

MARKKU PEKURINEN, HENNAMARI MIKKOLA,
ULLA TUOMINEN (TOIM.)

Hoitotakuun talous

– Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin,
toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Raili Silius

ISBN 978-951-33-2083-6 (nid.)

ISSN 1236-0740 (nid.)

ISBN 978-951-33-2084-3 (PDF)

ISSN 1795-8210 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

Tiivistelmä

Markku Pekurinen, Hennamari Mikkola, Ulla Tuominen (toim.). Hoitotakuun talous. Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakes, Raportteja 5/2008. 70 sivua, 20 euroa. Helsinki 2007. ISBN 978-951-33-2083-6.

Maaliskuussa 2005 voimaan astunut hoitotakuu kasvatti terveystenonja kertaluontoisesti 380 miljoonaa euroa. Lisämenoista 70 % suuntautui erikoissairaanhoidon ja loput perusterveydenhuoltoon. Suurin osa menolisäyksistä ajoittui hoitotakuun kahdelle ensimmäiselle vuodelle. Asukasta kohti hoitotakuuseen käytettiin noin 72 euroa, josta erikoissairaanhoidon 50 euroa ja perusterveydenhuoltoon 22 euroa.

Hoitotakuu ei ole muuttanut olennaisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon keskinäistä painotusta. Erikoissairaanhoidon osuus kunnallisen terveydenhuollon menoista on pysynyt vuodesta toiseen runsaassa 60 prosentissa ja perusterveydenhuollon vajaassa 40 prosentissa hoitotakuusta riippumatta.

Henkilöstörakenteessa ei ole tapahtunut hoitotakuuvuosina olennaisia muutoksia. Merkittävimmät muutokset koskettavat erikoissairaanhoidossa kirurgiaa, naistentauteja ja psykiatria ja perusterveydenhuollossa suun terveydenhuoltoa ja mielenterveystyötä.

Ostopalvelujen rooli on hoitotakuuvuosina selvästi kasvanut, mutta niiden osuus palvelutuotannon rahallisesta arvosta on vähäinen. Erikoissairaanhoidossa ostopalvelujen merkitys on kasvanut tasaisesti, mutta hoitotakuulla ei näytä olleen siihen suurta vaikutusta. Hoitotakuu lisäsi mainittavasti ostopalveluja vain suun terveydenhuollossa. Yksityisen sektorin rooli ostopalvelujen tuottajana on merkittävästi vahvistunut hoitotakuun aikana, erityisesti suun terveydenhuollossa ja mielenterveystyössä.

Hoitotakuu ei vähentänyt sairauspäiväraha korvauksia, vaan ne kasvoivat hoitotakuun kahden ensimmäisenä vuonna runsaat 58 miljoonaa euroa.

Sairaanhoitopiirit käyttivät taloudellisia kannusteita terveyskeskuksia aktiivisemmin hoitotakuun toteuttamiseksi. Useimmat sairaanhoitopiirit maksoivat henkilöstölle kannustepalkkioita, terveyskeskuksissa niitä käytettiin selvästi harvemmin.

Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat kouluttaneet henkilökuntaansa yhtenäisen hoidon perusteiden sisältöön ja käyttöön sekä hoidon perusteiden kirjaamiseen. Koulutus on ollut systemaattista siellä missä sitä on toteutettu, mutta kiireettömän hoidon perusteet eivät ole vielä sataprosenttisesti käytössä. Hoitotakuu on selvästi helpottanut hoidon suunnittelua ja edistänyt erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä.

Ei-kiireellisiin leikkauksiin pääsy on nopeutunut hoitotakuun myötä, erityisesti vuonna 2006, silti yli kuusi kuukautta jonottaneita oli tuolloin vielä yli 10 % kaikista leikatuiista.

Valtion ja kuntien hoitojonojen purkamiseen ohjaama jononpurkuraha ei kohdistunut täysimääräisesti niihin toimenpiteisiin, joissa hoitojonot ja jonotusajat olivat pisimmät, vaan rahat menivät osin muuhun palvelutuotantoon. Hoitotakuun voimaantulo ja sen toteutuksen valvonta vaikuttivat enemmän sairaaloiden tuotantoon kuin jononpurkurahat.

Alueelliset erot jonotetuissa kiireettömissä toimenpiteissä supistuivat hieman hoitotakuun myötä, mutta ovat edelleen merkittäviä. Hoitotakuu lisäsi ostopalveluja yksityiseltä sektorilta, mutta vähensi itse maksavien potilaiden toimenpiteitä.

Hoitotakuu ei tuonut suuria muutoksia jonotettujen toimenpiteiden saatavuuteen työ- ja eläkeikäisten välillä eikä myöskään sukupuolten välillä.

Avainsanat: Hoitotakuu, hoitotakuun kustannukset, leikkausjonot, kiireetön hoito, sairauspäivärahat

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	3
1 Hoitotakuun kolme ensimmäistä vuotta – Yhteenveto hoitotakuun keskeisistä taloudellisista ja toiminnallisista vaikutuksista <i>Markku Pekurinen, Hennamari Mikkola, Ulla Tuominen</i>	7
2 Kansainvälisiä kokemuksia hoitotakuusta – vertailussa Suomi, Ruotsi ja Iso-Britannia <i>Ulla Tuominen, Hennamari Mikkola</i>	13
3 Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin ja voimavaroihin <i>Markku Pekurinen, Ulla Tuominen, Hennamari Mikkola</i>	17
4 Hoitotakuun toiminnalliset vaikutukset erikoissairaan- hoidossa ja perusterveydenhuollossa <i>Ulla Tuominen, Markku Pekurinen, Hennamari Mikkola</i>	30
5 Jonotetut leikkaukset Suomessa 1998–2006 – hoitotakuun vaikutusten arviointia <i>Hennamari Mikkola, Mikko Peltola, Markku Pekurinen, Ulla Tuominen, Satu Kapiainen, Antti Malmivaara, Olli Nylander</i>	39

1 Hoitotakuun kolme ensimmäistä vuotta – Yhteenvedo hoitotakuun keskeisistä taloudellisista ja toiminnallisista vaikutuksista

MARKKU PEKURINEN
HENNAMARI MIKKOLA
ULLA TUOMINEN

Hoitotakuu on ollut voimassa pian kolme vuotta

Jonotusajat moniin ei-kiireellisiin toimenpiteisiin olivat Suomessa 2000 -luvun alussa olennaisesti pidempiä kuin monissa muissa kehittyneissä maissa. Vuoden 2005 maaliskuun alusta voimaan astuneen ns. hoitotakuun tavoitteena oli parantaa kiireettömän hoidon saatavuutta, lyhentää pitkiä jonotusaikoja ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä.

Hoitotakuulla pyrittiin turvaamaan hoidon oikea-aikainen saatavuus velvoittamalla kunnat järjestämään ensiarvio hoidon tarpeesta perusterveydenhuollossa 3 vuorokaudessa ja erikoissairaanhoidossa 3 viikossa lähetteen saapumisesta sekä hoitoon pääsy viimeistään 6 kuukaudessa siitä kun hoidon tarve on tullut todetuksi.

Hoitotakuulla pyrittiin ensisijaisesti lisäämään julkisten terveystalvelujen tarjontaa. Tarjonnan lisäämiseksi valtio ja kunnat suuntasivat lisäresursseja vuosina 2003-2004 yhteensä 50 miljoonaa euroa jonojen purkuun. Jononpurkurahojen lisäksi, hoitotakuulainsäädännöllä ja sen toteutumisen valvonnalla pyrittiin varmistamaan asetettujen tavoitteiden saavuttaminen. Tavoitteista näkyvin oli erikoissairaanhoidon pitkien leikkausjonojen purku.

Hoitotakuun vaikutuksia tutkittiin monipuolisilla aineistoilla

Tutkimme hoitotakuun vaikutuksia kunnalliseen terveydenhuoltoon ja sairausvakuutuksen maksamiin korvauksiin sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksille suunnatulla kyselytutkimuksella. Lisäksi hyödynsimme Stakesin ja Kansaneläkelaitoksen rekisteriaineistoja ja tilastoja.

Sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten näkemyksiä selvitimme laajalla kyselytutkimuksella Sairaanhoitopiirikyselyllä selvitimme hoitotakuun vaikutuksia erikoissairaanhoidon menoihin ja voimavaroihin kokonaisuutena ja erikoisaloittain vuosina 2002–2007. Terveyskeskuskyselyllä selvitimme hoitotakuun vaikutuksia perusterveydenhuollon menoihin ja henkilöstörakentee-

seen kokonaisuutena ja toiminnoittain erikseen avosairaanhoidossa, suun terveydenhuollossa ja mielenterveystyössä. Lisäksi kartoitimme ostopalvelujen käyttöä ja niiden roolia hoitotakuun toteuttamisessa.

Selvitimme myös, miten hoitotakuu on vaikuttanut henkilöstön palkkaus- ja kannustejärjestelmiin, miten sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat tehostaneet palvelutuotantoaan ja muuttaneet toimintatapojaan hoitotakuun toteuttamiseksi. Lisäksi selvitimme, miten yhtenäisen hoidon perusteet ovat vaikuttaneet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon käytännön toimintaan sekä millaisia kehittämistarpeita niissä on kahden vuoden käyttökokemuksen jälkeen. Tiedustelimme erikseen sairaanhoitopiirien hallitusten näkemystä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön kehittymisestä.

Erikoissairaanhoidosta kattavasti tietoja – myös perusterveydenhuollosta aikaisempaa kattavammat tiedot

Tutkimuksessa käyttämämme kyselyaineisto on erikoissairaanhoidon tietojen osalta kattava, vain yksi sairaanhoitopiiri ei pystynyt tietoteknisten ongelmien vuoksi tuottamaan tarvittavia taloustietoja. Erikoissairaanhoitoa koskevia tietoja voidaan pitää hyvin koko alaa edustavina. Perusterveydenhuollosta keräsimme tutkimustamme varten aikaisempaa laajemman ja monipuolisemman aineiston. Aineistomme kattoi yli puolet maan terveyskeskuksista ja kunnista ja noin 75 % koko maan väestöstä ja perusterveydenhuollon nettomenoista. Pienet terveyskeskukset ja kunnat olivat aikaisempaa paremmin edustettuina. Niinpä perusterveydenhuoltoa koskevat tulokset antavatkin aikaisempaa maltillisemmän ja todennäköisesti myös luotettavamman kuvan hoitotakuun vaikutuksesta perusterveydenhuollon menoihin ja toimintaan.

Toteutimme yksityiskohtaisen rekisterianalyysin jonotetuimmasta leikkauksesta

Tutkimme hoitotakuun vaikutuksia 14 jonotetuimman kiireettömän leikkauksen jonotusaikaan, leikkausten määrään ja alueelliseen vaihteluun Stakesin ylläpitämän hoitoilmoitusrekisterin tiedoista. Arvioimme myös, miten hoitotakuu vaikutti yksityissektorilla tehtyjen leikkausten määrään ja sairausvakuutuskorvauksiin Kansaneläkelaitoksen tuottamien rekisteritietojen avulla.

Hoitotakuu on lisännyt terveydenhuollon menoja tilapäisesti

Hoitotakuu kasvatti terveysmenoja 380 miljoonaa euroa

Terveydenhuollon kokonaisuudet ovat hoitotakuun johdosta jonkun verran kasvaneet. Valtion ja kuntien 50 miljoonan jononpurkurahojen lisäksi kunnat ovat investoineet merkittävän rahasumman hoidon saatavuuden parantamiseen, kaiken kaikkiaan 380 miljoonaa euroa vuosina 2002–2007. Kun sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat hoitotakuun kolmen ensimmäisen vuoden aikana muuttaneet toimintatapojaan ja hoitokäytäntöjään merkittävästi kiireettömän hoidon saatavuuden parantamiseksi, on ilmeistä, että hoitotakuun toteuttamisen vaatima lisäpanostus jää väliaikaiseksi sitä mukaa, kun hoitotakuusta tulee osa kunnallisten palvelujen tuottajien normaalia toimintaa. Tätä käsitystä tukee se, että sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten ilmoittaman erillisrahoituksen tarve on supistunut nopeasti vuodesta 2005.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon painotus ei ole muuttunut

Hoitotakuu ei ole muuttanut olennaisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon keskinäistä painotusta, päinvastoin kuin ennen hoitotakuuta käydyssä keskustelussa pelättiin. Myöskään ennaltaehkäisevän työn rooli ei ilmeisesti ole muuttunut olennaisesti. Erikoissairaanhoidon osuus kunnallisen terveydenhuollon menoista on pysynyt vuodesta toiseen runsaassa 60 prosentissa ja

perusterveydenhuollon vajaassa 40 prosentissa hoitotakuusta riippumatta. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menot ovat kasvanet jokseenkin samaan tahtiin vuodesta toiseen.

Operatiivisen toiminnan osuus on hieman kasvanut

Operatiivisen toiminnan osuus erikoissairaanhoidon toiminnasta on hoitotakuuvuosina hieman kasvanut ja psykiatrian ja naistentautien laskenut. Hoitotakuun roolia tässä kehityskulussa on kuitenkin vaikea eritellä luotettavasti.

Henkilöstörakenteessa ei ole tapahtunut olennaisia muutoksia

Erikoissairaanhoidon rakenteessa ei ole työvoimaosuuksilla tarkasteltuna tapahtunut hoitotakuuvuosina suuria muutoksia. Merkittävimmät muutokset koskettavat kirurgiaa, naistentauteja ja psykiatria. Kirurgian osuus lääkäri työvoimasta nousi selvästi hoitotakuuta edeltäneenä vuonna 2004 ja on pysytellyt sen jälkeen samalla tasolla. Tämä tukee käsitystä operatiivisen toiminnan hienoisesti kasvaneesta roolista erikoissairaanhoidossa. Psykiatrian osuus erikoissairaanhoidon työvoimasta on laskenut tasaisesti, mutta selkeämmin vuodesta 2004. Tämä selittyy yksityisen sektorin kasvaneella vetovoimalla.

Myöskään perusterveydenhuollon henkilöstörakenteessa ei ole tapahtunut hoitotakuuvuosina olennaisia muutoksia. Mainittavimmat muutokset koskettavat suun terveydenhuoltoa ja mielenterveystyötä, nekin vasta suunniteltuja muutoksia vuonna 2007. Hammaslääkäreiden osuuden suun terveydenhuollon henkilöstöstä arvioitiin tuolloin hieman laskevan ja muun hoitohenkilökunnan, suuhygienistien vastaavasti kasvavan. Tämä vastaa jossain määrin sitä, millaisia työnjaollisia muutoksia suun terveydenhuollossa uskotaan tapahtuneen. Hammaslääkäreiden ja -hoitajien työnjaossa ei siis toistaiseksi ole tapahtunut, terveystieteiden ilmoittamien tietojen valossa, kovin merkittäviä muutoksia koko maan tasolla. Yksittäisissä terveystieteiden ammatiryhmien työnjakoa on voitu muuttaa hyvinkin paljon.

Ostopalvelujen rooli on kasvanut – hoitotakuusta riippumatta

Hoitotakuuvuosina ostopalvelujen rooli on selvästi kasvanut, mutta niiden osuus palvelutuotannon rahallisesta arvosta ei ole edelleenkään kovin suuri. Suurin merkitys ostopalveluilla on mielenterveystyössä ja avosairaanhoidossa, yli 10 % kokonaismenoista. Erikoissairaanhoidossa ostopalvelujen merkitys on kasvanut tasaisesti, mutta hoitotakuulla ei näytä olleen siihen merkittävää vaikutusta.

Hoitotakuu näytti lisäävän erityisesti suun terveydenhuollon ostopalveluja. Käytännössä kunnallinen suun terveydenhuolto avattiin vasta vuonna 2002 vanhemmille ikäryhmille. Suun terveydenhuollossa kunnallinen tarjonta ei ole vielä saavuttanut kysyntää vastaavaa tasoa. Tämän vuoksi hoitotakuu todennäköisesti vauhditti ostopalveluja erityisesti suun terveydenhuollossa. Perusterveydenhuollossa on kuitenkin vaikea erottaa tarkasti hoitotakuun vuoksi hankittuja palveluja muista ostopalveluista. Muun muassa työvoimapulan vuoksi useat kunnat ovat viime vuosina lisänneet ostopalvelujen käyttöä esimerkiksi avosairaanhoidon lääkäripalvelujen järjestämisessä hoitotakuusta riippumatta. Sairaanhoidopiirit arvioivat hoitotakuun vuoksi tehtyjen hankintojen jääneen vähäisiksi.

Merkittävin hoitotakuun tuoma muutos on tapahtunut yksityisen sektorin asemassa. Yksityisen sektorin rooli ostopalvelujen tuottajana on merkittävästi vahvistunut hoitotakuun aikana, erityisesti suun terveydenhuollossa ja mielenterveystyössä.

Hoitotakuu ei vähentänyt sairauspäiväraha korvauksia

Hoitotakuun odotettiin säästävän merkittävästi sairauspäivärahojen vuoksi maksettavia sairauspäiväraha korvauksia. Näin ei kuitenkaan ole käynyt. Korvattujen sairauspäivien kokonaismäärä

kasvoi hoitotakuun kahtena ensimmäisenä vuonna selvästi ja niiden johdosta maksetut sairauspäiväraha korvaukset runsaat 58 miljoonaa euroa.

Hoitotakuu on vähentänyt yksityisten hammaslääkäripalvelujen käyttöä, mutta ei todennäköisesti yksityislääkäripalvelujen käyttöä. Kaiken kaikkiaan yksityisten lääkäri- ja hammaslääkärikäyntien johdosta maksetut sairausvakuutus korvaukset laskivat hoitotakuun kahden ensimmäisen vuoden aikana lähes 9 miljoonalla eurolla. Hoitotakuulla ei todennäköisesti ole ollut mainittavaa vaikutusta lääkekorvausten kokonaismäärän kehitykseen.

Hoitotakuu on edistänyt erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä

Sairaanhoitopiirit käyttivät taloudellisia kannusteita terveyskeskuksia aktiivisemmin

Useimmat sairaanhoitopiirit maksoivat henkilöstölle kannustepalkkioita hoitotakuun toteuttamiseksi. Terveyskeskuksissa kannustepalkkiot olivat selvästi harvemmin käytössä. Kaksi sairaanhoitopiiriä kolmesta teetti henkilöstöllä hoitotakuun vuoksi ylityksiä, terveyskeskuksista vain 4–13 % toiminnosta riippuen. Suurin osa sairaanhoitopiireistä (60 %) maksoi virkaehtosopimusta korkeampia ylityskorvauksia. Sopimusehtoja korkeampi ylityskorvaus tai tulospalkkio oli käytössä vain noin 15 % terveyskeskuksista.

Henkilöstöä on perehdytetty yhtenäisen hoidon perusteisiin

Hoitotakuun toteuttamiseksi sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat kouluttaneet henkilökuntaansa yhtenäisen hoidon perusteiden sisältöön ja käyttöön sekä hoidon perusteiden kirjaamiseen. Koulutus on ollut systemaattista siellä missä sitä on toteutettu, mutta hoidon perusteet eivät ole vielä sataprosenttisesti käytössä. Yhtenäisen hoidon perusteet eivät olleet vielä tutkimusta tehtäessä käytössä kolmessa sairaanhoitopiirissä ja runsaassa 20 terveyskeskuksessa.

Yhtenäisen hoidon perusteet ovat parantaneet yhteistyötä ja helpottaneet hoidon suunnittelua

Yhtenäiset hoidon perusteet ovat selkeyttäneet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä sekä helpottaneet muun muassa hoitoketjujen ja käypähoitosuosituksen ansiosta hoidon suunnittelua ja priorisointia. Terveyskeskusten alueelliset järjestämissuunnitelmat ovat tukeneet alueellista yhteistyötä ja erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon palvelujen yhteensovittamista.

Ei-kiireellisiin leikkauksiin pääsy on nopeutunut hoitotakuun myötä

Jonotusajat lyhenivät erityisesti vuonna 2006

Vasta hoitotakuun voimaantulo vuonna 2005 ja sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämä säännöllinen jonotilanteen seuranta ja raportointi vauhdittivat hoitojonojen lyhenemistä. Ensimmäisenä hoitotakuuvuonna 2005 lähes kaikissa pisimpään jonotetuissa leikkauksissa päästiin jo keskimäärin alle kuuden kuukauden jonotusaikaan. Vuonna 2006 jonotusaikojen lasku oli jo erittäin huomattava, yli kuusi kuukautta jonottaneiden leikkattujen potilaiden määrä laski yli 40 % edellisvuodesta. Toisaalta vuonna 2006 yli kuusi kuukautta jonottaneita oli vielä yli 10 % kaikista leikatuista eli 16 000 potilasta. Näiden potilaiden hoito ei vielä toteutunut lain määräämässä ajassa.

Jononpurkurahat olisi voitu hyödyntää tehokkaammin

Valtion ja kuntien hoitajonon purkamiseen vuosina 2003-2004 ohjaama 50 miljoonan euron korvamerkitty erillisrahoitus, ns. jononpurkuraha, ei näytä kohdentuneen täysimääräisesti juuri niihin toimenpiteisiin, joissa hoitojonot ja jonotusajat olivat pisimmät. Kuntien laskennallisten menojen perusteella näyttää siltä, että jononpurkurahat menivät osin muuhun palvelutuotantoon. Kun suurimmat voimavaralisäykset tapahtuivat vasta hoitotakuun ensimmäisenä vuonna ja sen jälkeen, näyttää siltä, että hoitotakuulain voimaantulolla ja sen toteutuksen valvonnalla oli enemmän vaikutusta sairaaloiden tuotantoon kuin varsinaisilla jononpurkurahoilla.

Hoitotakuu lisäsi erityisesti tekonivelkirurgian ja ortopedisten leikkausten saatavuutta

Hoitotakuun voimaantulo näyttää lisänneen eniten ortopedisten leikkausten määrää. Hoitotakuun ensimmäisenä vuonna polven tekonivelleikkausten määrä kasvoi 37 % ja lonkan tekonivelleikkausten määrä 18 %. Kuntien laskennallisten menojen perusteella voimavaroja lisättiin eniten tekonivelleikkauksiin, vuonna 2005 yhteensä runsaat 24 miljoonaa euroa. Vuonna 2006 voimavaroja suunnattiin edelleen erityisesti ortopedisiin toimenpiteisiin.

Alueelliset erot supistuivat hieman, mutta ovat edelleen merkittäviä

Useimpien jonotettujen toimenpiteiden leikkausmäärien alueellinen vaihtelu väheni 1998–2006. Hoitotakuun voimaantulo ja sen myötä käyttöön otetut yhtenäisen hoidon perusteet näyttäisivät hieman kaventaneen alueellisia eroja tässä tutkimuksessa tarkastelluissa toimenpiteissä. Lisäksi hoitotakuun voimaantulo on todennäköisesti vauhdittanut hoitokäytäntöjen muutosta lisäämällä avohoidon osuutta suhteessa vuodeosastohoitoon.

Hoitotakuu lisäsi ostopalveluja, mutta vähensi itse maksavien potilaiden toimenpiteitä

Hoitoilmoitustietojen perusteella hoitotakuu näyttäisi vaikuttaneen samalla tavalla suotuisasti yksityissektorin toimintaan kuin lääkärilakko muutamaa vuotta aiemmin. Vuoden 2001 lääkärilakon tuoman nopean kasvun jälkeen yksityisen sektorin markkinaosuus jäi pysyvästi aiempaa hieman korkeammalle tasolle. Tästä osan selittää tekonivelkirurgian tarjonnan kasvu. Läheteisiin perustuvassa tarkastelussa hoitotakuu selvästi lisäsi julkisen sektorin ostoja yksityissektorilta erityisesti tekonivelleikkauksissa. Muiden jonotettujen toimenpiteiden ostot yksityiseltä sektorilta olivat huomattavasti vähäisempiä.

Koska sairausvakuutustietojen perusteella itse maksavien potilaiden osuus laski jonkin verran hoitotakuun jälkeisenä aikana, voidaan päätellä, että hoitotakuu vaikutti suotuisasti yksityissektoriin erityisesti sairaanhoitopiirien ostopalvelujen lisääntymisen myötä. Tässä tarkasteltujen 14 jonotetun toimenpiteen sairausvakuutuskorvausten vähenemisen myötä sairausvakuutus säästi vajaat miljoona euroa, ainakin tilapäisesti.

Työikäisiä ei priorisoitu

Jonotettujen toimenpiteiden saatavuusongelma kohdistui pääasiassa työikäiseen väestöön. Suurin osa aineistomme toimenpiteistä tehtiin juuri työikäisille, lukuun ottamatta kaihi- ja tekonivelleikkauksia. Eläkkeellä olevien kaihi- ja tekonivelleikkaukset ovat todennäköisesti helpottaneet itsenäistä selviytymistä ja vähentäneet kotihoidon sekä laitoshoidon tarvetta. Hoitotakuu ei tuonut suuria muutoksia jonotettujen toimenpiteiden saatavuuteen työ- ja eläkeikäisten välillä eikä myöskään sukupuolten välillä. Aineistomme leikkausmäärien muutosten tarkastelun perusteella mitään erityistä työikäisten priorisointia ei ollut hoitotakuun myötä havaittavissa. Kokonaisuudessaan hoitotakuun voimaantulon myötä missään toimenpideryhmässä miesten tai naisten osuus ei muuttunut merkittävästi.

Säästöt sairauspäivärahoissa jäivät vähäisiksi

Hoitotakuun voimaantuloa perusteltiin aikoinaan myös sillä, että sairausvakuutus voisi säästää sairauspäivärahoissa, kun työkäiset pääsisivät nopeammin hoitoon. Tässä tarkasteltujen 14 jonotetun toimenpiteen osalta tilapäinen säästö sairauspäivärahoissa oli suunnilleen samaa luokkaa kuin säästöt sairausvakuutuskorvauksissa eli vajaan miljoona euroa. Hoitotakuun tuoma yhteensä vajaan 2 miljoonan euron säästö näiden 14 toimenpiteen sairausvakuutuskorvauksissa vaikuttaa varsin vähäiseltä, jos sitä verrataan vaikkapa valtion ja kuntien jonojen purkamiseen suuntaamiin noin 50 miljoonan euron korvamerkittyihin ns. jononpurkurahoihin.

Rekisteritietojen keruussa parannettavaa

Rekisteritiedoissa puutteita

Hoitoilmoitusrekisterin jonotietoja on käytetty tätä ennen melko niukasti sekä tutkimuksessa että terveydenhuollon päätöksenteossa. Osin tämä johtuu rekisterin jonotietojen puutteista, muun muassa puuttuvien tietojen suuresta määrästä, sekä sairaalajonon määritelmiin liittyvistä ongelmista. Sairaaloiden välillä on eroja jonon määritelmässä sekä jonoon asettamiskriteereissä. Sairaanhoidopiirien tietojärjestelmiin ei myöskään merkitä kaikkien potilaiden jonoon asettamispäivämääriä eivätkä sairaanhoidopiirit ole toimittaneet kaikkia jonotietojaan hoitoilmoitusrekisteriin.

Vielä heikompi tilanne on hoitoilmoitusrekisteriin ilmoitettujen kuntien maksuosuustietojen kattavuuden osalta. Aineistomme toimenpiteistä vain noin 40 % oli merkitty kunnan maksuosuus. Molemmat tiedot, sekä tieto jonoon asettamispäivämäärästä että kuntalaskutustieto, olisivat terveyspolitiikan valmistelun ja päätöksenteon sekä terveystaloustieteellisen tutkimuksen kannalta erittäin hyödyllisiä.

Tutkimuksemme perusteella voidaan arvioida, että hoitoilmoitusaineistosta puuttuu vähintäänkin noin 4 000 yksityisellä sektorilla tehtyä jonotettua toimenpidettä. Tämä vaikuttaa jonkin verran esimerkiksi alue-erojen tarkasteluun joidenkin toimenpideryhmien kuten kaihi- ja suonikohjuleikkausten osalta. Kansaneläkelaitoksen tietojen perusteella voidaan arvioida, että suurin osa yksityissektorin tarjonnasta sijaitsee suurimmissa kaupungeissa. Hoitoilmoitustietojen puutteellisuus johtuu siitä, että kaikki yksityiset lääkäriasemat eivät ilmoita päiväkirurgisia toimenpiteitään hoitoilmoitusrekisteriin.

Rekisteritietojen käyttökelpoisuus on puutteista huolimatta kohtuullinen

Huolimatta hoitoilmoitusaineistoon liittyvistä puutteista, erityisesti koko maan kattavia analyyseja voidaan pitää luotettavina, koska havaintojen määrä aineistossa on erittäin suuri. Alueellisissa tarkasteluissa aineiston puutteet erityisesti jonotusajoissa on otettava huomioon. Puutteellisten kuntalaskutustietojen johdosta pidättäydyimme kuntien menojen alueellisista tarkasteluista. Vaikka hoitoilmoitusaineistosta puuttuu yksityissektorilla tehtyjä toimenpiteitä, Kansaneläkelaitoksen aineistolla täydennettynä myös arvioita hoitotakuun vaikutuksista yksityissektorin toimintaan voidaan pitää kohtuullisen luotettavina.

2 Kansainvälisiä kokemuksia hoitotakuusta – vertailussa Suomi, Ruotsi ja Iso-Britannia

ULLA TUOMINEN
HENNAMARI MIKKOLA

Johdanto

Suomen terveydenhuollossa tehtiin vuonna 2005 merkittävä terveystaloudellinen uudistus, lainsäädäntöä muutettiin niin, että tavoitteena oli turvata kansalaisille kiireetön hoitoon pääsy samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta. Käytännössä uudistus toteutettiin ottamalla käyttöön kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajat ja yhtenäiset hoitoon pääsyn perusteet (STM 2005). Useissa maissa terveyspalveluiden saatavuutta on pyritty parantamaan myös vastaavilla lainsäädännöllisillä uudistuksilla. Norjassa hoitotakuujärjestelmä otettiin käyttöön vuonna 1990, Ruotsissa 1992 (Tambour 1997), Tanskassa 1993, Iso-Britanniassa vuonna 1996 ja Suomessa Pohjoismaista viimeisenä vuonna 2005. Hoitotakuu-uudistusten tavoitteena on 1) rajoittaa hoitokustannusten kasvua, 2) lisätä tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta palveluiden käytössä sekä 3) parantaa terveyspalveluiden saatavuutta (Saltman & Figueras 1997).

