



kuva: Heikki Päävä

PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
ryhmäpäällikkö
markku.pekurinen@stakes.fi

Tuottavuuden mittaamista ei kannata kainostella

■ Hallitus on käynnistänyt laajan, kaikkia hallinnonaloja koskevan tuottavuusohjelman. Peruspalvelujen osalta kiinnostus kohdistuu ennen muuta erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuoltoon, vanhustenhuoltoon, lasten päivähoitoon ja opetustoimeen. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuista tarkastelu kattaa kaksi kolmannesta.

Peruspalvelut ovat tuottavuuden mittaamisessa ja seurannassa hyvin eri vaiheessa. Pisimmälle on päästy erikoissairaanhoidossa. Vanhustenhuolto seuraa menetelmien osalta hyvin perässä, vaikka tietojen kattavuus ei ole vielä yhtä hyvä. Yleislääkärijohtoisista terveyskeskuksista saadaan kattavasti suoriteperusteista tuottavuustietoa. Terveyskeskusten toiminnan arvioinnissa ei päästä kuitenkaan vielä pitkään aikaan sairaaloiden ja vanhainkotien tasolle. Meiltä puuttuu olennaisia tietoja tuotokseen ja kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä, esimerkiksi terveyskeskuksissa hoidettujen potilaiden määrästä, potilasrakenteesta ja potilaiden hoitoisuudesta. Suun terveydenhuollosta näitä tietoja jo saadaan, ja siellä tuottavuusmittaus on muuta terveyskeskustoimintaa pidemmällä. Lasten päivähoitossa ja opetustoimessa tuottavuusmittaus on alullaan.

Tuottavuuden mittaamista arvostellaan usein siitä, että se ei ota huomioon toiminnan vaikuttavuutta. Kritiikki on täysin turhaa, koska vaikuttavuutta ei edes pidä sisällyttää tuottavuuteen. Tuottavuus, vaikuttavuus ja tehokkuus (=kustannus-vaikuttavuus) ovat eri asioita. Tämän oppii jo terveystaloustieteen peruskursilla. Ne ovat toki sidoksissa toisiinsa.

Eri asia on, kannattaako tuottavuutta ylipäätään mitata vai tulisiko suoraan edetä vaikuttavuuden arviointiin. Molempia tarvitaan. Jos hoidon vaikuttavuus on olematon, ei tuottavuuden parantamiseen kannata uhrata aikaa. Hoidon tarpeellisuus ylipäänsä tulis harkita. Erinomainenkaan vaikuttavuus ei yksin riitä, jos hoidon kustannukset ovat huikeat. Hyväksi todettuun kustannus-vaikuttavuuteenkaan ei tule tyytyä, jos hoito voidaan toteuttaa vielä edullisemmin. Sen sijaan tulee etsiä edullisin tapa toteuttaa vaikuttavuudeltaan hyvä hoito, perata prosessit, tehdä hoito sujuvaksi ja karsia kulut. Pitää siis parantaa tuottavuutta ja edelleen hoidon kustannus-vaikuttavuutta.

Vaikka sairaaloiden tuottavuutta onnistuttaisiinkin parantamaan reilusti, se ei riitä, jos terveyskeskusten ja vanhusten hoitolaitosten tuottavuus polkee paikallaan tai laskee. Vasta sitten on tuottavuuden mittaus kunnossa, kun päästään arvioimaan koko hoitoketjun toimintaa ja tuottavuutta.



kuva: Antero Aaltonen

CHES ONLINE I • 2005

1. **Tuottavuuden mittaamista ei kannata kainostella**
Markku Pekurinen
2. **Sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäre: Monikanavaisen rahoituksen väärät kannusteet karsittava**
4. **Tuottavuuden mittaaminen terveydenhuollossa**
Miika Linna
5. **PERFECT Stroke -hankkeessa koko hoitoketjun vaikuttavuus puntarissa**
Risto O. Roine, Atte Meretoja
6. **Kilpailu voi toimia myös terveydenhuollossa**
Hennamari Mikkola
7. **Terveystaloustieteellinen tutkimus ja VATT**
Reino Hjerppe
8. **Ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon laatu, hoitokäytännöt ja tuottavuus – Kokemuksia RAI-järjestelmästä ja vertailukehittämisestä**
Anja Noro
9. **Vanhusten laitoshoidon tuottavuus on edelleen laskenut**
Juha Laine
10. **Kuntien tarvekioidut menot vuodelta 2003 valmistuneet**
Timo Hujanen
Jeremy Hurst CHES-seminaarissa
11. **Kivitalot tieteen tukena**
Timo Hujanen
12. **Ovatko terveydenhuoltomenojen kansainväliset vertailut harhaisia?**
Jan Klavus, Miika Linna

teksti: Timo Hujanen
kuva: Valtioneuvoston
kuva-arkisto



Haastateltavana sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäre

Monikanavaisen rahoituksen väärät kannusteet karsittava

– Terveystalouden rahoituksen keskeinen ongelma on monikanavainen rahoitus. Sen luomien väärin kannusteiden karsiminen on kaikkein vaikeinta ja ratkaisut vaativat poliittista tahtoa. Kuntien kannalta ykkösasia on rahan riittävyys, sillä kuluvana vuonna joidenkin kuntien taloustilanne on vielä vaikea, toteaa sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäre.

– Rahoitusta ei tule yksinomaan julkiseen palvelujärjestelmään tai kuntien kautta. Kun lisäksi on niin sanottua yksityistä ja Kelan rahoitusta, voi syntyä vääristymiä. Kun kunnan on saatava taloutensa tasapainoon ja palvelurakenteita on tehostettava, tulee tilanteita, joissa sen on edullista työntää palvelu yksityiselle puolelle, kertoo Mönkäre tästä epäterveestä tehostamisesta.

– Jos terveyskeskuslääkäri tiedustelee potilaan yksityistä vakuutusta ja jos sellainen on, kehottaa tätä menemään yksityiselle, kun "me emme ehdi hoitaa", on toiminta lain vastaista. On monia tapoja yrittää siirtää kustannuksia

toisen piikkiin tajuamatta, että rahat menevät yhteisestä veropussista.

– Kuntien terveydenhuoltomenojen kasvu on iso asia. Ostopalvelujen käyttö lisää menoja ja henkilöstömenot kasvavat vuosittain 4 prosenttia. Henkilöstön lisäys on ollut hyvä asia, mutta se on kasvattanut myös menoja. Rahan lisäys ei ratkaise ongelmia, sillä kysyntä on kasvava.

Mönkäreeseen mukaan hallitus on lisännyt sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia reippaasti, mutta tarvekin on ollut iso. Kun vuonna 2000 sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus kustannuksista oli 24 prosenttia, on se

nyt 33 prosenttia. Hallituskaudella valtionosuusrahoituksessa on 400 miljoonan euron tasokorotus ja sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeisiin 120 miljoonan euron tasokorotus. Lisäksi palvelujärjestelmään tehdään rakennemuutoksia ja vakautetaan kunta-valtiosuhde. Ministerin mukaan kuntien taloudellinen tasapaino saavutetaan 2006–2007.

