahva johtajuus avainratkaisuna

Liikasen mukaan suomalaisessa terveydenhuollossa organisaatioiden ja niiden prosessien uudistaminen on tavattoman jäykkää, sillä organisaatioissa on useita erilaisia hierarkioita ja intressejä.

– Onnistumisen avain on voimakas johtajuus, joka ratkaisee eri intressiryhmien ristiriidat. Ristiriitaiset intressit murtavat uudistusten vaikutukset. Uuteen

PERFECT Rintasyöpä

Mahdollistavatko valtakunnalliset rekisterit hoidon kustannusvaikuttavuuden arvioinnin?

Rintasyövän hoidosta on olemassa valtakunnalliset suositukset, mutta suositusten toteutumisesta käytännössä ei ole tietoa. PERFECT Rintasyöpä -hankkeessa kartoitetaan hoidon vaikuttavuutta ja kustannuksia sekä sitä, miten hyvin valtakunnallisten rekistereiden runsasta tautiin ja hoitoon liittyvää tietoa voidaan hyödyntää hoidon kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa.

Rintasyöpä-hanke on osa yliopistosairaanhoidopiirien, CHESSin ja Kelan PERFECT-hanketta, jossa arvioidaan hoidon kustannusvaikuttavuutta ja etsitään parhaita hoidon järjestämistapoja seitsemässä osahankkeessa. Hankkeita ovat aivohalvaus, keskokset, rintasyöpä, skitsofrenia, sydäninfarkti, tekonivelkirurgia ja lonkkamurtumat.

Kaija Holli,
professori, yllilääkäri,
syöpätautien
erikoislääkäri,
PSHP, TaY



kuva: Heimo Holli

Rintasyöpä on yleinen ja vakava sairaus. Vuosittain siihen sairastuu yli 3 600 ja siihen menehtyy yli 800 naista. Sairastuminen itsessään, mutta myös annetut hoidot vaikuttavat potilaan hyvinvointiin. Rintasyöpä-hankkeen tavoitteena on selvittää hoidon ja diagnostiikan toteuttamistapojen, kustannusten ja hoitotulosten alueelliset erot. Lisäksi tutkitaan annettujen hoitojen vaikutusta potilaan muuhun sairastuvuuteen ja selviytymiseen työelämässä.

Koska tämänkaltaisen tutkimuksen pitäisi olla jatkuvaa, nousee ydinkysymykseksi se, miten hyvin Suomen Syöpäyhdistyksen, Stakesin ja Kansaneläkelaitoksen rekistereihin tallennettuja tietoja voidaan hyödyntää arvioitaessa hoidon kustannusvaikuttavuutta ja miten rekistereitä pitäisi kehittää, jotta tiedot olisivat helposti ja tehokkaasti käytettävissä.

Miten edetään?

Hankkeessa testataan rekistereistä saatavia tietoja pilottiaineistolla, jonka muodostaa vuon-

na 1998 Suomessa diagnosoidut rintasyövät (n=3 422). Valtakunnallisten rekistereiden tietojen validointiin käytetään Pirkanmaan sairaanhoidopiirin rintasyöpätietokantaa. Pilotiaineiston avulla valitaan muuttujat, joita kustannusvaikuttavuusanalyseissä tullaan käyttämään. Mielenkiinnon kohteena on primaarihoidon ja seurannan toteutus sekä levinneen taudin hoito.

Tutkimuksen ongelmana ovat sekoittavat tekijät, joita on runsaasti. Tällaisia ovat muun muassa diagnoositapa, taudin levinneisyys, potilaan ikä, muut sairaudet ja niiden hoidot. Lopulliseen aineistoon pyritään saamaan yli 10 000 potilasta. Aineiston kokoa kasvatettaessa mukaan joudutaan ottamaan useina vuosina diagnosoidut potilaat. Ongelmaksi muodostuu tällöin se, että eri vuosina diagnosoidut potilaat voivat olla hyvinkin erilaisen hoitojen piirissä, sillä hoidot ja hoitojen toteutus muuttuvat varsin nopeasti. Toisaalta tämä antaa mahdollisuuden tarkastella hoitokäytännön muuttumisesta aiheutuneita seurauksia hoitotulokseen ja kustannuksiin.

Syöpärekisterin ansiosta saadaan luotettavaa tietoa diagnosoiduista tautitapauksista ja hoitopaikasta sekä potilaan kotikunnasta. Taudin levinneisyydetiedot ovat osittain puutteellisia ja hoitotiedot vain osin hyödynnettävissä. Stakesin omien rekistereiden kautta löydetään tieto erikoissairaanhoidosta diagnooseittain ja erikoisaloittain. Kelan rekisterit antavat mahdollisuuden lääkkeiden käytön ja potilaan työkykyisyyden tarkempaan analyysiin.

