

CHESS ONLINE

on Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen julkaisema tiedotuslehti.

CHESS ONLINE



kuva: Heikki Päivä

PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
ryhmäpäällikkö
markku.pekurinen@stakes.fi

Tieto on hyödyllistä, jos sitä saa ajoissa

■ Kehittyneen Suomen asiantuntijaa voi huvittaa ajatus tutustua köyhän Mongolian terveydenhuoltoon. Mitäpä maalla on meille annettavaa. Terveystaloustieteen tutkimus ei siellä niin kaksinen ole, vaikka sitä ripeästi kehitetään. Käynti sairaalassa kannustaa kohentamaan kuntoa ja elämäntapoja, jotta sairaalaa voisi karttaa pitkään. Tietotuotannon ripeyttä voi kuitenkin vain ihaila.

Tiedot edellisvuoden sairastavuudesta, kuolleisuudesta ja palvelujen käytöstä valmistuvat seuraavan vuoden helmikuussa. Taloustiedoissa on sielläkin viivettä. Ennakotiedot taloudesta valmistuvat maaliskuun loppuun ja yksityiskohtaiset tiedot kuukautta myöhemmin. Niinpä vuoden 2003 keskeiset tiedot sisältävä terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja julkaistiin jo huhtikuussa 2004. Suomessa vastaavia koko maan kuntakohtaisia tietoja vuodelta 2003 voidaan odotella talvella 2005.

Meillä päätökset joudutaankin usein perustamaan vanhaan vertailutietoon. Terveystaloustieteen keskuksella, sairaalalla ja kunnalla on tuoreet tiedot omasta taloudesta ja toiminnasta, edellisvuoden tiedot naapurista ja toissavuoden tiedot muista. Virallinen tietotuotanto laaha noin vuoden jäljessä päättäjien tarpeista. Vain Stakesin tuottamat erikoissairaanhoito- ja toimintatiedot valmistuvat ajallaan.

Väestön sairastaminen ja avuntarve ei paljon vaihtelee vuodesta toiseen. Menotkin ovat sängen hyvin ennakoitavissa aikaisempien vuosien kehityksen sekä henkilöstön määrän muutosten ja palkankorotusten kautta. Silti vanhojen tietojen käyttö päätöksenteossa on kiuksallista. Erityisesti kun aina muistetaan, että viime vuosi oli poikkeuksellinen. Oli lääkäriä lakkoa, kaunis tai sateinen kesä, rakennettiin uutta tai purettiin vanhaa, säästettiin tai oli välivuosi.

Tutkimukselle kelpaa joskus vanhempikin tieto. Käytännön kenttätöissä toissavuoden tiedoilla on lähinnä historiallista arvoa, mikä rapauttaa vertailutietojen uskottavuutta päätöksenteossa. Harva yrityskään perustaa huomisen strategiaansa toissa vuoden markkina-tilanteeseen. Auttaisiko asiaa olennaisten sosiaali- ja terveysalan toiminta- ja taloustietojen keruun keskittäminen yhteen paikkaan, esimerkiksi Stakesiin?



CHESS ONLINE 2 • 2004 SISÄLLYS

- Yrjö Jahnssoinin säätiö: 50 vuotta tutkimuksen hyväksi
Terveystaloustieteen juhlasymposium
9.–10.8.2004 Finlandia-talossa
- Asiakasmaksut rasittavat eniten sairaimpien kukkaroa
Jan Klavus
- Kotihoitoasiakkaan avuntarpeet tarkastelussa
Tarja Itonen
- Tuottavuustiedoista palvelujen suunnitteluun ja päätöksentekoon
Olli-Pekka Lehtonen
- OECD:n terveysprojekti selvitti laajasti terveydenhuollon toimivuutta ja taloudellisuutta
Antero Jämsén
- Kustannusvaikuttavuus on FinOHTAn leipälaji
Marjukka Mäkelä

CHESS - seminaari

Taloustieteellinen lähestymistapa terveyden ja terveydenhuollon eriarvoisuuteen

2.6.2004 klo 12.30–16.00 Stakesin auditorio.

Luennoitsijoina Eddy van Doorslaer, Andrew Jones, Markus Jäntti ja Jan Klavus
Katso ohjelma ja lisätietoja osoitteesta: <http://www.stakes.fi/palvelut/chess>

teksti ja kuva:
Timo Hujanen

– *Terveystaloustieteellisen tutkimuksen kysyntä lisääntyy väestön ikääntymisen seurauksena, koska terveydenhuoltomenot kasvavat tulevaisuudessa. Kehitys ei koske vain Suomea vaan laajalti koko maailmaa, muistuttaa Yrjö Jahnssoonin säätiön hallituksen jäsen Antti Suvanto.*

Tänä vuonna 50 vuotta täyttävä Yrjö Jahnssoonin säätiö haluaa olla akateemisen tutkimuksen aloitteentekijä, sillanrakentaja ja rahoittaja. Terveystaloustieteellistä tutkimusta säätiö on tukenut 25 vuotta.