– Kansainvälisissä vertailuissa terveydenhuoltomme tulokset eivät ole huonoja. Olemme kärkimaiden joukossa, joskin meillä on synkkiä eroja sosiaaliluokkien välillä. Vaikka terveydenhuollon menot ovat kansainvälisesti suhteellisen alhaiset eli noin seitsemän



Panen paljon toivoa sairausvakuutuksen rahoitusuudistukseen, jossa rahoitus jaetaan työttömyysvakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen.”

vamerkittyä rahaa lasten ja nuorten psykiatriaan sekä lasten- ja nuortensuojelun tasausrahasuonon. Ne ovat olleet siinä mielessä huonoja, että ne eivät ole johtaneet kestäviin ratkaisuihin. Kunnat eivät ole omaksuneet syntyneitä ehkä hyviä toimintatapoja, vaan ne sanovat, etteivät rahat riitä ja että korvamerkittyä rahaa tarvitaan lisää. Järjestelmä ei kannusta tekemään järjeviä asioita entisen suuruisella rahamäärällä.

– Jos saadaan kerran korvamerkittyä rahaa, toivotaan että asia hoidettaisiin jatkuvasti näin. Mönkäre puhuu järjestelmän pursuamisesta. Toivomus erikoissairaanhoidon siirtämisestä valtion kontolle lähtee ajatuksesta siirtää vaikeasti hallittava kuluera pois kuntien huolista.

– Rahoituksen on kannustettava suurempiin kokonaisuuksiin. Ennen kaikkea perusterveydenhuolto on saatava toimimaan. Hoitoketjun on oltava saumaton ja hoidon porrastuksen oikea. Perusterveydenhuollossa on oltava hyvät asiantuntijat ja yleislääkärit. Aina ei tarvita kaikkein pisimmälle koulutetuinta osaajaa. Etulinjaankin tarvitaan kaupunkilaisjärkeä ja yleislääketieteen osaajia.

Useita uudistuksia tulossa

– Nyt sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä ei ole tekeillä kokoavaa selvitystä terveydenhuollon rahoituksesta. Selvitys ja analyysi olisivat tarpeen, mutta en ennakoisi siltä rahoituksen muutos tai radikaali muutos tarpeen. Mönkäre pohtii, ovatko suunnitellut uudistukset jo vastaus rahoituksen haasteisiin.

Ongelmia on, mutta paljon on tapahtumassa. Mönkäre ei halua aliarvioida tulevia uudistuksia. Stakesissa on meneillään Suomen Akatemian rahoittama terveydenhuollon rahoituksen nykytilaa ja tulevaisuuden vaihtoehtoja arvioiva tutkimushanke.

– Panen paljon toivoa sairausvakuutuksen rahoitusuudistukseen, jossa rahoitus jaetaan työttömyysvakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Samalla toivottavasti herätetään maksajien mielenkiinto näihin menoihin. Uudistus vaikuttaa suoraan työnantajilta ja palkansaajilta kerättävän sairausvakuutusmaksun suuruuteen. Samoin kuin työeläkejärjestelmässä, tämä kolmikanta voi toimia niin, että otetaan yhdessä vastuuta järjestelmän kestävydestä ja järjestyksestä.

Mönkäreen mukaan joudumme EU-palveludirektiivien vuoksi tekemään entistä selkeämmän rajan yksityisten ja julkisten palvelujen välille. Hän ei ota kantaa kumman puolesta vaan korostaa, että rajan on oltava selkeä. Rajanvetoon liittyvät kilpailuttamiskysymykset, kilpailuttamisen osaaminen ja tarjoajien oikeudenmukainen kohtelu. Myös asiakasmaksutoimikunta tekee työtään ja siltä toivotaan selkiennettävyyttä ehdotuksia. Apteekkimaksuasiasia on työn alla.

Ääneen lausuttu tavoite – tuottavuuden lisäys

– Viime syksynä käynnistetyssä usean hallinnonalan tuottavuusohjelmassa ovat keskeisinä kansalliset sosiaali- ja terveysalan hankkeet, jotka on aloitettu jo edellisen

hallituksen aikana. Kansallisesta terveyshankkeesta on laskettu saatavan jo 200 miljoonan euron säästö rakennemuutoksista, ja on arvioitu, että tästä on jo yli puolet toteutunut. Sosiaalialan hankkeessa ei asetettu vastaavanlaista tavoitetta, mutta tietenkin hankkeissa tavoitellaan säästöjä.

– Tuottavuutta tarkastellaan lasten päivähoidossa, vanhustenhuollossa, terveyskeskuksissa ja sairaaloissa, laboratorioissa ja kuvantamisessa, laitteiden yhteishankinnoissa ja yli kuntarajojen tapahtuvassa yhteistyössä. Kaikissa pitää tapahtua tuottavuuden lisäystä. Kiireettömän hoidon kriteerien ja hoitotakuun odotetaan lisäävän tuottavuutta. Tuottavuuden lisäys on nyt ääneen lausuttu tavoite.

– Keskeisin keino lisätä tuottavuutta on kuntien nykyistä paljon laaja-alaisempi yhteistyö. Erilaisilla piloteilla yritetään hakea paras toimintatapa, joka monistettaisiin muualle. Mönkäre korostaa, että ammattihenkilöstö on saatava mukaan näihin kehittämisprosesseihin. Koulutustasoa parannetaan ja henkilöstö on mukana kehittämistyössä.

– Tarvitaan uuden teknologian hyväksikäyttöä, oikeaa työnjakoa ja riittävän laajoja yhteistyöyhteisöitä. Kaikki on niin alkutekijöissään. Kunnat eivät ole lähteneet niitä tekemään, vaikka tiedetään, mitä pitää tehdä. Tuottavuutta saadaan lisää rakenteita muuttamalla ja karsimalla vääriin suuntaan vievät monikanavaisen rahoituksen kannusteet. Nämä ovat ne ratkaisun avaimet. Raha ei tuottavuuden ongelmia ratkaise, tiivistää ministeri Mönkäre. ■

prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen, ovat suomalaiset kaikista EU-kansalaisista tyytyväisimpiä terveyspalveluihin. Voi olla, että me tuotamme tehokkaasti tai sitten kansa vain tyytyväiseen, arvioi Mönkäre.

Haaste julkiseen keskusteluun

– Olisi tärkeää, että terveystaloustieteilijät ja muut asiantuntijat kiinnostuisivat rahoitusjärjestelmän huonoista kannustimista ja epäselvyyksistä. Toivon, että he analysoisivat ja esittäisivät selkeämmin näkökantoja, mitä nykyisessä järjestelmässä on huonoa. Mönkäre haastaa terveystaloustieteilijät ja muut asiantuntijat keskustelemaan aiheesta julkisesti. Jonkin verran keskustelua on ollut, lähinnä monikanavaisen rahoituksen epäkohdista.

– Järjestelmän huonouden takia eduskunta on määrännyt kor-

Tuottavuuden mittaaminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa tuottavuuden mittaamiseen on erilaisia lähestymistapoja. Joissakin tutkimuksissa mitataan palvelusuoritteiden määrää tiettyä ajanjaksona ja joissakin potilaan saavuttamia terveyshyötyjä. Terveystaloustieteilijät puhuvat jälkimmäisessä tapauksessa ennemminkin kustannusvaikuttavuudesta kuin tuottavuudesta.

