

Väitettäessä Suomen terveydenhuoltojärjestelmän olevan kriisissä on viitattu vain joihinkin yksittäisiin ongelmiin. Kokonaisvaltainen tarkastelu paljastaa vakavia puutteita itse järjestelmässä.



Unto Häkkinen työskentelee Terveystaloustieteen keskuksessa (Centre for Health Economics at Stakes, CHESS) useissa hankkeissa, joissa arvioidaan terveydenhuollon tuottavuutta, saatavuutta ja vaikuttavuutta.

Onko terveydenhuolto kriisissä?

Unto Häkkinen
Tutkimusprofessori
Stakes

Terveydenhuollon kysymykset ovat viime aikoina olleet keskeisenä puheenaiheena julkisuudessa. Syitä tähän on useita. Esimerkiksi vuoden 2001 lääkärilakon jälkeen leikkausjonot kunnallisissa sairaaloissa kasvoivat. Tähän pyrittiin vastaamaan kansallisessa terveyshankkeessa. Syksyllä 2002 uurtien kaupunkien tulopohjan muutokset ki-

ristivät terveydenhuollon rahoitusta. Seuraavassa tarkastelen Suomen terveydenhuollon tilaa laajemmasta näkökulmasta kansainvälisten vertailujen ja uusimpien tutkimusten perusteella. Lopuksi esitän eräitä terveydenhuoltomme kehittämistä koskevia ajatuksia, jotka ovat jääneet taka-alalle viimeaikaisessa keskustelussa.

Terveydenhuollon voimavarat ja tuottavuus

Terveydenhuoltoon sijoitetaan Suomessa tällä hetkellä bruttokansantuoteosuudella mitattuna vähemmän kuin useassa muussa maassa (Stakes 2002b). Osuus oli 6,6 % vuonna 2000, ja kun siihen lisätään vanhusien pitkäaikainen laitoshoidon kokonaisuudessaan (joka kansainvälisissä vertailuissa vaihtelevassa määrin luetaan mukaan terveydenhuoltomenoihin), kasvaa osuus 7,2 %:iin. Voimavarojen suhteelliseen vähäisyyteen kansainvälisessä vertailussa päädytään myös, kun menot suhteutetaan asukasluukuun (OECD 2002)(kuvio 1).

Kiinteähintaisten kansantuotteen ja terveydenhuoltomenojen pitkän aikavälin tarkastelun perusteella terveydenhuollon volyymin kasvu oli 1980-luvulla merkittävästi koko kansantalouden kasvua nopeampaa (kuvio 2). Tässä suhteessa tilanne muuttui 1990-luvulla siirryttäessä järjestelmään, jossa rahoitus- ja päätösvaltaa voimavaroista siirrettiin kunnille. Lamaa edeltävä taso kansantuotteessa asukasta kohti saavutettiin vuonna 1996, kun terveydenhuollossa tämä taso saavutettaneen vasta tällä vuosituhanella.

Terveydenhuollon supistukset ilmevät myös työvoimakkehityksessä. Kunnallisessa terveydenhuollossa mies-työvuodet asukasta kohti olivat vielä vuonna 2000 noin 5 % alhaisemmat kuin lamaa edeltävinä vuosina. Tämä ei kuitenkaan kerro koko totuutta: kunnallisella sektorilla toimivien lääkäreiden ja sairaanhoitajien määrä kasvoi 1990-luvulla yli 20 %, ja näiden henkilöstöryhmien kasvu oli erityisen nopeaa erikoissairaanhoidossa 1990-luvun lopulla (Stakes 2002a). Terveydenhuollon leikkaukset saatiinkin vähentämällä määräraikaisten ja erityisesti vähimmin koulutetun henkilöstön määrää.

Useiden tutkimusten (Linna 1999, Luoma 2000) mukaan sairaaloiden ja terveyskeskusten tuottavuus lisääntyi lamavuosina, eli olemassa olevilla ja osittain vähäisemmälläkin voimavaroilla

pystyttiin tuottamaan suurempi määrä palveluja. 1990-luvun lopulla tuottavuuden kehitys hidastui kuitenkin jälleen ja kääntyi jopa laskuun.

