



kuva: Heikki Päivä

PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
ryhmäpäällikkö
markku.pekurinen@stakes.fi

Kannattiko hoitotakuu?

■ Hoitotakuun toteuttamista pidetään yhtenä vuosikymmenen merkittävimmistä terveydenhuollon uudistuksista. Sen myötä otetaan käyttöön yhtenäiset, näyttöön perustuvat kiireettömän hoidon perusteet. Kansalaiset pääsevät julkiseen terveydenhoitoon samoilla perusteilla kaikkialla maassa. Hoitotakuun odotetaan parantavan kansan terveyttä ja kaventavan alueellisia terveyseroja. Kansalaiset odottavat hoitotakuuta innolla.

Uudistuksen vaikutuksista terveydenhuollon painotuksiin, rakenteisiin ja menoihin on esitetty vaihtelevia näkemyksiä, jopa uhkakuvia. Hoitotakuun pelätään heikentävän perusterveydenhuollon ja ehkäisevän työn asemaa. Erikoissairaanhoidossa operatiivisen toiminnan odotetaan vahvistuvan konservatiivisen toiminnan kustannuksella. Pitkien jonotusaikojen odotetaan lyhenevän ja lyhyiden jonotusaikojen pitenevän.

Monien eri erikoisalojen asiantuntijoiden mukaan yhtenäisillä hoidon perusteilla kirjataan nykyistä hoitokäytäntöä ja siksi resurssi-vaikutusten odotetaan jäävän vähäisiksi. Terveysmenojen odotetaan kasvavan hoitotakuun ensimmäisenä vuonna tilapäisesti, mutta uudistuksen ei ennakoida jättävän pysyviä menopaineita.

Sairaanhoitopiirit ovat varanneet ensi vuoden budjeteissaan hoitotakuun toteuttamiseen vajaan kolme prosenttia eli runsaat 19 euroa asukasta kohti. Koko maassa hoitotakuun ennakoidaan lisäävän menoja erikoissairaanhoidossa noin 100 miljoonalla eurolla ja perusterveydenhuollossa vajaalla 40 miljoonalla eurolla.

Mitä 140 miljoonan euron uudistuksella sitten saadaan aikaan? Tulokset askarruttavat 3–4 vuoden kuluttua poliittisia päättäjiä, virkamiehiä, asiantuntijoita ja erityisesti veronmaksajia. Lyhenivätkö jonot kuuteen kuukauteen? Paraniiko palvelujen saatavuus, väestön terveys ja tyytyväisyys? Miten kävi perusterveydenhuollon ja ennalta ehkäisevän työn? Pääsikä Kelan korvaamaan hoitoon helpommin kuin kunnan maksamaan? Vähenevätkö sairauspoissaolot ja sairauspäiväraha-korvaukset? Hiipuiko terveystalouden kasvu? Oliko hoitotakuu kustannusvaikuttava uudistus? Näitä kysytään muutaman vuoden kuluttua.

Uskottavaa näyttöä hoitotakuun vaikutuksista saadaan vain käynnistämällä monialainen, korkeatasoinen ja luotettava terveystaloustieteellinen tutkimus. Ilman tutkimustakin tullaan toimeen, mutta silloin moni kysyjä jää vastausta vaille.



kuva: Antero Aaltonen

CHES ONLINE 3 • 2004 SISÄLLYS

2. Haastateltavana Mikael Forss
Kela ehdottaa terveydenhuollon rahoitukseen radikaalia uudistusta
4. Väestön ikärakenteella ja sukupuolella suuri vaikutus terveystalouteen
Timo Hujanen
5. Hammashoitopalvelujen tutkimusta uusista näkökulmista
Hennamari Mikkola, Eeva Widström
6. PERFECT-Keskoshanke
Liisa Lehtonen
7. Erityisen kalliit hoidot kunnilta valtiolle?
Markku Pekurinen
8. Terveystalouden oikeudenmukaisuudessa on vielä parannettavaa
Ilmo Keskimäki

teksti: Timo Hujanen

kuva: Annika Söderblom/Kelan valokuvaamo



Haastateltavana Kelan johtaja Mikael Forss

Kela ehdottaa terveydenhuollon rahoitukseen radikaalia uudistusta

Terveydenhuoltoa vaivaavat nyt ja tulevaisuudessa useat rahoituksen ja palveluiden järjestämisen ongelmat.

Terveydenhuoltoa koskevia päätöksiä on tehty ajattelematta kokonaisuutta ja päätösten vaikutusta Kansaneläkelaitoksen (Kela) korvaaman yksityisen sairaanhoidon ja matkojen kustannuksiin sekä sairauspäivärahoihin.

– Ratkaisuna on uusi kansallinen vakuutusmuotoinen riskirahasto, ehdottaa Kelan johtaja Mikael Forss. Kela ei enää tyydy vain maksajan rooliin.