Stakesin ja sairaanhoitopiirien yhteisessä sairaaloiden benchmarking-hankkeessa käytetään tuottavuuden mittaamisessa palvelusuoritteisiin perustuvaa lähestymistapaa. Se on ainoa tapa, jolla pystytään kattavasti mittaamaan erikoissairaanhoidon tuotos koko maassa. Tuotos on erityyppisten hoitokokonaisuuksien summa eli esimerkiksi ohitusleikkausten, kaihileikkausten, syöpähoitojen yhteenlaskettu määrä pisteytetynä hoidon vaatavuudella. Hoitokokonaisuuksiin eli episodeihin lasketaan kuuluvaksi kaikki potilaan kuhunkin terveysongelmaan liittyvä vuodeosasto- ja avohoito.

Terveydenhuollon ohjaamisen kannalta on tärkeää saada kokonaiskuva tuottavuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tarvitaan yksilötason tietoa palveluiden käytön syistä kuten sairausryhmistä ja diagnooseista sekä annetuista hoidoista, esimerkiksi toimenpiteistä. Tarvittavat tiedot saadaan riittävällä tarkkuudella erikoissairaanhoidosta ja terveyskeskusten vuodeosastohoidosta. Terveyskeskusten avohoidon palveluiden sisällöstä ei ole vielä tietoa käytettävissä.

Vaikka useimmissa maissa terveydenhuollon tuottamia palveluita ei edelleenkään voida mitata ja ryhmitellä kuin osittain, on esiin noussut uusia ajatuksia terveydenhuollon kokonaistuotoksen mittaamisesta. Esimerkiksi Englannissa palveluiden määrään perustuvaa CWAI-tuottavuusindeksiä (Cost Weighted Activity Index) on kritisoitu siitä, että se ei huomioi väestön terveydentilassa tapahtuneita muutoksia eli vaikuttavuutta. Tuottavuuden laskemisessa käytettävässä tuotostäätelmässä ei kuitenkaan kannata etsiä yhtä ainoaa totuutta.

Kattava ja rutiininomainen vaikuttavuuden mittaaminen, jossa otetaan huomioon

kaikki potilaan yksityiskohtaiset terveydentilat eri ajanhetkinä, on tiedon keruun ja hallinnan kannalta vielä toistaiseksi mahdotonta. On myös muita syitä, jotka puoltavat tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden mittaamisen eriyttämistä. Terveyden tuotantoketju muodostuu kausaalisista suhteista tuotannollisissa prosesseissa, jotka alkavat voimavarojen muuntamisesta ensin palveluiksi ja näiden palveluiden yhdistelemisestä yksilön terveysongelman ratkaisemiseksi. Koko tuotantoketjun optimointi edellyttää läpinäkyvyyttä mittaamisessa niin voimavarojen, palveluiden kuin terveyshyötyjenkin eli vaikuttavuuden osalta.

Voidaan sanoa, että korkea tuottavuus palveluiden tuotantoprosesseissa on välttämätön ehto pyrittäessä mahdollisimman suureen kustannusvaikuttavuuteen. Molemmat näkökulmat, tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus, ovat silloin tarpeellisia.

Tuottavuuden mittaamisen lähtökohtana niin järjestelmä- kuin tuottajatasollakin on taloudellinen johtaminen. On tärkeää tietää, kuinka paljon erilaisia leikkauksia ja erilaisia hoitokokonaisuuksia annetuilla voimavaroilla saadaan. Palveluiden määrään perustuva tuottavuuslaskenta perustuu olettamukseen, että tuotetut palvelut ovat potilaalle hyödyllisiä eli terveyteen positiivisesti vaikuttavia.

On selvää, että pelkkä tuottavuuden mittaaminen ei riitä, tarvitaan myös tarkempaa tietoa vaikuttavuudesta. Siksi Stakesin, yliopistosairaanhoitopiirien ja Kansaneläkelaitoksen yhteisessä PERFECT-hankkeessa kerätään nyt systemaattisesti rekisteripohjaista vaikuttavuustietoa muutamista suurimmista potilasryhmistä. Näin saadaan lähitulevaisuudessa tuotettua jatkuvaa vertailutietoa myös vaikuttavuudesta tuottavuustietojen rinnalle. ■

Miika Linna
kehittämisspäällikkö
CHES



kuva: Heikki Päivä

Stroke-hanke

on osa yliopistosairaanhoidopiirien, Terveystaloustieteen keskuksen CHESSin ja Kansaneläkelaitoksen PERFECT-hanketta, jossa arvioidaan hoidon kustannusvaikuttavuutta ja etsitään parhaita hoidon järjestämistapoja seitsemässä osahankkeessa. Hankkeita ovat aivohalvaus, keskukset, rintasyöpä, skitsofrenia, sydäninfarkti, tekonivelkirurgia ja lonkkamurtumat.

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy, koronaaritautiakin tavallisempi työkyvyttömyyseläkkeen syy ja tärkein vammaisuuden aiheuttaja länsimaissa. AVH aiheuttaa merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle – vain psyykkiset sairaudet ja demen tiat ovat kalliimpia sairauksia. Tehostettu akuuttihoito pelastaa monia potilaita vammautumiselta. Osa potilaista joutuu edelleen käymään läpi pitkän kuntoutuksen ja moni jää siitä huolimatta toisen avusta riippuvaiseksi.

Stroke-hankkeessa kuvataan valtakunnallisia eroja hoidon porras-

PERFECT Stroke -hankkeessa koko hoitoketjun vaikuttavuus puntarissa

Stroke-hankkeessa kartoitetaan kaikkien aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoidon vaikuttavuutta ja kustannuksia sairaanhoidon eri portailla ja maan eri osissa. Tarkasteltavana on koko hoitoketju akuuttihoitosta kuntoutuksen kautta kotiin, laitokseen tai hautaan. Parhaiden hoitoketjujen ja toimintamallien tunnistamisen odotetaan tuovan hyötyä resurssien jakoon ja terveydenhuollon suunnitteluun myös valtakunnallisesti. Potilaita on vuodessa yli 20 000.

tuksessa ja kuntoutuksen järjestämisessä. Erityisenä mielenkiinnon kohteena ovat panostus akuuttihoitoon ja toisaalta kuntoutuksen keskittämisen mallit. Näillä eroilla pyritään selittämään hoidon lopputulosta, eli työelämään jääneiden, kotiin muuten päässeiden, vaikeasti vammautuneiden ja kuolleiden suhteellisia osuuksia. Tarkastelun kohteena ovat myös tavalliset komplikaatiot, jotka usein ratkaise-

vat potilaan ennusteen. Alaryhmä-analyysyjä tehdään muun muassa aivoinfarktien ja aivoverenvuotojen osalta, ennestään omatoimisten ja laitospotilaiden kesken sekä elämän ensimmäisen AVH-tapahtuman ja uusvien tapahtumien suhteen. Saa- vutettuja hoidon tuloksia verrataan hoidon kustannuksiin.

