



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

Onko erikoissairaanhoidon kustannuksissa ja vaikuttavuudessa sosioekonomisia eroja? Esimerkkinä sydäninfarktin hoito

Unto Häkkinen

Terveyspalvelujärjestelmän tavoitteet

Päätavoitteet:

- Terveyden maksimointi (tehokkuustavoite)
- Terveyden tasainen jakautuminen (oikeudenmukaisuustavoite)

Myös muita tavoitteita:

- Oikeudenmukainen palvelujen käyttö tai käyttömahdollisuus
- Muut kuin suoraan terveyteen liittyvät tavoitteet (hyvä ja inhimillinen kohtelu, informaatio antaminen ym. prosessiin liittyvät hyödyt)
- Taloudellinen kasvu (tuottava työvoima)

=> Tavoitteet osittain ristiriitaisia



Taustaa erikoissairaanhoidon sosioekonomisten erojen tarkastelulle

Käytön ja kustannusten erot

- Onko käyttö ja kustannukset jakaantunut väestöryhmittäin tarpeen mukaan? Erityisesti vaikuttavaksi todetuissa toimenpiteissä tulisi palvelujen saatavuus olla riippumaton maksukyvyistä tai sosioekonomisesta asemasta

Vaikuttavuuserot

- Lisääkö palvelujärjestelmä terveyden eriarvoisuutta? Onko hoidon kustannusvaikuttavuudessa sosioekonomisia eroja?

Vaikutukset tuottaja- ja aluetason suoriutumiskyvyn ja tarpeen mittaamiseen

- Jos sosioekonomiset tekijät vaikuttavat kustannuksiin ja vaikuttavuuteen, tulisi ne ottaa huomioon suoriutumiskyvyn arvioinnissa ja voimavarojen jaossa, mikäli sosioekonomista oikeudenmukaisuutta pidetään tärkeänä.



Sydäninfarktipotilaat

Suhteellisen homogeenien potilasryhmä, jossa taudin vaikeusaste (tarve) voidaan ottaa huomioon iän, sukupuolen ja aikaisempien sairauksien perusteella

Perfect aineisto kaikista sairaalahoitoon tulleista uusista sydäninfarkti potilaista vuosina 2000-2009, poistettu:

- Pitkäaikaishoidossa (ennen infarktia) olleet
- Alle 40-vuotiaat ja yli 85-vuotiaat

Yhteensä 87 721 potilasta

Suomen Akatemian osittain rahoittama ”Oikeudenmukaisuuden ja tehokkuuden trade-off erikoissairaanhoidossa ” -hanke



Sosioekonomisen aseman mittaaminen

- Perheen käytettävissä olevat tulot kulutusyksikköä kohti: tuloja tarkasteltu tuloluokittain, jossa potilaat on jaettu 5 yhtä suureen tuloluokkaa
- Koulutus
- Siviilisääty
- Asuntokunnan koko
- Vakioitu: ikä, sukupuoli, aikaisemmat liitännäissairaudet, eräiden lääkkeiden käyttö (statiini) sekä infarktityyppi (vuodet 2007-2009)

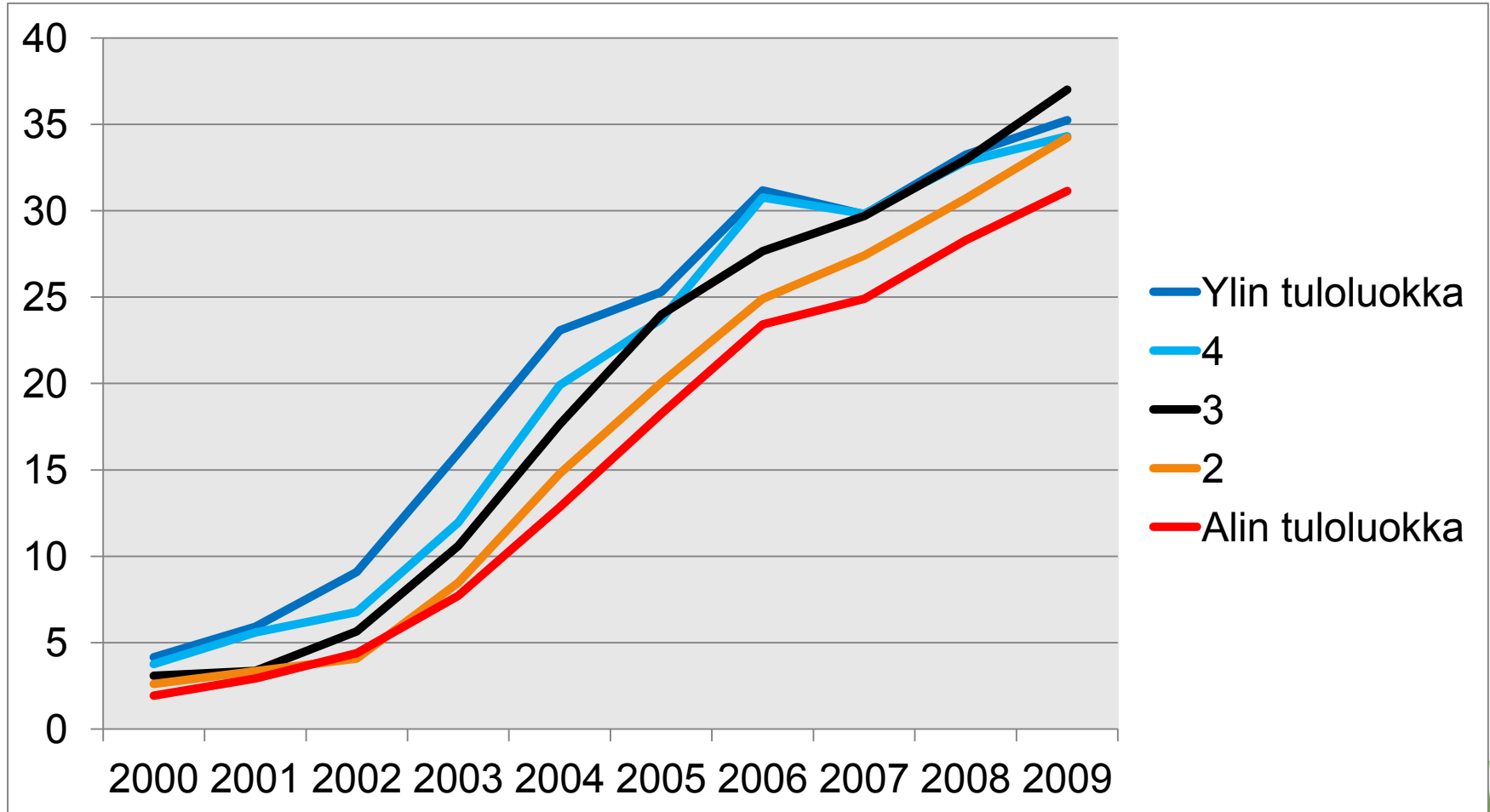


Palvelujen käyttö ja kustannukset

- Pallolaajennus 2 päivän kuluessa sairaalaan tulosta
- Statiinin ostaminen 90 päivän kuluessa
- Ensimmäisen kokonaisen sairaalassaolon (hoitokokonaisuus) kustannukset
- Ensimmäisen vuoden sairaalahoidon kustannukset

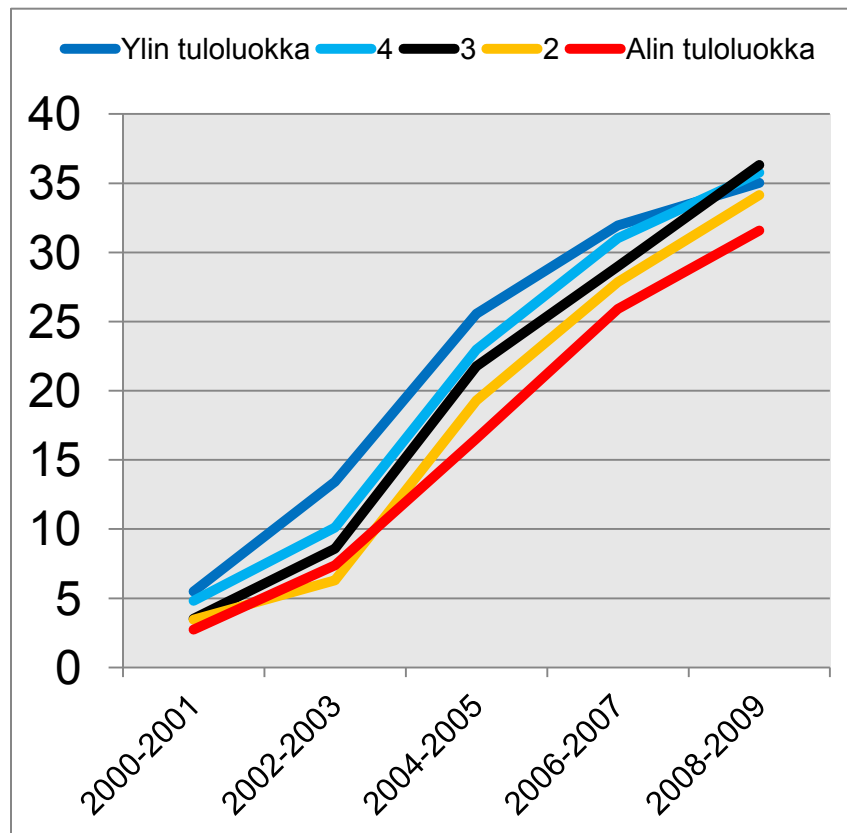


Osuus potilaista (%) joille on tehty pallolaajennus 2 päivän kuluessa sydäninfarktista tuloluokittain 1998-2009, riskivakioidut luvut