– Kunnilla on raskas vastuu terveydenhuollon rahoituksesta riippumatta kunnan koosta ja rahoitustilanteesta. Pienten väestötappiokuntien väestö on iäkäästä, verotuotot ovat vähäiset ja riippuvuus sosiaaliturvasta on suuri. Hoidettavien määrä vaihtelee ja yksittäiset hoidot voivat tulla hyvin kalliiksi. Riskivaihtelun lisäksi pienillä kunnilla on osaamiseen liittyviä ongelmia, perustelee Forss ehdotuksen taustoja ja arvioi monen väestötappiokunnan tulevaisuuden kovin heiveröiseksi.

– Nykymallin heikkoutena on huonosti toimiva kustannusvastuu, koska selkeää ti-

laaja-tuottaja-asetelmaa ei ole. Kunnat ovat heikkoja neuvottelijoita suhteessa sairaanhoito-piireihin. Niissä on tiedostettua tai tiedostamatonta jääviysongelmaa. Kuntien välillä on myös runsaasti yhteistyövaikeuksia, listaa Forss.

Järjestämisvastuu kunnilta vakuutusrahastolle

– Uudistuksen oleellisin ero nykyiseen olisi terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtyminen kunnilta kansalliselle vakuutusrahastolle. Kunnat ottaisivat kuntalaisille terveysvakuutuksen, jolla palvelun käyttö rahoitettaisiin. Idea on sama kuin työeläkemenojen vakuuttamisessa, kertoo Forss.

Uudessa mallissa vakuutusrahasto rahoit-

Kelan rooliin sopisi satsaus sosiaaliturvan taloustieteelliseen tutkimukseen eli siihen, miten sosiaaliturvaa kehitetään ja mitä se vaikuttaa talouteen.”

taisi hoitotapahtumia yhteisestä kassasta, jonka varat olisi kerätty ennakoon. Kunnat tietäisivät, miten paljon terveydenhuolto maksaa seuraavana vuonna. Nyt kunnat rahoittavat terveydenhuoltoa juoksevasta kassastaan ja menojen ennakointi on vaikeaa.

Kelan ehdottama terveystaloustieteellinen malli sisältää vakuutuselementtejä ja kokonaisvaltaista julkisen rahoituksen ohjausta. Forssin mukaan mallilla ei ole mitään tekemistä yksityisen kaupallisen vakuutuksen kanssa.

– Terveysvakuutus rahoitettaisiin valtion vakuutusrahastolle antamalla avustuksella, työntekijöiden ja työnantajien sairausvakuutusmaksuilla sekä kunnallisveron tuotolla. Valtion korvamerkitty avustus voitaisiin antaa kuntien kautta, jotta niiden mielenkiinto terveydenhuoltoon säilyisi. Kuntien vakuutusmaksut määräytyisivät muun muassa kantokyvyn ja sairastavuuden mukaan.

Kuntalaisille parempia palveluja

– Uudessa mallissa asiakas voisi hakea palvelun ilman maksusitoumusta mistä osasta maata tahansa ja tarjolla olisi keskenään vaihtoehtoisia hoitopaikkoja. Opiskelijat ja lomasukkaat voisivat hakea paikkakunnilta myös muita kuin akuuttipalveluja, esittää Forss.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon palveluja tuottavat voisivat keskittää osaamistaan ja sopia työnjaosta vakuutusrahaston kanssa. Kuntien ja sairaanhoitopiirien rajojen yli menevien palvelujen, kuten MediHelin ja kansallisten osaamiskeskusten, toimintaa voitaisiin keskittää yli sairaanhoitopiirien.

– Nykyiset palveluiden tuottajat kuten sairaalat, terveyskeskukset ja muut hoitolaitokset voitaisiin yhtiöittää. Kunnat voisivat olla nii-

den omistajina tai osakkaina. Jos kunta omistaisi koko terveystaloustieteellisen tutkimuksen, se myisi palveluja vakuutusrahastolle, esittää Forss.

Vakuutusrahasto selkeyttäisi rooleja

Forssin mukaan vakuutusrahasto neuvottelisi tuottajien kanssa palvelujen määrästä, laadusta ja hinnasta. Se kilpailuttaisi palvelut ja voisi ostaa ne esimerkiksi toisen alueen sairaanhoitopiiriltä tai yksityisiltä.

– Vakuutusrahasto seuraisi hoitoketjun toimivuutta, tuottajien toimintaa sekä ylläpitäisi tietojärjestelmää suunnittelua ja seurantaan varten. Nykyisin kukaan ei kontrolloi hoitoketjua ja asiakkaille tehdään päällekkäisiä tutkimuksia. Vakuutusrahasto voisi kieltäytyä maksamasta päällekkäisyyksiä, esittää Forss.

– Nyt luottamusmiesten on tehtävä päätöksiä sairaanhoitopiirien hankinnoista tuottajien asiantuntijoiden tiedon perusteella, mutta luottamusmiehillä ei ole välineitä arvioida tätä tietoa. Vakuutusrahastolla olisi asiantuntijoita, jotka toimisivat tuottajien vastapuolena. Luottamusmiesten tehtävänä olisi ajaa kuntalaisten, ei palvelutuottajien tai muiden etuja. Tarvittaessa he riitelisivät tuottajien tai vakuutusrahaston kanssa, jos hommat eivät sujuisi.

