



kuva: Antero Aaltonen

PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
tutkimusprofessori
markku.pekurinen@stakes.fi

Parasta odotellessa

■ PARAS-hankkeen linjaratkaisut siirtyvät syksyyn, mutta jo nyt on selvää, että suomalainen kunta- ja palvelurakenne tulee olennaisesti muuttumaan tulevina vuosina. Sosiaali- ja terveyspalvelut tullaan järjestämään maassa useammalla eri tavalla. Pienet ja keski-suuret kunnat, suuret kaupungit ja pääkaupunkiseutu tulevat ratkaisemaan palvelujen järjestämisen toisistaan poikkeavasti.

Palvelurakenneuudistus tarjoaa ainutkertaisen yhteiskunnallisen koeasetelman tutkia palvelujen erilaisten järjestämismallien taloudellisuutta ja toimivuutta, niiden vaikutusta palvelujen saatavuuteen, väestön terveyteen ja hyvinvointiin sekä alueelliseen tasa-arvoon ja kansanvallan toteutumiseen. Ainutlaatuista tilaisuutta ei tule hukata.

Sosiaali- ja terveyssektorille uudistus tarjoaa myös oivan tilaisuuden arvioida mittavan hankerahoituksen kustannus-vaikutavuutta käytännössä. Kiintoisaa on esimerkiksi tietää, saako avokäytisesti tuettu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveyspiirihanke aikaan merkittävästi parempia tuloksia kuin nuikemmin rahoitetut Länsi-Pohjan ja HUS:n terveyspiirihankkeet tai vastaavat. Aika myös näyttää, tuottaako hankerahoitus parempaa ja kestävämpää jälkeä väestön ja kuntien kannalta kuin kuntien omarahoitteisesti toteutat merkittävät alueelliset uudistukset, kuten esimerkiksi vuoden vaihteessa käynnistyvä Itä-Savon terveydenhuoltopiiri.

Tulevat vuodet ovat palvelujen uudistajille työntäyteistä aikaa. Myös tutkijoille riittää uudistusten arvioinnissa haastavaa työskä. Mutta mikä taho olisi valmis rahoittamaan mittavan yhteiskunnallisen uudistuksen tieteellisesti kestävä arvioinnin? Kansalliset terveys- ja sosiaalialan hankkeet olisivat luonteva kanava rahoittaa toimialaa koskevien kansallisten uudistusten arviointia. Esimerkiksi viisi prosenttia ensi vuodelle varattavien hankeavustusten määrästä mahdollistaisi tieteellisesti kestävä ja kansainvälisestikin merkittävän laaja-alaisen arviointitutkimuksen käynnistämisen.



kuva: Antero Aaltonen

CHES ONLINE 2 • 2006

1. **Parasta odotellessa**
Markku Pekurinen
2. Valtiovarainministeriön kansantalousosaston
ylijohtaja Jukka Pekkarinen:
Kuntien veloitteet ja rahoitus saatava tasapainoon
Timo Hujanen
4. **Tuore raportti alueellisesta palvelutarpeesta ja
tarvekioiduista menoista 1993–2004**
Timo Hujanen, Markku Pekurinen, Unto Häkkinen
5. Erot terveyspalvelujen tarpeessa
ja tuloksellisuudessa pysyneet ennallaan
Itä-Savossa suurimmat tarpeet
6. **Väestörakenteen muutos selittää
vain viidenneksen menojen kasvusta**
7. **Miksi tarvekioituja menotietoja tulisi käyttää?**
8. Helsingin uudistukset näkyvät vertailussa
Menot kasvavat ripeästi, alueelliset erot supistuvat
9. **Hammashoittoon lisäpotkua paremmasta työnjaosta**
Arto Vesivalo, Eeva Widström, Hennamari Mikkola
Viro kasvaa vauhdilla, ongelmana eriarvoisuus
Timo Hujanen
11. **Drg:n käyttö laajenee Euroopassa**
12. **Terveyspiiri-kirja on ilmestynyt**



teksti: Timo Hujanen

Haastateltavana valtiovarainministeriön kansantalousosaston ylijohtaja Jukka Pekkarinen:

Kuntatalous on julkisen talouden osista ongelmallisim.
Kuntien menojen kasvu on 1–2 prosenttia nopeampaa kuin hallitusohjelmassa arvioitiin. Kasvuarvio oli neljä prosenttia vuodessa. Valtiovarainministeriön kansantalousosaston ylijohtajan Jukka Pekkarisen mukaan ikääntymisen vaikutukset orastavat jo kuntien kasvavina palvelutarpeina. Keskustelu tulevista haasteista ja julkisista menopaineista on hämmentävää, sillä vuoroviikoin niitä vähätellään ja paisutellaan. Samanaikaisesti muu talous porskuttaa aivan omaa tahtiaan.

Kuntien velvoitteet ja rahoitus saatava tasapainoon

– Yksittäisiin tutkimuksiin kiinnitetään liikaa huomiota. Kun käsitteet ja näkökulmat ovat erilaisia, keskustelu vaikeutuu ja syntyy epäluuloja. Tulevia haasteita olisi arvioitava kiihkottomasti ottaen huomioon taloudelliset ja sosiaaliset näkökulmat sekä näiden yhtymäkohdat.

– Nyt kuntien hyvinvointimenot ovat samalla tasolla kuin ennen lamaa, kun otetaan huomioon ikärakenteen muutoksen vaikutus menojen kasvuun. On palattu normaalitilaan ja tästä eteenpäin on todella tärkeää se, miten tilanne vakautuu. Laman jäljiltä kuntiin jäi henkilöstövajausta, jota on nyt täytetty. Kuntien henkilöstömäärä on kasvanut nopeasti ja ostopalvelut ovat lisääntyneet kovaa vauhtia.

– Keskeinen ratkaisu on kuntien ja valtion neuvottelumenettely, joka kiteytetään peruspalveluohjelmaan. Toivottavasti siitä tulisi kuntapalveluiden perusasiakirja, jonka puitteissa tarkistetaan, että velvoitteet ja rahoitusmahdollisuudet vastaavat toisiaan. Niitä on arvioitava kokonaisuutena. Kunta-valtiosuhteeseen on saatava enemmän selkeyttä, läpinäkyvyyttä, tehoa ja vaikuttavuutta.

– Inhimillisiä ja rahoituksellisia resursseja pitäisi siirtää aloille, joilla palvelutarve kasvaa. Tämä on koko kuntatalouden ja yksittäisen kunnan tasolla iso toiminnallinen haaste. Palvelurakenteet on saatava tehokkaammaksi ja toimivammiksi. Palvelurakennetta arvioiva Paras-hanke on tässä suhteessa tärkeä, Pekkarinen muistuttaa.

Ohjaus ja velvoitteet hämmentävät

– Taustalla on kunta-valtiosuhteen muutos viimeisen 20 vuoden aikana. Hyvinvointivaltio ja palvelujärjestelmä rakennettiin tiukassa valtio-ohjauksessa. Valtio normitti, säätö kuntien tehtävät ja rahoitti toiminnan täsmennyillä korvamerkityillä valtionosuuksilla. Tästä luovuttiin suuressa yhteisymmärryksessä. Valtionosuusuudistuksessa toiminnallinen vastuu siirrettiin kunnille.

