

Terveystaloustieteen päivä 2021

Abstraktikirja



TERVEYSTALOUSTIETEEN SEURA
HÄLSOEKONOMISKA SAMFUNDET – FINNISH SOCIETY FOR HEALTH ECONOMICS

Esipuhe

Terveystaloustieteen päivä on vuosittain järjestettävä kansallinen seminaari, joka kokoaa yhteen terveydenhuollon asiantuntijoita, päätöksentekijöitä, tutkijoita ja muita terveystaloustieteestä kiinnostuneita henkilöitä. Vuonna 2021 vietetään 30. terveystaloustieteen päivää. Tilaisuus järjestetään etäyhteyksin ja maksuttomana maailmanlaajuisen covid-19 pandemian vuoksi. Päivän järjestelyistä vastaa Terveystaloustieteen Seura yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa.

Terveystaloustieteen päivän pääteemana on tänä vuonna Kuinka torjua tartuntatauteja vaikuttavasti ja kustannusvaikuttavasti? Koronavirustaudin leviämällä Suomessa on ollut suoria ja välillisiä vaikutuksia kansanterveyteen, terveydenhuollon talouteen ja kansantalouteen. Taudin leviämisen alkuvaiheessa keväällä 2020 koronavirustaudin diagnostiikan ja hoidon tarve ja käyttö lisääntyivät voimakkaasti muiden sairauksien hoitojen kustannuksella. Terveydenhuollon kapasiteetin turvaamiseksi taudin leviämistä pyrittiin rajoittamaan kansallisesti käyttöön otetuilla toimilla, jotka hidastivat itse taudin leviämistä mutta synnyttivät samalla merkittäviä kansantaloudellisia kustannusvaikutuksia. Vaihtoehtoihin taudin hallinnan strategioihin liittyy sekä terveyshyötyjä että kustannuksia, joiden painoarvoa punnitaan käytännön päätöksenteossa. Terveystaloustieteen päivän aamupäivässä esitellään uusin-ta tutkimustietoa tartuntatautien leviämisen ehkäisemisen keinoista, keskustellaan koronavirustaudin vaikutuksista terveydenhuollon talouteen ja kansantalouteen sekä arvioidaan taudin hallinnan strategioita.

Terveystaloustieteen päivä alkaa professori Jerome Addan (Bocconi yliopisto, Italia) keynote -puheenpuhevuorolla *Effective and cost-effective interventions in the prevention of infectious diseases*. Tämän jälkeen ohjelmassa seuraa paneelikeskustelu, joka tarkastelee covid-19 pandemian vaikutuksia Suomen terveydenhuollon toimintaan ja talouteen sekä laajemmin kansantalouteen. Keskusteluun osallistuvat Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö Kirsi Varhila, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimitusjohtaja Juha Tuominen, Helsingin yliopiston professori Roope Uusitalo ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylilääkäri Tuija Leino. Paneelikeskustelun puheenjohtajana toimii Yleisradion erikoistoimittaja Tiina Merikanto.

Terveystaloustieteen iltapäivä kostuu kolmesta abstraktisessiosta, joissa esitellään uutta suomalaista terveystaloustieteen tutkimusta. Näissä esitellään perusterveydenhuollon käyttöä ja hoidon jatkuvuutta, työterveyshuollon käyttöä, syövän vaikutuksia perheissä, terveyspalvelujen julkista hankintaa, implementaatiostrategioiden arviointia, sote-rahoituksen keskeisiä kysymyksiä sekä diabetespotilaiden ennenaikaista työvoimasta poistumista. Abstraktisessioiden esitysten lyhennelmät on koottu tähän abstraktikirjaan.

Terveystaloustieteen Seura kiittää kaikkia Terveystaloustieteen päivän valmisteluun ja toteuttamiseen osallistuneita henkilöitä ja organisaatioita, erityisesti Next Travel Ltd:tä, SST Oy:tä ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta.

Vuonna 2022 Terveystaloustieteen päivä järjestetään Runebergin päivää lähimpänä perjantaina.

Tervetuloa!

Ismo Linnosmaa
Puheenjohtaja
Terveystaloustieteen Seura

Tuuli Suomela
Sihteeri
Terveystaloustieteen Seura

Sisällys

Access to occupational health care and utilization of primary health care in Finland.....	1
Sote-rahoitus, kannustavuus ja eriarvoisuus	2
Avoterveydenhuollon käynnit palvelulajeittain, ammattiryhmittäin ja yhteystavoittain vuosina 2018–2020	4
Diabetestyyppin ja diabeteksen lisäsairauksien yhteydet ennenaikaiseen poistumiseen työvoimasta – rekisteritutkimus	6
Terveyspalveluiden julkinen hankinta: Kilpailuttamalla vai kiinteällä hinnalla?	7
Process evaluation of implementation strategies to reduce potentially inappropriate medication prescribing in older population: a scoping review	8
Rintasyöpään sairastumisen vaikutukset puolison ja lasten työssäkäyntiin ja mielenterveyteen	9
Rekisteritietoa seurantaan: 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa.....	10
Terveyssoikki perheessä: lasten syövän vaikutukset vanhempien tuloihin ja työllisyyteen	12

Access to occupational health care and utilization of primary health care in Finland

Tuukka Holster, Finnish Institute for Health and Welfare
Lien Nguyen, Finnish Institute for Health and Welfare
Unto Häkkinen, Finnish Institute for Health and Welfare

The Finnish primary health care system is unique in that in addition to the universal public primary care organized by municipalities, tax-financed public funding is directed also to production of substitute services in the private and third sector. A large proportion of the population therefore has access to both public primary care and occupational health care (OHC). The availability of substitute services with lower costs to the user at the point of delivery may be expected to decrease the use of public services. On the other hand, the availability of similar service at a cost much below the marginal production cost may lead to some consulting both services for the same condition. We analyze the distribution of primary care services and the association between use of OHC and public care.

