



kuva: Antero Aaltonen

PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
tutkimusprofessori
markku.pekurinen@stakes.fi

Pitäisikö käynnistää alueellinen rahoituskokeilu?

■ Paras-hanke etenee hiljalleen kohti päätöksiä. Kunnat valmistelevat yhteistoimintasuunnitelmiaan ja pohtivat, miten järjestävät palvelut väestölle tulevaisuudessa. Paras-hankkeessa taloudellisten kysymysten käsittely rajautuu valtionosuusjärjestelmän teknisuuntoiseen kehittämiseen ja kuntien yhtäläisten rahoitusmahdollisuuksien turvaamiseen. Valtionosuusjärjestelmän käyttö toiminnan ohjaamiseen on jäänyt vähemmälle pohdinnalle samoin kuin koko palvelujärjestelmän rahoituksen turvaaminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen uudistaminen lienee seuraava iso hanke, joka tarvitaan kruunaamaan käynnistynyt kunta- ja palvelurakennemuutos. Palvelujen rahoitus on hajallaan, monen tahon vastuulla. Valtio, kunnat, kela, potilaat ja työnantajat yhdessä vastaavat palvelujen rahoituksesta. Rahoituksen monikanavaisuudesta aiheutuu tunnettuja kustannusvastuun pallottelun ongelmia. Potilaan hoitovalintaan ei vaikuta hoidon tarve, vaikuttavuus tai kokonaiskustannukset vaan hoidon rahoitustapa.

Palvelujen rahoituksen kokoaminen yhden alueellisen tai valtakunnallisen toimijan vastuulle poistaisi potilaiden hoidon kustannusten pallottelun eri rahoittajatahojen kesken. Yksi rahoittajataho myös tehostaisi varojen käyttöä, lisäisi oikeudenmukaisuutta sekä parantaisi ja nopeuttaisi uusien, hyvien toimintamallien käyttöönottoa. Palvelujen alueellisena rahoittajatahona voisi toimia esimerkiksi erityisvastuualue, sairaanhoitopiiri, sosiaali- ja terveyspiiri tai vastaava laajan väestöpohjan omaava alueellinen toimija. Jotta ajatus siirtyisi teoriasta käytäntöön, tulisi harkita alueellisen rahoituskokeilun käynnistämistä.

Aika ja maaperä alueelliselle rahoituskokeilulle on suotuisa. Uuden hallituksen ohjelmassa luvataan tukea erilaisille kokeiluille. Hallitusohjelma linjaa muutoinkin sangen avarakatseisesti palvelujen uudistamista.

Alueellinen rahoituskokeilu voitaisiin toteuttaa esimerkiksi yhden erityisvastuualueen, sairaanhoitopiirin tai sosiaali- ja terveyspiirin alueella. Kokeiluhankkeessa kaikki kyseisellä alueella terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen käytettävissä oleva kuntien, valtion ja sairausvakuutuksen raha ohjattaisiin yhtenä kokonaisuutena palvelujen alueelliselle järjestäjälle. Kokeiluhankkeessa terveyspalvelujen rahoittajana toimisi vain yksi julkinen rahoittajataho.



kuva: Antero Aaltonen

CHES ONLINE 2 • 2007

- Pitäisikö käynnistää alueellinen rahoituskokeilu?**
Markku Pekurinen
- Haastateltavana peruspalveluministeri Paula Risikko
Kustannus-vaikuttavuuden arviointi on kansalaisten etu
Timo Hujanen
- Suomessa pohjoismaiden tehokkaimmat sairaalat**
Unto Häkkinen, Miika Linna
- Sydäninfarktipotilaiden ja keskosten hoidon PERFECT-arviointi
Hoidon vaikuttavuudessa ja kustannuksissa yllättävän suuria eroja
Unto Häkkinen
- Yksityisen hammashoidon menestys jatkuu 2000-luvulla – korvaus uudistuksella ei vaikutusta**
Hennamari Mikkola
Harjaa hampaasi kahdesti päivässä!
Lien Nguyen
- Iso-Britannian perusterveydenhuoltoon täsmäohjausta**
Simo Kokko
- Suomalaiset vanhainkodit pärjäävät maailmalla erinomaisesti**
Tarja Itkonen, Satu Kerppilä
- Karjaalla laatu paranee menoja kasvattamatta**
Markku Pekurinen

teksti: Timo Hujanen

kuva: Lehtikuva Oy/Valtioneuvoston kanslia

– Terveysthuollon kehittämisessä on korostettava enemmän asiakasnäkökulmaa, joka on jo alan koulutuksessa osaamisen peruslähtökohta. Kustannus-vaikuttavuustiedon suurin hyötyjä on palveluiden käyttäjät. Tutkimuksen avoimuutta ja reaaliaikaisuutta on parannettava, vaatii peruspalveluministeri Risikko.

Haasteltavana peruspalveluministeri Paula Risikko:

Kustannus-vaikuttavuuden arviointi on kansalaisten etu

Risikko tunnustautuu kustannus-vaikuttavuustutkimuksen kannattajaksi. Hän haluaa että tällä tutkimuksella on tärkeä rooli ensi syksynä 2007 hyväksyttävässä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa. Lakisääteisen ohjelman rakennuspuina ovat tulevaisuutta ennustavat tutkimukset, hallitusohjelma, toukokuussa hyväksytty peruspalveluohjelma ja valtioneuvoston kehykset.

– Olemme painottaneet liian kauan vain laatua, kun meidän pitäisi jo arvioida myös vaikuttavuutta ja kustannus-vaikuttavuutta. Risikon mukaan sosiaali- ja terveysministeriön alaisten tutkimuslaitosten voimavarot suunnataan uudestaan näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että laitosten toimintaa suunnataan tukemaan palvelurakennemuutosta, kustannus-vaikuttavuustutkimusta ja toiminnan arvioinnin kehittämistä.

Syksyllä kansallisessa kehittämisohjelmassa määritellään koko ohjelmakauden keskeisimmät tavoitteet, kehittämisen ja valvonnan painopisteet sekä uudistus- ja lainsäädäntöhank-

keet, ohjeet ja suositukset. Kehittämissankkeita tarkistetaan vuosittain ja tarvittaessa yhteiskunnallisen tilanteen mukaisesti. Keskeiset linjaukset kirkastuvat valmistelun myötä.

Potkua perusterveydenhuoltoon

– Perusterveydenhuolto nostetaan keskiöön. Edellinen hallitus kehitti erikoissairaanhoidon ja kentältä tuli kovaa kritiikkiä, unohtuiko perusterveydenhuolto kansallisesta terveys-hankkeesta kokonaan. Ministeriössä on valmisteltu Terveyskeskus 2015 -ohjelmaa ja sen toimenpanoa suunnitellaan. Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki yhdistetään terveydenhuoltolaiksi hallituskauden aikana. Tavoitteena on kehittää hoitoketjuja ja vähentää eri rajapinnoilla syntyvää kitkaa, tietokatkoksia ja turhia kustannuksia. Hoitotakuu on toteutunut melko hyvin, vaikka joillakin lääketieteen erikoisaloilla ja maantieteellisillä alueilla on vaikeuksia.

– Odotamme kuinka kunnat saavat aikaan 20 000 hengen väestöpohjan peruspalveluiden järjestämiseksi. Nämä puitteet annettiin kunta- ja palvelurakennemuutoksen laissa.

Kuntien suunnitelmat saadaan elokuuhun mennessä, ne arvioidaan huolella ja jatkotoimista päätetään sen jälkeen.

– Kunnissa tehdään valtavasti uudistuksia, mikä on sinänsä hyvä. Mutta jos kunta tekee perusterveydenhuollossa yhteistyötä yhden ja sosiaalipuolella toisen kunnan kanssa, hajoaa vuosia rakennettu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö. Ministeriössä mietitään, tarvitsevatko kunnat lisää ohjauksellista tukea tai jotain muuta.

Risikko ei ota kantaa tarkoittaako perusterveydenhuollon vahvistaminen käytännössä joidenkin aluesairaaloitten alasajoa. Sairaanhoidopiirien määrä ja erityisen vaativien tai harvinaisten hoitojen keskittäminen arvioidaan lähitulevaisuudessa.

Palveluiden kustannukset läpinäkyviksi

Hallitusohjelman mukaan palvelujen hinnoittelun ja rahoituksen läpinäkyvyyttä parannetaan lisäämällä väestön kustannustietoisuutta.