Pekkarisen mukaan ei ole tutkimustuloksia siitä, että nykyinen informaatio-ohjaus toimisi huonosti, vaikka sen teho usein kyseenalaistetaan. Laman aiheuttamasta isosta iskusta on selviydytty. Lopputulos on vähintään tyydyttävä.

– Vanhenevan väestön yhteiskunta on meillemme uusi. Se tuo epävarmuutta ja lisätiedon tar-

vetta. Monessa suhteessa kunnat ovat liian pieniä. Pienouden ongelmaa lisää väestön vanhenemisen lisäksi nopea alueellinen muutos ja maan sisäinen muuttoliike. Aiempi ja meneillään oleva muuttoliike heijastuvat tyhjenevien alueiden ongelmana. On paljon hoidettavaa vanhusväestöä, mutta inhimilliset ja taloudelliset resurssit puuttuvat. Kuntarakenteessa tarvitaan muutoksia, jotta velvoitteista olisi edes lähtökohtaisesti mahdollista suorittaa. Terveys- ja sosiaalipalveluja on käsiteltävä kokonaisuutena, jotta hoito olisi kustannustehokasta ja vaikuttavaa.

Hoivapalvelut

korkean osaamisen alueeksi

Pekkarinen pitää julkisen sektorin työvoimatilannetta hyvin vaikeana. Kunnista jää lähivuosina runsaasti väkeä eläkkeelle. Vähenevästä työvoimasta valtaosan olisi tultava töihin julkiselle täyttääkseen markkinoilta poistuvien vajeen.

– On vaikea arvioida, miten paineet näkyvät palkkatasossa, muuttoliikkeessä, maahanmuutossa, tuottavuuden kohoamisessa ja palveluiden tehostumisessa.

– Hoivapalvelut ovat nähtävä kokonaisuudessaan korkean osaamistason aloina ja uutena mahdollisuutena, mikä on yhteydessä myös palkkatasoon. Hän uskoo vahvasti alan tuottavuuden kasvuun, joka mahdollistuu koulutustason kohotessa.

– Maahanmuutto on yksi ratkaisu, mutta ympäriällä olevilla alueilla väestön ikääntymiseen liittyvät haasteet tulevat vielä suuremmiksi. Idässä ongelmasta muodostuu samankaltainen.

Vertailutiedolle on tarvetta

Pekkarinen myöntää, ettei julkiseen talouteen syötettyjen veroeurojen kohtalosta tiedetä riittävästi. Tuottavuus- tehokkuus-vaikuttavuusvyyhtiä hän pitää hyvin monisyisenä. Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen CHESSin toiminta on ollut iso askel eteenpäin. Valtion taloudellisessa tutkimuskeskuksessa VATTissa julkisten palveluiden tuottavuuden arviointi on käynnistynyt hyvin. Näihin asioihin kiinnitetään huomiota valtion tuottavuus-hankkeessa. Uuden tiedon kysyntä kasvaa.

– Stakes ja CHESS ovat tuottaneet arvokasta vertailutietoa terveyspalveluista. Mutta so-



Vanhenevan väestön yhteiskunta on meille uusi. Se tuo epävarmuutta ja lisätiedon tarvetta.”

siaalipalveluiden osalta tilanne on vaikeampi, sillä tiedon saatavuudessa ja vertailtavuudessa on isompia ongelmia. Vertailukelpoisen tutkimustiedon ja muun vertailutiedon tuottaminen on tärkeää.

Isossa-Britanniassa annetaan julkisille palveluiden tuottajille tähtiä siitä, miten tehokasta ja laadukasta palvelu on. Viiden tähden sairaalassa potilas saa ensiluokkaisen hoidon, joka on yhteiskunnalle kustannus-vaikuttavaa. Yhden tähden sairaala kannattaa kiertää kaukaa. Menettelyssä on jotain hyvääkin.

– Arvioinnin pitäisi olla läpinäkyvää. En ota kantaa siihen, miten sen voisi toteuttaa. Tiedon arvo syntyy siitä, että se on julkista. Olisi tehtävä julkisia satsauksia niin, että tällainen arviointi olisi mahdollista. Meidän ongelmana on hajanaisuus, toimijoita on liian monta ja yhteistä ponnistusta ei saada aikaan. Se edellyttäisi koordinoitua ja järjestelmien rakentamista.

– Pulman ratkaiseminen vaatisi koko yhteiskunnan mitassa hyvin pieniä taloudellisia satsauksia. Pekkarisen mukaan vertailuaineistojen kehittämisessä aloitteentekijöitä olisivat ministeriöt.

– Jatkossa pitää kiinnittää huomiota tutkimustiedon tuottajien väliseen yhteistyöhön, jonka avulla usein tiedon tarpeiden ja saatavuuden ongelmat ratkeavat. Myös tiedontuottajien ja -käyttäjien yhteistyötä on lisättävä. Asia korostuu uusien tietojärjestelmien hyödyntämisessä.

Ennusteiden tekeminen vaikeaa

– Emme oikeasti tiedä, mitä kaikkea kansantaloudessa tapahtuu ja mitä pitäisi tehdä väestön keski-ikäen noustessa korkeaksi. Tarkkoja ennusteita ei voi tehdä, sillä esikuvia ei ole. Ekonomisteille tämä on erityisen hämmentävää. Monissa arvioissa tuottavuuden kasvu hidastuu, sillä suuri osa kasvusta liittyy työpaikkojen ja ammattien muutoksiin sekä siirtymisiin, jotka vähenevät vanhenevan väestön oloissa.

– Toisaalta koulutustaso kohoaa. Tietotek-

niikan käyttö ja työmarkkinoilla ikääntyvän väestön sopeutumiskyky paranee. Eläkkeelle jäävät ovat suhteellisen vauraita ja heillä on ostovoimaa. Kulutusrakenne muuttuu. Yritykset valmistautuvat vastaamaan lisääntyviin palvelutarpeisiin.

– Oleellista olisi tietää, kuinka paljon vanheneva väestö kuluttaa. Aikaisemmin ajateltiin, että vanhuutta varten säästetään ja säästäminen vähenee väestön vanhetessa. Nyt eläkeläiset säästävät enemmän kuin työssä olevat. Kaikki ennusteiden osatekijät voivat kulkea myös eri suuntiin. Perusteluja eri näkemyksille ja selityksille on.

Sukupolvien vastuut tasattava

– Suurin muutos tapahtuu Suomessa vuoteen 2030 mennessä ja muutos on meillä kaikkein voimakkaimpia. Sen jälkeen ikärakenne vaikiintuu. Vuosisadan puolivälissä ikääntymisen muutoksesta johtuva menojen BKT-osuuden arvellaan kasvavan viittisen prosenttiyksikköä nykytilanteeseen verrattuna. Järkevä yhteiskunta varautuu siihen nyt.

– Lisääntyvään hoivatarpeeseen tarvittava rahoitus on järjestettävä oikeudenmukaisesti sukupolvien kesken. Kokonaisverorasitus, sisältäen eläkemaksut ja verot, on jaettava tasaisesti. Nousupainetta on tasattava. Nyt tähän on varauduttu rahastoimalla eläkkeitä voimakkaasti. Suuret työelämässä olevat ikäluokat auttavat varautumisessa.