Yrjö Jahnssoonin säätiö:



50 vuotta tutkimuksen

– Tärkeiden terveystalouden tutkimuskohteiden kuten kannusteisiin, rahoitukseen ja tiedon epätasaiseen jakautumiseen liittyvän tutkimuksen lisäksi on muistettava, että Suomessa on hyviä yksilötason aineistoja. On löydettävä enemmän kansainvälisiä tutkijakumppaneita hyödyntämään niitä, kertoo Antti Suvanto säätiön aivo-riihien pohdinnoista.

Säätiö on jakanut stipendejä pääasiassa kansantaloustieteen ja lääketieteen tutkimukseen, jatko-opintoihin sekä luento- ja seminaaritalaisuuksien järjestämiseen. Tähän mennessä stipendeinä on jaettu noin 29 miljoonaa euroa. Kouluneuvos **Hilma Jahnssoon** perusti säätiön vuonna 1954 lahjoittamalla sen peruspääomaksi puolisonsa kan-

santaloustieteen professori **Yrjö Jahnssoonin** kanssa hankitun varallisuuden.

Vuonna 2003 säätiö rahoitti kansantaloustieteellistä tutkimusta miljoonalla eurolla, lääketieteellistä tutkimusta 500 000 eurolla ja terveystaloustieteellistä tutkimusta 180 000 eurolla. Vuodesta 1998 terveystaloustieteen osuus on ollut noin 10 prosenttia säätiön jakamista apurahoista.

Puumerkki terveystaloustieteen historiassa

– Ajatus kansantaloustieteen ja lääketieteen välimaastoon sijoittuvan ”terveyden taloustieteen” tukemisesta syntyi professori **Jouko Paunio**n aloitteesta vuonna 1974. Tuolloin maailmalla health economics -

käsite alkoi vakiintua ja vuonna 1975 järjestettiin ensimmäinen tieteenalan seminaari Suomessa. Mukana oli alan kansainvälisiä tutkijoita sekä lääketieteen ja hallinnon edustajia Suomesta, Suvanto kertoo.

Vuonna 1977 säätiö teki sopimuksen Yorkin yliopiston kanssa säätiön rahoituksella tapahtuvasta jatkokoulutuksesta. Tarkoituksena oli saada maahan kriittisiä terveystaloustieteen osaajia. Yorkin opintojen rahoittaminen oli merkittävää vuoteen 1987 asti, jolloin säätiön tuki terveystaloustieteelle väliaikaisesti loppui. Yorkissa terveystaloustieteen tutkinnon suorittanut on kuusi henkilöä. Heistä kolme on väitellyt Yorkissa tohtoriksi. Siellä opiskelleita on enemmänkin.

Säätiön tuki terveystaloustieteelle

”Säätiö haluaa tukea akateemista tutkimusta, kansainvälisen tason väitöskirjoja jatkokoulututtamista, myös public economics -tyyppistä tutkimusta.”

Haastateltavana Suomen Pankin kansantalousosaston osastopäällikkö Antti Suvanto.

hyväksi

jatkuu vuodesta 1993, ja siitä lähtien painopisteenä olivat kotimaiset tutkimushankkeet. Vuonna 2000 säätiö järjesti merkittävän symposiumin terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamisesta. Luennoitsijat olivat kansainvälisesti tunnetuimpia elämänlaadun arviointimenetelmien kehittäjiä. Luennot julkaistiin *Annals of Medicine* -lehdessä¹.

Säätiö on tukenut Terveystaloustieteen seuraan vuosittaisen Terveystaloustieteen päivän sekä pohjoismaisen tutkijakokouksen järjestämisessä.

Kansantaloustieteen teorioita ei saa unohtaa

– Maassa tarvittaisiin kansantaloustieteen opettaja-tutkijoita, jotka ohjaisivat kansantaloustieteen teorit

hallitsevia tai niitä opiskelevia henkilöitä tekemään terveystaloustieteestä graduja ja jatko-opintoja.

– Säätiö haluaa tukea akateemista tutkimusta, kansainvälisen tason väitöskirjoja, jatkokoulututtamista ja myös public economics -tyyppistä tutkimusta, Suvanto kertoo ja lisää, ettei alan teoreettista tutkimusta ja metodologista osaamista saa unohtaa.

– Säätiö ei rahoita sektoritutkimusta eikä tutkimusta, joka kuuluu hallinnon tai virkamiesten tehtäviin. Säätiö ei myöskään paikkaa näiden tutkimusten rahoituksen aukkoja, Suvanto korostaa.

Ainutlaatuinen juhlasymposiumelokuussa

Yrjö Janssonin säätiö järjestää Suomessa harvinaisen terveystaloustieteen juhlasymposiumin elokuussa 9.–10.8.2004 Finlandia-talossa. Yleisöllä on symposiumiin vapaa pääsy ja mahdollisuus tulla kuulemaan maailman terveystaloustieteellisen tutkimuksen terävintä kärkeä.