Tämän tiiviin katsauksen tavoitteena on tarkastella, millaisia kokemuksia hoitotakuusta on kansainvälisten tutkimusten perusteella ja minkälaista taloudellista arviointia siitä on tehty. Erityisesti pohditaan hoitotakuun tavoitteita, vaikutuksia ja toimivuutta.

Katsauksen aineistona on käytetty keskeisiä kansainvälisiä tutkimuksia, raportteja ja selvityksiä. Katsaukseen valittujen maiden Ruotsin, Suomen ja Iso-Britannian terveydenhuoltojärjestelmät ovat pääosin yhdenmukaisia. Suurimmat erot terveydenhuoltojärjestelmissä ovat terveydenhuollon tuotannon eri hallintotasojen määrissä, tehtävissä, työnjaossa ja valinnanmahdollisuuksissa.

Tulokset

Tutkimusten mukaan hoitotakuun tavoitteena on ollut muun muassa puuttua tilapäisen rahoituksen avulla odotusaikojen ongelmakohtiin, puuttua sairaaloiden tuottavuutta koskeviin rajoituksiin, panostaa johtamiskannusteiden odotusaikoihin, kehittää ajanvaraus- ja hoidonvarausjärjestelmää sekä pyrkiä palkkioperusteiseen lisärahoitukseen.

Tutkimuksissa tarkastellaan usein myös odotusaikaa, jolla tarkoitetaan kotona tapahtuvaa odotusaikaa hoitojonoon hyväksymisen ja sairaalaan kutsumisen välillä (Propper ym. 2002).

Tutkimukset käsittelevät myös jonottamisesta aiheutuvan työajan menetyksen kustannuksia, mutta harvoissa tutkimuksissa analysoidaan sekä kotona että sairaalassa tapahtuvia odotusaikoja ja niiden kustannuksia (McCarthy ym 2000).

Hoitokustannusten ja hoitojonojen kasvun hallinta

Pitkät hoitojonot ovat perinteisesti toimineet julkisesti rahoitetun terveydenhuoltojärjestelmän kysynnän ja tarjonnan keskeisenä säätelykeinona. Tämä säätelykeino osittain poistui hoitotakuun voimaan tultua, jolloin jouduttiin laatimaan uusia strategioita ja kriteereitä (mm. yhtenäisen hoidon perusteet) vähentämään terveystalouden kysyntää sekä tarjontaa. Erikoissairaanhoidon hoitojonoja on tarkasteltavissa maissa purettu valtion lisärahoituksella ja tilapäisellä rahoituksella (Hanning 1996, Jacobs ym.2003).

Suomessa hoitotakuun tarpeellisuutta perusteltiin muun muassa kustannussäästöillä. Terveystalouden kokonaiskustannusten arvioidaan vähenevän, kun kustannuksia aiheuttava hoidon jonotusaika lyhenee. Säästöjä syntyy esimerkiksi sairausvakuutuksen maksamissa sairauspäivärahoissa, työkyvyttömyyseläkkeissä, yksityislääkärin palkkioissa, lääkekuluissa sekä kunnallisen kotipalvelun ja perusterveydenhuollon menoissa.

Jo ennen hoitotakuun voimaan tuloa eri maiden terveydenhuollossa rakennettiin sisäisiä markkinoita ja hankittiin ostopalvelusopimuksilla palveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta pitkien hoitojonojen purkamiseksi. Tällaisten markkinamekanismien käytön odotetaan parantavan terveydenhuollon tehokkuutta ja säästävän kustannuksia. Kilpailuttamiseen, sopimusmenettelyyn ja sopimusten valvontaan liittyvät kustannukset voivat kuitenkin ylittää kilpailuttamisella saavutettavat säästöt, jolloin kokonaiskustannukset voivat myös nousta. Markkinamekanismien käyttö on lisännyt tuottajien välistä kilpailua, mutta se voi myös lisätä potilaiden eriarvoisuutta ja valikoitumista (Jacobs ym 2003, Evans 1997).

Valinnanvapaus ja oikeudenmukaisuus

Kansainvälisesti merkittävä tavoite hoitotakuulla on ollut muun muassa terveydenhuollon asiakkaan valinnanmahdollisuuksien lisääminen ja oikeudenmukaisuuden parantaminen. Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa painottaa sitä, kohdistuvatko palvelut potilaiden todellisen tarpeen vai taloudellisen tilanteen vai kotipaikan mukaan. Potilaiden valinnanvapautta on eri maissa toteutettu hyvin eri tavoin. Ruotsissa ja Iso-Britanniassa voi valita hoitopaikan toiselta paikkakunnalta tai yksityisellä sektorilla, mutta Suomessa potilaan mahdollisuus valita hoitopaikka julkisella sektorilla on vielä vähäistä. Viime vuosina sairaanhoitopiirit ovat tosin solmineet keskenään sopimuksia, joiden mukaan potilas voi hakeutua hoitoon useamman sairaanhoitopiirin sairaalaan. Esimerkiksi Lapin, Keski-Pohjanmaan, Kainuun ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin asukkaat voivat hakeutua hoitoon näiden sairaanhoitopiirien sairaaloissa (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2007).

Yleisesti voidaan todeta, että keskeisiä valinnan kohteita terveydenhuollon asiakkaiden valinnanvapaudesta käydyssä keskustelussa ovat olleet muun muassa seuraavat tekijät: potilaan oikeus valita hoitava lääkäri, potilaan oikeus valita hoitoa antava sairaala, mahdollisuus hoitoon toisella paikkakunnalla (alueella) tai yksityisessä terveydenhuollossa, mahdollisuus saada toisen lääkärin arvio terveydentilasta sekä läpinäkyvät jonotuslistat ja mahdollisuus seurata jonotustietoja.

Palveluiden saatavuus

Vastuu palveluiden järjestämisestä, saatavuudesta ja määrästä on Suomessa kunnilla, mutta tuottamisvastuuta on siirretty osin yksityisille organisaatioille. Kunnat ovat myös jäsenenä sairaanhoitopiireissä, joilta ne hankkivat erikoissairaanhoidon palvelut.

Taulukko 1. Palveluiden saatavuuteen liittyviä määräaikoja

Palveluiden saatavuus/ hoitoon pääsy	Suomi	Ruotsi	Iso-Britannia
Välitön yhteys	Saman päivän aikana	Saman päivän aikana	Saman päivän aikana
Hoidon arvioija	Terveystieteiden ammattilainen (hoitaja tai lääkäri)	Terveystieteiden ammattilainen (hoitaja tai lääkäri)	Terveystieteiden ammattilainen (hoitaja tai lääkäri)
Yleislääkärin tai perusterveydenhuollon vastaanotolle	Hoidon tarpeen arviointi 3 vuorokaudessa yhteydenotosta Hoitoon pääsy viimeistään 3 kuukaudessa siitä kun hoidon tarve on tullut todetuksi	Takuu yleislääkärille pääsystä 8 päivän kuluessa hoitoon hakeutumisesta	Lääkärille 48 tunnin sisällä
Erikoislääkärin vastaanotolle	Hoidon tarpeen arviointi 3 viikossa lähteen saapumisesta Hoitoon pääsy viimeistään 6 kuukaudessa siitä kun hoidon tarve on tullut todetuksi	Ohjaus tarvittaessa erikoislääkärille ja toimenpide 3 kuukauden sisällä hoitopäätöksestä	Tavoite poliklinikalle alle kolmessa kuukaudessa ja erikoissairaanhoidon sairaalahoitoon 6 kuukaudessa Katto jonotusajalle 9 kuukaudesta 18 kuukauteen.

Palveluiden saatavuuteen liittyvät määräajat ovat perusajatukseltaan samankaltaiset tässä tarkastelluissa maissa. Kaikissa maissa perusterveydenhuolto vastaa ensimmäisestä yhteydenotosta ja sen on tarjottava apua, joko puhelimitse tai potilaskäynnillä (taulukko 1).

Pohdinta

Edellä tarkasteltiin hoitotakuun tavoitteita ja toimivuutta valinnanvapauden, oikeudenmukaisuuden ja hoitokustannusten hallinnan näkökulmasta. Hoitotakuun toteutus ja suunnittelu on kaikissa tarkastelluissa maissa hieman erilaisessa vaiheessa. Yhteistä maiden terveydenhuoltojärjestelmille on se, että hoitotakuun toteutus on rahoitettu verovaroin ja valtion tilapäisellä erillishoidotuksella. Suomessa kunnat ovat kantaneet päävastuun hoitotakuun rahoituksesta, valtio on osallistunut hoitotakuun toteutukseen tukemalla hoitajajoukkojen purkua ns. jononpurkurahoilla.

Hoitotakuun taloudellista arviointia ovat vaikeuttaneet rekistereiden ja tietojärjestelmien reaaliaikaisuuden puute. Jokainen sairaala kokoo esimerkiksi jonotietoja lähinnä omiin tarpeisiinsa. Suomessa tosin jonotietoja kerätään Stakesin toimesta keskitetysti. Iso-Britanniassa viranomaiset julkaisevat kaikkien kansalaisten nähtävillä reaaliaikaisia tietoja eri sairaaloiden jonotusajoista kaikille avoimilla Internet-sivuilla.

Kansainvälisissä vertailuissa on myös havaittu, että tilapäisen jononpurkurahoituksen loputtua hoitajajoukot ovat alkaneet uudelleen kasvaa (Hanning 1996, Hanning & Spångberg 2000).

Hoitotakuuta on pyritty toteuttamaan organisoimalla uudelleen palvelutuotantoa ja siirtämällä valtaa ja vastuuta kunta- ja paikallistasolle.

Ruotsin, Iso-Britannian ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmillä on oma erityinen historiansa. Erilainen pitkä perinne voi osaltaan selittää sitä, että saman tavoitteen, hoitotakuun, toteuttaminen onnistuu eri maissa hyvin eri tavoin, vaikka keinot näyttäisivätkin olevan melko samanlaisia.

Lähteet

- Evans R. Health care reform: Who's selling the market, and why? *Journal of Public Health Medicine* 1997; 18: 45–49.
- Hanning M. Maximum waiting time guarantee- an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy* 2000; 52: 15–32.
- Hanning M, Winblad Spångberg U. Maximum Waiting time - a threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times. *Health Policy* 2000; 52: 15–32.
- Jacobs R, Martin S, Rice N, Smith P. Waiting for health care. A summary of evidence in UK. Centre for health economics. University of York. 2003.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin hallitus 2007.
- McCarthy K, McGee H, O'Boyle C. Outpatient clinic waiting times and non-attendance as indicators of quality. *Psychology, Health and Medicine* 2000; 5:3.
- NHS and Community Care Act 1990
- Propper C, Croxson B, Shearer A. Waiting times for hospital admission: the impact of GP found holding. *Journal of Health Economics* 2002; 227–253.
- Saltman R, Figueras J. European health care reform. Analysis of current strategies. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen 1997.
- STM Lait 855- 858, Asetus 1019/2004; HE 77/2004 vp; STM 2005.
- Tambour M. The impact of health care policy initiatives on productivity. *Health Economics* 1997;6: 57-70.

3 Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin ja voimavaroihin

MARKKU PEKURINEN
ULLA TUOMINEN
HENNAMARI MIKKOLA

Johdanto

Kiireettömän hoidon saatavuuden enimmäisaikoja koskevat kansanterveyslain, erikoissairaanhoidon potilaslain ja asiakasmaksulain muutokset tulivat voimaan 1.3.2005. Lakimuutosten tavoitteena on turvata kansalaisille kiireettömään hoitoon pääsy samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta. Sairaanhoidopiiri vastaa alueellaan laissa säädetyn erikoissairaanhoidon järjestämisestä asukkaille yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein (Lait 855–858; Asetus 1019/2004; HE 77/2004 vp).

Hoitoon pääsyn turvaava lainsäädäntö, niin sanottu hoitotakuu, on merkittävin terveydenhuoltoa koskeva uudistus sitten vuoden 1993 kuntien valtionosuusuudistuksen. Käytännössä uudistus toteutettiin ottamalla koko maassa käyttöön kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajat ja yhtenäiset hoitoon pääsyn perusteet (Lait 855–858, Asetus 1019/2004; HE 77/2004 vp; STM 2005).

Kunnilla, terveyskeskuksilla ja sairaanhoidopiireillä oli runsaasti aikaa valmistautua hoitotakuuseen. Monissa kunnissa ja sairaanhoidopiireissä käynnistettiin lääkärin ja hoitajien työnjakoa järjeistäviä hankkeita (STM työryhmä 091:00/2002). Valtion ja kuntien 50 miljoonan euron erillisrahoitus, ns. jonopurkuraha, hoitojonojen lyhentämiseen vuosina 2003–2004 tuki merkittävästi hoitotakuuseen valmistautumista.

Hoitotakuun odotetuista vaikutuksista terveydenhuollon rakenteisiin ja menoihin esitettiin vaihtelevia näkemyksiä (Pekurinen 2005). Hoitotakuun pelättiin heikentävän perusterveydenhuollon ja ehkäisevän työn asemaa. Sairaanhoidopiirien aseman kuntiin nähden odotettiin edelleen vahvistuvan. Erikoissairaanhoidossa operatiivisen toiminnan ennakoitiin painottuvan konservatiivisen toiminnan kustannuksella. Pitkien jonotusaikojen odotettiin lyhenevän ja lyhyiden jonotusaikojen pitenevän. Hoitotakuun odotettiin vähentävän sairausvakuutuksen menoja, erityisesti maksettujen sairauspäiväraha korvausten määrän ennakoitiin laskevan nopeutuneen hoitoon pääsyn myötä.

Hoitotakuun vaikutuksesta terveismenoihin esitettiin lainsäädännön valmisteluvaiheessa kaksi vastakkaista näkemystä. Valtionhallinnossa yleisen näkemyksen mukaan uudistuksella ei uskottu pitkällä aikavälillä olevan merkittäviä menovaikutuksia. Hoitotakuun ensimmäisenä vuonna 2005 jonojen purkaminen vaati jonkin verran lisärahoitusta, mutta hoitotakuusta johtuvan terveismenojen kasvun odotettiin tämän näkemyksen mukaan jäävän tilapäiseksi. Hoitoon

ottamisen käytäntöjen vakiinnuttua uudistuksen ei ennakoitu jättävän pysyviä menopaineita. Hoitotakuun myötä käyttöön otetut yhtenäiset hoidon perusteet (STM 2005) kirjaavat monien eri erikoisalojen asiantuntijoiden mukaan vallitsevan hoitokäytännön, ja siksi taloudellisten vaikutusten odotettiin jäävän vähäisiksi (Pekurinen 2005). Sairaanhoidopiireissä ja monissa kunnissa melko yleisen käsityksen mukaan uudistuksen toteuttaminen edellytti terveydenhuoltoon lisää voimavaroja hoitajajoukkojen purkamiseen ja hoitotakuun uskottiin luovan menojen kasvupaineita ja lisäävän terveydenhuollon rahoitustarvetta myös pidemmällä aikavälillä.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kuinka paljon hoitotakuun toteuttaminen maksoi vuosina 2002–2007. Käytännössä tutkimme asiaa selvittämällä kuinka paljon lisää rahaa sairaanhoidopiirit ja kunnat käyttivät hoitotakuun toteuttamiseen erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Lisäksi tarkastelemme hoitotakuun vaikutusta henkilöstörakenteeseen sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon painotukseen. Arvioimme myös ostopalvelujen roolia hoitotakuun toteutuksessa. Tarkastelemme lisäksi koko maan tasolla, miten hoitotakuun käynnistyminen on vaikuttanut sairausvakuutuksen menoihin.

Tässä tutkimuksessa keskityimme tarkastelemaan hoitotakuun taloudellisia vaikutuksia järjestelmätasolla. Hoitotakuun toiminnallisia vaikutuksia analysoimme erikseen tämän raportin luvussa 4. Tutkimme yksilöidymmin hoitotakuun taloudellisia ja toiminnallisia vaikutuksia valikoitujen kiireettömien toimenpiteiden osalta erikseen tämän raportin luvussa 5.

Aineisto ja menetelmät

Hoitotakuun taloudellisten vaikutusten arviointia varten laadimme strukturoidut kyselylomakkeet, jotka lähetimme sähköisesti kaikille sairaanhoidopiireille sekä postitse kaikille terveyskeskuksille. Terveyskeskukset saivat halutessaan lomakkeet myös sähköisessä muodossa. Kyselyn ensimmäinen vaihe toteutettiin helmi-maaliskuussa 2007, uusintakysely huhti-toukokuussa 2007 ja täydentävä sähköpostikysely loka-marraskuussa 2007. Erikoissairaanhoidon kysely kattoi kaikki 20 sairaanhoidopiiriä ja perusterveydenhuollon kysely kaikki Manner-Suomen 237 terveyskeskusta. Terveyskeskuksille lähetimme neljä erillistä kyselylomaketta, joilla kartoitimme hoitotakuun taloudellista vaikutusta koko perusterveydenhuollon toimintaan ja erikseen avosairaanhoitoon, suun terveydenhuoltoon ja mielenterveyspalveluihin.

Sairaanhoidopiirikyselyllä selvitimme hoitotakuun vaikutuksia erikoissairaanhoidon menoihin ja voimavaroihin kokonaisuutena ja erikoisaloittain vuosina 2002–2007. Terveyskeskuskyselyllä selvitimme hoitotakuun vaikutuksia perusterveydenhuollon menoihin ja henkilöstörakenteeseen kokonaisuutena ja toiminnoittain erikseen avosairaanhoidon, suun terveydenhuollon ja mielenterveystyön osalta vuosina 2002–2007. Lisäksi kartoitimme molemmissa kyselyissä ostopalvelujen käyttöä yleensä ja niiden roolia hoitotakuun toteuttamisessa. Selvitimme kyselyissä myös hoitotakuun toiminnallisia vaikutuksia, joita tarkastelemme erikseen tämän raportin luvussa 4.

Kyselyn vastausprosentit ovat taulukossa 1. Kaikilta sairaanhoidopiireiltä, yhtä lukuun ottamatta, saimme vastaukset talouskysymyksiin, terveyskeskusten vastausprosentit vaihtelevat toiminnoittain. Saimme talouskysymyksiin vastaukset kaiken kaikkiaan 52 % maan kaikista terveyskeskuksista. Vastauslomakkeita palautettiin myös puutteellisin tiedoin erityisesti perusterveydenhuollosta, siksi vastaajien määrät vaihtelevat terveyskeskustoiminnoittain. Osa terveyskeskuksista ilmoitti, ettei hoitotakuu ole juurikaan vaikuttanut talouteen ja toimintaan. Joidenkin terveyskeskusten mukaan hoitotakuun taloudellista vaikutusta on vaikea eritellä muusta toiminnasta ja ne vastasivat esimerkiksi vain toiminnallisia muutoksia kartoittaneisiin laadullisiin kysymyksiin.

Taulukko 1. Kyselyn vastausprosentit ja vastausten kattavuus (%)

	Vastanneet	Vastausprosentti (%)	Vastauksia taloudellisessa tarkastelussa	Osuus kaikista vastauksista (%)	Vastanneiden osuus (%) väestöstä 2007	Vastanneiden osuus (%) nettomenoista 2006
ERIKOISSAIRAANHOITO (N = 20)	20	100	19	95	96	91
PERUSTERVEYDENHUOLTO (N = 237)	139	59	122	88	76	75
– Koko perusterveydenhuolto	120	51	92	77	54	54
– Avosairaanhoito	113	48	81	72	58	58
– Suun terveydenhuolto	127	54	112	88	70	69
– Mielenterveystyö	96	41	67	70	48	*

* Tietoa ei saatavilla

Erikoissairaanhoidon kyselyyn vastanneet sairaanhoitopiirit kattavat 96 % koko maan väestöstä, 91 % erikoissairaanhoidon kokonaismenoista ja 86 % Manner-Suomen kunnista. Perusterveydenhuollon kyselyyn vastanneet terveyskeskukset kattavat 76 % koko maan väestöstä, 75 % perusterveydenhuollon kokonaismenoista ja hieman yli puolet (52 %) maan kunnista. Aineistossa oli 139 terveyskeskusta, jotka vastasivat 225 kunnan perusterveydenhuollon palvelujen tuottamisesta. Kuntien väestöpohja vaihteli 740:sta runsaaseen puoleen miljoonaan asukkaaseen. Alle 1 000 asukkaan kuntia aineistossa oli 10 %, alle 3 000 asukkaan kuntia runsas viidennes ja alle 5 000 asukkaan kuntia 41 %. Yli 20 000 asukkaan kuntia perusterveydenhuollon aineistossa oli 18 %.

Erikoissairaanhoidon aineistoa voidaan pitää hyvin kattavana. Perusterveydenhuollon aineisto kattaa valtaosan maan väestöstä ja perusterveydenhuollon menoista ja edustaa myös melko hyvin maan kuntakirjoa ja terveyskeskusverkostoa.

Menotiedot vuosilta 2002–2006 ovat toteutuneita menoja, vuoden 2007 tiedot ovat budjetoituja menoja. Kaikki menotiedot on muutettu vuoden 2007 hinta- ja kustannustasoon kunnallisen terveydenhuollon hintaindeksillä. Kokonaismenoja kuvaavat tiedot ovat tilinpäätös- tai talousarviotietoja ja siten luotettavia. Hoitotakuuta kuvaavat menotiedot ovat sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten budjetoimia erillismenoja tai eri tavoin laatimia arvioita hoitotakuun toteuttamisen edellyttämistä taloudellisista lisävoimavaroista. Kokonaisuudessaan hoitotakuun taloudellista vaikutusta kunnallisen terveydenhuollon menoihin ei voi täysin luotettavasti arvioida, koska hoitotakuun toiminnallisia vaikutuksia ei ole kaikilta osin mahdollista erottaa muusta toiminnasta. Siten tässä raportissa esitettävät arviot hoitotakuun taloudellisista vaikutuksista ovat luonteeltaan suuntaa antavia suurusluokka-arvioita.

Hoitotakuun vaikutusta sairausvakuutuksen menoihin analysoimme Kansaneläkelaitoksesta saamiemme tietojen perusteella. Sairausvakuutuksen etuustiedot olivat saatavissa vuosilta 2002–2006. Muutimme etuustiedot vuoden 2006 hintatasoon kuluttajahintaindeksillä.

Tulokset

Hoitotakuu ja kunnallisen terveydenhuollon menot

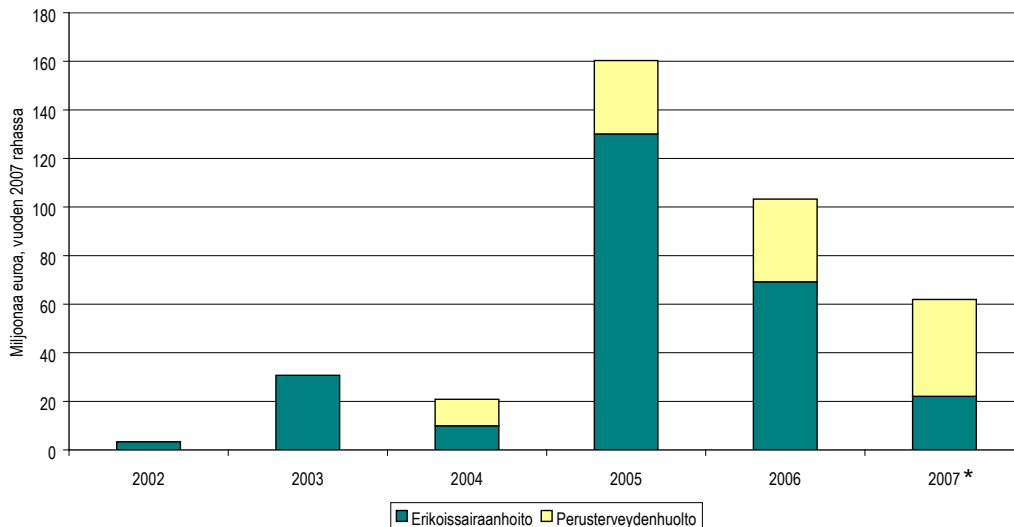
Hoitotakuu on lisännyt kunnallisen terveydenhuollon menoja kaikkiaan 380 miljoonaa euroa vuosina 2002–2007 (taulukko 2, kuvio 1). Lisämenoista 70 % suuntautui erikoissairaanhoidon ja loput perusterveydenhuoltoon. Suurin osa menolisäyksistä (69 %) ajoittui hoitotakuun kahdelle ensimmäiselle vuodelle. Asukasta kohti laskettuna hoitotakuuseen käytetty rahamäärä vastaa noin 72 euroa, josta erikoissairaanhoidon osuus on 50 euroa ja perusterveydenhuollon osuus 22 euroa.

Taulukko 2. Hoitotakuun aiheuttamat lisämenot kunnallisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa vuosina 2002–2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	Yhteensä
HOITOTAKUUMENOT, miljoonaa euroa vuoden 2007 rahassa							
Erikoissairaanhoido	3	31	10	130	69	22	265
Perusterveydenhuolto			11	30	34	40	115
YHTEENSÄ	3	31	21	160	103	62	380
HOITOTAKUUN OSUUS (%) KOKONAISMENOISTA							
Erikoissairaanhoido	0,1	0,8	0,2	3,0	1,6	0,5	
Perusterveydenhuolto			0,4	1,1	1,2	1,4	
– Avosairaanhoido			0,7	1,6	1,8	1,9	
– Suun terveydenhuolto			6,6	9,4	9,5	11,8	
– Mielenterveystyö			0,2	1,2	1,4	1,4	
YHTEENSÄ	0,1	0,5	0,3	2,3	1,5	0,9	

* Talousarviotieto

Kuvio 1. Hoitotakuun vaikutus kunnallisen terveydenhuollon menoihin vuosina 2002–2007



* Talousarviotieto

Hoitotakuun toteuttamiseen käytettiin sen kolmen ensimmäisen vuoden aikana 2005–2007 noin 1,6 % kunnallisen terveydenhuollon menoista. Korkeimmillaan hoitotakuun osuus oli 2,3 % kokonaismenoista hoitotakuun käynnistyessä vuonna 2005, minkä jälkeen osuus laski vähitellen. Erikoissairaanhoidossa erillisrahoituksen tarve laski olennaisesti vuonna 2007. Erikoissairaanhoidossa merkittävimmät lisärahoitusta vaativat toimenpiteet toteutettiin siis jo vuosien 2005 ja 2006 aikana. Sen sijaan perusterveydenhuollossa on hoitotakuun toteuttamiseen ohjattu lisää rahaa vuodesta toiseen. Niinpä hoitotakuun osuus perusterveydenhuollon menoista kasvoi kaikissa tarkastelluissa toiminnoissa sekä avosairaanhoidossa, suun terveydenhuollossa että mielenterveystyössä, eniten suun terveydenhuollossa.

Hoitotakuuta edeltäneiden vuosien 2003–2004 menolisäykset erikoissairaanhoidossa vastaavat tarkalleen valtion ja kuntien hoitotakuun purkuun ohjaamaa erillisrahoitusta, ns. jononpurkurahaa. Talousarvioiden mukaan julkisessa terveydenhuollossa varattiin vielä vuonna 2007 erillisrahoitusta hoitotakuun toteuttamiseen runsaat 60 miljoonaa euroa, josta kaksi kolmannesta perusterveydenhuoltoon.

Erikoissairaanhoidon menot

Hoitotakuun kustannusvaikutus vuosina 2002–2007 vastasi suuruudeltaan keskimäärin 1,1 prosenttia sairaanhoitopiirien jäsenkuntalaskutuksesta (vaihteluväli 0,2–1,6 %). Asukasta kohti laskettuna tämä merkitsee keskimäärin 50 euroa (vaihteluväli 8–76 euroa).

Alueen väestömäärään nähden suhteellisesti eniten rahaa erikoissairaanhoidon hoitotakuun toteutumiseen käytettiin vuosina 2002–2007 Pohjois-Karjalan (76 euroa/asukas vuoden 2007 rahassa), Pirkanmaan (60 euroa) ja Pohjois-Pohjanmaan (58 euroa) sairaanhoitopiireissä. Vähiten rahaa käytettiin Etelä-Savon, Satakunnan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiireissä, kussakin noin 8–18 euroa asukasta kohden. Joka toinen sairaanhoitopiiri (11) ei enää budjetoinut vuodelle 2007 lisävaroja hoitotakuun toteuttamiseen.

Erikoissairaanhoidon sisäisessä painotuksessa on tapahtunut vain vähäisiä muutoksia hoitotakuun aikana (taulukko 3). Merkittävin muutos on sairaanhoitopiirien selkeä lisäpanostus ortopediaan, mikä näkyy sen osuuden kasvuna jo jononpurkutoimien käynnistyessä 2003, mutta erityisesti hoitotakuun astuttua voimaan 2005. Myös silmätautien osuus erikoissairaanhoidon menoista on hieman kasvanut vuodesta 2006. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria olivat erityiskohteina peräkkäisinä vuosina 2005 ja 2006.

Taulukko 3. Keskeisten erikoisalojen osuus (%) erikoissairaanhoidon kokonaismenoista vuosina 2002–2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
ERIKOISALA						
Kirurgia	26,7	26,6	26,4	27,1	27,2	25,5
Ortopedia	6,2	7,1	7,2	7,8	9,0	8,7
Sisätaudit	27,0	27,0	27,2	27,7	27,7	27,4
Naistentaudit	6,3	6,3	6,3	6,0	6,0	6,1
Silmätaudit	2,3	2,3	2,1	2,2	2,7	2,8
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	3,4	3,5	3,4	3,5	3,4	3,5
Psykiatria	12,8	12,6	12,3	12,2	11,9	12,0
Lastenpsykiatria	1,9	2,0	2,0	3,3	2,2	2,2
Nuorisopsykiatria	2,0	2,2	2,3	2,5	3,0	2,2
Neurologia	4,3	4,4	4,4	4,6	4,7	4,5

* Talousarviotieto

Perusterveydenhuollon menot

Hoitotakuun kustannusvaikutus vuosina 2004–2007 oli keskimäärin 1,1 prosenttia terveyskeskusten nettomenoista (vaihteluväli 0–10,9 %). Asukasta kohti laskettuna tämä merkitsee 22 euroa (vaihteluväli 0–106 euroa). Monet perusterveydenhuollossa hoitotakuun myötä toteutetut muutokset ovat pysyväisluonteisia, kuten esimerkiksi lääkärin- ja hoitajanvirkojen perustaminen ja puhelinneuvontapalvelujen ylläpito. Tämä näkyy siinä, että hoitotakuun arvioitu osuus sekä perusterveydenhuollon kokonaismenoista että avosairaanhoidon, suun terveydenhuollon ja mielenterveystyön menoista on kasvanut vuodesta toiseen (taulukko 2).