Rutiinirekistereihin perustuvassa tutkimuksessa aineiston jatkuva tuottaminen saadaan automati- soitua. Tämä sallii jatkuvan laadun- tarkkailun ja toiminnan kehityksen arvioinnin vuosittain tai tarvittaessa tiuhemmin. Aikasarjat voidaan tuottaa toistakymmentä vuotta taaksepäinkin ja näin tarkastella pit- kän aikavälin trendejä. Rutiinirekis- tereihin perustuvassa tiedossa on rajoitteensa, mutta koko väestön kat- taminen on tällä tutkimusmenetel- mällä mahdollista ilman raskasta erillistä tiedonkeruuta. ■

Risto O. Roine
neurologian dosentti, osastonylilääkäri
HYKS Neurologian klinikka
PERFECT Stroke -hankkeen johtaja



Atte Meretoja
neurologian sairaalalääkäri
HYKS Neurologian klinikka
PERFECT Stroke -hankkeen sihteeri



Kilpailu voi toimia myös terveydenhuollossa

Suomalaisessa terveydenhuollossa on havaittavissa poikkeuksellinen ilmiö: kilpailu toimii paikallisesti perusterveydenhuollossa työvoimaa vuokraavien yritysten tarjoamissa palveluissa.

Vuosina 2002–2004 kunnat järjestivät yli 150 päivystys- ja päivälääkäripalvelujen kilpailutusta. CHESSin tekemä tutkimus analysoi näiden kilpailutusprosessien avulla uuden toimialan kilpailun luonnetta, vaikutuksia ja kehitystä. Aineisto muodostui 42 tarjouskilpailun julkisista asiakirjoista ja kilpailutuksiin osallistuneiden 22 asiantuntijan (kuntien päätöksentekijöiden ja yritykset) teemahaastattelusta. Kunnat olivat muodostaneet kilpailutuskriteerinsä omintakeisesti. Kehittyneemmissä prosesseissa oli käytössä pisteytysmenetelmiä, jossa palvelujen hinnalla ja laadulla oli omat painoarvot. Aineiston perusteella 80 prosentissa tarjouskilpailuissa hinta määräsi kilpailun voittajan.

Kilpailu oli laskenut yritysten tarjoamien palvelujen hintoja koko maassa vuodesta 2001 lähtien. Hinnat vaihtelevat kuitenkin paikallisesti riippuen kilpailutilanteesta ja

kilpailutettavien palvelujen määräästä. Kovan tarjouskilpailun luomiseen riittää kaksi yritystä, jotka pystyvät toimittamaan kunnan kysymiä palveluja suunnilleen samoin ehdoin.

Kuntaostajalla neuvotteluvoimaa

Terveydenhuollossa kilpailun suurimpana esteenä on yleensä ostajan tietämättömyydestä johtuva heikko neuvotteluvoima ja palvelujen tarjoajien vähäisyys. Tutkitun alan kilpailun toimivuus selittyikin sillä, että kuntaostajan neuvotteluvoima on tavallista suurempi ja toimialalle on ilmaantunut useampia aidosti keskenään kilpailevia yrityksiä. Kuntaostajan neuvotteluvoimaa vahvistavat monet tekijät. Tarjouskilpailujen valmisteluun ja päätöksentekoon osallistuivat alan asiantuntijat eli yleensä terveyskeskuksen johtava lääkäri, muiden lääkäreiden avustamana. Ostopalvelut vastaavat kunnan terveyskeskuksen aikaisemmin omana toimintana tuottamia palveluja. Yrityksen lääkärit ovat useimmiten päivittäisen seurannan ja valvonnan kohteena työskennellessään virkalääkäreiden joukossa.

Uuden toimialan syntymisen ja kilpailutusten seurauksena perusterveydenhuollon palvelujen saavuus on parantunut ainakin paikal-

lisesti – esimerkiksi Lahti ja Parkano. Kilpailu pakottaa yrityksiä kehittämään palvelutuotteitaan muun muassa päivystysosaamistaan ja laadunhallintajärjestelmiään sekä tietoteknisiä sovelluksia, mikä on eduksi koko perusterveydenhuololle. Erikoistumalla lääkäriverkostojen tehokkaaseen organisointiin, yritykset tuottavat lisäarvoa kunnille verrattuna tilanteeseen, jossa esimerkiksi päivystyspalvelujen organisointi on kunnan yksittäisen johtavan lääkärin vastuulla. Yritysten tulo markkinoille tuo esille ja lisää keskustelua perusterveydenhuollon ongelmista ja kehittämistarpeista.

Vaikutuksia tulevaisuudessa vaikea arvioida

Uusi yritystoiminta on nostanut myös virkalääkäreiden palkkatasoa, mikä kasvattaa terveydenhuoltomenoja. Kuntahaastatteluissa nousi myös esille uhkakuva siitä, että erityisesti nuoret johtamis- ja organisoitukykyiset lääkärit haluavat tulevaisuudessa työskennellä mieluummin yritysten palveluksessa kuin kunnan virkasuhteessa. Lisäksi tarjouskilpailujen organisointi ja markkinaoikeuskäsittelyt aiheuttivat kunnille lisää hallintotyötä ja kustannuksia.

Hoitotakuun myötä terveydenhuollon ostopalvelujen odotetaan edelleen lisääntyvän. Tiedon tarve ostopalvelumarkkinoiden kehityksestä, palvelujen kilpailuttamisesta ja kilpailutuksen tuloksista kasvaa nopeasti. Kilpailun vaikutuksia erityisesti perusterveydenhuollon tuotannon tehokkuuteen ja laatuun on vaikea arvioida valtakunnallisesti puutteellisten tietojärjestelmien vuoksi. ■

Hennamari Mikkola erikoistutkija CHESS



kuva: Timo Hujanen

Terveystaloustieteellinen tutkimus ja VATT

VATT:ssa terveyskeskusten tuottavuudessa ja tehokkuudessa havaittuja eroja on selvitetty ekonometrisin menetelmin. Erityisesti on arvioitu taloudellisten kannustimien ja rajoitteiden vaikutuksia tuotannolliseen tehokkuuteen. Terveyskeskusten tuottavuutta on käsitelty useassa tutkimuksessa, joista tuoreimmassa on tutkittu tuottavuuden muutoksia vuosina 1988–2002.

Tärkeänä tutkimuskohteena ovat olleet myös terveyden- ja vanhustenhuollon kustannukset ja niihin vaikuttavat tekijät. Näitä tutkimuksia on usein toteutettu yhteistyössä Stakesin kanssa. Viime vuosina keskeiseksi tutkimusteemaksi on noussut väestön ikääntymisen taloudelliset vaikutukset ja miten ikääntymisen vaikuttaa eläkemenoihin sekä sosiaali- ja terveyspalvelumienoihin.

Yhteistyö tärkeää monella tasolla

Tutkimustiedon käyttäjien ja muiden samaa aihepiiriä selvittävien kotimaisten ja ulkomaisten tutkimuslaitosten yhteistyöllä on tärkeä merkitys. Näin voidaan parantaa sekä tutkimustoiminnan laatua ja relevanssia että edistää tutkimustiedon käyttöä.

VATT:n resurssit terveystaloustieteelliseen tutkimukseen ovat varsin pienet. Jo siksi kiinteä yhteistyö muiden alalla toimivien tahojen kuten Stakesin kanssa on tärkeää. Yhteistyötä tulisi jatkossa entisestään tiivistää. Muita tärkeitä tutkimus- ja yhteistyökumppaneita ovat STM, Kuntaliitto ja Tilastokeskus.