Lisäksi säätiö järjestää juhla-vuotenaan kaksi kutsuseminaaria: Kansantaloustieteen juhlaseminaarin kesäkuussa ja Lääketieteen symposiumin elokuussa.

Yrjö Janssonin säätiön historiasta, toiminnasta ja apurahahakemuksista saa lisätietoa säätiön verkkosivuilta: www.yjs.fi. Säätiön historia julkaistaan kirjana kuluvan vuoden aikana.

Aikaisemmin ilmestyneen Yrjö ja Hilma Janssonin elämäkerran on kirjoittanut filosofian tohtori **Seppo Zetterberg**.■

¹ Health-related Quality of Life in Clinical Studies. Proceedings of the XII Medical Symposium of the Yrjö Jansson Foundation. Special Section. *Annals of Medicine*. 2001, 33, 5, 319–384.

Yrjö Jahnsson Foundation
50th Anniversary Symposium on

Incentives and Finance of the Health Care System

Chairman of the Organising Committee:
Dr. Antti Suvanto (Bank of Finland)
Time: Aug 9–10, 2004
Place: Finlandia Hall, Helsinki, Finland

1. Health economics in the past, today, and in the future
Speaker: Alan Maynard, University of York

2. Compensation schemes for medical doctors
Speaker: James Robinson, UC Berkeley

3. Payments and incentives in patient behaviour
Speaker: William Hsiao, Harvard University

4. Incidence of health care costs
Speaker: Robert Evans, University of British Columbia

5. Public economics of health care
Speaker: Albert Ma, Boston University

Professori Alan Maynard Yörkin yliopistosta on terveystaloustieteellisen tutkimuksen uranuurtaja ja niin sanotun Yörkin koulukunnan alkuperäisiä kasvattajia. Hänen tutkimustensa painopisteenä ovat olleet erityisesti Iso-Britannian kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän arvioinnit. Maynard on myös tieteenalan arvostetuimman Health Economics -lehden päätoimittaja.

Professori James Robinson Berkleyin yliopistosta Kaliforniasta tutki muun muassa lääkäreiden palkkio- ja kannustejärjestelmiä, lääkärihoitoisia organisaatioita, terveysvakuutuksia sekä terveydenhuollon internet-palvelujen ja organisaatioiden rahoitusta.

Professori William Hsiao Harvardin yliopistosta on perehtynyt erilaisiin maksujärjestelmiin ja niihin liittyviin kannusteisiin sekä kehitysmaiden terveydenhuollon rahoitukseen.

Professori Robert Evans kanadalaisesta British Columbian yliopistosta on värikäs ja kriittinen esintyjä, joka tunnetaan terveystaloustieteen teorian kehittäjänä. Evans on tutkinut muun muassa terveydenhuollon rahoittajien ja tuottajien suhteita.

Professori Albert Ma Bostonin yliopistosta on tutkinut kannusteita, terveyspalvelujen käyttöä, julkisen terveydenhuollon taloutta sekä monialaisesti terveydenhuoltoa taloustieteen perusteorioiden näkökulmista.

Contact: Dr. Hannu Vartiainen, Yrjö Jahnsson Foundation
Ludviginkatu 3–5, FIN-00130 Helsinki
Email: hannu.vartiainen@yjs.fi
Foundation: <http://www.yjs.fi/>

Asiakasmaksut rasittavat eniten sairaimpien kukkaroa

Asiakasmaksujen korotukset lisäävät kotitalouksien maksurasitusta, mutta eivät juurikaan vähennä palvelujen käyttöä tai terveydenhuollon kustannuksia. Maksurasitus kohdentuu pieneen, palveluja paljon tarvitsevaan väestönosaan. Kunnallisten palvelujen maksukatto estää erittäin korkeiden maksurasitusten synnyn tässä väestönosassa.

Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta kasvoi 1990-luvulla noin viisi prosenttiyksikköä. Nykyisellään maksuilla katetaan noin viidennes terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta. Suurin osa asiakasmaksuista muodostuu avohoidon maksuista ja lääkekuluista. Kohtuuttoman korkeiden maksukulujen ehkäisemiseksi otettiin kunnallisissa terveyspalveluissa käyttöön maksukatto vuonna 2000. Sairausvakuutuksen korvaamisissa kuluissa maksukatto on ollut voimassa lääkekulujen osalta vuodesta 1986 ja matkakulujen osalta vuodesta 1988.

Hinnalla vähäinen vaikutus palvelujen käyttöön

Terveyspalvelujen käyttäjiltä perittävillä asiakasmaksuilla ei voida samanaikaisesti lisätä maksutuloja ja hillitä palvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia. Maksujen vaikutus riippuu palvelujen hinnan ja käytön välisestä yhteydestä. Jos hinta ei vaikuta palvelujen käyttöön, eli palvelujen kysyntä on joustamatonta, asiakasmaksuja nostamalla voidaan periaatteessa kerätä runsaasti maksutuloja, mutta ei vaikuttaa palvelujen käytöstä aiheutuviin kustannuksiin. Jos taas asiakasmaksujen suuruudella on merkittävä vaikutus palvelujen käyttöön, maksuilla saavutettavat maksukertymät jäävät vähäiseksi.

