

Terveystaloustieteen päivä 2023

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 2023 Terveystaloustieteen päivä vietetään 32. kerran. Päivän järjestelyistä vastaa Terveystaloustieteen Seura yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa.

Vuoden 2023 Terveystaloustieteen päivässä arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kannustinvaikutuksia, tehokkuutta ja oikeudenmukaisuutta toimintansa vuoden alussa aloittaneilla hyvinvointialueilla, joiden rahoitus määräytyy valtion rahoituksen ja asiakas- ja käyttömaksujen perusteella. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen vaikuttavat arvioitu palvelutarve ja kustannusten kasvu.

Vuoden 2024 jälkeen palvelutarpeen kasvusta vain 80 prosenttia huomioidaan rahoituksessa, minkä toivotaan lisäävän palvelujärjestelmän tehokkuutta. Verotusoikeutta hyvinvointialueilla ei toistaiseksi ole, vaikka ns. maakuntaveron järjestämismallien vaikutuksia onkin arvioitu laajasti. Terveystaloustieteen päivässä keskustellaan hyvinvointialueiden rahoitusmallin kannustinvaikutuksista, tehokkuudesta ja oikeudenmukaisuudesta sekä jatketaan keskustelua hyvinvointialueiden verotusoikeuden eduista ja haitoista.

Päivän teemaan johdattelee keynote-puhuja professori Joan Costa-i-Font LSE:stä (London School of Economics and Political Science) Iso-Britanniasta. Aamupäivän aikana sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää arvioivat lisäksi professori Mika Kortelainen Turun yliopistosta sekä senior fellow Timo Viherkenttä Aalto-yliopistosta. Keskustelua hyvinvointialueen verotusoikeudesta jatketaan iltapäivän paneelikeskustelussa, johon osallistuvat kansanedustaja Elina Valtonen, hyvinvointialuejohtaja Santeri Seppälä ja finanssineuvos Marja Paavonen. Paneelin puheenjohtajana toimii tutkimuspäällikkö Liina-Kaisa Tynkkynen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta.

Terveystaloustieteen iltapäivän kahdessa abstraktisessiossa esitellään uusinta suomalaista terveystaloustieteen tutkimusta. Esitysten teemat käsittelevät hoitopaikan valintamahdollisuuden

vaikutuksia, mielenterveysongelmia ja työttömyyttä, terveyspalvelujen käyttöä ja tarvetta, taloudellisen tiedon ja hoitosuositusten hyödyntämistä lääkäreiden päätöksenteossa, kysynnän hintajoustoa asiakasmaksujen käyttöönotossa perusterveydenhuollossa sekä sairastumisen psykiatrisia vaikutuksia syöpäpotilaan perheissä.

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

Vuonna 2024 Terveystaloustieteen päivä järjestetään viikkoa ennen Runebergin päivää lähimpänä perjantaina 26.1.2024.

Tervetuloa!

Kati Koskinen

Tuuli Suomela

Puheenjohtaja

Sihteeri

Terveystaloustieteen Seura

Terveystaloustieteen Seura

Sisällys

Hospital Choice and Patient Outcomes: Evidence from Regional Choice Reform	1
Lost mind, lost job? Unequal effects of corporate downsizings on employees	3
Koettu tyydyttämätön terveyspalvelujen tarve ja terveyspalvelujen käyttö	5
Muistisairauksien Käypä hoito –suosituksen julkaisun vaikutus käytösoireiden lääkehoitoon	7
Taloudellinen tieto osaksi hoitosuosituksia	9
Lääkäreiden hoitokäytäntöjen johtaminen	11
Effects of Nurse Visit Copayments: Does the Primary Care Use of the Poor Respond More?	14
Syövän psykiatriset vaikutukset perheessä	16

Hospital Choice and Patient Outcomes: Evidence from Regional Choice Reform

Mika Kortelainen (University of Turku, VATT Institute for Economic Research)

Liisa T. Laine (University of Missouri)

Konsta Lavaste (University of Jyväskylä), Tanja Saxell (VATT Institute for Economic Research)

Luigi Siciliani (University of York)

Background

Choice reforms have been common policies in increasing non-price competition among public hospitals in order to improve patient outcomes, particularly in European health care markets (e.g., NHS England in 2006 and Netherlands in 2006). The previous literature on choice reforms has focused on estimating the marginal effect of competition on quality outcomes after all patients across the country have been formally given the opportunity to select their hospital (so called quasi difference-in-differences approach, DiD). We complement and extend the previous research by (a) studying the effect on patient's hospital choices and market concentration, and (b) evaluating the direct effects of the choice reform using a binary treatment (rather than quasi-DiD) approach.