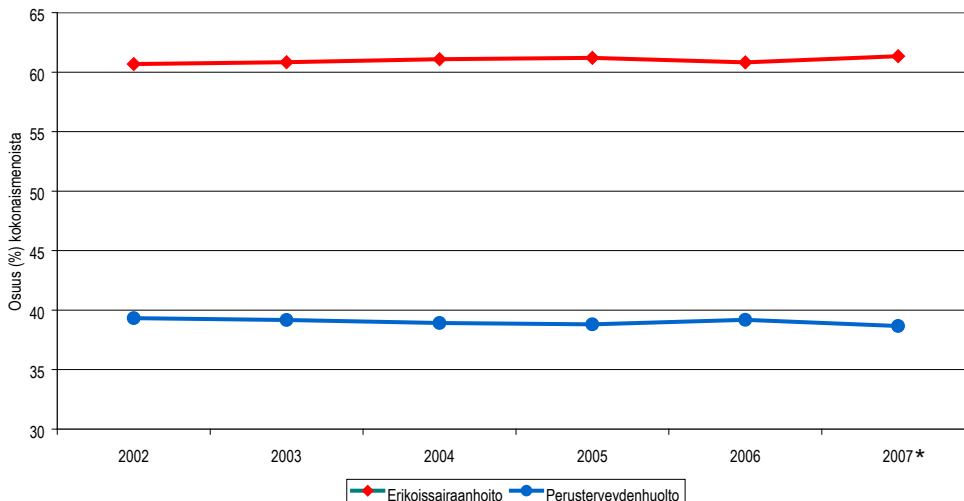
Monet suuret kaupungit, kuten Helsinki ja Tampere, ovat ohjanneet merkittävästi lisää rahaa perusterveydenhuoltoon selviytyäkseen hoitotakuun velvoitteista. Aiemmassa selvityksessä todettiin, että erityisesti pienet kunnat eivät ole varanneet hoitotakuun toteuttamiseen erillisiä rahoitusta (Pekurinen ym. 2007). Tässä selvityksessä oli mukana lähes neljä kertaa enemmän terveyskeskuksia ja kuntia kuin aiemmissa selvityksissä. Pienet terveyskeskukset ja kunnat olivat myös selvästi aikaisempaa paremmin edustettuina tutkimusaineistossa. Niinpä tämän selvityksen vastauksista runsas 40 % on alle 5 000 asukkaan kuntien terveyskeskuksista. Tässä esitetyt perusterveydenhuoltoa koskevat tulokset antavatkin aikaisempaa maltillisemmän kuvan hoitotakuun vaikutuksesta perusterveydenhuollon menoihin.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon painotus

Hoitotakuuta edeltäneessä keskustelussa nostettiin usein esiin huoli perusterveydenhuollon ja ehkäisevän toiminnan asemasta terveydenhuollon kokonaisuudessa. Esimerkiksi eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta edellytti, että "hallitus seuraa, mitä vaikutuksia nyt hyväksytyllä uudistuksella on perusterveydenhuoltoon ja ennaltaehkäisevään työhön kunnissa ja miten perusterveydenhuoltoon ja ennaltaehkäisevään työhön kunnissa käytettävät resurssit uudistuksen jälkeen kehittyvät" (StVM 13/200 vp – HE 77/2004 vp). Eräissä puheenvuoroissa ilmaisiin pelko siitä, että perusterveydenhuolto saattaisi jäädä sivuosaan hoitotakuun myötä, koska suuri osa kiireetöntä hoitoa jonottavista potilaista jonotti erikoissairaanhoidossa tehtävään toimenpiteeseen.

Vuosien 2002–2007 menotietojen valossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon keskinäisessä painotuksessa ei ole tapahtunut mitään muutoksia (kuvio 2). Erikoissairaanhoidon osuus kunnallisen terveydenhuollon kokonaismenoista on pysytellyt aika tarkkaan 61 %:ssa vuodesta toiseen ja perusterveydenhuollon osuus 39 %:ssa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menot ovat kasvaneet jokseenkin samaan tahtiin vuodesta toiseen.

Kuvio 2. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osuus (%) kunnallisen terveydenhuollon kokonaismenoista vuosina 2002–2007



* Talousarviotieto

Henkilöstörakenne

Kunnallisen erikoissairaanhoidon toiminnallisessa rakenteessa ei ole työvoimaosuuksilla tarkasteltuna tapahtunut hoitotakuuvuosina kovin suuria muutoksia (taulukko 4). Merkittävimmät muutokset koskettavat kirurgiaa, naistentauteja ja psykiatria ja sairaanhoitajien kohdalla myös ortopediaa. Kirurgian osuus lääkäri työvoimasta nousi hyvin merkittävästi vuonna 2004 ja on pysytellyt sen jälkeen samalla tasolla. Kirurgisten sairaanhoitajien osuudessa ei ole tapahtunut vastaavaa muutosta, pikemminkin päinvastoin. Kirurgisten sairaanhoitajien osuus sairaanhoitajatyövoimasta laski hieman vuosina 2006-2007. Naistentautien osuus työvoimasta on selvästi laskenut vuodesta 2004 jokseenkin samaan tahtiin lääkäreiden ja sairaanhoitajien kohdalla. Psykiatrien ja psykiatristen sairaanhoitajien osuus työvoimasta on laskenut tasaisesti vuodesta 2002, mutta selkeämmin vuodesta 2004.

Taulukko 4. Erikoissairaanhoidon henkilöstörakenne erikoisaloittain vuosina 2002–2007, osuus (%) henkilötyövuosista ammattiryhmittäin

ERIKOISALA	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Lääkärit						
Kirurgia	18,3	18,5	22,5	22,4	22,6	22,2
Ortopedia	2,9	2,8	2,3	2,9	3,1	3,0
Sisätaudit	15,9	16,0	16,3	16,0	15,5	15,8
Kardiologia	3,8	3,5	2,3	2,6	2,9	2,5
Naistentaudit	6,2	6,1	4,6	4,7	4,6	4,2
Silmätaudit	3,3	3,4	3,1	3,6	3,5	3,4
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	4,1	4,1	3,5	3,5	3,5	3,5
Psykiatria	10,2	9,8	9,0	8,3	8,5	8,6
Lastenpsykiatria	2,0	2,0	2,1	2,2	2,5	2,6
Nuorisopsykiatria	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5
Neurologia	4,0	4,1	3,6	3,7	3,9	3,8
Sairaanhoitajat						
Kirurgia	19,7	19,8	19,4	19,4	18,6	17,8
Ortopedia	5,9	6,3	1,6	2,0	2,0	1,3
Sisätaudit	16,0	16,2	16,9	16,7	16,3	16,9
Kardiologia	3,9	4,0	2,2	2,4	2,5	1,4
Naistentaudit	5,3	5,3	3,9	3,8	3,7	2,8
Silmätaudit	1,7	1,8	1,7	1,8	1,7	1,6
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	2,4	2,4	2,2	2,2	2,2	2,0
Psykiatria	14,8	14,6	13,4	13,2	12,8	11,7
Lastenpsykiatria	2,1	2,0	2,0	2,2	2,3	2,2
Nuorisopsykiatria	2,2	2,2	2,4	2,6	2,6	1,7
Neurologia	3,3	3,4	2,7	2,8	2,8	2,5

* Talousarviotieto

Myöskään perusterveydenhuollon henkilöstörakenteessa ei ole tapahtunut hoitotakuuvuosina olennaisia muutoksia (taulukko 5). Mainittavimmat muutokset koskettavat suun terveydenhuoltoa ja mielenterveystyötä, nekin vasta suunniteltuja muutoksia vuonna 2007. Hammaslääkäreiden osuuden suun terveydenhuollon henkilöstöstä arvioitiin hieman laskevan vuonna 2007 ja muun hoitohenkilökunnan, suuhygienistien vastaavasti kasvavan. Tämä vastaa jossain määrin sitä, millaisia työnjaollisia muutoksia suun terveydenhuollossa uskotaan tapahtuneen. Muutokset lääkäreiden ja hoitajien työnjaossa eivät siis ole tilastojen valossa olleet koko

maan tasolla vielä kovinkaan suuria. Suurempi muutos näyttää tapahtuneen sairaanhoitajien ja muun hoitohenkilökunnan välillä, sairaanhoitajien eduksi. Tämä heijastanee pikemminkin hoitohenkilöstön koulutuksen muutosta, muutosta ammattinimikkeissä, kuin varsinaista muutosta henkilöstön keskinäisessä työnjaossa.

Taulukko 5. Perusterveydenhuollon henkilöstörakenne toimintoittain vuosina 2002–2007, osuus (%) henkilötyövuosista

TOIMINTO	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Perusterveydenhuolto						
– Lääkärit	12,9	14,1	14,1	13,4	13,6	15,6
– Sairaanhoitajat	36,3	31,4	33,5	33,4	34,0	32,9
– Muu hoitohenkilöstö	50,8	54,6	52,4	53,1	52,4	51,4
Avosairaanhoito						
– Lääkärit	38,9	24,5	24,6	24,1	24,8	25,9
– Sairaanhoitajat	20,9	27,6	28,8	30,6	31,3	30,1
– Muu hoitohenkilöstö	40,2	47,9	46,6	45,3	43,9	44,0
Suun terveydenhuolto						
– Lääkärit	26,6	27,1	27,6	26,6	27,4	23,9
– Sairaanhoitajat	6,6	7,3	8,3	8,8	9,5	8,2
– Muu hoitohenkilöstö	66,8	65,5	64,1	64,7	63,2	67,8
Mielenterveystyö						
– Lääkärit	15,5	14,3	14,2	13,6	13,9	16,6
– Sairaanhoitajat	43,4	43,7	44,6	45,5	46,5	47,0
– Muu hoitohenkilöstö	41,1	41,9	41,2	40,8	39,6	36,4

* Talousarviotieto

Ostopalvelut ja hoitotakuu

Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat tottuneet käyttämään ostopalveluja täydentämään omaa palvelutuotantoaan, joko tasaamaan kysyntähuippuja, korvaamaan puuttuvaa työvoimaa tai hankkimalla muilta palvelujen tuottajilta sellaisia palveluja, jotka eivät kuulu omaan palveluvalikoimaan. Ostopalveluilla on perinteisesti ollut merkittävämpi rooli erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitopiirit ovat hankkineet ostopalveluja pääasiassa toisilta sairaanhoitopiireiltä, yksityisen sektorin osuus on ollut korkeimmillaan noin viidenneksen luokkaa. Perusterveydenhuollossa yksityisellä sektorilla on ollut selvästi merkittävämpi rooli, reilusti yli puolet ostopalveluista on hankittu yksityiseltä sektorilta.

Hoitotakuuvuosina ostopalvelujen rooli on selvästi kasvanut, mutta sen osuus palvelutuotannon rahallisesta arvosta ei ole kaiken kaikkiaan edelleenkään kovin suuri. Suurin merkitys ostopalveluilla on mielenterveystyössä ja avosairaanhoidossa, yli 10 % kokonaismenoista. Erikoissairaanhoidossa ostopalvelujen merkitys on kasvanut tasaisesti, mutta hoitotakuun vaikutus kasvuun on vähäinen. Hoitotakuun käynnistyminen vuonna 2005 lisäsi selvästi ostopalvelujen käyttöä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa.

Ehkä merkittävin hoitotakuun tuoma muutos on tapahtunut yksityisen sektorin asemassa. Yksityisen sektorin rooli ostopalvelujen tuottajana on kaiken kaikkiaan merkittävästi vahvistunut hoitotakuun aikana kaikissa tarkastelluissa toiminnoissa (taulukko 6). Hoitotakuuvuosina yksityinen sektori on tuottanut erikoissairaanhoidon ostopalvelujen arvosta runsaan viidenneksen. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon ostopalvelujen arvosta yksityinen sektori on tuottanut noin puolet, suun terveydenhuollosta reilusti yli 80 % ja mielenterveystyössä noin 70 %. Hoitotakuuvuosina yksityisen sektorin asema ostopalvelujen tuottajana on siis vahvistunut.

Hoitotakuulla sellaisenaan ei näytä olleen kovin suurta vaikutusta ostopalveluihin, lukuun ottamatta suun terveydenhuoltoa (taulukko 6). Sairaanhoidopiirit arvioivat hoitotakuun vuoksi tehtyjen hankintojen jääneen hyvin marginaalisiksi ja vastanneen korkeimmillaan noin neljää prosenttia kaikista ostopalvelumenoista vuosina 2005–2006. Perusterveydenhuollossa hoitotakuulla on ollut olennaista merkitystä vain suun terveydenhuollossa, jossa sen on arvioitu vastanneen jopa lähes puolesta ostopalvelumenoista vuonna 2007. Tästä huolimatta ostopalvelumenojen osuus suun terveydenhuollon kokonaismenoista jäisi edelleen noin kahdeksaan prosenttiin. On kuitenkin huomattava, että perusterveydenhuollossa on vaikea erottaa tarkasti hoitotakuun vuoksi hankittuja palveluja muista ostopalveluista. Muun muassa työvoimapulan vuoksi useat kunnat ovat viime vuosina lisänneet ostopalvelujen käyttöä esimerkiksi avosairaanhoidon lääkäripalvelujen järjestämisessä hoitotakuusta riippumatta.

Taulukko 6. Ostopalvelujen osuus (%) kunnallisen terveydenhuollon menoista vuosina 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Ostopalvelujen osuus (%) kokonaismenoista						
Erikoissairaanhoito	7,2	7,8	7,9	8,3	8,5	7,1
Perusterveydenhuolto	4,6	5,2	5,8	6,2	7,7	7,5
– Avosairaanhoito	8,8	9,8	10,2	11,7	13,0	10,8
– Suun terveydenhuolto	5,8	5,6	5,4	7,1	7,0	8,1
– Mielenterveystyö	9,7	19,3	14,6	15,1	15,2	13,4
Yksityisen sektorin osuus (%) ostopalvelumenoista						
Erikoissairaanhoito	16,0	18,2	19,5	20,1	20,9	21,2
Perusterveydenhuolto	53,3	58,7	57,6	63,4	61,4	67,8
– Avosairaanhoito	43,9	50,4	53,6	53,9	50,0	43,6
– Suun terveydenhuolto	70,3	76,0	78,3	84,6	86,6	83,5
– Mielenterveystyö	67,4	34,0	68,7	69,8	73,5	84,6
Hoitotakuun osuus (%) ostopalvelumenoista						
Erikoissairaanhoito	0,3	0,8	1,0	4,4	3,7	1,3
Perusterveydenhuolto			0,0	4,1	5,1	8,8
– Avosairaanhoito			0,0	0,3	0,4	2,0
– Suun terveydenhuolto			0,3	24,0	33,4	48,8
– Mielenterveystyö			0,0	0,0	0,0	0,0

* Talousarviotieto

Sairausvakuutuskorvaukset ja hoitotakuu

Hoitotakuu on vähentänyt yksityisten hammaslääkäripalvelujen käyttöä, mutta ei todennäköisesti yksityislääkäripalvelujen käyttöä. Sairausvakuutuksen korvaamien hammaslääkärikäyntien määrä laski vuodesta 2004 vuoteen 2006 noin 4,6 % ja maksetut korvaukset runsaat 6 % (taulukko 7). Yksityislääkärikäyntien määrä pysyi samaan aikaan ennallaan, mutta maksetut korvaukset lasivat runsaat 4 %. Yksityisen tutkimuksen ja hoidon omavastuukertojen määrä kasvoi vuosina 2004–2006 runsaat 7 % ja niistä maksetut korvaukset kasvoivat lähes saman verran kuin lääkärikorvaukset lasivat. Kaiken kaikkiaan yksityisten lääkäri- ja hammaslääkärikäyntien johdosta maksetut sairausvakuutuskorvaukset lasivat hoitotakuun kahden ensimmäisen vuoden aikana lähes 9 miljoonalla eurolla eli 5,4 %.

Hoitoon pääsyn paranemisen odotettiin vaikuttavan eniten sairauspäiväraha- ja sairauspoissaoloja ja kiireettömän hoidon saatavuuden paranemisen uskottiin vähentävän sairauspoissaoloja ja

niiden vuoksi maksettuja sairauspäivärahakorvauksia. Tämä oli yksi keskeinen argumentti hoitotakuun puolesta. Näin ei kuitenkaan näytä käyneen. Sairauspäivärahapäivien kokonaismäärä ja sairauspäivärahakorvaukset eivät laskeneet hoitotakuuvuosina, vaan nousivat. Korvattujen sairauspäivien määrä on kasvanut vuosina 2004–2006 runsaat 7 % ja niiden johdosta maksetut sairauspäivärahakorvaukset runsaat 8 %. Kaikkiaan vuonna 2006 maksettiin sairauspäivärahakorvauksia lähes 58 miljoonaa euroa enemmän kuin vuonna 2004.

Lääkekorvausten kasvu pysähtyi vuonna 2006 lääkevaihdon ja tiukentuneen korvauskäytännön vuoksi. Hoitotakuulla ei todennäköisesti ole ollut mainittavaa vaikutusta lääkekorvausten kokonaismäärän kehitykseen.

Tarkastelemme yksilöidymmin hoitotakuun vaikutusta sairausvakuutuskorvauksiin valikoidun kiireettömien toimenpiteiden osalta erikseen tämän raportin luvussa 5.

Taulukko 7. Sairausvakuutuksen korvaamat tapahtumat ja maksetut korvaukset vuosina 2002–2006

	2002	2003	2004	2005	2006	Muutos (%) 2004–2006
Korvatut tapahtumat, miljoonaa						
– Korvatut sairauspäivärahapäivät	14,6	15,0	15,4	15,9	16,5	7,4
– Lääkärissäkäyntien määrä	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	0,3
– Hammaslääkärissäkäyntien määrä	2,0	2,9	2,9	2,8	2,8	-4,6
– Tutkimuksen ja hoidon omavastuukerrat	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	11,2
Maksetut sv-korvaukset, miljoonaa euroa						
– Sairauspäivärahat	622	648	684	714	741	8,4
– Lääkkeet	887	939	1 036	1 092	1 095	5,7
– Lääkäripalvelut	67	67	66	63	63	-4,3
– Hammaslääkärin palvelut	67	95	97	92	91	-6,1
– Tutkimus- ja hoitokorvaukset	57	57	58	56	60	4,2
– Matkakorvaukset	126	133	143	166	180	25,5
YHTEENSÄ	2 361	2 522	2 706	2 835	2 919	7,9

Pohdintaa

Tulosten luotettavuudesta

Tässä tutkimuksessa käyttämämme kyselyaineisto on erikoissairaanhoidon tietojen osalta kattava, vain yksi sairaanhoitopiiri ei pystynyt tietoteknisten ongelmien vuoksi tuottamaan tarvittavia taloustietoja. Erikoissairaanhoidon tietoja voidaan pitää hyvin koko alaa edustavina. Sairaanhoitopiirien toimittamien tietojen luotettavuutta emme ole erikseen arvioineet vaan olemme luottaneet sairaanhoitopiirien omiin ilmoituksiin. Perusterveydenhuollosta keräsimme tätä tutkimusta varten aikaisempaa laajemman ja monipuolisemman aineiston. Aineistossamme oli mukana lähes neljä kertaa enemmän terveyskeskuksia ja kuntia kuin aiemmissa selvityksissä (Pekurinen 2005, Pekurinen ym. 2007). Pienet terveyskeskukset ja kunnat olivat myös selvästi aikaisempaa paremmin edustettuina tutkimusaineistossamme. Niinpä nyt vastuksista runsaat 40 prosenttia on alle 5 000 asukkaan kuntien terveyskeskuksista. Tässä esitetyt perusterveydenhuoltoa koskevat tulokset antavatkin aikaisempaa maltillisemmän kuvan hoitotakuun vaikutuksesta perusterveydenhuollon menoihin.

Hoitotakuu kasvatti terveismenoja kertaluontoisesti 380 miljoonaa euroa

Terveydenhuollon kokonaismenot kasvoivat hoitotakuun johdosta jonkun verran. Valtion ja kuntien 50 miljoonan jononpurkurahojen lisäksi kunnat ovat investoineet merkittävän rahasumman hoidon saatavuuden parantamiseen, kaiken kaikkiaan 380 miljoonaa euroa vuosina 2002–2007. Kun sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat hoitotakuun kolmen ensimmäisen vuoden aikana muuttaneet toimintatapojaan ja hoitokäytäntöjään merkittävästi kiireettömän hoidon saatavuuden parantamiseksi, on ilmeistä, että hoitotakuun toteuttamisen vaatima lisäpanostus jää väliaikaiseksi sitä mukaa, kun hoitotakuusta tulee osa kunnallisten palvelujen tuottajien normaalia toimintaa. Tätä käsitystä tukee se, että sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten ilmoittaman erillisrahoituksen tarve on supistunut nopeasti vuodesta 2005.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon painotus ei ole muuttunut

Hoitotakuu ei ole muuttanut olennaisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon keskinäistä painotusta, päinvastoin kuin ennen hoitotakuuta käydyssä keskustelussa pelättiin. On myös ilmeistä, että ennaltaehkäisevän työn rooli ei ole olennaisesti muuttunut. Terveyskeskusten avohoidon suurin yksittäinen asiakasryhmä ovat terveet eli neuvola- ja kouluterveydenhuollon asiakkaat sekä erilaisissa terveystarkastuksissa käyvät aikuiset. Ennaltaehkäisevään työhön käytetään terveyskeskusten avohoidon voimavaroista 30–40 % riippuen siitä tarkastellaanko yksittäisiä käyntejä vai useammista käynneistä muodostuvaa hoitokokonaisuutta (Eloheimo 2008).

Erikoissairaanhoidon osuus kunnallisen terveydenhuollon menoista on pysynyt vuodesta toiseen runsaassa 60 prosentissa ja perusterveydenhuollon vajaassa 40 prosentissa hoitotakuusta riippumatta. Tulos voi olla monille maallikoille yllätys, koska erityisesti kuntapäätäjät ovat pitkään pitäneet yllä käsitystä erikoissairaanhoidon menojen hallitsemattomasta kasvusta. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menot ovat kuitenkin kasvaneet jokseenkin samaan tahtiin vuodesta toiseen.

Melko yleinen käsitys erikoissairaanhoidon menojen hallitsemattomasta kehityksestä johtunee kolmesta ajatuksia ohjaavasta seikasta. Ensinnäkin, erikoissairaanhoitoon käytetään puolet enemmän rahaa kuin perusterveydenhuoltoon. On luonnollista, että suuria menoja arvioidaan kriittisemmin kuin pieniä menoja. Toiseksi, kuntapäätäjien huomio kohdistuu pitkälti talousarvioiden pitävyyteen, ei niinkään väestön palvelujen tarpeen arviointiin ja siitä johtuvien rahoitustarpeiden ennakointiin ja menojen kehityksen seurantaan. Kuntapäätäjillä on monasti taipumus varata talousarvioihin kuntalaisten erikoissairaanhoitoa varten jo tiedettyjä menoja vähemmän rahaa, toisin sanoen alibudjetoita. Heillä on myös tapana kritikoida äänekkäästi omien päätöstensä tuloksena syntyviä, jo ennakolta tiedettäviä budjettiylityksiä. Tämä budjetointikäytännöstä syntyvä uskomus erikoissairaanhoidon menojen hallitsemattomasta kehityksestä on sangen yleinen ja vaikeasti tosiasioilla oikaistavissa. Kolmanneksi, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suhdetta on viime aikoina tarkasteltu pitkälti lääkäreiden työmarkkinoiden kautta. Erikoissairaanhoidossa työskentelevien lääkäreiden määrä on lisääntynyt tasaisesti, samalla kun perusterveydenhuollossa työskentelevien määrä ei ole olennaisesti muuttunut (Suomen Lääkäriliitto 2007). Lääkärit ovat terveydenhuollon toiminnan ja myös hoitotakuun toteutuksen keskiössä, mutta eivät suinkaan ainut terveydenhuollossa työskentelevä ammattiryhmä. Lääkäreiden palkkamenot muodostavat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menoista vain pienen osan. Hoitohenkilökunnan määrän ja ansiotason kehityksellä on menoihin huomattavasti suurempi merkitys.

Operatiivisen toiminnan osuus on hieman kasvanut

Operatiivisen toiminnan osuus erikoissairaanhoidon toiminnasta on hoitotakuuvuosina hieman kasvanut ja psykiatrian ja naistentautien laskenut. Hoitotakuun roolia tässä kehityksessä on kuitenkin vaikea eritellä luotettavasti.

Henkilöstörakenteessa ei ole tapahtunut olennaisia muutoksia

Kunnallisen erikoissairaanhoidon rakenteessa ei ole työvoimaosuuksilla tarkasteltuna tapahtunut hoitotakuuvuosina kovin suuria muutoksia. Merkittävimmät muutokset koskettavat kirurgiaa, naistentauteja ja psykiatria. Kirurgian osuus lääkäri työvoimasta nousi nopeasti hoitotakuuta edeltäneenä vuonna 2004 ja on pysytellyt sen jälkeen samalla tasolla. Tämä tukee edellä esitettyä käsitystä operatiivisen toiminnan hienoisesti kasvaneesta roolista erikoissairaanhoidossa. Psykiatrien ja psykiatristen sairaanhoitajien osuus työvoimasta on laskenut tasaisesti koko tarkastelujakson ajan, mutta selkeämmin vuodesta 2004. Tämä selittynee yksityisen sektorin vetovoiman kasvulla.

Myöskään perusterveydenhuollon henkilöstörakenteessa ei ole tapahtunut hoitotakuuvuosina olennaisia muutoksia. Mainittavimmat muutokset koskettavat suun terveydenhuoltoa ja mielenterveystyötä, nekin vasta suunniteltuja muutoksia vuonna 2007. Hammaslääkäreiden osuuden suun terveydenhuollon henkilöstöstä arvioitiin tuolloin hieman laskevan ja muun hoitohenkilökunnan, suuhygienistien vastaavasti kasvavan. Tämä vastaa jossain määrin sitä, millaisia työnjaollisia muutoksia suun terveydenhuollossa uskotaan tapahtuneen. Muutokset hammaslääkäreiden ja -hoitajien työnjaossa eivät siis ole terveyskeskusten ilmoittamien tietojen valossa olleet koko maan tasolla vielä kovinkaan merkittäviä. Suurempi muutos näyttää tapahtuneen perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien ja muun hoitohenkilökunnan välillä, sairaanhoitajien eduksi. Tämä heijastanee pikemminkin hoitohenkilöstön koulutuksen muutosta, muutosta ammattinimikkeissä, kuin todellista muutosta hoitohenkilöstön keskinäisessä työnjaossa hoitotakuun tuloksena.

Ostopalvelujen rooli on kasvanut - hoitotakuusta riippumatta

Hoitotakuuvuosina ostopalvelujen rooli on selvästi kasvanut, mutta niiden osuus palvelutuotannon rahallisesta arvosta ei ole kaiken kaikkiaan edelleenkään kovin suuri. Suurin merkitys ostopalveluilla on mielenterveystyössä ja avosairaanhoidossa, yli 10 % kokonaismenoista. Erikoissairaanhoidossa ostopalvelujen merkitys on kasvanut tasaisesti, mutta hoitotakuulla näyttää olleen siihen vain vähäinen vaikutus. Hoitotakuun käynnistyminen vuonna 2005 on selvästi lisännyt ostopalvelujen käyttöä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa.

Hoitotakuulla sellaisenaan ei näytä olleen kovin suurta vaikutusta ostopalveluihin, lukuun ottamatta suun terveydenhuoltoa. On kuitenkin huomattava, että perusterveydenhuollossa on vaikea erottaa tarkasti hoitotakuun vuoksi hankittuja palveluja muista ostopalveluista. Muun muassa työvoimapulan vuoksi useat kunnat ovat viime vuosina lisänneet ostopalvelujen käyttöä esimerkiksi avosairaanhoidon lääkäripalvelujen järjestämisessä hoitotakuusta riippumatta. Sairaanhoitopiirit arvioivat hoitotakuun vuoksi tehtyjen hankintojen jääneen hyvin marginaalisiksi.

Ehkä merkittävin hoitotakuun tuoma muutos on tapahtunut yksityisen sektorin asemassa. Yksityisen sektorin rooli ostopalvelujen tuottajana on kaiken kaikkiaan merkittävästi vahvistunut hoitotakuun aikana, erityisesti suun terveydenhuollossa ja mielenterveystyössä.

Hoitotakuu ei vähentänyt sairauspäiväraha korvauksia

Hoitoon pääsyn paranemisen odotettiin vaikuttavan merkittävästi sairauspoissaoloihin ja niistä maksettuihin sairauspäiväraha korvauksiin.

Kiireettömän hoidon saatavuuden paranemisen myötä työikäisten odotettiin pääsevän aiempaa nopeammin hoitoon ja palaavan nopeammin takaisin työelämään. Tämän uskottiin vähentävän sairauspoissaoloja ja niiden vuoksi maksettuja sairauspäiväraha korvauksia. Tämä oli yksi keskeinen argumentti hoitotakuun puolesta. Näin ei kuitenkaan näytä käyneen. Korvattujen sairauspäivien kokonaismäärä kasvoi hoitotakuun kahtena ensimmäisenä vuonna runsaat 7 % ja niiden johdosta maksetut sairauspäiväraha korvaukset runsaat 58 miljoonaa euroa eli 8 %.