Terveyspalvelujen hinnan ja kysynnän yhteyttä arvioivat tutkimukset osoittavat yhdenmukaisesti kysynnän olevan joustamatonta hinnan suhteen. Lähes palvelumuodosta riippumatta terveyspalvelujen hintajousto näyttäisi asettuvan luvun -0,2 alapuolelle, mikä tar-

koittaa, että hinnan korottaminen 10 prosentilla vähentää palvelujen käyttöä enimmillään kaksi prosenttia.

Asiakasmaksut jakautuvat epätasaisesti

Pääosa asiakasmaksuista peritään pieneltä palveluja runsaasti käyttävältä väestönosalta. Suomessa arviolta alle viisi prosenttia väestöstä aiheuttaa noin 80 prosenttia kunnallisten terveyspalvelujen kustannuksista. Koska palvelujen käyttö jakautuu väestössä epätasaisesti, myös maksut ja maksujen korotukset vaikuttavat väestöryhmittäin epätasaisesti. Jos maksukaton ja hintajouston vaikutusta ei oteta huomioon, 10 prosentin korotus kunnallisten palvelujen asiakasmaksuissa mahdollistaisi noin 60 miljoonan euron suuruisen lisäyksen maksutuottoihin. Tästä aiheutuisi palveluja paljon käyttävälle viidelle prosentille väestöstä noin 50 miljoonan suuruiset lisäkustannukset ja lopulle terveyspalveluja vähemmän käyttävälle 95 prosentille ainoastaan 10 miljoonan suuruiset lisäkustannukset.

Maksukatto leikkaa siellä missä pitääkin

Kunnallisten palvelujen maksukatto estää tehokkaasti korkeiden maksurasitusten syntyä ja kohdistuu siihen palveluja paljon käyttävään väestöryhmään, jossa maksut muodostavat taloudellisen riskitekijän. Vuonna 2003 kuntasektorin maksukaton rajan, 590 euroa, ylitti hieman yli kaksi prosenttia väestöstä (noin 105 000 henkilöä). Koska maksujen korotukset kohdistuvat suurelta osin henkilöihin, joiden maksut jo ylittävät maksukaton, edellä esitetty 10 prosentin korotus lisäisi maksukertymää vain noin viisi prosenttia, jos maksukatto pysyy ennallaan ja samalla otetaan huomioon kysynnän hintajousto.

Kunnallisten terveyspalvelujen maksukatto varmistaa, että paljon sairastavien ja palveluja tarvitsevien kotitalouksien maksurasitus ei ylitä 15 prosenttia kotitalouden kulutusmenoista. Ilman maksukattoa sellaisia kotitalouksia joiden kulutusmenoista yli 15 prosenttia menee terveydenhuollon maksuihin, olisi ollut noin 36 000. ■

Jan Klavus
tutkimuspäällikkö, CHESS

Vuoden 2001 lopussa Suomessa oli 52 400 yli 65-vuotiasta säännöllisen kotihoidon asiakasta. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja vanhusten kotihoidon benchmarking -pilottihankkeessa vuonna 2003 oli mukana säännöllisen kotihoidon asiakkaita viidestä kunnasta. Vuonna 2004 kotihoidon vertailukehittämishankkeessa saadaan tietoa noin 4 500 asiakasta kymmenestä kunnasta. Laitoshoidossa RAI-järjestelmää on käytetty vuodesta 2000 pitkäaikaishoidon asiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun arviointiin sekä vertailukehittämiseen.

RAI = Resident Assessment Instrument



Kotihoidon asiakkaan avuntarpeet tarkastelussa

Kotihoidon asiakkaat suoriutuvat useista arkisista askareistaan kotona, mutta kodin ulkopuolella ilman apua ei enää selviydytä. Yleisimmät ongelmat liittyvät ulkona liikkumiseen, jossa joka toinen tarvitsee apua. Kodin ulkopuolisen elämän kaventumisesta huolimatta valtaosa vanhuksista pitää kotia parhaana paikkana asua.

CHESsin vanhustenhuollon RAI-hankkeessa arvioitiin 1 200 kotona ja palvelutalossa asuvan vanhuksen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja terveydentilaa sekä kotiin saatuja palveluja ja läheisten antamaa apua. Suurin osa kotihoidon asiakkaista pystyi liikkumaan sisällä, ruokailemaan, pukeutumaan sekä huolehtimaan hygieniastaan ja wc-käynneistään täysin itsenäisesti.