Menopaineita lieventää oletus tuottavuuden noususta. Koulutustaso ja terveydentila kohoavat. Työelämässä pysytään pidempään, mikä on tehokkain tapa pitää menopaineet kurissa. Se edellyttää muutoksia työelämässä. Itse palvelujärjestelmä on saatava tuottavaksi ja uusien tekniikka käyttöön.

– Kaiken kaikkiaan on syytä olla optimistinen. Suomalainen yhteiskunta tulee haasteista selviämään, meidän lähtökohtamme ovat hyvät. Meillä on järjestelmä kokonaisuutena kunnossa, kiteyttää Pekkarinen. ■

Timo Hujanen, Pekurinen
Markku, Häkkinen Unto

Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004

Stakes Työpapereita 11/2006

JULKAISUA VOI TILATA
Stakesin asiakaspalvelusta
puh. (09) 3967 2190 ja
verkosta www.stakes.fi/fi/julkaisut

Tuore raportti alueellisesta palvelutarpeesta ja tarvevakioiduista menoista 1993–2004

Nyt julkaistavassa raportissa on laskettu terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelutarpeeseen suhteutetut eli tarvevakioidut menot kahdentoista vuoden ajalta. Vastaavanlaista aikasarjatietoa 2000-luvulta ei ole aiemmin ollut käytössä. Stakesin Terveystaloustieteen keskus CHESS on vuodesta 2001 julkaissut verkossa tietoja kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvevakioiduista menoista.



kuva: Jyrki Penttinen

Timo Hujanen
tutkija, CHESS



kuva: Antero Aaltonen

Markku Pekurinen,
tutkimusprofessori,
CHESS



kuva: Heikki Päävä

Unto Häkkinen,
tutkimusprofessori,
CHESS

Tutkimuksen lähteenä on käytetty vuosien 1993–2004 Tilastokeskuksen, Stakesin, Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen rekisteritietoja. Tarvekertoimien laskenta perustuu alun perin valtio-osuuksien jakokriteereiksi kehitettyyn malliin (Häkkinen ym. 2000). Mallissa tarvittavat ikä- ja sukupuoliryhmittäiset kustannuspainot on päivitetty (Hujanen ym. 2004). Tarvekertoimien laskennassa on ikä- ja sukupuolirakenteen lisäksi mukana tietoja kuolleisuudesta ja sairastavuudesta, muuttoliikkeestä, tuloista ja asuinolosuhteista. Menot ovat nettomenoja ja ne eivät sisällä asiakasmaksuja.

Reportin kuntajako perustuu tilanteeseen 1.1.2006 Manner-Suomessa. Sitä ennen yhdistyneiden kuntien tiedot sisältyvät kuntaliitoksessa syntyneen uuden kunnan lukuihin. Sairaanhoitopiiriakohtaisissa aineistoissa on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri jaettu sairaanhoitoalueisiin vuoden 2004 tilanteen mukaisesti.

Hujanen T, Mikkola H, Pekurinen M, Häkkinen M. & Teitto E. Terveydenhuollon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002. Stakes Aiheita 24/2004. Helsinki 2004. groups.stakes.fi/chess/fi/tilastotuotteet.

Häkkinen U, Valtonen H, Niemelä J, Laine J. Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskriteereistä. Stakes Aiheita 33/2000. Helsinki 2000. groups.stakes.fi/chess/fi/tilastotuotteet.

Tärkeitä vertailutietoja

Tutkimuksessa raportoidaan kuntien perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, vanhustenhuollon ja näiden yhdistelmien tarvevakioituja menoja sairaanhoitopiireittäin. Lisäksi esitetään tiedot ikä- ja sukupuolivakioiduista sairausvakuutuksen hoito- ja lääkemenoista sekä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoista. Kuntien päätöksenteon ja suunnittelun tueksi tutkimuksessa esitetään terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot kunnittain 1993–2004.

Menot esitetään indekseinä siten, että kunkin vuoden koko maan keskiarvo on 100. Yksittäinen kunta voi verrata vuosikohtaisia tietojaan koko maan keskiarvoon. Alueellista eriarvoisuutta on arvioitu gini- ja variaatiokertoimien avulla.

Tutkimuksessa esitetään myös menojen keskimääräiset vuosimuutokset 1993–2004 ja 2000–2004 sekä laskennallinen arvio, kuinka paljon ikä- ja sukupuolirakenteen muutos ”selittää” menojen kasvua sairaanhoitopiireittäin, kunnittain ja palveluittain.

Lisäksi tutkimuksessa julkaistaan kansainvälisesti käytetyimpiä ikä- ja sukupuolivakioituja kuolleisuus- ja sairastavuustietoja sekä palvelutarvetta kuvaavat tarvekertoimet sairaanhoitopiireittäin.

Erot terveyspalvelujen tarpeessa ja tuloksellisuudessa pysyneet ennallaan

Itä-Savossa suurimmat tarpeet

Sairaanhoitopiirien väliset erot kuolleisuudessa, työkyvyttömyydessä ja muissa terveys- ja vanhustal-
velujen tarvetta kuvaavissa tekijöissä ovat pysyneet suurina. Erityisen suurina ne ovat kuntien välillä.

Palvelujen suhteellista tarvetta kuvaavat tarvekertoimet ovat pysyneet vuosina 1993–2004 suhteellinen vakaina. Väestön terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen tarpeet näyttävät muuttuvan kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin melko hitaasti. Vuodesta 1993 vuoteen 2004 suhteellinen palvelutarve on kasvanut eniten Lapissa, Länsi-Pohjassa sekä Kainuussa ja vähentynyt eniten HUS:n alueella ja Pirkanmaalla.

Vuonna 2004 terveyspalvelujen ja vanhustenhuollon palvelujen suhteellinen tarve oli suurin Itä-Savossa, missä se oli 23 prosenttia korkeampi kuin maassa keskimäärin (kuvio 1). Itä-Savossa palvelujen tarve on pysynyt vuosina 1993–2004 muita suurempana ja vastaavasti HUS-piirissä muita pienempänä. HUS-piirissä palvelujen tarve oli vuonna 2004 noin 15 prosenttia alle maan keskitason.

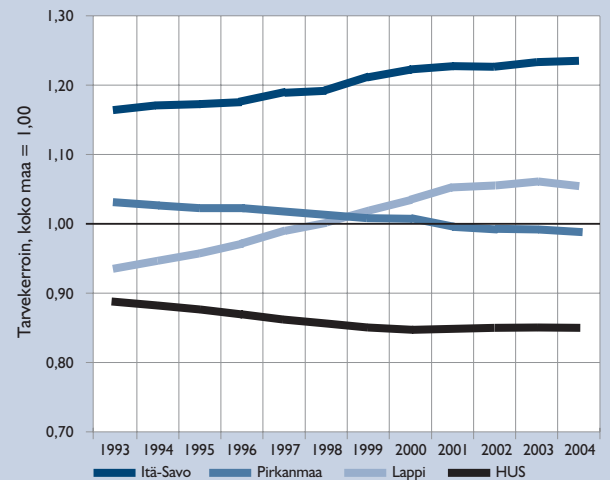
Menetettyjen elinvuosien ja estettävissä olevan kuolleisuuden arvioinnissa riskinsä

Terveydenhuollon toimenpitein estettävissä oleva kuolleisuus on laskenut koko maassa 1993–2004, mutta alueelliset erot ovat säilyneet pääosin ennallaan (kuvio 2). Estettävissä olevaa kuolleisuutta voidaan käyttää tietyin varauksin terveydenhuollon tuloksellisuuden mittarina.