Data and methods

We study a regional patient choice reform implemented in Western Finland in 2007 that allowed elective surgery patients to choose any public hospital within that region only. We evaluate the direct effects of the choice reform by using a DiD approach with a binary treatment where Western Finland serves as a treatment group and the rest of Finland as a control group. In addition, we estimate the marginal effects of competition using the standard quasi-DiD approach and data from the treatment area only.

We use administrative data on all hospital discharges in Finland during 2004–2010 and combine it with data on patient characteristics, dates of death, and locations of patients and hospitals. We evaluate the effects on patients' choices using distance to hospital and three different indicators. Effects on the hospital market are assessed using Herfindahl-Hirschman index and hospital volume. We evaluate the effects on quality of surgical care directly (e.g., emergency readmission within 30 days) and, following the prior work, indirectly based on the mortality of

emergency acute myocardial infarction (AMI), stroke, and hip fracture patients. Additionally, we evaluate effects on waiting time and length of stay.

Results

The results based on the binary DiD approach show that the reform caused substantial changes in care seeking patterns among surgery patients and led markets to concentrate on the hands of (larger) teaching hospitals. Patients' waiting times decreased dramatically, but there was little impact on direct and indirect measures of quality of care or length of stay. The results based on the quasi-DiD approach show only some significant marginal effects of competition.

Conclusions

Our results show that patient choice reform can enhance access to care even in a sparsely populated country with a small number of hospitals. The changes in choices do not, however, necessarily lead to better health outcomes and deconcentration of the market. As a matter of fact, larger hospitals can grow even larger, possibly leading to close-downs and less competition in the long-run.

Lost mind, lost job? Unequal effects of corporate downsizings on employees

Petri Böckerman, University of Jyväskylä, Labour Institute for Economic Research LABORE, and IZA Institute of Labor Economics. E-mail petri.bockerman@labour.fi
Mika Haapanen, University of Jyväskylä. E-mail: mika.p.haapanen@jyu.fi
Edvard Johansson, Åbo Akademi University. E-mail: edvard.johansson@abo.fi

Tausta

Extensive literature examines what happens to an individual's health after a firm closes or downsizes. Much less attention has been directed at what goes on before downsizing occurs; that is, are employees with diagnosed mental health disorders more likely to be laid off in a mass downsizing? This is an important issue because, in most countries, it is illegal to prioritize healthy workers at the onset of a mass layoff.

Aineisto ja menetelmät

The data contain information on all private sector establishments and their employees in Finland for the period 2005–2017. Our main source for health information is the Finnish Hospital Discharge Register (HDR), which is compiled by the National Institute for Health and Welfare from 1969 to 2017. We also use data on medical leaves and sick days from the Social Insurance Institution of Finland (Kela) over the period 1998–2017. We investigate firms with at least 20 employees who lay off at least 20% of their total workforce between two years. We then compare employees from the same firms who were laid off with employees who were not laid off and analyze whether those who were laid off had more mental health disorder diagnoses before the downsizing happened than those who were not laid off.

Tulokset

In Finland, binding collective labor market agreements forbid discrimination in mass layoffs between employees based on health reasons. Nevertheless, we find empirically that even when we, in the regressions, require employees to have worked at the same firm at least three years before a mass layoff and include a rich set of controls in the models, those with a mental health disorder diagnosis still have a significantly higher probability of being laid off in mass layoffs. In our baseline specification, we find that having had any mental health disorder diagnosis in

the three years that preceded the downsizing increases the probability that an employee is laid off by 6 percentage points. The exact mechanism behind these empirical findings is unclear, but employers are most likely to include those with mental health disorders in the group of employees who are laid off for economic reasons.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Our results highlight that those with underlying mental health disorders are more vulnerable to losing their jobs, even in the event of a mass layoff. More generally, mental health disorders are quickly becoming a major source of ill health, especially in developed countries. The empirical observation that those with poor mental health face a higher probability of losing their job calls for additional protection to shield this vulnerable worker group. This is important because unemployment itself leads to poor physical and mental health.