Avuntarpeet liittyvät liikkumiseen

Yleisimmät kotona asumisen ongelmat liittyivät liikuntakykyyn (kuvio). Asioiden hoito, palvelujen käyttö sekä sosiaalisten suhteiden ylläpito ja ylipäänsä osallistuminen yhteiskuntaan hankaloituu, kun liikkuminen kodin ulkopuolella on rajoittunutta tai mahdotonta. Joka kymmenennellä oli vaikeuksia päästä ulos asunnostaan. Useimmat eivät liikkuneet kulkuvälineissä enää itsenäisesti ja ostoksillakin kävi vain harva itse. Kotitöissä ja ruuan valmistamisessa oli vaikeuksia kolmella neljästä. Lähimuistissa, päätöksentekokyvyssä ja ymmärretyksi tulemisessa ei useimmilla ollut ongelmia tai jos oli, niin lieviä.

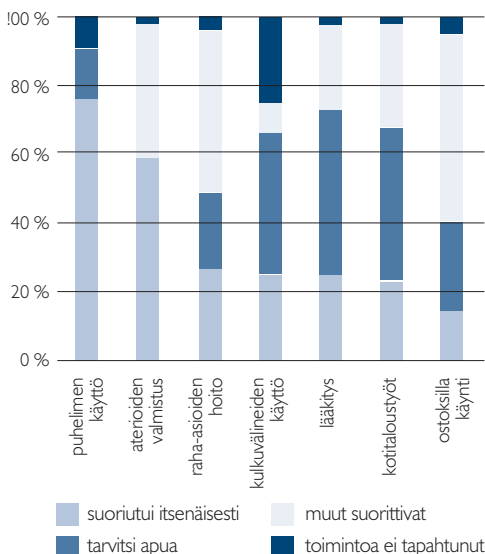
Auttajat kotihoidon ammattilaisia ja läheisiä

Kotihoidon työntekijöitä tarvittiin huolehtimaan ostoksista, valmistamaan ruokaa ja siivoamaan, mutta apua tarvittiin myös terveydenhoidossa. Melkein kaikilla oli yksi tai

useampia sairauksia ja yli puolella myös lähes päivittäisiä terveysongelmia kuten rintakipua, huimausta tai hengenahdistusta. Lääkityksensä hoiti itse vain joka neljäs. Puolet asiakkaista tarvitsi apua lääkityksessä ja joka neljäs ei huolehtinut lainkaan lääkityksestään.

Kotihoidon asiakkaiden luona kävi sairaanhoitaja kerran, lähihoitaja puolitoista tai kodinhoitaja kaksi kertaa viikossa keskimäärin. Myös läheisiltä saatiin henkisen tuen lisäksi apua arjen sujumiseen. Läheisten apu kohdistui ensisijaisesti kodin hoitoon ja asiointiin kodin ulkopuolella. Useimmat läheisistä jaksivat vielä auttaa, mutta avun lisäämiseen heillä ei ollut juuri mahdollisuuksia. ■

Lisätietoja www.stakes.fi/finrai tai www.finrai.org -sivuilta tai syyskuussa ilmestyvästi Kotihoidon pilottihankkeen loppuraportista.



Kotihoidon asiakkaiden (n=1 149) suoriutuminen eräistä toiminnoista.

Lähde: RAI-tietokanta 2/2003, Stakes



Tarja Itkonen
tutkija, CHES

kuva: Timo Hujanen

Tuottavuustiedoista palvelujen suunnitteluun ja päätöksentekoon

Erikoissairanhoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa on sairaalakohtaisen tuottavuuden rinnalla yhä tärkeämpää arvioida mitä palveluja tarjotaan ja kuinka paljon. Suunnitelmien pohjana on useimmiten toteutunut käyttö, mutta tiedämmekö kuinka paljon erikoissairanhoidon käytön vaihtelu johtuu väestöperäisistä tekijöistä, kuinka paljon sairastavuudesta, kuinka paljon tarjonnasta ja muista tekijöistä.

Oheisessa kuviossa esitetään eräiden drg-ryhmien episoditietoja neljässä sairaanhoitopiirissä. Tietoja on tarkasteltu alueellisesti, eli väestön saamina palveluina. Erot ovat piirien välillä suuria ja on epäselvää, mikä niistä on ”oikeassa”, eli minkä piirin palveluprofiili edistää parhaiten väestön terveyttä käytettävissä olevilla voimavaroilla.

Kansainväliset vertailut hämentävät tilannetta lisää. Esimerkiksi lonkan tekonivelleikkauksia tehdään Ruotsissa asukasta kohden lähes kaksinkertainen määrä Suo-