Hoitotakuu on vähentänyt yksityisten hammaslääkäripalvelujen käyttöä, mutta ei todennäköisesti yksityislääkäripalvelujen käyttöä. Kaiken kaikkiaan yksityisten lääkäri- ja hammaslääkärikäyntien johdosta maksetut sairausvakuutuskorvaukset laskivat hoitotakuun kahden ensimmäisen vuoden aikana lähes 9 miljoonalla eurolla eli 5,4 %. Hoitotakuulla ei todennäköisesti ole ollut mainittavaa vaikutusta lääkekorvausten kokonaismäärän kehitykseen.

Lähteet

- Asetus 1019/2004. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä.
- Eloheimo O. Terveyskeskusten sairaanhoitoon ja ehkäisevään terveydenhoitoon käyttämien resurssien vertailua APR-tietosisällön avulla. Henkilökohtainen tiedonanto 17.1.2008.
- HE 77/2004 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004.
- Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 856/2004.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 857/2004.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta 858/2004.
- Pekurinen, Markku. Hoitotakuun taloudellisten vaikutusten ennakkointia. Suomen Lääkärilehti 2005, 60, 11, 1303–1307.
- Pekurinen M, Mikkola H, Nylander O. Hoitotakuun ensimmäinen vuosi - taloudellisten vaikutusten arviointia. Teoksessa Heikkilä M, Lahti T (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes, Helsinki 2007, ss. 237–245.
- STM (2005) Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Oppaita 2005:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM työryhmä 091:00/2002. Hoitoon pääsyn ja jononhallinnan toteuttamisohjeita valmisteleva työryhmä. http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?h_id=7489 [10.1.2007]
- StVM 13/2004 vp. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön mietintö 13/2004 vp. Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.
- Suomen Lääkäriliitto. Lääkärikysely 2007. Suomen Lääkäriliiton tilastoja 2007. Helsinki 2007.

4 Hoitotakuun toiminnalliset vaikutukset erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa

ULLA TUOMINEN
MARKKU PEKURINEN
HENNAMARI MIKKOLA

Johdanto

Kiireettömän hoidon saatavuuden enimmäisaikoja koskevat kansanterveyslain, erikoissairaanhoidolain, potilaslain ja asiakasmaksulain muutokset tulivat voimaan 1.3.2005. Lakimuutoksen keskeisenä tavoitteena oli turvata kansalaisille kiireettömään hoitoon pääsy samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta. Kunta vastaa perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä asukkailleen ja sairaanhoitopiiri laissa säädetyn erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueensa asukkaille yhtenäisen lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein (STM 2005).

Hoitoon pääsyn turvaava lainsäädäntö, ns. hoitotakuu on merkittävin terveydenhuoltoa koskeva uudistus sitten vuoden 1993 kuntien valtionosuusuudistuksen. Käytännössä uudistus toteutettiin ottamalla koko maassa käyttöön kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajat ja yhtenäiset hoitoon pääsyn perusteet (STM 2005).

Suomessa yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteet ovat olleet nyt käytössä melkein kolme vuotta. Kunnissa ja sairaanhoitopiireissä on käynnistetty jo aikaisemmin lääkärin ja hoitajien työnjakoa selkeyttäviä hankkeita (STM 2002), hoitojonoja on purettu valtion ja kuntien erillisrahoituksen turvin, toimintansa aloittaneet puhelinneuvontakeskukset ovat edesauttaneet hoitojonojen lyhentämistä ja vähentäneet lääkärin vastaanottopalvelujen kysyntää (STM 2006). Tehtyjen kyselyjen mukaan valmiudet hoitotakuun toteutumiseksi ovat olleet kohtuulliset ja terveyskeskuksilla ja sairaanhoitopiireillä on ollut runsaasti aikaa valmistautua hoitotakuuseen (STM 2006).

Tarkastelemme tässä tutkimuksessa hoitotakuun toteutumista ja arvioimme kiireetöntä hoitoa koskevien suositusten käyttöönoton vaikutuksia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitokäytäntöihin ja yhteistyöhön, lisäksi kartoitamme kiireettömän hoidon perusteiden kehittämistarpeita.

Aineisto ja menetelmät

Tässä tutkimuksessa käytetään samaa sairaanhoitopiireiltä ja terveyskeskuksilta kerättyä aineistoa kuin hoitotakuun taloudellisia vaikutuksia koskevassa tarkastelussa, jota käsiteltiin luvussa

3. Tässä hyödynnetään kyselyn toiminnallisia muutoksia koskeneita kysymyksiä. Kyselyllä selvitettiin, miten hoitotakuu on vaikuttanut henkilöstön palkkaus- ja kannustejärjestelmiin, miten sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat tehostaneet palvelutuotantoaan ja muuttaneet toimintatapojaan hoitotakuun toteuttamiseksi. Lisäksi selvitettiin miten henkilökuntaa on taloudellisten kannusteiden lisäksi muutoin motivoitu toteuttamaan hoitotakuuta. Yhtenäisen hoidon perusteista selvitettiin, miten ne ovat vaikuttaneet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon käytännön toimintaan sekä millaisia kehittämistarpeita niissä on kahden vuoden käyttökokemuksen jälkeen. Sairaanhoitopiirien hallituksilta tiedusteltiin erikseen niiden näkemystä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön kehittymisestä.

Kyselyn vastausprosentit on esitetty taulukossa 1. Kaikilta sairaanhoitopiireiltä saatiin vastaus toiminnallisiin kysymyksiin, terveyskeskusten vastausprosentit vaihtelevat toiminnoittain. Kaiken kaikkiaan vastaus saatiin 59 % terveyskeskuksista. Kyselyyn vastanneet terveyskeskukset kattavat 76 % koko maan väestöstä ja 76 % perusterveydenhuollon kokonaismenoista. Vastauslomakkeita palautettiin myös puutteellisin tiedoin erityisesti perusterveydenhuollosta, siksi vastaajien määrät vaihtelevat toiminnoittain. Osa terveyskeskuksista ilmoitti, ettei hoitotakuu ole juurikaan vaikuttanut toimintaan, mutta ei sen tarkemmin yksilöinyt toimintatietoja kyselylomakkeelle. Joidenkin terveyskeskusten mukaan hoitotakuun vaikutusta on vaikea eritellä muusta toiminnasta, mutta vastasivat esimerkiksi vain yhtenäisen hoidon perusteita koskeviin kysymyksiin. Perusterveydenhuollon vastausprosentissa on huomioitu kaikki kyselyyn vastanneet vastauksen laadusta riippumatta.

Taulukko 1. Kyselyn vastausprosentit

	Vastanneet	Vastausprosentti (%)
Erikoissairaanhoito		
– Sairaanhoitopiirin johto (N = 20)	20	100
– Sairaanhoitopiirin hallitus (N = 20)	12	60
Perusterveydenhuolto (N = 237)		
– Koko perusterveydenhuolto	139	59
– Koko perusterveydenhuolto	120	51
– Avosairaanhoito	113	48
– Suun terveydenhuolto	127	54
– Mielen terveystyö	96	41

Hoitotakuun toiminnalliset vaikutukset erikoissairaanhoidossa

Keskeiset muutokset toimintatavoissa

Sairaanhoitopiirit ovat muuttaneet toimintatapojaan jonkin verran hoitotakuun asettamien aikarajojen toteuttamiseksi (taulukko 2). Toiminnan johtamista on parannettu, hoitoprosesseja on kuvattu ja mallinnettu aikaisempaa huolellisemmin. Leikkaussalien käyttöastetta on nostettu kautta linjan lisäämällä ilta- ja viikonlopputoimintaa, sekä päiväkirurgian ja leikotoiminnan (leikkauksesta kotiin) uudelleen järjestelyillä. Lisäksi on maksettu lisätyökorvauksia iltaisin ja viikonloppuina tehdystä työstä. Myös ostopalvelujen määrää on merkittävästi lisätty.

Sairaanhoitopiirit ovat parantaneet hoitoprosessien sujuvuutta ja tehostaneet toimintatapojaan myös muilla tavoin. Jononhallintaa on parannettu, työaikoja on porrastettu aikaisempaa tarkemmin, päiväkirurgista toimintaa on lisätty, loma-ajan sulkujen määrä on pyritty minimoimaan, myös vuokratyövoiman käyttöä on lisätty runsaasti.

Taulukko 2. Hoitotakuun aikaansaamat keskeisimmät muutokset sairaanhoitopiirien toimintatavoissa

<ul style="list-style-type: none"> • Hoitoprosessien kuvaus ja mallinnus huoleellisempaa • Jononhallinta parantunut (jonohoitaja, leikkaus-tietojärjestelmä, post- ja pre-operatiivisten käyntien vähentäminen) • Ostopalvelujen käyttöä lisätty • Päiväkirurgiaa lisätty • Leikkaussalien käyttöaste noussut 	<ul style="list-style-type: none"> • Toiminnan johtamista parannettu • Työaikojen porrastus • Ilta- ja viikonlopputoimintaa lisätty • Lisätyökorvaus ilta- ja viikonlopputyöstä • Vuokratyövoiman käyttöä lisätty
--	--

Muutokset palkkauksessa ja kannusteissa

Hoitotakuun tavoitteiden saavuttamiseksi useimmat sairaanhoitopiirit ryhtyivät maksamaan henkilöstölle erillisiä kannustepalkkioita (taulukko 3). Kaksi sairaanhoitopiiriä kolmesta (67 %) teetti henkilökunnalla ylitöitä hoitotakuun vuoksi. Ylitöistä maksettiin virkaehtosopimuksen mukainen korvaus alle puolessa sairaanhoitopiireistä (40 %), suurin osa sairaanhoitopiireistä (60 %) maksoi ylityöstä virkaehtosopimusta korkeampaa palkkaa. Korvauksen suuruutta ei vastausten perusteella voida tarkemmin arvioida. Kolmessa sairaanhoitopiirissä henkilöstöä kannustettiin tulospalkkioilla, joiden perusteina olivat sairaanhoitajien toimenpidepalkkiot, ”nuppikorvaukset” sekä paikalliset sopimukset.

Henkilöstön koulutus

Taloudellisten kannusteiden lisäksi sairaanhoitopiirit pyrkivät motivoimaan ja valmentamaan henkilöstöä hoitotakuun toteuttamiseksi monipuolisella koulutuksella (taulukko 3). Suurin osa sairaanhoitopiireistä (67 %) järjesti henkilöstölle koulutusta kiireettömän hoidon perusteista ja kirjaamisesta. Koulutusta järjestettiin sisäisenä koulutuksena osastotunneilla, lääkärimeeungeissa, lääkäri-hoitajaluennoilla sekä täydennyskoulutuksena. Koulutusta annettiin puhelinneuvonnan järjestämisestä, uusien tietojärjestelmien käyttöönotosta, työn laatuarvioinnista, prosessikuvauksista sekä hoitotakuun toteuttamiseen liittyvistä erilaisista kehittämishankkeista.

Taulukko 3. Sairanhoitopiirien käyttämät keskeisimmät henkilöstön motivointikeinot hoitotakuun toteuttamiseksi

Palkkausjärjestelmät	Henkilökunnan koulutus
<ul style="list-style-type: none"> • Ylityökorvaukset • Sopimusehtoja korkeampi palkka • Tulospalkkiot • Sairanhoitajien toimenpidepalkkiot • ”Nuppikorvaukset” • Paikalliset sopimukset 	<ul style="list-style-type: none"> • Kiireettömän hoidon perusteet • Kirjaaminen • Puhelinneuvonnan järjestäminen • Uudet tietojärjestelmät • Työn laatuarviointi • Prosessikuvaukset • Erilaiset kehittämishankkeet

Yhtenäisen hoidon perusteiden käyttö

Kiireettömän hoidon perusteet olivat kokonaisuudessaan käytössä 61 %:ssa sairaanhoitopiireistä. Lisäksi kiireettömän hoidon perusteiden kirjaamiskäytäntö oli käytössä tai osittain käytössä 87 %:ssa sairaanhoitopiireistä. Toisin sanottuna tämä merkitsisi sitä, että vuonna 2007 kiireettömän hoidon perusteet olisivat olleet vain osittain käytössä 8 sairaanhoitopiirissä ja kolmessa sairaanhoitopiirissä niitä ei käytettäisi lainkaan.

Muutokset ammattiryhmien työnjaossa

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2004 antamassa hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa on laajennettu hoitotyössä toimivien ammattikuntien tehtäväkuvia. Tehtäviä joita aikaisemmin ovat tehneet lääkärit tai hammaslääkärit on käytännön kokemuksen ja sitä tukevan lisäkoulutuksen avulla siirretty muille ammattikunnille. Tavoitteena on ollut nopeuttaa hoidon tarpeen arviointia ja samalla tutkimukseen ja hoitoon pääsyä (STM 2006).

Sairaanhoitopiireille tehdyn kyselyn mukaan hoitotakuun toteutumiseksi on hieman useammassa kuin joka toisessa sairaanhoitopiirissä (56 %) muutettu ammattiryhmien työnjakoa. Näkyvin muutos on ollut työtehtävien siirto lääkäreiltä hoitohenkilökunnalle. Muutosten sisältöä ei tarkemmin eritelty.

Ostopalvelujen käyttö

Kaikki sairaanhoitopiirit käyttävät ostopalveluja täydentämään omaa toimintaansa. Ostopalveluja käytettiin myös hoitotakuun velvoitteiden toteuttamiseen. Tärkeimmäksi syyksi ostopalvelujen käyttöön sairaanhoitopiirit ilmoittivat henkilöstöpulan. Lisäperusteena useimmiten mainittiin jo ennen hoitotakuun voimaantuloa alkanut ostopalvelujen käyttö. Hoitotakuun vuoksi sairaanhoitopiirit käyttivät ostopalveluja erityisesti vuosina 2005 ja 2006, mutta niiden osuus toiminnan kokonaisvolyymista ja menoista ei ollut tuolloinkaan kovin suuri, noin 4–5 %.

Hoitotakuun toteutumiseksi, kolmessa sairaanhoitopiirissä, henkilökuntaa työskentelee yksityisen yrityksen palveluksessa sairaanhoitopiirin tiloissa.

Muut palvelujen saatavuuden parantamiskeinot

Edellä mainittujen kannusteiden ja ostopalvelujen käytön lisäksi sairaanhoitopiirit ovat toteuttaneet myös monia muita ratkaisuja varmistamaan hoitotakuun toteutumisen. Tällaisia ovat olleet muun muassa henkilöstön joustava rekrytointi, nopea reagointi lisätyön tarpeeseen, jonopotilaiden keskitetty kutsuminen (jonohoitajat) sekä leikkausten keskittäminen kirurgikohtaisesti. Lisäksi normaalin poliklinikkatoiminnan toteutusta on arvioitu kriittisesti ja työpanosta on pyritty keskittämään aikaisempaa aktiivisemmin ja ennakoivammin palvelutuotannon ongelmakohtiin.

Tiedottaminen ja seuranta

Hoitotakuun toteutumista seurattiin ja siitä tiedotettiin lähes kaikissa (94 %) sairaanhoitopiireissä. Sisäisen tiedottamisen kanavina toimivat hoitolinjakokoukset, henkilökuntapalaverit ja infotilaisuudet sekä sairaanhoitopiirin intra- ja internetsivut. Hoitotakuusta tiedotettiin reaaliaikaisesti myös sähköpostin välityksellä ja kirjallisina raportteina. Ulkoisen tiedottamisen kanavina toimivat lehdistötiedotteet ja sairaanhoitopiirien internetsivut.

Yhtenäisen hoidon perusteiden hyödyt ja kehittämistarpeet

Erikoissairaanhoitolain mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Tavoitteen saavuttamiseksi on erikoisaloittain laadittu yhtenäisen hoidon perusteet (STM 2005)

Kyselyn mukaan yhtenäisen hoidon perusteet ovat helpottaneet toiminnan johtamista ja suunnittelua kahdessa sairaanhoitopiirissä kolmesta (69 %). Hoitoindikaatioiden kiristyminen, yhtenäistyminen ja tarkentuminen ovat sairaanhoitopiirien mukaan toimineet hyvinä apuvälineinä niin potilashoidossa kuin yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa (taulukko 3).

Taulukko 4. Keskeisimmät yhtenäisen hoidon perusteiden hyödyt ja kehittämistarpeet

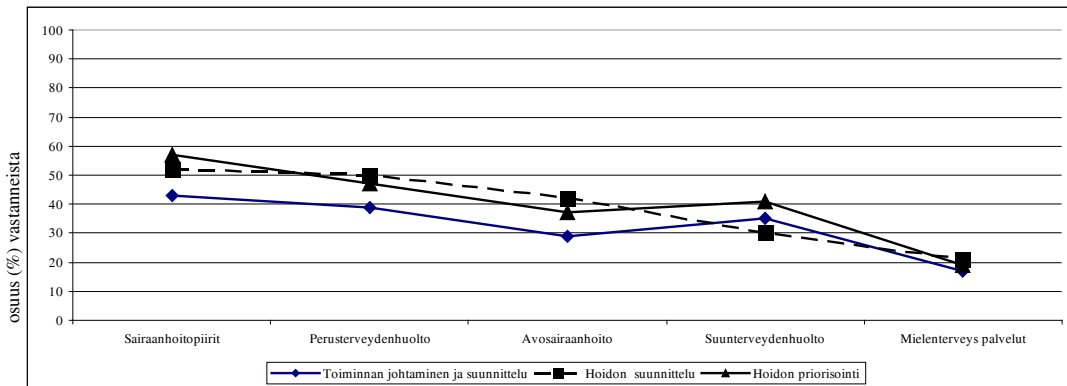
Hyödyt	Kehittämistarpeet
<ul style="list-style-type: none"> • Toiminnan johtaminen ja suunnittelu helpottunut • Kriteerit hyvä apuväline potilashoidossa • Kriteerit hyvä apuväline yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa • Lähetekäytäntö selkiytynyt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kriteerejä tulisi tiukentaa • Kriteerien tulkinnanvaraisuutta tulisi vähentää • Kehittämismvastuuta perusterveydenhuollolle • Samat kriteerit myös yksityiselle sektorille

Sairaanhoitopiirien mukaan hoitoon pääsyn kriteerejä tulisi kuitenkin tiukentaa ja tulkinnanvaraisuutta vähentää. Yhden sairaanhoitopiirin mielestä yhtenäisten hoidon perusteiden kehittämismvastuuta tulisi siirtää enemmän perusterveydenhuollolle ja samat hoidon perusteet tulisi ottaa käyttöön myös yksityisellä sektorilla.

Yhtenäisen hoidon perusteet ovat helpottaneet myös hoidon suunnittelua neljässä sairaanhoitopiirissä viidestä (79 %) (kuvio 1). Sairaanhoitopiirien näkemyksen mukaan hoidon suunnittelua ovat erityisesti helpottaneet koko maassa sovellettavat samat hoidon perusteet, jotka ovat yhtenäistäneet hoitoon pääsyn kriteereitä ja tarkentaneet potilaskohtaista hoidon tarpeen arviointia. Työnjaon selkiytyminen perusterveydenhuollon kanssa on myös helpottanut hoidon suunnittelua.

Edellä mainittujen seikkojen lisäksi, yhtenäisen hoidon perusteet ovat myös helpottaneet hoidon priorisointia useimmissa (86 %) sairaanhoitopiireissä. Selkeiden jonoon asettamiskriteerien myötä julkisen sairaanhoidon palvelujen tarjonta on selkeytynyt. Sairaanhoitopiirien mukaan yhtenäisen hoidon perusteiden käyttöön oton myötä, joissakin toiminnoissa on pystytty myös säästämään voimavaroja ja suuntaamaan säästyneet voimavarat muuhun toimintaan. Esimerkkeinä tällaisista toiminnoista mainittiin muun muassa lievät kaihi- ja suonikohjuleikkaukset.

Kuvio 1. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon johtajien arvio yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteiden käyttökelpoisuudesta, osuus (%) vastaajista, jotka pitävät perusteita käyttökelpoisina



Hoitotakuun kannustamat muutokset erikoissairaanhoidossa

Hoitotakuuseen liittyvän valtioneuvoston säätämän asetuksen mukaan sairaanhoitopiirien ja sen alueen kuntien on laadittava yhteistyössä terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka tukee terveydenhuollon alueellista yhteistyötä ja terveydenhuollon palveluiden yhteensovittamista.

Sairaanhoitopiirien hallitusten arvioiden mukaan piirien välinen yhteistyö on muuttunut ja kehittynyt jonkin verran hoitotakuun myötä (taulukko 5). Hallitusten vastauksissa todettiin kuitenkin, että yhteistyötä on ollut jo ennen hoitotakuun voimaan tuloa. Sairaanhoitopiirien yhteistyö on perinteisesti toteutunut erityisvastuualueittain. Kansallinen terveyshanke asetti myös monia odotuksia piirien välisen yhteistyön kehittämiseksi, erityisesti työnjaon osalta. Lisäksi ennen hoitotakuun voimaan tuloa piirien välillä on ollut sopimuksia maksusitoumuksettomasta käytännöstä sekä asiakkaiden valinnan vapauden toteutumisesta, esimerkiksi mahdollisuudesta käyttää toisen sairaanhoitopiirin palveluja. Piirit ovat toteuttaneet yhteistyötä myös erilaisissa hankinnoissa, kuten tietohallinto-, laboratorio-, apteekki- ja apuvälinetoiminnoissa. Jononpurkurahojen käyttö ennen hoitotakuun voimaantuloa lisäsi myös jonkin verran piirien hoitoyhteistyötä.

Hoitotakuu on vauhdittanut sairaanhoitopiirin ja alueen perusterveydenhuollon yhteistyön kehittymistä joka toisessa sairaanhoitopiirissä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä ovat edistäneet erityisesti hoitotakuun myötä käyttöön otetut yhtenäisen hoidon perusteet, yhdessä rakennetut hoitoketjut, jatkohoidon järjestäminen (siirtoviivemaksut) ja sähköisen lähete-palautejärjestelmän käyttöönotto. Näiden lisäksi työnjaon ja hoitovastuiden selkiytyminen ovat parantaneet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä.

Sairaanhoitopiirien hallitusten vastauksissa nostettiin erityisesti esille yhteistyön paraneminen tekoniivkirurgian hoidon tarpeen arvioinnissa sekä jatkohoitajärjestelyissä. Vastausten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että hoitotakuu ei sinänsä tuonut kovin paljon uutta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseen yhteistyöhön, koska yhteistyö on alkanut jo ennen hoitotakuun voimaan tuloa. Vastausten myönteisestä perusvirityksestä huolimatta todettiin, että yhteistyössä on edelleen runsaasti kehitettävää.

Kiireettömän hoidon parantamiseksi sairaanhoitopiirien hallitusten vastauksissa nousivat esille muun muassa tarve yhtenäisille linjauksille elämänsäkaaren loppupään hoitopäätöksiin sekä yhtenäisen hoidon perusteiden tiukentaminen. Näiden lisäksi esille nousi tarve perusterveydenhuollon integroimisesta sähköiseen sairauskertomukseen.

Taulukko 5. Hoitotakuun tuomat keskeiset muutokset erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöhön

<ul style="list-style-type: none"> • Kiristyneet hoitoon pääsykriteerit • Jatkohoitoon pääsy nopeutunut • Siirtoviivemaksujen lisääntyminen • Erikoissairaanhoidosta siirtynyt tehtäviä perusterveydenhuoltoon • Rahavirtojen suunta erikoissairaanhoidon 	<ul style="list-style-type: none"> • Lähete-palautejärjestelmä kehittynyt • Tilastointi parantunut • Hoitojonot lyhentyneet • Jonojen seuranta tehostunut • Käypä-hoitosuositusten käyttöönotto • Raja-aidat madaltuneet
--	--

Hoitotakuun toiminnalliset vaikutukset perusterveydenhuollossa

Kiireetöntä hoitoa koskevan lainsäädännön toteuttaminen on muuttanut myös perusterveydenhuollon toimintaa jonkin verran. Seuraavassa kuvataan näistä muutoksista tärkeimmät siten kuin terveyskeskukset ovat ne omissa vastauksissaan nostaneet esille.

Muutokset palkkauksessa ja kannusteissa

Hoitotakuun toteuttamiseksi terveyskeskukset maksoivat henkilöstölle selvästi harvemmin erilaisia kannustepalkkioita kuin sairaanhoitopiirit. Kun kaksi kolmesta sairaanhoitopiiristä teetti ylitöitä, toiminnosta riippuen vain 4–13 % terveyskeskuksista teetti henkilöstöllä ylitöitä suoriutuakseen hoitotakuun velvoitteista. Valtaosa terveyskeskuksista (85 %) maksoi tehdyistä ylitöistä pelkästään virkaehtosopimuksen mukaisen korvauksen. Sopimusehtoja korkeampi palkka tai tulospalkkio oli käytössä pienessä osassa terveyskeskuksia. Tulospalkkiota tai vastaavaa käytettiin ylitöiden kannusteena suunterveydenhuollossa ja avosairaanhoidossa 15 %:ssa, mutta mielenterveystyössä ainoastaan 2 %:ssa tapauksista.

Henkilöstön koulutus

Terveyskeskukset pyrkivät motivoimaan henkilöstöä hoitotakuun toteuttamiseen pääasiassa koulutuksella. Joka toinen kyselyyn vastannut terveyskeskus järjesti henkilöstölle koulutusta kiireettömän hoidon perusteista ja kirjaamisesta. Koulutusmuodot ja koulutuksen sisältö olivat vastausten perusteella melko samankaltaisia kuin sairaanhoitopiireissä.

Yhtenäisen hoidon perusteiden käyttö

Kiireettömän hoidon perusteet olivat käytössä tai osittain käytössä suurimmassa osassa kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista, vain alle 10 % terveyskeskuksista ilmoitti, etteivät hoidon perusteet ole niillä käytössä. Tämä tarkoittaa sitä, että koko maassa olisi runsaat 20 terveyskeskusta, jotka eivät vielä käyttäisi yhtenäisen hoidon perusteita. Yhtenäisen hoidon perusteet olivat käytössä avosairaanhoidossa 93 %:ssa, suun terveydenhuollossa 92 %:ssa, ja mielenterveystyössä 87 %:ssa kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista. Hoidon perusteet kirjattiin sairauskertomukseen keskimäärin 80 %:ssa kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista.

Muutokset ammattiryhmien työnjaossa

Kiireettömän hoidon toteuttamiseksi on perusterveydenhuollossa muutettu ammattiryhmien työnjakoa runsaassa kahdessa terveyskeskuksessa kolmesta. Osuus on siis hieman suurempi kuin erikoissairaanhoidossa. Useimmissa kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista työnjakoa oli muutettu suunterveydenhuollossa (69 %) ja avosairaanhoidossa (66 %). Ainoastaan mielenterveyspalveluissa ei ollut vastanneiden terveyskeskusten mukaan tapahtunut suuria työnjaollisia muutoksia. Työjaon näkyvin muutos on ollut työtehtävien siirtyminen lääkäriltä sairaanhoitajalle tai terveydenhoitajalle ja hammaslääkäriltä suuhygienistille tai hammashoitajalle sekä lääkäri-hoitaja työparille. Lisäksi sairaanhoitajavastaanottojen perustaminen, hoitohenkilökunnan suorittama hoidontarpeen arviointi sekä yhteydenoton saannin parantamiseksi perustetut puhelinneuvontakeskukset (call-centerit) toimivat kiireettömän hoidon toteuttamisen välineinä.

Ostopalvelujen käyttö

Ostopalveluja hoitotakuun toteuttamiseen on käytetty perusterveydenhuollossa selvästi harvemmin kuin erikoissairaanhoidossa. Joka toinen vastanneista terveyskeskuksista käytti ostopalveluja avosairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa hoitotakuun toteuttamiseksi. Mielenterveyspalveluissa ostopalveluja käytti selvästi harvempi terveyskeskus, vain 27 % vastanneista oli turvautunut

ostopalveluihin. Ostopalveluja hankittiin eniten yksityisiltä lääkäriasemilta ja vuokralääkäreiltä. Merkittävimpiä ostopalveluja olivat suun terveydenhuollossa muun muassa oikomishoidot ja suukirurgia, mielenterveyspalveluissa psykiatrin konsultaatiot ja psykoterapiat. Kaikissa toiminnoissa puhelinneuvontapalveluilla oli keskeinen rooli ostopalveluissa.

Vastausten mukaan perusterveydenhuollossa alle 5 % työntekijöistä työskentelee yksityisen yrityksen palveluksessa oman terveystieteiden keskuksen tiloissa.

Muut palvelujen saatavuuden parantamiskeinot

Ostopalvelujen ja taloudellisten kannusteiden lisäksi terveystieteiden keskuksessa ovat pyrkineet vastaamaan hoitotakuun velvoitteisiin parantamalla palvelujen saatavuutta myös muilla keinoilla. Keskeisiä keinoja tässä ovat olleet muun muassa ajanvarauksen kehittäminen ja keskittäminen, terveystieteiden keskuksensaavotusten aukioloaikojen pidentäminen sekä viikonloppupäivystysten siirtäminen keskussairaaloille. Suun terveydenhuollossa palveluiden yleistä saatavuutta on parannettu vähentämällä aikuisten väliuositarkastuksia, keskittämällä lasten ja koululaisten alkuseulontoja ja oikomishoitoja suuhygienisteille sekä kehittämällä ennaltaehkäisyä. Mielenterveyspalveluiden saatavuuteen ovat vaikuttaneet muun muassa depressiohoitamallin käyttöönotto sekä psykiatrisen poliklinikkatoiminnan kehittäminen.

Tiedottaminen ja seuranta

Kiireettömän hoidon toteutumisesta tiedotti joka toinen kyselyyn vastannut terveystieteiden keskus. Tiedottamisessa käytettiin samoja välineitä kuin sairaanhoitopiireissä.

Yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteiden käyttökelpoisuus perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollossa on hoidon tarpeen arvioinnissa tapahtunut selvä muutos hoitotakuun myötä. Kyselyyn vastanneista terveystieteiden keskuksista joka toisessa (68 %) hoidon tarpeen arvioi pääsääntöisesti koulutettu hoitohenkilökunta, mikä useimmissa terveystieteiden keskuksissa (65 %) tarkoittaa sairaanhoitajaa.