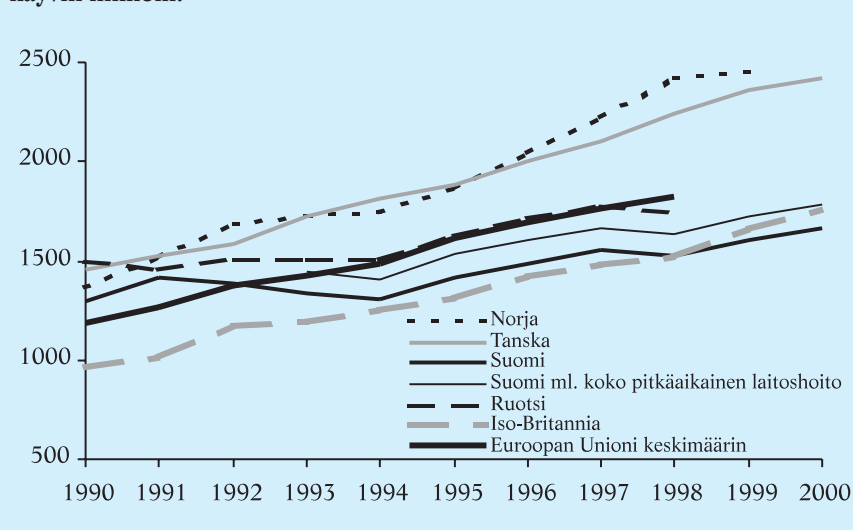
Meneillään olevan vertailututkimuksen mukaan vuonna 1998 suomalaiset sairaalat olivat noin 30 % tuottavampia kuin norjalaiset sairaalat. Tästä erosta kaksi kolmasosaa selittyi Norjan korkeammalla palkkatasolla. Noin 10 prosenttiyksikköä tuottavuuserosta voinee selittyä sillä, että norjalaisien sairaaloiden ei maan öljytulo-

jen takia tarvitse olla yhtä huolissaan tuottavuudesta kuin kuntien rahoituksen armoilla olevien suomalaisten sairaaloiden.

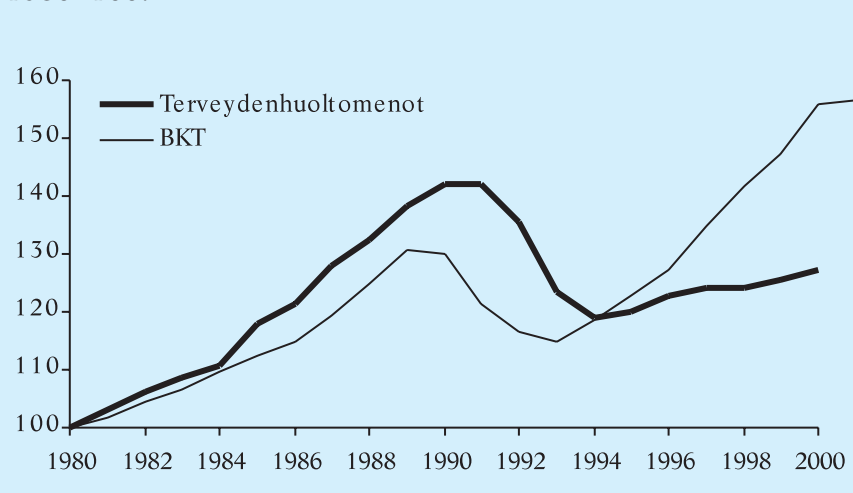
Terveydenhuollon rahoitus

Viime vuosina terveydenhuollon rahoitusrakenne on muuttunut, koska valtio on siirtänyt rahoitusvastuuta kunnille. Lisäksi laman alussa korotettiin terveydenhuollon asiakasmaksuja, ja

Kuvio 1. Terveydenhuoltomenot asukasta kohti Euroopan maissa US \$ (PPP) käyvin hinnoin.



Kuvio 2. Terveydenhuoltomenot ja BKT asukasta kohti kiintein hinnoin, 1980=100.



niiden osuus terveydenhuollon kokonaismenoista kasvoi 14 %:sta 20 %:iin. Osuus on kehittyneiden maiden korkeimpia.