– Ajatusta terveystaloustieteestä on esitetty jo kansallisen terveystaloustieteen yhteydessä. Mutta monet tärkeät sidosryhmät ovat sitoutuneet nykyyn malliin. Parhailaan lasketaan vakuutusmaksun määräytymistä kunnittain. Muutoshetkellä mikään ei saisi radikaalisti muuttua, jatkaa Forss.

Etuisuuksia arvioivaa tutkimusta

Kelassa tehdään lääkkeiden korvattavuushakemuksiin liittyvää taloudellista arviointia,

tutkitaan matkojen yhdistelyn taloudellisuutta ja arvioidaan psykoterapian sekä kuntoutuksen vaikuttavuutta. Kela panostaa hoitotapahtumien etuisuuksia arvioivaan tutkimukseen. Forss pitää tärkeänä että tutkimuksessa on jatkuvuutta kuten Stakesin Terveystaloustieteen keskuksella CHESsillä. Se tuo vakautta tutkimukseen.

– Terveystaloustieteen yhteiskuntataloudellisten vaikutusten arviointia olisi tehtävä enemmän. Tiedämme, että huono-osaisten terveys on usein huonompi, mutta myös keskituloiset samoin kuin parempituloisetkin voivat joutua aikamoiseen ahdingoon terveyden heikentyessä. Terveystaloustieteen ja hyvinvoinnin kohtaamisesta tiedetään vähän ja aiheesta kaivattaisiin systemaattista ja laajempaa tutkimusta, arvioi Forss.

– Kelan rooliin sopisi satsaus sosiaaliturvan taloustieteelliseen tutkimukseen eli siihen, miten sosiaaliturvaa kehitetään ja mitä se vaikuttaa talouteen. Kelassa kehitetään mikrosimulointimalleja eri tarkoituksiin ja rekisteriaineistoja pyritään hyödyttämään mahdollisimman hyvin.

– Kelan rekisteriaineistoja osataan hyödyntää erityisesti lääketieteessä, mutta yhteiskuntatieteilijät ja nuoret tutkijat eivät ole olleet kiinnostuneita niistä, vaikka poikkeuksiakin on kuten Terveystaloustieteen keskus CHESs. Rekisteriaineistojen tutkiminen voi olla työlästä, ja ilmeisesti se ei ole kovin kiehtovaa. Mutta kun tuloksia saadaan, niitä haluavat kaikki, painottaa Forss. ■

Väestön ikärakenteella ja sukupuolella suuri vaikutus terveystalouteen

Terveystalouteen menot ovat jakautuneet hyvin epätasaisesti ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Sotien jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien ja 70–85-vuotiaiden kokonaismenot ovat huomattavasti korkeammat kuin muilla ikäryhmillä. Naisten yhteenlasketut terveyden- ja vanhustenhuollon menot ovat lähes puolet suuremmat kuin miesten.

Terveystaloustieteen keskuksen CHESSin tuoreessa raportissa kuvataan ensimmäistä kertaa terveydenhuoltomenoja yksivuotisikäryhmittäin ja sukupuolittain yli viidessäkymmenessä eri palveluryhmässä vuoden 2002 tiedoilla. Raportissa arvioidaan 10,2 miljardin terveystalouden 93 prosenttia. Lisäksi raportissa on arvio vanhustenhuollon 1,5 miljardin euron menojen jakautumisesta ikä- ja sukupuoliryhmittäin.

Timo Hujanen
tutkija, CHESS



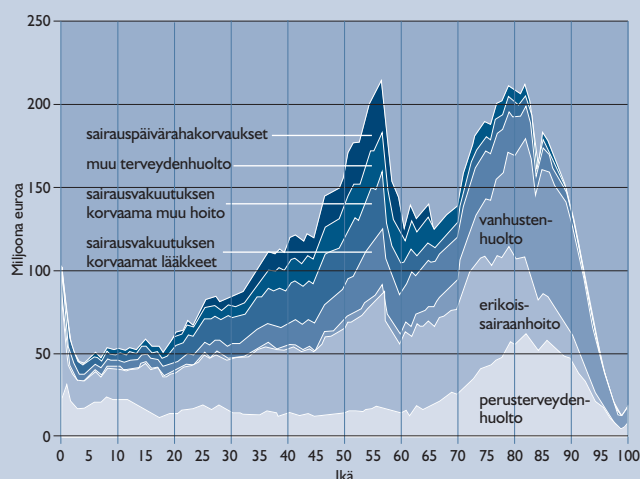
kuva: Pia Okamo

Arvioidut menot sisältävät kaikki tuotantokustannukset ja asiakasmaksut. Menojen jaottelussa on hyödynnetty saatavilla olevia käyttö- ja yksikkökustannustietoja.