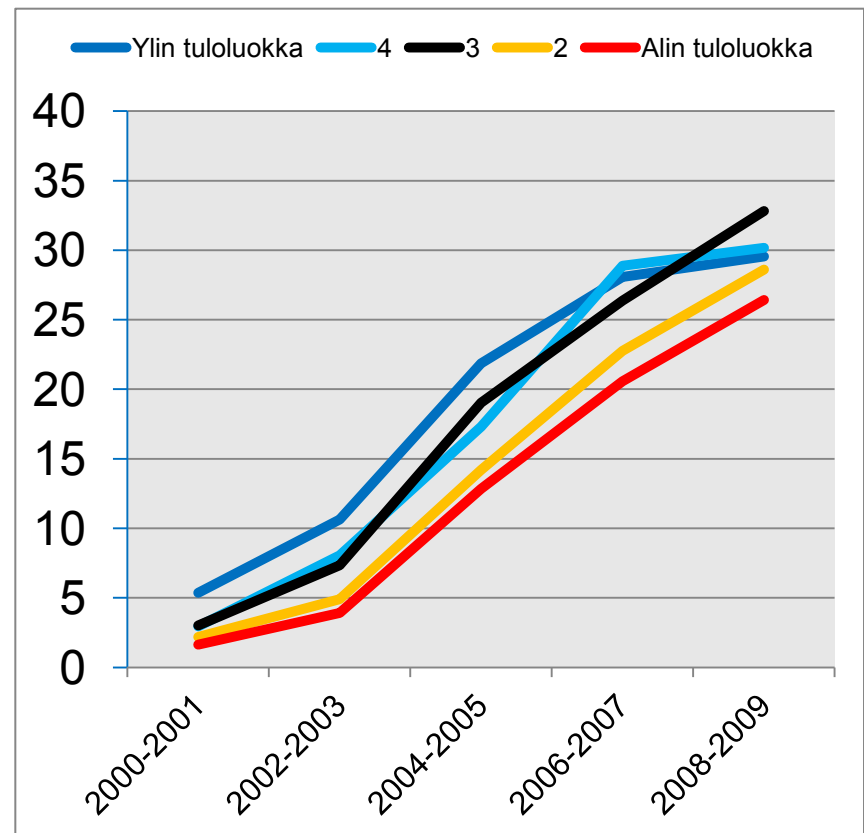


Osuus potilaista (%) joille on tehty pallolaajennus 2 päivän kuluessa sydäninfarktista tuloluokittain 2000-2009 miehillä ja naisilla, riskivakioidut luvut