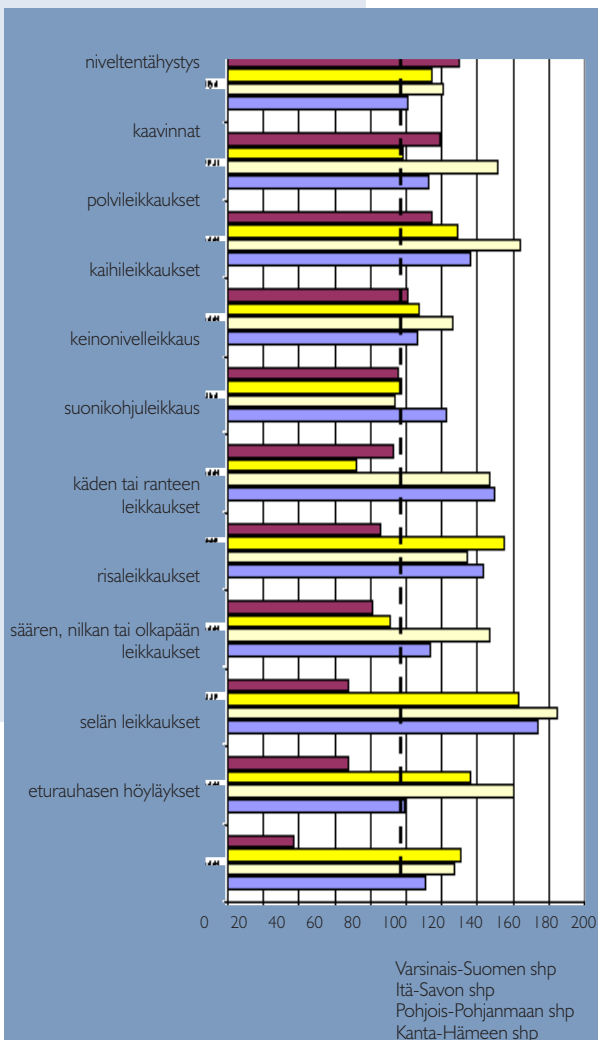
meen verrattuna. Onko kyse palveluvajeesta Suomessa vai ylikapasiteetista Ruotsissa. Tämä ei ole pitävästi arvioitavissa.

Tietokantoja ja väestötutkimuksia yhdistettävä

Periaatteessa on mahdollista yhdistää Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus-tietokannan tiedot Suomessa jo useasti tehtyjen väestötasoisten terveystutkimusten tietoihin ja arvioida, mikä osa käytön vaihtelusta johtuu sairastavuuden muutoksista. Terveys- ja käyttötietojen yhdistäminen parantaisi merkittävästi suunnittelun välineistöä.

Ikä- ja sukupuolivakioitujen episodien määriä on syytä verrata maan keskiarvoon jokaisen sairaanhoitopiirin johtoryhmässä silloin kun suunnitellaan voimavarojen lisäämistä. Jos voimavaroja esitetään lisättäväksi palveluun, jossa tuotanto ylittää selvästi maan keskiarvon, on perustelut syytä tarkistaa huolella. Kyse voi olla aikaisempien voimavarojen ja suuren palvelutarjonnan kerrannaisvaikutuksesta.

Olli-Pekka Lehtonen,
johtajaylilääkäri
Kanta-Hämeen
sairanhoitopiiri



Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kaihileikkausepisodioiden määrä asukasta kohti vastasi maan keskiarvoa (koko maa = 100), esimerkiksi niveltähystysepisodeja oli enemmän ja selän leikkausepisodeja vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Episodi = kattaa potilaan yhden vuoden aikana tapahtuneen erikoissairanhoidon avo- ja vuodeosastohoidon, esimerkiksi sappileikkausepisodi sisältää kaikki poliklinikakäynnit ennen leikkausta, itse leikkauksen vuodehoitoineen sekä kaikki jälkitarkastuskäynnit poliklinikalla.

Ikä- ja sukupuolivakioitujen episodit asukasta kohti eräissä DRG-ryhmissä ja sairaanhoitopiireissä 2002.

Vertailut naapuripiireihin aiheellisia

Kun voimavaroja esitetään lisättäväksi palveluun, jossa tuotanto alittaa selvästi maan keskiarvon, on syytä tarkistaa näiden palveluiden tilanne naapurisairaanhoitopiireissä. Osaajien määrä Suomen kokouksessa väestössä tulee olemaan merkittävä palvelutuotantoa rajoittava tekijä myös tulevaisuudessa.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri harjoitteli tätä päätöksenteon loogikkaa vuonna 2002 alkaneessa jononpurkuprojektissa. Vaikka sairaanhoitopiirissä oli kaihihijono, ei jononpurkuavustuksella tehty yhtään ylimääräistä kaihioperaatiota. Päätöstä tuki myös Suomessa tehtyjen kaihihijokausten määrän vertailu muihin maihin.

Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -tietokanta on merkittävä apuväline sairaalopalveluiden suunnittelussa ja päätöksenteossa. Tietosisällön laatua ja luotettavuutta tulee edelleen kehittää. Tietojen käyttökelpoisuuteen vaikuttaa merkittävästi myös se, ovatko edellisen vuoden tiedot korjattuina käytössä alkusyksystä, kun voimavarojen lisäyksistä käytävä keskustelu on ajankohtaisimmillaan. ■