Merkittävä osa VATT:n terveystaloustieteellisestä asiantuntemus- ja tutkimuspanoksesta on suuntautunut selvitys- ja kehittämishankkeisiin, joissa on tarkasteltu peruspalveluiden vaihtoehtoisia tuotanto- ja järjestämistapoja sekä rahoitusjärjestelmiä pyrkimyksenä näin arvioida niiden uudistamistarpeita. Tällaista työtä on tehty markkinaperus-

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus (VATT) tutkii kansantaloutemme kilpailukyvyyn edellytyksiä, hyvinvointivaltion taloutta ja julkisen talouden politiikkatoimenpiteiden vaikuttavuutta. VATT arvioi julkisten palvelujen tuotannon ja rahoituksen toimivuutta ja taloudellisuutta. Tutkimusta on suunnattu erityisesti eri palvelusektoreiden tuottavuuden ja tehokkuuden selvittämiseen sekä peruspalvelujen vaihtoehtoisten tuotantotapojen ja rahoitusmekanismien arviointiin. Terveystaloustieteellinen tutkimus on tähän mennessä painottunut terveyskeskusten tehokkuuden ja tuottavuuden arviointiin.

teista ohjausta koskevassa tutkimus- ja kehittämishankkeessa, vuoden 1996 valtionosuus- uudistuksen taustaselvityksessä, OECD:n maaraportissa ja Peruspalvelut 2000 -työryhmän taustaselvityksessä.

Palvelujen laatu haasteena tuottavuuden arvioinnissa

Terveydenhuollon tehokkuuden ja tuottavuuden tutkimus tulee jatkossakin olemaan VATT:ssa tärkeällä sijalla. Tutkimuksen tasoa ja terveystaloustieteellistä merkittävyyttä pyritään nostamaan panostamalla tuottavuuden mitausmenetelmien kehittämiseen ja tutkimusaineistojen laadun parantamiseen. Merkittävä tutkimushaaste on, kuinka palveluiden laatua koskevaa tietoa voitaisiin ottaa huomioon tehokkuuden ja tuottavuuden arvioinnissa.

Parhaillaan VATT:ssa on käynnissä useita terveystaloustieteellisiä tutkimushankkeita. Niissä selvitetään terveyskeskusten tehokkuuseroja selittäviä tekijöitä sekä kuntayhtymien purkautumisen vaikutuksia terveydenhuollon kustannuksiin ja palvelutuotannon

tehokkuuteen. Lisäksi tutkitaan terveydenhuollon rahoitus- ja organisointiratkaisujen aikaansaamien taloudellisten kannustimien vaikutuksia palvelutuotannon kustannustehokkuuteen sekä ikäihmisten vaurastumisen vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon maksutuloihin. ■



Reino Hjerpe
yljohtaja, VATT

Ennakkotietoa kevään uutujulkaisusta

Ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon laatu, hoitokäytännöt ja tuottavuus

Kokemuksia RAI-järjestelmästä ja vertailukehittämisestä

Raportissa esitellään ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon vertailukehittämishanke toimintatapoineen ja tuotteineen sekä RAI-järjestelmän käyttöönotto. Käyttöönottoon sisältyvät koulutus ja kehitetyt atk-sovellukset. RAI on pitkäaikaishoidon asiakkaiden arviointijärjestelmä, joka on kehitetty asiakkaiden hoidon laadun parantamiseksi.

RAI-hankkeen järjestämä koulutustilaisuus Tampereella.



Kuva: Marianna Savolainen

RAI-järjestelmä on laajassa kansainvälisessä käytössä ja asiakkaiden arviointeihin perustuvat tulokset ovat keskenään verrannollisia. Tulevassa raportissa on omat artikkelinsa RAI-järjestelmän hyödyntämisestä hoitokäytäntöjen kehittämisessä hoidon suunnittelussa, erityyppisillä osastoilla, asiakkaiden monilääkityksen vähentämisessä sekä ravitsemuksen seurannassa.

Suomalaisista 75 vuotta täyttäneistä ikääntyneistä noin 10 prosenttia eli 36 000 henkilöä on pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Ikäryhmästä on tehostetussa palveluasumisessa on 2,2 prosenttia, vanhainkodeissa 5,1 prosenttia ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 3 prosenttia. Kotihoidossa on 42 000 hen-

kilöä eli noin 12 prosenttia kaikista 75 vuotta täytäneistä.

Asiakasmäärät ja hoitoon käytetyt voimavarat ovat jo nyt merkittäviä, ja tulevaisuudessa voimavarojen tarve yhä lisääntyy asiakasmäärien kasvaessa. Vähäisten taloudellisten voimavarojen kohdentamisessa oikeisiin ja tarvittaviin toimenpiteisiin tarvitaan tieto-ohjausta. Tavoitteena on muun muassa asiakkaiden oma-toimisuuden ylläpito ja kunnon heikkenemisen estäminen.

Hankkeessa hoitajien työpanos on tärkeä

Laitoshoidon vertailukehittämissankkeessa kertyy vuosittain arviointitietoa noin 7 000 asiakkaasta. RAI-järjestelmän parissa työskenteleviä hoitajia on noin 4 000. Hankkeessa on lähdetty liikkeelle pitkäaikaishoitoa tuottavien osastojen kanssa ja siten yksittäisten hoitajien työpanos on ollut ensiarvoisen tärkeää vertailutiedon tuottamisessa. Koska hanke aloitettiin vuonna 2000, kokemuksia toiminnasta on kertynyt pisimmillään viiden vuoden ajalta. Hoitokäytäntöjen kehittämisen ohella seuraava askel on kehittää laitos- ja kuntatason johtamiseen liittyviä tunnuslukuja ja välineitä. Jo nyt tuotettuja tunnuslukuja voidaan hyödyntää tieto-ohjauksen välineenä.

Raportissa esitetään vertailukehittämissankkeen tuottamia vertailutuloksia viiden viime vuoden ajalta pitkäaikaisen laitoshoidon asiakas-



Anja Noro, erikoistutkija, CHES

rakenteesta, hoidon laadusta, henkilöstömitoituksesta ja tuottavuudesta. Tulokset kerrotaan vertailuarvoina laitostyyppittäin eli palvelutalo-, vanhainkoti- ja terveyskeskustasolla. Hankkeeseen osallistuvat saavat käyttöönsä nämä tunnusluvut sekä suuren joukon muita käyttökelpoisia tunnuslukuja oman vertailuryhmän, laitoksen ja osaston tasolla kaksi kertaa vuodessa.

Kunnissa ja laitoksissa RAI-järjestelmän käyttö on toiminnan ohjausta, joka perustuu pitkäaikaishoitettavien hoidon tarpeeseen. RAI-järjestelmää hyödynnetään parhailaan erilaisissa laitosten kehittämishankkeissa, johtamisen, suunnittelun ja voimavarojen kohdentamisen tukena. Vertailupalautteen tunnuslukujen edelleen kehittäminen on käynnissä hankkeeseen osallistuvien laitosten ja tutkijoiden yhteistyönä.

Raportti tarjoaa uutta ja käyttökelpoista tietoa kuntien vanhuspalvelujen johtajille, suunnittelijoille ja kehittäjille, RAI-tietojärjestelmän käyttäjille, alan oppilaitoksille, opettajille, opiskelijoille ja alan tutkijoille. ■

Ikääntyneiden pitkäaikaisen laitoshoidon laatu, hoitokäytännöt ja tuottavuus – Kokemuksia RAI-järjestelmästä ja vertailukehittämisestä. Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Magnus Björkgren, Pia Vähäkangas (toim.)