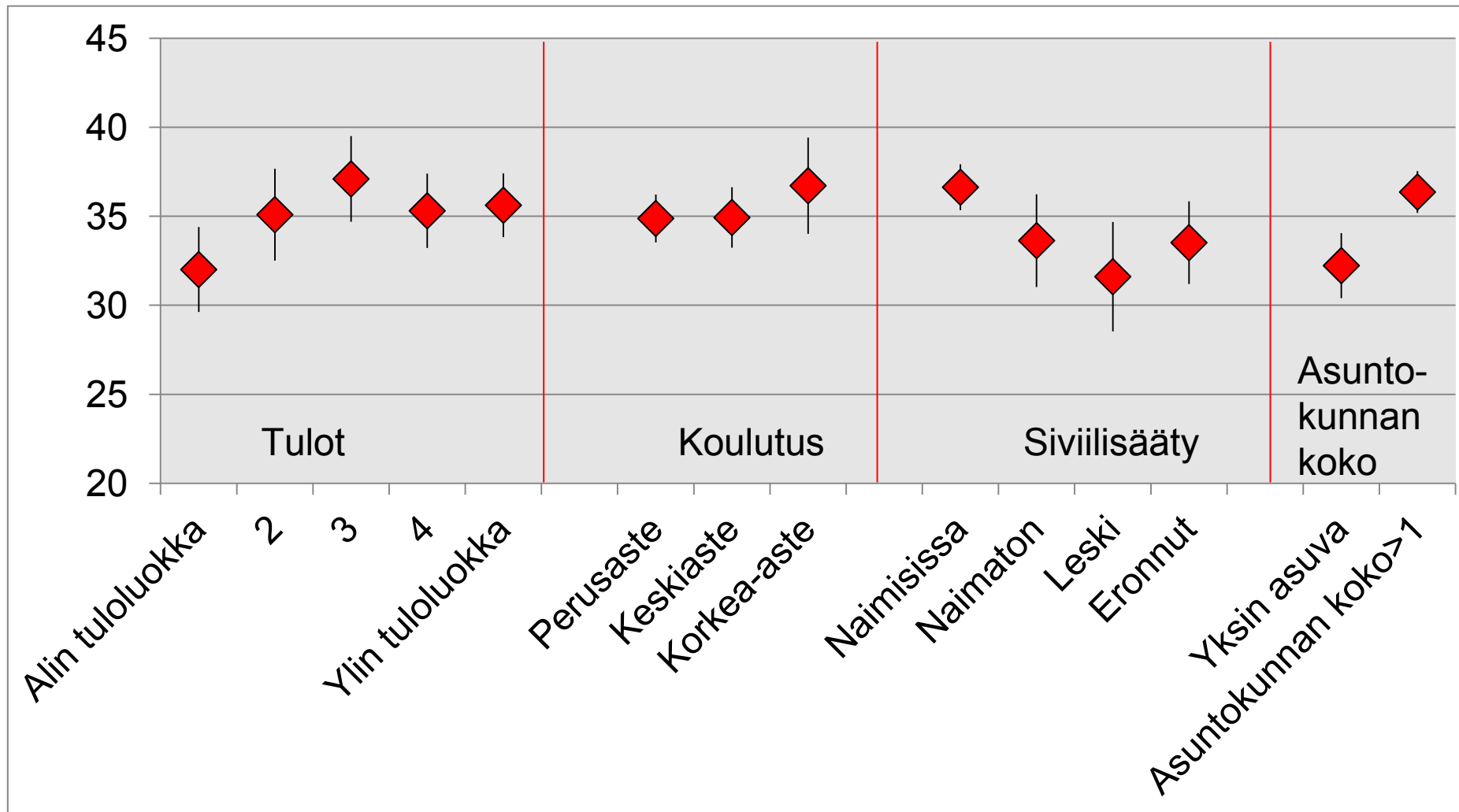
Miehet



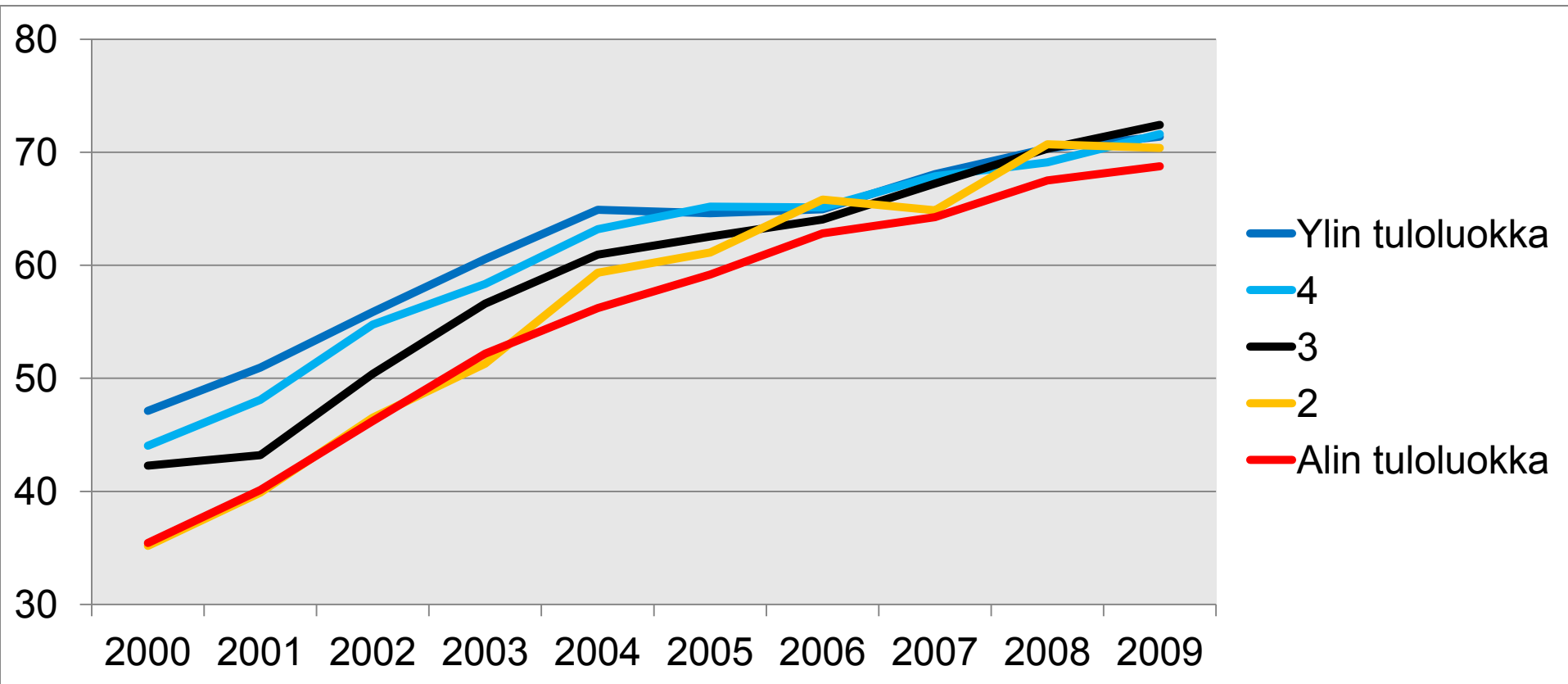
Naiset



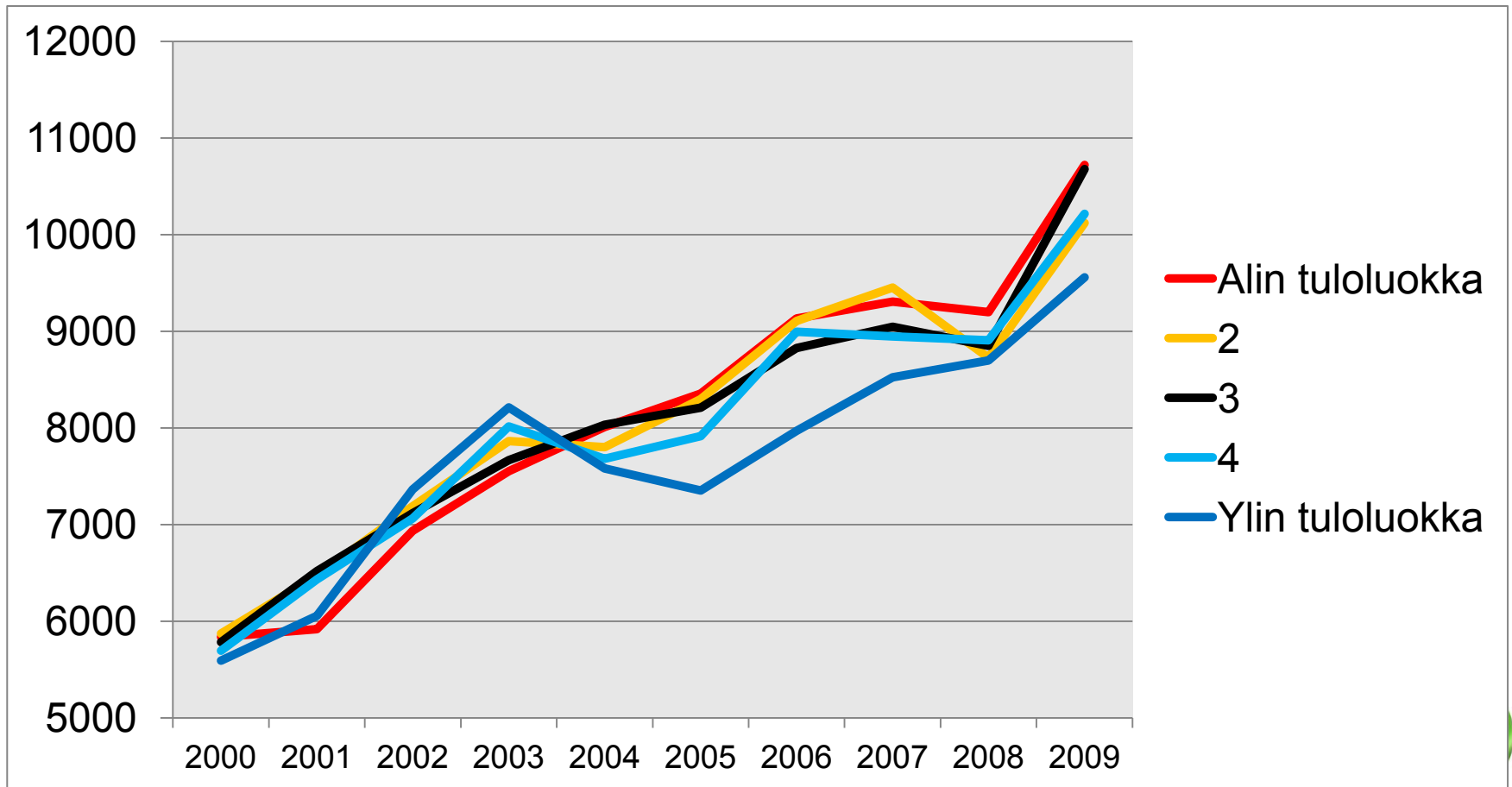
Osuus potilaista (%), joille on tehty pallolaajennus 2 päivän kuluessa sydäninfarktista sosioekonomisen aseman mukaan 2009, riskivakioidut luvut ja niiden luottamusvälit



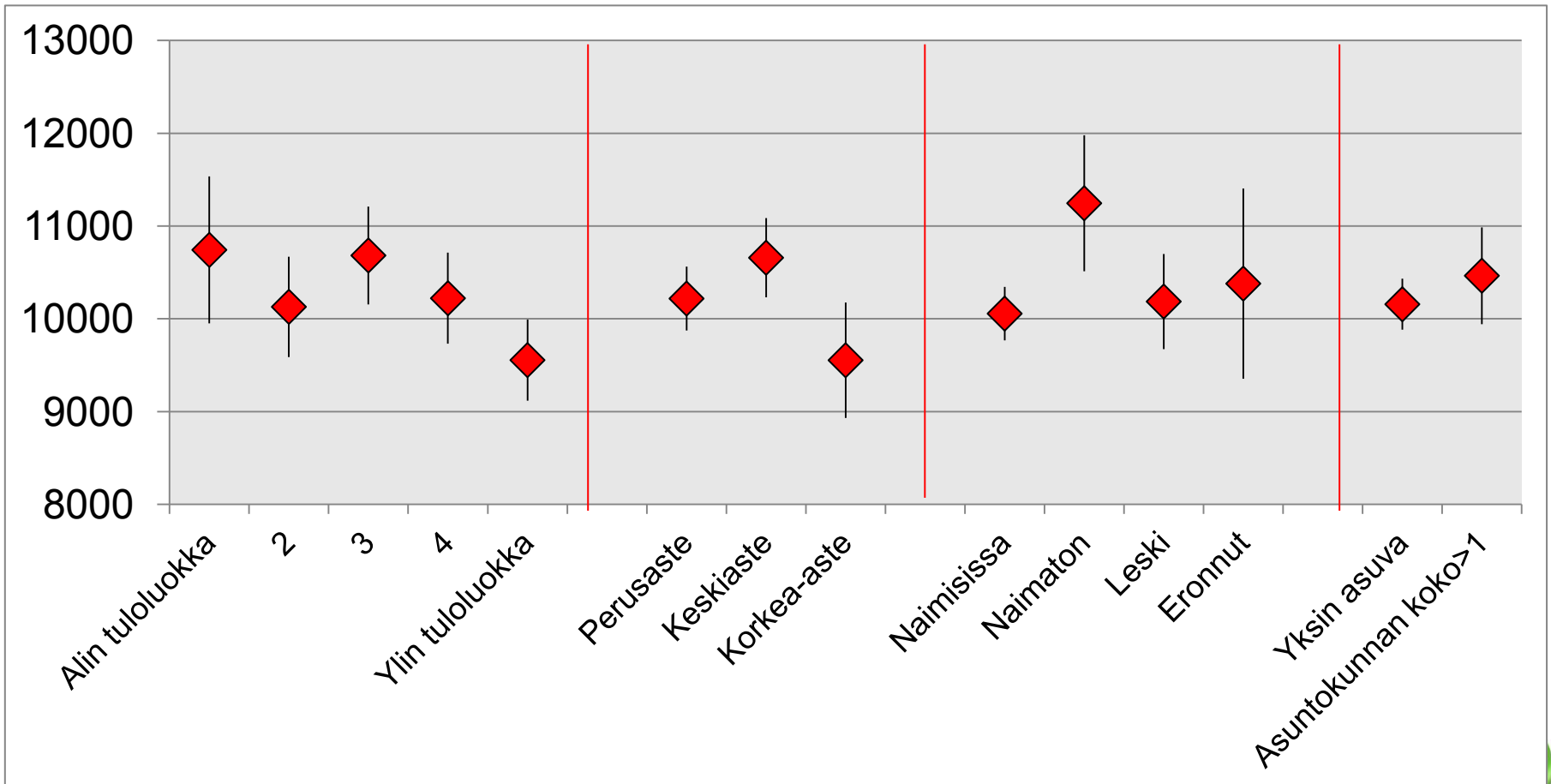
Osuus potilaista (%), jotka ovat ostaneet statiinia 90 päivän kuluessa sydäninfarktista tuloluokittain 2000-2009, riskivakioitu