Yhtenäisen hoidon perusteiden käyttöönotto on tehostanut ja tarkentanut hoidontarpeen arviointia ja kirjaamiskäytäntöä perusterveydenhuollossa. Lisäksi yhtenäiset toimintaohjeet ja kriteerit ovat tarkentuneet terveystieteiden keskuksissa ja siten helpottaneet hoidon priorisointia. Hoidontarpeen arvioinnin kehittäminen vaatii perusterveydenhuollossa edelleen lähitulevaisuudessa lisää koulutusta, ammattikuntien työnjaon tarkistamista, potilasasiakirjojen käytön hallinnan uudelleen arviointia ja vastanneiden terveystieteiden keskuksien mielestä myös jonkun verran lisää voimavaroja.

Perusterveydenhuollossa yhtenäisen hoidon perusteiden käyttöönotto on helpottanut toiminnan johtamista ja suunnittelua vähemmän kuin erikoissairaanhoidossa. Toiminnan johtamista ja suunnittelua ovat kuitenkin helpottaneet erikoissairaanhoidon lähetekäytännön selkiytyminen, hoitoketjujen käyttöönotto, hoidonpöytäkirjat sekä lääkärin ja hoitajien työnjaon selkiytyminen (kuva 1).

Tarkentuneet erikoissairaanhoitoon lähettämisen perusteet, hoidon pöytäkirjat, käypähoitosuosituksien, hoitoketjujen rakentaminen, potilastietojärjestelmien kehittyminen sekä selkiytynyt lääkäri-hoitajatyönjako ovat helpottaneet myös hoidon priorisointia. Muutamat vastanneet terveystieteiden keskuksista halusivat erikseen mainita, että valtakunnallisesti yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit toimivat myös apuvälineinä potilaan kohtaamisessa ja siten helpottavat lääkäreiden ja muun hoitavan henkilökunnan päivittäistä työtä.

Pohdintaa

Yhtenäisen kiirettömän hoidon perusteet ovat nyt olleet käytössä lähes kolme vuotta. Hoitotakuun toteutumiseen tähtäävä valmistelu aloitettiin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa jo muutamia vuosia ennen hoitotakuun voimaan tuloa.

Kiirettömän hoidon toteuttamiseksi on sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa otettu käyttöön toiminnan tehostamista edesauttavia menetelmiä. Ostopalvelujen käyttö on etenkin sairaanhoitopiireissä toiminut hoitajajoukkojen purkamisen ja hoitoon pääsyn tehostamisen apuvälineenä. Myös terveyskeskuksissa on käytetty jonkin verran ostopalveluja, mutta selvästi vähemmän kuin sairaanhoitopiireissä. Hoitotakuun toteutumista seurataan säännöllisesti ja tiedotetaan monipuolisesti. Joukkojen seuranta on tullut läpinäkyväksi ja tiedottaminen joissakin sairaanhoitopiireissä reaaliaikaiseksi.

Kiirettömän hoidon toteuttamiseksi on sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa koulutettu henkilökuntaa yhtenäisen hoidon perusteiden sisältöön ja käyttöön sekä perusteiden kirjaamiseen. Koulutus on ollut systemaattista siellä missä sitä on toteutettu, mutta yhtenäisen hoidon perusteet eivät ole vielä 100 %:sti käytössä kaikissa sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa. Asiakkaat saavat kuitenkin välittömän yhteyden terveydenhuoltoon sekä arvion hoidon tarpeesta. Tähän on vaikuttanut merkittävästi hoitotyössä toimivien ammattiryhmien tehtäväkuvien laajentaminen. Erityisesti lääkäreiden joidenkin tehtävien siirto hoitohenkilökunnalle on nopeuttanut asiakkaiden hoidon tarpeen arviointia sekä tutkimuksiin ja hoitoon pääsyä.

Yhtenäiset hoidon perusteet ovat myös selkeyttäneet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä sekä helpottaneet muun muassa hoitoketjujen ja käypähoitosuosituksen ansiosta hoidon suunnittelua ja priorisointia. Terveyspalvelualueelliset järjestämissuunnitelmat ovat tukeneet alueellista yhteistyötä ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen yhteensovittamista. Yhteistyötä on toki ollut sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten välillä jo ennen hoitotakuun voimaan tuloa. Terveyskeskusten vastausten perusteella kunnilla ei kuitenkaan ole riittävästi vaikutusmahdollisuuksia yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa. Terveyskeskusten mielestä voimavarat ja kuntien rahat ohjautuvat edelleen erikoissairaanhoitoon ja lisäksi erikoissairaanhoidon kustannukset kasvavat hallitsemattomasti. Tilastot eivät tosin tue tätä melko yleistä käsitystä, kuten luvussa 3 jo todettiin.

Tämän kyselytutkimuksen mukaan näyttää siltä, että hoitotakuun velvoitteet on voitu toteuttaa paremmin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa, unohtamatta kuitenkaan niitä lukuisia pieniä terveyskeskuksia, jossa hoitotakuuta on pystytty toteuttamaan melko rajallisilla voimavaroilla ilman merkittävää lisäpanostusta.

Lähteet

STM. Työryhmä 091:00/2002. Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.

STM. Hoidon tarpeen arviointi erikoissairaanhoidossa. Kuntatiedote 07/2006. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.

STM. Yhtenäiset hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Lait 855–858, Asetus 1019/2004; HE 77/2004 vp; STM 2005

STM. Lait 855-858, Asetus 1019/2994 vp. Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.

5 Jonotetut leikkaukset Suomessa 1998–2006 – hoitotakuun vaikutusten arviointia

HENNAMARI MIKKOLA
 MIKKO PELTOLA
 MARKKU PEKURINEN
 ULLA TUOMINEN
 SATU KAPIAINEN
 ANTTI MALMIVAARA
 OLLI NYLANDER

Johdanto

Jonotusaika moniin ei-kiireellisiin toimenpiteisiin oli Suomessa 2000 -luvun alussa olennaisesti pidempi kuin monissa muissa kehittyneissä maissa (Hurst ja Sicialini 2003, HOPE 2004). Vuoden 2005 maaliskuun alusta voimaan astuneen ns. hoitotakuun tavoitteena oli parantaa ei-kiireellisen hoidon saatavuutta, lyhentää pitkiä jonotusaikoja ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä.

Uudistukselle pyrittiin turvaamaan hoidon oikea-aikainen saatavuus velvoittamalla kunnat järjestämään ensiarvio hoidon tarpeesta perusterveydenhuollossa 3 vuorokaudessa ja erikoissairaanhoidossa 3 viikossa lähteen saapumisesta sekä hoitoon pääsy viimeistään 6 kuukaudessa siitä kun hoidon tarve on tullut todetuksi. Uudistuksen valmistelua edeltäneessä julkisessa keskustelussa tuotiin esille esimerkkiongelmia muun muassa ortopediset leikkausjonot ja erityisesti tekonivelleikkauksien saatavuus.

Hoitotakuulla pyrittiin ensisijaisesti lisäämään julkisten terveystalvelujen tarjontaa. Tarjonnan lisäämiseksi valtio ja kunnat suuntasivat lisäresursseja vuosina 2003 ja 2004 yhteensä 50 miljoonaa euroa jonojen purkuun. Jononpurkurahojen lisäksi, hoitotakuulainsäädännöllä ja sen toteutumisen valvonnalla pyrittiin varmistamaan asetettujen tavoitteiden saavuttaminen. Tavoitteista näkyvin oli erikoissairaanhoidon pitkien leikkausjonojen purku.

Mitä jonotusaika kertoo ?

Terveystalveluolosta käydyssä keskustelussa hoitojonoja halutaan usein tulkita tyydyttämättä jään hoidon tarpeen mittarina. Terveystalveluolun jonojen tutkimus ei kuitenkaan tue näkemystä, että jonojen pituutta voitaisiin ainakaan suoraan käyttää palvelujen tarpeen arvioimiseen ja voimavarojen kohdentamiseen. Voisi olettaa, että jonot olisivat lyhyitä alueilla, joissa toimenpiteitä tehdään paljon ja leikkaustoimintaan käytetään runsaasti voimavaroja. Tutkimusten mukaan näin ei kuitenkaan ole, vaan useiden toimenpidettä jonottavien määrä ja jonotusajat ovat pitkät siellä missä tehdään paljon leikkauksia tai jonotusaika ei ole yhteydessä leikkausmääriin (Järvelin ym. 2004, Nordberg ym. 1994).

Ortopedisiä toimenpiteitä koskeneen tutkimuksen mukaan monien toimenpiteiden määrät kasvoivat miltei samassa suhteessa kuin niiden jonotusajat pitenevät. Esimerkiksi lonkan tekoniivelleikkausten määrä kasvoi ja jonotusaika piteni yli 50 prosenttia vuodesta 1992 vuoteen 2002. Samana ajanjaksona polven tekoniivelleikkausten määrä kasvoi yli 150 prosenttia ja jonotusaika piteni noin 80 prosenttia. Jonotusaikojen pituuteen vaikuttavatkin palvelujen tarpeen ohella myös muut tekijät, muun muassa millaisilla kriteereillä hoitopäätöksiä tehdään, miten huolellisesti ja johdonmukaisesti jonoja hoidetaan sekä lähetekäytäntö (Mikkola ym. 2005).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli arvioida hoitotakuuseen valmistautumisen ja uudistuksen toteuttamisen vaikutuksia Suomessa eniten jonotettuihin ei-kiireellisiin leikkaustoimenpiteisiin eri näkökulmista valtakunnallisten rekisteritietojen avulla. Analysoimme jonotettujen toimenpideryhmien jonotusajan kehitystä ja leikkausmäärissä tapahtuneita muutoksia. Lisäksi kuvasimme hoitotakuun vaikutuksia avo- ja vuodeosastohoidon keskinäiseen painotukseen ja analysoimme leikkausmäärien alueellisen vaihtelun kehitystä. Tarkasteltuihin toimenpiteisiin käytettyjen voimavarojen kokonaiskehitystä arvioimme kuntien maksuosuuksien avulla. Selvitimme myös hoitotakuun vaikutuksia yksityissektorin leikkaustoiminnan kehitykseen ja sairausvakuutuksen potilaille maksamiin korvauksiin. Arvioimme myös leikkausmäärien kehitystä työ- ja eläkeikäisillä sekä sukupuolten välillä. Lisäksi arvioimme hoitotakuun mahdollisia vaikutuksia sairausvakuutuksen maksamiin sairauspäivärahoihin.

Aineisto

Poimimme Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä toimenpideluokituksen mukaisesti vuosina 1998–2006 tehdyistä leikkauksista kaikki suurimmat leikkausryhmät, joihin oli jonotettu yli 180 vuorokautta eli yli 6 kuukautta. Näistä leikkauksista valitsimme 15 jonotetuinta toimenpideryhmää. Näistä 14 oli mielekästä tarkastella hoitotakuun toteutumisen kannalta. Poistimme aineistosta naisten sterilisaatioleikkaukset. Valitsimme toimenpiteet siten, että ne vastasivat mahdollisimman hyvin kiireetöntä hoitoa (taulukko 1). Poistimme aineistosta päivystystapaukset sekä erikseen vielä sellaiset tapaukset, jotka diagnoosin (pää- tai 1./2. sivudiagnoosin) perusteella todennäköisesti olisi määritelty kiireellisiksi. Laskimme toimenpiteiden kokonaismäärät kaikkien potilaiden kolmen mahdollisen päätoimenpidetietokoodin perusteella. Aineistomme kattoi sekä julkisella että yksityisellä sektorilla tehdyt toimenpiteet. Vuonna 2006 aineistossamme oli 131 900 toimenpidettä, joista 49 073 oli toimenpiteellisiä vuodeosastohoitojaksoja (37 %) ja 82 827 päiväkirurgisia toimenpiteitä (63 %).

Toimenpiteen suorittamista koskevien tietojen ohella poimimme hoitoilmoitusrekisteristä tiedon potilaan hoitojonoon asettamispäivästä. Hoitoilmoitusrekisterin sisällönmäärittelyn mukaan ao. päivällä tarkoitetaan päivää, jolloin potilas sijoitettiin jonoon odottamaan rekisteri-ilmoituksen mukaista päättyneitä hoitoa, toimenpidettä tai tutkimusta. Tässä tutkimuksessa jonotusaika määriteltiin hoitojonoon asettamispäivän ja sairaalaan saapumispäivän erotukseksi. Jonotusaika laskettiin vain hoidonvarauksella leikkaukseen saapuneille julkisten tai yksityisten sairaaloiden potilaille.

Toimenpiteestä kunnille aiheutuneita kokonaismenoja arvioimme hoitoilmoitusrekisteriin kerättyjen toimenpidetietojen kuntien maksuosustietojen avulla. Kunnan maksuosuudella tarkoitetaan sairaalan kunnalta laskuttamaa hintaa toimenpiteestä. Koska kuntien maksuosuus oli merkitty hoitoilmoitusrekisteriin osin varsin puutteellisesti, käytimme hintojen kehityksen vertailussa myös erikseen HUS-piiriin hinnastoista poimittuja toimenpidetietoisia kuntalaskutushintoja vuosilta 2004–2006. Kuntalaskutustietoja oli hoitoilmoitusaineistossa jo vuodesta 1998 lähtien, mutta aineiston puutteellisuuksien vuoksi päädyimme käyttämään tietoja vuosilta 2002–2006.

Taulukko 1. Jonotetuimmat toimenpideryhmät toimenpidekoodeineen

1 Kaihileikkaukset	CJE20
2 Polven tekonivelleikkaukset	NGB 20,NGB40
3 Nivustyräleikkaukset	JAB
4 Sappirakon leikkaukset	JKA21, JKA20
5 Suonikohjuleikkaukset	PHD
6 Polven nivelkierukkaleikkaukset	NGD05,NGD10,NGD15
7 Lonkan tekonivelleikkaukset	NFB50,NFB30,NFB40 (poissuljettu 572.0, 572.1,572.2)
8 Nielurisaleikkaukset	EMB10, EMB 20,EMB30
9 Ääreishermin kohdistuvat toimenpiteet	ACC59, ACC51,ACC52,ACC53,ACC54
10 Jalkaterän luuleikkaukset	NHK10,NHK30,NHK40
11 Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	LEG0,LEG10,LEG20,LEG96
12 Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	DJD20
13 Kohdun poistot	LCD10,LCD04,LCD11,LCD40 (jos diagnoosina D25,N80,N92)
14 Olkapään operaatiot	NBG00,NBG01,NBG10,NBG15

Hoitoilmoitusrekisteristä on saatavilla tietoa myös lähetteen antajasta. Tähän tutkimukseen poimimme lähetteen lukumäärät julkiselta yksityiselle sektorille. Lähetetietojen avulla arvioimme julkisen sektorin ostojen kehitystä yksityiseltä.

Sairausvakuutuksen korvaamien toimenpiteiden määrät, kokonaiskustannukset ja maksetut sairausvakuutuskorvaukset sekä sairauspäivärahatiedot keräsimme lähes samoilla poimintakriteereillä kuin hoitoilmoitusaineiston tiedot. Kansaneläkelaitoksen rekistereissä oli diagnoositieto vain sairauspäivärahojen kohdalla, mikä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi kiireelliseen hoitoon kuuluvia lonkkamurtumia ja kohdun poistoja ei voitu poistaa sairausvakuutustiedoista. Kansaneläkelaitoksen rekistereistä tiedot olivat saatavissa samoilla poimintakriteereillä vuodesta 2003 lähtien. Toimenpiteeseen liittyvien lääkarissa käyntien kustannus- ja korvaustiedot koskivat käyntejä, jotka oli tehty 3 kuukauden sisällä ennen ja jälkeen leikkausta. Lääkkeiden kustannus- ja korvaustiedot oli poimittu ennen ja jälkeen leikkausta tehdyistä lääketoista. Erikoismaksuluokkapotilaista tietoja oli saatavissa vain vuosilta 2003 ja 2004. Hoitotakuun myötä erikoismaksuluokka poistuu asteittain vuoteen 2008 mennessä.

Aineiston kattavuus ja luotettavuus

Tarkasteluun valitsemamme toimenpiteet kattoivat vuonna 2006 kaikista toimenpiteellisistä hoitojaksoista 31,5 %. Vuosina 1998–2006 aineistomme kattoi joka vuosi yli 30 % toimenpiteellisistä hoitojaksoista, eri vuosien välillä oli hyvin vähän eroja. Hoitoilmoitusrekisterin luotettavuutta ei ole selvitetty viime vuosina, mutta aiempien arvioiden mukaan kirurgisten toimenpiteiden kohdalla rekisterin luotettavuus on verrattain hyvä. 1980-luvun lopulla vähintään 95 % sairaaloissa suoritetuista toimenpiteistä rekisteröitiin hoitoilmoitusrekisteriin ja 95 % toimenpidetiedoista vastasi sairauskertomuksen merkintöjä (Keskimäki ja Aro 1991). Rajoitimme tarkastelun koskemaan vuosia 1998–2006, koska vuonna 1997 toimenpiteiden rekisteröinnissä siirryttiin käyttämään Pohjoismaisen toimenpideluokituksen suomalaista versiota ja tätä aikaisempi toimenpideluokitus poikkesi jonkin verran nykyisestä.

Aineistossamme jonotuspäivämäärät oli merkitty osin puutteellisesti. Eniten jonotuspäivämääriä oli merkitty kohdun poistoissa, keskimäärin 79 %:lle leikatuista potilaista. Tämä tarkoittaa sitä, että 42 205 kohdun poistosta 33 173 toimenpiteelle oli merkitty jonotuspäivämäärä. Vähiten jonotuspäivämääriä oli merkitty polven nivelkierukkaleikkauksissa, keskimäärin 55 %:lle leikatuista potilaista. Siis 103 800 polven nivelkierukkaleikkauksesta 51 347 toimenpiteelle oli merkitty jonotuspäivämäärä. Kokonaisuudessaan tutkimusaineisto oli niin laaja, että jonotusaikojen

Taulukko 2. Leikattujen potilaiden osuus (%), joille merkitty jonotuspäivämäärä 1998–2006 koko maassa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Keski-arvo
Kaihileikkaukset	72	68	67	61	64	66	61	65	61	65
Polven tekonivelleikkaukset	71	73	73	72	70	70	60	58	57	67
Nivustyräleikkaukset	73	72	71	69	72	70	63	64	67	69
Sappirakon leikkaukset	79	78	79	80	80	78	72	74	75	77
Suonikohjuleikkaukset	67	68	64	65	63	59	48	50	52	60
Polven nivelkierukkaleikkaukset	63	59	59	59	59	56	46	44	47	55
Lonkan tekonivelleikkaukset	76	78	77	75	75	78	74	76	75	76
Nielurisaleikkaukset	66	69	66	60	63	62	60	56	53	62
Ääreishermoston kohdistuvat toimenpiteet	60	59	61	64	62	63	58	60	59	61
Jalkaterän luuleikkaukset	67	72	71	69	66	71	61	60	63	67
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	78	77	74	68	70	69	56	59	58	68
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	78	80	81	74	83	80	75	69	67	76
Kohdunpoistot	80	78	79	81	85	83	69	73	80	79
Olkapään operaatiot	75	77	77	77	74	75	73	77	73	75

vertailut valtakunnan tasolla ovat kohtuullisen luotettavia. Jonotuspäivämäärät oli merkitty lähes yhtä aktiivisesti vuodesta toiseen viidessä toimenpiteessä (kaihileikkaukset, lonkan tekonivelleikkaukset, ääreishermoston kohdistuvat toimenpiteet, kohdunpoistot, olkapään operaatiot), mikä mahdollistaa jonotusajan kehityksen tarkastelun näiden toimenpiteiden osalta (taulukko 2). Muiden toimenpiteiden kohdalla merkitsemisaktiivisuus väheni hieman vuonna 2004 edellisvuosiin verrattuna, mutta kasvoi sen jälkeen, kolmea toimenpidettä (polven nivelkierukkaleikkaukset, nielurisaleikkaukset, nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet) lukuun ottamatta.

Alueellinen tarkastelu oli mahdollista toteuttaa vain niiden sairaanhoitopiirien osalta, joissa jonotuspäivämääriä oli merkitty suhteellisen suuri määrä verrattuna suoritettuihin toimenpiteisiin. Esimerkiksi kaihileikkauksissa vain 11 sairaanhoitopiirissä jonotuspäivä oli merkitty yli 50 % potilaista (taulukko 3). Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedämme, että sairaanhoitopiireittäin jonotuspäivämäärien merkitsemiskäytännöt voivat poiketa toisistaan (Järvelin ja Linna 2004). Jonotusaikojen muutosten tarkastelussa alueelliset erot merkitsemiskäytännöissä eivät ole vakava ongelma, mikäli sairaanhoitopiireissä noudatettavat käytännöt eivät muutu vuosittain.

Kuntalaskutustiedot oli merkitty puutteellisesti hoitoilmoitusrekisteriin. Aineistomme toimenpiteistä vain noin 40 % oli merkitty kunnan maksuosuus. Käytimme aineistoa vain keskimääräisen yksikköhinnan muodostamiseen toimenpiteille. Keräsimme toimenpidekohtaiset hinnat myös HUS-piirin hinnastoista vuosilta 2004–2006. Näiden tietojen perusteella arvioimme hoitoilmoitusaineistosta laskettujen yksikköhintojen yhdenmukaisuutta sairaanhoitopiirin hinnaston kanssa. Havaitimme, että sairaanhoitopiirin hinnaston avulla ei pysty muodostamaan täysin luotettavaa kuvaa kuntalaskutushintojen kehityksestä aikasarjassa, sillä hinnaston mukaan saman toimenpiteen hinta saattoi poiketa eri vuosien välillä hyvinkin huomattavasti toisistaan. Vuodesta 2002 lähtien hoitoilmoitusaineiston perusteella lasketut yksikköhinnat vaikuttavat suhteellisen luotettavilta, sillä ne kehittyivät melko vakaasti. Päädyimme vertailun perusteella käyttämään analyysissämme hoitoilmoitustietojen perusteella arvioitua yksikköhintaa.

Tieto lähetteen antajasta toimenpidettä varten oli merkitty kattavasti hoitoilmoitusrekisteriin. Esimerkiksi vuonna 2005 kaikista hoitoilmoitusrekisterin ei-kiireellisiä toimenpiteitä sisältävistä ilmoituksista 93 % sisälsi tiedon lähetteen antajasta.

Taulukko 3. Jonotuspäivien merkintäosuudet (%) sairaanhoitopiireittäin kaihileikkauksissa vuosina 2004 ja 2006

Sairaanhoitopiiri	2004	2006
Päijät-Häme	96	98
Lappi	94	97
Kanta-Häme	96	97
Itä-Savo	98	96
Etelä-Karjala	97	95
Pohjois-Karjala	99	92
Pohjois-Pohjanmaa	89	91
Pirkanmaa	82	84
Pohjois-Savo	84	84
Vaasa	91	70
Helsinki ja Uusimaa	57	65
Varsinais-Suomi	28	49
Keski-Pohjanmaa	2	45
Länsi-Pohja	28	23
Satakunta	34	21
Keski-Suomi	34	20
Etelä-Pohjanmaa	53	18
Kymenlaakso	0	13
Etelä-Savo	1	1
Kainuu	0	0
Koko maa	58	58

Menetelmät

Jonotusajat eivät yleensä jakaudu normaalisti. Valtaosa jonotusajoista keskittyy jonkin tietyn arvon ympärille, mutta osa niistä on myös poikkeuksellisen pitkiä. Tämän vuoksi käytimme jonotusajojen tarkastelussa keskiarvon sijasta mediaania eli havaintojen keskimmäistä arvoa. Alueellisessa tarkastelussa otimme mukaan vain ne sairaanhoitopiirit, joissa jonotuspäivien merkintäosuus ylitti 50 % leikkausten määrästä eli jonotusaika oli merkitty vähintäänkin joka toiselle leikatuista potilaista. Yli kuusi kuukautta jonottaneiden leikattujen potilaiden osuuden kehitystä arvioimme suhteessa jonotettujen leikkausten kokonaismäärän kehitykseen. Leikkausmäärien kehitystä kuvasimme leikkausfrekvenssien lisäksi leikkausmäärien vuosittaisilla muutoksilla.

Kuntien maksuosuudet eli kuntien kokonaismenot jonotetuille toimenpiteille laskimme keskimääräisten yksikköhintojen ja toimenpiteiden määrän avulla. Toimenpideryhmittäinen kokonaismeno = (yksikköhinta päiväkirurgiassa * päiväkirurgiset toimenpiteet) + (yksikköhinta vuodeosastohoidossa * vuodeosastohoidon toimenpiteet).

Avohoidon ja vuodeosastohoidon suhteen kehitystä kuvasimme päiväkirurgisten jonotettujen toimenpiteiden osuudella jonotettujen toimenpiteiden kokonaismäärästä.

Alueellisia eroja tarkastelimme vuoden 2007 kuntajaotuksen pohjalta potilaiden kotikunnan sairaanhoitopiirin perusteella. Leikkaustoimenpiteiden aluevaihtelua kuvasimme ikä- ja sukupuolivakioitujen indeksien avulla sairaanhoitopiireittäin (koko maa = 100). Eri toimenpiteiden alueellisen vaihtelun ajallista muutosta (ikä- ja sukupuolivakioitujen indeksien muutosta) kuvasimme variaatiokerroinmuutoksella (variaatiokerroin = $100 \times \text{keskihajonta} / \text{keskiarvo}$).

Yksityissektorin markkinaosuutta mittasimme yksityissektorilla tehtyjen leikkausten osuudella kaikista leikkauksista. Julkisen sektorin käyttämien yksityisten ostopalvelujen kehitystä

arvioimme julkiselta yksityiselle sektorille tehtyjen läheteiden osuudella kaikista ei-päivystyksellisistä läheteistä.

Sairausvakuutuksen korvaamien toimenpiteiden kokonaiskustannukset ja kokonaiskorvaukset laskimme toimenpiteeseen, lääkärissä käynteihin ja lääkkeisiin liittyvien kustannusten ja korvausten avulla.

Kuntien maksuosuudet eli menot muutimme vuoden 2006 rahaksi kunnallisen terveydenhuollon hintaindeksillä ja vastaavasti sairausvakuutuksen kustannus- ja korvaustiedot kuluttajahintoihin perustuvalla indeksillä.

Jonotusaikojen kehitys

Jonotettujen toimenpiteiden jonotusaikojen mediaanit alkoivat kasvaa vuoden 2001 lääkärilakon jälkeen ja olivat lähes kaikissa analysoiduissa toimenpiteissä pisimmillään vuonna 2003. Erityisen pitkään joutui vuonna 2003 jonottamaan polven tekonivelleikkaukseen, suonikohjuleikkaukseen ja kaihileikkaukseen. Vuonna 2004 jonotusajat lyhenivät useimmissa toimenpideryhmissä, eniten suonikohjuleikkauksissa. Toisaalta esimerkiksi kaihileikkauksiin ja polven tekonivelleikkauksiin joutui vuonna 2004 jonottamaan yhtä pitkään kuin vuonna 2003.

Ensimmäisenä hoitotakuuvuonna 2005 kaikissa pisimpään jonotetuissa leikkauksissa päästiin keskimäärin jo alle 6 kuukauden jonotusaikoihin, lukuun ottamatta polven tekonivelleikkausta. Eniten jonotusajat lyhenivät virtsan karkailuun liittyvissä toimenpiteissä, kaihileikkauksissa, suonikohjuleikkauksissa ja polven tekonivelleikkauksissa. Vuonna 2006 jonotusajat lyhenivät merkittävästi lähes kaikissa tarkastelluissa toimenpideryhmissä edellisvuoteen verrattuna. Eniten lyhenivät jonotusajat kaihileikkauksiin, suonikohjuleikkauksiin ja polven tekonivelleikkauksiin, 1,4–2,5 kuukautta (taulukko 4).

Jonotusaikojen kehitys alueittain

Jonotusaikojen alueellinen tarkastelu tehtiin viiden jonotetuimman toimenpiteen osalta. Vertasimme uusimpia käytettävissä olevia vuoden 2006 tietoja tilanteeseen ennen hoitotakuuta eli vuoteen 2004.

Kaihileikkausten alueelliseen tarkasteluun otimme mukaan 11 sairaanhoitopiiriä, joissa jonotusaika oli merkitty riittävän suurelle osalle potilaista. Mukaan otetuissa sairaanhoitopiireissä jonotuspäivien keskimääräinen merkintäosuus vuonna 2004 oli 85 % ja vuonna 2006 79 %. Puutteellisten jonotuspäivämerkintöjen vuoksi tarkastelusta jäivät pois Varsinais-Suomen, Satakunnan, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan, Kainuun ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirit. Kaikki tarkastelussa mukana olleet sairaanhoitopiirit onnistuivat laskemaan jonotusaikojen kaihileikkauksiin. Koko maan tasolla kaihileikkausten jonotusajan mediaani laski 97 vuorokautta eli runsaat kolme kuukautta vuodesta 2004 vuoteen 2006. Jonotusaika lyheni eniten Itä-Savon, Pohjois-Savon ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä. Vuonna 2006 kaihileikkaukseen sai jonottaa keskimäärin 104 vuorokautta eli kolme ja puoli kuukautta. Koko maan mediaanin alapuolelle jonotusajoissa pääsivät vuonna 2006 Itä-Savon, Pohjois-Savon, Vaasan, Pohjois-Pohjanmaan, Päijät-Hämeen ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirit (taulukko 5).