Koettu tyydyttämätön terveystalvelujen tarve ja terveystalvelujen käyttö

*Lien Nguyen, Unto Häkkinen
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL)*

Hyvinvointialueiden sairastavuuteen ja sosioekonomisiin tekijöihin perustuvat tarvekertoimet on pääosin laadittu rekisteripohjaisten terveystalvelujen käyttö- ja sairastavuustietojen perusteella, eikä niissä ole huomioitu havaitsematta jäävää tyydyttämätöntä terveystalvelujen tarvetta. Tässä tutkimuksessa arvioitiin koetun tyydyttämättömän terveystalvelujen tarpeen yhteyttä terveystalvelujen käyttöön. Selvitimme, mitkä tekijät vaikuttavat väestön kokemaan tyydyttämättömään terveystalvelujen tarpeeseen ja arvioimme, onko tyydyttämätön terveystalvelujen tarve yhteydessä perusterveydenhuollon ja terveydenhuollon palvelujen käyttöön. Kiinnostuksen kohteena oli myös alueelliset erot koetussa tyydyttämättömässä terveystalvelujen tarpeessa, jotka voivat johtaa epäoikeudenmukaiseen rahoituksen kohdentamiseen nykyisissä rahoituskriteereissä.

Tarkastelussa yhdistettiin FinSote 2017–2018-kyselyaineisto Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tarvekartoitustutkimuksen rekisteriaineistoon (n = 13 800) vuodelta 2017. Kolmella logit-mallilla tutkittiin, mitkä tekijät vaikuttavat tyydyttämättömän lääkäri- ja hoitajatalvelujen tarpeen kokemiseen ja minkälaista alueellista vaihtelua on koetussa tyydyttämättömässä terveystalvelujen tarpeessa. Arvioitaessa tyydyttämättömästä palvelutarpeesta perusterveydenhuollolle ja koko terveydenhuollolle aiheutuvia lisäkustannuksia, käytettiin kaksiosaista mallia (logit ensimmäisessä osassa ja yleistetty lineaarinen malli toisessa osassa). Kummallekin palveluryhmälle tehtiin kahdeksan kaksiosaista mallia. Tulosten edustavuuden vuoksi analyysissä käytettiin haravointi -menetelmällä laskettuja painokertoimia.

Tutkimuspopulaatiosta 12,6 % raportoi tyydyttämätöntä lääkäri- ja hoitajatalvelujen tarvetta. Suurempaa koettua tyydyttämätöntä palvelutarvetta oli monia sairauksia sairastavilla, työttömillä, huonoa terveyttä kokeneilla, naisilla sekä henkilöillä, joilla taustamaa oli muu kuin Suomi. Korkeimpaan tuloviidennekseen kuuluvat ja ne, jotka arvioivat elämänlaatuun hyväksi, raportoivat vähäisempää tyydyttämätöntä palvelutarvetta. Henkilö, joka koki tyydyttämätöntä terveystalvelujen tarvetta, käytti 30–180 euron edestä enemmän perusterveydenhuoltoa ja 270–960 euroa enemmän koko terveydenhuoltoon verrattuna henkilöön, joka ei kokenut tyydyttämätöntä terveystalvelujen tarvetta muiden tekijöiden pysyessä muuttumattomina.

Hyvinvointialueiden välillä oli alueellisia eroja koetussa tyydyttämättömässä terveyspalvelujen tarpeessa. Arvioitu alueellinen tyydyttämätön palvelutarve ei korreloinut täysin alueellisen terveydenhuollon tarveindeksin kanssa, varsinkin, kun koettu tyydyttämätön palvelutarve selittyi sairastuvuuden, sosioekonomisten tekijöiden, koetun terveyden ja itse arvioidun elämänlaadun perusteella. Jotta koettu tyydyttämätön terveyspalvelujen tarve huomioitaisiin paremmin rahoituksen kohdentamisessa, tulee jatkossa kerätä laajemmin ja rutiininomaisesti tietoja koetusta tyydyttämättömästä terveyspalvelujen tarpeesta ja itse arvioidusta elämänlaadusta. Koetun tyydyttämättömän terveyspalvelujen tarpeen vähentäminen ei välttämättä lisää perusterveydenhuollon tai koko terveydenhuollon kustannuksia. Tämän päätelmän vahvistamiseksi tarvitaan kuitenkin seurantatutkimuksia.