– Tämä koskee myös terveyspalveluja. Erikoissairaanhoidossa kustannuslaskenta on kehittynyt, joten potilaalle voidaan kertoa,



”Haluan vakiinnuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisen ja taloudellisen arvioinnin ja terveystaloustieteellisen tutkimuksen.

• Tarvitaan rahoitusta ja vahvaa tutkijaporukkaa, jotka tuottavat mittareita ja työkaluja terveydenhuollon henkilöstön käyttöön.”

kuinka paljon hoito maksoi tai kuinka suuren laskun sairaala lähetti kotikunnalle. Terveyskeskusten kustannuslaskenta ja tuotteistaminen on kehittynyt hitaammin, liiankin hitaasti.

– On pohdittava miten tarkkaan kustannuksista kerrotaan potilaalle. Kalliista hoidosta olisi kohtuullisempaa ilmoittaa diagnoosia (ja ikäryhmää) vastaava koko maan tai sairaanhoitopiirin keskimääräinen kustannus. Tietoa olisi oltava myös niille, jotka eivät ole vielä sairastuneet. Tuoretta ja avointa tietoa olisi laitettava myös internetiin. Taloustietoja on täydennettävä väestön mielipiteillä hoidosta, tiedoilla saatavuudesta (jonot), laadusta ja vaikuttavuudesta.

– Ensivaiheessa kustannustietojen on oltava päättäjillä, koska euro on aikamoinen konsultti. Jos kunnassa on tietty määrä sairastavia, auttavat läpinäkyvät kustannukset hahmottamaan, kuinka paljon hoito maksaa. Terveyden edistämisessä ja ennaltaehkäisyssä tämä on myös tiedolla ohjaamista. Risikko uskoo, että päättäjille on tehokkaampaa kertoa diabeteksen komplikaatioiden hoidon kustannuksista kuin kertoa itse komplikaatiosta.

Arviointia täytyy monipuolistaa

– Terveydenhuollon panos- että tuotosmittareihin liittyy mittausergelmiä eikä palvelun laadusta ja vaikuttavuudesta ole kattavaa tietoa. Ahdas tuottavuustutkimus ei siis riitä. Tarvitaan vaikuttavuustutkimusta sekä yleisimmin tutkimusta palvelujen järjestämisestä ja toimivuudesta.

Risikon mukaan perusterveydenhuollossa olisi pikaisesti saatava aikaan yhtenäinen toiminnan sisällön kuvaus eli kansallinen palvelujen tuotteistus. Pelkkien käyntimäärien vertailulla mitataan saranoiden kulumista eikä vaikuttavuutta ja terveyshyötyjä.

Sinällään tuottavuusajattelua Risikko pitää hyvänä, mutta hän suhtautuu kriittisesti mittauksiin, jotka eivät anna koko kuvaa. Heikosta tuottavuudesta puhuminen on erityisen raskasta alan henkilöstölle, joka jo muutenkin tekee työtään kuin ”henkensä heittäen”.

– Tuottavuuden kohottamiseen tarvitaan teknologian täysimääräistä hyödyntämistä, kuten sähköistä reseptiä ja potilaskertomusta sekä kansalaisille tarkoitettuja sähköisiä palveluja. Meillä on mennyt paljon aikaa ja palanut

miljoonia euroja sovittaessa erilaisia tietojärjestelmiä yhteen. Henkilöstön osaamisen ja työnjaon kehittäminen on välttämätöntä. Ammattilaisten on saatava keskittyä tehtäviin, joihin heidät on koulutettu. Johtamisessa on paljon kehittämistä. Koulutustarpeista ja johtamisen kehittämisestä Risikko keskustele tiiviisti opetusministerin kanssa.

– Tarvitaan omia tuottavuusmittareita ja niitä pitää kehittää. Haluan, että hoidon vaikuttavuusmittareita kehitettäisiin osana tuottavuutta. On tehtävä enemmän työtä, jotta tutkimustulosten hyödyt saadaan juurrutettua käytännön toimiksi ”kentällä”.

Kokonaisuudet otettava haltuun

– Haluan vakiinnuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisen ja taloudellisen arvioinnin ja terveystaloustieteellisen tutkimuksen. Tarvitaan rahoitusta ja vahvaa tutkijaporukkaa, jotka tuottavat mittareita ja työkaluja terveydenhuollon henkilöstön käyttöön.

– Palveluiden terveystaloustieteelliselle tutkimukselle ja arvioinnille on tilausta. Panostusta tulisi lisätä. Niukahkon rahoituksen lisäksi ongelmana on, että arviointityön parissa toimivia yksiköitä on määrällisesti monta myös valtiokonsernin piirissä. Työ on hajanaista ja yksiköt ovat haavoittuvia.

Koko maata koskevan taloudellisen vertailututkimuksen rahoittamisessa on Risikon mukaan myös paljon tehtävää.

– Terveydenhuollon benchmarking-tutkimuksen rahoitus olisi saatava vakaalle pohjalle ja palveluiden tuottajista selvästi riippumattomaksi.

– Valtion sektoritutkimuslaitosten uudistustyössä täytyisi varmistaa terveystaloustieteellisen tutkimuksen kehittämismahdollisuudet. Nyt meneillään olevassa uudistustyössä on katsottava, ettei mennä ojasta allikkoon. Haluan että CHESsin toiminta saisi vahvuutta ja jatkuvuutta. Haasteisiin vastaaminen edellyttää riittävää rahoitusta.

Rivakalle pohjalaiselle mahdolltomia asioita ei ole. Kustannus-vaikuttavuustutkimus tarvitsee nyt puolestapuhujansa. Risikko haluaa olla yksi heistä. ■

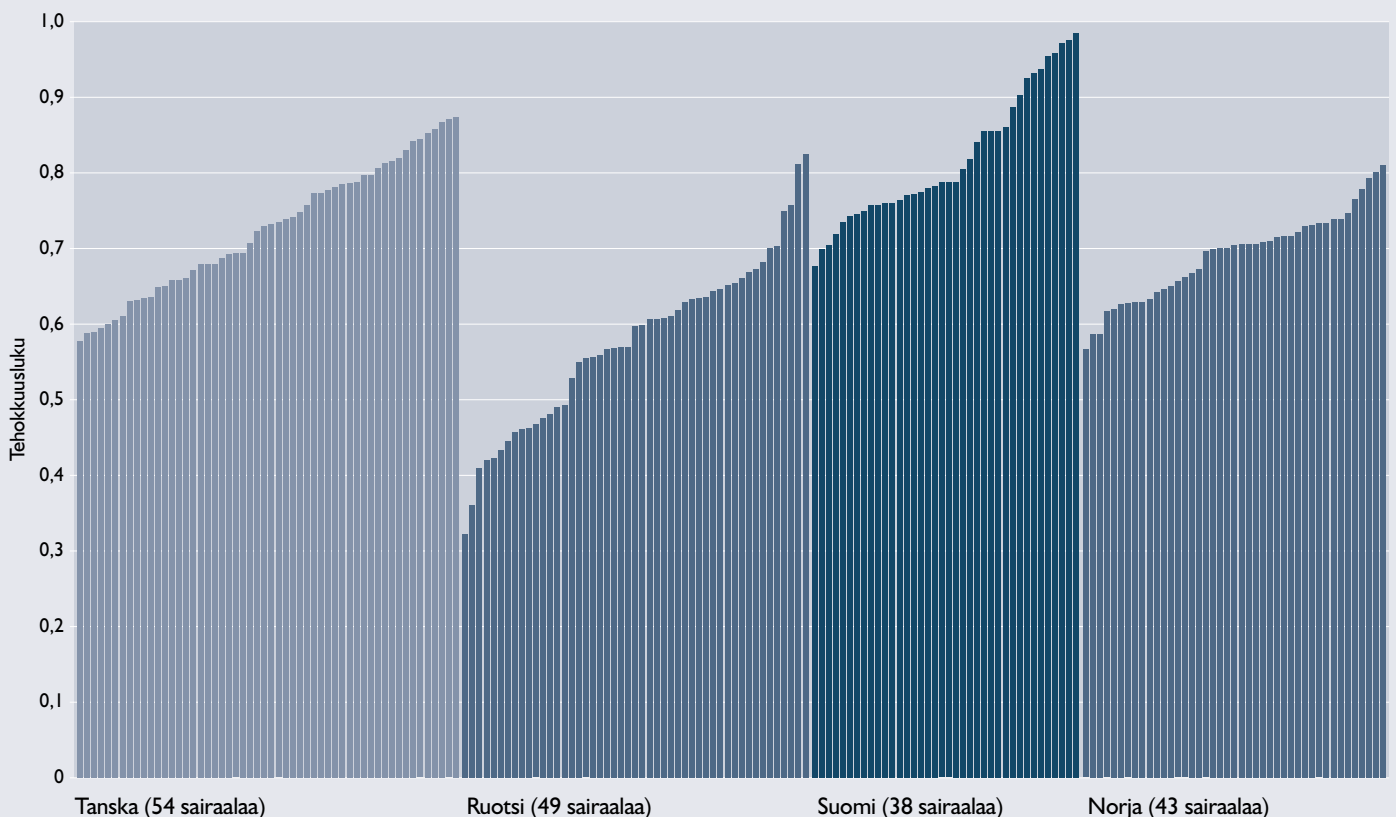
Suomessa pohjoismaiden tehokkaimmat sairaalat