Data on the utilization of public primary health care and private health care is available in registers of the Finnish Social insurance institution and the national Care register for health care (Hilmo). Utilization of OHC is obtained from the Finsote survey data. We also use a large number of other register-based variables (provided by Statistics Finland and others). Our final sample includes around 7 500 observations.

We apply the concentration index to measure inequalities in utilization of primary, occupational and private health care by income level. We use a logit model to examine determinants associated with the probability of consulting an OHC professional. Finally, we analyse the association between the use of OHC and other health services using linear regression.

We find that the probability of using OHC is nonlinearly increasing in the number of days spent in an employment relationship, is higher for those employed in larger firms and lower for the self-employed. Controlling for other factors, those in higher income quintiles have a higher probability of using occupational care.

We also find that the distribution of occupational and private health care (concentration indices of costs) favours the better-off. When we take into account need by controlling for morbidity (indices of horizontal inequity), we find that the inequity becomes more pronounced. Public primary care is used much more by those with lower incomes, but adjusting for need, its distribution does not favour very strongly those with lower incomes.

We find that the use of OHC is associated with only a little less use of public primary care, which suggests that those provided access to occupational health care may often consult both for the same conditions. The use of OHC is not associated with the use of specialized health care or prescription medicines in a statistically significant way.

We find evidence of significant horizontal inequity in private and occupational health care. The results suggest that strengthening the role of public care may serve to reduce inequity in primary care services. The negative association of the use of OHC with the use of primary health care suggests that the former partially substitutes the latter, but only weakly.

Sote-rahoitus, kannustavuus ja eriarvoisuus

Unto Häkkinen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Tuukka Holster, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen tarvevakioinnilla pyritään luomaan sosiaali- ja terveystalouden alueellisille järjestäjille yhtäläiset taloudelliset mahdollisuudet palvelujen tuottamiseen suhteessa väestön palvelutarpeeseen. THL julkaisi viime kesänä tutkimuksen tarvekriteereistä, jota on tarkoitus käyttää suunniteltujen hyvinvointialueiden valtion rahoituksessa. Tutkimusta kohtaan on esitetty kritiikkiä, josta huomattava osa näyttäisi johtuvan siitä, että tutkimusta ei ole joko luettu tai ymmärretty. Syvällisempi kritiikki liittyy kapitaatioperiaatteeseen perustuvan rahoituksen tehokkuus- ja oikeudenmukaisuusnäkökohtiin.

Tehokkuusnäkökulmasta tarveperusteisen kapitaation ongelmana on, että alueellisen järjestäjän rahoitus kasvaa, kun sairastavuus lisääntyy. Tämä ei kannusta kohentamaan väestön terveydentilaa. Koko sote-järjestelmän tasolla palkitsemiskriteerien laadinta on kuitenkin vaikeaa, ellei mahdotonta. Väestön terveyteen ja hyvinvointiin ja niihin liittyvään eriarvoisuuteen vaikuttavat palvelujärjestelmän ohella paljon väestön elinolot ja sosioekonominen asema, joiden vaikutukset on erittäin vaikeaa erottaa toisistaan. Alueen väestön keskimääräistä parempi terveys ei johdu välttämättä palvelujärjestelmästä, vaan valikoituneesta muuttoliikkeestä ja sosioekonomisista tekijöistä. Tutkimusten perusteella palkitsemista voidaan kunnolla käyttää alemman tason voimavarojen allokoinnissa (tuottajien ja henkilöstön palkitsemisessa), jossa vaikuttavuutta voidaan paremmin mitata.

Eräänä kritiikkinä on väitetty, että rahoitusmalli on uhka tasa-arvolle. Tämä voitaneen ymmärtää siten, että malli johtaa palvelujen käyttöön ja terveyteen liittyvän eriarvoisuuden lisääntymiseen. Eriarvoisuus voi johtua kolmesta tekijästä: eroista palvelujen laadussa (tekninen tehokkuus), saatavuudessa ja käytössä (allokatiivinen tehokkuus) sekä terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavissa tekijöissä (terveyden tuotantofunktiot: henkilön kyky muuntaa hoito terveyshyödyiksi).

Erot teknisessä tehokkuudessa aiheuttavat terveyden eriarvoisuutta, jos alueiden välillä on systemaattisia eroja palvelujen järjestämisen tehokkuudessa sen takia, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien henkilöiden käyttämien palvelujen laatu on muihin väestöryhmiin kuuluvien käyttämiä palveluja huonompaa. Tämä ei kuitenkaan ole sinänsä kapitaatorahoituksen ongelma, koska rahoitus kohdistuu silti tarpeen perusteella. Tekninen tehottomuus tarkoittaa, ettei tarpeen perusteella kohdentuvaa rahoitusta osata käyttää parhaalla mahdollisella tavalla. Tätä voidaan edistää lisäämällä vertailutietoa, johdon kannustinjärjestelmiä ja viranomaisvalvontaa.