Raportti koostuu useiden eri kirjoittajien artikkeleista.

Julkaisu ilmestyy kevään 2005 aikana.

ISBN 951-33-1772-2, tilausnro M205

Hinta 27 euroa

Julkaisumyynni: Stakes/julkaisut

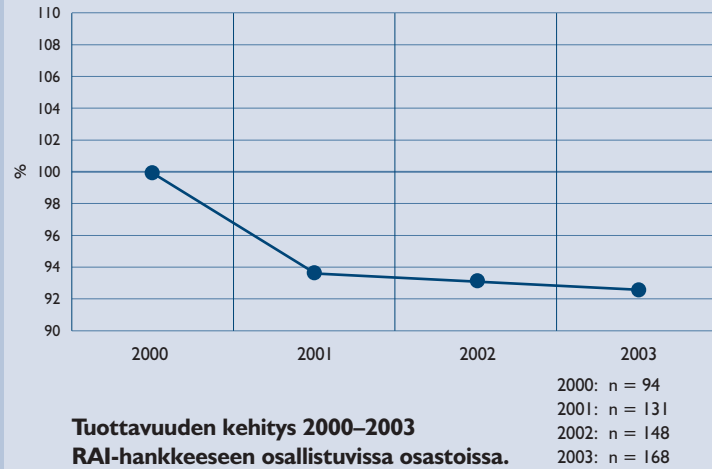
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308

faksi: (09) 3967 2450

internet: www.stakes.fi

Vanhusten laitoshoidon tuottavuus on edelleen laskenut

CHES arvioi yhteistyössä Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen (VATT) kanssa terveyspalvelujen tuottavuuskehitystä osana julkisen sektorin tuottavuuden toimenpideohjelmia. CHESin viimeaikaiset tutkimukset osoittavat vanhainkotien ja terveyskeskussairaaloiden vuodeosastojen tuottavuuden laskeneen myös vuonna 2003.



Osana vanhustenhuollon RAI-hanketta CHESissä seurataan sekä vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tuottavuuden että yksiköiden välisten tehokkuuserojen kehitystä. Kuviossa on esitetty pitkäaikaisen laitoshoidon tuottavuuden kehitys vuodesta 2000 vuoteen 2003. Tuottavuus on laskettu tuottavuusindeksillä, jossa potilasrakenteella vakioidut hoitopäivät on jaettu kokonaiskustannuksilla. Tuottavuuden kehitys on esitetty kokonaisaineistossa, jossa RAI-hankkeeseen osallistuvien osastojen määrä on kasvanut vuosittain. Tuottavuusindeksi on kiinnitetty siten, että tuottavuusluku vuonna 2000 saa arvon 100.

Kuvio havainnollistaa selvästi koko vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tuottavuuden kehityssuuntaa, joka on samansuuntainen kuin muissakin terveyspalveluissa. Tuottavuus on laskenut kahtena viime

vuonna vuosittain noin 0,5 prosenttia. Tulos olisi samansuuntainen, jos tuottavuuden kehitystä olisi arvioitu vain niissä osastoissa, jotka ovat olleet mukana hankkeessa vuodesta 2000.

Yksiköiden väliset tehokkuuserot ovat säilyneet suurin piirtein ennallaan. Tehostamispotentiaalia pitkäaikaishoidossa on edelleen noin 20 prosenttia. Keskimäärin yksiköiden tulisikin pystyä tuottamaan potilasrakenteella vakioidut hoitopäivänsä noin viidesosan pienemmällä voimavaroilla, jos vertailukohtana pidetään tuottavuudeltaan kaikkein parhaita yksiköitä. ■

Juha Laine
tutkija, CHES

Timo Hujanen
tutkija, CHESS

Kuntien tarvevakioidut menot vuodelta 2003 valmistuneet

Kuntien ja sairaanhoitopiirien terveydenhuollon ja vanhusten laitoshuollon tarvevakioidut nettomenotiedot ovat saatavissa nyt Terveystaloustieteen keskuksen CHESSin verkkosivulta www.stakes.fi/chess/ajankoht.htm.

Tiedoston menotiedot ovat kuntien nettomenoja vuodelta 2003 ja ne eivät sisällä asiakasmaksuja. Tarvekertoimien laskennassa on käytetty viimeisimpiä saatavissa olevia aineistoja.

Nettomenot ja tarvekertoimet esitetään kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin niin, että kuntajako vastaa tilannetta 1.1.2005. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tiedot esitetään myös sairaanhoitoalueittain.

Oheisessa taulukossa on esitetty kuntien terveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon nettomenot yhteensä asukasta kohti tarvevakioiduna ja ilman vakiointia sairaanhoitopiireittäin. Lisäksi taulukossa on esitetty palvelu-

Sairaanhoitopiiri	Nettomenot Euroa/ asukas	Nettomenot Indeksi koko maa= 100	Tarveindeksi Indeksi koko maa= 1,00	Tarvevakioidut menot Indeksi koko maa= 100
Varsinais-Suomi	1 222	98	1,02	95
Satakunta	1 287	103	1,08	94
Kanta-Häme	1 228	98	1,07	91
Pirkanmaa	1 229	98	0,99	98
Päijät-Häme	1 150	92	1,04	88
Kymenlaakso	1 270	102	1,09	92
Etelä-Karjala	1 228	98	1,08	90
Etelä-Savo	1 392	111	1,17	95
Itä-Savo	1 418	113	1,23	91
Pohjois-Karjala	1 296	104	1,14	90
Pohjois-Savo	1 288	103	1,12	91
Keski-Suomi	1 282	103	1,04	98
Etelä-Pohjanmaa	1 283	103	1,13	90
Vaasa	1 368	109	1,07	101
Keski-Pohjanmaa	1 252	100	1,05	95
Pohjois-Pohjanmaa	1 230	98	0,96	102
Kainuu	1 237	99	1,14	86
Länsi-Pohja	1 314	105	1,08	97
Lappi	1 333	107	1,06	99
Helsinki ja Uusimaa	1 219	98	0,85	114

jen suhteellista tarvetta kuvaava tarvekerroin. Verkkosivuilta löytyvät tiedot kansanterveys-työstä, erikoissairanhoidosta, koko terveydenhuollosta ja vanhusten laitoshoidosta sekä terveydenhuollosta ja vanhusten laitoshoidosta yhteensä. ■

Terveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon nettomenot yhteensä ja tarvekertoimet sairaanhoitopiireittäin 2003.

Hujanen Timo, Pekurinen Markku, Häkkinen Unto.
Terveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon menot ja tarvekertoimet sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2003.
Aineisto saatavissa verkosta:
www.stakes.fi/chess/ajankoht.htm.