Kuolleisuusluvuihin on merkittävää kuntakohtaista satunnaista vuosivaihtelua. Erityisesti väestöpohjaltaan pienimpien kuntien vertailussa tiedot tulisi laskea useamman vuoden ajanjaksolta satunnaisvaihtelun vähentämiseksi. Esimerkiksi estettävissä olevan kuolleisuuden tai menetettyjen elinvuosien arvioinnissa kuolemantapauksia tulisi olla vähintään 20 tapausta vuodessa, ennen kuin näiden indikaattoreiden käyttöä kannattaa edes harkita.

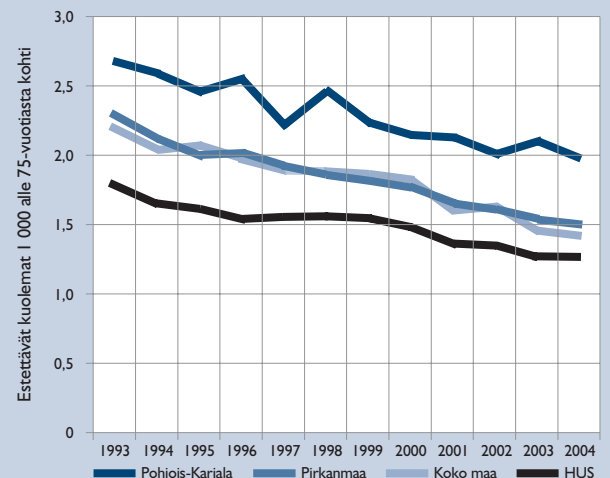
Havainnollisen esimerkin satunnaisvaihtelusta jopa kohtuullisen suuressa väestössä tarjoaa Itä-Savon sairaanhoitopiiri. Piirissä ikä- ja sukupuolivakioitu menetettyjen elinvuosien indeksi aleni yli 20 prosenttia suhteessa maan keskiarvoon vuodesta 2003 vuoteen 2004, vaikka piirin väestömäärä oli lähes 65 000 asukasta.

Vuoden 2004 kokonaiskuolleisuustietojen perusteella kuntakohtaisia menetettyjä elinvuosia on mahdollista laskea asianmukaisesti runsaalle kolmannekselle kaikista Suomen kunnista ja estettävissä olevaa kuolleisuutta kuvaava tunnusluku vähemmälle kuin joka viidennelle kunnalle. Tällöinkin tarkastelu voi koskea vain kokonaiskuolleisuutta, ei tautikohtaista kuolleisuutta. ■



Kuvio 1.

Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen suhteellinen tarve (=tarvekertoimet) eräissä sairaanhoitopiireissä vuosina 1993–2004.



Kuvio 2.

Terveydenhuollon toimenpitein estettävissä oleva kuolleisuus eräissä sairaanhoitopiireissä vuosina 1993–2004.

Väestörakenteen muutos selittää vain viidenneksen menojen kasvusta

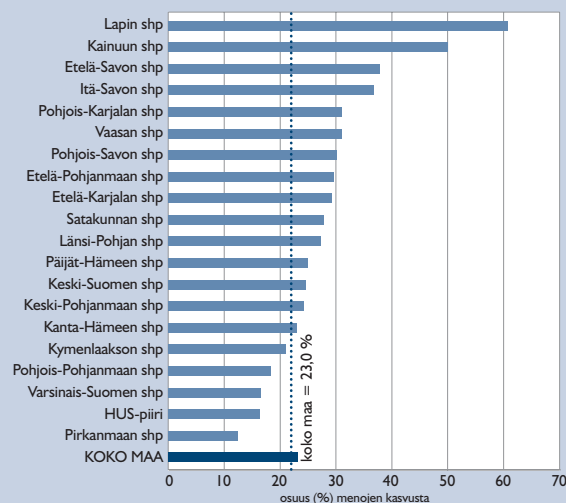
Kuntien kustantaman terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen nopea kasvu 2000-luvulla selittyy vain vähäiseltä osalta väestön ikä- ja sukupuolirakenteen muutoksella. Syitä menojen kasvuun on etsittävä muista tekijöistä.

Kunnallisen terveydenhuollon menot kasvoivat melko hitaasti vuosina 1993–1999, keskimäärin runsaan prosentin vuodessa. Kunnat painottivat väestölle tuotettavia palveluja hyvin eri tavoin. Kun perusterveydenhuollon menot kasvoivat keskimäärin noin puoli prosenttia vuodessa, kasvoivat erikoissairaanhoiton menot kolme kertaa nopeammin. Nopeimmin kasvoivat kuitenkin sairausvakuutuksen korvaamat lääkemenot runsaat kuusi prosenttia vuodessa ja yksityisten terveystalujen käytön menot noin kolme prosenttia vuodessa.

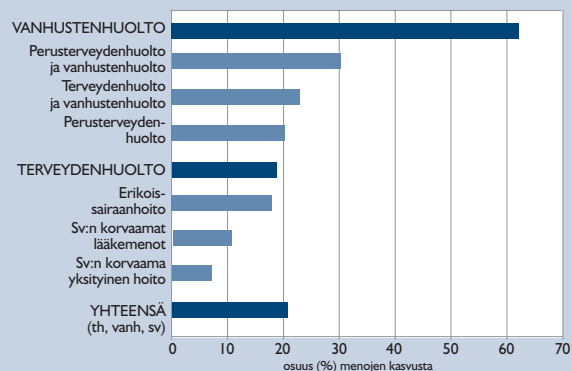
2000-luvun alkuvuosina menojen kasvu on nopeutunut merkittävästi. Kunnat ovat panostaneet melko tasapainoisesti perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon, kumpaankin noin 3,5 prosenttia lisää rahaa vuodessa. Erikoissairaanhoiton menojen kasvu on ollut hieman nopeampaa kuin perusterveydenhuollossa. Vaikka kunnat ovat käyttäneet aiempaa enemmän rahaa myös vanhusten palvelujen järjestämiseen, painopiste on selvästi ollut terveystaluuksissa. Hoitotakuuseen valmistautuminen näkyy kuntien painoituksissa.

Alueelliset erot suuria

Väestörakenteen (ikä- ja sukupuolirakenteen) muutos selittää laskennallisesti runsaan viidenneksen kuntien kustantaman terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonais-



Kuvio 1. Väestön ikä- ja sukupuolirakenteen laskennallinen osuus kuntien kustantaman terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen kasvusta sairaanhoitopiireittäin vuosina 2000–2004.