Polven tekonivelleikkausten jonotusaikojen merkintäosuuksien perusteella otimme tarkasteluun 14 sairaanhoitopiiriä. Näissä sairaanhoitopiireissä jonotuspäivien keskimääräinen merkintäosuus vuonna 2004 ja 2006 oli 83 %. Pois tarkastelusta jäivät Kymenlaakson, Itä-Savon, Keski-Suomen, Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Kainuun sairaanhoitopiirit. Polven tekonivelleikkausten jonotusaikojen mediaani laski 59 vuorokautta eli kaksi kuukautta vuodesta 2004 vuoteen 2006. Eniten jonotusaika laski Vaasan, Etelä-Karjalan, Pirkanmaan ja Etelä-Savon

Taulukko 4. Leikattujen potilaiden jonotusajan mediaani (vuorokautta) toimenpideryhmittäin 1998–2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	221	208	190	201	188	202	201	178	104
Polven tekonivel-leikkaukset	168	173	196	190	199	209	208	192	149
Nivustyräleikkaukset	60	65	72	71	75	91	78	75	58
Sappirakon leikkaukset	75	81	90	89	92	90	82	89	68
Suonikohju-leikkaukset	118	133	151	164	152	204	182	162	112
Polven nivelkierukka-leikkaukset	48	47	50	49	62	61	62	64	66
Lonkan tekonivel-leikkaukset	137	133	140	140	152	157	154	147	124
Nielurisaleikkaukset	43	46	45	52	50	45	48	42	50
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	49	55	54	53	55	66	61	70	68
Jalkaterän luuleikkaukset	117	114	127	132	157	160	160	168	141
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	111	101	111	127	151	162	147	108	79
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	147	155	139	163	156	133	108	104	98
Kohdunpoistot	83	77	82	98	110	115	111	98	75
Olkapään operaatiot	73	76	79	78	84	91	104	97	98

sairaanhoidopiireissä. Vuonna 2006 polven tekonivelleikkaukseen sai jonottaa keskimäärin 149 vuorokautta eli viisi kuukautta. Koko maan keskiarvoa nopeammin leikkaukseen pääsi Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Lapin, Helsingin ja Uudenmaan, Kanta-Hämeen, Päijät-Hämeen ja Pohjois-Savon sairaanhoidopiireissä (taulukko 5).

Nivustyräleikkausten jonotusaikojen kehityksen tarkasteluun otimme mukaan 11 sairaanhoidopiiriä. Näissä sairaanhoidopiireissä jonotuspäivien keskimääräinen merkintäosuus oli molempina vuosina noin 75 %. Pois tarkastelusta jäivät Satakunnan, Pirkanmaan, Kymenlaakson, Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Itä-Savon, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiirit. Nivustyräleikkauksissa jonotusajan mediaani laski 19,5 vuorokautta vuodesta 2004 vuoteen 2006. Nivustyräleikkauksissa jonotusaikojen lähtötaso oli huomattavasti alhaisempi jo vuonna 2004 verrattuna kaihileikkauksiin ja polven tekonivelleikkauksiin. Jonotusaika laski eniten Pohjois-Karjalassa, Kanta-Hämeessä, Helsinki-Uudenmaan sairaanhoidopiirissä ja Päijät-Hämeessä. Vuonna 2006 nivustyräleikkaukseen sai jonottaa mediaanin perusteella keskimäärin 58 vuorokautta eli noin kaksi kuukautta. Koko maan mediaanin alapuolelle jonotusajoissa pääsivät Keski-Pohjanmaan, Varsinais-Suomen, Helsingin ja Uudenmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoidopiirit (taulukko 5).

Sappirakkoleikkausten jonotusaikojen tarkasteluun otimme 12 sairaanhoidopiiriä. Näissä sairaanhoidopiireissä jonotuspäivien keskimääräinen merkintäosuus vuonna 2004 oli 79 % ja vuonna 2006 72 %. Pois tarkastelusta jäivät Varsinais-Suomen, Kymenlaakson, Itä-Savon, Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Kainuun sairaanhoidopiirit. Sappirakon leikkauksissa jonotusajan mediaani laski 14 vuorokautta vuodesta 2004 vuoteen 2006. Myös sappirakon leikkauksissa jonotusaikojen lähtötaso oli huomattavasti alhaisempi kuin kaihileikkauksissa ja polven tekonivelleikkauksissa. Eniten jonotusajat lyhenivät Etelä-Karjalan, Länsi-Pohjan, Pirkanmaan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiireissä. Vuonna 2006 sappirakon leikkaukseen sai jonottaa keskimäärin 68 vuorokautta eli runsaat kaksi kuukautta.

Taulukko 5. Jonotusaikojen mediaani vuosina 2004 ja 2006 sairaanhoitopiireittäin
(Tarkastelussa ovat mukana vain sairaanhoitopiirit, joissa jonotuspäivämäärien merkintäosuus oli yli 50%)

	Kaiheilikkaukset		Polven tekonivelleikkaukset		Nivustyräleikkaukset		Sappirakon leikkaukset		Suonikohjuleikkaukset		Erotus
	2004	2006	2004	2006	2004	2006	2004	2006	2004	2006	
Helsinki ja Uusimaa	272	153	169	118	88	55	115	83	273	117	-156
Varsinais-Suomi			135	173	38	49					
Satakunta			278	185	-93		71	63			-8
Kanta-Häme	245	166	253	125	-128	70	128	143	15	15	
Pirkanmaa	270	172	362	182	-180		62	27	-35		
Päijät-Häme	174	78	212	129	-83	55	89	76	-13	105	-336
Kymenlaakso											
Etelä-Karjala			272	91	-181		145	35	-110		
Etelä-Savo			258	97	-161		43	40	-3		
Itä-Savo	454	29									
Pohjois-Karjala	266	103	321	255	-66	73	94	64	-30		
Pohjois-Savo	280	42	218	133	-85	112	81	112	31		
Keski-Suomi											
Etelä-Pohjanmaa			224	191	-33		74	57	-17		
Vaasa	82	59	431	188	-243	56	64	70	7	88	26
Keski-Pohjanmaa						42			-8		
Pohjois-Pohjanmaa	117	65					50				
Kainuu						104	77	104	27		
Länsi-Pohja			187	184	-3	103	113	103	-10	115	-39
Lappi	266	149	81	102	21	80	54	84	30	99	-93
Koko maa	201	104	208	149	-97	58	82	68	-14	112	-70

Koko maan keskitasoa nopeammin hoitoon pääsi Pirkanmaan, Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Etelä-Pohjanmaan, Satakunnan ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä (taulukko 5).

Suonikohjuleikkauksissa jonotuspäivien merkintäosuuksien perusteella alueelliseen tarkasteluun voitiin ottaa vain viisi sairaanhoitopiiriä: Helsinki-Uusimaa, Päijät-Häme, Vaasa, Länsi-Pohja ja Lappi. Näissä sairaanhoitopiireissä jonotuspäivien keskimääräinen merkintäosuus vuonna 2004 oli 80 % ja vuonna 2006 78 %. Suonikohjuleikkauksissa jonotusajan mediaani laski 70 vuorokautta eli runsaat kaksi kuukautta vuodesta 2004 vuoteen 2006. Suonikohjuleikkauksissa jonotusaikojen lähtötaso oli samankaltainen kuin kaihileikkauksissa ja polven tekonivelleikkauksissa. Eniten jonotusaika suonikohjuleikkaukseen lyheni Päijät-Hämeen, Länsi-Pohjan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. Vuonna 2006 suonikohjuleikkaukseen sai jonottaa keskimäärin 112 vuorokautta eli vajaat neljä kuukautta (taulukko 5).

Yli 6 kuukautta jonottaneiden määrän kehitys

Vuosina 1998–2002 yli 6 kuukautta jonottaneiden leikattujen potilaiden osuus kaikista leikatuista oli noin 21 % eli joka viides leikattu potilas oli jonottanut yli puoli vuotta leikkaukseen pääsyä. Luku oli korkeimmillaan vuonna 2003, jolloin 24 % leikatuista potilaista oli jonottanut yli 6 kuukautta leikkaukseen pääsyä. Myös keskimääräiset jonotusajat olivat tuolloin pisimmät. Vuonna 2004 yli 6 kuukautta jonottaneiden osuus leikatuista laski vuotta 2003 edeltäneelle tasolle. Ensimmäisenä hoitotakuuvuonna 2005 yli 6 kuukautta jonottaneiden osuus leikatuista pysyi edelleen lähes samassa, mutta laski merkittävästi vuonna 2006. Yli kuusi kuukautta jonottaneiden osuus lähes puolittui edellisvuodesta ja oli vuonna 2006 enää 12 %. Vuonna 2006 siis noin joka kahdeksas leikattu potilas oli jonottanut leikkaukseen pääsyä yli puoli vuotta (taulukko 6).

Toimenpideryhmittäin tarkasteltuna edelleen yli 20 % leikatuista potilaista oli jonottanut yli kuusi kuukautta polven ja lonkan tekonivelleikkausta sekä jalkaterän luuleikkausta vuonna 2006. Alle 10 prosenttia leikatuista potilaista oli jonottanut yli kuusi kuukautta pääsyä nielurisaleikkaukseen, virtsan karkailuun kohdistuvaan toimenpiteeseen, polven nivelkierukkaleikkaukseen, kohdun poistoon ja nivustyräleikkaukseen (taulukko 6).

Taulukko 6. Yli 6 kuukautta jonottaneiden leikkattujen potilaiden osuus (%) kaikista leikatuista, 1998–2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	43	38	35	32	32	35	31	31	14
Polven tekonivelleikkaukset	34	37	41	40	40	42	41	41	29
Nivustyräleikkaukset	12	13	15	15	16	20	17	14	9
Sappirakon leikkaukset	17	18	21	23	22	23	19	21	13
Suonikohjuleikkaukset	25	27	28	30	27	31	24	23	16
Polven nivelkierukka-leikkaukset	8	7	8	9	9	9	8	8	5
Lonkan tekonivelleikkaukset	29	29	30	30	32	34	32	31	22
Nielurisaleikkaukset	5	5	5	6	7	6	5	4	2
Ääreisherموihin kohdistuvat toimenpiteet	7	6	8	8	9	11	9	11	11
Jalkaterän luuleikkaukset	24	24	27	27	29	31	27	28	22
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	22	19	21	24	28	30	24	17	5
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	33	37	34	34	37	32	22	19	13
Kohdunpoistot	13	12	14	20	22	24	22	19	6
Olkapään operaatiot	11	14	14	14	15	18	18	16	12
Yhteensä	21	21	21	21	22	24	21	21	12

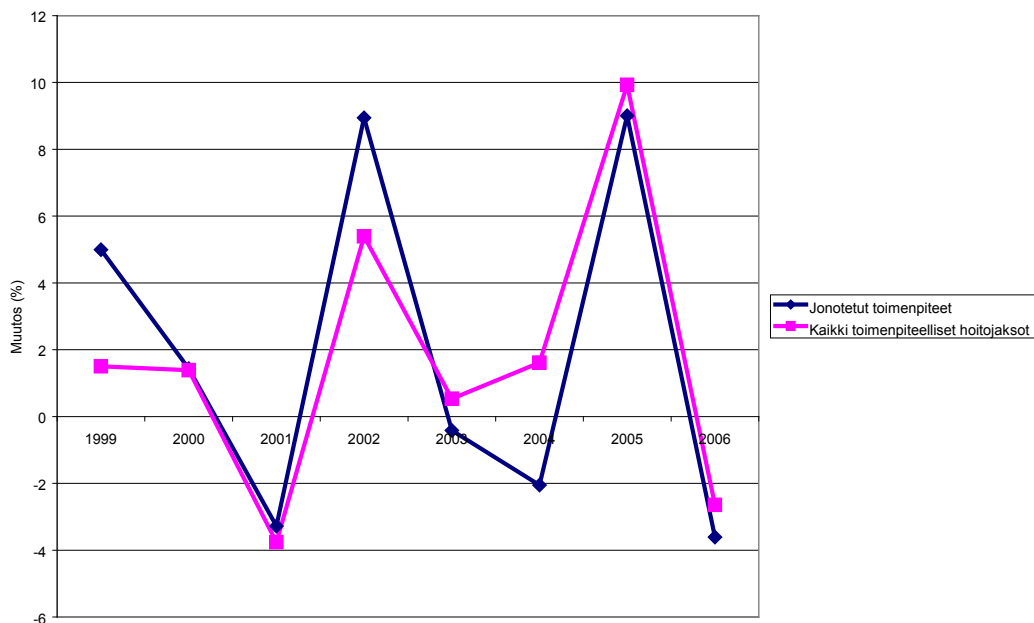
Leikkausmäärien kehitys

Leikkausmäärien kokonaiskehitys

Aineistossamme leikkaustoimenpiteiden kokonaismäärä kasvoi lääkärilakkovuoteen 2001 asti, jolloin leikkausten määrä väheni tilapäisesti. Vastaavasti myös kaikkien toimenpiteellisten hoitojaksojen kokonaismäärä väheni vuonna 2001. Lääkärilakon jälkeen jonotettujen toimenpiteiden määrä kasvoi erityisesti vuonna 2002. Kaikkien toimenpiteellisten hoitojaksojen kokonaismäärä kasvoi hieman vähemmän. Jonotettujen toimenpiteiden määrä ei kuitenkaan kasvanut enää vuosina 2003 ja 2004, vaan väheni. Toimenpiteellisten hoitojaksojen kokonaismäärä kuitenkin kasvoi molempina vuosina (kuvio 1).

Ensimmäisenä hoitotakuuvuonna 2005 jonotettujen leikkausten kokonaismäärä kasvoi 9 % mutta laski jälleen vuonna 2006. Toimenpiteellisten hoitojaksojen kokonaismäärä kasvoi vuonna 2005 hieman enemmän kuin jonotettujen toimenpiteiden määrä ja laski vuonna 2006. Vaikka toimenpiteiden määrät laskivat vuodesta 2005, vuonna 2006 jonotettuja toimenpiteitä tehtiin kuitenkin 5 % enemmän kuin vuonna 2004 eli ennen hoitotakuuta (kuvio 1).

Kuvio 1. Jonotettujen toimenpiteiden ja toimenpiteellisten hoitojaksojen vuosittainen määrän muutos (%) 1998–2006



Leikkausmäärien kehitys toimenpiteittäin

Tutkimusajanjaksolla kaihileikkausten määrä kasvoi aina vuoteen 2003 asti. Erityisesti lääkärilakon jälkeisenä vuonna 2002 leikkausmäärä kasvoi voimakkaammin kuin jonotettujen toimenpiteiden määrä. Ennen hoitotakuuta vuonna 2004 kaihileikkausten määrä väheni ja kasvoi jälleen ensimmäisenä hoitotakuuvuonna suunnilleen samaa tahtia kuin jonotettujen leikkausten ja kaikkien toimenpiteellisten hoitojaksojen määrä. Vuonna 2006 kaihileikkausten määrä väheni huomattavasti, noin 10 %. Hoitotakuun vaikutus näkyy erityisenä aaltoliikkeenä kaihileikkausten määrien kehityskulussa (taulukot 7 ja 8).

Polven tekonivelleikkausten määrä kasvoi aina vuoteen 2003 asti selvästi muita leikkauksia nopeammin. Vuonna 2004 leikkausten määrä laski, mutta erityisesti ensimmäisenä hoitotakuuvuonna kasvoi voimakkaasti, noin 37 %, verrattuna muihin tutkimuksessa mukana olleisiin toimenpiteisiin. Leikkausmäärien kasvu jatkui myös vuonna 2006 (taulukot 7 ja 8).

Nivustyräleikkausten määrä laski aina vuoteen 2001 asti. Nivustyräleikkausten osalta erityinen kasvupiikki on nähtävissä ensimmäisenä hoitotakuuvuonna 2005 mutta vuonna 2006 leikkausten määrä jo laski. Sappirakkoleikkausten määrä kehittyi hoitotakuun myötä samalla tavoin kuin nivustyräleikkausten (taulukot 7 ja 8).

Suonikohjuleikkausten määrä oli laskusuunnassa 2000-luvulla aina vuoteen 2003, mutta kasvoi vuonna 2004 samaan aikaan kun jonotettujen toimenpiteiden määrä yleisesti laski. Suonikohjuleikkausjonoja purettiinkin ilmeisesti ennen varsinaista hoitotakuuvuotta, sillä vuonna 2005 leikkausten määrä laski hieman ja vuonna 2006 jo huomattavasti, noin 15 % (taulukot 7 ja 8).

Polven nivelkierukkaleikkausten määrän kasvu kohdentui selvästi hoitotakuun voimaantumisen jälkeiselle ajalle. Lonkan tekonivelleikkausten määrä kasvoi samansuuntaisesti, mutta hieman maltillisemmin kuin polven nivelkierukkaleikkaukset (taulukot 7 ja 8).

Muista tarkastelluista toimenpiteistä poiketen nielurisaleikkausten määrä väheni koko tutkimusajanjakson ajan. Leikkausten määrä väheni erityisesti vuosina 2003–2005. Ääreishermoihin kohdistuvien leikkausten määrä kasvoi koko tarkastelujakson ajan, lukuun ottamatta vuotta 2004,

Taulukko 7. Jonotettujen leikkausten määrän kehitys vuodeosastohoidossa ja päiväkirurgiassa 1998–2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	27 372	30 252	31 339	31 789	36 758	38 105	36 804	40 543	36 558
Polven tekonivel-leikkaukset	3 850	4 056	4 476	4 715	5 513	6 234	5 905	8 109	9 066
Nivustyräleikkaukset	11 826	11 703	11 101	10 331	11 367	10 848	11 041	12 278	11 169
Sappirakon leikkaukset	6 719	7 168	6 990	6 304	6 854	6 835	6 576	7 316	6 528
Suonikohju-leikkaukset	9 811	10 270	9 183	8 020	7 547	7 160	7 803	7 661	6 511
Polven nivelkierukka-leikkaukset	9 758	10 261	11 382	10 684	11 354	11 512	11 505	13 239	14 105
Lonkan tekonivel-leikkaukset	4 217	4 339	4 681	4 844	5 300	5 563	5 199	6 155	6 506
Nielurisaleikkaukset	21 868	20 662	19 699	19 420	18 789	16 930	15 463	13 532	13 319
Ääreishermoiin kohdistuvat toimenpiteet	5 018	5 727	6 313	6 437	7 026	7 637	7 447	9 034	9 545
Jalkaterän luuleikkaukset	2 737	3 059	3 095	2 559	2 976	2 782	2 908	3 376	3 493
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	1 306	1 765	2 044	2 432	2 956	2 683	2 536	2 001	1 481
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	2 412	2 392	2 515	2 218	2 657	2 323	2 333	2 477	2 077
Kohdunpoistot	4 551	5 036	5 209	4 667	5 006	4 689	4 652	4 528	3 867
Olkapään operatiot	3 236	3 719	4 111	3 713	4 597	4 865	5 362	6 588	7 675
Yhteensä	114 681	120 409	122 138	118 133	128 700	128 166	125 534	136 837	131 900

jolloin niiden määrä väheni hieman. Hoitotakuun ensimmäisenä vuonna leikkausten määrä kasvoi huomattavasti (runsaan viidenneksen) ja edelleen hieman vuonna 2006 (taulukot 7 ja 8).

Jalkaterän luuleikkaukset vähenivät lääkärilakkovuonna 2001 merkittävästi, mutta leikkausten määrä kasvoi sen jälkeen joka vuosi vuotta 2003 lukuun ottamatta (taulukot 7 ja 8).

Virtsan karkailuun kohdistuvien toimenpiteiden määrä oli voimakkaassa kasvussa aina vuoteen 2002 asti, jolloin kasvu taittui. Vuodesta 2003 alkaen leikkausmäärät ovat joka vuosi laskeneet, erityisesti hoitotakuun voimaantulon jälkeen toimenpiteiden määrän lasku on ollut huomattavaa. Nenän väliseinään kohdistuvien toimenpiteiden määrä on vaihdellut vuosittain jonkin verran. Toimenpiteiden määrä laski erityisesti lakkovuonna 2001, mutta palasi seuraavana vuonna lakkoa edeltäneelle tasolle ja vähän ylikin. Hoitotakuun ensimmäisenä vuonna leikkausmäärä hieman kasvoi, mutta väheni vuonna 2006 huomattavasti, noin 16 %, ollen alhaisimmalla tasolla koko tarkastelujaksolla (taulukot 7 ja 8).

Kohdun poistot vähenivät lakkovuonna 2001 ja ovat lakkovuoden jälkeistä vuotta 2002 lukuun ottamatta vähentyneet joka vuosi 2003–2006. Erityisen paljon leikkausmäärä laski vuonna 2006. Olkapään operatioiden määrä on kasvanut tarkastelujaksolla jokaisena vuonna, lakkovuotta 2001 lukuun ottamatta. Erityisen runsaasti toimenpiteiden määrä on kasvanut hoitotakuun aikana 2005–2006 (taulukot 7 ja 8).

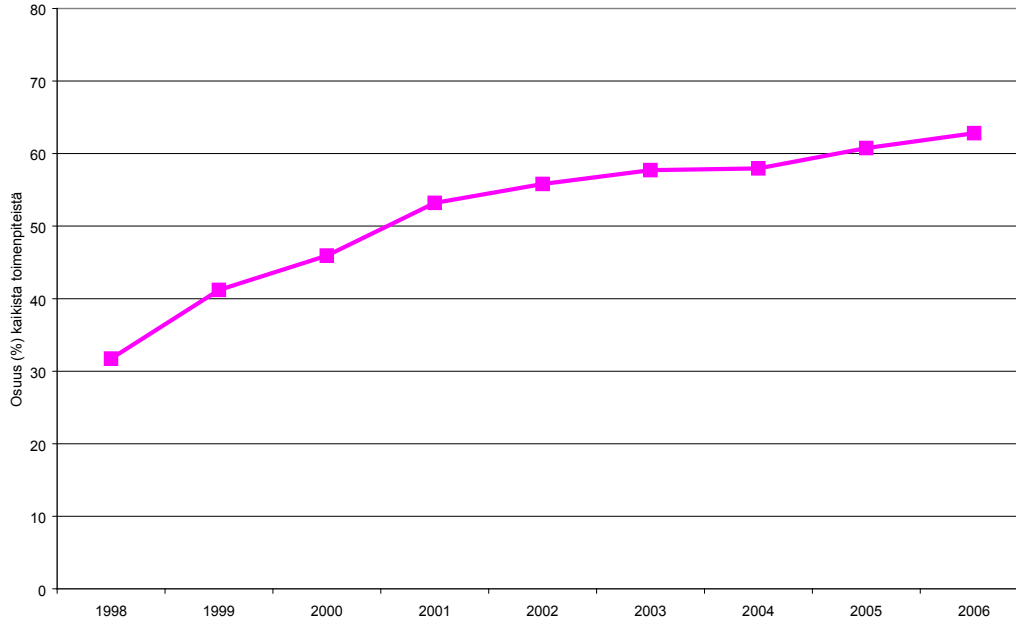
Taulukko 8. Jonotettujen leikkausten määrän vuosimuutos (%) vuodeosastohoidossa ja päiväkirurgiassa 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	10,5	3,6	1,4	15,6	3,7	-3,4	10,2	-9,8
Polven tekonivelleikkaukset	5,4	10,4	5,3	16,9	13,1	-5,3	37,3	11,8
Nivustyräleikkaukset	-1,0	-5,1	-6,9	10,0	-4,6	1,8	11,2	-9,0
Sappirakon leikkaukset	6,8	-2,5	-9,8	8,7	-0,3	-3,8	11,3	-10,8
Suonikohjuleikkaukset	4,7	-10,6	-12,7	-5,9	-5,1	9,0	-1,8	-15,0
Polven nivelkierukka-leikkaukset	5,2	10,9	-6,1	6,3	1,4	-0,1	15,1	6,5
Lonkan tekonivelleikkaukset	2,9	7,9	3,5	9,4	5,0	-6,5	18,4	5,7
Nielurisaleikkaukset	-5,5	-4,7	-1,4	-3,2	-9,9	-8,7	-12,5	-1,6
Ääreishermeihin kohdistuvat toimenpiteet	14,1	10,2	2,0	9,2	8,7	-2,5	21,3	5,7
Jalkaterän luuleikkaukset	11,8	1,2	-17,3	16,3	-6,5	4,5	16,1	3,5
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	35,1	15,8	19,0	21,5	-9,2	-5,5	-21,1	-26,0
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	-0,8	5,1	-11,8	19,8	-12,6	0,4	6,2	-16,1
Kohdunpoistot	10,7	3,4	-10,4	7,3	-6,3	-0,8	-2,7	-14,6
Olkapään operaatiot	14,9	10,5	-9,7	23,8	5,8	10,2	22,9	16,5
Yhteensä	5,0	1,4	-3,3	8,9	-0,4	-2,1	9,0	-3,6

Hoitotakuun vaikutus avo- ja vuodeosastohoidon painotukseen

Aineistostamme on nähtävissä, että tekonivelleikkauksia ja kohdun poistoja lukuun ottamatta siirtymä avohoitopainotteisiin hoitomuotoihin tapahtui erityisesti 1990-luvun lopussa. Esimerkiksi kaihileikkauksista tehtiin vielä vuonna 1998 yli puolet (53 %) vuodeosastohoidossa, mutta vuonna 2000 vuodeosastohoidon osuus oli enää 25 %. Vuonna 2006 lähes kaikki (94 %) kaihileikkaukset tehtiin päiväkirurgisesti. Aineistomme perusteella hoitotakuu näyttäisi hieman vauhdittaneen siirtymistä päiväkirurgisiin toimenpiteisiin, nostaan päiväkirurgisten toimenpiteiden osuuden yli 60 %:iin (kuvio 2).

Kuvio 2. Avohoidossa tehtyjen toimenpiteiden osuus (%) tarkastelluista jonotetuista toimenpiteistä 1998–2006



Hoitotakuun vaikutus leikkausmäärien alueellisiin eroihin

Ikä- ja sukupuolivakioitujen leikkausmäärien keskimääräiset alueelliset erot vähenivät 1998–2006 lähes jokaisessa tarkastellussa toimenpideryhmässä. Alueellisen erot vähenivät eniten kaihileikkauksissa (keskimäärin 11 %) ja lonkan tekonivelleikkauksissa (10 %). Ainoastaan suonikohjuleikkauksissa alueelliset erot kasvoivat (taulukko 9).

Ikä- ja sukupuolivakioitujen leikkausmäärien alueelliset erot vähenivät tai pysyivät jokseenkin ennallaan lähes kaikissa jonotetuissa toimenpideryhmissä hoitotakuun ensimmäisenä vuonna 2005. Erityisesti jalkaterän luuleikkauksien ja lonkan tekonivelleikkauksien alueelliset erot vähenivät huomattavasti, mutta kasvoivat erityisesti virtsan karkailuun liittyvissä toimenpideryhmissä ja olkapään toimenpiteissä. Vuonna 2006 alueelliset erot vähenivät edelleen yhdeksässä toimenpideryhmässä, eniten nivustyräleikkauksissa ja nenän väliseinän leikkauksissa. Alueelliset erot kasvoivat vuonna 2006 edellisvuoteen verrattuna erityisesti polven tekonivelleikkauksissa, suonikohjuleikkauksissa ja jalkaterän luuleikkauksissa (taulukko 9).

Vuonna 2006 kaikista jonotetuista toimenpiteistä alueelliset erot olivat suurimmat virtsan karkailuun liittyvissä toimenpideryhmissä (57 %) ja suonikohjuleikkauksissa (50 %). Nivustyräleikkauksissa (12 %) ja lonkan tekonivelleikkauksissa (17 %) alueelliset erot olivat pienimmät.

Taulukko 9. Jonotettujen leikkausten ikä- ja sukupuolivakioitujen määrien alueellisten erojen muutos (%) 1998-2006, variaatiokertoimen muutoksella mitattuna

Toimenpide	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Keski-arvo
Kaihileikkaukset	-5,1	-12,8	-63,9	-50,9	33,4	5,4	1,4	-10,2	-11,4
Polven tekonivel-leikkaukset	2,1	-43,4	4,4	9,6	15,1	-15,4	-9,4	17,2	-2,2
Nivustyräleikkaukset	-8,2	-13,1	20,3	-14,9	-9,6	26,0	-0,6	-38,2	-4,2
Sappirakon leikkaukset	-16,5	14,7	9,4	-18,0	-5,5	-0,4	5,9	-1,9	-1,4
Suonikohjuleikkaukset	17,8	14,0	-6,1	23,6	-11,8	-0,4	-13,2	40,9	7,2
Polven nivelkierukka-leikkaukset	22,0	-12,8	-25,2	12,4	-9,8	-2,2	-7,4	4,0	-2,1
Lonkan tekonivel-leikkaukset	-104,9	4,5	19,2	-6,4	11,0	1,1	-24,9	13,6	-9,6
Nielurisaleikkaukset	-23,2	-10,2	6,9	-0,7	-6,1	5,2	4,2	-14,7	-4,3
Ääreishermostoihin kohdistuvat toimenpiteet	10,4	17,8	-24,5	-0,8	2,4	-13,4	-1,2	-6,6	-1,7
Jalkaterän luuleikkaukset	2,3	-10,3	6,8	-1,5	-11,5	28,6	-73,2	36,3	-2,5
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	2,8	-51,2	-3,4	0,4	-10,4	5,7	39,0	-1,1	-2,0
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	-0,9	-10,2	-26,1	7,2	7,6	-19,5	4,7	-28,9	-7,3
Kohdunpoistot	4,6	-14,5	-28,2	12,2	2,7	-0,9	1,8	-14,2	-4,0
Olkapään operaatiot	-23,2	5,1	-8,5	4,3	-15,1	-16,9	21,1	-1,7	-3,9

Alueellinen vaihtelu sairaanhoitopiireittäin

Väestön ikä- ja sukupuolirakenteeseen nähden tehtiin vuonna 2006 eniten kaihileikkauksia Pohjois-Savossa ja HUS-piirissä, noin 30 % koko maan keskiarvoa enemmän. Vähiten kaihileikkauksia tehtiin Kanta-Hämeessä, noin 40 % vähemmän kuin maassa keskimäärin. Verrattuna vuoteen 2004, suhteellisesti eniten kaihileikkauksia oli lisätty Keski-Pohjanmaalla ja Päijät-Hämeessä. Keski-Pohjanmaa jäi silti vielä huomattavasti alle koko maan keskiarvon vuonna 2006. Polven tekonivelleikkauksia tehtiin vuonna 2006 eniten Pirkanmaalla ja Itä-Savossa, yli 50 % enemmän kuin maassa keskimäärin. Kainuun lisäksi nämä kaksi sairaanhoitopiiriä olivat lisänneet polven tekonivelleikkauksien määrää huomattavasti verrattuna vuoteen 2004. Vähiten polven tekonivelleikkauksia tehtiin vuonna 2006 Keski-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä. Nivustyräleikkauksia tehtiin eniten Itä-Savossa ja vähiten Vaasan sairaanhoitopiirissä vuonna 2006. Alueelliset erot nivustyräleikkausten määrässä olivat varsin pieniä. Verrattuna vuoteen 2004, nivustyräleikkauksia oli lisätty erityisesti Pohjois-Pohjanmaalla ja Etelä-Karjalassa. Sappirakon leikkauksia tehtiin vuonna 2006 eniten Vaasan sairaanhoitopiirissä ja vähiten Etelä-Karjalassa. Verrattuna vuoteen 2004 sappirakon leikkauksia oli lisätty erityisesti Kanta-Hämeessä, Itä-Savossa ja Vaasan sairaanhoitopiirissä. Keski-Pohjanmaalla sappirakon leikkauksia oli vähennetty huomattavasti. Suonikohjuleikkauksissa alueelliset erot olivat molempina vuosina suuria ja kasvoivat vuodesta 2004 vuoteen 2006. Eniten suonikohjuleikkauksia tehtiin vuonna 2006 Pohjois-Pohjanmaalla ja vähiten Lapissa. Verrattuna vuoteen 2004 erityisesti Pohjois-Pohjanmaalla ja Päijät-Hämeessä oli lisätty suonikohjuleikkauksia ja Kymenlaaksossa sekä Lapissa vähennetty. (taulukko 10).