Muutokset näkyvät myös terveydenhuollon rahoituksen tulonjakovaikutuksissa, jota voidaan tarkastella progressiivisuus/regressiivisyys-ulottuvuudella kuten verotusmuotoja on totuttu arvioimaan. Terveydenhuollon rahoitusmuodoille taulukkoon 1 lasketut progressiivisuusindeksit kuvaavat sitä, miten eri tulotasolla olevat kotitaloudet rahoittavat terveydenhuoltoa suhteessa tuloihinsa. Indeksi on negatiivinen rahoitusmuodon ollessa regressiivinen, jolloin köyhemmät kotitaloudet rahoittavat terveydenhuoltoa suhteessa tuloihinsa enemmän kuin rikkaamat kotitaloudet. Indeksi on vastavasti positiivinen silloin kuin rahoitus on progressiivista.

Suomen terveydenhuolto on muuttunut regressiivisemmäksi ennen kaikkea sen takia, että käyttäjämaksujen osuus rahoituksessa on lisääntynyt. Kehitykseen on vaikuttanut myös se, että kaikki rahoitusmuodot ovat muuttuneet regressiivisemmiksi. Huomionarvoista on se, että verorahoituksessa painopisteen siirtyminen valtion verotuksesta kunnallisverotukseen ei sinänsä ole lisännyt regressiivisyyttä, koska merkittävä osa valtion rahoituksesta perustuu regressiivisiin välillisiin veroihin.

Kansainvälisten vertailujen mukaan verorahoitteisissa järjestelmissä terveydenhuollon kokonaisrahoitus on joko progressiivista tai neutraalia, sairausvakuutukseen perustuvissa järjestelmissä lievästi regressiivistä ja enemmän yksityiseen rahoitukseen perustuvissa järjestelmissä huomattavan regressiivistä (Wagstaff ym. 1999). Vaikka Suomen järjestelmä on muuttunut hieman regressiivisemmäksi, sijoittuu se vielä progressiivisuusindeksin perusteella muiden verorahoitteisten järjestelmien (Englanti, Italia,

Käyttäjämaksut siirtävät kaikkein eniten terveydenhuollon rahoitusta rikkailta ja terveiltä köyhille ja sairaille.

Taulukko 1. Terveydenhuollon rahoitusmuotojen progressiivisuusindeksit 1990 ja 1996.

	1990		1996	
	Rahoitusosuus %	Progressiivisuus	Rahoitusosuus %	Progressiivisuus
Valtion verotus	36	0,044	25	0,029
– välittömät verot	14	0,285	10	0,249
– välilliset verot	24	-0,097	15	-0,127
Kunnallisvero	37	0,068	39	0,039
Sairausvakuutus	11	0,094	14	0,053
Julkinen rahoitus yhteensä	86	0,060	78	0,039
Käyttäjämaksut	14	-0,242	22	-0,270
Rahoitus yhteensä	100	0,018	100	-0,035

Pohjoismaat) ryhmään, eli järjestelmämme on selvästi progressiivisempi kuin eräät sairausvakuutukseen (Saksa ja Hollanti) tai enemmän yksityiseen vakuutukseen (Sveitsi ja Yhdysvallat) perustuvat terveydenhuoltojärjestelmät. Toisaalta käyttäjämaksut ovat kaikkein regressiivisin rahoitusmuoto kaikissa järjestelmissä, ja niiden osuuden lisääminen kasvattaa tuloeroja ja siirtää terveydenhuollon rahoitusta rikkailta ja terveiltä köyhille ja sairaille.