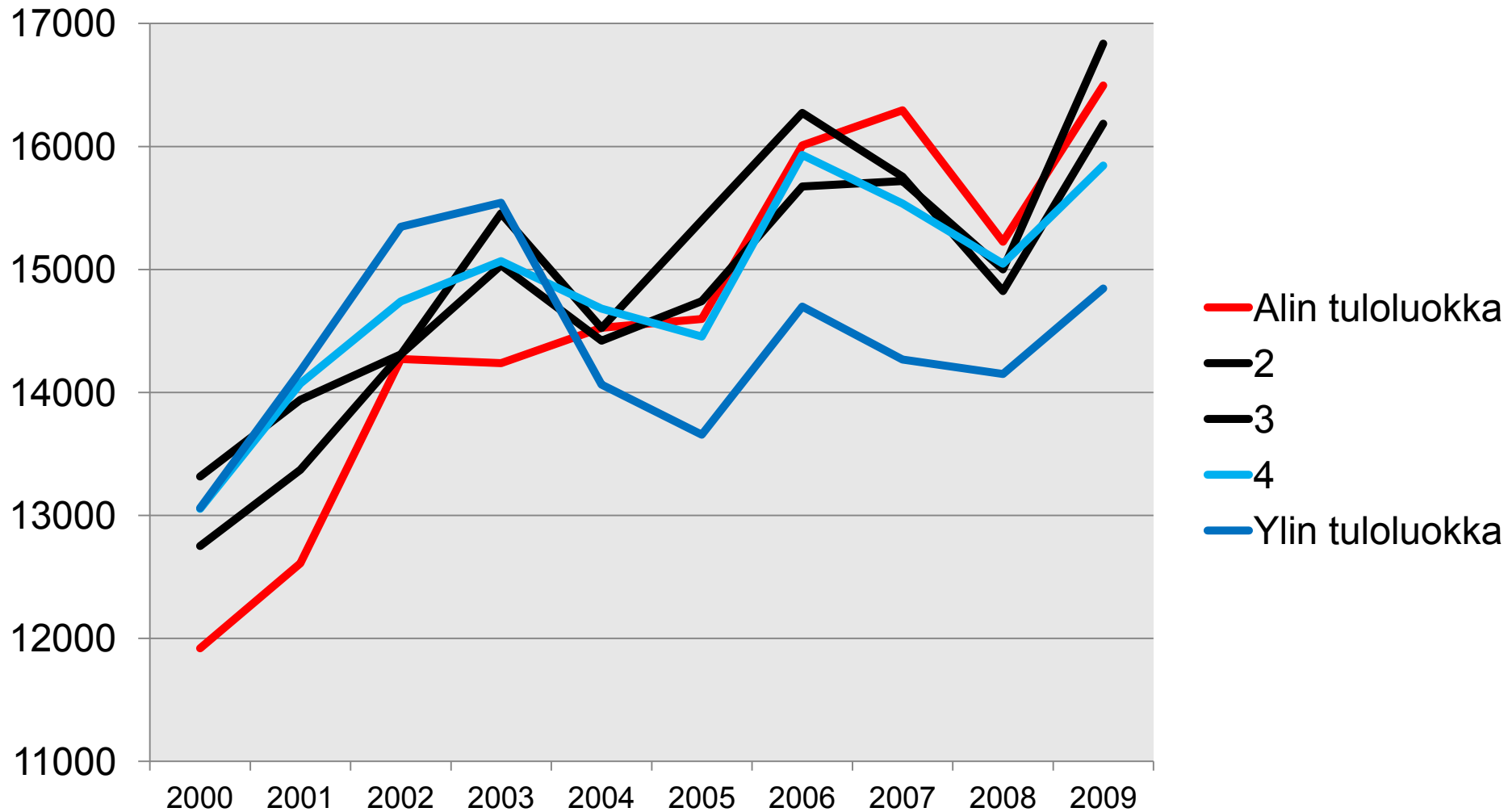
Sydäninfarktipotilaiden ensimmäisen hoitokokonaisuuden kustannukset tuloluokittain 2000-2009 (euroa /potilas), riskivakioitu, vuoden 2009 hinnoin



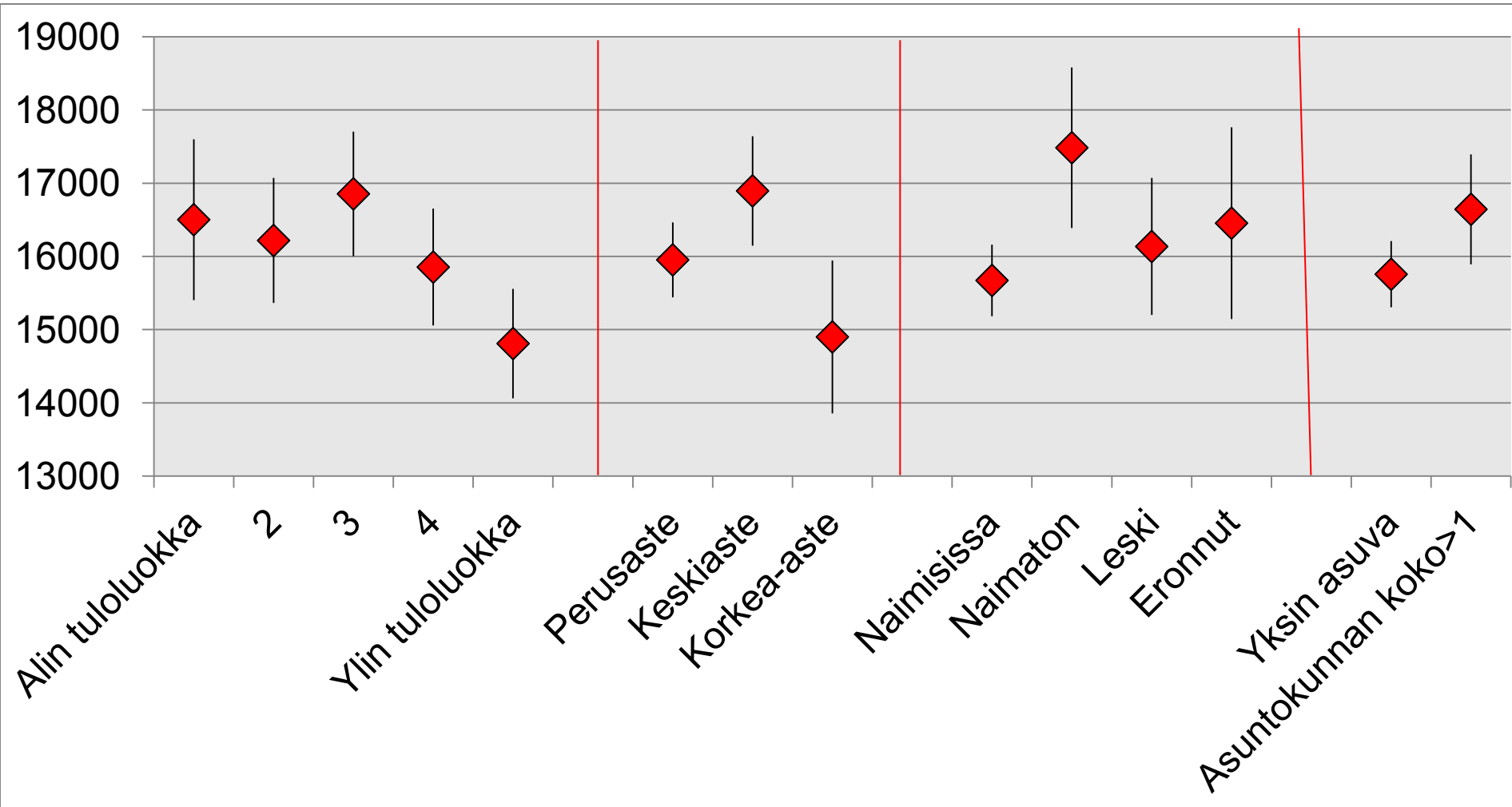
Sydäninfarktipotilaiden ensimmäisen hoitokokonaisuuden kustannukset (euroa /potilas) sosioekonomisen aseman mukaan 2009, riskivakioidut luvut ja niiden luottamusvälit



Sydäninfarktipotilaiden vuoden kustannukset tuloluokittain 1998-2009 euroa /potilas), riskivakioitu, vuoden 2009 hinnoin



Sydäninfarktipotilaiden ensimmäisen vuoden kustannukset (euroa /potilas) sosioekonomisen aseman mukaan 2009, riskivakioidut luvut ja niiden luottamusvälit