Kuvio 2. Väestön ikä- ja sukupuolirakenteen laskennallinen osuus menojen kasvusta vuosina 2000–2004 (sv = sairausvakuutus).

menojen kasvusta koko maassa vuosina 2000–2004 (kuvio 1). Poikkeuksena ovat Lapin ja Kainuun sairaanhoitopiirit, joissa väestörakenteen muutos selittää menojen kasvusta jopa puolet. Ikä- ja sukupuolirakenteen muutos on vaikuttanut menojen kasvuun vähiten, noin 10–15 prosenttia, Porvoon ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueilla, Helsingissä sekä Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä. Pääpiirteissään näyttäisi siis siltä, että taloudellisesti nopeasti kasvavilla alueilla terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen kasvu on ollut muita vähemmän sidoksissa väestörakenteen muutokseen.

Myös palveluittain tarkasteltuna väestörakenteen muutos on vaikuttanut hyvin eri tavalla menojen kehitykseen (kuvio 2). Kun ikä- ja sukupuolirakenteen muutos selittää vanhustenhuollon menojen kasvusta laskennallisesti runsaat 60 prosenttia ja perusterveydenhuollon menojen kasvusta noin 20 prosenttia, selittää se vain 7–11 prosenttia sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden ja terveyspalvelujen ja 18 prosenttia erikoissairaanhoitojen menojen kasvusta. Sairausvakuutuksen korvaamien menojen ja erikoissairaanhoitojen menojen kehitys johtunee siis pääosin sairastavuuden kehityksestä, hoitokäytäntöjen muutoksesta, uusien hoitomenetelmien käyttöönotosta, palvelujen tarjonnan kasvusta tai muista väestön ikä- ja sukupuolirakenteesta riippumattomista tekijöistä. ■

Vanhustenhuollon menot eivät sisällä raportissa palveluasumisen menoja, sillä niistä ei ole valtakunnallista rekisteriaineistoa. Terveyskeskusten pitkäaikainen vuodeosastohoito sisältyy perusterveydenhuollon menoihin. Palveluasumisen menoista on saatavissa laskennallinen arvio verkko-osoitteessa groups.stakes.fi/chess/fi/tilastotuotteet/aineistossa ”Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot ja tarvekertoimet sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2004”.

Miksi tarvevakioituja menotietoja tulisi käyttää?

Kunnassa, jossa asuu runsaasti ikäihmisiä, kuluu tavallisesti enemmän rahaa terveyspalveluihin ja vanhusten palveluihin kuin väestörakenteeltaan nuoressa kunnassa. Tämä on luonnollista, koska palvelujen tarve on kunnissa erilainen. Kuntia verrattaessa onkin välttämätöntä ottaa tarpeiden erilaisuus huomioon ja tarkastella menoja suhteessa väestön palvelujen tarpeeseen.

Tarvevakioinnilla menoista poistetaan kuntien erilaisen väestörakenteen ja muiden palvelujen tarpeeseen vaikuttavien tekijöiden kuten sairastavuuden vaikutus. Tarvevakioinnilla kunnat saatetaan samalle viivalle ja niitä vertaillaan oikeudenmukaisesti. Jos kuntien välille jää vielä tämän jälkeen eroja, ne johtuvat muista tekijöistä kuin väestön palvelujen tarpeesta. Muita selityksiä havaituille eroille voi etsiä esimerkiksi toiminnan johtamisesta ja organisoinnista, palvelujen mitoituksesta, tuottavuudesta ja palvelurakenteesta.

Tarvevakiointi parantaa olennaisesti kuntien menoja ja toimintaa kuvaavien tietojen vertailukelpoisuutta.

Tarvevakioidut menot ovat yksi osatuuksien kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoista. Ne kertovat käyttäkö kunta runsaasti, niukasti vai tavanomaisesti rahaa palvelujen järjestämiseen suhteessa väestön tarpeisiin. Tarvevakioitujen menotietojen perusteella ei voi suoraan päätellä kunnan järjestämien

palvelujen laatua, toiminnan taloudellisuutta tai tarkoituksenmukaisuutta. Niiden tulisi kuitenkin kannustaa toiminnan kriittiseen arviointiin.

Vertailussa ”huonosti” menestyneen (korkeat menot) kunnan tulisi arvioida kriittisesti, tarjoaako kunta tavanomaista tasoa runsaammat ja laadultaan muita paremmat palvelut väestölleen? Onko kunnan käyttämien palvelujen tuottajien tuottavuudessa, palveluprosessien sujuvuudessa ja toiminnan organisoinnissa ja johtamisessa parantamisen varaa? Vai tuhlako kunta vain rahaa?

”Hyvin” pärjänneen (edulliset menot) kunnan tulisi arvioida kriittisesti, tarjoaako kunta väestölleen määrältään ja laadultaan riittävät palvelut vai jääkö kunnan väestö ilman tarvitsemiaan palveluja? Onko muilla kunnilla opittavaa kunnan järjestämien palvelujen tuottamistavassa vai säästääkö kunta vain rahaa?

Tarvevakioinnissa ei oteta kantaa onko maan keskiarvo optimi, jota jokaisen kunnan tulisi tavoitella. Kunnissa, joissa väestö on keskimääräistä iäkkäämpää ja sairaampaa, tarvevakioidut menot ovat usein alle maan keskiarvon ja palvelutarjontaa saattaa olla liian vähän suhteessa tarpeeseen. Ratkaisujen tekemistä vaikeuttaa usein kunnan heikko taloudellinen tilanne tai se, ettei terveydenhuoltoon ja vanhustenhuoltoon vain haluta panostaa enempää. ■

Raportissa on taulukko kuntien kustantamista terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioiduista asukaskohtaisista menoista yhteensä 1993–2004. Taulukossa on myös reaaliomenojen prosentuaalinen vuosikasvu ajanjaksoissa 1993–2004 ja 2000–2004 sekä laskennallinen arvio ikä- ja sukupuolirakenteen muutoksen vaikutuksesta menojen kasvuun.

Helsingin uudistukset näkyvät vertailussa

Menot kasvavat ripeästi, alueelliset erot supistuvat

Alueelliset erot kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioiduissa menoissa ovat tasoittuneet merkittävästi. Vuonna 2004 erot olivat pienimmät kuin koskaan vuosina 1993–2004. Silti kuntien väliset erot ovat edelleen suuria. CHESSin tutkimuksen mukaan tarvekioitujen menojen ero ”kalleimman” ja ”halvimman” paikkakunnan välillä oli vuonna 2004 noin 2,5-kertainen.

Kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon reaali-menot ovat kasvaneet ripeästi 2000-luvulla, mutta alueellisesti hyvin eri tahtiin maan eri puolilla. Menojen kasvun erot selittynevät osin lähtötilanteen erilaisuudella, osin kuntien hiljalleen eriytyvällä talouskehityksellä, mutta ennen kaikkea palvelujärjestelmään tehdyillä rakenteellisilla muutoksilla. Esimerkiksi Helsinki on toteuttanut 2000-luvulla terveydenhuollossa ja vanhustenhuollossa useita rakenteellisia uudistuksia ja tehostamistoimia, joiden vaikutus näkyy menojen maltillisena koko maata selvästi hitaampana kasvuna.

Helsingin 2000-luvulla tekemät säästöpäätökset vaikuttavat olennaisesti koko maan keskiarvolukuihin ja sitä kautta kansallisiin menovertailuihin. Vaikutus näkyy myös alueellisten menoerojen kuvaamiseen käytettyjen gini- ja variaatiokertoimien kehityksessä alueellisten erojen tasaantumisenä 2000-luvun alussa. Kun Helsinki jätetään tarkastelusta pois, näyttäytyy alueellisten erojen kehitys huomattavasti maltillisemmalta.

