

# Tuloryhmien väliset erot sairaalahoidon kustannuksissa ovat kasvaneet

Vuonna 1998 miesten alimman tuloryhmän hoitojakson kustannus potilasta kohti oli 552 euroa suurempi kuin miesten ylimmän tuloryhmän (vuoden 2010 hinnoin) (Taulukko 1). Vuonna 2010 ero oli kasvanut 1187 euroon. Naisten vastaavat luvut olivat 444 euroa vuonna 1998 ja 814 euroa vuonna 2010.

Hoitopäiväkustannuksissa näkyi yllättäen päinvastainen kehitys. Ylimmän tuloryhmän kustannukset hoitopäivää kohti olivat suuremmat kuin alimman, ja erot ryhmien välillä olivat kasvaneet. Vuonna 1998 miesten ylimmän tuloryhmän kustannukset olivat 88 euroa suuremmat kuin alimman tuloryhmän. Vuonna 2010 ero oli kasvanut 217 euroon. Naisten tuloryhmien välinen ero oli vastaavana aikana kasvanut 73 eurosta 169 euroon.

	Vuosi	Alin	2	3	4	Ylin	Erotus
<b>Miehet</b>							
Hoitojakso	1998	5 147	5 038	4 851	4 715	4 595	552
	2010	6 167	5 752	5 546	5 294	4 980	1 187
Hoitopäivä	1998	531	555	580	612	619	-88
	2010	800	881	938	967	1 017	-217
<b>Naiset</b>							
Hoitojakso	1998	4 294	4 243	4 134	3 987	3 850	444
	2010	5 246	5 004	4 712	4 589	4 432	814
Hoitopäivä	1998	552	574	600	615	625	-73
	2010	850	922	971	987	1 019	-169

Taulukko 1. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset keskimäärin tuloryhmittäin 1998 ja 2010 (euro vuoden 2010 hinnoin, ikävakioitu).

## Pohdintaa kustannuskehityksen syistä

Vaikka tutkimuksemme ei selvittänyt kustannuserojen tarkkoja syitä, arvelemme, että ne johtuvat sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen kasvusta. Sosioekonomisten ryhmien väliset erot alkoholi-, syöpä- ja sydän- ja verisuonitautikuolleisuudessa ovat kasvaneet, mikä heijastuu todennäköisesti sairastavuuteen ja sairaalahoidon käyttöön (1). Muitakin syitä voi olla, kuten se, että suurempituloisia hoidetaan heidän paremman

terveydentilansa vuoksi enemmän avohoidossa. Viime mainittua ei tietääksemme ole tutkittu Suomessa.

Sen sijaan ylimpien tuloryhmien suurempi hoitopäiväkustannus johtuu ainakin siitä, että heidän hoitoaikansa sairaalassa on lyhyempi kuin alimpien. Lisäksi heille tehdään aiempien tutkimusten mukaan kalliita hoitotoimenpiteitä suhteellisesti enemmän kuin alimmille tuloryhmille (2).

Sairaaloiden laskutusta kehitettäessä olisi hyvä selvittää, pitäisikö laskutuksessa ottaa huomioon myös potilaiden sosioekonominen asema (3). Tällöin sairaalat, jotka hoitavat enemmän heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevia, saisivat suuremman korvauksen, ja päinvastoin.

Tutkimus muodosti osan Suomen Akatemian rahoittamasta oikeudenmukaisuuden ja tehokkuuden vaihtokauppaa selvittävästä tutkimushankkeesta (4). Aineisto koostui somaattisessa erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa vuosina 1998–2010 hoidettujen 25–84-vuotiaiden potilaiden hoitoilmoitusrekisteristä kootuista tiedoista. Aineisto ei sisältänyt psykiatrian erikoisalalla tai pelkästään synnytyksen vuoksi sairaalassa tai pitkäaikaishoidossa olleita potilaita. Kustannukset muodostettiin hoitajaksojen DRG-ryhmien (Diagnosis Related Group) ja pituuden perusteella. Ne ikävakiotiin ja muutettiin julkisten menojen hintaindeksillä vuoden 2010 hintatasoa vastaaviksi. Tilastokeskus liitti aineistoon potilaiden tuloryhmää koskevat tiedot.



Jutta Järvelin  
erikoistutkija  
CHESS-yksikkö  
etunimi.sukunimi@thl.fi

Lisää tietoa:

(1) Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Valkonen T. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2012;66:573-8.

- (2) Hetemaa T, Manderbacka K, Reunanen A, Koskinen S, Keskimäki I. Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures among patients with incident angina pectoris or myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006;34:116–23.
- (3) Lemstra M, Mackenbach J, Neudorf C, Nannapaneni U. High health care utilization and costs associated with lower socio-economic status: results from a linked dataset. *Canadian Journal of Public Health* 2009;100:180–3.
- (4) Manderbacka K, Järvelin J, Arffman M, Häkkinen U, Keskimäki I. The development of differences in hospital costs across income groups in Finland from 1998 to 2010. *Health Policy* 2014;118:354-62.