Hanke on haastava, mutta mielenkiintoinen ja ennen kaikkea tarpeellinen. Rekistereiden tiedon sisältöjä pohdittaessa tulisi visioida mitä tietoja tarvitsemme 10–20 vuoden kuluttua sekä miten nyt olemassa olevia rekistereitä tulisi korjata tulevien tarpeiden mukaisiksi. ■

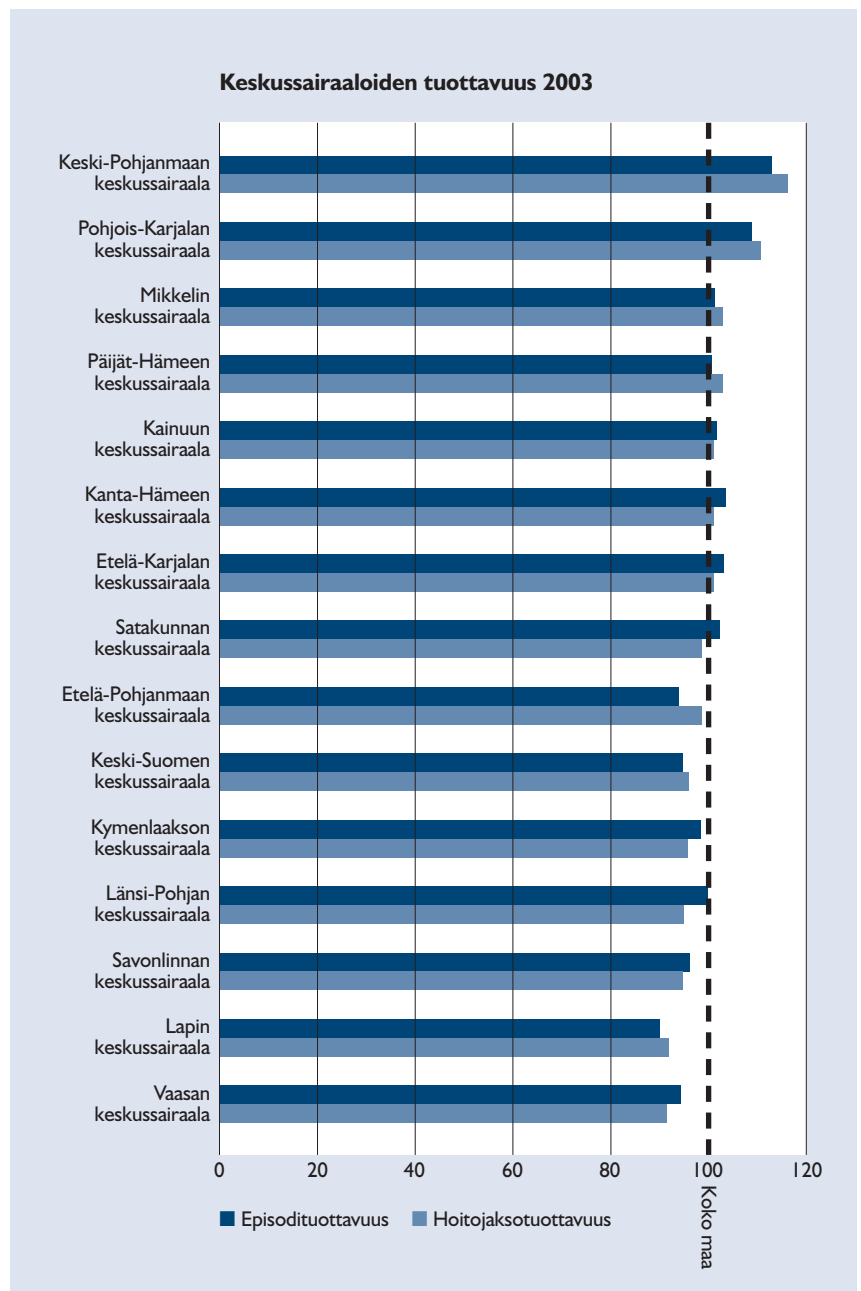
Yliopisto- ja keskussairaaloiden palvelutuotanto kasvoi vuosina 2000–2003

Terveydenhuollon tuottavuus on hyvä silloin, kun annetuilla voimavaroilla pystytään hoitamaan mahdollisimman monta potilasta. Toukokuun alkupuolella on julkaistu ensimmäinen tilastoraportti, jossa esitellään keskeisiä tietoja sairaaloiden tuottavuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Raportti tuo oman panoksensa keskusteluun terveydenhuollon tuottavuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

Stakesin toimittaman Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2000–2003 -tilastoraportin mukaan palvelutuotannon määrä on pääsääntöisesti kasvanut yliopisto- ja keskussairaaloissa ja laskenut muissa sairaaloissa vuosina 2000–2003. Raportin mukaan sairaalapalvelujen tuottamistapa on muuttumassa: osa niin sanotusta aluesairaaloiden tuotannosta on siirtynyt keskussairaaloiden tuotannoksi, erityisen hyvin tämä näkyy päivystystoiminnan muutoksena.

Sairaaloiden välillä on edelleen merkittäviä tuottavuuseroja. Vuonna 2003 yliopistosairaaloiden välinen tuottavuusero oli 21 prosenttia, keskussairaaloiden 25 prosenttia ja muiden sairaaloiden ryhmässä tuottavuusero oli 56 prosenttia.

Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2000–2003 -tilastoraportissa esitellään keskeisiä tietoja sairaaloiden toiminnan tuottavuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tietojärjestelmän aineisto on hyvin laaja, ja se mahdollistaa toiminnan ja tuottavuuden tarkastelun monilla eri tavoilla ja eri näkökulmista. Tilastoraportissa tuottavuuden muutoksia kuvataan aikasarjana sairaalaryhmittäin: yliopistosairaalat, keskussairaalat ja muut sairaalat. Mittarit on valittu siten, että raportti antaisi kattavan kuvan toiminnan ja tuottavuuden kehityksestä neljän vuoden aikana. Jatkossa tilastoraportti julkaistaan vuosittain. ■



Lähde: Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2000-2003 -tilastoraportti. Majjalisa Junnila, Miika Linna, Iiris Juvonen, Unto Häkkinen, Jutta Järvelin ja Markku Pekurinen. Helsinki 2005.
Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2000–2003 -tilastoraportti on julkaistu osoitteessa http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt08_05.pdf

Erikoissairaanhoido keskittyy viimeisiin elinkuukausiin

CHESSin ja Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen meneillään olevassa tutkimuksessa arvioidaan, miten terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen käyttö ja kustannukset liittyvät kuoleman läheisyyteen.

Kiinnostuksen kohteena ovat ensisijaisesti kuoleman läheisyyden ja iän, mutta näiden ohella myös sukupuolen, sairastavuuden, palvelurakenteen, sosioekonomisten tekijöiden (tulot, koulutus, siviilisäätö, asumismuoto) ja sairaanhoidopiirien palvelutarjonnan vaikutukset hoidon kustannuksiin.

Yleisesti ajatellaan, että terveydenhuoltomenoihin ja niiden kehitykseen vaikuttaa keskeisesti väestön ikärakenne ja sen muutokset. Useat tutkimukset kuitenkin viittaavat siihen, että ikärakenteen vaikutus on luultua vähäisempi.

Unto Häkkinen,
tutkimusprofessori,
CHESS



kuva: Heikki Päävä

Terveydenhuoltomenojen kasvun on osoitettu selittyvän enemmänkin taloudellisilla tekijöillä (kuten kansantuotteen kasvulla) ja terveydenhuollon teknologisella kehityksellä. Kysymystä on tarkasteltu myös sen perusteella, miten terveydenhuoltomenot liittyvät kuoleman läheisyyteen. Eräissä ulkomaisissa tutkimuksissa on havaittu, että kun kuoleman läheisyys on otettu huomioon, ei ikärakenteella sellaisenaan ole merkittävää vaikutusta terveydenhuoltomenoihin. Mikäli tämä pitää paikkaansa, on väestön kääntymisen aikaansaama menopaine ennakoitua pienempi. Eliniän piteneminen siirtää terveydenhuoltomenoja myöhemmille ikävuosille.

Tutkimuksen aineiston muodosti 40 prosentin otos 65 vuotta täytäneistä henkilöistä Suomessa vuonna 1997. Seuraavassa esitellään alustavia tuloksia osa-aineistosta, joka muodostui vuonna 2002 kuolleista henkilöistä. Heidän palvelujen käytön kustannuksiaan pystyttiin vuodeosastohoidon ja reseptilääkkeiden osalta seuraamaan kuudelta kuolemaa edeltäneeltä vuodelta sekä erikoissairaanhoidon avokäyntien osalta neljältä kuolemaa edeltäneeltä vuodelta.

Terveydenhuollon kokonaismenot (terveydenhuollon ja sosiaalihuollon laitoshoido, erikoissairaanhoidon avohoito ja reseptilääkkeet) kasvoivat nopeasti kuolemaa edeltävinä vuosina. Viimeisen elinkuukauden hoidon kustannukset henkeä kohti olivat keskimäärin noin 4 200 euroa kun neljä vuotta ennen kuolemaa kustannukset olivat 630 euroa kuukaudessa. Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö keskittyy viimeiseen 3–4 elinkuukauteen.

Pitkäaikaishoidon keskimääräiset kustannukset alkoivat kohota tasaisesti huomattavasti aikaisemmin ennen kuolemaa (Kuvio 1).

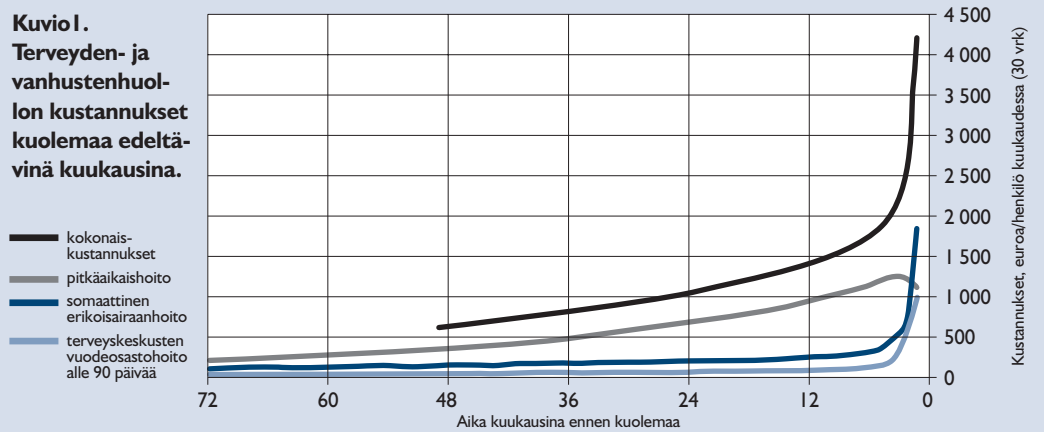
Hoidon kustannukset olivat selvästi suurimmat vanhimmissa ikäluokissa (Kuvio 2). Alle 75-vuotiaiden hoidon kustannukset kasvoivat nopeasti viimeisinä elinkuukausina. Ikäryhmittäiset erot selittyvät pääosin sillä, että pitkäaikaishoito on keskittynyt vanhoihin ikäluokkiin (Kuvio 3). Somaattisen erikoissairaanhoiton kustannuksissa ei ollut juurikaan eroja ikäryhmittäin kuolemaa edeltävinä vuosina (Kuvio 4) lukuun ottamatta viimeisiä elinkuukausia. Alle 75-vuotiailla kolmanneksi viimeisen kuukauden erikoissairaanhoiton kustannukset henkilöä kohti olivat keskimäärin 700 euroa, toiseksi viimeisen kuukauden kustannukset 1 000 euroa ja viimeisimmän kuukauden kustannukset 2 300 euroa. Yli 90-vuotiailla kustannukset vastaavina kuukausina olivat noin kaksi kertaa alle 75-vuotiaiden kustannuksia pienemmät.