Lyhennelmä artikkelista joka on julkaistu Majjaliisa Junnilan toimittamassa kirjassa Sairaaloiden tuottavuus – Benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaanhoidon suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa (Stakes, Raportteja 280, 2004). Julkaisuun on koottu sairaanhoitopiirien ja Stakesin yhteisen Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -hankkeen tulokset ja tuottavuuden kehitys vuosina 1998–2002. Julkaisu koostuu 13 artikkelista, joiden kirjoittajat ovat sairaanhoitopiirien asiantuntijoita, Stakesin tutkijoita ja tietokantojen kehittäjiä. Julkaisun voi tilata Stakesin asiakaspalvelusta puh. (09) 3967 2190, hinta on 22 € (sis.alv)

OECD:n terveysprojekti selvitti laajasti terveydenhuollon toimivuutta ja taloudellisuutta

Hoitoon pääsyn turvaaminen ja voimakas informaatio- ja tietoteknologiaan panostaminen korostuvat toukokuussa 2004 valmistuneessa OECD:n terveysprojektin raportissa. Hankkeessa selvitettiin jäsenmaiden terveydenhuollon toimivuutta ja taloudellisuutta. Monet raportissa käsiteltävät asiat ovat olleet esillä myös Suomen kansallisessa terveysprojektissa.

Nyt julkistettu OECD:n raportti on selvästi laajempi kuin edellinen, noin kymmenen vuotta sitten tehty selvitys jäsenmaiden terveydenhuollon uudistuksista. Ehkäisevä työ, pitkäaikaishoito ja -hoiva, työvoiman saatavuus ja palvelujen tasapuolisempi saatavuus saa selvästi aiempaa enemmän huomiota. Pitkäaikaishoidossa painotetaan kotihoitoa ja vastaavia järjestelyjä sekä omaishoitajien aseman parantamista. Kilpailusta saatujen kokemusten vuoksi on kilpailuttamisen korostaminen aiempaa maltillisempaa.

Tällä kertaa kiinnitetään selvästi enemmän huomiota perinteisten tuottavuusmittareiden lisäksi palvelujärjestelmän toimivuuteen myös

Raimo Jämsén
talous- ja suunnitteluosasto
Sosiaali- ja terveysministeriö



kansainvälisten vertailujen valossa. Lisäksi palvelujen saatavuutta, laatua ja hoidon lopputuloksia korostetaan selvästi aiempaa enemmän. Nykyisin monissa maissa kerätään tietoja palvelujärjestelmien toimivuudesta aikaisempaa systemaattisemmin ja niitä tarkastellaan avoimesti aina Internetiä myöten.

Kuului projektiin ad hoc -ryhmään. Suomen asiantuntijoina olivat Jouko Isolauri sosiaali- ja terveysministeriöstä hankkeen jonotusselvitysosassa ja Stakesista Esko Hänninen terveydenhuollon teknologiaosassa, Ulla Idänpään-Heikkilä laatumittareiden laadintaosassa sekä Unto Häkkinen palvelujen saatavuuden tasa-arvoisuutta koskevassa osuudessa. ■

Lisätietoa projektista on OECD:n nettisivuilla www.oecd.org.

Apurahoja Yrjö Jahnssonin Säätiö on myöntänyt 2003 henkilökohtaisia tutkimusapurahoja CHESsin tutkijoille vuodelle 2004

Junnila Majjaliisa

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taloudelliset ja toiminnalliset vaikutukset

Järvelin Jutta

Sairaaloiden tuottavuus ja potilasvahingot

Nguyen Lien

Suun terveyden kysyntä ja hammashuoltopalvelujen käyttö

CHES järjestää 3. 6. 2004 seminaarin

Economic approach to equity in health and health care

Seminaarissa pohditaan terveyden ja terveydenhuollon eri arvoisuutta taloustieteen näkökulmasta.

Ohjelmasta lisää CHESin kotisivuilla

www.stakes.fi/chess

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

Häkkinen A, Järvelin J. Developing the formula for state subsidies for health care in Finland. *Scand J Public Health* 2004, 32, 30–39.

Junnila M (toim.). Sairaaloiden tuottavuus. Benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaanhoidon toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Stakes, Raportteja 280. Helsinki 2004.

Junnila M, Järvelin J, Linna M. Erikoissairaanhoidon tuottavuustietokannan kehittäminen ja sisältö. Julkaisussa Majjaliisa Junnila (toim.). Sairaaloiden tuottavuus. Benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaanhoidon toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Stakes, Raportteja 280. Helsinki 2004. 39–43.

Järvelin J Sairaaloiden tuottavuus ja jonot. Julkaisussa Majjaliisa Junnila (toim.). Sairaaloiden tuottavuus. Benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaanhoidon toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Stakes, Raportteja 280. Helsinki 2004. 72–74.

Järvelin J, Linna M. Mitä hoitoilmoitusrekisterin jonotiedot kertovat? Suomen Lääkärilehti 2004, 12, 1283–1289.

Linna M, Häkkinen M. Erikoissairaanhoidon tuottavuuden kehitys 1998–2002. Julkaisussa Majjaliisa Junnila (toim.). Sairaaloiden tuottavuus. Benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaanhoidon toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Stakes, Raportteja 280. Helsinki 2004. 44–71.