Menohuiput terveystalouden suunnannäyttäjinä

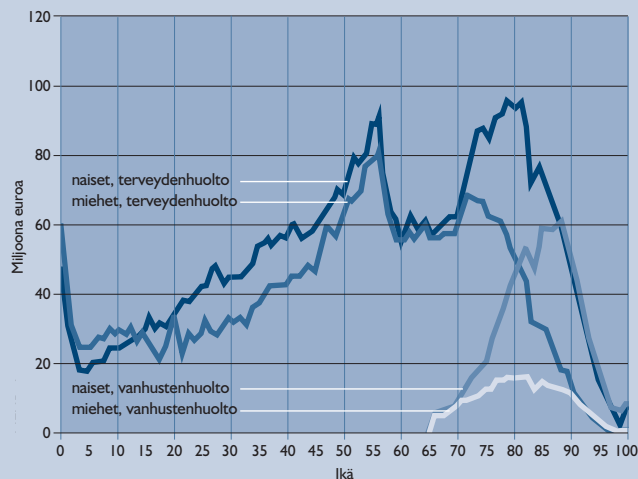
Kokonaismenoissa oli kaksi menohuippua, joista toisen muodostivat sotien jälkeen syntyneet suuret ikäluokat ja toisen 70–85-vuotiaat (kuvio 1). Sotien jälkeen syntyneiden korkeat menot selittyvät ikäluokan suurella koolla. Iäkkäämpien menot selittyvät korkeilla asukaskohteisilla menoilla.

Kokonaismenojen tarkastelu ikäryhmittäin antaa hyvin erilaisen kuvan menoista kuin menojen tarkastelu asukasta kohti. Vaikka 85 vuotta täyttäneiden menot asukasta kohti olivat suurimmat, oli heidän osuutensa kokonaismenoista vain seitsemän prosenttia. Työikäisten osuus kokonaismenoista oli hieman



Kuvio 1. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenot sekä sairauspäiväraha korvaukset ikäryhmittäin vuonna 2002.

Huomautus kuvioon 1: Kaikki kokonaismenot sisältävät asiakkaiden maksuosuudet. Kuvioon on lisätty sairauspäiväraha korvaukset, joiden osuus työikäisten menoista on 10,5 prosenttia ja kokonaismenoista 5,2 prosenttia. Sairauspäiväraha korvauksia ei käsitellä raportissa.



Kuvio 2. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot sukupuolittain vuonna 2002.

Huomautus kuvioihin 1 ja 2: Sisältävät julkisen ja yksityisen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot sekä sairausvakuutuksen korvaaman terveydenhuollon, lääkkeet, kuntoutuksen ja matkat. Tietoihin ei sisälly ympäristöterveydenhuoltoa, eräitä hallinnon menoja ja julkisia investointeja.

yli puolet eli 53 prosenttia. Asukas-kohtaiset menot kasvoivat iän karttuessa.

Väestön ikärakenteeseen ei voi tulevaisuudessa paljoakaan vaikuttaa, mutta terveystaloudellisesti ratkaisulla voidaan vaikuttaa väestön terveyteen ja sitä kautta terveydenhuoltomenoihin. Erityisesti olisi syytä panostaa eläkeikää lähestyvien terveyskäyttäytymiseen, vanhusten ennakoivaan hoitoon ja yleensä ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon ja terveyden edistämiseen.

Naisten ja miesten menoissa huomattavia eroja

Naisten osuus terveystaloudellisesti oli 56 prosenttia eli selvästi suurempi kuin heidän osuutensa väestöstä. Naisten kokonaismenot olivat miehiä korkeammat kaikissa muissa paitsi 13 vuotta nuoremmissä ikäryhmissä. Naisten ja miesten ero koroostuu erityisesti vanhemmiten. Naisia oli 65 vuotta täyttäneistä 61 prosenttia, mutta heidän osuutensa vanhustenhuollon menoista oli 75 prosenttia eli merkittävästi korkeampi.

Naisten pitkäikäisyys ja erot terveyskäyttäytymisessä selittänevät valtaosan sukupuolten välisistä menoeroista. Alle 50-vuotiaiden kohdalla osa naisten korkeammista menoista selittyy luonnollisesti lisääntymisterveyteen liittyvien palvelujen käytöllä. Naiset käyttävät tutkista myös muita terveyspalveluja yleensä aktiivisemmin kuin miehet.

Miesten terveyttä edistäviin toimiin tulisi selkeästi panostaa. Sa-

malla miehiä tulisi aktivoida, jotta opettaa käyttämään terveyspalveluja enemmän ja aikaisemmin, jo ennen kuin sairaus vaatii erikoissairaanhoidon ja kalliita lääkkeitä. ■

Raportin tietoja voidaan

hyödyntää terveydenhuollon ja vanhustenhuollon suunnittelussa ja päätöksenteossa sekä tutkimus- ja kehittämishankkeissa. Tietojen avulla voidaan arvioida eri sairauksiin liittyviä kokonaismenoja, kun tietoa väestön sairastavuudesta ikä- ja sukupuoliryhmittäin on olemassa. Raportti antaa oman panoksensa keskusteluun ikä- ja sukupuolirakenteen merkityksestä terveydenhuollon voimavarojen kohdentamisessa eri palveluryhmiin nyt ja tulevaisuudessa.