Näiden alustavien tulosten mukaan kuoleman läheisyys liittyy läheisesti somaattisen erikoissairaanhoiton käyttöön. Siten väestön elinajan piteneemisestä johtuva väestön vanheneminen ei välttämättä luo ennakoituja suuria paineita erikoissairaanhoidon käyttöön. Tulevaisuuden terveyspoliittisena haasteena on se, miten ikääntyvän väestön toimintakykyä ja kotona selviytymistä voidaan edistää, jotta ikääntymiseen liittyvän pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta voitaisiin vähentää. ■

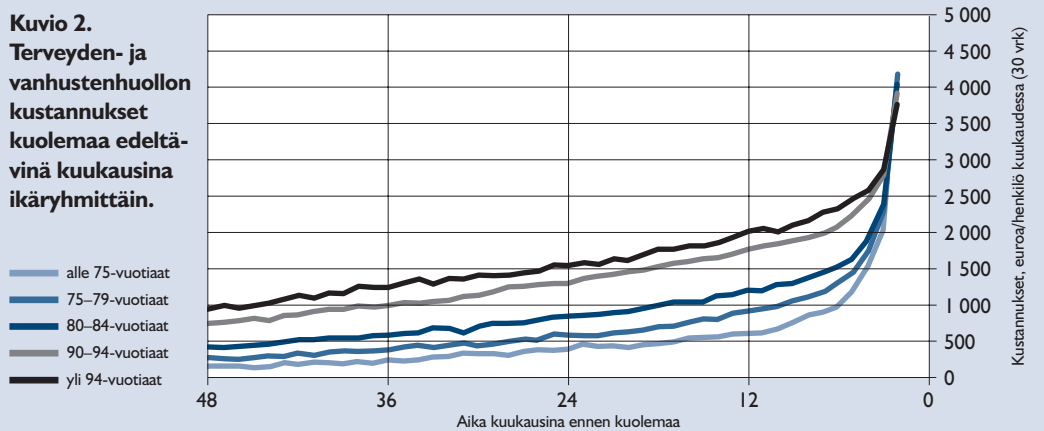
Hankkeen tutkijaryhmä

CHES:
Unto Häkkinen, Anja Noro ja Mikko Peltola
Helsingin yliopiston Sosiologian laitos:
Pekka Martikainen ja Elina Nihtilä

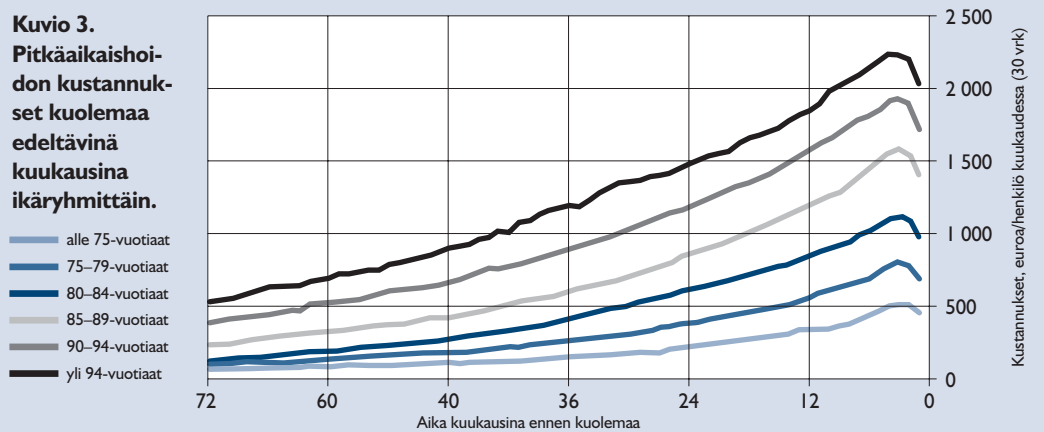
Kuvio 1.
Terveys- ja vanhustenhuollon kustannukset kuolemaa edeltävinä kuukausina.