Muistisairauksien Käypä hoito –suosituksen julkaisun vaikutus käytösoireiden lääkehoitoon

Rantsi Mervi (1), Kortelainen Lauri (1), Hyttinen Virva (1), Jyrkkä Johanna (2), Kankaanpää Eila (1)

1. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto

2. Tieto- ja kehittämisspalvelut -yksikkö, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Tausta

Jopa 90 % muistisairautta sairastavista kärsii käytösoireista sairauden edetessä. Kansainvälisesti muistisairauksien hoitosuositukset suosittelevat psyykenlääkkeiden käytön välttämistä käytösoireiden hoidossa ja suosittelevat lääkkeettömiä hoitokeinoja. Psyykenlääkkeiden käyttöön iäkkäillä liittyy useita riskejä ja lääkkeettömien hoitojen on osoitettu olevan yhtä vaikuttavia. Näyttöön perustuva hoito ei kuitenkaan aina ole potilaiden saatavilla hoitosuosituksista huolimatta. Rekisteripohjaiset tutkimukset hoitosuosituksien vaikutuksista ovat harvinaisia.

Muistisairauksien Käypä hoito -suositus on päivitetty vuoden 2017 tammikuussa. Suosituksen mukaan muistisairauksien käytösoireiden hoidossa tulee suosia lääkkeettömiä hoitokeinoja ja psyykenlääkkeitä tulisi välttää. Tässä rekisteritutkimuksessa arvioidaan Muistisairauksien Käypä hoito -suosituksen julkaisun vaikutusta psyykenlääkkeiden käyttöön Suomessa.

Aineistot ja menetelmät

Aineisto on poimittu Kelan reseptitiedostosta ja se on yhdistetty Sosiaali- ja TerveysHilmo -rekistereiden tietoihin pitkäaikaishoidosta. Lisäksi aineistoon on yhdistetty tieto tutkittavien mahdollisesta kuolinpäivästä Tilastokeskuksen kuolemansyyrekisteristä. Aineisto sisältää kaikkien 65 vuotta täyttäneiden muistisairauslääkettä (ATC-N06D) käyttäneiden suomalaisten (n=217 778) psyykenlääkkeiden käytön vuosien 2009–2020 aikana.

Psyykenlääkkeiden käyttöä seurattiin lääkeryhmittäin ennen ja jälkeen Muistisairauksien Käypä hoito -suosituksen julkaisunajankohdan. Tarkasteltavat käytösoireiden hoidossa vältettävät psyykenlääkkeet olivat antipsykootit (ATC-N05A), antidepressantit (ATC-N06A), anksiolyytit (ATC-N05B), unilääkkeet (ATC-N05C) ja epilepsialääkkeet (N03AF02, N03AG01, N03AX16).

Analyysimenetelmänä käytettiin kolmevaiheista katkaistua aikasarja-analyysiä (three-phased interrupted time series). Aineiston epästationaarisuuden huomioimiseksi käytettiin kausittaista

ARIMA-mallia. Tulosuuttujina analyysissä oli kuukausittainen (n=144) psyykenlääkkeiden käyttäjien osuus sekä uusien psyykenlääkkeiden käyttäjien osuus. Tuloksia testattiin muuttamalla katkon ajankohtaa 2018 tammikuuhun sekä poistamalla vuosi 2020, sillä COVID-pandemian alku on voinut lisätä lääkkeiden käyttöä.

Tulokset

Vuonna 2009 muistisairauslääkkeiden käyttäjiä Suomessa oli 43 750 ja heistä 57.2 % käytti vähintään yhtä psyykenlääkettä. Muistisairauslääkkeiden käyttäjien määrä lisääntyi tutkimuksen aikana sen ollessa 105 683 vuonna 2020 ja psyykenlääkkeitä käytti 51.6 %.