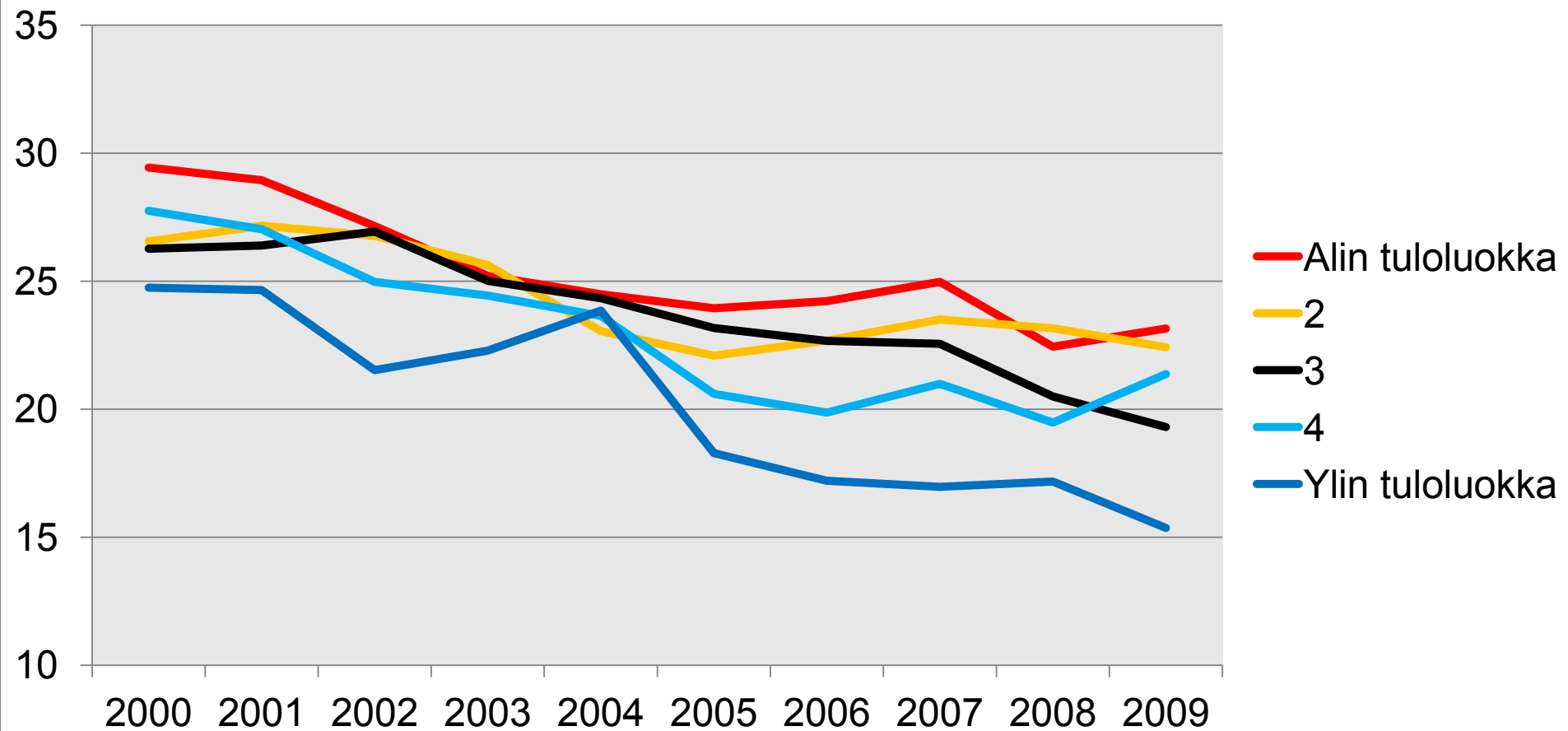


Hoidon vaikuttavuus

- Yhden vuoden kuolleisuus
- Tarkemmin miehillä infarktityypin mukaan:
 - Sydäninfarkti ilman ST-nousua (NSTEMI).
 - ST-nousuinfarkti (STEMI)
 - Tarkemmin STEMI potilailla annetun hoidon mukaan

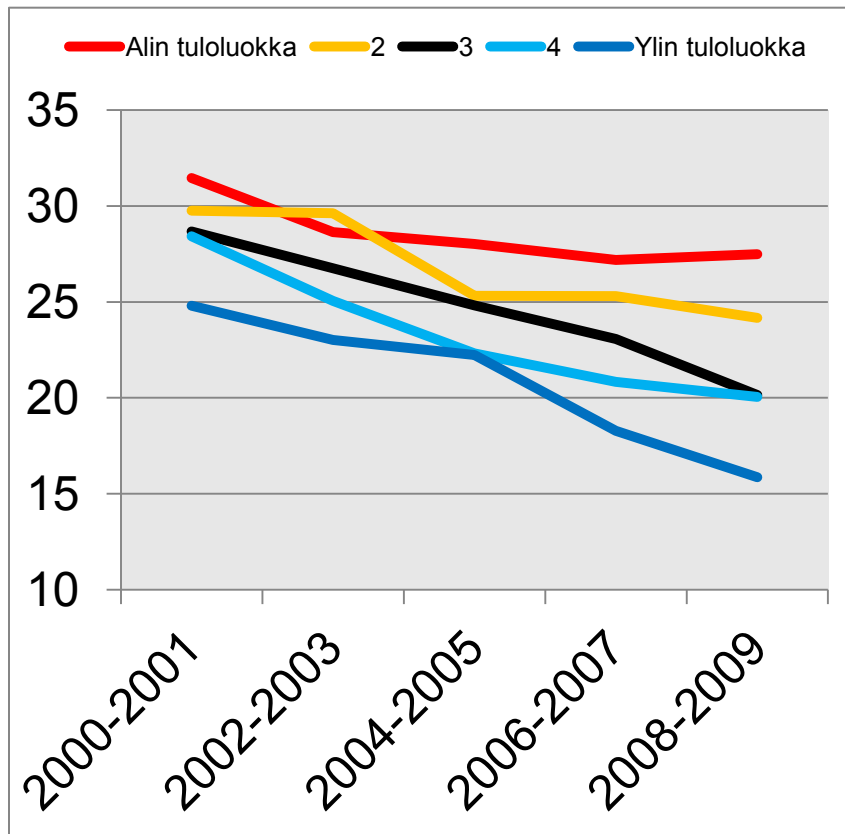


Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kuolleisuus (%) tuloluokittain 2000-2009, riskivakioitu

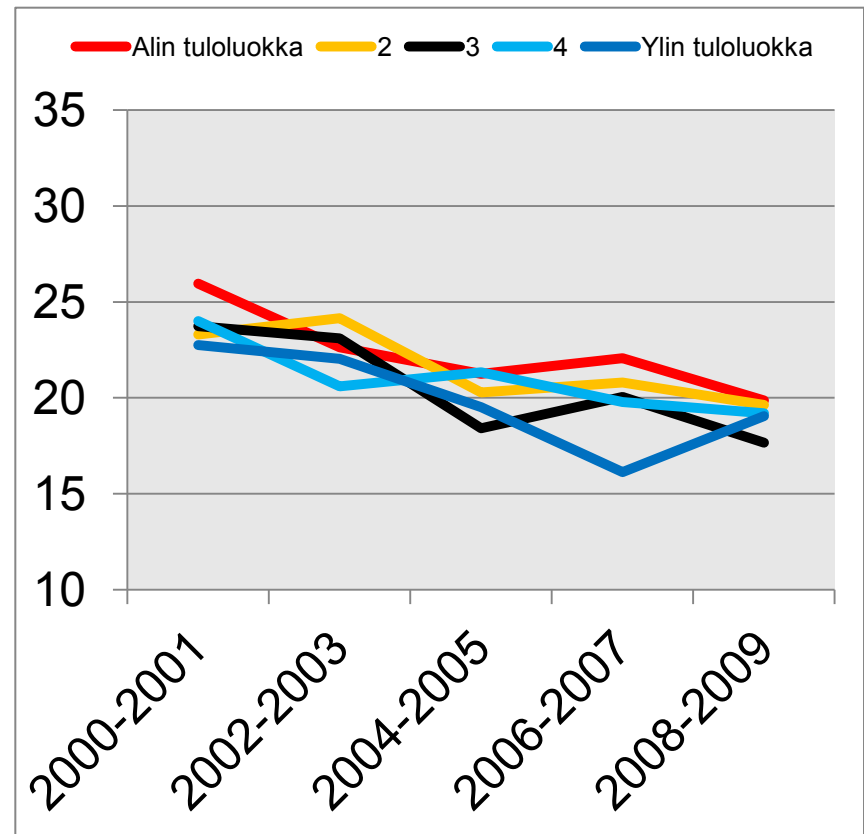


Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kuolleisuus (%) tuloluokittain miehillä ja naisilla 2000-2009, riskivakioitu