Taulukko 10. Leikkausmäärien ikä- ja sukupuolivakioidut indeksit sairaanhoitopiireittäin 2004 ja 2006, koko maa = 100

Potilaan shp	Kaihi-leikkaukset		Polven tekoni- velleikkaukset		Nivustyrä- leikkaukset		Sappirakon leikkaukset		Suonikohju- leikkaukset	
	2004	2006	2004	2006	2004	2006	2004	2006	2004	2006
Helsinki ja Uusimaa	122	130	70	66	93	99	86	101	66	57
Varsinais-Suomi	80	97	130	113	105	108	110	90	152	182
Satakunta	105	111	113	100	97	97	125	138	112	74
Kanta-Häme	80	58	114	67	92	102	90	120	86	86
Pirkanmaa	98	88	107	161	106	101	113	93	188	156
Päijät-Häme	95	122	88	80	95	115	89	108	77	128
Kymenlaakso	88	94	129	119	129	98	110	88	117	66
Etelä-Karjala	124	92	88	130	73	94	58	73	85	84
Etelä-Savo	105	107	152	86	123	111	113	95	104	129
Itä-Savo	113	74	97	154	115	122	73	99	69	114
Pohjois-Karjala	86	86	83	117	116	91	117	91	47	70
Pohjois-Savo	143	131	144	117	143	116	92	76	127	82
Keski-Suomi	76	60	82	103	81	81	97	76	90	49
Etelä-Pohjanmaa	89	96	108	107	99	82	106	89	134	100
Vaasa	69	76	67	99	77	79	133	159	95	113
Keski-Pohjanmaa	38	71	124	65	113	98	163	112	103	103
Pohjois-Pohjanmaa	100	85	114	100	89	119	105	129	97	228
Kainuu	98	78	72	128	111	101	102	84	77	68
Länsi-Pohja	141	122	105	84	110	103	102	95	89	59
Lappi	79	77	126	90	110	90	104	93	68	17
Koko maa	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Variaatio- kerroin, %	26	24	23	26	17	12	21	22	33	50

Kuntien menojen kehitys

Tässä tutkimuksessa tarkastelluista jonotetuista toimenpiteistä koitui kunnille vuonna 2002 laskennallisesti noin 261 miljoonan euron menot vuoden 2006 rahassa. Vuonna 2003 kuntien menot laskivat 1,4 miljoonaa euroa ja edelleen vuonna 2004 ne laskivat 13 miljoonaa euroa yhteensä 247 miljoonaa euroon. Vastaavasti toimenpiteiden määrät myös laskivat jonkin verran vuonna 2004. Kokonaisuudessaan näyttäisi siltä, että valtion ja kuntien vuosina 2003 ja 2004 jonojen purkamiseen suuntaamat niin sanotut jononpurkurahat eivät suuntautuneet tässä tarkasteltuihin jonotettuihin toimenpiteisiin, koska toimenpiteiden kokonaismäärät eivätkä menot nousseet vuosina 2003 ja 2004. Toisaalta aineistomme perusteella voi arvioida, että voimavaroja olisi lisätty noin 6 miljoonan euron verran vuonna 2003 erityisesti polven tekoni-
velleikkauksiin ja nivelkierukkaleikkauksiin, ääreishermoihin kohdistuviin toimenpiteisiin ja olkapäiden operaatioihin. Vastaavasti vuonna 2004 lisäresurssit, noin 5 miljoonaa euroa, olisivat kohdentuneet edelleen polven nivelkierukkaleikkauksiin, ääreishermoihin kohdistuviin operaatioihin,

Taulukko 11. Kuntien laskennalliset menot toimenpideryhmittäin 2002–2006, euroa vuoden 2006 rahassa

	2002	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	36 952 007	36 301 596	34 914 933	31 796 489	30 224 797
Polven tekonivelleikkaukset	51 648 069	55 153 382	49 994 719	67 531 799	71 574 315
Nivustyräleikkaukset	17 198 092	16 701 719	16 550 193	18 007 622	16 238 684
Sappirakon leikkaukset	21 540 056	21 532 028	20 030 956	21 158 391	16 406 279
Suonikohjuleikkaukset	9 272 878	8 979 683	10 805 560	9 662 680	8 176 573
Polven nivelkierukkaleikkaukset	12 477 338	13 122 384	14 244 330	15 266 997	17 338 835
Lonkan tekonivelleikkaukset	50 472 740	48 691 213	42 608 452	49 557 807	49 693 906
Nielurisaleikkaukset	18 989 049	17 620 831	15 264 190	12 931 745	11 801 923
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	6 324 491	7 387 866	8 243 446	8 401 214	8 786 966
Jalkaterän luuleikkaukset	3 905 111	3 890 432	4 330 221	4 066 403	4 755 873
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	5 840 953	5 102 246	4 813 144	3 759 765	2 875 692
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	3 254 127	2 970 257	2 924 328	2 880 528	2 364 162
Kohdunpoistot	15 708 857	13 637 391	12 670 829	11 904 986	9 511 834
Olkapään operaatiot	7 319 629	8 454 284	9 237 729	9 965 709	11 461 212
Yhteensä	260 903 396	259 545 312	246 633 030	266 892 134	261 211 051

olkapäiden operaatioihin ja jalkaterän luuleikkauksiin sekä erityisesti suonikohjuleikkauksiin (taulukot 11 ja 12).

Ensimmäisenä hoitotakuuvuonna kuntien laskennalliset menot nousivat 267 miljoonaan euroon. Menojen lisäys oli edellisvuoteen verrattuna 20 miljoonaa euroa (+8 %). Vastaavasti toimenpiteiden määrät kasvoivat 9 % vuonna 2005. Hoitotakuun ensimmäisenä vuonna kuntien maksusuudet kasvoivat euromääräisesti eniten polven tekonivelleikkauksissa 18 miljoonaa euroa (+35 %) ja lonkan tekonivelleikkauksissa 7 miljoonaa euroa (+16 %). Samanaikaisesti polven tekonivelleikkausten määrä kasvoi +37 % ja lonkan tekonivelleikkausten määrä +18 %. Kuntien maksusuudet kasvoivat myös nivustyräleikkauksissa, sappirakon leikkauksissa, polven nivelkierukkaleikkauksissa ja olkapäiden operaatioissa. Muissa toimenpideryhmissä maksusuudet laskivat tai pysyivät suunnilleen ennallaan. Huolimatta kaihileikkausten ja jalkaterän luuleikkausten määrän kasvusta, kuntien maksusuudet laskivat, koska näiden toimenpiteiden keskimääräinen laskennallinen kuntalaskutushinta päiväkirurgisissa toimenpiteissä laski huomattavasti vuonna 2005. Keskimääräiset laskennalliset kuntalaskutushinnat laskivat lähes kaikissa toimenpideryhmissä vuonna 2005. Aineiston muina vuosina hinnat nousivat (taulukot 11 ja 12).

Vuonna 2006 kuntien maksusuudet laskivat edellisvuodesta yhteensä lähes 6 miljoonaa euroa (–2 %) 261 miljoonaan euroon. Vastaavasti toimenpiteiden määrä laski 3 % vuonna 2006. Kuntien maksusuudet nousivat edelleen polven tekonivelleikkauksissa 4 miljoonaa euroa (+6 %), polven nivelkierukkaleikkauksissa 2 miljoonaa euroa (+14 %), olkapäiden operaatioissa 1,5 miljoonaa euroa (+15 %) ja jalkaterän luuleikkauksissa 0,7 miljoonaa euroa (+17 %). Muissa toimenpideryhmissä kuntien laskennalliset maksusuudet laskivat tai säilyivät suunnilleen ennallaan. Kaiken kaikkiaan kunnat käyttivät vuonna 2006 reaalisesti suurin piirtein saman verran rahaa tässä tarkasteluihin toimenpiteisiin kuin vuonna 2002 ja 2003, jolloin hoitotakuu oli vasta suunnitteluasteella (taulukot 11 ja 12).

Taulukko 12. Kuntien laskennallisten menojen muutokset toimenpideryhmittäin 2003–2006, euroa vuoden 2006 rahassa

	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	-650 411	-1 386 663	-3 118 444	-1 571 692
Polven tekonivelleikkaukset	3 505 314	-5 158 663	17 537 079	4 042 516
Nivusträleikkaukset	-496 373	-151 526	1 457 429	-1 768 938
Sappirakon leikkaukset	-8 027	-1 501 073	1 127 435	-4 752 111
Suonikohjuleikkaukset	-293 196	1 825 877	-1 142 880	-1 486 107
Polven nivelkierukka- leikkaukset	645 047	1 121 946	1 022 667	2 071 837
Lonkan tekonivelleikkaukset	-1 781 528	-6 082 760	6 949 355	136 099
Nielurisaleikkaukset	-1 368 218	-2 356 641	-2 332 445	-1 129 821
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	1 063 375	855 580	157 768	385 752
Jalkaterän luuleikkaukset	-14 679	439 790	-263 818	689 470
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	-738 707	-289 101	-1 053 379	-884 073
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	-283 870	-45 929	-43 800	-516 365
Kohdunpoistot	-2 071 467	-966 562	-765 843	-2 393 152
Olkapään operaatiot	1 134 655	783 445	727 980	1 495 502
Yhteensä	-1 358 084	-12 912 282	20 259 103	-5 681 082

Yksityissektorin leikkausmäärien kehitys

Hoitoilmoitusaineistoon rekisteröityneiden yksityissektorilla tehtyjen jonotettujen toimenpiteiden määrä kaksinkertaistui tarkastellun ajanjakson aikana vuosina 1998–2006. Vuonna 2006 jonotettuja toimenpiteitä rekisteröityi yhteensä 19 797. Toimenpiteiden määrä vastasi 15 % markkinaosuutta tässä tutkimuksessa tarkastelujen jonotettujen leikkausten kokonaismäärästä. Toimenpideryhmittäin tarkasteltuna suurin markkinaosuus yksityissektorilla oli polven nivelkierukkaleikkauksissa, polven tekonivelleikkauksissa ja nielurisaleikkauksissa, lonkan tekonivelleikkauksissa sekä olkapään operaatioissa. Muissa toimenpideryhmissä markkinaosuus jäi selvästi alle 20 prosentin (taulukot 13 ja 14).

Lääkärilakkovuosi 2001 oli yksityissektorille kaikkien toimenpideryhmien osalta erittäin suotuisa. Yksityissektorilla tehtyjen jonotettujen toimenpiteiden määrä kasvoi voimakkaasti, yhteensä +34 %. Seuraavana vuonna 2002 yksityissektorilla tehtyjen toimenpiteiden määrä pysyi lähes ennallaan, kasvaen jälleen vuonna 2003. Ensimmäisenä hoitotakuuvuonna 2005 kasvua kertyi yhteensä +18 % ja kasvu jatkui edelleen vuonna 2006. Markkinaosuuden muutoksilla mitattuna suurin muutos tapahtui lääkärilakkovuonna 2001, jolloin yksityissektorin markkinaosuus kasvoi 8 prosentista 12 prosenttiin. Ensimmäisenä hoitotakuuvuonna 2005 yksityissektorin markkinaosuus kasvoi 12 prosentista 13 prosenttiin, mutta seuraavana vuonna 2006 se kasvoi jo 15 prosenttiin. Hoitotakuulla oli siis hieman pienempi vaikutus yksityisen sektorin markkinaosuuteen kuin lääkärilakolla (taulukot 13 ja 14).

Toimenpideryhmittäin tarkasteltuna merkittävin markkinaosuuden muutos polven tekonivelleikkauksissa tapahtui jo vuonna 2003, jolloin yksityissektorin markkinaosuus nousi 11 %:sta 18 %:iin. Tämä selittyy osittain sillä, että vuonna 2002 perustettiin tekonivelleikkauksiin erikoistunut sairaala COXA Tampereelle. Hoitotakuun myötä yksityisen sektorin markkinaosuus tarkastelluista polven tekonivelleikkauksista nousi yli 20 %:iin vuonna 2005 ja vuonna 2006 jo 25%:iin. Polven nivelkierukkaleikkauksissa yksityisen sektorin markkinaosuus kasvoi hoitotakuun

Taulukko 13. Hoitoilmoitusaineistoon rekisteröityneiden jonotettujen toimenpiteiden määrä yksityissektorilla 1998–2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	1 983	2 104	2 126	3 412	3 455	3 401	3 703	3 186	3 841
Polven tekonivel-leikkaukset	250	317	341	409	611	1 093	996	1 655	2 253
Nivustyräleikkaukset	561	526	574	778	785	829	747	986	813
Sappirakon leikkaukset	128	133	151	247	206	193	161	354	133
Suonikohju-leikkaukset	618	753	716	787	792	934	937	854	762
Polven nivelkierukka-leikkaukset	1 678	1 941	2 222	2 539	2 390	2 747	3 193	4 241	4 447
Lonkan tekonivel-leikkaukset	329	348	410	549	697	992	967	1 183	1 400
Nielurisaleikkaukset	3 101	2 537	2 660	3 501	3 134	2 998	2 517	2 742	3 153
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	319	342	332	446	466	389	416	570	751
Jalkaterän luuleikkaukset	210	233	211	280	317	272	270	381	378
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	6	27	28	64	66	55	50	43	29
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	116	125	130	252	158	121	100	115	110
Kohdunpoistot	57	53	93	120	133	144	130	114	105
Olkapään operaatiot	237	279	340	429	575	623	828	1 266	1 620
Yhteensä	9 593	9 718	10 334	13 813	13 785	14 791	15 015	17 690	19 795

myötä 28 % :sta 32 %:iin. Lisäksi nielurisaleikkauksissa ja olkapäiden operaatioissa yksityisen sektorin markkinaosuus kasvoi selvästi hoitotakuun jälkeisinä vuosina (taulukot 13 ja 14).

Lähetteet julkiselta sektorilta yksityiselle

Lähetteen määrä julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille ennen vuotta 2001 oli varsin vähäinen, korkeimmillaan noin 3 % kaikista lähetteisistä. Lääkärilakko vuonna 2001 todennäköisesti lisäsi lähetteen määrää jonkin verran tilapäisesti, koska vuosina 2002–2004 lähetteen osuus ei poikennut olennaisesti lakkovuotta edeltäneestä tasosta. Ainoastaan polven ja lonkan tekonivelleikkausten kohdalla lähetteen määrä julkiselta sektorilta yksityiselle kasvoi hyvin voimakkaasti vuodesta 2002. Tämä selittyy yksityisen sektorin tarjonnan kasvulla. Jonotettujen toimenpiteiden osalta yksityisen sektorille suuntautuneiden lähetteen osuus kaikista lähetteisistä laski vuonna 2004 (taulukko 15).

Hoitotakuun ensimmäisenä vuonna lähetteen määrä julkiselta sektorilta yksityiselle kääntyi jälleen kasvuun. Hoitotakuulainsäädännön astuessa voimaan tarvittavia leikkauksia oli hankittava nopeassa tahdissa sieltä, mistä tarjontaa löytyi. Kaikissa tässä tutkimuksessa tarkastelluissa toimenpiteissä lähetteet julkiselta sektorilta yksityiselle lisääntyivät hoitotakuun myötä selvästi. Vuonna 2006 lähetteet yksityiselle sektorille kasvoivat kaihileikkausten, lonkan tekonivelleikkausten, ääreishermoihin kohdistuvien leikkausten ja olkapään operaatioiden osalta jopa enemmän kuin vuonna 2005. Toisaalta yksityisen sektorin osuus esimerkiksi nivustyrä- ja sappileikkausten lähetteisistä laski (taulukko 15).

Aineistomme lähetetietojen perusteella voidaan arvioida, että julkisen sektorin ostot jonotettujen toimenpiteiden osalta yksityiseltä sektorilta olivat vuonna 2004 runsaat 2 000 leikkausta,

Taulukko 14. Yksityissektorin markkinaosuus (%) jonotetuissa toimenpiteissä 1998–2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	7	7	7	11	9	9	10	8	11
Polven tekonivelleikkaukset	6	8	8	9	11	18	17	20	25
Nivustyräleikkaukset	5	4	5	8	7	8	7	8	7
Sappirakon leikkaukset	2	2	2	4	3	3	2	5	2
Suonikohjuleikkaukset	6	7	8	10	10	13	12	11	12
Polven nivelkierukka-leikkaukset	17	19	20	24	21	24	28	32	32
Lonkan tekonivelleikkaukset	8	8	9	11	13	18	19	19	22
Nielurisaleikkaukset	14	12	14	18	17	18	16	20	24
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	6	6	5	7	7	5	6	6	8
Jalkaterän luuleikkaukset	8	8	7	11	11	10	9	11	11
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	0	2	1	3	2	2	2	2	2
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	5	5	5	11	6	5	4	5	5
Kohdunpoistot	1	1	2	3	3	3	3	3	3
Olkapään operaatiot	7	8	8	12	13	13	15	19	21
Yhteensä	8	8	8	12	11	12	12	13	15

Taulukko 15. Julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille tehtyjen läheteiden osuus (%) kaikista läheteistä 1998–2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	0,1	0,6	0,5	2,4	2,2	1,8	0,6	0,7	2,1
Polven tekonivelleikkaukset	2,4	3,0	2,8	3,1	5,5	10,3	10,5	14,6	17,4
Nivustyräleikkaukset	0,8	0,5	0,6	1,0	1,1	0,7	0,4	1,7	0,8
Sappirakon leikkaukset	0,5	0,2	0,4	0,7	0,6	0,5	0,1	2,9	0,3
Suonikohjuleikkaukset	1,2	0,8	0,7	0,9	1,3	1,3	1,8	3,1	3,8
Polven nivelkierukka-leikkaukset	1,4	1,6	1,9	2,9	2,5	2,4	2,6	5,1	5,6
Lonkan tekonivelleikkaukset	3,0	3,1	2,8	3,4	5,8	9,3	11,0	12,8	15,3
Nielurisaleikkaukset	1,1	1,1	1,4	4,0	3,2	3,1	1,0	1,8	2,3
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	2,2	1,9	1,2	2,1	1,6	0,9	1,1	2,3	4,0
Jalkaterän luuleikkaukset	0,8	0,9	0,6	2,0	1,6	0,7	0,8	3,5	3,0
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet			0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	0,3	0,6	0,3	6,1	2,3	1,2	0,3	0,8	1,2
Kohdunpoistot			0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2
Olkapään operaatiot	1,7	1,5	1,0	1,9	2,0	1,4	0,9	2,6	4,4
Yhteensä	0,9	1,0	1,0	2,3	2,3	2,4	1,7	3,1	4,3

vuonna 2005 yli 4000 leikkausta ja vuonna 2006 jo lähes 6000 leikkausta. Julkisen sektorin ostot yksityiseltä sektorilta suhteessa koko leikkaustoimintaan olivat suurimmat lonkan tekonivelleikkauksissa 15 % ja polven tekonivelleikkauksissa 17 %. Muissa toimenpideryhmissä julkisen sektorin ostot yksityiseltä jäivät melko vähäisiksi, tyypillisesti selvästi alle 5 % (taulukko 15).

Sairausvakuutuksen korvaamien toimenpiteiden määrän kehitys

Vuonna 2006 sairausvakuutuksen korvaamia jonotettuja toimenpiteitä oli rekisteröitynyt 25 698 Kansaneläkelaitoksen rekistereihin. Potilaiden itse maksamien toimenpiteiden määrä väheni 2003–2006 joka vuosi. Hoitotakuun käynnistymisen jälkeen 2005–2006 toimenpiteiden kokonaismäärä väheni yhteensä 6 267 leikkausta (–20 %), vähennys painottui hoitotakuun ensimmäiseen vuoteen 2005, jolloin leikkausmäärä väheni 12 % ja seuraavana vuonna vielä 9 %. Ainoastaan polven nivelkierukkaleikkausten ja olkapään leikkausten määrät lisääntyivät. Merkittävimmät vähennykset leikkausmäärissä vuonna 2005 tapahtuivat kaihileikkauksissa (–1 562 leikkausta, –13 %), suonikohjuleikkauksissa (–684) ja nielurisaleikkauksissa (–508). Yhdessä nämä kolme toimenpidettä vastasivat 72 % potilaiden itse maksamien toimenpiteiden vähenemisestä vuonna 2005. Vuonna 2006 kaihileikkausten määrä väheni peräti 2 051 toimenpiteellä eli 19 % ja selittää lähes kokonaan jonotettujen toimenpiteiden kokonaisvähennyksen vuonna 2006. (taulukko 16).

Vuonna 2003 sairausvakuutuksen korvaamista toimenpiteistä 29 % oli erikoismaksuluokkapotilaita (9 608). Prosentuaalisesti eniten erikoismaksuluokassa oli tehty polven tekonivelleikkauksia, sappirakon leikkauksia, virtsan karkailuun liittyviä toimenpiteitä, lonkan tekonivelleikkauksia, kohdun poistoja ja kaihileikkauksia. Muissa toimenpideryhmissä erikoismaksuluokkapotilaiden osuus jäi alle 40 %:n. Selvästi vähiten erikoismaksuluokkapotilaita oli nielurisaleikkauksissa, 5 % sairausvakuutuksen korvaamista leikkauksista. Erikoismaksuluokkapotilaiden osuuksissa ei tapahtunut olennaisia muutoksia vuonna 2004. (taulukot 16 ja 17).

Lukumääräisesti eniten erikoismaksuluokassa tehtiin kaihileikkauksia, noin puolet kaikista erikoismaksuluokan leikkauksista. Muissa toimenpideryhmissä erikoismaksuluokassa tehtyjen leikkausten osuus oli alle 10 prosenttia korvatuista toimenpiteistä. Erikoismaksuluokkapotilaiden määrä kasvoi vuonna 2004 huomattavasti vain kaihileikkauksissa. Suurimassa osassa muita toimenpideryhmiä erikoismaksuluokkapotilaiden määrä väheni merkittävästi. Erikoismaksuluokkapotilaiden määrä väheni vuonna 2004 kokonaisuudessaan kuitenkin vain 2 %, koska kaihileikkausten osuus erikoismaksuluokassa oli niin suuri. (taulukko 17).

Taulukko 16. Sairausvakuutuksen korvaamien jonotettujen toimenpiteiden määrät ja määrien muutokset 2003–2006 sekä erikoismaksuluokkapotilaiden (EML) osuudet (%) 2003–2004

	Leikkausten määrä			Leikkausmäärän muutos			Leikkausmäärän muutos (%)			EML-potilaiden osuus (%)			
	2003	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004–2005	2003	2004
Kainileikkaukset	11 606	12 187	10 625	8 574	581	-1 562	-2 051	5	-13	-19	-30	40	41
Polven tekoniivel-leikkaukset	1 624	1 461	1 338	1 298	-163	-123	-40	-10	-8	-3	-11	53	52
Nivustyräleikkaukset	1 874	1 753	1 471	1 334	-121	-282	-137	-6	-16	-9	-24	25	26
Sappirakon leikkaukset	499	439	320	231	-60	-119	-89	-12	-27	-28	-47	49	42
Suonikohjuleikkaukset	2 936	2 631	1 947	1 648	-305	-684	-299	-10	-26	-15	-37	20	17
Polven nivelkierukka-leikkaukset	3 647	3 936	3 989	4 190	289	53	201	8	1	5	6	17	14
Lonkan tekoniivel-leikkaukset	1 558	1 501	1 235	977	-57	-266	-258	-4	-18	-21	-35	46	48
Nielurisaleikkaukset	5 439	4 714	4 206	4 561	-725	-508	355	-13	-11	8	-3	5	5
Ääreishermostoihin kohdistuvat toimenpiteet	794	822	674	641	28	-148	-33	4	-18	-5	-22	16	14
Jalkaterän luuleikkaukset	593	604	507	444	11	-97	-63	2	-16	-12	-26	35	30
Virtsan karkailua korjauvat toimenpiteet	238	153	135	110	-85	-18	-25	-36	-12	-19	-28	48	48
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	211	200	175	174	-11	-25	-1	-5	-13	-1	-13	29	26
Kohdunpoistot	601	515	388	312	-86	-127	-76	-14	-25	-20	-39	45	47
Olkapäähän operaatiot	1 019	1 049	1 111	1 204	30	62	93	3	6	8	15	35	33
Yhteensä	32 639	31 965	28 121	25 698	-674	-3 844	-2 423	-2	-12	-9	-20	29	29

Taulukko 17. Erikoismaksuluokkapotilaiden määrä ja jakauma toimenpideryhmittäin 2003–2004

	Leikkausten määrä		Muutos, % 2004	Osuus (%) EML-potilaista	
	2003	2004		2003	2004
Kaihileikkaukset	4 674	5 006	7	49	53
Polven tekonivelleikkaukset	865	764	-12	9	8
Nivustyräleikkaukset	476	456	-4	5	5
Sappirakon leikkaukset	247	186	-25	3	2
Suonikohjuleikkaukset	593	450	-24	6	5
Polven nivelkierukka- leikkaukset	614	556	-9	6	6
Lonkan tekonivelleikkaukset	710	714	1	7	8
Nielurisaleikkaukset	288	244	-15	3	3
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	128	112	-13	1	1
Jalkaterän luuleikkaukset	207	184	-11	2	2
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	115	74	-36	1	1
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	62	51	-18	1	1
Kohdunpoistot	269	240	-11	3	3
Olkapäähän operaatiot	360	344	-4	4	4
Yhteensä	9 608	9 381	-2		

Sairausvakuutuksen korvaamien toimenpiteiden korvausten kehitys

Sairausvakuutus maksoi vuonna 2003 jonotetuista toimenpiteistä korvauksia yhteensä noin 5,2 miljoonaa euroa (vuoden 2006 rahassa). Näistä erikoismaksuluokassa tehtyjen leikkausten osuus oli yhteensä 26 %. Osuus säilyi samana myös vuonna 2004. Hoitotakuun vuosina 2005–2006 sairausvakuutuksen maksamat korvaukset laskivat yhteensä 0,9 miljoonaa euroa eli noin 18 %. Korvausmäärä laski melko tasaisesti sekä vuonna 2005 (-0,5 miljoonaa euroa, -10 %) että 2006 (-0,4 miljoonaa euroa, -8 %). Kaksi kolmannesta korvausmäärän laskusta johtui kaihileikkauksista ja viidennes suonikohjuleikkausten ja lonkan tekonivelleikkausten määrän laskusta (taulukko 18).

Sairausvakuutuskorvauksen osuus jonotettujen toimenpiteiden kustannuksista väheni tarkastelluissa toimenpideryhmissä yhteensä viisi prosenttiyksikköä vuodesta 2003 vuoteen 2006 eli 52 %:sta 47 %:iin. Korvausten osuus kustannuksista aleni kaikissa muissa toimenpideryhmissä paitsi kaihileikkauksissa. Eniten, yli kymmenen prosenttiyksikköä, korvausten osuus kustannuksista väheni suonikohjuleikkauksissa, jalkaterän luuleikkauksissa, nenän väliseinän leikkauksissa ja olkapäiden operaatioissa (taulukko 19).