Suomalaiset sairaalat olivat keskimäärin kymmenen prosenttia tehokkaampia kuin tanskalaiset ja norjalaiset ja noin neljänneksen tehokkaampia kuin ruotsalaiset sairaalat. Tulos perustuu pohjoismaiseen tutkimukseen, jossa Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen CHESin tutkijat ovat mukana. Sairaaloiden välillä oli huomattavia tehokkuuseroja eivätkä minkään maan kaikki sairaalat olleet muiden maiden kaikkia sairaaloita tehokkaampia.

Pohjoismaiden kymmenen tehokkainta sairaalaa löytyy Suomesta. Toisaalta 18 tanskalaista, kaksi ruotsalaista ja kolme norjalaista sairaalaa olivat tehokkaampia kuin suomalaiset sairaalat keskimäärin. Suomalaisten sairaaloiden suhteellinen tehokkuus oli keskimäärin 78 prosenttia, tanskalaisten ja norjalaisten 68 prosenttia ja ruotsalaisten noin 54 prosenttia.

Aiemmassa vuoden 1999 tietoihin perustuneessa tutkimuksessa

suomalaiset sairaalat osoittautuivat norjalaisia sairaaloita tehokkaammiksi. Tässä tutkimuksessa tiedot kerättiin vuosilta 1999–2004 myös Ruotsista ja Tanskasta. Kaikkien vuosien aineistoista lasketun mallin mukaan yliopistosairaaloiden kustannukset olivat noin 17 prosenttia muita sairaaloita korkeammat, mikä heijastaa opetuksen, tutkimuksen ja vaikeamman potilasrakenteen vaikutuksia. Tehokkuusvertailussa tämä otettiin huomioon.



Pohdintaa

Tehokkuustutkimuksissa tulokset riippuvat paitsi käytetystä menetelmästä myös siitä, kuinka monta tuotostekijää otetaan mukaan. Lisäksi tuloksiin vaikuttavat erot diagnoosien ja toimenpiteiden kirjaamiskäytännöissä sekä kustannusten laskennassa.

Suomalaiset sairaalat näyttäsivät olevan keskimäärin muita pohjoismaisia sairaaloita tehokkaampia ja ruotsalaiset sairaalat vastaavasti muita tehottomampia. Tämä tulos oli selvä ja riippumaton siitä, millä menetelmällä ja kuinka monella tuotosmuuttujalla tehokkuutta arvioitiin. Sen sijaan eri menetelmät antoivat hieman poikkeavia tuloksia norjalaisten ja tanskalaisten sairaaloiden keskinäisestä vertailusta: joissain analyysissä tanskalaisten

sairaaloiden tehokkuus oli selvästi norjalaisia sairaaloita parempi ja lähestyi vuonna 2002 Suomen tasoa.

Eri lähestymistavat antavat tuottavuuden ajallisesta kehityksestä ja tehokkuuslukujen tasosta hieman erilaisen kuvan. Kuitenkin suomalaiset sairaalat olivat vielä 2004 keskimäärin norjalaisia ja ruotsalaisia sairaaloita tehokkaampia. Suomalaisten sairaaloiden ero muihin maihin on sen verran suuri, että se tuskin selittyy kokonaan epävarmuudella, joka liittyy siihen, että tuotosmittarit ja kustannukset eivät välttämättä ole täysin vertailukelpoisia.

On kuitenkin muistettava, että tässä tehokkuutta on arvioitu ainoastaan kustannusten ja tuotosten (hoitajaksojen ja avokäyntien) välisen suhteen avulla eikä mahdollisia eroja hoidon laadussa ja vaikuttavuudessa ole otettu huomioon.

Lopulliset tulokset julkaistaan kansainvälisissä tieteellisissä artikkeleissa. ■



Unto Häkkinen
tutkimusprofessori,
CHES



Miika Linna
tutkimuspäällikkö,
CHES

Sairaaloiden tehokkuusluvut pohjoismaissa vuonna 2002 (1,0 = maksimi tehokkuus. Mitä pienempi luku, sitä tehottomampi sairaala).

Tehokkuusluvuissa on otettu huomioon terveydenhuollon palkkaero maiden välillä.

Miten tutkimus tehtiin?

Tutkimusta on tehty pohjoismaisessa *Nordic hospital comparison study group (NHCSG)* -ryhmässä, jossa on tutkijoita neljästä maasta. Tutkimusta varten kerättiin sairaaloittain tietoa hoitajakoista, avokäynneistä ja kustannuksista. Käytettävissä oli tiedot 187 sairaalasta. Suomen tiedot perustuvat sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -hankkeen (ns. benchmarking) tietoihin. Suomesta ja Norjasta pystyttiin keräämään vertailukelpoiset tiedot kuudelta vuodelta, Ruotsista neljältä vuodelta sekä Tanskasta vain vuodelta 2002. Kaikkiaan aineistossa oli yhteensä 728 havaintoa.

Sairaalan asemaa verrataan tehokkaimpaan yksikköön. Mitä pienempi on tehokkuusluku, sitä tehottomammin sairaala toimii. Tehokkuusluku 0,9 merkitsee sitä, että sairaalan tulisi pystyä tuottamaan palvelut 10 prosenttia edullisemmin tai 10 prosenttia enemmän palveluja samoilla kustannuksilla, jos se toimisi kuten tehokkain sairaala. Tehokkaiden sairaaloiden rintama muodostettiin paneelaineistoon (yhdistetty poikkileikkaus- ja pitkittäisaineisto) soveltuvalla mallilla. Sairaalan panoksia mitattiin käyttökustannuksilla. Tuotoksena käytettiin kustannuspainotettuja vuodeosasto- ja päiväkirurgiahoitajaksoja sekä avokäyntejä. Tehokkuutta arvioitiin stokastisella rintamamallilla.

Kaikissa pohjoismaissa on käytössä samanlaiset perusluokitukset, jotka mahdollistavat hoitajaksojen DRG-ryhmittelyn. DRG-ryhmitellyt hoitajakset laskettiin sairaaloittain yhteen käyttäen vuoden 2002 Norjan, Ruotsin ja Suomen keskimääräisiä kustannuspainoja. Tehokkuusrintaman mallintamisessa otettiin huomioon yliopistosairaaloiden opetus- ja koulutustehtävä. Lisäksi potilasrakenne voi näissä sairaaloissa olla vaativampaa, mikä Suomen kokemusten perusteella ei tule riittävästi otetuksi huomioon DRG-ryhmittelyssä.