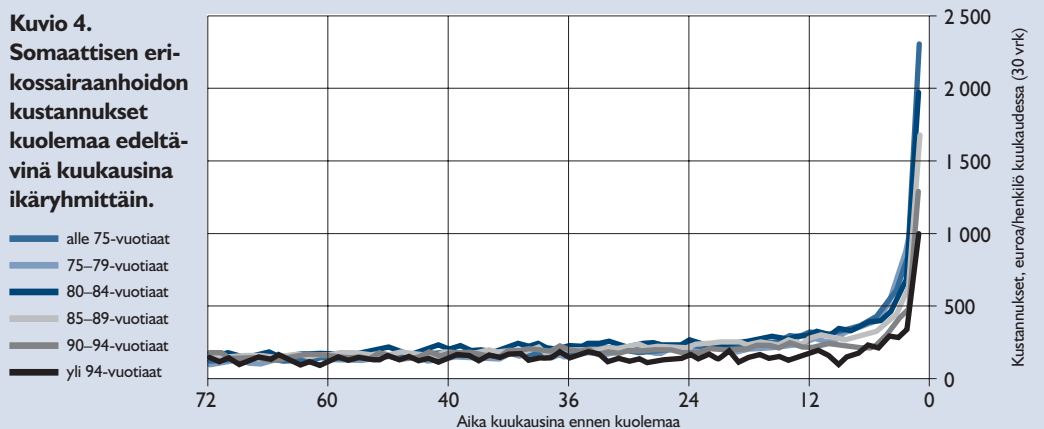
Kuvio 2.
Terveys- ja vanhustenhuollon kustannukset kuolemaa edeltävinä kuukausina ikäryhmittäin.



Kuvio 3.
Pitkäaikaishoidon kustannukset kuolemaa edeltävinä kuukausina ikäryhmittäin.



Kuvio 4.
Somaattisen erikoissairaanhoiton kustannukset kuolemaa edeltävinä kuukausina ikäryhmittäin.



Carita Putkonen, finanssineuvos,
Valtionvarainministeriö

Tanska keskittää terveyspalvelut ja vähentää kuntia

Tanskassa on valmisteilla laaja hallintorakenteen uudistus, joka tulee koskettamaan jokaista tanskalaista. Uudistuksen kohteena on sekä kuntarakenne että aluehallinto. Vuoden 2007 alussa maassa on enää noin 100 kuntaa, maakuntalääneistä on luovuttu ja niiden tilalla on viisi aluetta.

Edellinen kuntarakenteen uudistus toteutettiin Tanskassa vuonna 1970. Tuolloin kuntien määräksi tuli 275 ja maakuntalääniä 14. Vuonna 2003 Tanskassa oli 271 kuntaa. Suomessa kuntia oli lähes kaksinkertainen määrä eli 444. Asukkaita Tanskassa ja Suomessa on lähes yhtä paljon, runsaat viisi miljoonaa. Sen sijaan pinta-alaltaan Tanska ja Suomi poikkeavat melkoisesti toistaan: Manner-Tanskan pinta-ala on kuitenkin vain noin 13 prosenttia Suomen pinta-alasta. Färsaaret ja Grönlanti eivät kuulu Manner-Tanskaan.

Uusi noin sata kuntaa käsittävä kuntajako tullaan vahvistamaan tänä kesänä. Jatkossa kunnat vastaavat tehtävistä, jotka koskettavat suoraan kansalaisia, ja niistä tulee ensisijainen julkisen sektorin liityntäpiste kansalaisiin ja yrityksiin.

Kuntarakenne Suomessa ja Tanskassa vuonna 2003.

Asukkaiden lukumäärä	Tanska		Suomi	
	Kuntien lukumäärä	Osuus väestöstä %	Kuntien lukumäärä	Osuus väestöstä %
alle 5 000	16	1,1	234	11,5
5 000–9 999	114	15,6	108	14,9
10 000–14 999	52	11,8	35	8,2
15 000–24 999	44	15,6	32	12,2
25 000–49 999	28	19,5	21	14,2
50 000–99 999	13	15,2	8	10,9
yli 100 000	4	21,2	6	28,2
Yhteensä	271	100	444	100

Tanskan 14 maakuntalääniä, joilla on tällä hetkellä runsaasti toimeenpanotehtäviä, lakkautetaan. Tilalle perustettavat viisi aluetta vastaavat ennen kaikkea julkisista terveyspalveluista, kansallisesta terveysvakuutuksesta sekä alueen kehittämissuunnitelmien valmistelusta. Lääniverosta luovutaan. Alueiden toiminta rahoitetaan valtionavulla ja kunnilta kerättävällä rahoituksella. Rahoitus jaetaan kahteen osaan: terveydenhuollon rahoitukseen ja muiden tehtävien rahoitukseen.

Alueet tulevat saamaan valtiolta yhden määrärahan terveyspalveluihin. Jotta alueilla olisi yhtäläiset mahdollisuudet terveyspalveluihin, määräraha perustuu osittain menotarpeita määrittäviin väestön ikärakennetta ja sosiaalirakennetta kuvaaviin kriteereihin. Lisäksi osa valtion rahoituksesta alueille tullaan maksamaan toimintoihin sidottuna määrärahana.

Valtion lisäksi myös kunnat tulevat osallistumaan terveydenhuollon rahoitukseen. Kuntien maksuosuus muodostuu asukaskohtaisesta perusosasta ja toimintosidonnaisesta avustuksesta.

Muiden kuin terveydenhuollon tehtävien rahoittamiseksi valtio myöntää alueille määrärahan, joka perustuu tehtävien mukaisiin kriteereihin. Alueet saavat veloittaa kunnilta asukaskohtaista kehittymaksua.