Taulukko 18. Jonotetuista toimenpiteistä maksetut sairausvakuutuskorvaukset 2003–2006 vuoden 2006 rahassa ja erikoismaksuluokkaleikkausten (EML) osuus (%) korvauksista 2003–2004

	Korvaukset yhteensä				Korvausten vuosittaiset muutokset, %			EML-leikkausten osuus korvauksista, %	
	2003	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2003	2004
Kaihileikkaukset	2 238 379	2 372 729	2 132 286	1 749 684	6	-10	-18	35	35
Polven tekonivelleikkaukset	306 255	289 544	283 944	282 890	-5	-2	0	50	47
Nivustyräleikkaukset	212 784	202 071	174 218	156 951	-5	-14	-10	21	22
Sappirakon leikkaukset	73 003	69 128	51 685	36 436	-5	-25	-30	42	35
Suonikohjuleikkaukset	369 363	341 707	243 210	218 025	-7	-29	-10	13	11
Polven nivelkierukkaleikkaukset	588 207	660 811	671 657	715 085	12	2	6	10	9
Lonkan tekonivelleikkaukset	291 778	305 182	253 711	211 905	5	-17	-16	42	41
Nielurisa-leikkaukset	689 955	606 072	565 687	633 084	-12	-7	12	3	3
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	76 759	82 181	65 196	63 932	7	-21	-2	12	10
Jalkaterän luuleikkaukset	57 634	60 953	50 121	46 878	6	-18	-6	28	23
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	35 289	23 342	21 320	18 465	-34	-9	-13	42	42
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	31 193	29 897	23 560	24 711	-4	-21	5	18	15
Kohdunpoistot	94 528	83 335	61 886	51 765	-12	-26	-16	38	40
Olkapään operaatiot	164 073	170 197	191 192	215 161	4	12	13	24	23
Yhteensä	5 229 199	5 297 150	4 789 672	4 424 972	1	-10	-8	26	26

Taulukko 19. Jonotetuista toimenpiteistä maksettujen sairausvakuutuskorvausten osuus (%) potilaiden maksaman hoidon kustannuksista 2003–2006

	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	58	58	61	60
Polven tekonivelleikkaukset	49	47	46	45
Nivustyräleikkaukset	39	37	36	33
Sappirakon leikkaukset	39	36	37	33
Suonikohjuleikkaukset	52	49	45	39
Polven nivelkierukkaleikkaukset	45	43	41	39
Lonkan tekonivelleikkaukset	46	45	43	44
Nielurisa-leikkaukset	59	55	54	51
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	38	37	33	32
Jalkaterän luuleikkaukset	44	38	37	33
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	44	37	38	38
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	40	39	33	30
Kohdunpoistot	36	36	36	33
Olkapään operaatiot	47	42	37	36
Yhteensä	52	50	49	47

Jonotettujen leikkausten saatavuus iän ja sukupuolen mukaan

Valtaosa jonotetuista leikkauksista tehtiin työikäisille eli 67-vuotiaille ja sitä nuoremmille. Kaihi- ja tekonivelleikkaukset painottuivat selkeästi tätä vanhempiin ikäryhmiin. Työikäisten osuus leikatusta kasvoi hieman myös kaihi- ja polven tekonivelleikkauksissa koko tarkastelujakson 1998–2006 ajan. Muissa toimenpideryhmissä työikäisten osuus säilyi samankaltaisena koko tarkasteluajanjakson. Hoitotakuu ei muuttanut olennaisesti toimenpiteiden kohdentumista työikäisiin ja muihin ikäryhmiin (taulukko 20).

Suurin osa jonotetuista leikkauksista tehtiin naisille vuosina 1998–2006. Pelkästään naisille tehtyjä leikkauksia olivat kohdun poistot ja virtsan karkailuun liittyvät toimenpiteet. Miesten osuus leikkauksista oli naisia suurempi vain neljässä toimenpideryhmässä: nivustyräleikkauksissa, polven nivelkierukkaleikkauksissa, nielurisaleikkauksissa, nenän väliseinään kohdistuvissa operaatioissa ja olkapäiden operaatioissa. Hoitotakuu ei muuttanut olennaisesti miesten ja naisten osuutta tarkastelluissa toimenpiteissä (taulukko 21).

Aineistomme perusteella hoitotakuu ei näytä muuttaneen millään tavalla jonotettujen leikkausten saatavuutta iän tai sukupuolen perusteella.

Taulukko 20. Työikäisten eli 67-vuotiaiden ja sitä nuorempien osuus (%) jonotettujen toimenpiteiden määristä 1998–2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	19	18	19	20	20	20	20	21	22
Polven tekonivel-leikkaukset	32	31	34	34	36	36	37	38	39
Nivustyräleikkaukset	80	78	78	79	78	77	77	76	77
Sappirakon leikkaukset	78	79	79	78	79	80	79	80	79
Suonikohju-leikkaukset	92	91	91	91	91	90	91	90	88
Polven nivelkierukka-leikkaukset	91	91	90	90	90	91	91	91	92
Lonkan tekonivel-leikkaukset	47	47	46	47	46	46	45	43	44
Nielurisaleikkaukset	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ääreishermoiin kohdistuvat toimenpiteet	82	81	82	83	82	83	83	82	82
Jalkaterän luuleikkaukset	92	91	92	90	91	90	90	89	89
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	80	81	80	77	77	77	78	78	77
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	98	98	98	98	98	98	98	97	97
Kohdunpoistot	92	92	92	92	92	91	91	91	89
Olkapään operaatiot	94	94	93	92	92	92	93	92	92

Taulukko 21. Miesten osuus (%) jonotetuista toimenpiteistä 1998-2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	30	30	30	32	31	32	33	33	34
Polven tekonivel-leikkaukset	25	25	27	28	28	30	30	30	31
Nivustyräleikkaukset	88	88	89	89	89	89	90	89	90
Sappirakon leikkaukset	29	29	28	28	29	29	29	29	30
Suonikohjuleikkaukset	21	21	23	23	24	25	25	26	28
Polven nivelkierukka-leikkaukset	74	74	81	83	85	87	87	90	94
Lonkan tekonivel-leikkaukset	40	40	42	42	41	42	43	42	41
Nielurisaleikkaukset	54	54	51	51	48	49	50	47	44
Ääreishermostoihin kohdistuvat toimenpiteet	34	34	35	34	34	34	33	34	34
Jalkaterän luuleikkaukset	19	17	17	18	17	17	16	17	15
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	76	76	74	75	75	75	74	77	75
Olkapään operaatiot	53	55	54	54	55	55	56	57	55

Hoitotakuun vaikutus sairauspäivärahoihin

Vuonna 2003 sairauspäivärahaa sai tässä tutkimuksessa tarkastelujen toimenpiteiden vuoksi 5 707 henkilöä. Sairauspäivärahoja heille maksettiin 11,3 miljoonaa euroa (vuoden 2006 rahassa). Vuonna 2006 sairauspäivärahakorvausta saaneiden määrä oli laskenut 4 995:een (–12 % vuodesta 2003) ja maksettavien sairauspäivärahojen määrä 11 miljoonaan euroon. Suurin muutos tapahtui ensimmäisenä hoitotakuuvuonna, jolloin sairauspäivärahaa saaneiden määrä laski 633:lla henkilöllä (–11%) edelliseen vuoteen verrattuna ja sairauspäivärahat vähenivät 0,6 miljoonaa euroa. Sairauspäivärahaa saaneiden vähäinen lasku jatkui edelleen vuonna 2006 (–2 %). Korvattujen päivien määrä väheni ensimmäisenä hoitotakuuvuonna –8 % (–16 416 päivää). Toisin kuin korvausta saaneiden määrä, korvattujen päivien määrä kääntyi hienoiseen nousuun (+3 %) vuonna 2006. Vuonna 2006 korvattuja päiviä oli yhteensä 195 585, mikä vastaa noin 890 henkilötyövuotta. Samoin kuin korvattujen päivien määrä, sairauspäivärahojen määrä kasvoi jälleen vuonna 2006 yhteensä 0,4 miljoonaa euroa edellisvuodesta (taulukot 22 ja 23).

Toimenpideryhmittäin korvausta saaneiden määrä, korvatut päivät ja sairauspäivärahat vähenivät selkeästi eniten suonikohjuleikkauksissa vuosina 2003–2006. Vuonna 2005 myös ääreishermostoihin kohdistuneissa operaatioissa, jalkaterän luuleikkauksissa ja kaihileikkauksissa maksetut sairauspäivärahakorvaukset vähenivät kaikissa yli 100 000 euroa, samalla myös korvattujen päivien määrät vähenivät selvästi. Vuonna 2006 lähes kaikissa tarkastelluissa toimenpideryhmissä maksetut sairauspäivärahakorvaukset kääntyivät nousuun tai pysyivät lähes ennallaan. Vain suonikohjuleikkauksissa ja nivustyräleikkauksissa maksettujen sairauspäivärahojen määrä laski yli 100 000 euroa vuonna 2006 (taulukot 22 ja 23).

Taulukko 22. Sairauspäivärahaa saaneiden määrä ja korvatut päivät jonotetuissa toimenpiteissä 2003–2006

	Korvausta saaneiden määrä				Korvatut päivät			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	333	350	354	311	9 633	12 245	10 984	10 841
Polven tekonivel-leikkaukset	107	110	114	142	14 251	14 932	14 709	16 543
Nivustyräleikkaukset	518	484	385	364	8 397	9 824	7 890	6 579
Sappirakon leikkaukset	143	125	105	73	2 038	1 299	1 566	989
Suonikohjuleikkaukset	1 235	1 063	777	579	23 375	19 475	13 225	10 431
Polven nivelkierukka-leikkaukset	1 448	1 557	1 584	1 676	44 594	46 034	50 138	49 643
Lonkan tekonivel-leikkaukset	193	160	153	159	23 122	18 113	16 567	17 111
Nielurisaleikkaukset	149	142	115	133	1 258	749	478	1 212
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	369	417	344	334	17 913	19 783	15 680	17 705
Jalkaterän luuleikkaukset	325	327	266	255	13 961	14 052	11 077	11 807
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	62	35	30	34	1 017	284	715	595
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	62	54	47	51	412	303	350	489
Kohdunpoistot	141	245	176	143	1 740	2 738	2 068	1 818
Olkapään operaatiot	620	668	654	741	48 180	46 446	44 414	49 822
Yhteensä	5 705	5 737	5 104	4 995	209 891	206 277	189 861	195 585

Taulukko 23. Maksetut sairauspäiväraha korvaukset ja niissä tapahtuneet muutokset jonotetuissa toimenpiteissä 2003–2006, euroa, vuoden 2006 rahassa

	Sairauspäiväraha korvaukset				Korvausten muutos		
	2003	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Kaihileikkaukset	547 378	651 232	543 916	586 909	103 854	-107 317	42 993
Polven tekonivel-leikkaukset	714 184	819 518	813 539	878 095	105 334	-5 979	64 556
Nivustyräleikkaukset	501 846	575 146	486 121	370 455	73 299	-89 025	-115 666
Sappirakon leikkaukset	107 761	94 904	91 580	49 656	-12 857	-3 324	-41 925
Suonikohjuleikkaukset	1 248 780	1 019 684	728 247	575 571	-229 096	-291 437	-152 675
Polven nivelkierukka-leikkaukset	2 401 738	2 507 517	2 812 674	2 823 753	105 779	305 157	11 079
Lonkan tekonivel-leikkaukset	1 265 546	946 315	928 154	1 040 283	-319 231	-18 161	112 128
Nielurisaleikkaukset	48 798	43 444	25 768	47 892	-5 354	-17 676	22 124
Ääreishermoihin kohdistuvat toimenpiteet	908 701	991 726	862 182	896 976	83 025	-129 544	34 794
Jalkaterän luuleikkaukset	784 304	796 173	598 663	689 106	11 869	-197 510	90 443
Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet	71 296	15 948	40 578	34 437	-55 348	24 630	-6 141
Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	26 163	19 708	19 572	30 198	-6 455	-137	10 627
Kohdunpoistot	96 047	160 813	114 146	109 971	64 765	-46 667	-4 175
Olkapään operaatiot	2 608 253	2 564 138	2 504 479	2 836 405	-44 115	-59 658	331 925
Yhteensä	11 330 797	11 206 266	10 569 619	10 969 707	-124 530	-636 647	400 088

Pohdinta

Jonotusajat lyhenivät erityisesti vuonna 2006

Jonotusajat tässä tutkimuksessa tarkasteltuihin toimenpiteisiin alkoivat kasvaa lääkärilakon jälkeen 2002 ja olivat huipussaan vuonna 2003. Hoitotakuuseen valmistautuminen todennäköisesti kasvatti jonotusaikoja vuonna 2003, koska potilaita asetettiin jonoon entistä enemmän, mutta leikkaustoimintaa ei saatu vielä viritettyä kysyntää vastaavalle tasolle. Jononpurkurahoista huolimatta vuosi 2004 ei tuonut juurikaan muutosta aikaisempaan kehitykseen. Vasta hoitotakuun voimaantulo ja sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämä säännöllinen jonotilanteen seuranta ja raportointi vauhdittivat jonojen lyhenemistä. Ensimmäisenä hoitotakuuvuonna 2005 lähes kaikissa pisimpään jonotetuissa leikkauksissa päästiin jo keskimäärin alle kuuden kuukauden jonotusaikaan. Vuonna 2006 jonotusaikojen lasku oli jo erittäin huomattava. Yli kuusi kuukautta jonottaneiden leikattujen potilaiden määrä laski peräti 42 % vuodesta 2005 vuoteen 2006. Toisaalta vuonna 2006 yli kuusi kuukautta jonottaneita oli vielä 12 % kaikista leikatuista eli 16 000 potilasta. Näiden potilaiden hoito ei vielä toteutunut lain määräämässä ajassa. Lisäksi on huomattava, että yli 6 kuukautta jonottaneita potilaita oli todennäköisesti tässä raportoitua enemmän, koska jonotuspäivämäärä puuttui noin kolmannekselta leikatuista potilaista vuonna 2006.

Jononpurkurahat olisi voitu hyödyntää tehokkaammin

Jonotettujen toimenpiteiden määrän kehitys on kokonaisuudessaan varsin samankaltainen kuin toimenpiteellisten hoitajaksojen kokonaismäärän kehitys, lukuun ottamatta vuosia 2003 ja 2004. Näinä vuosina sairaalat eivät pystyneet tekemään jonotettuja toimenpiteitä enempää tai edes samassa suhteessa kuin leikkaustoiminnan kokonaismäärä kasvoi. Tämä viittaa siihen, että vuosina 2003 ja 2004 valtion ja kuntien korvamerkityt jononpurkurahat eivät kohdentuneet täysimääräisesti juuri niihin toimenpiteisiin, joissa hoitojonot ja jonotusajat olivat pisimmät. Kuntien laskennallisten menojen perusteella näyttää siltä, että jononpurkurahat menivät siis osin muuhun palvelutuotantoon. Tosin voimavaroja lisättiin joihinkin toimenpideryhmiin, mutta ei lainkaan jononpurkurahoja vastaavaa määrää. Kun suurimmat voimavaralisäykset tapahtuivat vasta ensimmäisenä hoitotakuuvuonna (+20 miljoonaa euroa) ja sen jälkeen, näyttääkin siltä, että hoitotakuulain voimaantulolla ja sen toteutuksen valvonnalla oli enemmän vaikutusta sairaaloiden tuotantoon kuin jononpurkurahoilla.

Hoitotakuu vaikutti erityisesti tekonivelkirurgiaan ja muihin ortopedisiin toimenpiteisiin

Tutkimuksessamme seuratut jonotetut leikkaukset voidaan jakaa kolmeen ryhmään leikkausmäärien kehityskulun mukaan. Ensimmäisessä ryhmässä leikkausmäärät kasvoivat huomattavasti ensimmäisenä hoitotakuuvuonna 2005 ja leikkausten määrä jatkoi kasvuaan myös seuraavana vuonna 2006. Toisessa ryhmässä leikkausten määrä kasvoi erityisesti hoitotakuun ensimmäisenä vuonna, mutta laskivat taas sitä seuraavana vuonna. Kolmannessa ryhmässä on toimenpiteitä, joiden leikkausmääriin hoitotakuu ei tuonut erityistä muutosta. Näiden toimenpiteiden leikkausmäärät olivat jo kasvaneet ennen hoitotakuuta tai leikkausmäärät olivat olleet laskussa koko tutkitun ajanjakson ajan (taulukko 24).

Aineistomme perusteella ensimmäisen ryhmän leikkausten määriin hoitotakuun voimaantulo näyttäisi vaikuttaneen eniten, koska erityisesti vuosina 2005 ja 2006 leikkausten määrät kasvoivat voimakkaasti. Tässä ryhmässä on erityisesti ortopedisiä toimenpiteitä. Toimenpideryhmistä selvästi eniten ensimmäisenä hoitotakuuvuonna kasvoivat polven tekonivelleikkaukset +37 %, myös lonkan tekonivelleikkausten määrä kasvoi voimakkaasti, +18 %. Kuntien laskennallisten menojen perusteella voimavaroja lisättiin eniten juuri tekonivelleikkauksiin, vuonna 2005 yhteensä runsaat 24 miljoonaa euroa. Ensimmäisen ryhmän toimenpiteiden määrän kehitystä vuonna 2006 voi selittää myös se, että heti ensimmäisenä hoitotakuuvuonna jonoja ei saatu purettua ja niiden

Taulukko 24. Jonotetut leikkaukset ryhmiteltynä toimenpidemäärän muutoksen suhteen

RYHMÄ 1	RYHMÄ 2	RYHMÄ 3
Hoitotakuulla pitempikestoinen vaikutus	Hoitotakuulla tilapäinen vaikutus	Hoitotakuulla ei merkittävää vaikutusta
Polven tekonivelleikkaukset	Sappirakkoleikkaukset	Kohdun poistot
Olkapäiden operaatiot	Nivustyräleikkaukset	Suonikohjuleikkaukset
Polven nivelkierukkaleikkaukset	Nenän väliseinään kohdistuvat toimenpiteet	Nielurisaleikkaukset
Lonkan tekonivelleikkaukset	Kaihileikkaukset	Virtsan karkailua korjaavat toimenpiteet
Ääreisherموihin kohdistuvat toimenpiteet		
Jalkaterän luuleikkaukset		

purkaminen siirtyi osittain vielä vuodelle 2006. Toiseen ryhmään kuuluvien toimenpiteiden jonot saatiin ilmeisesti purettua nopeammin verrattuna ensimmäisen ryhmän toimenpiteisiin.

Alueelliset erot supistuivat hieman, mutta ovat edelleen merkittäviä

Useimpien jonotettujen toimenpiteiden leikkausmäärien alueellinen vaihtelu väheni 1998–2006. 1990-luvun alkupuolelta lähtien Suomessa on kiinnitetty huomiota kirurgisten ja erityisesti ortopedisten toimenpiteiden alueellisiin eroihin (Mikkola ym. 2005). Tämän lisäksi hoitokäytäntöjen vaihtelusta ja hoidon näyttöön perustuvista kriteereistä on käyty viime vuosikymmenen aikana vilkasta keskustelua. Tutkimukset ja julkinen keskustelu ovat saattaneet vaikuttaa sairaaloiden hoitokäytäntöjen yhdenmukaistumiseen. Myös hoitotakuun voimaantulo ja sen myötä käyttöön otetut yhtenäisen hoidon perusteet näyttäisivät hieman kaventaneen alueellisia eroja tässä tutkimuksessa tarkastelujen jonotettujen toimenpiteiden osalta. Lisäksi hoitotakuun voimaantulo on todennäköisesti myös vauhdittanut hoitokäytäntöjen muutosta lisäämällä avohoidon osuutta suhteessa vuodeosastohoitoon.

Hoitotakuu lisäsi ostopalveluja, mutta vähensi itse maksavien potilaiden toimenpiteitä

Hoitoilmoitusaineiston ja Kansaneläkelaitoksen rekisterien perusteella voidaan arvioida, että jonotettuja toimenpiteitä vuonna 2006 tehtiin yksityisen tuottajan toimesta noin 24 000, joista potilaan itse pääosin maksamia toimenpiteitä oli noin 18 000 ja kuntien ostopalveluja noin 6 000. Lisäksi julkisella sektorilla erikoismaksuluokassa tehtiin jonotettuja toimenpiteitä noin 5 000–7 000, sillä vuonna 2004 erikoismaksuluokkapotilaiden osuus oli noin 30 % sairausvakuutuksen korvaamista jonotetuista toimenpiteistä. Ensimmäisestä hoitotakuuvuodesta lähtien erikoismaksuluokka poistuu asteittain vuoteen 2008 mennessä.

Hoitoilmoitustietojen perusteella hoitotakuun näyttäisi vaikuttaneen samalla tavalla suotuisasti yksityissektorin toimintaan kuin lääkäri-lakko muutamaa vuotta aiemmin. Lääkäri-lakon tuoman nopean kasvun jälkeen yksityisen sektorin markkinaosuus jäi pysyvästi aiempaa hieman korkeammalle tasolle. Tästä osan selittää tekonivelkirurgian tarjonnan kasvu COXAn perustamisen myötä. Yksityissektorin markkinaosuus nousi COXAn perustamisen jälkeen 11 %:sta 18%:iin polven tekonivelleikkauksissa vuonna 2003. Hoitotakuun jälkeen markkinaosuus oli jo 25 % vuonna 2006. Lähetteen määrissä julkiselta sektorilta yksityiselle oli havaittavissa samansuuntainen muutos erityisesti tekonivelkirurgiassa. Lähetteen perustuvassa tarkastelussa hoitotakuu selvästi lisäsi julkisen sektorin ostoja yksityissektorilta erityisesti tekonivelleikkausten osalta. Muiden jonotettujen toimenpiteiden ostot yksityiseltä sektorilta olivat huomattavasti vähäisempiä.

Koska sairausvakuutustietojen perusteella itse maksavien potilaiden osuus laski jonkin verran hoitotakuun jälkeisenä aikana, voidaan päätellä, että hoitotakuu vaikutti suotuisasti yksityissektoriin erityisesti sairaanhoitopiirien ostopalvelujen lisääntymisen myötä. Jonotettujen

toimenpiteiden sairausvakuutuskorvausten vähenemisen myötä sairausvakuutus säästi noin miljoona euroa, ainakin tilapäisesti.

Työikäisiä ei priorisoitu erityisesti

Jonotettujen toimenpiteiden saatavuusongelma kohdistui pääasiassa työikäiseen väestöön. Suurin osa aineistomme toimenpiteistä tehtiin juuri työikäisille, lukuun ottamatta kaihi- ja tekonivelleikkauksia. Eläkkeellä olevien kaihi- ja tekonivelleikkaukset ovat todennäköisesti helpottaneet itsenäistä selviytymistä ja vähentäneet kotihoidon ja laitoshoidon tarvetta. Hoitotakuu ei tuonut suuria muutoksia jonotettujen toimenpiteiden saatavuuteen työ- ja eläkeikäisten välillä eikä myöskään sukupuolten välillä. Aineistomme leikkausmäärien muutosten tarkastelun perusteella mitään erityistä työikäisten priorisointia ei ollut hoitotakuun myötä havaittavissa. Leikkausmäärät laskivat hoitotakuun jälkeen vain naisille tehdyissä kohdun poistoissa ja virtsan karkailuun liittyvissä toimenpiteissä. Toisaalta valtaosa tekonivelleikkauksista tehdään naisille. Erityisesti polven tekonivelleikkausten määrän kasvu oli kaikkien huomattavin verrattuna muihin toimenpideryhmiin. Kokonaisuudessaan hoitotakuun voimaantulon myötä missään toimenpideryhmässä miesten tai naisten osuus ei muuttunut merkittävästi.

Säästöt sairauspäivärahoissa jäivät vähäisiksi

Hoitotakuun voimaantuloa perusteltiin aikoinaan myös sillä, että sairausvakuutus voisi säästää sairauspäivärahoissa, kun työikäiset pääsisivät nopeammin hoitoon. Tässä tarkasteltujen 14 jonotetun toimenpiteen osalta tilapäinen säästö sairauspäivärahoissa oli suunnilleen samaa luokkaa kuin säästöt sairausvakuutuskorvauksissa eli vajaat miljoona euroa. Hoitotakuun tuoma yhteensä vajaan 2 miljoonan euron säästö näiden 14 toimenpiteen sairausvakuutuskorvauksissa vaikuttaa varsin vähäiseltä, jos sitä verrataan vaikkapa valtion ja kuntien jonojen purkamiseen suuntaamiin noin 50 miljoonan euron korvamerkittyihin ns. jononpurkurahoihin.

Tietojen keruussa parannettavaa

Hoitoilmoitusrekisterin jonotietoja on käytetty tätä ennen melko niukasti sekä tutkimuksessa että terveydenhuollon päätöksenteossa. Osin tämä johtuu rekisterin jonotietojen puutteista, muun muassa puuttuvien tietojen suuresta määrästä, sekä sairaalajonon määritelmiin liittyvistä ongelmista. Sairaaloitten välillä on eroja jonon määritelmässä sekä jonoon asettamiskriteereissä. Sairaanhoitopiirit eivät myöskään merkitse omiin järjestelmiinsä kaikkien potilaiden jonoon asettamispäivämääriä eivätkä ole toimittaneet kaikkia jonotietojaan hoitoilmoitusrekisteriin (Järvelin ja Linna 2004).

Vielä heikompi oli tilanne hoitoilmoitusrekisteriin ilmoitettujen kuntien maksuosuustietojen kattavuuden osalta. Aineistomme toimenpiteistä vain noin 40 % oli merkitty kunnan maksuosuus. Molemmat tiedot, sekä tieto jonotuspäivämäärästä että kuntalaskutustieto, olisivat terveyspolitiikan valmistelun ja päätöksenteon sekä myös terveystaloustieteellisten tutkimusten kannalta erittäin hyödyllisiä. Kattavampien kuntalaskutustietojen avulla sairaanhoitopiirien kuntalaskutusjärjestelmiä päästäisiin paremmin arvioimaan ja kehittämään.

Tutkimuksemme perusteella voidaan myös arvioida, että hoitoilmoitusaineistosta puuttuu vähintäänkin noin 4 000 yksityisellä sektorilla tehtyä jonotettua toimenpidettä. Tämä vaikuttaa jonkin verran esimerkiksi alue-erojen tarkasteluun joidenkin toimenpideryhmien kuten kaihi- ja suonikohjuleikkausten osalta. Kansaneläkelaitoksen tietojen perusteella voidaan arvioida, että suurin osa yksityissektorin tarjonnasta sijaitsee suurimmissa kaupungeissa. Hoitoilmoitustietojen puutteellisuus johtuu siitä, että kaikki yksityiset lääkäriasemat eivät välttämättä ilmoita päiväkirurgisia toimenpiteitään hoitoilmoitusaineistoon.

Erikoismaksuluokasta oli tieto hoitoilmoitusrekisterissä vielä 1980-luvun ja 1990-luvun alussa, mutta syystä tai toisesta sen kerääminen lopetettiin. Kansaneläkelaitos lopetti erikoismaksuluokan rekisteröinnin vuoden 2004 lopussa.

Aineistojen käyttökelpoisuus

Huolimatta hoitoilmoitusaineistoon liittyvistä puutteista, erityisesti koko maan kattavia analyysejä voidaan pitää luotettavina, koska havaintojen määrä aineistossa on erittäin suuri. Alueellisten tarkastelujen osalta aineiston puutteet erityisesti jonotusajoissa on otettava huomioon. Tietojen puutteellisuuden vuoksi kuntien maksuosuustietojen osalta pidättäydyimme kokonaan kuntien menojen alueellisista tarkasteluista. Vaikka hoitoilmoitusaineistosta puuttuu yksityissektorilla tehtyjä toimenpiteitä, Kansaneläkelaitoksen aineistolla täydennettynä myös arviot hoitotakuun vaikutuksista yksityissektorin toimintaan ovat kohtuullisen luotettavia.

Lähteet

- Hurst J, Siciliani L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. *OECD Health Working Papers* 2003;6:33.
- HOPE, Standing Committee of Hospitals of the European Union. Measuring and comparing Waiting lists. A study in four European countries. Third report of HOPE's Working Party on Management of Waiting Lists. Brussels, April 18, 2004.
- Järvelin J, Linna M. Mitä hoitoilmoitusrekisterin jonotiedot kertovat? *Suomen Lääkärilehti* 2004; 12:1283–1289.
- Keskimäki I, Aro S. Accuracy of data on diagnosis, procedures and accidents in the Finnish Hospital Discharge Register. *International Journal of Health Sciences* 1991; 2:15–21.
- Mikkola H, Järvelin J, Seitsalo S, Keskimäki I, Ortopediset leikkaukset Suomessa 1987-2002, leikkausmäärien alueelliset erot, jonotusajat ja keskittyminen (Orthopedic procedures in Finland 1987-2002, regional variation, waiting times, concentration). *Duodecim* 121:2005:861–71.
- Nordberg M, Keskimäki I, Hemminki E. Johtuvatko jonot hoitokäytäntöjen eroista? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1994;31:3:280–285.

RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Markku Pekurinen, Hennamari Mikkola, Ulla Tuominen (toim.). Hoitotakuun talous. – Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin
Raportteja 5/2008 Tilausnro R5/2008

Minna Pietikäinen, Pauliina Luopa, Annikka Sinkkonen, Jaana Markkula, Jukka Jokela, Riikka Puusniekka. Kouluterveyskysely 2007 ammatillisissa oppilaitoksissa Kainuun maakunnassa ja Oulun seudulla
Raportteja 3/2008 Tilausnro R3/2008

Kalle Määttä. Etärahapeliin sääntelystä
Raportteja 2/2008 Tilausnro R2/2008

Kristian Wahlbeck, Kristiina Manderbacka, Lauri Vuorenkoski, Hannamaria Kuusio, Minna-Liisa Luoma, Eeva Widström. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. HealthQUEST, Country Report for Finland
Reports 1/2008 Tilausnro R1/2008

2007

Juha Koivisto. Kuinka paljon asiakkaan sana painaa? Bikva-menetelmän relationaalinen arviointi
Raportteja 21/2007 Tilausnro R21/2007

Kaija Hänninen. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin
Raportteja 20/2007 Tilausnro R20/2007

Heini Lehtoranta, Minna-Liisa Luoma, Seija Muurinen (toim.). Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007
Raportteja 19/2007 Tilausnro R19/2007

Network-based Practices in the Prevention of Social Exclusion among Schoolchildren in St. Petersburg
Reports 18/2007 Tilausnro R18/2007

Riitta-Liisa Kokko, Mimosa Koskimies. Ennakointidialogit moniammattillisena yhteistyömuotona. Dialogisten verkostopalaverien välitön palaute
Raportteja 17/2007 Tilausnro R17/2007

Satu Korhonen, Ilse Julkunen, Pekka Karjalainen, Anu Muuri, Riitta Seppänen-Järvelä. Arviointi ja hyvät käytännöt sosiaalipalveluissa. Asiantuntijoiden pohdintoja tulevasta
Raportteja 16/2007 Tilausnro R16/2007

Outi Töytäri: Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa 2006. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä ja apuvälinepalvelujen toteutuksesta
Raportteja 15/2007 Tilausnro R15/2007

Sirpa Andersson: Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasuminen nykytilanne ja tuleva tarve
Raportteja 14/2007 Tilausnro R14/2007

Olga Sakharova, Isaac Gurovich, Kristian Wahlbeck: Mental Health Indicators in Russia. A Study of the Availability of European Indicators for the MINDFUL Project
Reports 13/2007 Tilausnro R13/2007

Annika Forsander: International Practice and Policy Trends in International Labour Immigration
Raportteja 12/2007 Tilausnro R12/2007