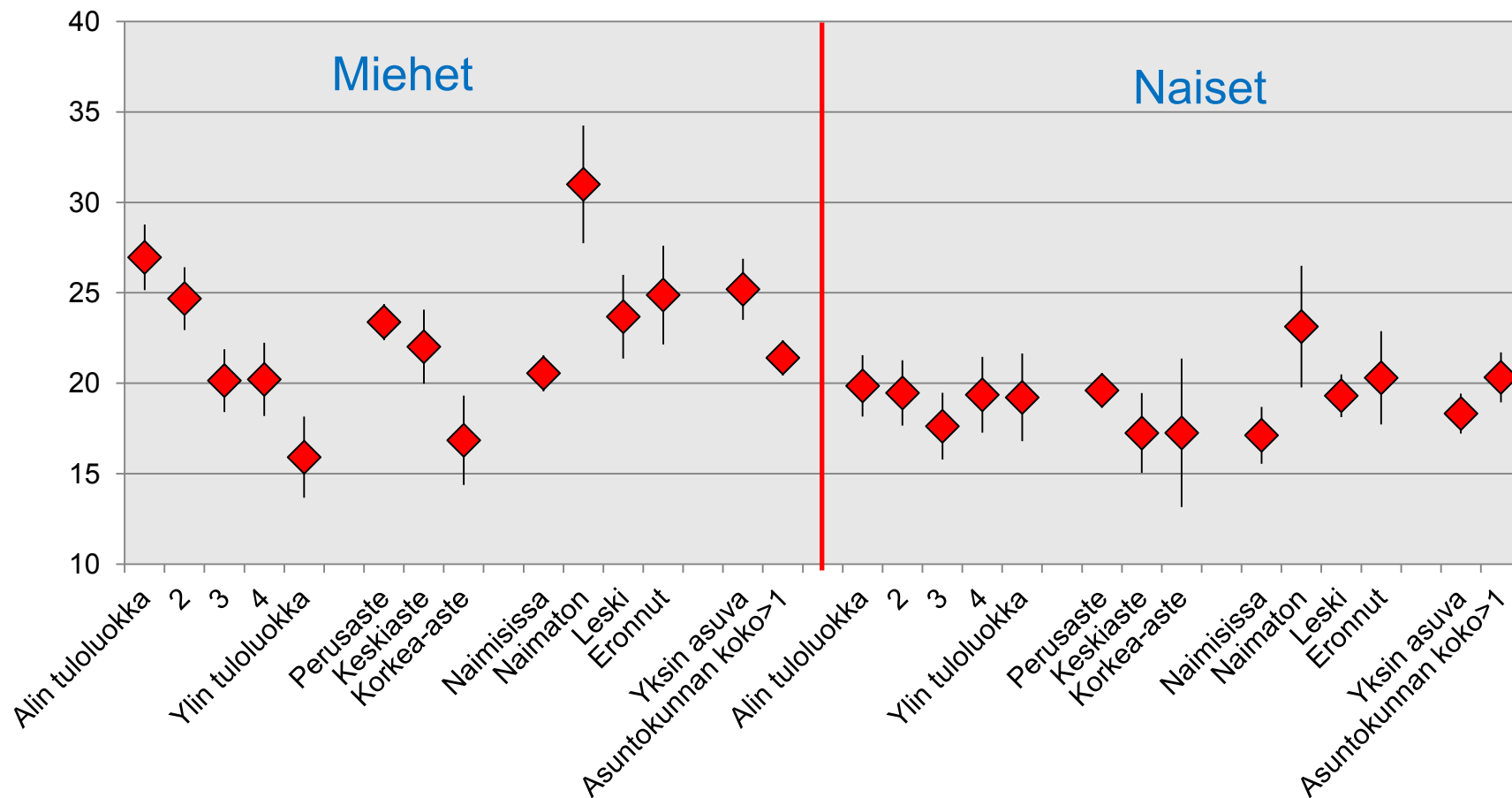
Miehet



Naiset

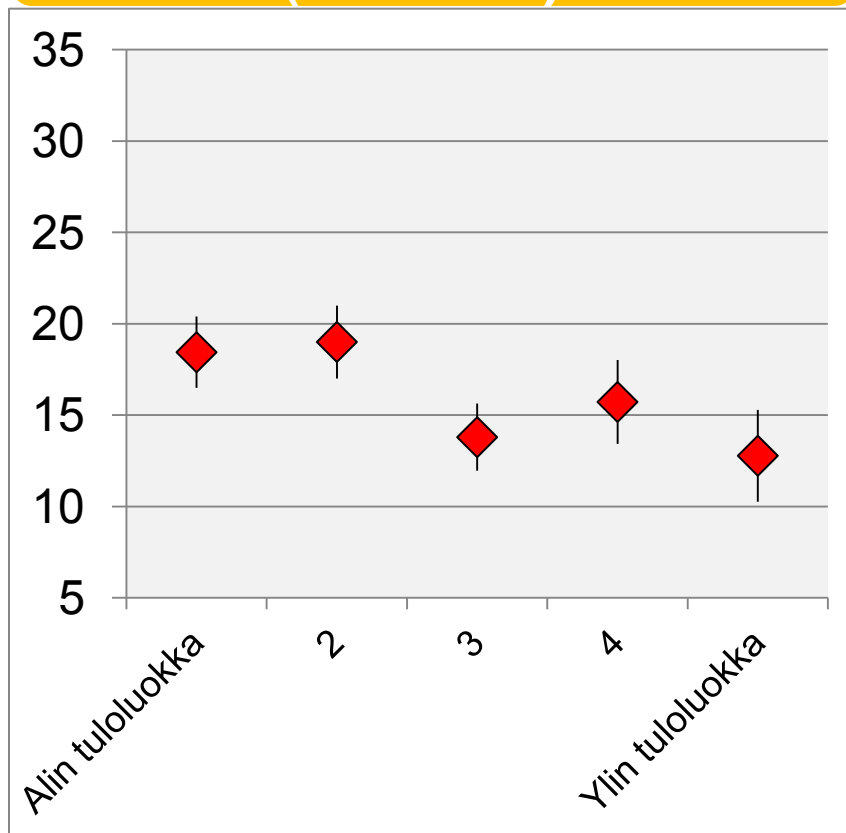


Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kuolleisuus (%) sosioekonomisen aseman mukaan 2008-2009 miehillä ja naisilla, riskivakioidut luvut ja niiden luottamusvälit

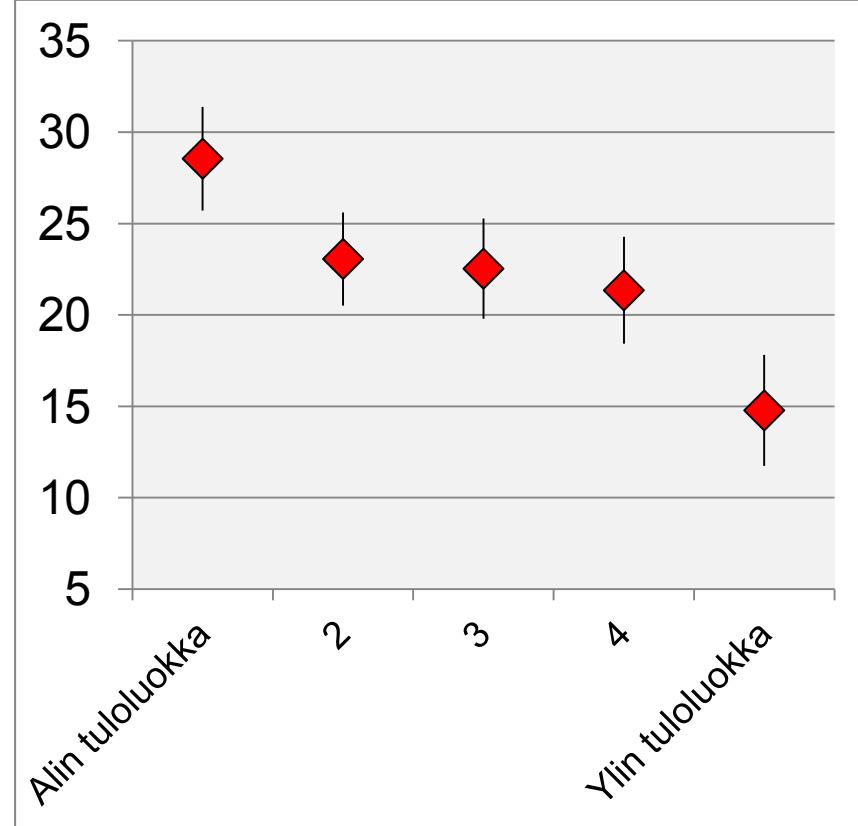


Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kuolleisuus tuloluokittain miehillä 2007-2009 sairaustyyppin mukaan, riskivakioidut luvut ja niiden luottamusvälit

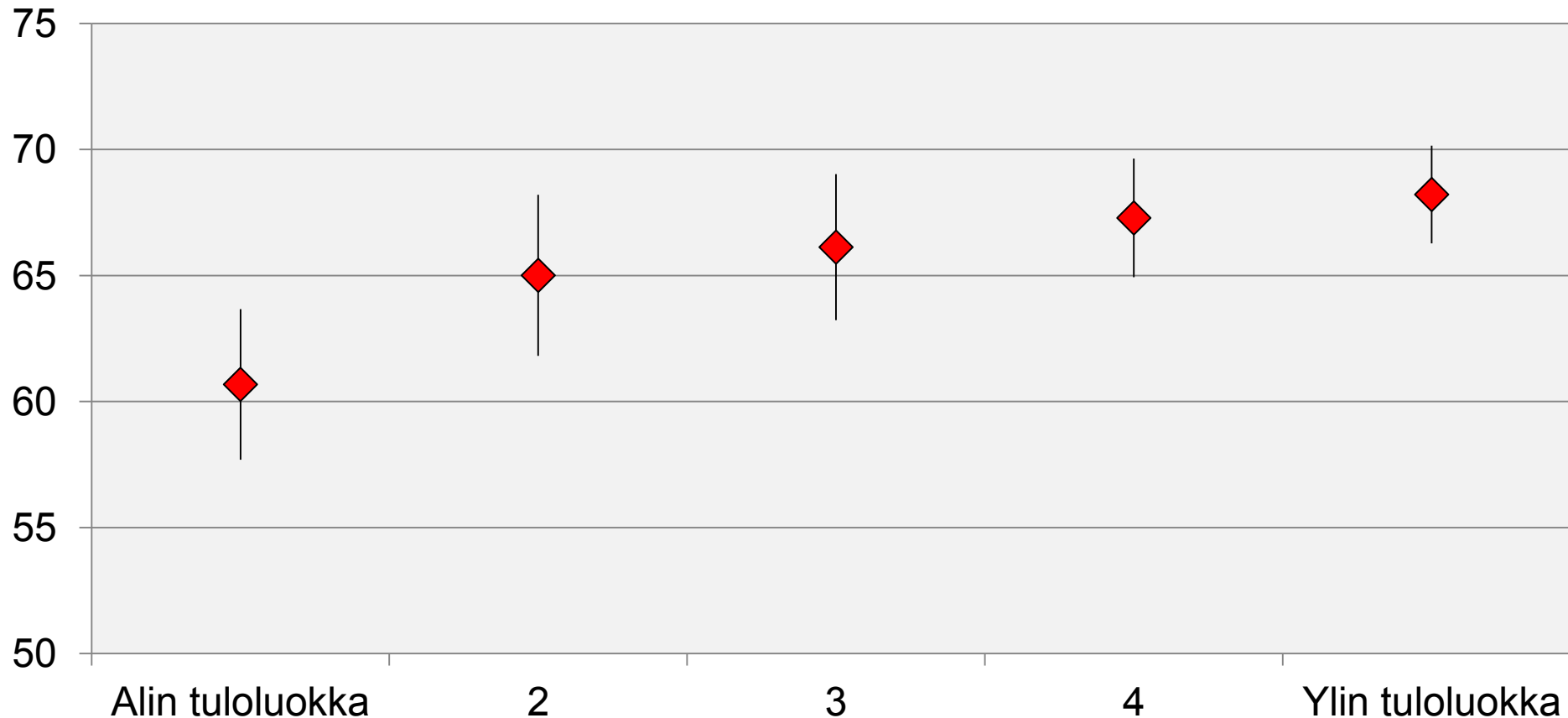
Sydäninfarkti ilman ST-nousua (NSTEMI)