Tavoitteena tehokkaampi hallinto

Uudistusta valmistelleen komission mukaan Tanskan nykyisen hallintorakenteen heikkoudet liittyvät kuntien ja maakuntaläänien pie-
neen kokoon sekä valtion, läänien ja kuntien väliseen tehtäväjakoon. Komission mukaan suuri osa nykyisistä kunnista ja maakuntalään-
neistä on tehtäviin nähden liian pieniä ja vä-
hintään 20 000–30 000 asukkaan kunta takai-
si nykyistä paremmat toimintaedellytykset. Hallitus asetti uudistuksessa kuntien vähim-
mäiskooksi 20 000 asukasta.

Hallitus perustelee rakenneuudistusta sillä, että teknologian kehityksen seurauksena ihmisten, elinkeinoelämän ja instituutioiden vä-
liset etäisyydet ovat pienentyneet. Liikenne on kehittynyt 1970-lukuun verrattuna ja liikku-
vuus on lisääntynyt. Internet on avannut ai-
van uusia mahdollisuuksia. Väestön koulu-
tustaso on parantunut, kansalaiset haluavat elävää demokratiaa. Julkisia palveluja koske-
vat odotukset ovat kasvaneet. Ikääntyminen näkyy julkisen sektorin henkilöstön eläköity-
misenä.

Uudistuksen tavoitteena on yksinkertaistaa ja tehostaa julkista sektoria sekä selkeyttää vastuita. Tuloksena pitäisi syntyä parempaa palvelua vähemmällä byrokratialla ja nykyisellä veroasteella, suuremmat kansalaisten vaikutusmahdollisuudet ja parempi lähidemokratia sekä parempi terveydenhuolto.

Uuden kunta- ja aluerakenteen mukaiset kunnallis- ja aluevaalit järjestetään marras-
kuussa 2005. Uudet kunnanhallitukset ja aluevaltuustot tulevat vastaamaan kuntaliit-
tösten ja alueiden valmistelusta. Parlamentille jätettiin helmikuussa 2005 49 rakenneu-
distusta koskevaa lakiesitystä. ■

Richard Saltman CHESS-seminaarissa:

Terveyspalvelujen hajauttamisesta keskittämiseen ja – päinvastoin



Yhdysvaltalaisen Emoryn yliopiston professori Richard Saltman huhtikuussa Stakesin CHESS-seminaarissa.

kuva: Timo Hujanen

Terveyspolitiikan ja hallinnon professorin Richard Saltmanin mukaan terveyspalvelujen järjestämisessä hajauttamisen poliittiset, taloudelliset ja hallinnolliset hyödyt sekä haitat vaihtelevat paljon eri maissa. Vaikka hajauttamisen hyvyttä on perusteltu monilla tekijöillä, on useissa maissa tehty tai tekeillä palvelujärjestelmään muutoksia, joilla pyritään hajauttamisen sijasta keskittämään rahoitus- ja järjestämisvastuuta. Saltman on arvioinut hajauttamisen vaikutuksia erityisesti Tanskassa, Norjassa, Ruotsissa, Kanadassa ja Espanjassa.

Hajauttaminen eli desentralisaatio on ollut 1960-luvulta alkaen yksi länsimaisen terveyspolitiikan kulmakiviä. Pohjoismaissa toiminnallista ja rahoitusvastuuta on siirretty aikaisemmin kansalliselta koko maan tasolta alue- ja paikallistasoille. Suomessa merkittävin muutos oli 1993 toteutettu valtionosuusuudistus, jonka seurauksena terveyspalvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuuta siirrettiin valtiolta kunnille.

Mikä on sitten hajauttamisen ja keskittämisen välinen kultainen keskitie? Tavoitellaanko läntisessä Euroopassa nyt poliittis-taloudellista hajauttamista, kun Pohjoismaissa tavoitteena on keskittää ja kontrolloida aikaisempaa enemmän verorahoituksen käyttöä? Ollaanko eri maissa hajauttamis-keskittämissyökin eri vaiheissa? Onko desentralisaatio nyt tiensä päässä vai onko se vain yksi vaihe matkalla kohti verorahoitteen palvelujärjestelmän ja sen poliittisen päätök-
senteon tiukempaa kontrollia ja keskittämistä? ■ (th)

Yhdysvaltalaisen Emoryn yliopiston professori Richard Saltmanin "The Changing Role of Decentralization in Western European Health Care Systems" -esitelmä on saatavissa www.osoitteesta <http://www.stakes.fi/chess/ajankoht.htm>. CHESS-seminaari järjestettiin 12.4.2005 Stakesissa.



kuva: Antero Aaltonen

Terveystili

– paljon odotuksia, vähän villoja

Terveystilit otettiin käyttöön ensimmäistä kertaa Singaporessa 1980-luvulla. Myöhemmin terveystileistä on muodostunut osa terveydenhuollon rahoitusta myös Yhdysvalloissa, Etelä-Afrikassa ja eräillä alueilla Kiinassa. Kokemukset terveystileistä ovat vaihtelevia.

Terveystili on terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä, jossa henkilö tallettaa säännöllisin väliajoin tietyn summan rahaa omalle henkilökohtaiselle tililleen. Sairastuttuaan henkilö voi käyttää tilillä olevia säästöjä oman sairaanhoitonsa rahoittamiseen. Tilille voi tehdä talletuksia myös yksityinen tai julkinen organisaatio kuten työnantaja. Terveystili on eräänlainen vakuutusjärjestelmä, jossa vakuuttaminen sairastumisen varalta tapahtuu yksilökohtaisesti ajan kuluessa, ei siis useiden yksilöiden kesken kuten perinteisessä vero- tai vakuutusjärjestelmässä.