Kustannukset muutettiin vertailukelpoiseksi ottamalla huomioon terveydenhuollon panoshintojen erot. Tätä varten kerättiin kustakin maasta vuosittaiset tiedot sairaaloissa toimivien lääkäreiden ja sairaanhoitajien keskimääräisistä työvoimakustannuksista. Kustannusten muutokertoimessa painotettiin sairaanhoitajien työvoimakustannuksia 50 prosentilla, lääkäreiden työvoimakustannuksia 20 prosentilla ja sairaaloiden muita kustannuksia 30 prosentilla. Muut kustannukset muunnettiin vertailukelpoiksi ns. ostovoimapariteetilla. Tehokkuusluvuissa on siten otettu huomioon terveydenhuollon palkkaerot maiden välillä. Esimerkiksi vuonna 2004 olivat terveydenhuollon panoshinnat Norjassa 31 prosenttia, Tanskassa 27 prosenttia ja Ruotsissa 21 prosenttia korkeammat kuin Suomessa. ■



kuva: Anniina Kallonen

PERFECT (PERformance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes) -hankkeessa luodaan indikaattoreita ja malleja, joiden perusteella seurataan systemaattisesti eri rekisteri- ja tilastotietoihin perustuen erikoissairaanhoidon hoitoketjuihin sisältyviä palveluja, niiden vaikuttavuutta, laatua ja kustannusvaikuttavuutta alueiden, sairaaloiden ja väestöryhmien kesken. Lisäksi arvioidaan, mitkä tekijät selittävät alueellisia ja tuottajakohtaisia eroja.

Hankkeessa ollaan kiinnostuneita sellaisista tekijöistä, joihin terveyspolitiikalla voidaan vaikuttaa, kuten uusien menetelmien ja lääkkeiden käyttöönottoon, jonotusajoihin sekä terveydenhuoltojärjestelmän rakenteeseen ja siihen liittyviin taloudellisiin kannusteisiin.

PERFECT-hanke aloitettiin suurista tai kustannuksiltaan merkittävistä sairausryhmistä, joiden hoitamisessa erikoissairaanhoidolla on keskeinen merkitys. Tarkasteluun valittiin sydäninfarkti, lonkkamurtumat, pienipainoisten keskosten hoito, aivohalvaus, rintasyöpä, tekonivelkirurgia ja skitsofrenia.

Eri osahankkeissa potilastiedot on vakioitu potilaiden iän ja sukupuolen, liittämissairauksien ja muiden tekijöiden kuten taudin levinneisyyden suhteen. Tämän riskivakioinnin tarkoituksena on parantaa eri alueiden ja palvelutuottajien välistä vertailtavuutta.

PERFECT on yliopistosairaanhoidopiirien, Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen CHESSin ja Kelan käynnistämä yhteishanke, jota rahoittavat Suomen Akatemia, Tekes, Sitra ja EU.

Unto Häkkinen, tutkimusprofessori, CHESS

Sydäninfarktipotilaiden ja keskosten hoidon PERFECT-arviointi: Hoidon vaikuttavuudessa ja kustannuksissa yllättävän suuria eroja

Terveydenhuollon palvelujen kustannuksia, prosessia ja vaikuttavuutta koskevien tietojen läpinäkyvä ja avoin julkistaminen on välttämätöntä. PERFECT-hankkeessa tuotettu tieto on askel palvelujärjestelmän toimivuuden systemaattisen seurannan rakentamisessa.

PERFECT-tieto tukee palvelujärjestelmän johtamista valtakunnallisella, alueellisella ja sairaalan tasolla ja mahdollistaa kansainvälisen vertailun. Hankkeella halutaan ennen kaikkea kannustaa palvelujen tuottajia parantamaan hoidon tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta sekä tuottaa tietoa päättäjille, potilaille ja väestölle.

PERFECT-hankkeesta on juuri valmistunut sydäninfarktia ja pienipainoisia keskosa koskevat raportit, jotka ovat saatavissa verkosta Stakesin sivulta <http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkajulkaisut/index.htm>:

Häkkinen U, Idänpää-Heikkilä U, Keskimäki I, Klaukka T, Peltola M, Rauhala A, Rosenqvist G. *PERFECT – Sydäninfarkti. Sydäninfarktin hoito, kustannukset ja vaikuttavuus.* Stakes, Työpapereita 15/2007. Helsinki.

Lehtonen L, Andersson S, Hallman M, Lavonius M, Leipälä J, Tammela O, Korvenranta H, Rautava L, Korvenranta E, Peltola M, Linna M, Gissler M, Häkkinen U. *PERFECT – Keskuset. Hyvin ennen aikaisten keskosten hoito, kustannukset ja vaikuttavuus.* Stakes, Työpapereita 16/2007. Helsinki.

Seuraavaksi valmistuvat tulokset tekonivelkirurgian ja aivoinfarktin hoidon kustannuksista ja vaikuttavuudesta.

Sydäninfarktin hoidossa merkittäviä alueellisia eroja

Sydäninfarktipotilaan sairaalahoito maksoi keskimäärin 11 600 euroa. Halvinta hoitoa sai Etelä-Karjalassa 9 500 eurolla ja kalleinta Vaasan sairaanhoitopiirissä 14 200 eurolla (kuvio 1).

Äkillisen vaiheen kuolleisuus (7 vrk:n sisällä) vaihteli sairaanhoitopiireittäin kuudesta prosentista 13 prosenttiin ja yhden vuoden kuolleisuus 19 prosentista 31 prosenttiin. Miesten sydäninfarkti-kuolleisuus on huolestuttavan korkea Kainuun ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä (kuvio 2).

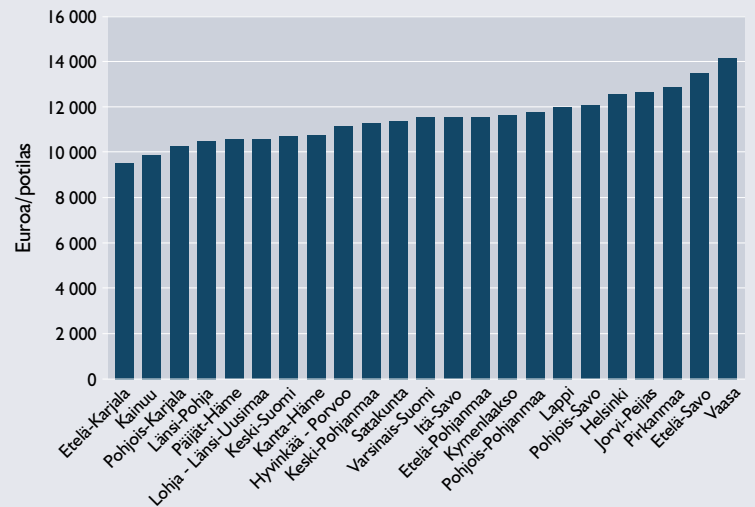
Sydäninfarktipotilaiden hoitokäytännöt ovat viime vuosina muuttuneet nopeasti, mutta kehitys on ollut hyvin erilaista eri puolilla maata ja alueelliset erot ovat lisääntyneet. Pallolaajennus tehtiin kahden päivän kuluessa sydäninfarktista Satakunnan ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä yli 25 prosentille potilasta, mutta Kanta-Hämeen, Kainuun, Länsi-Pohjan, Keski-Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoitopiireissä alle kolmelle prosentille. Ohitusleikkaus tai pallolaajennus tehtiin 30 päivän kuluessa yli 35 prosentille potilaista Helsingissä, mutta vain noin 15 prosentille Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä (kuvio 3).

PERFECT-tutkimuksen sydäninfarkti-hankkeessa tarkasteltiin kaikkia sellaisia potilaita, jotka olivat joutuneet sairaalahoitoon infarktin takia, mutta jotka eivät olleet infarktin takia sairaalahoidossa edeltävän vuoden aikana. Vuonna 2003 näitä potilaita oli 9 130.

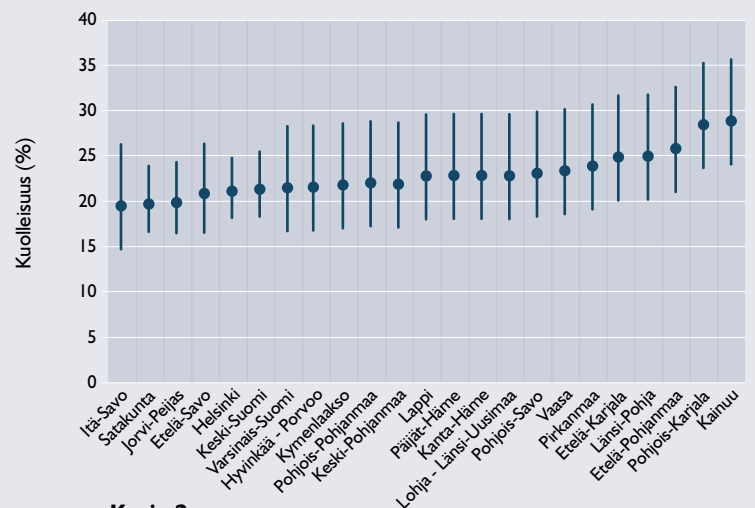
Erojen syyt eivät ole yksiselitteisiä

Alustavien analyysien perusteella alueellisia eroja sydäninfarktipotilaiden kuolleisuudessa ei selittänyt mikään yksittäinen tekijä. Aikaisempiin vuosiin perustuvissa analyyseissä tärkeimmäksi eroja selittäväksi tekijäksi osoittautui beetasalpaajien käyttö. Mitä suurempi osa potilaista oli niitä ostanut, sitä pienempi oli alueen kuolleisuus. Uudemman aineiston perusteella beetasalpaajien käyttö näyttäisi edelleen olevan merkitsevä alueellisia eroja selittävä tekijä.