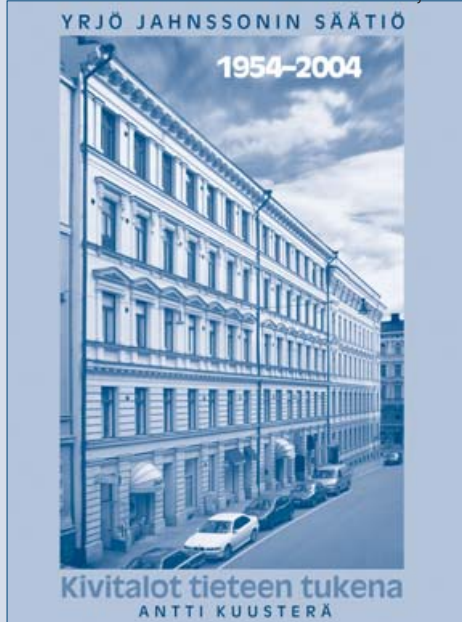
Jeremy Hurst CHESS-seminaarissa



OECD:n Health Policy -yksikön johtajan Jeremy Hurstin mukaan terveydenhuollon suorituskyvyn arviointi on hyvin moniselitteinen asia. Erilaisten järjestelmien vertailu herättää useita kysymyksiä, joihin vastaaminen ei ole ongelmattonta. Laadun ja vaikutusten mittaaminen ei ole yksinkertaista. Koska erilaisia suoriutumismittareita on useita, on tärkeää päättää mitkä ovat oleellisia mitattavia asioita. Tärkeitä kysymyksiä liittyy myös arvioinnissa käytettävien mittareiden ja niiden lähtöaineiston luotettavuuteen. Mittareiden käyttöön voi liittyä manipulointia, varsinkin jos arvioinnin tuloksia käytetään syyllistämiseen heikosta suoriutumisesta.

Hurstin mielestä terveydenhuollon suorituskyvyn arvioinnin tulosten pitäisi herättää kysymyksiä,

jotta arvioitua järjestelmää voitaisiin parantaa. Huonosta suoriutumisesta syyllistäminen on pahasta. On oleellista, että järjestelmän erilaisia tuloksia ylipäänsä voidaan mitata. Jos jotain ei voi mitata, ei sitä voi myöskään johtaa eikä suoritusta voi parantaa. Suoriutumisarvioinnit kuuluvat nykyaikaan ja mittausmenetelmiä kehitetään. Tavoitteenahan on, että arvioinnin avulla pystyttäisiin parantamaan terveydenhuollon suorituksia ja tukemaan arviointitiedon avulla päätöksentekoa. Jeremy Hurst esitteli laajasti eri maiden omissa ja OECD:n tekemissä terveydenhuollon arviointitutkimuksissa käytettyjä menetelmiä ja mittareita Terveystaloustieteen keskuksen CHESS-seminaarissa lokakuussa 2004. ■



■ Yrjö Jahnssonin säätiön 50-vuotishistoriikki on mielenkiintoinen osa tieteen ja sen rahoituksen historiaa. Säätiö on ollut erityisesti suomalaisen kansantaloustieteellisen tutkimuksen uudistaja ja kansainvälisten yhteyksien rakentaja. Säätiön vuonna 1963 aloittamassa Yrjö Jahnsson Lectures -luentosarjassa on ollut 16 luennoitsijaa, joista kuusi on sittemmin saanut taloustieteen Nobel-palkinnon.

Kirjassa kerrotaan aluksi perustajien Yrjö ja Hilma Jahnssonin elämästä, mikä on luonteva ja tärkeä osa säätiön historiaa. Heidän ajoittain myrskyisäkin elämätaipaleensa on kuvattu värikkäästi ja eri vaiheet soljuvat osana vuosikymmenten tapahtumia. Yrjön oppituleihin liittyneet kiistat ja vararikko tekevät kirjasta mielenkiintoisen ja jopa jännittävän. Voimakkastahtoinen ja taitoihinsa luottava Yrjö ja vaatimaton Hilma olivat kuitenkin inhimillinen ja tasapainoinen pari. Yrjö Jahnssonin varallisuus karttui pääosin kiinteistökauppojen avulla. Varsinaisen elämäkertateoksen kirjoitti Seppo Zetterberg vuonna 1982.

Pariskunta oli lapseton ja he olivat tehneet jo vuonna 1925 päätöksen säätiön perustamisesta. Yrjö kuoli 58-vuotiaana vuonna 1936 ja Hilma jatkoi pariskunnan työtä. Heillä oli ollut useita mielenkiinnon kohteita, joista yksi tärkein oli heidän 1920-luvulla perustamansa Helsingin Yksityslisäyso. Hilma oli korostanut koko elämänsä ajan, että myös alimpien sosiaaliryhmien edustajilla on oltava mahdollisuus koulutukseen.

Säätiön perusvarallisuus ei olisi kertynyt ilman sinnikkyyttä. Koska säätiö perustettiin vasta 20 vuotta Yrjön kuoleman jälkeen vuonna 1954, on Hilman osuus omaisuuden hoi-

dossa ja kartuttamisessa ollut merkittävä. Hilma johti säätiötä ja koulua vuoteen 1971 asti. Hän kuoli 93-vuotiaana vuonna 1975.

Säätiön taloutta sen historian aikana hoitaneet henkilöt ovat onnistuneet tehtävissään. Kirjan otsikon mukaisesti voi hyvin todeta, että kivitalot ovat tieteen tukena. Säätiö on ollut toimija ja suunnannäyttävä kansantaloustieteen ja lääketieteen tukijana ja rahoittajana. 1970-luvun puolivälistä aloitettu ”terveyden taloustieteen” eli sittemmin terveystaloustieteen tukeminen on ollut tärkeä päätös tieteenalan kehittymiselle Suomessa.

Terveystaloustieteen kannalta merkittäviä tapahtumia ovat olleet yliopistojen oppituolet ja alan koulutuksen aloittaminen, Terveystaloustieteen Seuran ja Stakesin perustaminen vuonna 1992 sekä Terveystaloustieteen keskuksen CHESsin perustaminen Stakesiin vuonna 2002. Säätiö on tukenut tieteenalan osaajien jatkokoulutusta muun muassa Yorkin yliopistossa ja kotimaisia tutkimushankkeita. ■

Antti Kuusterä: Kivitalot tieteen tukena
Yrjö Jahnssonin säätiö 1954–2004
Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2004.

Kirjaa voi tiedustella säätiöstä.

CHESsin uusimpia julkaisuja

Hujanen T, Mikkola H, Pekurinen M. Naisten terveysmenot suuremmat kuin miehillä. *Tehy* 19-20/2004, 55–56.

Hujanen T, Sintonen H, Häkkinen U, Noro A, Finne-Soveri H. Pitkäaikaishoidossa hoidettavien vanhusten terveyteen liittyvän elämäntilanteen ja hoidon vaikuttavuuden mittaaminen – Mittarin kehittäminen. *Julkaisussa Klavus J (toim.) Terveystaloustiede 2005. Stakes, Aiheita 3/2005. Helsinki, 71–74.*

Häkkinen U. Hoitoketjun kustannus-vaikuttavuus: uusi tapa yhdistää tuottavuus vaikuttavuuteen. *Julkaisussa Klavus J (toim.) Terveystaloustiede 2005. Stakes, Aiheita 3/2005. Helsinki, 21–25.*

Järvelin J. Yksilöllisten riskitekijöiden yhteys potilaskäytökäytökseen. *Julkaisussa Klavus J (toim.) Terveystaloustiede 2005. Stakes, Aiheita 3/2005. Helsinki, 52–54.*

Klavus J (toim.) *Terveystaloustiede 2005. Stakes, Aiheita 3/2005. Helsinki.*

Klavus J, Pekurinen M, Järvelin J, Mikkola H. Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja 4/2004, 440–456.*

Laakkonen ML, Finne-Soveri UH, Noro A, Tilvis R, Pitkala K. Advance orders to limit therapy in 67 long-term care facilities in Finland. *Resuscitation 2004, 61 (4), 333–339.*

Laine J. Vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tuottavuus ja tehokkuuserot vuosina 2000–2003. *Julkaisussa Klavus J (toim.) Terveystaloustiede 2005. Stakes, Aiheita 3/2005. Helsinki, 18–20.*

Liedenpohja AM, Saarela T, Finne-Soveri H, Noro A. Psykogeriatriset pitkäaikaishoidot – eilistä päivää vai huomisen haaste. *Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, Selvityksiä 2004: 12; Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2004: 7.*

Maksimova V, Kislav D, Milyukova I, Michelson R, Nilov V, Abbakumov V, Noro A, Valtonen H. The Families and their social situation.