Korvamerkityt varat

Terveystilin tavoitteena on tehdä ihmiset tietoisiksi terveydenhuollon menoista ja tätä kautta kannustaa heitä ottamaan vastuuta terveydestään ja vähentämään terveyspalvelujen käyttöä. Lisäksi terveystili on läpinäkyvä ja yksilöiden helposti hyväksyttävissä oleva rahoitusjärjestelmä, koska tilin varat on korvamerkitty jokaisen omaan henkilökohtaiseen käyttöön.

Terveystilille kertyvät säästöt ja korot ovat yleensä verovapaita. Verovapauden lisäksi säästämistä motivoi se, että tilinomistaja saa



Jutta Järvelin,
tutkija, CHES

osan tilin varoista henkilökohtaiseen käyttöön, kun säästöt ylittävät tietyn ennalta määritellyn summan. Esimerkiksi Singaporessa varoja saa käyttää koulutukseen tai asunon hankintaan. Henkilön kuollessa tilin varat siirtyvät lähiomaisille. Väärinkäytösten välttämiseksi julkinen valta säätelee usein varsin tarkasti tilille tehtävien talletuksien ja nostojen määriä sekä palveluja, joihin tilin varoja saa käyttää.

Oikeudenmukaisuus puntarissa

Useat ulkomaiset tutkimukset viittaavat siihen, että terveystili saattaa heikentää terveydenhuollon rahoituksen tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta muuttamalla rahoitusta regressiivisemmäksi eli lisäämällä pienituloisten suhteellista osuutta terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta. Lisäksi se saattaa kasvattaa terveydenhuollon kokonaismenoja, mutta tutkimukset ja käytännön kokemukset eivät ole tältä osin yksiselitteisiä.

Terveystili edellyttää aina rinnalleen erillisen järjestelmän rahoittamaan poikkeuksellisen suuria sairausmenoja, koska vaikeiden ja pitkäaikaisten sairauksien hoidon kustannukset saattavat muodostua yksilön säästöjä paljon suuremmiksi. Terveystilin toimivuus ja seuraukset riippuvat siitä, onko tili pakollinen kaikille, miten tuottajien toimintaa rahoitetaan ja millaiseen terveydenhuollon järjestelmään tili ylipäätään otetaan käyttöön. ■

Lisää terveystilin käyttöön liittyvistä taloudellisista näkökohdista sekä terveystilin käytöstä eri maissa voi lukea piakkoin julkaistavasta CHESin tutkijoiden kirjoituksesta ”Terveystili terveydenhuollon rahoituksessa”.

Terveystilistä on käytetty myös nimeä tilimalli (engl. medical savings account tai health savings account).

CHESin uusimpia julkaisuja

Häkkinen U. The Impact of Finnish Health Sector Reforms. Stakes, Discussion Papers 2005, 2. Julkaisu on saatavissa osoitteesta: http://www.stakes.fi/english/publications/DP/DP%20pdf/DP2_2005.pdf.

Häkkinen U, Järvelin MR, Rosenqvist G, Laitinen J. Health, Schooling and Lifestyles: New Evidence from the Northern Finland Birth Cohort. Julkaisu on saatavissa osoitteesta: http://www.stakes.fi/english/publications/DP/DP%20pdf/DP3_2005.pdf.

Häkkinen U, Lehto J. Reform, Change and Continuity in Finnish Health Care. Journal of Health Politics, Policy and Law 2005, 30 (February 1–2), 79–96.

Junnila M, Linna M, Juvonen I, Häkkinen U, Järvelin J, Pekurinen M. Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2000–2003. Stakes, Tilastotiedote 8/2005.

Laine J, Finne-Soveri H, Björkgren M, Linna M, Noro A. & Häkkinen U. 2005. The Association between Quality of Care and Technical Efficiency in Long-Term Care. International Journal for Quality in Health Care 2005, 17(3).

Laine J, Linna M, Häkkinen U, Noro A. Measuring the Productive Efficiency and Clinical Quality of Institutional Long-Term Care for the Elderly. Health Economics 2005, 14(3), 245–256.

Laine J, Linna M, Häkkinen U, Noro A. The Cost Efficiency and Clinical Quality of Institutional Long-term Care for the Elderly. Health Care Management Science 2005, 8(2), 149–156.

Mikkola H, Järvelin J, Keskimäki I ja Seitsalo S. Ortopediset leikkaukset Suomessa 1987–2002 – Leikkausmäärien alueelliset erot, jonotusajat ja keskittyminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 8/2005, 861–871.

Mikkola H, Widström E, Jauhiainen S, Vesivalo A. Yksityiset hammashoitopalvelut Ison-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa, toimialan kehitys, menestys ja haasteet. Yhteiskuntapolitiikka 2005 (70), 1, 15–27.

Nguyen L, Häkkinen U. Choices and Utilization in Dental Care: Public vs. Private Dental Sectors, and the Impacts of a Two-Channel Financed Health care System. Stakes, Discussion Papers 2005, 1. Julkaisu on saatavissa osoitteesta: http://www.stakes.fi/english/publications/DP/DP%20pdf/DPI_2005.pdf.

Pekurinen M. Hoitotakuun taloudellisten vaikutusten ennakoitua. Suomen Lääkärilehti 2005, 60, 11, 1303–1307.

Pekurinen M. Karjaan kokemukset antavat ajattelemisen aihetta. Sairaala 2005, 3, 54–55.