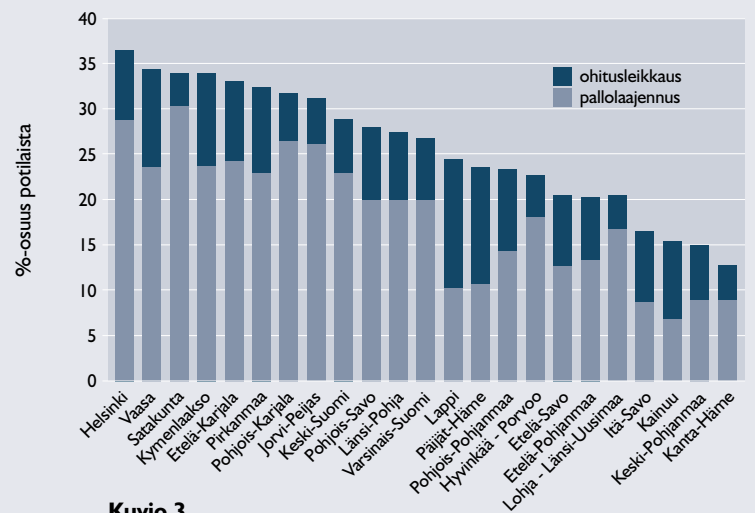
Kuolleisuutta selittävien tekijöiden erittely osoittautui vaikeaksi, koska useat selitettävät tekijät kuten kustannukset, toimenpiteet ja lääkkeiden käyttö ovat alueittain läheisesti yhteydessä toisiinsa. Alueilla, joissa kustannukset ovat korkeat tai toimenpiteitä tehdään paljon, myös lääkkeitä käytetään enemmän. Joka tapauksessa näyttäisi siltä että beetasalpaajien käytön ohella pallolaajennusten korkea määrä ja statiinien suurempi käyttö olisivat yhteydessä alueen pienempään kuolleisuuteen, mutta näiden suhteellista merkitystä ja vaikutusmekanismeja on vaikeaa arvioida. ■



Kuvio 1.
Sydäninfarktipotilaiden yhden vuoden sairaalahoidon kustannukset sairaanhoitopiireittäin 2003 (riskivakioidut luvut).



Kuvio 2.
Sydäninfarktipotilaiden yhden vuoden kuolleisuus (%) sairaanhoitopiireittäin, miehet 2002-2003 (riskivakioidut luvut).



Kuvio 3.
Osuus potilasta (%), joille on tehty ohitusleikkaus tai pallolaajennus 30 vrk kuluessa infarktista 2003 (riskivakioidut luvut).

Pikkukeskosten kuolleisuudessa isoja aluevaihteluja

PERFECTin keskosten hoitoa arvioivassa osahankkeessa havaittiin vuosina 2000–2003 merkittäviä alueellisia eroja hoidon organisoinnissa, sairaalahoidon pituudessa ja kustannuksissa sekä hoidon vaikuttavuudessa kuolleisuudella mitattuna. Vuonna 2003 elävänä syntyneistä keskosista 13 prosenttia kuoli ensimmäisen vuoden aikana. Kun erot keskosten taustatekijöissä otetaan huomioon, yhden vuoden kuolleisuus vaihteli yliopistosairaaloissa 8,5 prosentista 14,5 prosenttiin, ja se oli muissa sairaaloissa keskimäärin 17,5 prosenttia (kuvio).

Muihin sairaaloihin kuuluvat keskussairaalat, joissa on rajallinen valmius vastasyntyneiden tehohoitoon, sekä aluesairaalat, joissa ei ole valmiutta vastasyntyneiden tehohoitoon. Samasta aineistosta julkaistussa tutkimuksessa havaittiin myös, että virka-aikana syntyneiden eloonjääminen oli todennäköisempää kuin päivystysaikana syntyneiden. Tulokset viittaavat siihen, että alkuhoidon järjestelyillä on tärkeä merkitys. Keskussairaaloissa ei ole samantasoista jatkuvaa tietotaitotasoa tarjolla kuin yliopistosairaaloissa. Samoin päivystysaikana tarjolla oleva tietotaito on virka-aikana tarjolla olevaa rajatumpaa.

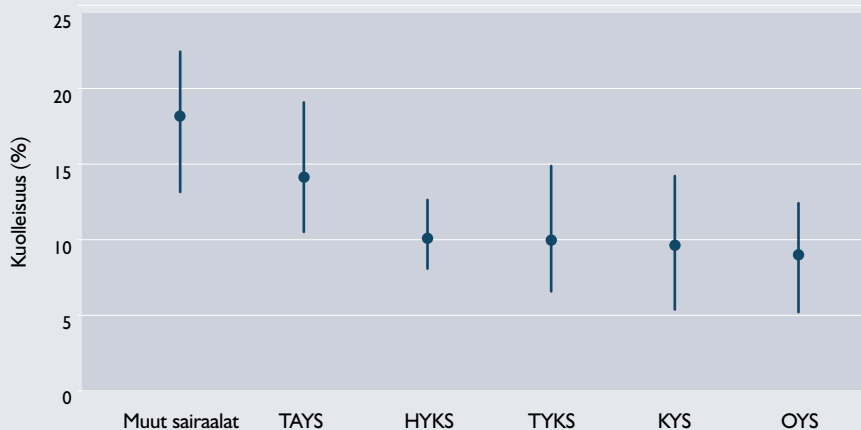
Pikkukeskosten ensimmäinen sairaalahoido kesti keskimäärin 59 päivää, ja siitä aiheutui 63 000 euron kustannukset keskosta kohti. Pohjois-Suomessa hoitoaika oli muuta maata pidempi eli 71 päivää ja kustannukset korkeimmat eli 84 000 euroa. Hoitoajan pituuteen siellä voivat vaikuttaa pitkät etäisyydet keskosia hoitavaan sairaalaan.

Osahankkeessa keskityttiin hyvin ennenaikaisena syntyneiden, suuren riskin keskosten hoidon vertailuun lähtien siitä oletuksesta, että tämän vaativan potilasryhmän hoidon laatu heijastaa myös muiden tehohoitoa tarvitsevien keskosten ja täysiaikaisten vastasyntyneiden hoidon laatua samoilla vastasyntyneiden tehohoidon osastoilla.

Määrällisesti potilasryhmä on pieni (noin 550 lasta vuodessa), mutta tehohoidossa nämä pikkukeskoset ovat pitkään. Nämä keskoset olivat syntyneet ennen 32 raskausviikkoa tai alle 1 501 gramman painoisina. ■

Aiheesta lisää artikkelissa:

Rautava L, Lehtonen L, Peltola M, Korvenranta E, Korvenranta H, Linna M, Hallman M, Andersson S, Gissler M, Leipälä J, Tammela O, Häkkinen U, for the PERFECT Preterm Infant Study Group. The Effect of Birth in Secondary or Tertiary Level Hospitals in Finland on Mortality in Very Preterm Infants: A Birth Register Study. *Pediatrics* 2007; 119:257–263.



Pienipainoisten keskosten yhden vuoden kuolleisuus (%) yliopistollisissa keskussairaaloissa ja muissa sairaaloissa 2000–2003 (riskivakioidut luvut ja luottamusvälit).

Sairausvakuutuskorvauksen laajentamisella 2001–2002 ei ole ollut vaikutusta yksityisten hammashoitoyritysten menestykseen, sillä uudistusvuodet eivät poikenneet koko toimialan tavanomaisesta kehityksestä. Vuodet 2000–2005 ovat kuitenkin olleet erittäin menestyksellisiä isoille hammashoitoyrityksille. Hoitotakuun voimaantulo 2005 ei väräyttänyt yritysten tunnuslukuja suuntaan eikä toiseen.