Tutkimus on osa Suomen Akatemian TERTTU-ohjelman hanketta, jossa tarkastellaan terveydenhuollon rahoitusvaihtoehtoja ja arvioidaan rahoituksen muutostarpeita tulevaisuudessa. Tutkimusta on rahoitettu myös sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämismäärärahoista.

Lähde:
Hujanen Timo, Mikkola Hennamari, Pekurinen Markku, Häkkinen Unto, Teitto Eija. Terveydenhuollon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002. Stakes Aiheita 24/2004. Helsinki. Julkaisu saatavissa verkosta osoitteesta: www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita24-2004.pdf.

Hammashoitopalvelujen tutkimusta uusista näkökulmista

Vuoden 2002 hammashoitouudistus muutti hammashoitokilpailuolosuhteita – ainakin teoriassa. Valtio lisäsi kunnalliseen hammashoitoon tarkoitettua valtionosuutta ja laajensi samalla yksityissektorin tarjoamien palvelujen tukea lisäämällä sairausvakuutuskorvauksia saavien määrää. Suomen yksityisen hammashuollon tilannetta kartoitettiin teemmällä yritysraastatteluja suurimmissa hammashoitokilpailuyrityksissä. Suomen hammashoitopalveluja verrattiin Iso-Britannian ja Ruotsin palveluihin. Kaikissa näissä maissa yksityinen ja julkinen sektori toimivat rinnakkain ja verorahoja käytetään hammashoidon järjestämiseen ja palvelujen käytön tukemiseen.

Isossa-Britanniassa kaikki hammaslääkärit ovat yksityisiä ammatinharjoittajia, joista suuri osa työskentelee yrittäjäsopimuksilla julkisella sektorilla. Pohjoismaissa yksityisen yrittäjyyden rinnalla tai vaihtoehtona on palkkatyö julkisella sektorilla. Myös julkisten hoitosubventioiden kohdentamisessa on periaatteellinen ero. Pohjoismaissa palvelujen käyttöä tuetaan sektorista riippumatta, Isossa-Britanniassa yksityissektoria ei tueta lainkaan. Toisaalta Pohjoismaissa hammashuollossa on suhteellisesti enemmän työvoimaa kuin Isossa-Britanniassa. Yksityinen sektori tuottaa kaikista hammashoitopalveluista Isossa-Britanniassa kolmanneksen ja Ruotsissa ja Suomessa puolet.

Hammashoidossa kilpailun esteitä on useita. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa uusien hammashoitokilpailuyritysten perustaminen on estetty lailla ja suuhygienistien ja hammasteknikoiden toimintavaltuuksia on rajoitettu. Toisaalta kilpailua on myös pyritty edistämään, ja erityisesti Ruotsissa tavoitteena on ollut luoda julkiselle ja yksityiselle aikuishammashoidolle tasaveroiset kilpailuolosuhteet. Tutkimuksemme tulee tuottamaan uutta mielenkiintoista tietoa muun muassa keinoista edistää yksityisen hammashoidon kilpailua.

Hammashoitopalvelujen kilpailu- ja kannustemekanismeja, tasa-arvoa ja hammashuoltouudistuksen vaikutuksia arvioidaan Stakesin Vaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus -tutkimusryhmän (VOT) ja Terveystaloustieteen keskuksen CHESsin yhteishankkeessa. Hanke käynnistyi kuluvaan vuoteen alussa ja siihen osallistuu asiantuntijoita myös muista tutkimuslaitoksista. Hanketta rahoitetaan Suomen Akatemian TERTTU-ohjelmasta. ■



kuva: Mari Herrala

Hennamari Mikkola erikoistutkija, CHES

Eeva Widström ylilääkäri, VOT

PERFECT mahdollistaa väestötason hoidon arvioinnin

Yliopistosairaanhoitopiirit, Terveystaloustieteen keskus CHES ja Kela ovat käynnistäneet PERFECT-yhteishankkeen, jossa tutkitaan hoitoketjujen toimivuutta, vaikuttavuutta ja kustannuksia. Tavoitteena on kehittää menetelmiä rekisteripohjaiseen hoidon kustannusvaikutavuuden mittaamiseen sekä luoda vertailutietokanta, jonka avulla voidaan vertailla annettuja hoitoja sekä niiden kustannuksia ja vaikuttavuutta sairaaloiden, sairaanhoitopiirien, alueiden ja väestöryhmien välillä.

PERFECT-hankkeessa arvioidaan tietyn terveysongelman hoitoa kokonaisissa hoitoketjuis-

sa, eikä vain yksittäisissä toimenpiteissä. Hankkeessa haetaan näyttöä siitä, mitkä tekijät ylipäänsä vaikuttavat hoidon tuloksellisuuteen ja miten terveystaloudelliset kannusteisiin ja palvelurakenteeseen liittyvät päätökset vaikuttavat palvelujärjestelmän toimivuuteen.