ST-nousuinfarkti (STEMI)

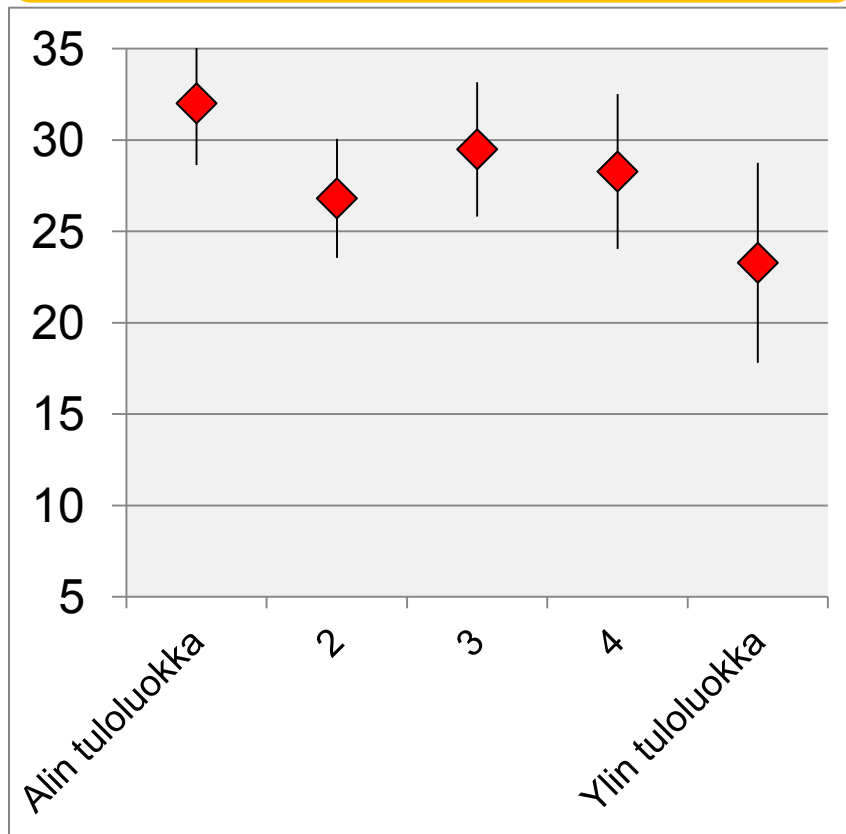


Osuus ST-nousinfarkti (STEMI) potilaista (%), joille on tehty joko angiografia tai pallolaajennus 2 päivän kuluessa infarktista tuloluokittain, miehet, riskivakioidut luvut ja niiden luottamusvälit

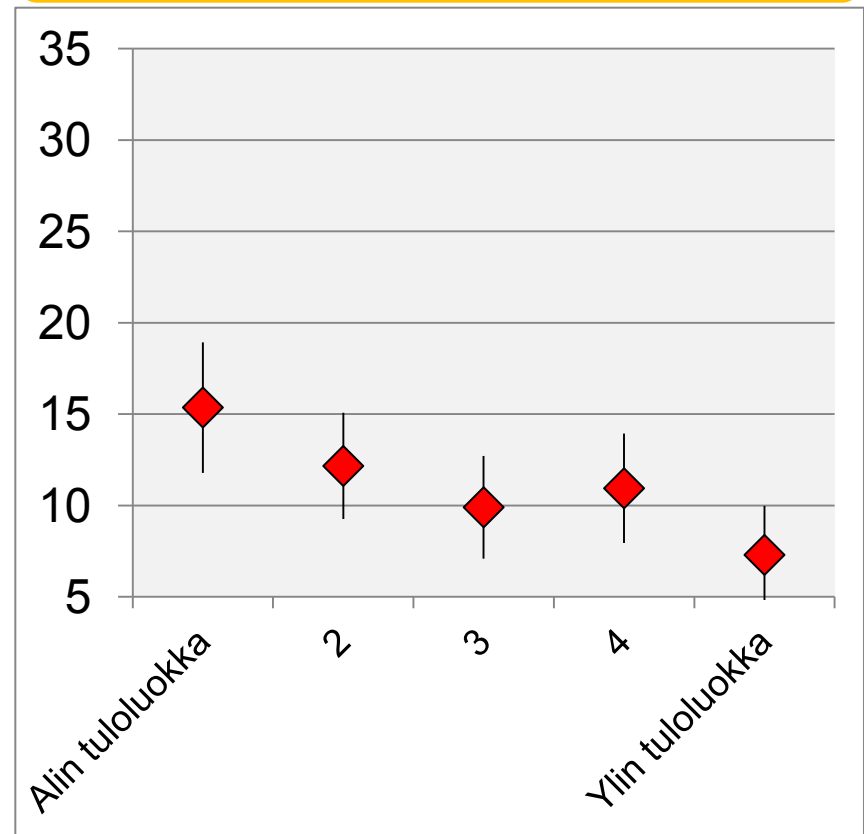


Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kuolleisuus (%) tuloluokittain miehillä 2007-2009 annetun hoidon mukaan. ST –nousuinfarkti (STEMI) potilaat, riskivakioidut luvut ja niiden luottamusvälit

Ei pallolaajennusta tai angiografiaa 2 päivän kuluessa infarktista



Pallolaajennus tai angiografia 2 päivän kuluessa infarktista

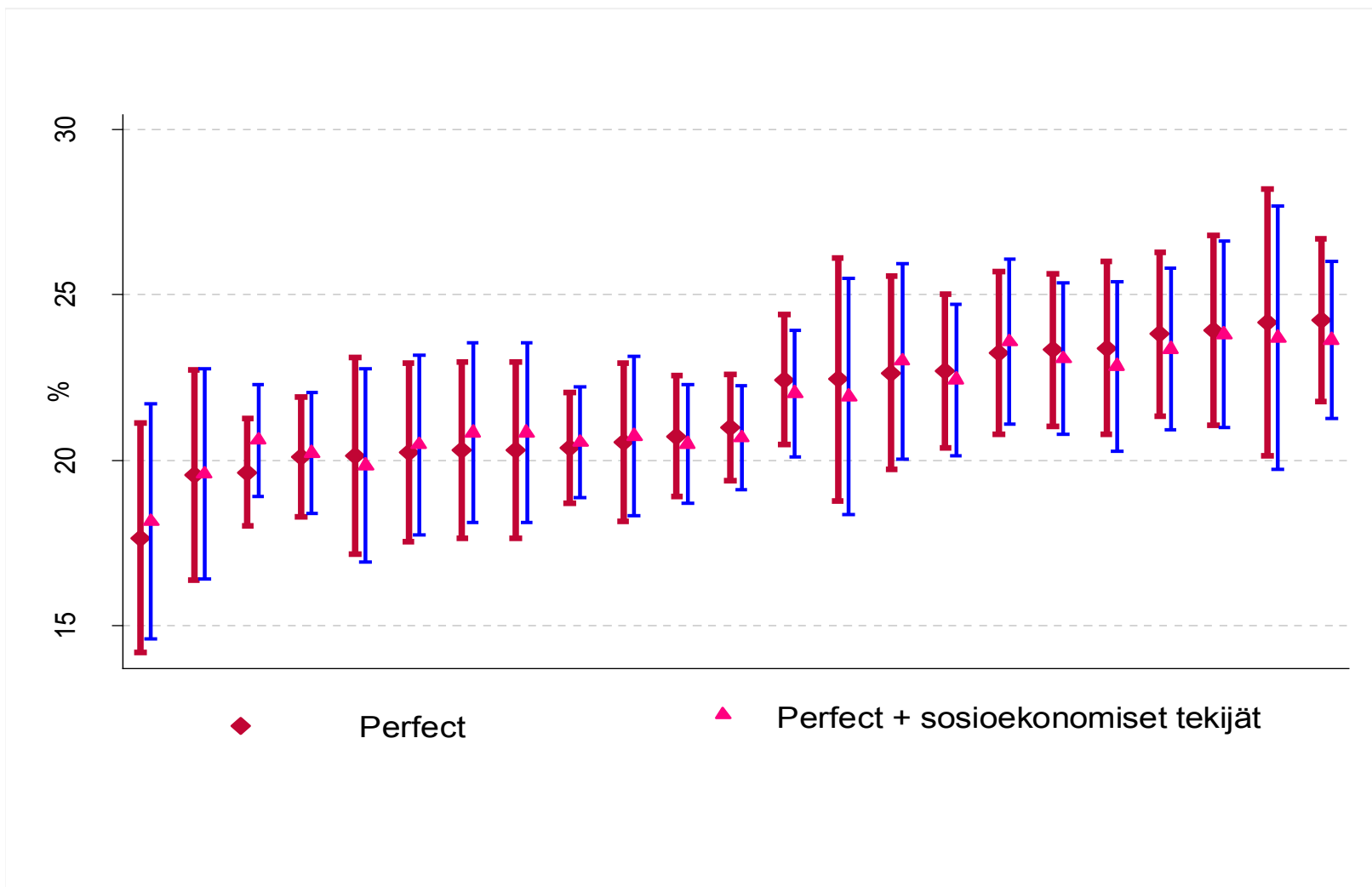


Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus suoriutumiskyvyn vertailuun