Hennamari Mikkola, erikoistutkija, CHES



kuva: Futureimagebank

Yksityisen hammashoidon menestys jatkuu 2000-luvulla – korvausuudistuksella ei vaikutusta

Tutkimus kohdistui toimialan 100 suurimpaan yritykseen ja keräsimme niiden keskeisimmät tunnusluvut vuosilta 2000–2005. Arvioimme korvausuudistuksen vaikutusta liikevaihdon kasvuun, sijoitetun pääoman tuottoon ja liike-toiminnan tulokseen. Haastattelimme 12 yrityksen toimitusjohtajaa.

Isojen hammashoitoyritysten sijoitetun pääoman tuotto oli 25–33 prosenttia ja voitto 12–14 prosenttia. Koko toimialan hintakorjattu liikevaihto kasvoi 16 prosenttia, vaikka samanaikaisesti yksityisten hammaslääkärien määrä väheni 8,5 prosenttia. Hintakorjatusta lii-

kevaihdoista on poistettu hintojen nousun vaikutus.

Bisnesosaamisen puute rajoitti kasvua

Yritysten toimitusjohtajien mukaan toimialan kasvua rajoittavat pula osaavasta työvoimasta, työvoiman ikääntyminen ja alan bisnes-osaamisen puute, vaikka kysyntäolosuhteet olivat uudistuksen jälkeen erittäin suotuisat. Yritysten mukaan kilpailulla ei ole alalla suurta merkitystä, sillä sitä on ollut viimeksi 90-luvun lamavuosina.

Toimitusjohtajat uskovat alan yrityskoon kasvavan tulevina vuo-

sina, kun osa yksinään vastaanottoa pitävistä hammaslääkäreistä jää eläkkeelle. Alan kehitystä ohjaavat hammaslääkäreiden kiinnostus uusista tekniikoista ja ammattitaidon kehittäminen.

Toimialan kilpailu voisi piristyä, jos markkinoille tulisi ulkomaisia yrityksiä ja kuluttajien hintatietoisuus lisääntyisi. Yksityisen hammashoidon epäsuorana rahoittajana Kela voisi vertailla säännöllisesti toimenpiteiden hintoja. Tämä voisi parantaa asiakkaan asemaa. ■

Vuonna 2005 Kansaneläkelaitoksen korvausten piiriin kuuluvan yksityisen hammashoidon kustannukset olivat lähes 263 miljoonaa euroa, joista maksettiin korvauksia 91,5 miljoonaa euroa. Asiakkaan saama korvaus oli keskimäärin 34,8 prosenttia korvaukseen oikeutetuista yksityisen hammashoidon kustannuksista.

Mikkola H, Vesivalo A, Jauhiainen S ja Widström E. An outlook of dental practices- drivers, barriers and scenarios. Tutkimus on hyväksytty julkaistavaksi Liiketaloustieteellisessä Aikakauskirjassa 2/2007 vol. 56.

Lien Nguyen, tutkija, CHES

Harjaa hampaasi kahdesti päivässä!

Korkea painoindeksi, runsas alkoholin, limsan, sokeroidun kahvin tai teen käyttö, alhainen syntymäpaino ja huono peruskoulumenestys olivat yhteydessä naisten hampaiden reikiintymiseen eli kariekseen. Miehillä karies liittyi erityisesti pääkaupunkiseudulla asumiseen, huonoon koulutukseen ja epäterveelliseen ruokavalioon. Tupakointi reikiinnytti kaikkien hampaita. Hammaslääkäripalvelujen käyttö, säännölliset tarkastukset ja hampaiden harjaaminen vähintään kahdesti päivässä vähensivät kariesta merkittävästi.

Koulutus lisäsi miesten suunterveyttä, mutta naisille sillä ei ollut merkitystä. Suomessa naisten koulutustaso on jo niin korkea, ettei koulutuksen ja suunterveyden yhteyttä ole havaittavissa samassa määrin kuin useissa muissa maissa. Miehet edistävät suunterveyttään parhaiten satsaamalla terveellisempään ruokavalioon. Suunterveyden edistämiseksi pitää lisätä terveystieteistä ja vähentää tunnettujen riskitekijöiden vaikutuksia.

Kaikki tutkittavat olivat syntyneet vuonna 1966 Pohjois-Suomessa. Tutkimushetkellä he olivat 31-vuotiaita. Huonon suunterveyden mittari oli kariksen esiintyminen. ■

Nguyen L, Häkkinen U, Knuutila M, Järvelin M-R. Should we brush twice a day? Determinants of dental health among young adults in Finland. Discussion Papers 2/2007. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Helsinki 2007. Julkaisu on saatavissa osoitteesta: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/papers/DP2-2007-VERKKO.pdf>. Tutkimus on myös hyväksytty julkaistavaksi *Health Economics* -lehteen, ja se löytyy myöhemmin numerolla: DOI: 10.1002/hec. 1258.

Iso-Britanniassa on 2000-luvulla rakennettu perusterveydenhuoltoon uutta ohjausta ja kannusteita. Uudella ohjauksella on haluttu palkita toimintaa tutkittujen näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen mukaisesti. Perusterveydenhuollolla on merkittävää sananvaltaa maan Primary Care Trust -organisaatioissa, jotka tuottavat 85 prosenttia julkisesta terveydenhuollosta.

Iso-Britannian perusterveydenhuoltoon täsmäohjausta

Blairin johtama oppositio ilmoitti jo 1997 vaaleissa kaatavansa sosiaalisesti epäoikeudenmukaisena pitämänsä yleislääkäreiden ”fundholding”-järjestelmän, jossa ohjailuvoimaa oli tietoisesti siirretty yleislääkäreille. Järjestelmä lopetettiin, mutta periaatteet jäivät elämään ja kehittymään edelleen. Perusterminä on säilynyt ”commissioning” eli ”järjestäminen”, jossa palveluiden

järjestäjä tai tilaaja määrittelee tarpeet ja suunnittelee tuottamisstrategian. Palveluille haetaan tuottaja, jonka kanssa tehdään selkeä sopimus. Tuottajaa arvioidaan seuraamalla palvelujen määriä, laatua ja käyttäjien tyytyväisyyttä.

Blairin hallitus suuntasi rahapulasta kärsineeseen terveydenhuoltoon voimavaroja. Lisäpanostukset haluttiin kohdistaa tulojen lisäämisen asemesta tutki-

tusti oikeisiin ja vaikuttaviin palveluihin, esimerkiksi pitkäaikashoidon laadun parantamiseen ja ennaltaehkäisyyn.

Perusterveydenhuollossa oli vastassa valtakunnallinen, vuosikymmenten saatossa taottu, hidaskäyttöinen *General Medical Services (GMS)*-sopimus. Siinä yksittäisellä yleislääkärillä oli vastuu omasta potilaslistastaan, vaikka lääkäri toimisikin yhteispraktiikassa

toisten kanssa. Nyt GMS:n sisään tuotiin sopijaosapuolten kanssa yhteisymmärryksessä joukko uusia korvauselementtejä. Kapitaatio- ja suoritekorvausten rinnalle tuotiin korvauksia, joita maksetaan valtakunnallisesti asetettujen tavoitteiden, esimerkiksi rokotuspeittävyyden saavuttamisesta.

Innovaatiota ja porkkanoita

GMS:n rinnalle on avattu uusien palveluiden linja, *Personal Medical Services (PMS)*. Nämä palvelut mahdollistavat aikaisempaa sopimusta monimuotoisempien palveluiden valikoiman käytön perusterveydenhuollossa. Perinteisen yleislääkärivetoisen mallin rinnalle nousee nyt hyvää vauhtia uusia vaihtoehtoja. Näin onkin saatu palveluihin moni-ilmeisyyttä.

Tuloksena on ollut *walk-in*-klinikkoita, joilla voi asioida rekisteröitymättä pitkäaikaisesti klinikan potilaaksi. Suuriin kaupunkeihin on perustettu pitkiä työmatkoja matkustaville suunnattuja *comuter*-klinikkoita, jotka sijaitsevat



Ylilääkäri Harriet Finne-Soveri ja apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkonen sävyttivät kansainvälisen RAI-konferenssin avajaisistunnossa Kanadassa.