Oikeudenmukaisuus, vaikuttavuus ja alueelliset erot

Terveyspalvelujen käyttöön liittyvää oikeudenmukaisuutta on arvioitu

sen perusteella, ovatko yhtäläisessä tarpeessa olevat henkilöt saaneet yhtäläistä hoitoa riippumatta heidän maksukyystään tai sosioekonomisesta asemastaan. Yleisesti voidaan todeta, ettei palvelujen yhtäläinen käyttö suhteessa tarpeeseen ole toteutunut Suomessa sen paremmin kuin muuallakaan (van Doorslaer ym. 2000). Suomessa on havaittavissa tässä suhteessa polarisoitumista: alemmat sosioekonomi-

set väestöryhmät käyttävät muita enemmän terveyskeskusten avohoito- palveluja ja ei-toimenpiteellisiä (konservatiivisia) sairaalapalveluja, kun taas ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät muita enemmän yksityisen sektorin erikoislääkäripalveluja, työterveyshuoltoa sekä toimenpiteellisiä (operatiivisia) sairaalapalveluja (Arinen ym. 1998, Keskimäki 2003). Palvelujen sosioekonomiset käyttöerot selittyvätkin pitkälti Suomen järjestelmän erityispiirteillä: sairausvakuutuksella, yksityissektorin läheteillä, erikoismaksuluokalla sekä kattavilla työterveyshuollon palveluilla.

Terveydenhuollon toimintaa tulisi arvioida ennen kaikkea sen perusteella, miten se vaikuttaa väestön terveydentilaan. Tällaisessa tutkimuksessa ollaan ottamassa vasta ensi askelia. Kansainvälistä vertailutietoa on rajatusti vain yksittäisten sairauksien hoidosta: joissakin sairauksissa (mm. syövässä) hoitotulokset ovat Suomessa parhaita Euroopassa, kun taas joissakin tapauksissa (sydäninfarktipotilaat) vaikuttavuus saattaa olla huonompaa kuin eräissä muissa maissa.

Terveydenhuoltomenoissa ja terveyspalvelujen käytössä on suuria alueellisia eroja. Esimerkiksi vuonna 2000 Helsingin terveydenhuollon menot asukasta olivat 30 % korkeammat kuin

koko maassa keskimäärin, kun tarve-tekijöiden (mm. ikärakenteen ja sairastavuuden) vaikutukset on otettu huomioon. Useat merkit viittaavat siihen, etteivät Helsingin korkeat kustannukset selity ainakaan sillä, että helsinkiläiset käyttäisivät muuta maata enemmän kunnallisia terveyspalveluja. Yleisemminkin korkeat kustannukset eivät näytä välttämättä merkitsevän sitä, että palvelujen laatu ja vaikuttavuus olisi parempaa tai väestö saisi muuten parempia palveluja. Esimerkiksi sydäninfarktipotilaita koskevassa tutkimuksessa eivät hoidon kustannukset selittäneet alueellisia eroja kuolleisuudessa yhden vuoden seuranta-aikana (kuvio 3) (Häkkinen ym. 2002). Myös vanhusten pitkäaikaista laitoshoidoa koskevan tutkimuksen alustavat tulokset viittaavat siihen, ettei hoidon laatu olisi selvässä yhteydessä kustannuksiin tai henkilöstömääriin.

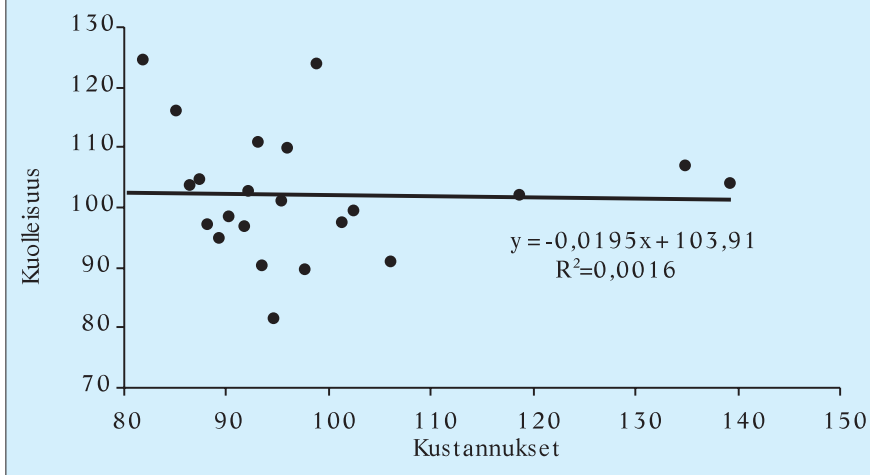
Kriisi osin liioittelua

Makrotason tarkastelun perusteella puheet terveydenhuollon kriisistä ovat osittain liioittelua. Myöskään mielipidetutkimukset eivät tue kriisiajattelua:



Unto Häkkinen mielestä Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rahoitusongelmien ratkaisun avaimet löytyisivät arvioimalla kokonaisvaltaisesti kaikki niihin liittyvät taloudelliset ja toiminnalliset kannusteet

Kuvio 3. Yhden vuoden kuolleisuus ja kustannukset alueittain.



vajaat 80 % suomalaisista on tyytyväisiä omaan terveydenhuoltojärjestelmäänsä, mikä on korkein osuus kaikista EU-maista (Eurostat 2000). Tämä ei merkitse sitä, etteikö suomalaisessa järjestelmässä olisi suuria puutteita ja ongelmia. Kansainvälisten vertailut opettavat sen, ettei missään ole pystytty luomaan sellaista järjestelmää, joka takaisi koko väestölle kohtuulli-

sin kustannuksin pääsyn hoitoon ja laadukkaisiin ja kustannusvaikuttavuudeltaan korkeatasoisiin palveluihin ja joihin kaikki olisivat tyytyväisiä. Suomalainen järjestelmä on tosin kustannuksiltaan edullinen, mutta muulta osin parantamisen varaa on paljonkin. Terveydenhuolto tuli Suomessa pysyväksi keskeiseksi julkisuuden keskusteluaiheeksi muutama vuosi sitten. Useassa muussa maassa tämä on tapahtunut useita vuosia aikaisemmin.

Terveydenhuollon julkiset kustannukset ja niiden kansantuoteosuus ovat Suomessa kehittyneiden maiden pienimpiä, joten tältä osin rahoitusta voitaneen jossain määrin lisätä. Muiden vaihtoehtoisten rahoitusmuotojen kuten käyttäjämaksujen ja/tai yksityisen vakuutuksen lisäämisellä tuskin ratkaistaan terveydenhuollon ongelmia vaan todennäköisesti lisätään niitä. Toisaalta terveydenhuollossa on yhä vieläkin tehostamisen varaa, eikä lisärahoitus sellaisenaan ratkaise ongelmia.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi esitelti laajan kirjon lähinnä nykyjärjestelmän hienosäätöön liittyviä toimenpide-ehdotuksia, jotka ovat olleet tyypillisiä myös aikaisemmille terveydenhuoltomme kehittämishankkeille.

Hankkeessa ei haluttu ottaa selvää kantaa useisiin rakenteelliseen kysymyksiin eikä terveydenhuollossa vallitseviin hyvinkin ihmeellisiin taloudellisiin kannusteisiin.

Perusterveydenhuollon kehittäminen

Järjestelmää kehitettäessä olisi ymmärrettävä riittävästi terveydenhuollon erityispiirteitä, joista tärkeimmät ovat tiedon epäsymmetria (tuottaja tietää aina enemmän kuin rahoittaja erityisesti erikoissairaanhoidossa), palvelujen käyttöön liittyvä epävarmuus, hoidon kokonaisuuden muodostuminen useista palveluista sekä käytön keskittyminen (5 % väestöstä kuluttaa yli 60 % terveyspalveluista, 10 % väestöstä yli 80 % palveluista, 15 % yli 90 % palveluista ja 20 % väestöstä yli 95 % palveluista).

Koska potilaan/asiakkaan on usein vaikea arvioida annetun hoidon tarvetta, vaikuttavuutta ja laatua, on asiakkaan aseman kannalta erittäin tärkeää, että hänellä on käytössään asian tuntija (omalääkäri ja/tai omahoitaja), joka voi avustaa häntä päätöksenteossa. Jotta hoitoketjut ja koko järjestelmä saadaan toimimaan, on oleellista, että on joku taho, joka "vastaa" hoidon kokonaisuudesta. Kunnan asukkailla tulisi olla mahdollisuus valita itse omalääkäri (ja -hoitaja), joka voisi olla myöskin esimerkiksi työterveyslääkäri, jonka kanssa hoidon järjestäjä (kunta) olisi tehnyt sopimuksen. Väestövastuuta ja koko perusterveydenhuoltoa on Suomessa toteutettu kiinnittämättä huomiota näihin sisällöllisiin ja toiminnallisiin kysymyksiin. Erityisesti perusterveydenhuollon rahoitusmuotoja ja työoloja olisi kehitettävä siten, että ne saataisiin houkutteleviksi sekä lääkäreille että hoitajille ja ne kannustaisivat heitä ohjaamaan potilaita käyttämään vaikut-

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on halpa, ja siihen ollaan laajalti tyytyväisiä.

tavia ja kustannuksiltaan edullisia hoitovaihtoehtoja.