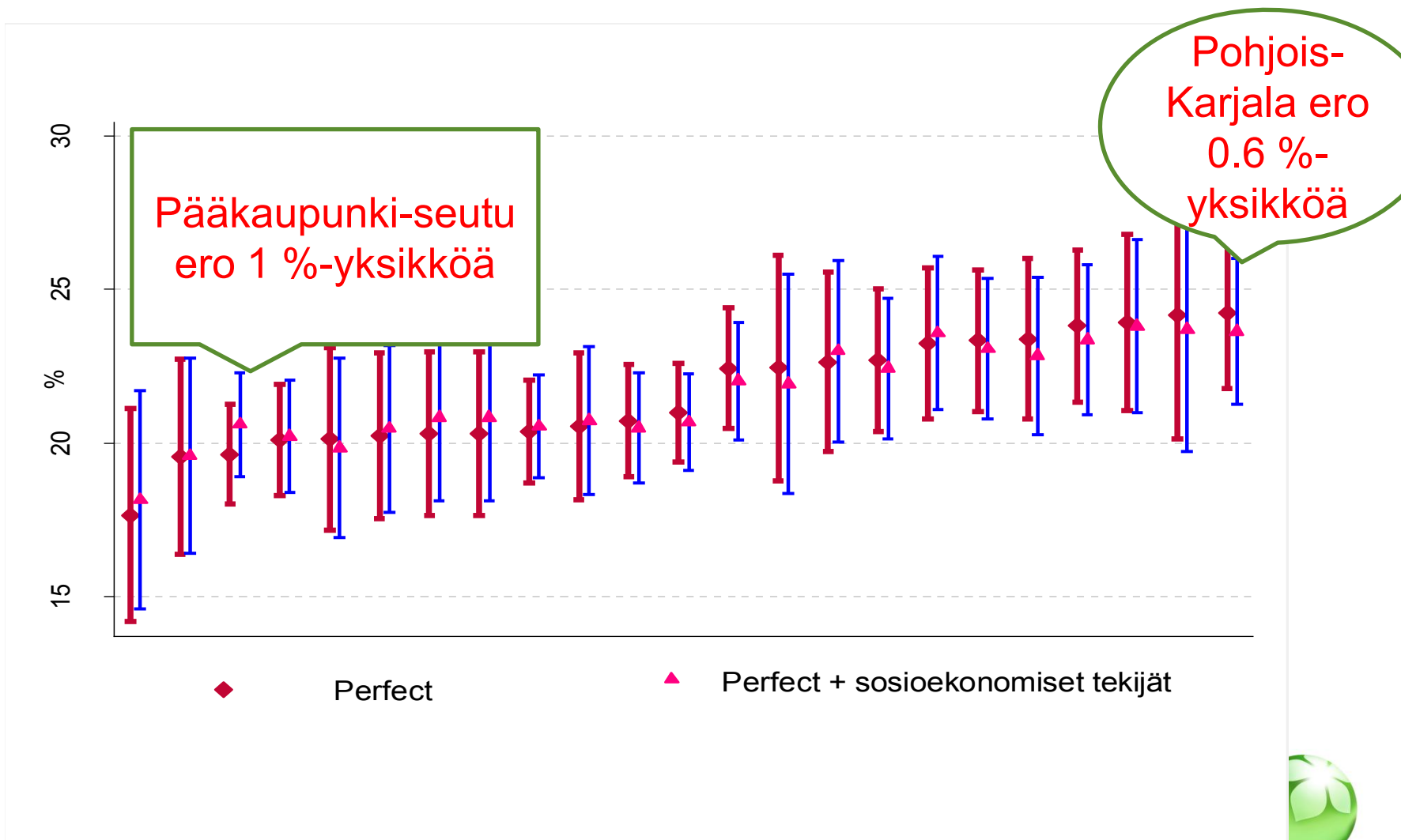
- Perfect-hankkeessa käytettyjen alue- ja sairaalatasoindikaattoreiden vertailu indikaattoreihin, joissa on otettu huomioon sosioekonomiset tekijät



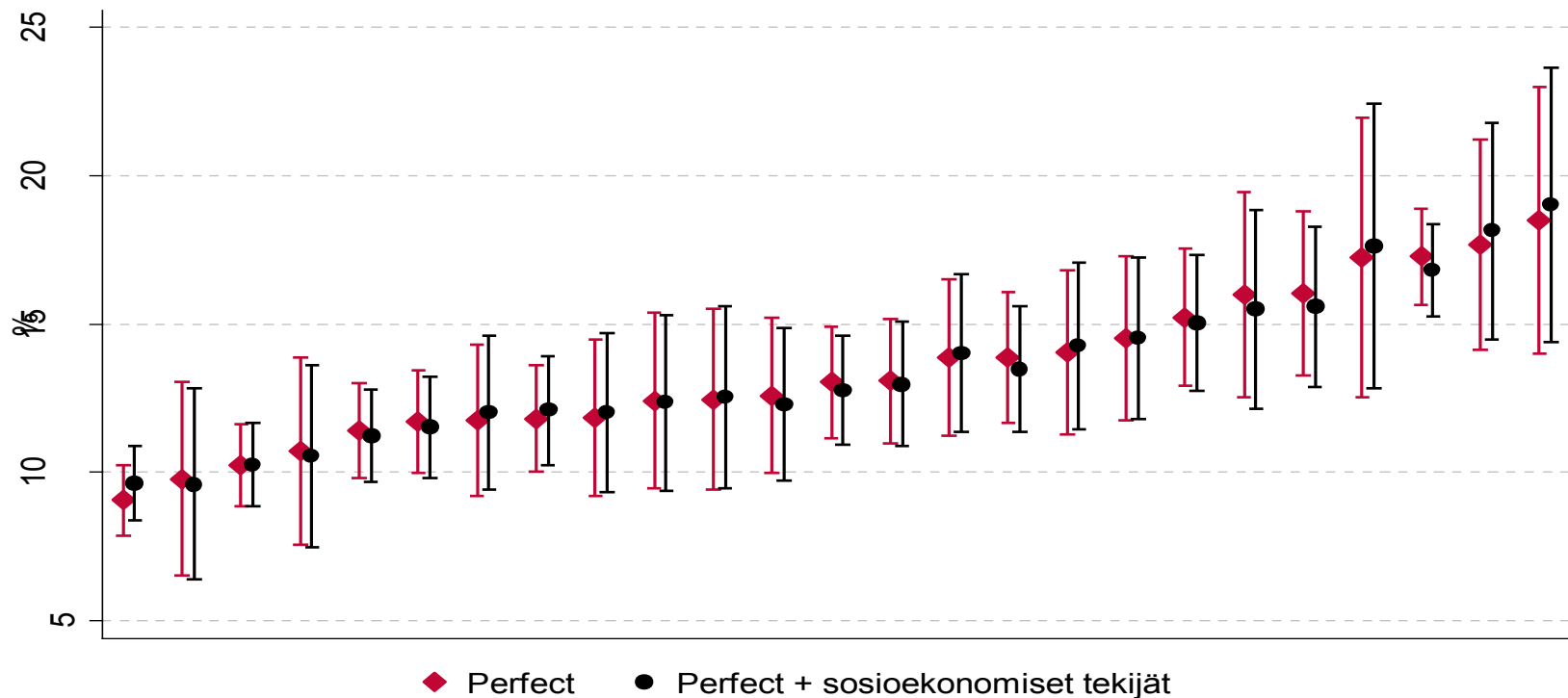
Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus sairaanhoitopiirien riskivakioituun 1 vuoden kuolleisuuteen (%) 2007-2009, riskivakioidut luvut ja niiden luottamusvälit



Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus sairaanhoitopiirien riskivakioituun 1 vuoden kuolleisuuteen (%) 2007-2009 . riskivakioidut luvut ja niiden luottamusvälit



Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus sairaaloiden riskivakioituun 30 päivän kuolleisuuteen 2007-2009



Päätelmät

- Uusi teknologia otettu käyttöön hitaammin alimmassa tuloluokassa (viive 2 –3 vuotta). Statiinin käyttö levinnyt kaikkiin sosioekonomisiin ryhmiin
- Miehillä vaikuttavuudessa huomattavia sosioekonomisia eroja, erityisesti tuloluokittain. Naisilla sosioekonomiset erot pieniä
- Hoidon kustannukset matalimmat ja vaikuttavuus parasta ylimmässä tuloluokassa ja korkeasti koulutetuilla
- Kuolleisuuserot eivät selity kokonaan palvelujen käytön eroilla → taudin vakavuuden, elintapojen ja muiden riskitekijöiden vaikutus
- Sosioekonomisten tekijöiden huomioiminen vähentää hieman alueellisia kuolleisuuseroja mutta eivät juurikaan vaikuta sairaalatason vertailuun.