Kirjassa Valtonen H, Noro A (toim.) Health and wellbeing in transition societies. *Stakes. Gummerus Oy, Saarijärvi 2004, 52–83.*

Mikkola H, Pekurinen M, McCallum A, Järvelin J. Kokemuksia perusterveydenhuollon kilpailutuksesta. *Julkaisussa Klavus J (toim.) Terveystaloustiede 2005. Stakes, Aiheita 3/2005. Helsinki, 61–66.*

Nguyen Lien, Häkkinen U. Hammaslääkäripalvelujen käyttö julkisesti tuetun hammashuollon piiriin oikeutettujen aikuisten keskuudessa. *Julkaisussa Klavus J (toim.) Terveystaloustiede 2005. Stakes, Aiheita 3/2005. Helsinki, 67–70.*

Nguyen Lien, Häkkinen U. Measuring and explaining income-related inequality in use of dental services in Finland: A decomposition of the concentration index by dental sectors and explanatory factors. *Applied Health Economics and Health Policy 2004, 3 (1 Suppl.), S48.*

Noro A. Tunnusluku-benchmarking. *Julkaisussa Seppänen-Järvelä, R (toim.) Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 2/2005. Helsinki 2005. 65–71.*

Pekurinen M. Hoitoon pääsyn turvaamisen taloudellisten vaikutusten ennakointi. *Julkaisussa Klavus J (toim.) Terveystaloustiede 2005. Stakes, Aiheita 3/2005. Helsinki, 47–51.*

Pekurinen M. Karjaan kaupungin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot 1993–2003. Alue- ja kuntapalvelut. *Stakes, Kehittämiselvityksiä 13/2005. Helsinki.*

Valtonen H, Noro A. Comparison of health, need for health and social services in the Karelian republic and Ukraine. *Kirjassa Valtonen H, Noro A (toim.) Health and wellbeing in transition societies. Stakes. Gummerus Oy, Saarijärvi 2004, 13–42.*

Valtonen H, Noro A (toim.) Health and wellbeing in transition societies. *Stakes. Gummerus Oy, Saarijärvi 2004.*

Apurahoja

Yrjö Jahnssonin Säätiö on myöntänyt 17.12.2004 henkilökohtaisia tutkimusapurahoja CHESsin tutkijoille vuodelle 2005

Järvelin Jutta
Potilasvahingot erikoissairaanhoidossa ja niihin vaikuttavat tekijät.

Mikkola Hennamari ja tutkimusryhmä
Kliinis-hallinnolliseen luokitteluun perustuvan hinnoittelun vaikutukset sairaaloiden tuotantoon.

Nguyen Lien
Suun terveyden kysyntä ja hammashuoltopalvelujen käyttö.

Ovatko terveydenhuoltomenojen kansainväliset vertailut harhaisia?

Suomessa ollaan vakuuttuneita siitä, että meillä käytetään terveydenhuoltoon vähemmän taloudellisia voimavaroja kuin muissa Euroopan maissa. Tämä ei pidä välttämättä paikkansa, sillä terveydenhuoltomenojen kansainvälisiä vertailuja vääristävät maiden väliset erot siinä, kuinka kalliita tai halpoja terveyspalvelut ovat suhteessa muihin palveluihin ja tavaroihin taloudessa.

Terveydenhuoltomenoja pidetään luotettavana ja helppokäyttöisenä terveydenhuoltojärjestelmien toimintaa kuvaavana mittarina. Vertailujen perusteella näyttää siltä, että Suomessa käytetään terveydenhuoltoon vähemmän voimavaroja kuin useimmissa muissa EU-maissa. Maiden väliset erot terveydenhuoltomenoissa voivat kuitenkin olla harhaanjohtavia, koska vertailuissa käytettävä ostovoimaparieteettimenetelmä ei ota huomioon terveyspalvelujen hinnoissa ja tuottavuudessa olevia maa-kohtaisia eroja. Ei tiedetä, johtuvatko erot terveydenhuoltomenoissa eroista palvelujen hintatasossa vai kuvastavatko ne todellisia eroja tuotettujen terveyspalvelujen määrässä. Hintavertailut eivät myöskään ota huomioon maiden välisiä tuottavuuseroja eli eroja siinä, kuinka te-

hokkaasti eri maiden terveydenhuoltojärjestelmät muuntavat terveydenhuollon panoksia terveydenhuollon tuotoksiksi. Nämä ongelmat koskevat sekä asukasta kohti laskettujen terveydenhuoltomenojen että terveydenhuollon bruttokansantuoteosuuden suhteen tehtäviä kansainvälisiä vertailuja.

Aiheesta on valmistumassa tutkimusjulkaisu, jossa arvioidaan maiden välisissä hintarakenteissa ja tuottavuudessa olevien erojen vaikutuksia terveydenhuoltomenojen vertailuun. Vertailuihin sisältyviä puutteita ja virhelähteitä havainnollistetaan yksityiskohtaiseen sairaala-aineistoon perustuvalla esimerkillä Suomen ja Norjan erikoissairaanhoidon kustannuksista ja tuottavuudesta. ■



Jan Klavus
tutkimuspäällikkö
CHESS



Miika Linna
kehittämispäällikkö
CHESS

CHESSIN YHTEYSTIEDOT

henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet:
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Ryhmäpäällikkö

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

Ryhmän sihteeri

Eija Utriainen, KM, erh
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

Maijaliisa Junnila, TtM
kehittämispäällikkö, (09) 3967 2631; 050 367 0842

Iiris Juvonen, VM, datanomi
atk-suunnittelija, (09) 3967 2305

Jutta Järvelin, LL, MSc (Health Economics)
tutkija, (09) 3967 2254

Tuomo Karhunen, tradenomi
taloussihteeri, (09) 3967 2289

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

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

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

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

Kaija Lindman, esh
suunnittelija, (09) 3967 2310

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

Päivi Muranen, sosionomi
projektsihteeri (09) 3967 2435

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

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

Mikko Peltola, VTM (kansantaloustiede)
atk-suunnittelija/tutkija, (09) 3967 2267

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

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

Eija Teitto, FM, KTM
atk-suunnittelija, (09) 3967 2458

**CHESS alkaa julkaista englanninkielistä
Discussion Papers -sarjaa
maaliskuussa 2005.**

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