ARIMA-mallin tulosten mukaan Muistisairauksien Käypä hoito -suosituksen julkaisu ei vähentänyt psyykenlääkkeiden käytön tasoa heti julkaisun jälkeen (β 0.443, $p=0.09$) tai pienentänyt käytön trendin kulmakerrointa vuosina 2017–2020 (β 0.199, $p=0.2$). Uusien psyykenlääkkeiden käyttäjien osuuden tason muutos heti intervention jälkeen (β 0.044, $p=0.714$) ja trendin kulmakerroin vuosina 2017–2020 (β 0.021, $p=0.705$) olivat lähes muuttumattomat.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Tutkimuksen mukaan Muistisairauksien Käypä hoito -suosituksen julkaisu ei ole vähentänyt vältettävien psyykenlääkkeiden käyttöä muistisairaiden käytösoireiden hoidossa. Kansallisten hoitosuosituksen vaikuttavuuden arviointia hankaloittaa se, että vertailuryhmää ei ole saatavilla ja vaikutukset eivät luonnollisesti tapahdu heti julkaisun jälkeen. Tämän tutkimuksen tulokset antavat kuitenkin suuntaa sille, että uusia psyykenlääkkeiden aloituksia hoitosuosituksen julkaisun jälkeen on tapahtunut vähemmän kuin jo käytössä olevien lääkitysten purkamista. Hoitosuosituksen implementoinnissa on haasteita ja lisätutkimusta tarvitaan lääkemääräyskäytäntöjen taustalla olevista tekijöistä sekä lääkkeettömien hoitojen saatavuudesta.

Taloudellinen tieto osaksi hoitosuosituksia

Elisa Rissanen (1), Juha Ahonen (2), Eila Kankaanpää (1)
1 Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto
2 Duodecim, Käypä Hoito -toimitus

Tausta

Taloudellisen arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa päätöksenteon tueksi. Kyseessä on populaatiotason päätös makro- tai mesotasolla siitä, mitä interventioita kuuluu palveluvalikoimaan tai tuotetaan kulloisessakin terveydenhuollon yksikössä. Teoreettisesti tavoitteena on ollut myös tukea terveydenhuollon allokatiopäätöksentekoa. Siirryttäessä potilaskohtaisiin päätöksiin lääkäri-potilassuhteessa on päätöksenteon konteksti mikrotasolla ja siksi erilainen. Lääkäri valitsee potilaan hoidon potilaan ominaisuuksien, tarjolla olevien interventioiden vaikuttavuuden sekä haittavaikutusten perusteella. Tavoitteenamme PROSHADE-konsortiossa on ollut kehittää vaikuttavuuden ja kustannukset yhdistävää tietoa lääkärin hoitopäätösten tueksi Käypä Hoito -suositusten yhteyteen. Tämän tiedon avulla lääkärin on mahdollista laajentaa hoitopäätösten harkintaansa myös taloudellisiin näkökulmiin.

Aineisto ja menetelmät

Kehitystyön suunnittelussa ja toteutuksessa hyödynsimme kompleksisen intervention kehittämisen viitekehystä. Kehitystyöhön ryhtyi Itä-Suomen yliopiston ja Duodecimin lääketieteen ja terveystaloustieteen asiantuntijoista koostuva ryhmä. Hankkeessa tutustuttiin lääkärin päätöksentekoa koskevaan kirjallisuuteen, aikaisempaan tutkimukseen kokeiluista tuoda taloudellista tietoa hoitosuosituksiin sekä muiden maiden nykyisiin suosituksiin. Tavoittelimme myös syvällistä ymmärrystä Käypä hoito -suositusten ja suomalaisen terveydenhuoltoa koskevan päätöksenteon kontekstista. Lisäksi hankkeessa läheiset sidosryhmät osallistuivat kehitystyöhön mukaan erilaisten työpajojen ja kommentointien kautta. Kokonaisuudessaan kehitystyö oli prosessina dynaaminen, iteroituva, luova ja avoin muutoksille, sekä arviointiin tähtäävä.