Nguyen L, Keskimäki I, Seitsalo S, Teperi J, Rissanen P. Nivelreumapotilaiden ortopediset leikkaukset ja niiden aluevaihtelu Suomessa 1987–1997. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2003, 40, 245–254.

Kustannusvaikuttavuus on FinOHTAn leipälaji

FinOHTA tuottaa tietoa terveydenhuollon ”mikrotaloudellisten päätösten” tekijöille. Valitaanko potilasryhmän hoitoon vanha lääke vai vasta kehitetty leikkaus? Mitä hyötyjä ja haittoja olisi uuden seulontaohjelman käynnistämistä? Hankintaanko yliopistosairaalaan gammaveitsi? Tällaisten ratkaisujen tueksi terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA etsii maailmalta tietoa, arvioi sen laadun ja muokkaa vastauksen Suomen oloihin.

Kuka meiltä voi kysyä ja mitä? Periaatteessa kuka vain – sairaanhoitopiiri, terveyskeskus, ministeriö – kunhan kysymys koskee terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuutta. Asiantuntijaraatimme punnitsee, onko ongelma kansallisesti tärkeä ja voiko siihen kunnon vastata annetussa aikataulussa. Seulonnat ja kuntoutus kiinnostavat meitä aivan erityisesti, sillä näiden alueiden interventiot vievät voimavaroja paljon ja pitkään.

Vvaikuttavuus ja eurot puntarissa

Kun FinOHTA harkitsee uutta tutkimusaihetta, mietimme aina, onko työhön tarpeen liittyy kustannus selvitys. Usein näin on, ja siksi joukossamme onkin terveystaloustieteen ammattilaisia. He ovat perehtyneet erityisesti mikroekonomiaan eli yksittäisten toimenpiteiden kustannusvaikutavuuden vertailuun. Muutkin ammattilaisemme tuntevat taloudellisen arvioinnin perusteet.

Isoihin valtakunnallisiin ratkaisuihin tarvitaan perusteellinen selvitys, joka voi kestää pari vuotta. Hyvää kannattaakin odottaa, kun ohjataan tuhansien ihmisten hoitoa. Terveyspoliittisella kysymyksellä voi olla kuitenkin kiire: ”lautakunta päättää tästä ensi viikolla, mitä tietoa voi saada siihen mennessä?” Vastaus löytyy nopeasti, jos sisäryhmissämme jossain toisessa maassa on jo arvioinut menetelmän. Toisinaan jo kysymyksen

muotoilu ottaa aikansa. Esimerkiksi sepelvaltimotaudin uudet hoidot ovat kehittyneet niin vauhdikkaasti, että arviointimme raja-sonnisti vasta, kun olimme lukeneet pinon tuoreita tutkimuksia. Selvitys piti sitten jakaa kahtia, kiireelliseen ja laajempaan osaan.

Yhteistyö on voimaa

Suuriin kysymyksiin pyrimme vastaamaan omin voimin, pienempiin annamme suunnitteluapua. FinOHTA myös rahoittaa etenkin systemaattisten kirjallisuuskatsausten ja taloudellisten arviointien liittämistä arviointihankkeisiin. Neuvottelemme tavan takaa Käypä hoito -suositusten toimituksen kanssa työnjaosta ja vaihdamme aiheita. Lääkelaitos hoitaa puhtaat lääkevertailut, mutta lääkkeitä muuhun hoitoon verrattaessa on osoitteena FinOHTA. Stakesin sisälläkin työnjako toimii: koko terveydenhuoltojärjestelmää koskevat analyysit ovat CHESSin erityisaluetta. FinOHTA hoitaa siis mikroevaluaatiota, CHESS organisaatioita ja makropuolta.

Meiltä kysytään enemmän kuin ehdimme vastata, mutta tilanne on paranemassa: lisärahoituksen turvin saamme uutta väkeä. Ensi vuodeksi kehitämme valmiudet nopeiden vastusten antamiseen. Pystymme myös suuntaamaan tiedotustamme paremmin ja lisäämään suurten hankkeiden määrää. ■



Marjukka Mäkelä
tutkimusprofessori, FinOHTA

CHESSIN YHTEYSTIEDOT

- henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet:**
etunimi.sukunimi@stakes.fi
 yhmäpäällikkö
Markku Pekurinen, dos., DPhil
 kehittämisspäällikkö, (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)
 tutkija, (09) 3967 2249
Majaliisa Junnila, TtM
 kehittämisspäällikkö, (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, dos., VTT (kansantaloustiede)
 tutkimuspäällikkö, puh (09) 3967 2634
Juha Laine, VTM (sosiaalipolitiikka)
 tutkija, (09) 3967 2303
Miika Linna, dos., TkT
 kehittämisspäällikkö, (09) 3967 2295; 050 325 9678
Kaija 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
 projektisihteeri, (09) 3967 2289
Gunnar Rosenqvist, tilastotieteen professori
 tilastotieteen asiantuntija, (09) 3967 2280
Marianna Ryymin, HSO
 projektisihteeri (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

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