Tarja Itkonen, palvelupäällikkö, Kuntapalvelut
Satu Kerppilä, atk-suunnittelija, CHES

Suomalaiset vanhainkodit pärjäävät maailmalla erinomaisesti

Suomalainen vanhustenhoito menestyy hyvin kansainvälisessä vertailussa ja helsinkiläiset vanhainkodit herättävät jo ihastusta. Maailman ensimmäisessä kansainvälisessä RAI¹-konferenssissa toukokuussa 2007 Kanadan Ottawassa suomalaiset vakuuttivat yleisönsä jo avajaisistunnon pääpuhujina. Vanhuksemme saavat monissa hoitopaikoissa parempaa hoitoa kuin aikaisemmin.

1) RAI Resident Assessment Instrument, kansainvälinen standardoitu vanhustenhoidon arviointi- ja seurantajärjestelmä. Lisätietoja <http://info.stakes.fi/finrai>, www.finrai.org ja www.interrai.org verkkosivuilta.

kodin asemesta työpaikan lähellä tai työmatkan varrella.

Palveluihin on luotu kannusteita moniammatillisen tiimityön laajentamiseksi ja mahdollistamaan sairaanhoitajien työpanoksen aikaisempaa laaja-alaisempi käyttö. Erityisenä porkkanana toimii *Quality and Outcome Framework (QOF)*-palkitsemisjärjestelmä, jossa asetetaan tutkittuun tietoon perustuvia tavoitteita, erityisesti pitkäaikaisten, merkittävien sairauksien hoidon laatuavoitteiden toteutumisesta.

Kannusteiden arviointi välttämätöntä

Brittiläinen järjestelmä on mutkikas verrattuna 1980-luvun lopun helposti opittavaan ja esiteltävään yleislääkärijärjestelmään. Nyt järjestelmään on virrannut uutta rahaa – joidenkin kriitikkojen mukaan rahaa on jopa kaadettu. Tämän seurauksena perusterveydenhuolto on tarttunut tarjottuihin täkyihin niin innokkaasti, että kokonaisrahoituksen arvioidaan



Simo Kokko
kehittämispäällikkö,
Kuntakonsultointi,
Stakes

Kansainvälisesti 1990-luvulla perusterveydenhuolto sai olla rauhassa, sillä terveydenhuollon uudistuksissa painotettiin erikoissairaanhoidon ja sairaaloiden kehittämistä. Perinteisesti perusterveydenhuollon kannusteina on eri maissa käytetty yleislääkäreiden tuloihin vaikuttavia korvauksia joko hoitovastuulla olevien potilaiden määrästä (kapitaatioperuste) tai suoritteiden määrästä (suoriteperuste).

olevan vaikeuksissa. Siitä, onko uusilla kannusteilla saatu aikaan aikaisempaa parempaa laatua tai parempia tuloksia, ei ole vielä tehty laajoja arvioita. ■

Simo Kokko on seurannut aktiivisesti perusterveydenhuollon kansainvälistä kehitystä.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaava apulaiskaupunginjohtaja **Paula Kokkonen** korosti puheessaan nykyisiä vaatimuksia näyttöön perustuvista päätöksistä. Palveluja suunniteltaessa tarvitaan käytännön toimintaan sovellettavaa tutkimustietoa. Parhaissa päätöksissä yhdistyvät tutkimustieto, ammatti-ihmisten käytännön kokemus ja palveluja käyttävien henkilökohtaiset toiveet.

Konferenssissa nähtiin Suomi–Kanada-maaottelu, jossa Stakesin ylilääkäri ja interRAI-tutkijayhteisön jäsen **Harriet Finne-Soveri** vertaili maiden vanhus-tenhoitoa. Hän kehotti jakamaan tietoja niin hyvässä kuin pahassakin silloin, kun tavoitteena on kehittää omaa toimintaa vanhusten parhaaksi. Yhteinen standardoitu RAI-järjestelmä ja sen mittarit mahdollistavat hoitokäytäntöjen ja hoidon laadun kansainvälisen vertailun palvelujärjestelmän eroista huolimatta. Oikeudenmukaisessa vertailussa otetaan huomioon asiakasrakenteen eikä vertailla ”kevythoitaisia” ”raskashoitaisiin”.

Kansainvälistä yhteistyötä on tehty interRAI-tutkijayhteisössä jo pitkään. Konferenssi keräsi lähes 500 osallistujaa 25 maasta aina Australiaa ja Uutta-Seelantia myöten, joten se tarjosi myös käytännön toimijoille mahdollisuuden verkottua kansainvälisesti.

Suomesta oli mukana suuri joukko RAI-vertailukehittämiseen osallistuvia sosiaali- ja terveydenhuollon hoitotyön johtajia ja kehittäjiä. Matkalla tutustuttiin myös kanadalaiseen pitkäaikaishoittoon Ontariossa. ■

Uusia julkaisuja

Halko M-L, Seppälä T. Ultimatum Game Experiments. Helsinki Center of Economic Research, Discussion Paper 140/December 2006.

Häkkinen U, Joumard I. Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: options for research. Economics department working papers no. 554. OECD 2007. Julkaisu on saatavissa osoitteesta: [http://www.ois.oecd.org/olis/2007doc.nsf/linkto/eco-wkp\(2007\)14](http://www.ois.oecd.org/olis/2007doc.nsf/linkto/eco-wkp(2007)14)

Häkkinen U, Idänpää-Heikkilä U, Keskimäki I, Klaukka T, Peltola M, Rauhala A, Rosenqvist G. PERFECT – Sydäninfarkti. Sydäninfarktin hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Stakes, Työpapereita 15/2007. Helsinki.

Häkkinen U, Martikainen P, Noro A, Nihtilä E, Peltola M. Aging, Health Expenditure, Proximity of Death and Income in Finland. Stakes, Discussion Papers 1/2007. Helsinki.

Jokiranta V, Pekurinen M, Hujanen T, Teräväinen R, Wiili-Peltola E. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin palvelutarveanalyysi. Stakes, Alue- ja kuntapalvelut, kehittämisselvityksiä 32/2007. Helsinki.

Kanerva M, Blom M, Tuominen U, Kolho E, Anttila VJ, Vaara M, Virolainen-Julkunen A, Lyytikäinen O. Costs of outbreak of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus. Journal of Hospital Infections 2007, 66, 1.

Kapiainen S, Klavus J. Terveystalouden rahoituksen progressiivisuus ja toimeentulo vaikutukset Suomessa 1990–2001. Teoksessa Klavus J (toim.). Terveystaloustiede 2007, Stakes, Työpapereita 2/2007, ss. 27–32.

Lehtonen L, Andersson S, Hallman M, Lavonius M, Leipälä J, Tammela O, Korvenranta H, Rautava L, Korvenranta E, Peltola M, Linna M, Gissler M, Häkkinen U. PERFECT – Keskokset. Hyvin ennen aikaisten keskosten hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Stakes, Työpapereita 16/2007. Helsinki.

Mäkelä M, Häkkinen U, Juslin B, Koivuranta-Vaara P, Liski A, Lyytikäinen M, Laine J. Sairaalasta kotiin asti – Erikoissairaalaista alkaneet hoitojakokset jätetään pääkaupunkiseudun kunnissa. Stakes, Työpapereita 3/2007. Helsinki.

Nguyen L, Häkkinen U, Knuutila M, Järvelin M-R. Should we brush twice a day? Determinants of dental health among young adults in Finland. Stakes, Discussion Papers 2/2007. Helsinki. Julkaisu on saatavissa osoitteesta: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/papers/DP2-2007-VERKKO.pdf>.

Pekurinen M. Painavaa asiaa. Dialogi 2007, 4, 17.

Pekurinen M. Pää pensaaseen ja peukut pystyyn? Dialogi 2007, 2, 17.

Pekurinen M. Tarvitseeko terveydenhuolto lisää rahaa? Talous & Yhteiskunta 2007, 1, 21–26.

Pekurinen M. Terveystalouden menoihin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä. Teoksessa Terveystalouden menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisymerkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Helsinki 2007, ss. 9–67.

Pekurinen M, Häkkinen U. Terveystalouden rahoituksen uudistamiseksi esitetyt ehdotukset. Teoksessa Klavus J (toim.). Terveystaloustiede 2007. Stakes, Työpapereita 2/2007, ss. 23–26.