Pekurinen M. Liikuttavaa. Dialogi 2005, 2, 13.

Pekurinen M, Häkkinen U. Regulating Pharmaceutical Markets in Finland. Stakes, Discussion Papers 2005, 4. Julkaisu on saatavissa osoitteesta: http://www.stakes.fi/english/publications/DP/DP%20pdf/DP4_2005.pdf.

Pekurinen M, Häkkinen U, Linna M. Hoidon vaikuttavuudessa isoja eroja. Helsingin Sanomat 7.3.2005.

Lukuvinkki!

Juuri ilmestyneessä Journal of Health Politics, Policy and Law (2005, vol. 30 (1–2)) -aikakauslehdessä teemanumerossa tarkastellaan Euroopan terveydenhuollon uudistuksia ja muutoksia poliittisina institutionaalisin rakenteisiin kytkeytyvinä ilmiöinä. Teemanumero sisältää myös Unto Häkkisen ja Juhani Lehdon Suomen terveydenhuollon uudistuksia koskevan artikkelin: ”Reform, Change and Continuity in Finnish Health Care”.

CHESSin Discussion Papers -sarjan ensimmäiset julkaisut nyt saatavissa verkosta

Discussion Papers -sarjassa on julkaistu neljä tutkimusta, joiden pdf-versiot ovat nyt saatavissa CHESSin kotisivuilta <http://www.stakes.fi/chess/english/publications/discussionpapers.htm>. Yksityiskohtaiset www-osoitteet löytyvät tämän lehden CHESSin uusimpien julkaisujen luettelosta

- 1) *Lien Nguyen, Unto Häkkinen.*
Choices and Utilization in Dental Care: Public vs. Private Dental Sectors, and the Impacts of a Two-Channel Financed Health care System.
Tutkimuksen kohteena on hammashuoltopalvelujen käyttö ja erityisesti yksityisen ja julkisen sektorin valintaa määrittävät tekijät. Tutkimus lisää tietoa sektorin valintaan vaikuttavista tekijöistä.
- 2) *Unto Häkkinen.*
The Impact of Finnish Health Sector Reforms.
Tutkimuksessa arvioidaan Suomen 1990-luvun alun terveydenhuollon uudistuksia ja niiden vaikutuksia. Artikkelit tuo uutta tietoa erityisesti Suomen terveydenhuollosta kiinnostuneille kansainvälisille toimijoille.
- 3) *Unto Häkkinen, Marjo-Riitta Järvelin, Gunnar Rosenqvist, Jaana Laitinen.*
Health, Schooling and Lifestyles: New Evidence from the Northern Finland Birth Cohort.
Pitkittäistutkimus tuo uutta tietoa koulutuksen suorasta ja epäsuorista vaikutuksista terveyteen. Tutkimuksen keskeinen johtopäätös on, että koulutuksen lisääminen ei ole kustannus-vaikuttava tapa parantaa terveyttä.
- 4) *Markku Pekurinen, Unto Häkkinen.*
Regulating Pharmaceutical Markets in Finland.
Artikkelissa tarkastellaan Suomen lääkemarkkinoita, markkinoiden 1990-luvun uudistuksia ja niiden vaikutuksia varsinkin lääkemenojen kehitykseen. Erityisesti arvioidaan lääkevaihdon ensimmäisen puolentoista vuoden kokemuksia. Artikkelit tuo kansainvälisesti uutta tietoa erityisesti lääkevaihdon taloudellisesta merkityksestä.



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
projektisihteeri, (09) 3967 2629; 050 339 9502

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

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

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

Tarja Itkonen, TtM (hoitotiede)
palvelupäällikkö, (09) 3967 2249

Majjaliisa 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

Tuomo Karhunen, tradenomi
taloussihteeri, (09) 3967 2289

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

Jan Klavus, dos., VTT (kansantaloustiede)
tutkimuspäällikkö, puh (09) 3967 2634; 050 468 6918

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

Kaija Lindman, esh
projektisuunnittelija, (09) 3967 2310

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

Antti Liski, fil.yo
atk-suunnittelija, (09) 3967 2267

Hennamari Mikkola, KTT (kansantaloustiede)
erikoistutkija, (09) 3967 2267; 050 468 6911, vv. -6.10.2005

Päivi Muranen, sosionomi
projektisihteeri, (09) 3967 2435

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

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

Mikko Peltola, VTM (kansantaloustiede)
atk-suunnittelija/tutkija, (09) 3967 2458

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

Mirja Savo, FM
atk-suunnittelija, (09) 3967 2607

Marianna Savolainen, HSO
projektisihteeri, (09) 3967 2435, vv. -1.12.2005

Kirsi Vitikainen, TtM (terveystaloustiede)
tutkija, (09) 3967 2072

CHESS ONLINE

ISSN 1459-2339

CHESS ONLINE-lehtien verkkoversiot:

www.stakes.fi/chess/chessonline.htm

Julkaisija

Sosiaali- ja terveystalouden
tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes
Terveystaloustieteen keskus CHESS

Lintulahdenkuja 4, PL 220, 00531 Helsinki

puh. (09) 396 71

www.stakes.fi/chess

Päätoimittaja

Timo Hujanen, CHESS

Taitto ja layout

Workshop Pälvä Oy / Heikki Pälvä

Paino

Pekan Offset Oy Kirjapaino

Painos 2 000 kpl