Hankkeessa arvioidaan kustannusvaikutavuutta seitsemässä osahankkeessa ja etsitään parhaita hoidon järjestämistapoja. Osahankkeita ovat aivohalvaus, keskukset, rintasyöpä, skitsofrenia, sydäninfarkti, tekonivelkirurgia ja lonkkamurtumat. ■

PERFECT =
PERformance,
Effectiveness and
Cost of Treatment episodes

(hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset)

PERFECT-Keskoshanke

Hankkeessa selvitetään koko maan kattavan rekisteriaineiston avulla keskoshoidon kustannusvaikutavuuden eroja yliopistollisissa sairaanhoitopiireissä ja eritasoisissa sairaaloissa. Hankkeessa haetaan näyttöä siihen, millä raskausviikolla synnytykset tulisi keskittää yliopistosairaaloihin, mitkä ovat tehokkaita päivystysjärjestelyjä hyvän lopputuloksen turvaamiseksi ja miten voimavarojen käyttö vaikuttaa hoidon vaikuttavuuteen.

Liisa Lehtonen neonatologian dosentti, osastonylilääkäri
TYKS lastenkliniikka
PERFECT-Keskoshankkeen vetäjä



Kuva: Pajujula

Hankkeen tavoitteena on kehittää hoitoa niin, että keskkosten kuolleisuus alenee ja vammautumisen riski vähenee. Pikkukeskosten kuolleisuus onkin alentunut nopeasti hoidon kehittymisen myötä. Pitkäaikaisten keskosuuteen liittyvien haittojen kehityksestä on ristiriitaisia tietoja. Erot myöhäiskomplikaatioiden yleisyydessä voivat johtua erilaisista hoitokäytännöistä tai erilaisesta hoidon organisoinnista.

Vuoden 2005 alusta pikkukeskosten vastasyntyneisyysvaiheen tiedot kerätään syntymärekisteriin kahden viikon ”korjattuun ikään” saakka eli kahden viikon ikään lasketusta ajasta. Tämä lisää käytettävissä olevaa tietoa pysyvän vammautumisen riskin aiheuttavista sairauksista.

Hoito vaativaa ja kallista

Pitkäaikaista hoitoa ja kuntoutusta vaativista jälkiseurauksista aiheutuu suuri rasite lapselle, perheelle, ja ne tulevat yhteiskunnalle kalliiksi. Hoidon kustannuksia selvitetään

yksityiskohtaisesti hoitajaksojen, hoitopäivien ja hoidon vaativuuden avulla sekä arvioidaan keskoshoidon resurssointia maan eri sairaaloissa.

Rajallisten resurssien käyttöä voidaan suunnitella parhaalla mahdollisella tavalla, kun tiedämme tutkimuksen perusteella kustannusvaikutavuudeltaan parhaan hoidon organisoitavan. Pitkällä aikavälillä panostus hyvään alkuhoitoon, jolla vähennetään pysyvää vammautumista, maksanee itsensä takaisin. ■

PERFECT-Keskoshankkeessa keskitytään selvittämään alle 1 500 gramman painoisena syntyneiden tai alle 32 raskausviikon ikäisenä syntyneiden lasten hoidon kustannusvaikutavuutta. Vuonna 2003 tämän vaativaa tehohoitoa tarvitsevan potilasryhmän koko oli prosentti eli 588 lasta kaikista 56 633 vastasyntyneestä. Keskosista kuoli 13 prosenttia ja eloonjääneiden keskimääräinen sairaalassaoloaika oli 64 vuorokautta.

Erityisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuun siirtämisen kunnilta valtiolle merkitsisi noin 156 miljoonan euron kustannusten 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. Jos muutos koskisi vain hengityshalvauspotilaiden hoitoa, valtion rahoitettavaksi siirtyisi 28 miljoonan euron hoitokustannukset.

Markku Pekurinen
ryhmäpäällikkö, CHESS

Erityisen kalliit hoidot kunnilta valtiolle?

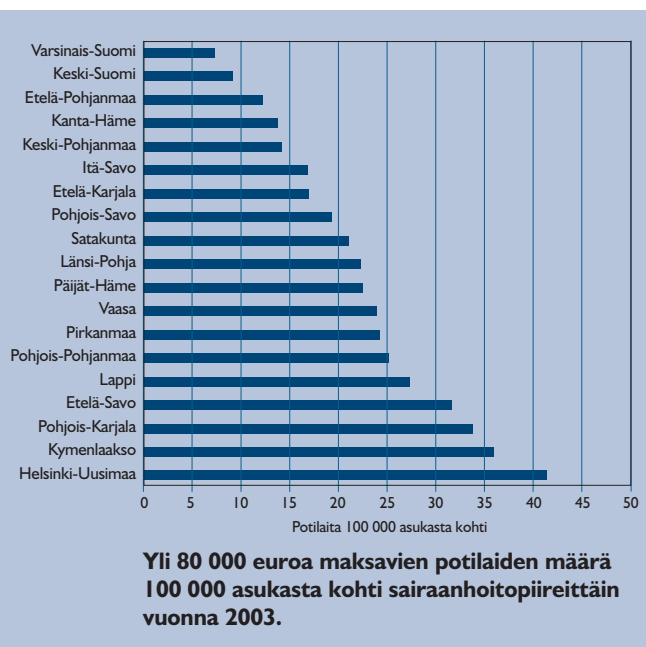
Erityisen kalliiden potilaiden hoidon rahoitus voidaan toteuttaa usealla tavalla. Nyt rahoitusvastuu on tiettyyn rajaan saakka yksittäisellä kunnalla. Raja on tavallisesti noin 50 000 euroa vuodessa potilasta kohti. Rajan ylimentävät kustannukset tasataan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien kesken kalliiden hoitojen tasausrahastosta. Monet tahot ovat esittäneet rahoitusvastuun siirtämistä kunnilta valtiolle.