Pekurinen M, Mikkola H, Nylander O. Hoitotakuun ensimmäinen vuosi – taloudellisten vaikutusten arviointia. Teoksessa Heikkilä M, Lahti T (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulokaus. Stakes, Helsinki 2007, 237–245.

Seppälä T. A Public Health Care Puzzle. Helsinki Center of Economic Research, Discussion Paper 163 / May 2007.

Seppälä T. Existence Effects of Retirement Savings Program. Helsinki Center of Economic Research, Discussion Paper 142 / January 2007.

Smith P C, Häkkinen U. Information strategies for decentralization. Teoksessa Saltman, R. B, Bankauskaite V, Vrangbaek K. (toim.).

Decentralization in health care: Strategies and outcomes. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press 2007, ss. 206–224.

Tampsi-Jarvala T, Mikkola H, Vesivalo A, Widström E. Hintakilpailu ja hinnoittelupäätökset yksityisillä hammashoitomarkkinoilla. Teoksessa Klavus J (toim.). Terveystaloustiede 2007, Stakes, Työpapereita 2/2007, ss. 14–18.

Tuominen U, Blom M, Hirvonen J, Hietaniemi K, Lehto M.U.K, Paavolainen P, Seitsalo S, Rissanen P, Sintonen H. Effect of co-morbidities to health-related quality of life in patients waiting for total hip replacement. Health and Quality of Life Outcomes 2007, 5, 11.

Tuominen U, Blom M, Hirvonen J, Hietaniemi K, Lehto M.U.K, Paavolainen P, Seitsalo S, Rissanen P, Sintonen H. Jonotusajan pituuden vaikutus lonkan tekonivelleikkauspotilaiden elämänlaatuun, kipuun ja liikuntakykyyn sekä lääkkeiden käyttöön ja kustannuksiin. Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Teoksessa Klavus J. (toim.). Terveystaloustiede 2007. Stakes, Työpapereita 2/2007. ss. 48–52.



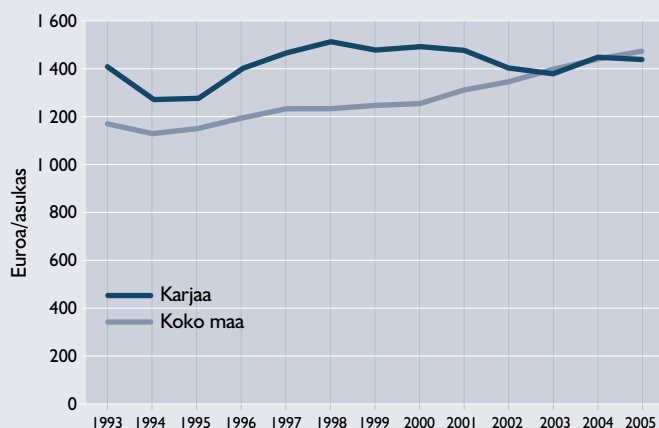
Markku Pekurinen, tutkimusprofessori, CHES

Karjaalla laatu paranee menoja kasvattamatta

Karjaan vanhusten laitoshoidon laatu on kohentunut merkittävästi vuosina 2004–2006. Mitatuista 26:sta hoidon laatuindikaattorista jopa 18:n arvot ovat parantuneet. Erityisesti hoitotyötä ja hoitokäytäntöjä on muutettu. Samanaikaisesti terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut asukaskohtaiset menot ovat laskeneet maan keskitasolle.

Karjaan kaupungin vanhusten laitoshoidon laatua arvioitiin RAI-arviointi- ja seurantamenetelmällä viitenä eri ajankohtana vuosina 2004–2006. Asiakkaat olivat henkisesti toimintakyvyltään ja hoitotyön kuormittavuudeltaan samankaltaisia kuin muissa maan vanhainkodeissa, mutta heidän fyysinen toimintakykynsä oli jonkin verran heikompi.

Nyt vanhainkodeissa masennus ja siihen liittyvä ärtymys tunnistetaan ja sitä hoidetaan paremmin. Kivun hallinta on parantanut. Vahvuutena on myös erinomainen huolenpito vanhusten päivittäisen elämän aktiviteeteista ja sisällöstä. Hoito on muuttunut aikaisempaa suunnitelmallisemmaksi, sillä kaupungin laitoshoidon asiakkailta on vuodesta 2005 ollut enemmän kirjattuja kuntoutussuunnitelmia kuin muissa maan terveyskeskuksissa ja vanhainkodeissa.



Menojen kasvu hidastunut

Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti ovat saavuttaneet maan kuntien keskitason ja reaalisesti menot ovat pysyneet lähes ennallaan vuodesta 1999. Tarvevakioidut menot kasvoivat vuosina 1999–2005 yhteensä vain 1,6 prosenttia, kun samanaikaisesti koko maassa kuntien vastaavien menojen kasvu oli 25 prosenttia.

Vuonna 1998 Karjaan kaupungin menot olivat 22 prosenttia maan kuntien keskitasoa korkeammat ja vuonna 2005 noin prosentin alle keskitason.

Karjaa ulkoisti perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen tuottamisvastuun Folkhälsanille vuonna 1998 sopimuksella, joka päättyy vuoden 2007 lopussa. Palvelutuotannosta vastaa Folkhälsan Raseborg Ab. ■

Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti Karjaalla ja koko maassa 1993–2005. Vuoden 2005 hintataso.

Lähde: Markku Pekurinen, Harriet Finne-Soveri, Selvitys Karjaan kaupungin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoista 1999–2005, vanhustenhuollon asiakasrakenteesta ja hoidon laadusta. Stakesin Alue- ja Kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 33/2007.

CHESSIN YHTEYSTIEDOT

sähköposti: etunimi.sukunimi@stakes.fi

Ryhmäpäällikkö **Markku Pekurinen**, dos., DPhil. tutkimusprofessori, puh. (09) 3967 2630; 050 367 0841

Ryhmäsihteeri **Marianna Savolainen**, HSO-sihteeri puh. (09) 3967 2098

Harriet Finne-Soveri, LT, ylilääkäri projektipäällikkö, puh. (09) 3967 2299

Aleksandr Gerasin, FM atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2063

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

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

Iiris Juonon, VT, datanomi atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2305

Jutta Järvelin, LL, MSc (Health Economics) tutkija, puh. (09) 3967 2254, vv. 31.12.07 saakka

Satu Kapiainen, KTM tutkija, puh. (09) 3967 2303

Satu Kerppilä, VTK, datanomi atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2622

Jan Klavus, VTT, dosentti (kansantaloustiede) tutkimuspäällikkö, puh. (09) 3967 2634; 050 4686 918

Merja Korajoki, FM atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2451

Miika Linna, TkT, dosentti tutkimuspäällikkö, puh. (09) 3967 2295; 050 325 9678

Antti Liski, FM atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2267

Kristiina Matikainen, TtM (terveystaloustiede) tutkija, puh. (09) 3967 2607

Hennamari Mikkola, KTT (kansantaloustiede) erikoistutkija, puh. (09) 3967 2267; 050 468 6911 vv. 10.10.2007 saakka

Matti Mäkelä, LT ylilääkäri, puh. (09) 3967 2110

Lien Nguyen, VT, MSc (kansantaloustiede) tutkija, puh. (09) 3967 2466

Anja Noro, THT, dosentti tutkimuspäällikkö, puh. (09) 3967 2253; 040 545 2276

Mikko Peltola, VT, MSc (kansantaloustiede) atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2458

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

Timo Seppälä, VTL (kansantaloustiede) tutkija, puh. (09) 3967 2145

Ulla Tuominen, TtM (terveystaloustiede) tutkija, puh. (09) 3967 2461; 050 339 9646

Eija Utriainen, KM, erh suunnittelija, puh. (09) 3967 2629

CHESS ONLINE

ISSN 1459-2339

CHESS ONLINE-lehtien verkkoversiot:
groups.stakes.fi/chess/fi/chessonline.htm

Julkaisija

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes
Terveystaloustieteen keskus CHES

Lintulahdenkuja 4, PL 220, 00531 Helsinki
puh. (09) 396 71
groups.stakes.fi/chess

Päätoimittaja

Timo Hujanen, CHES

Taitto ja layout

Workshop Pälvä Oy, Heikki Pälvä

Paino

Kainuun Sanomat Oy
Painos 2 000 kpl