Kun menovertailuissa käytetään havaintoyksikkönä kuntien asemesta sairaanhoitopiirejä, suurimmat alueelliset erot tasoittuvat (taulukko 1). Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on kuntia, joissa menot ovat muita huomattavasti korkeammat tai matalammat. Myös naapurikuntien välillä on suuria eroja palvelutarpeissa ja tarvekioiduissa menoissa. Kasvukuntien ja taantuvien katvealueille jäävien kuntien erot näkyvät myös tarvekioiduissa menoissa.

”Alueelliset erot kuntien terveystennoissa tasoittuivat vuodesta 1993 vuoteen 1998. Tämän jälkeen erot kasvoivat aina vuoteen 2002, mutta ovat sen jälkeen kaventuneet nopeasti.” ■

Sairaanhoitopiiri tai -alue	Menoindeksi, koko maa = 100			Menojen* vuosikasvu (%)	Siitä väestö- rakenteen** muutoksen vaikutus (%-yksikköä)
	1993	2000	2004		
Päijät-Hämeen shp	90	84	89	4,9	1,2
Kainuun shp	104	92	89	3,6	1,8
Etelä-Karjalan shp	93	89	90	4,1	1,2
Pohjois-Karjalan shp	96	89	90	3,7	1,1
Etelä-Pohjanmaan shp	90	90	91	3,7	1,1
Etelä-Savon shp	93	93	92	3,8	1,4
Kanta-Hämeen shp	96	94	92	2,8	0,6
Itä-Savon shp	93	90	93	4,6	1,7
Pohjois-Savon shp	102	92	94	4,1	1,2
Satakunnan shp	95	93	94	4,0	1,1
Kymenlaakson shp	88	91	94	4,7	1,0
Keski-Pohjanmaan shp	91	93	95	4,0	1,0
Varsinais-Suomen shp	91	96	97	3,9	0,6
Länsi-Pohjan shp	108	90	97	5,9	1,6
Keski-Suomen shp	98	97	98	3,4	0,8
Pirkanmaan shp	85	96	100	4,2	0,5
Vaasan shp	99	105	101	2,5	0,8
Lapin shp	117	106	101	2,8	1,7
Pohjois-Pohjanmaan shp	107	101	103	4,0	0,7
HUS -piiri	113	115	111	2,5	0,4
• Porvoon sha	107	104	100	1,6	0,1
• Lohjan sha	102	103	101	2,9	0,6
• Länsi-Uudenmaan sha	109	109	104	1,4	0,2
• Hyvinkään sha	105	110	109	2,9	0,6
• Helsingin sha	119	122	112	1,6	0,3
• Jorvin sha	113	114	114	4,0	0,8
• Peijaksen sha	112	110	115	5,3	1,0
Koko maa	100	100	100	3,5	0,8

* Vakioimattomat kiinteähintaiset menot asukasta kohti
** Ikä- ja sukupuolirakenteen muutos

Taulukko 1. Kuntien kustantaman terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioidut menot sairaanhoitopiireittäin vuosina 1993, 2000 ja 2004.



kuva: Antero Aaltonen

Arto Vesivalo, projektitutkija, VOT
Eeva Widström, professori, ylilääkäri, VOT
Hennamari Mikkola, erikoistutkija, CHES

Terveyskeskusten hammaslääkärijohtajat pyrkivät saavuttamaan hammashoitouudistuksen tavoitteet kehittämällä työnjakoa. Hammaslääkäreiden olisi keski-tyttävä hoitamaan vaativimpia potilaita. Perinteiset tavat eivät kuitenkaan muutu lakitekstejä uusimalla.

2000-luvun alun hammashoitouudistuksen myötä aikuisten pääsyä terveyskeskusten hammashoittoon rajoittaneet ikärajat poistuivat. Vuonna 2005 voimaan tullut hoitotakuu asetti lisäksi aikarajat hoitoon pääsulle. Uudistusten seurauksena aikuishoidon kysyntä terveyskeskuksissa lisääntyi merkittävästi ja osalla terveyskeskuksista oli ongelmia vastata kysyntään.

Tutkimme hammashoitouudistuksen toimeenpanoa kunnissa terveyskeskusten hammashoidon tavoitteiden, toteutuskeinojen ja kannusteiden näkökulmista. Tutkimukseen haastateltiin kymmenen suuren ja keskisuuren terveyskeskuksen johtavaa hammaslääkäriä kesällä 2005.

Uusia keinoja vähän

Terveyskeskusten hammashoidon tavoitteissa painottui edelleen lasten ja nuorten hoidon ensisijaisuus. Hoitotakuu oli tavoitteissa esillä, mutta aikuisten tai koko väestön hoito ei erityisesti korostunut.

Hammaslääkärijohtajat pitivät voimavarojen lisäämistä ja työnjaon kehittämistä keskeisinä keinoina vastata hammashoitouudistuksen tuomiin haasteisiin. Voimavaroja olikin lisätty osassa terveyskeskuksia. Henkilökunnan rekrytointi tuotti kuitenkin ongelmia ja etenkin hammaslääkäreistä oli pulaa.

Johtajien mukaan työnjako on sellaisten tehtävien siirtämistä hammaslääkäreiltä suuhygienisteille ja hoitajille, joita myös näiden

Hammashoittoon lisäpotkua paremmasta työnjaosta

ammattiryhmien koulutuksella voidaan hoitaa. Näin hammaslääkärit voisivat keskittyä enemmän hoitamaan vaativia aikuispotilaita. Työnjako herätti muutosvastarintaa sekä hammaslääkäreissä että muissa ammattiryhmissä.

Uusia ajatuksia uudistuksen toteuttamiseksi oli vähän.

Palkkaus kannustaa, ei ohjaa

Hammaslääkäreiden palkka koostuu peruspalkasta ja toimenpidepalkkioista, josta jälkimmäisten osuus on noin kolmannes. Haasteltavien mukaan enemmistö hammaslääkäreistä teki riittävästi työtä ja palkkaus oli näin kannustava. Johtajat vierastivat ajatusta palkusta kiinteään kuukausipalkkaan, sillä sen uskottiin rapauttavan tuottavuutta. Kaksi tulospalkkausta kokeillutta terveyskeskusta oli kokemuksiinsa tyytyväisiä ja myös muut olivat kiinnostuneita tulospalkkauksesta. Tulospalkkauksella uskottiin voitavan tukea tavoitteiden mukaista toimintaa.

Johtajat eivät nähneet palkkauksella suoria ohjausvaikutuksia hoitopäätöksiin, mutta hoi-

dontarpeen ohjausvaikutukseen uskottiin vaakaasti. Haastattelussa tuli kuitenkin ilmi, ettei palkkaus tukenut työnjakopyrkimyksiä. Palkkaus saattoi myös olla yksi tekijä, joka hidasti pidempiin tarkastusväleihin siirtymistä. Palkkausta merkittävämmäksi ohjaimeksi johtajat nimesivät hammaslääkärien totutut toimintatavat.