Vuodessa yli 80 000 euroa potilasta kohti maksavien hoitojen osuus sairaanhoitopiirien jäsenkuntalaskutuksesta vaihtelee merkittävästi. Vuonna 2003 osuus oli korkein HUS-piirissä, 8,0 prosenttia, ja alhaisin Varsinais-Suomen ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä, 1,5 prosenttia. Piirien välinen kustannusero johtuu lähinnä hoidossa ol-

leiden potilaiden määrästä ja vähäisemmässä määrin hoidon kustannuksista potilasta kohti.

Erityisen kalliit potilaat eivät jakaudu täysin satunnaisesti eri kuntiin tai sairaanhoitopiireihin. Suurimmilla paikkakunnilla on pysyvästi melko paljon näitä potilaita. Potilaiden kokonaismäärä tosin vaihtelee vuodesta toiseen jossain määrin satunnaisesti.

Erityisen kalliiden hoitojen rahoitusvastuun siirtäminen kunnilta valtiolle hyödyttäisi eniten HUS-piirin ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin jäsenkuntia. Jos valtio vähentäisi näiden hoitojen kustannuksia vastaavan rahasumman kuntien valtionosuuksista, kuntakenttä kokonaisuudessaan ei hyötyisi rahoitusvastuun siirtymisestä valtiolle. ■



Lähde: Pekurinen M, Klavus J, Mikkola H. Erityisen kalliit hoidot – Rahoitusvaihtoehtojen arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:15, Helsinki 2004.

CHESSin uusimpia julkaisuja koko julkaisuluettelo osoitteessa www.stakes.fi/chess

Carpenter GI, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard J-C, Garms-Homolova V, Jonsson P, Frijters D, Ljunggren G, Sörby LW, Wagner C, Onder G, Pedone C, Bernabei R. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC) AGING Clin Exp Res 2004, 16, 259–269

Hujanen T, Mikkola H, Pekurinen M, Häkkinen U, Teitto E. Terveystuonon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002. Stakes, Aiheita 24/2004. Helsinki 2004. www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita24-2004.pdf.

Klavus J, Pekurinen M, Mikkola H. Verotus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2/2004, 100, 128–137.

Laine J, Valtonen H. Hoivapalvelujen tuottavuudesta ja laadusta. Yhteiskuntapolitiikka 4/2004.

Laine J. Karttoitus erityispalvelujen järjestämisen toimintamalleista. Teoksessa Tarja Heino (toim.) VEPpi on tehnyt tehtävänsä, VEPpi saa mennä. Verkostoituvat erityispalvelut (VEP) -hankkeen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 15. Helsinki 2004. 62–65.

Linna M, Vitikainen K, Teitto E, Häkkinen U. Opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamat kustannukset sairaaloille vuosina 1998–2002. Stakes, Aiheita 15/2004. Helsinki 2004. www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita15-2004.pdf.

Mikkola H. Palvelusetelin käytön kansainvälisiä kokemuksia – mitä voimme oppia Ruotsin kokemuksista? Vanhustenhuollon uudet tuulet 3–4/2004, 16–17.

Pekkarinen L, Sinervo T, Elovainio M, Noro A, Finne-Soveri H, Laine J. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes, Aiheita 11/2004. Helsinki 2004.

Pekurinen M. Hyväkin voi tulla paremmaksi. Yksityislääkäri -lehti. 2004, 3, 12–14.

Pekurinen M, Klavus J, Mikkola H. Erityisen kalliit hoidot – Rahoitusvaihtoehtojen arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:15, Helsinki 2004.

Terveystuonon oikeudenmukaisuustutkimuksia

Häkkinen U. Lääkärissäkäynnin jakautuneet Suomessa eriarvoisesti. CHESS ONLINE 3/2003,4.

Hetemaa T, Keskimäki I, Manderbacka K, Leyland AH, Koskinen S. How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socioeconomic and gender equity in their use? J Epid Comm Health 2003, 57, 178–185.

Hetemaa T, Keskimäki I, Salomaa V, Mähönen M, Manderbacka K, Koskinen S. Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures after first myocardial infarction in Finland in 1995. J Clin Epid 2004, 57(3), 301–308.