Allokatiiviseen tehokkuuteen liittyvällä terveyden eriarvoisuudella tarkoitetaan tyydyttämättömyyttä tarvetta. Kapitaatiomallissa oletetaan, että toteutunut palvelujen käyttö on jakaantunut suhteessa tarpeeseen ja palvelutarve voidaan ottaa huomioon malliin sisältyvillä tekijöillä. Koska tarve ei ole rekistereistä havaittavissa, joudutaan sen sijasta tarkastelemaan toteutunutta palvelunkäyttöä. Joidenkin potilasryhmien palvelujen käyttö ei kuitenkaan välttämättä vastaa niiden palveluntarvetta. Tyydyttämättömän palveluntarve on huolenaiheena rahoitusjärjestelmässä silloin kun se liittyy systemaattisesti sosioekonomisiin tai muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Tyydyttämättömään tarpeeseen voi vaikuttaa tarjontatekijät (palvelujen saatavuus ja hinta) tai kysyntätekijät (kuten yksilöiden preferenssit, odotukset ja kulttuurilliset tekijät).

Tyydyttämättömän palvelutarpeen käsitteestä, määrittelystä ja mittaamisesta on tehty runsaasti tutkimusta, mutta luotettavia tyydyttämättömän tarpeen mittareita ei ole juurikaan kehitetty. Kun tietoa tyydyttämättömän tarpeesta olisi luotettavasti käytössä koko väestöstä, olisi sen sisällyttäminen myös tarvekertoimiin toteutettavissa.

Terveyden tuotantofunktioiden erojen tapauksessa kysymys ei ole siitä, ettei palveluja tarjottaisi tehokkaasti tai etteivät henkilöt olisi hoidon piirissä, vaan vaihtelusta ihmisten kyvyissä hyötyä palveluista. Nämä erot voivat johtua genetiikasta, ympäristö- ja kulttuuritekijöistä, elintavoista ja näiden tekijöiden yhdysvaikutuksista. Terveyden tuotantofunktiossa oleviin eroihin voidaan palvelujärjestelmällä vaikuttaa hyvin rajallisesti, ja terveyserojen kaventaminen saattaa edellyttää palvelujen (erityisesti ennaltaehkäisevien toimintojen) rahoitusta kohdennettavan huono-osaisten hoitoon enemmän, kuin mitä pelkästään tarvekriteerien perusteella tapahtuu.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tehokkuus ja oikeudenmukaisuus ovat keskeisiä tavoitteita kaikkialla. Näitä voidaan edistää kehittämällä valtakunnallisia voimavarojen jakomekanismeja. Kun järjestäjän vastuulla on alueellisesti määritellyn väestön palvelut, korostuu oikeudenmukaisuuden tavoite. Mikäli terveyden eriarvoisuus pystyttäisiin ottamaan paremmin huomioon kriteereissä, merkitsisi se todennäköisesti voimavarojen vielä suurempaa uudelleenjakoa terveiltä alueilta sairaammille alueille.

Avoterveydenhuollon käynnit palvelulajeittain, ammattiryhmittäin ja yhteystavoittain vuosina 2018–2020

Vesa Jormanainen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Kaisa Mölläri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Koronaepidemiolla ja siihen liittyvillä rajoitustoimilla ja suosituksilla on ollut merkittäviä vaikutuksia väestön hyvinvointiin, elinoloihin, palvelujärjestelmään ja palvelujen käyttöön sekä kansantalouteen. Erikoissairaanhoidossa pakollinen varautuminen epidemiaan johti keväällä kiireettömän hoidon voimakkaaseen alasajoon. Kesän ja alkusyksyn aikana sairaanhoitopiirien toiminta on palautunut vaihtelevasti takaisin normaalitasolle. Perusterveydenhuollossa epidemia on vaikuttanut laajasti toimintaan. Vastaanottokäyntien määrä romahti keväällä ja terveystarkastusten toiminnassa tapahtui muutoksia. Digitaaliset ja etäpalvelut otettiin nopeasti käyttöön. Palvelu- ja hoitovelkaa on kuitenkin syntynyt ja epidemian pitkittyessä se kasvaa entisestään.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon asiakas- ja käyntimäärien määrällisiä muutoksia Avohilmoon rekisteröityjen tietojen perusteella vertaamalla vuoden 2020 tammi-syyskuun tietoja vastaavaan ajankohtaan vuosina 2018–2019.

THL:n Avoterveydenhuollon hoitoilmoitusten tammi-syyskuussa 2018–2020 aineistossa eivät ole mukana tiedot paikkakunnilta Helsinki, Hyvinkää, Kirkkonummi, Kuopio, Kysteri, Tampere, Turku ja Vantaa tiedonsiirto-ongelmien takia. Tiedot perustuvat siten noin 72 %:iin Suomen väestöpohjasta. Avohilmon asiakkaiden ja käyntien lukumääriä tammi-syyskuussa 2020 vuosien 2018–2019 keskiarvoihin vastaavina ajankohtina. Vertailu tehdään palvelumuodoittain (29 kokonaisuutta), ammattiryhmittäin (lääkärit, sairaan- ja terveydenhoitajat, fysioterapeutit, muut) sekä yhteystavoittain (fyysinen, sähköinen asiointi, muut). Tulokset esitetään absoluuttisina lukuina (n) ja osuuksina (%).