Ilmeistä on, että hammashoitouudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi hammashoitoloiden työn organisointia on uudistettava. Johtajilla on tässä työssä keskeinen rooli. Palvelujen järjestäminen koko väestölle paikallisten tarpeiden mukaisesti muuttaa terveyskeskusten potilasrakennetta, työn sisältöjä ja palvelukonsepteja. Uusia porkkanoita toiminnan muuttamiseen ei juuri ollut ja toiminta haki vielä selvästi linjojaan. ■

Tutkimus on osa Suomen Akatemian Terttu-hanketta. Vesivalo Arto, Widström Eeva, Mikkola Hennamari, Tampsi-Jarvala Tiina. Terveyskeskusten hammashoidon tavoitteet ja kannusteet hammashoitouudistuksen implementoinnissa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2/2006, 43, 146–156.

Unto Häkkinen,
tutkimusprofessori, CHES

Ruotsin terveystaloustieteellinen tutkimus korkeatasoista

Ruotsin terveystaloustieteellisen tutkimuksen taso on korkea, mutta se on perustunut paljolti muutaman huippututkijan tuotoksiin. Tutkimus on kohdistunut erityisesti mikrotason taloudelliseen arviointitutkimukseen, lähinnä yksittäisten toimenpiteiden tai lääkkeiden kustannusvaikuttavuuden arviointiin.

Ruotsin työelämän- ja sosiaalitutkimuksen neuvosto (Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap) nimitti viime kesänä kansainvälisen asiantuntijaryhmän arvioimaan Ruotsissa tehtävää terveystaloustieteellistä tutkimusta. Arviointi valmistui kuluvan vuoden huhtikuussa.

Alan tutkimuksessa paikannettiin merkittäviä aukkoja. Viime vuosina Ruotsista on lähes kokonaan puuttunut terveystaloustieteellisesti tärkeitä kysymyksiä käsittelevä terveydenhuollon rahoituksen, tarjonnan, palvelutuotannon tehokkuuden ja tuottavuuden tutkimus.

Tutkijoilla ei ole ollut läheistä yhteistyötä ja vuoropuhelua terveydenhuollon päätöksentekijöiden kanssa. Tämä on osittain johtunut siitä, että tutkimusta on pääsääntöisesti tehty yliopistoissa ja yhteys terveydenhuollon käytäntöön on jäänyt liian vähäiseksi. Poikkeuksena on ollut vuonna 2002 perustettu lääkkeiden korvauslautakunta (Läkemedelsförmånsnämnden), joka on panostanut terveystaloustieteelliseen asiantuntemukseen huomattavasti enemmän kuin vastaava hintalautakunta Suomessa. Ruotsissa terveystaloustieteellistä tutkimusta tehdään yli 10 yliopistossa tai tutkimuslaitoksessa.

Merkittäviä suosituksia

Kansainvälinen arviointiryhmä suositteli pitkäaikaisen rahoituksen lisäämistä alan tutkimukseen sekä uuden terveystaloustieteeseen keskittyvän tutkimusyksikön perustamista. Tutkijoita rohkaistiin panostamaan rekistereitä hyödyntävään terveystaloustieteelliseen tutkimukseen.

Ruotsissa kuten myös Suomessa lääketeollisuus on kaapannut suuren osan alalle valmistuneista. Tämän takia kansainvälinen arviointiryhmä ehdotti, että lääketeollisuus osallistuisi alan koulutuksen rahoittamiseen. ■

Drummond Michael, Botten Grete, Häkkinen Unto, Pedersen Kjeld Møller. An evaluation of Swedish health economics research. Swedish council for working life and social research. Evaluation report. February 2006.



Kuopion yliopiston professori Hannu Valtonen kiittää professori Kersti Meesaaria onnistuneesta Tarton vierailusta. Tilat pohjoismaista kongressia varten ovat kunnossa.

kuva: Timo Hujanen

Viro kasvaa vauhdilla,

Virossa menee lujaa. Maan keskuspankin mukaan talous kasvaa tänä vuonna yli kahdeksan prosenttia. Työttömyys on vain reilut kaksi prosenttia eli kaikki kykenevät ovat töissä. Julkiset menot kasvavat seitsemän prosenttia. Huima kehitys vaikuttaa myös terveydenhuoltoon, jossa muutokset ovat voimakkaita ja vaihtelut suurempia kuin Suomessa.

Eriyisinä ongelmina ovat terveyteen liittyvä eriarvoisuus, huomattavan suuret erot sosioekonomisten ryhmien välillä ja kuolleisuuden kasvu. Päätöksenteon tueksi tarvittaisiin kipeästi lisätietoa. Taloudelliseen arviointiin on niukasti voimavaroja, mutta tahtoa ja halua

Drg:n käyttö laajenee Euroopassa

■ Kööpenhaminassa järjestettyyn pohjoismaiseen drg-asiantuntijoiden kokoukseen osallistui noin 600 alan ammattilaista. He tutustuivat uusiin ja ajankohtaisiin drg:n käytön sovelluksiin terveydenhuollon rahoituksessa, tuottavuusvertailuissa, palveluiden kehittämässä ja toiminnan ohjaamisessa.

Drg-järjestelmän käyttö sairaaloiden rahoituksessa on yleistymässä monissa Euroopan maissa. Professori **McGormickin** mukaan Englannissa vuonna 2004 käynnistynyt ”payment by results” -uudistus on edennyt kattamaan yhä suuremman osan sairaalapalveluista. Englannissa käytetään drg-laskutuksessa kansallista yksihintajärjestelmää, jossa hinnat perustuvat kaikista sairaaloista laskettuihin keskimääräisiin hintoihin 550 drg-ryhmässä. Sairaalalle voi muodostua yli- tai alijäämää riippuen sairaalan kustannustasosta. Sairaala voi investoida ylijäämän sopivaksi katsomallaan tavalla.

Tanskan kuntauudistuksessa esitetyssä uudessa laskutusmallissa sairaalat saavat tuloistaan jatkossa noin 50 prosenttia drg-laskutuksen perusteella. Viron sairausvakuutuskassa on asteittain lisännyt drg:n käyttöä ja nykyisin sairaaloiden saama korvaus perustuu palvelun todellisen kustannuksen ja drg-hinnan keskiarvoon. Tutkimuspäällikkö **Miika Linna** CHESSistä esitteli drg:n käytön taloudellisia näkökulmia suomalaisissa kuntalaskutusmallissa.

Drg:n käyttöön liittyvät ongelmat ja niiden ratkaisumallit ovat kaikissa maissa samankaltaisia. Tyypillisiä ratkottavia ongelmia ovat kalliit erityishoidot, sairaaloiden tutkimus- ja koulutustoiminta, alueelliset kustannustasoerot sekä laadun varmistus.

Lisätietoja Unto Häkkisen ja Miika Linnan Euro Observerissa 2005 julkaistussa artikkelissa: <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/Obsvol7no4.pdf>

ongelmana eriarvoisuus

kehittää Viroa on runsaasti.

Suomen terveystaloustieteen seuran delegaatio vieraili toukokuussa 2006 Tarton yliopistossa ja sai monipuolista tietoa naapurista. Muun muassa yliopistosta viime aikoina valmistuneista lääkäreistä varsin moni on suunnannut töihin Suomeen. Pula terveydenhuollon ammattilaisista orastaa myös Virossa.