Keskimäki I, Aalto A-M, Häkkinen U, Klaukka T, Manderbacka K, Reunanen A, Vehko T. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Raportteja 286. Stakes, ilmestyy joulukuussa 2004.

Klavus J. Empirical studies on the measurement of distribution in health care. Research Report 108. Stakes, Helsinki 2000.

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuudessa on vielä parannettavaa

Yleisesti Suomen terveydenhuoltoa pidetään suhteellisen oikeudenmukaisena ja sen nähdään takaavan eri väestöryhmille hyvät mahdollisuudet käyttää palveluja. Tietämättömyys tukee tätä käsitystä. Tutkimustulokset kertovat muuta, eikä Suomea voi pitää terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden mallimaana.

Oikeudenmukaisuus on yksi terveydenhuollon kolmesta perushyveestä tuotannon tehokkuuden ja vaikuttavuuden ohella. Hyveitä tavoitellaan, jotta terveyspalveluista saataisiin paras mahdollinen terveyshyöty koko väestölle. Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että kaikille tarjotaan todellinen mahdollisuus käyttää tarvitsemiaan terveyspalveluita siten, että taloudelliset tai muut tekijät eivät rajoita palveluiden saantia.

Stakesissa terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta koskevan tiedon aukkoja on pyritty paikkaamaan erillistutkimuksilla lääkäri- ja sairaalapaalvelujen käytöstä, sepelvaltimotaudin hoidosta sekä terveydenhuollon kustannusrasitteen kohdentumisesta. Tutkimukset antavat yleistä käsitystä huolestuttavamman kuvan terveydenhuollosta.

Terveydenhuollon kustannusrasite kääntyi 1990-luvulla hyvätuloisia suosivaan suuntaan. OECD:n mukaan Suomessa on Länsi-Euroopan maista suurinta eriarvoisuutta lääkäripalvelujen käytössä, suurituloiset käyttävät tarpeeseen suhteutettuna palveluja enemmän kuin pienituloiset. Sepelvaltimotautia sairastavia hyvätuloisia ja koulutettuja hoidetaan useammin ohitusleikkauksella tai pallolaajennuksella ja heille määrätään useammin seerumin kolesterolia alentavia lääkkeitä kuin huonommassa asemassa oleville. Tutkimukset ovat käsitelleet pääosin vain lääkäri- ja

sairaalapaalveluja, mutta esimerkiksi ehkäisevien palvelujen käytön eroista ja niiden syistä on niukasti tietoja.

Mielenkiintoista tietoa tulossa

Tämän vuoden aikana Stakesissa on käynnistetty hankkeet hammashoitopalvelujen oikeudenmukaisuudesta sekä alueellisten ja sosioekonomisten tekijöiden ja alueellisen eriytymisen vaikutuksista terveyspalvelujen käytön väestöryhmäeroihin. Vuonna 2005 Kansanterveyslaitos ja Stakes kokoavat raportin väestön terveydentilan ja terveyspalvelujen käytön väestöryhmien välisistä eroista ja niiden syistä parin viime vuosikymmenen aikana. Raportin tavoitteena on esittää suunnitelma erojen pysyvistä seurannasta.

Stakesin ja muiden tutkimuslaitosten tuottamien tutkimus- tai seurantatietojen avulla ei voida ratkaista terveydenhuoltoon liittyviä oikeudenmukaisuusongelmia. Oikeudenmukaisuutta määritellään käytännössä päätettäessä palvelumaksuista, omavastuuosuuksista, eri palvelusektoreiden voimavaroista, hoitokäytännöistä ja viime kädessä yksittäisistä hoidoista. Tutkimus voi tarjota vain tukea, jotta päätöksissä kyetään otamaan huomioon eri väestöryhmien edellytykset käyttää terveyspalveluja. Toivottavasti Stakes kykenee tutkimuksillaan tukemaan tätä vaikeaa päätöksentekoa. ■

Tutkimuskohteen uusimmat julkaisut edellisen sivun julkaisu-uuteloissa.



kuva: Pia Johansson

Ilmo Keskimäki, vt. tulosaluejohtaja
Sosiaali- ja terveyspalvelut

Ryhmäpäällikkö

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

Ryhmän sihteeri

Eija Utriainen, KM, erh
projektsihteeri, (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)
tutkija, (09) 3967 2249

Maijalisa 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, (09) 3967 2634, 050 468 6918

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

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

Kaia Lindman, esh
suunnittelija, (09) 3967 2310

Hennamari Mikkola, KTT (kansantaloustiede)
erikoistutkija, (09) 3967 2267, 050 468 6911

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

Anja Noro, THT
erikoistutkija, (09) 3967 2253, 040 545 22760

Mikko Peltola, VTM (kansantaloustiede)
atk-suunnittelija, (09) 3967 2415

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

Marianna Savolainen, HSO
projektsihteeri (09) 3967 2435

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

CHESS ONLINE

ISSN 1459-2339

CHESS ONLINE-lehtien verkkoversiot:

www.stakes.fi/chess/chessonline.htm

Julkaisija

Sosiaali- ja terveysalan
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