Avohilmoon rekisteröitiin keskimäärin 3,092 miljoonaa asiakasta ja 46,758 miljoonaa käyntiä tammi-syyskuussa 2018–2019 vuosittain, kun luvut vuonna 2020 olivat 3,119 (+0,9 %) miljoonaa asiakasta ja 43,049 (–7,9 %) miljoonaa käyntiä.

Vuonna 2020 kirjattiin 3 708 976 käyntiä vähemmän kuin edellisvuosina. Käyntimäärien erotus oli suurin palvelumuodoissa avosairaanhoito (–7,5 %), suun terveydenhuolto (–23 %), kotipalvelu (–25 %), kotihoito (–2 %) ja kouluterveydenhuolto (–24 %).

Ammattiryhmittäin käyntimäärien erotus oli –558 253 (–8,5 %) lääkäreillä, –933 160 (–7,6 %) sairaanhoitajilla, –198 637 (–16,7 %) fysioterapeuteilla ja –1 237 988 (–5,0 %) muilla. Kun työterveys- ja suun terveydenhuollon käyntejä ei oteta lukuun mukaan, niin lääkäreillä suurin käyntimäärien erotus oli palvelumuodoissa avosairaanhoito (–5,6 %), sairaan- ja terveydenhoitajilla avosairaanhoidossa (–7,7 %) ja kouluterveydenhuollossa (–25,0 %), fysioterapeuteilla fysioterapiassa (–19,5 %) sekä muilla kotihoidossa (–2,9 %) ja kotipalvelussa (–24,7 %). Lääkäreillä oli vuonna 2020 käyntejä 15 624 enemmän kotisairaanhoidossa kuin edellisvuosina, sairaan- ja terveydenhoitajilla 222 662 käyntiä enemmän kotisairaanhoidossa ja 23 041 kotihoidossa sekä fysioterapeuteilla 14 156 käyntiä enemmän kotihoidossa ja 8370 enemmän avosairaanhoidossa.

Yhteystavoittain käyntimäärien erotus oli suurin fyysisissä kontakteissa (–3 551 672; –10,6 %) ja muissa (–418 540; –8,6 %), kun sähköisen asioinnin käyntejä vuonna 2020 oli 1 042 174 (+21,2 %) enemmän kuin edellisvuosina. Sähköisen asioinnin käyntejä vuonna 2020 oli edellisvuosia enemmän erityisesti palvelumuodoissa avosairaanhoito (+14,6 %), kotihoito (+75,4 %) ja mielenterveystyö (+76,6 %).

Perusterveydenhuollon avohoidossa kirjattiin enemmän asiakkaita, mutta kahdeksan prosenttia vähemmän käyntejä tammi-syyskuussa 2020 kuin edellisvuosina. Käyntimäärissä oli merkittäviä eroja palvelumuodoittain, ammattiryhmittäin ja yhteystavoittain. Pääsääntöisesti käyntejä vuonna 2020 oli vähemmän kuin edellisvuosina, mutta paikoin niitä oli myös enemmän (erityisesti kotisairaanhoidos-

sa). Sähköisen asioinnin käyntejä oli yli 20 prosenttia (1 042 174 käyntiä) enemmän kuin edellisvuosina. Sähköinen asiointi, digitaaliset ja etäpalvelut täydentävät muita yhteystapoja. Kuinka havaittu palvelu- ja mahdollinen hoitovaje näkyy väestön terveydessä jää selvitettäväksi myöhemmin.

Diabetestyyppin ja diabeteksen lisäsairauksien yhteydet enneaikaiseen poistumiseen työvoimasta –rekisteritutkimus

Olli Kurkela ^{1,2}
Leena Forma ^{1,3}
Pirjo Ilanne-Parikka ⁴
Jaakko Nevalainen ¹
Pekka Rissanen ^{1,2}

1 Terveystieteet, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto
2 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
3 Valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
4 Diabetesliitto

Diabetes on merkittävä kansansairaus Suomessa. Diabeteksella ja sen lisäsairauksilla on todettu heikentävä vaikutus työkykyyn, mikä voi johtaa diabetesta sairastavan enneaikaiseen poistumiseen työvoimasta. Enneaikaisesta työvoimasta poistumisesta johtuvien tuottavuuskustannusten eroja diabetestyyppien välillä sekä lisäsairauksien yhteyttä tuottavuuskustannuksiin ei kuitenkaan ole tutkittu aikaisemmin. Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella enneaikaisen työvoimasta poistumisen sekä siitä johtuvien tuottavuuskustannusten eroja diabetestyyppien välillä. Lisäksi tutkimuksessa arvioitiin eri lisäsairauksien yhteyksiä tuottavuuskustannuksiin.

Aineisto perustui THL:n FinDM – hankkeen aineistoon, jossa suomalaiset työikäiset diabetesta sairastavat (17–64-vuotiaat) vuosilta 1998-2011 tunnistettiin kansallisista rekistereistä (Ntyyppi 1 = 45756, Ntyyppi 2 = 299931). Tutkimuksen päätetapahtuma oli enneaikainen poistuminen työvoimasta, johon joko kuolemasta tai eläköitymisestä ennen vanhuuseläkettä. Kohortille kerättiin tietoja ajanjaksoilla voimassa olevista eläkkeistä, kuolemista, diabeteksen lisäsairauksista sekä tuloista viimeiseltä viideltä vuodelta ennen poistumaa. Päätetapahtuman ja sen riskitekijöiden yhteyksiä analysoitiin käyttäen Kaplan-Meier menetelmää sekä laajennettuja Coxin malleja. Riskitekijöiden yhteyttä menetettyihin työvuosiin sekä tuottavuuskustannuksiin arvioitiin käyttäen lineaarisia regressiomalleja.