Vuoden 2007 pohjoismaista Terveystaloustieteen kongressia suunnitellaan järjestettäväksi Tartossa. Tänä vuonna tutkijat tapaavat Kööpenhaminassa elokuussa.

Timo Hujanen

CHESSin uusimpia julkaisuja

Drummond M, Botten G, Häkkinen U, Pedersen K. M. An evaluation of Swedish health economics research. Swedish council for working life and Social research. Evaluation report, February 2006.

Häkkinen U, Martikainen P, Noro A, Nihtilä E, Peltola M. Hoito ennen kuolemaa: selittääkö kuoleman läheisyys terveydenhuoltomenoja? Teoksessa Klavus J (toim.). Terveystaloustiede 2006, Stakes, Työpapereita 2/2006, 27–29.

Klavus J, Linna M. Kansainvälisten terveydenhuoltomenojen vertailun ongelmia. Teoksessa Klavus J (toim.). Terveystaloustiede 2006, Stakes, Työpapereita 2/2006, 17–21.

Klavus J, Pekurinen M, Nguyen L, Häkkinen U. Väestön kokemukset, mielipiteet ja odotukset terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Teoksessa Mikko Kautto (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2006. Vaajakoski 2006, 185–203.

Linna M, Häkkinen U. Reimbursing for the costs of teaching and research in Finnish hospitals: stochastic frontier analysis. Int J Health Care Finance Econ 2006, 6, 83–97.

Linna M, Peltola M, Häkkinen U. Vaikuttaako toimintayksikön koko palveluiden yksikkökustannuksiin erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Klavus J (toim.). Terveystaloustiede 2006, Stakes, Työpapereita 2/2006, 14–16.

Nguyen L, Häkkinen U, Knuuttilla M. Terveys- ja elintapojen, sosioekonomisen aseman ja hammashoitopalvelujen käytön yhteys karieksen esiintymiseen. Teoksessa Klavus J (toim.). Terveystaloustiede 2006, Stakes, Työpapereita 2/2006, 69–73.

Pekurinen M. Mitä lihavuus maksaa? Duodecim 2006, 122, 1213–4.

Pekurinen M. Yhteinen vihollinen yhdistää. Dialogi 2006, 2, 15.

Pekurinen M, Junnila M, Idänpään-Heikkilä U, Wahlbeck K. Terveyspiiri – Eräs alueellisten sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen malli. Stakes, M222. Vaajakoski 2006.

Pekurinen M, Nguyen L, Häkkinen U, Hujanen T. Kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot – Onko koolla väliä? Teoksessa Klavus J (toim.). Terveystaloustiede 2006, Stakes, Työpapereita 2/2006, 11–13.

Roine S, Linna M, Marttila R, Koivisto K, Solismaa M, Puumalainen A, Railila M, Viljanen T, Roine R. Aivohalvauksen akuuttihoito Suomessa – resurssit ja hoitokäytännöt. Suomen Lääkäreilehti 5/2006, 451–457.

Salo H, Kilpi T, Sintonen H, Linna M, Peltola V, Heikkinen T. Cost-effectiveness of influenza vaccination of healthy children. Vaccine 2006, 24, 4934–4941.

Sintonen H, Pekurinen M. Terveystaloustiede. WSOY, Juva 2006.

Veihola M, Aroviita P, Linna M, Sintonen H, Kekomäki R. Variation of platelet production and discard rates in 17 blood centers representing 10 European countries from 2000 to 2002. Transfusion 2006, 46(6), 991–5.

Vitikainen K, Pekurinen M, Kiiskinen U, Mikkola H. Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Tupakoinnista aiheutuvien eliniänkaisten hoitokustannusten ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvien säästöjen arviointia. Stakes, Raportteja 1/2006. Helsinki 2006.

Pekurinen M. Pohjois-Karjalan terveystaloustiede. Vaihtoehtoja terveystalouteen toteuttamiseksi. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämisselvityksiä 22/2006. Helsinki 2006.



Markku Pekurinen, Maijaliisa Junnila, Ulla Idänpään-Heikkilä ja Kristian Wahlbeck.
Terveyspiiri – eräs alueellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli.
Tilausnumero M222, hinta 23 euroa.
Tilaukset puh. (09) 3967 2190 tai
Stakesin verkkosivuilta: www.stakes.fi/fi/julkaisut

TERVEYSPIIRI-kirja ilmestynyt

Kunta- ja palvelurakenteen uudistaminen haastaa koko sosiaali- ja terveystoimen pohtimaan uusia tapoja järjestää ja tuottaa ikääntyvän väestön tarvitsemat palvelut. Kirjassa kuvattava terveyspiiri on eräs vaihtoehto järjestää toimivat ja tehokkaat sosiaali- ja terveyspalvelut tulevaisuudessa.

Terveyspiiri-mallissa toteutuu pitkään tavoiteltu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä vanhusten palvelujen yhdistäminen toimivaksi kokonaisuudeksi, jossa korostuvat asiakaslähtöisyys ja saumattomat palvelukokonaisuudet. Terveyspiiri hahmotellaan yhden yksittäisen maakunnan, sairaanhoitopiirin tai muun maantieteellisen alueen kannalta ”alhaalta ylöspäin”, lähtien liikkeelle alueen väestön palvelujen tarpeesta. Lähestymistavassa korostuu kunnan asukkaita lähellä olevien terveydenhuollon ja sosiaalitoimen lähipalvelujen ja ennaltaehkäisyn ensisijaisuus.

Kirja tarjoaa perusteltuja näkemyksiä tulevaisuuden terveyspalvelujen ja vanhusten palvelujen järjestämisestä kiinnostuneille riippumatta siitä, tavoitellaanko terveyspiiriä, sitä laajempaa sosiaali- ja terveyspiiriä, nykyistä suurempaa kuntakokoa vai pelkästään sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä modernilla väestölähtöisellä tavalla. Kirja on tarkoitettu kaikille terveydenhuollon, vanhustenhuollon sekä koko sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä kiinnostuneille, niin valtakunnan, maakunnan, sairaanhoitopiirin kuin kuntatason päättäjille, viranhaltijoille, tutkijoille ja kehittäjille.

CHESSIN YHTEYSTIEDOT

Henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet:
etunimi.sukunimi@stakes.fi

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

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

Harriet Finne-Soveri, LT, geriatrian erikoislääkäri
erikoistutkija, puh. (09) 3967 2299

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

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

Maijaliisa Junnila, TtM
tutkija, puh. (09) 3967 2631; 050-367 0842

Iiris Juvonen, VTM, datanomi
atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2305

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

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

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

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

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

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

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

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

Mikko Peltola, VTM (kansantaloustiede)
atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2415

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

Mirja Savo, FM
atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2607

Marianna Savolainen, HSO
projekti sihteeri, puh. (09) 3967 2435
vv. -4.8.2006

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

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 CHESS

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

Päätoimittaja

Timo Hujanen, CHESS

Taitto ja layout

Workshop Pälvä Oy / Heikki Pälvä

Paino

Kainuun Sanomat Oy, Arkkipaino
Painos 2 000 kpl