Monikanavarahoitus

Suomalaisen terveydenhuollon erityispiirre on se, että toimintaa rahoittaa usea julkinen taho (kunnat, Kela ja RAY). Tämä merkitsee myös sitä, että terveydenhuollossa on useita eri päättäjiä ja erillisiä päätöksentekoprosesseja. Rahoitusratkaisujen kirjo antaa palvelujärjestelmän eri osapuolille yllykkeitä oman näkökulman korostamiseen. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä sisältää sekä kokonaisuuden että asiakkaan kannalta yllykkeitä tehostamaan ja epäoikeudenmukaiseen toimintaan. Kukin taho halua siirtää kustannusvastuuta toisille. Tehottomuus ilmenee päällekkäisinä investointeina, riitoina hoidon maksamisesta, hoitokokonaisuuden murenemisena ja ongelmina pyrittäessä hal-

litsemaan rahoituksen määrää ja rakennetta.

Monikanavaisen rahoituksen ongelmista on useita käytännön esimerkkejä. Kunnat ovat eriarvoisessa taloudellisessa asemassa terveyspalvelujen järjestämisessä, koska kuntien valtionosuuksissa ei oteta huomioon muuta kunnassa toimiville palvelujen tuottajille tai kunnan asukkaiden palvelujen käyttöön suuntautuvaa julkista rahoitusta (kuten sairausvakuutuskorvauksia ja RAY:n tukea). Erityisesti sairausvakuutuksen osittain rahoittama erikoismaksuluokka- eli EML-käytäntö sisältää sosioekonomista eriarvoisuutta lisääviä piirteitä: mm. jonotusajat useissa toimenpiteissä ovat EML-potilaille lyhyemmät kuin muilla potilaille.

Sairausvakuutuksen olemassaolo luo vääranlaisia kannusteita kunnille ja muille osapuolille. Koska sairausvakuutus ei kata laitoksissa olevien lääkekustannuksia, pyritään etsimään ratkaisuja, joilla lääkekulut voidaan siirtää Kelan rahoitettaviksi. Tämä saattaa lisätä hoidon kokonaiskustannuksia. Potilaan hoitovalintaan ei vaikuta



Kuva: Kimmo von Lüdgers/Kuvaario

hoidon tarve, vaikuttavuus tai kokonaiskustannukset vaan hoidon rahoituslähde.

Sairausvakuutuksen olemassaolo estää myös kunnallisen palvelutuotannon kehittämisen ja ylläpidon. Kunnallisissa sairaaloissa pullonkaulana on jo usean vuoden ajan ollut lääkäriytyövoiman määrä ja sen joustava käyttö. Viime aikoina tämä ongelma on levinnyt perusterveydenhuoltoon. Yksityiselle sektorille kohdentuvat sairausvakuutuskorvaukset osaltaan pahentavat julkisen sektorin työvoimapulaa ja työvoiman joustavaa käyttöä.

Vaikka kilpailulla onkin rajallinen merkitys terveydenhuollossa, muodostaa nykyinen monikanavainen järjestelmä esteen sen järkevälle käytölle tuotannon tehostamisessa. Kilpailu ei toimi, mikäli lääkärit kilpailevat itsensä kanssa toimiessaan samanaikaisesti eri sektoreilla (virassa julkisessa sairaalassa ja yksityispraktiikkaa harjoittavana yrittäjänä). Säädellyllä kilpailulla voitaneen kuitenkin lisätä tuotavuutta, mikäli tuottajat ja ostajat ovat samanvertaisessa asemassa. Tällä hetkellä ei kunta (eikä myöskään potilas) saa sairausvakuutuskorvausta, mikäli kunnalliset lääkäripalvelut ostetaan yksityiseltä sektorilta. Samoin sairausvakuutuskorvauksia ei makseta, jos kunnallinen laboratorio myy palveluja yksityiselle asiakkaalle. Yksityisessä laboratoriotuotinnassa on nykyinen sairausvakuutuksen korvauskäytäntö aiheuttanut huomattavaa ylihinnoittelua, joka merkittävässä määrin katetaan sairausvakuutuksen maksamilla korvauksilla (Miettinen ym. 1998).