Ero työvoimasta poistumisen mediaani-ikässä tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetesta sairastavien välillä oli 4,3 vuotta (54,0 vuotta ja 58,3 vuotta). Enneaikaisen työvoimasta poistumisen riski kasvoi nopeammin 40 ikävuoden jälkeen tyyppin 1 diabetesta sairastavien keskuudessa verrattuna tyyppin 2 diabetesta sairastaviin. Jokainen tarkasteltu lisäsairaus (silmän lisäsairauksia lukuun ottamatta) oli yhteydessä kasvaneeseen työvoimasta poistumisen riskiin molempien diabetestyyppien kohdalla. Diabeteksen lisäsairaudet selittivät vain osittain erot diabetestyyppien välillä. Keskimääräiset menetetyt työvuodet sekä tuottavuuskustannukset olivat suuremmat työvoimasta enneaikaisesti poistuneiden tyyppin 1 diabetesta sairastavien keskuudessa verrattuna tyyppin 2 diabetesta sairastaviin (14,0 vuotta, 206568 € vs. 8,0 vuotta, 143689 €). Enneaikaisista poistumisista syntyneet tuottavuuskustannukset olivat kokonaisuudessaan tyyppin 2 diabeetikoiden keskuudessa huomattavasti suuremmat verrattuna tyyppin 1 diabetesta sairastaviin (14400 miljoonaa €, 2800 miljoonaa €). Jokainen tarkasteltu lisäsairaus, silmän lisäsairauksia lukuun ottamatta, oli yhteydessä kasvaneisiin tuottavuuskustannuksiin.

Tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetesta sairastavien välillä havaittiin merkittävä ero riskissä poistua työelämästä enneaikaisesti, ja riski oli erilainen työiän eri vaiheissa. Keskimäärin tyyppin 1 diabetesta sairastavat poistuivat työelämästä aikaisemmin verrattuna tyyppin 2 diabetesta sairastaviin, mikä johti myös suurempiin keskimääräisiin menetettyihin työvuosiin sekä tuottavuuskustannuksiin. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että diabetesta sairastavien eläköityminen eroaa vain hieman väestöstä. Tämä tutkimus kuitenkin osoitti, että riski poistua työvoimasta enneaikaisesti kasvoi huomattavasti lisäsairauksien myötä. Diabeteksen ja erityisesti sen lisäsairauksien ennaltaehkäisyllä voidaan merkittävästi välttää tuottavuudenmenetyksiä.

Terveyspalveluiden julkinen hankinta: Kilpailuttamalla vai kiinteällä hinnalla?

Visa Pitkänen, Kelan tutkimus, visa.pitkanen@kela.fi
Marco Varkevisser, Erasmus University Rotterdam

Useat julkisesti rahoitetut ja järjestetyt terveyspalvelut hankintaan yksityisiltä markkinoilta, jolloin esiin nousee kaksi kysymystä: Miten palveluntuottajat valitaan ja mihin heidän korvauksensa perustuu? Tarkastelemme tutkimuksessamme teoreettisesti ja empiirisesti kahta terveyspalveluissa yleisesti käytettyä hankintamenetelmää: Hinta-laatusuhteeseen perustuvaa kilpailuttamista ja kiinteään hintaan perustuvaa hankintaa.

Aineisto koostuu Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen fysioterapian hankinnoista. Aineisto perustuu viiteen peräkkäiseen hankintakierrokseen kahden vakuutuspiirin alueelta, joissa on käytetty kumpaakin hankintamenetelmää. Tuloksemme perustuvat hankintojen keskeisiin tunnuslukuihin, tuottajien hintojen tarkasteluun ja aikaisempiin tutkimuksiin kyseisistä markkinoista.

Kilpailuttaminen antaa järjestäjälle tiedon markkinoilla olevista tuottajista ja niiden hinta-laatusuhteesta. Kiinteän hinnan määrittäminen on puolestaan hyvin haastavaa ilman vertailukelpoista tietoa muilta markkinoilta tai tuottajien kustannusrakenteesta. Palveluiden käyttäjät voivat puolestaan hyötyä kiinteän hinnan hankinnoista, jos ne tuottavat laajan tuottajajoukon ja lisäävät palvelun jatkuvuutta. Tuottajat kohtaavat kilpailutuksissa riskin joutua markkinoiden ulkopuolelle. Toisaalta, kiinteä hinta ei välttämättä ole kannattava tai ota huomioon markkinoiden tai tuottajien välisiä eroja.

Onnistuneen kilpailuttamisen edellytyksenä on kilpailullinen markkina. Jos markkina ei ole kilpailullinen, järjestäjä voi mahdollisesti käyttää kiinteän hinnan asettamisessa monopsoniin perustuvaa markkinavoimaansa. Kun palvelut hankitaan yksityisiltä markkinoilta, joutuvat palveluiden järjestäjät punnitsemaan eri toimijoiden tavoitteiden ja hankintamenetelmien etujen sekä haasteiden väliltä.

Process evaluation of implementation strategies to reduce potentially inappropriate medication prescribing in older population: a scoping review

Mervi Rantsi, Department of Health and Social Management, University of Eastern Finland

Virva Hyttinen, Department of Health and Social Management, University of Eastern Finland

Johanna Jyrkkä, Assessment of pharmacotherapies, Finnish Medicines Agency

Anna-Kaisa Vartiainen, Department of Health and Social Management, University of Eastern Finland

Eila Kankaanpää, Department of Health and Social Management, University of Eastern Finland

Abstrakti ei ole julkaistavissa keskeneräisen julkaisuprosessin vuoksi.

Rintasyöpään sairastumisen vaikutukset puolison ja lasten työssäkäyntiin ja mielenterveyteen

Maria Vaalavuo, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Petri Böckerman, Jyväskylän yliopisto, Palkansaajien tutkimuslaitos ja IZA Institute of Labor, Bonn

Mika Kortelainen, Turun yliopisto, Turku ja VATT, Helsinki

Henri Salokangas, Turun yliopisto, Turku ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Tutkimuksessa tarkastellaan rintasyövän epäsuoria työmarkkina- ja mielenterveysvaikutuksia sairastuneen puolisoon ja lapsiin. Tavoitteena on arvioida vakavan sairauden vaikutuksia koko perheen keskuudessa, ja erityisesti sitä missä määrin vaikutukset ovat erilaisia suhteessa perheen ja sairastuneen sosioekonomiseen asemaan.

Puolisot koordinoivat työmarkkinoille osallistumistaan, ja täten muutokset puolison työn tarjonnassa vaikuttavat omaan työntarjontaan. Kansainvälinen tutkimus antaa viitettä siitä, että sairastuneen henkilön puoliso lisää työpanostaan korvatakseen syövän aiheuttamia kotitalouden tulomenetyksiä (ns. added worker -efekti). Toisaalta puoliso saattaa vähentää työn tarjontaa pitääkseen huolta sairastuneesta. Tarkastelemme missä määrin tulokset ovat erilaisia Suomessa, jossa sosiaaliturvajärjestelmä on useita kv. vertailumaita avokätisempi. Lisäksi tarkastelemme missä määrin perheen äidin sairastuminen vaikuttaa puolison ja lasten mielenterveyteen. Kiinnitämme huomiota myös syöpädiagnoosin vaikutuksiin perheen hyvinvointiin suhteessa heidän sosioekonomiseen asemaan. Vakavan sairastumisen vaikutuksista koko perheen hyvinvointiin on empiiristä tutkimusta varsin niukasti.

Tutkimuksessa käytetään koko Suomen väestön kattavia rekisteriaineistoja. Aineistokokonaisuus sisältää tietoja THL:n ylläpitämästä syöpärekisteristä rintadiagnooseista, HILMO-rekisteristä psykiatrisia hoitokontakteista, Kelan lääkeresepitiedostosta psyykenlääkkeistä sekä TK:n työssäkäyntiin, tulonsiirtoihin ja tuloihin liittyvät aineistot yksilötasolla sekä henkilöä ja hänen perhettään koskevat taustatiedot. Tutkimusaineisto kattaa vuodet 2000–2018. Vaikutusten identifioimisessa hyödynnämme eroja rintasyöpädiagnoosin ajoituksessa ja vertailemme rintasyöpään sairastuneita ja heidän perheitään vastaavan kaltaisiin perheisiin, jossa äiti sairastuu rintasyöpään myöhemmin tai jotka eivät sairastu syöpään tutkimusjakson aikana. Ekonometrisessa analyysissä hyödynnämme ns. event study –menetelmää.

Vaikka syöpädiagnoosi johtaa sairastuneen itsensä osalta huomattavaan työllisyyden heikkenemiseen, puolison ja lasten työn tarjonta ei juuri muutu. Rintasyöpädiagnoosi kuitenkin kasvattaa hieman puolison todennäköisyyttä hakeutua psykiatrisen hoitoon.

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella syövän taloudellisia vaikutuksia sairastuneen puolison ja lapsen työn tarjontaan ja mielenterveyteen Suomessa. Tulokset osoittavat, että rintasyöpädiagnoosin tapauksessa added worker -efekti on hyvin vähäinen Suomessa, mutta syöpä voi kasvattaa puolison mielenterveysongelmia.

Rekisteritietoa seurantaan: 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa

Tuuli Suomela, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja Itä-Suomen yliopisto
Ismo Linnosmaa, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja Itä-Suomen yliopisto

Hoidon jatkuvuuden mittaamisen tulisi olla keskeinen osa perusterveydenhuollon laadun seurantaan ja suoriutumiskyvyn arviointia. Donabedianin laatumittarien kehikkoa käyttäen jatkuvuus kertoo tavoiteltaviin lopputuloksiin sidoksissa olevasta prosessista. Rekisteripohjaisilla indekseillä mitattuna se on yhteydessä muun muassa sairaalahoidon vähempään käyttöön, pienempiin kustannuksiin ja vähäisempään kuolleisuuteen. Esimerkiksi Ruotsissa ja Belgiassa indeksit ovat osa laatumittaristoa. Niiden käyttöä on ehdotettu myös Suomessa.

Hoidon jatkuvuutta potilassuhteen näkökulmasta on aiemmin tutkittu kyselytutkimusten avulla Suomessa. Tutkimme mahdollisuutta mitata hoidon jatkuvuutta julkisessa perusterveydenhuollossa rekisteripohjaisesti käyttäen Continuity of Care -indeksiä (COCI). Lisäksi tutkimme jatkuvuuden maakunnittaista ja ajallista vaihtelua erikseen käynneissä lääkärin ja hoitajan vastaanotolla. Kohdeväestönä olivat 65 vuotta täyttäneet mannersuomalaiset. Tavoitteenamme oli muodostaa hoidon jatkuvuuden rekisteripohjainen mittari kansallisen seurannan ja arvioinnin käyttöön.