Potilaan kannalta monikanavainen järjestelmä merkitsee palvelujärjestelmän epäselvyyttä: eri osien keskinäiset yhteydet eivät ole selviä, ja kokonaisuus hahmottuu heikosti. Terveydenhuollon asiakasmaksuja koskee kaksi maksukattoa, joista toinen koskee lääkemenoja ja toiseen kuuluvat kunnallisen sektorin asiakasmaksut.

Monikanavaisen julkisen rahoituksen ongelmat olisi järkevintä ratkaista kahdessa vaiheessa. Lyhyellä aikavälillä

(välittömästi) voitaisiin edellä mainittua kuntien taloudellista eriarvoisuutta aiheuttavaa seikkaa korjata siten, että kuntien valtionosuuksissa otettaisiin huomioon kunnissa toimiville tuottajille sekä kunnan asukkaille suuntautuva muu terveydenhuollon julkinen rahoitus.

Hieman pitemmällä aikavälillä olisi arvioitava kokonaisvaltaisesti kaikki terveydenhuollon rahoitukseen liittyvät taloudelliset ja toiminnalliset kannusteet. Tällaisia asioita ovat monikanavaisen julkisen rahoitusjärjestelmän rooli ja tarpeellisuus suomalaisessa terveydenhuollossa sekä myös kunnallisen terveydenhuollon keskeiset kysymykset kuten pienet kunnat palvelujen rahoittajina ja järjestäjinä sekä sairaanhoitopiirien asema ja tehtävät.

KIRJALLISUUS

Arinen, S. & Häkkinen, U. & Klaukka, T. & Klavus, J. & Lehtonen, R. & Aro, S. (1998), Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987, Helsinki: Gummeruksen Kirjapaino. <http://www.stakes.fi/palvelut/tst/tindex.html>

Eurostat (2000), Key data on health 2000, Luxembourg: European Commission.

Häkkinen, U. & Idänpään-Heikkilä, U. & Keskimäki, I.A.R. & Kalukka, T. & Teitto, E. (2002), Akuutin sydäninfarktin hoitokäytäntöjen, kustannusten ja vaikuttavuuden vertailu, Stakes-aiheita 2002/3. <http://www.stakes.fi/verkkojulk>.

Keskimäki, I. (2003), How did Finland's economic recession in the early 1990's affect socio-economic equity in the use of hospital care, *Social Science Medicine* (painossa).

Linna, M. (1999). *Measuring Hospital Performance: the Productivity, Efficiency and Costs of Teaching and Research in Finnish Hospitals*, Stakes Research Reports 98, Jyväskylä: Gummerus Printing.

Luoma, K. (2000), Terveyskeskusten tuottavuus ja panosten käytön tehokkuus 1990-luvulla, *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 37, 207–215.

Miettinen, A. & Seppälä, E. & Moilanen, L. & Mattelmäki-Rimpelä, U. & Willman, K. (1998), Monikanavaisen rahoituksen vaikutukset kliinisten laboratoriotutkimusten hinnoitteluun, laboratorioorganisaation tuotantorakenteeseen ja kokonaiskustannuksiin, *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 35, 94–102.

OECD (2002), *OECD Health data 2002*, Paris: OECD.

Stakes (2002a), *Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 1990–2000*, SVT Sosiaaliturva 2002:1.

Stakes (2002b), *Sosiaali- ja terveysmenot 2000*. SVT Sosiaaliturva 2002:2.

Wagstaff, A. ym. (1999), Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, 18, 263–290.

van Doorslaer, E. ym. (2000), Equity in the delivery of health care in Europe and the US, *Journal of Health Economics*, 19, 553–583.