Tutkimuksen aineistona käytimme yksilötasoista Avohilmo-kokonaisaineistoa, joka sisälsi kohdeväestön kaikki käynnit julkiseen perusterveydenhuoltoon vuosien 2015–2018 aikana. Aineistosta tarkasteltiin avosairaanhoitoon kiireettömiä vastaanotto- ja puhelinkäyntejä vuosittain. Tutkimukseen sisältyivät ne henkilöt, joilla oli vuoden aikana vähintään kolme tutkittavalle ammattiryhmälle kohdistuvaa käyntitietoa. Pienemmillä käyntimäärillä indeksin laskeminen ei ole mielekäs. Tutkimuksesta rajattiin pois tutkimusvuonna muuttaneet henkilöt sekä ne, joilla oli käyntitiedoissa puuttuva Terhikki-tunnus tai ammattihenkilön ammattiluokan tunnistus.

Jokaiselle hyväksymiskriteerit täyttäneelle henkilölle muodostettiin yksilölliseen, eri ammattihenkilöille toteutuneeseen käyntijakaumaan perustuva jatkuvuusindeksi, joka sai arvoja 0 (ei jatkuvuutta) ja 1 (täydellinen jatkuvuus) väliltä. Indekseistä muodostettiin kansallisia ja alueellisia keskiarvoja. Eroja testattiin käyttäen kahta erityyppistä testimenetelmää: Bootstrap- sekä Kruskal-Wallis & Dunn -menetelmiä.

Noin 30 prosenttia ikäluokasta täytti hyväksymiskriteerin vuosittain. Puuttuvien ammattikoodien vuoksi lopullinen tutkimusjoukko oli noin 10 prosenttiyksikköä pienempi. Tutkimus osoitti, että COCI voitiin laskea vuosittain noin 181 000–266 000 henkilölle. Määrä on huomattavasti suurempi, kuin aiempien kyselytutkimusten vastaajamäärät. Aliedustettuina olivat vuosina 2015–2016 (lääkärissäkäynneissä myös 2017) Kainuun alueella asuvat sekä vuosina 2015–2018 Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson alueella asuvat, erityisesti puuttuvien Terhikki-tunnusten vuoksi. Maakuntavertailu toteutui luotettavimmin vuoden 2018 tiedoin.

Vuonna 2018 lähes 54 000 ikääntynyttä (20 % tutkimusjoukosta) asioi aina saman lääkärin ja lähes 34 000 (13 %) eri lääkärin kanssa. Selvästi harvempi asioi saman hoitajan kanssa (20 000, 8 %) ja peräti 58 000 (23 %) kohtasi aina eri hoitajan. Tulosten mukaan kansallinen jatkuvuus heikkeni sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolle toteutuneissa käynneissä vuosien 2015–2018 aikana. Kansallisesti tarkasteltuna lääkärisäkäyntien jatkuvuus oli parempi kuin hoitajalla käyntien. Havainto toistui myös maakuntavertailussa muutamaa aluetta lukuun ottamatta. Tulosten mukaan alueiden välillä oli selviä eroja hoidon jatkuvuudessa molemmissa ammattiryhmissä.

Hoidon jatkuvuuden tärkeyttä pidetään kiistattomana ja COCI:a yhtenä käytetyimmistä rekisterimittareista. Rekisteritutkimuksia aiheesta tulisi tehdä myös Suomessa. Tutkimuksemme osoitti, että hoidon

jatkuvuutta voidaan mitata rekisteripohjaisesti Avohilmosta käyttäen COCI:a. Tutkimuksen luotettavuutta kuitenkin heikentää mm. Terhikki-tunnuksen puuttuminen alueittain. Huomion kiinnittyminen tunnuksen käyttöön ja tallentumiseen parantaa kattavuutta jo lyhyellä aikavälillä.

Jatkuvuuden mittaamisella on annettavaa kansallisille laaturekistereille ja palvelujärjestelmän arvioinnille sekä myös hoitotakuun kiristymisen vaikutusten seurannassa. Yksinomaan saatavuuden painottaminen niukkojen resurssien vallitessa saattaa vähentää jatkuvuutta. Tämä voi aiheuttaa hoidon laadun heikkenemistä, asettaa esteitä sujuvalle hoidolle potilaan näkökulmasta ja lisätä tehottomuutta terveydenhuoltojärjestelmässä. Kansallinen mittaaminen asettaa kannustimen huolehtia hoidon jatkuvuudesta.

Tutkimusartikkeli on osa terveystaloustieteen pro gradu -tutkielmaa, ja se on julkaistu Suomen Lääkärilehdessä (35/2020).

Terveyssokki perheessä: lasten syövän vaikutukset vanhempien tuloihin ja työllisyyteen

Maria Vaalavuo, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Ossi Tahvonen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Henri Salokangas, Turun yliopisto, Turku ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Lapsen vakava sairaus on rajuimpia mahdollisia lapsiperhettä kohtaavia sokkeja. Syövän kaltaisen sairauden hoidot ovat pitkäkestoisia ja niillä on mahdollisesti vaikutuksia sairastuneen lapsen lisäksi muihin perheenjäseniin. Syöpä vakavana, tarkasti diagnosoituna ja vaikeasti ennakoitavana sairautena tarjoaa hyvän tapauksen tutkia laajemminkin sairauden vaikutuksia vanhempiin ja näin ollen sairastumisen laajempia taloudellisia ja psykososiaalisia vaikutuksia.

Tässä tutkimuksessa tutkimme suomalaisen rekisteriaineiston avulla syöpään sairastuneiden lasten vanhempien ansiotulojen ja työllisyyden sekä kotitalouden käytettävissä olevien tulojen kehitystä neljä vuotta ennen syövän diagnosointia ja viisi vuotta sen jälkeen. Verrokkiryhmänä toimii myöhemmin syöpään sairastuneet lapset ja heidän vanhempansa. Lisäksi tutkimme, vaihtelevatko vaikutukset vanhempien sosioekonomisen aseman mukaan ja siten lisäämme tietoa eriarvoisuuden mekanismeista.

Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, että yksilön sairastuminen vaikuttaa kotitalouden tuloihin laajemmin kuin vain sairastuneen tulonmenetyksen kautta. Näissä tutkimuksissa on kuitenkin pääasiassa tutkittu ainoastaan puolisoiden tuloja ja työssäkäyntiä. Aiempaa tutkimusta kattavalla rekisteriaineistolla ja luotettavalla identifikaatiostrategialla lasten syöpien vaikutuksesta ei juuri ole.

Aihe on tärkeä lapsiperheiden hyvinvoinnin kannalta ja erityisesti siksi, että lapsuusajan sosioekonomiset olosuhteet ovat läheisessä yhteydessä myöhempiin hyvinvoinnin mittareihin kuten terveyden tilaan ja ansiotuloihin. Monien lasten syöpien osalta elossaololuvut ovat parantuneet huomattavasti viime vuosikymmeninä, mikä sekä luo tarpeen että antaa mahdollisuuden tällaisten vaikutusten tutkimukseen.

Käytämme empiirisissä analyyseissämme ns. event study ja differences-in-differences -menetelmiä. Vertaamme perheitä, joissa lapsella diagnosoidaan syöpä niihin perheisiin, joissa lapsi sairastuu syöpään kuusi vuotta myöhemmin, jolloin perheitä voidaan seurata viisi vuotta diagnoosin jälkeen. Uskottava kausaaliasetelma vaatii, että selitettävien muuttujien kehitys vertailu- ja kontrolliryhmässä on samanlaista ennen terveysshokkia eikä kohorttien välillä ole merkittäviä eroja. Tätä tutkimme sekä graafisesti että tilastollisesti testaamalla.

Tutkimuksen aineisto sisältää HILMO-rekisterin erikoissairaanhoidon käynnit vuosilta 1998–2017 sekä sairastuneiden ja heidän vanhempiensa taustatiedot näiltä vuosilta Tilastokeskuksen rekistereistä. Analyysijoukkona käytämme henkilöitä, jotka sairastuvat syöpään 4-17-vuotiaana, ja joille löytyy ainakin toisen vanhemman taustatiedot (n=3 743).

Terveysshokkia edeltävä kehitys ryhmillä on samankaltaista sekä graafisen että tilastollisen tarkastelun perusteella. Alustavien tulostemme mukaan lapsen syöpään sairastumisella on selkeitä vaikutuksia vanhempien ansiotuloihin. Lapsen syöpään sairastumisen negatiivinen vaikutus äidin ansiotuloihin ajassa t-0 ja t+1 on keskimäärin n. 3 000 euroa eli n. 12 % sairautta edeltävistä tuloista (t-1). Negatiiviset vaikutukset ovat voimakkaampia äideillä. Vaikutuksissa on lisäksi eroja sosioekonomisen ase-

man ja syövän tyypin mukaan, kuten oletimmekin. Vakavammat syövät aiheuttavat lievempiä syöpiä selvästi suurempia ja pitkäkestoisempia vaikutuksia. Vaikutukset käytettävissä oleviin tuloihin ovat pienempiä molemmilla vanhemmilla, mikä osoittaa, että sosiaalivakuutusjärjestelmämme näiltä osin tasoittaa terveyssoikin negatiivisia tulovaikutuksia perheissä.

Lapsen sairastuminen syövän kaltaiseen vakavaan sairauteen on suuri sokki perheelle ja myös testi hyvinvointivaltion mekanismeille turvata perheiden taloudellinen elintaso. Lapsen syövän kausaalista heijastusvaikutuksista on toistaiseksi vain vähän tutkimusta. Laaja rekisteriaineisto ja luotettava identifikaatiomenetelmä mahdollistavat kausaalivaikutuksen estimoinnin.

Vakavan sairauden kohtaavat lapsiperheet ovat vaikeassa asemassa työn ja perheen yhteensovittamisen suhteen, kärsivät usein mielenterveydellisistä haasteista ja saattavat tarvita erityistä tukea sosiaali- ja terveyssektorilta tai laajemminkin. Kattavampi arviointi terveyssokkien heijastusvaikutusten koosta ja kestosta on tärkeää mm. hyöty-kustannusanalyseille, sillä vain suorien kustannusten laskeminen aliarvioi sairauksien todelliset kustannukset yhteiskunnassa. Lisäksi sosioekonomisten ryhmien välillä olevia eroja vaikutuksissa on tärkeä analysoida eriarvoisuuden taustalla olevien mekanismien ymmärtämiseksi ja niihin puuttumiseksi.