Tulokset

Kehitystyön tuotoksena syntyi prosessi, jonka avulla tuotamme osana Käypä hoito -suosituksia vaikuttavuuden ja kustannukset yhdistävää tietoa lääkärin päätöksenteon tueksi. Prosessi kuvaa sekä yhteistyötä suositustyöryhmän kanssa että vain taloustiedon kokoavan toimijan tehtävät. Taloudellinen tieto tuodaan vain niihin hoitosuosituksien kohtiin, joissa on toisensa poissulkevia vaihtoehtoja ja interventioiden välillä on merkityksellisiä vaikuttavuus ja/tai kustannuseroja.

Prosessin lopputuloksena on taulukko, jossa kuvataan valittuun Käypä Hoito -suositukseen kohtaan soveltuvien interventioiden vaikuttavuus, kustannukset ja hoitovasteen kustannus. Vaikuttavuus kuvataan suositustyöryhmän valitsemalla vaikuttavuusmittarilla. Vaihtoehtojen vertailuun perustuvat vaikuttavuustulokset saadaan aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta. Ensimmäiseksi tavoitteena on, että vaikuttavuustieto saadaan tuoreista, kattavista ja laadukkaista verkosto meta-analyyseistä. Vaikuttavuustieto esitetään yleisimmin ”number needed to treat” (NNT) -lukuna. NNT-luku kuvastaa sitä, kuinka monta potilasta tulee hoitaa, jotta yksi potilas saavuttaa asetetun hoitovasteen. Kustannukset sisältävät intervention tai lääkkeen suorat kustannukset yhteiskunnalle. Hoitovasteen kustannus yhdistää NNT-luvun ja kustannukset kertolaskuna ja kertoo yhden potilaan hoitovasteen saavuttamisen kustannukset. Pilotoinimme prosessia psoriasis -suosituksessa nivelpsoriasisiksen systeemisiin lääkkeisiin.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Lääkärin päätöksentekoon vaikuttavat monet potilaaseen, lääkäriin, terveydenhuollon työyksikköihin ja organisaatioihin, ja markkina- ja maksujärjestelmiin sekä säätelyyn liittyvät tekijät. Kun lääkäriillä on käytettävissä tieto hoidon kustannuksia yhdistettynä vaikuttavuustietoon, se mahdollistaa tietoisemmän päätöksenteon resurssien käytöstä. Samalla lääkäri tulee tietoisemmaksi päätöksensä vaihtoehtoiskustannuksista. Pilotoinnin perusteella tiiviin vaikuttavuuden ja kustannukset yhdistävän ja vertailun mahdollistava taulukko vaikuttaisi mahdolliselle vaihtoehdolle lääkäriin päätöksenteon tueksi.

Lääkäreiden hoitokäytäntöjen johtaminen

Eila Kankaanpää, UEF, Harri Laihonen, UEF

Tausta

SOTE-uudistuksessa tavoitteena on mm. yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelujen takaaminen sekä kustannusten kasvun hillintä. Palveluketjujen ja sisältöjen yhdenmukaistaminen edellyttävät kehittämisprosesseja ja niiden johtamista.

PROSHADE hankkeessa tuodaan taloudellista tietoa hoitosuosituksiin. Hoitosuositusten implementointia on tutkittu paljon, mutta vain vähän johtamisen ja talouden näkökulmasta. Nämä molemmat olivat kimmokkeina, kun kiinnostuimme johtamisen merkityksestä lääkäreiden hoitokäytännöissä. Myös taloustieteessä johtamista on tutkittu vähän.

Tavoitteemme oli tutkia, miten lääkäreiden hoitokäytäntöjä johdetaan, mistä muutostarpeet nousevat, miten niitä käsitellään organisaatiossa ja minkälaista tietoa käytetään tarpeen ja muutoksen perusteluun sekä muutosten toteutuksen arviointiin.

Aineisto ja menetelmät

Kahden terveystieteellisen ja yhden erikoissairaanhoidon osaamiskeskuksen johtajia osallistui organisaatioittain toteutettuun ryhmähaastatteluun touko-kesäkuussa 2022. Haastatteluihin osallistui yhteensä 18 henkilöä, ryhmissä oli 4-7 henkilöä. Haastatteluiden kesto oli 51-61 minuuttia. Haastattelijoita oli 1 kahdessa ja 2 yhdessä haastattelussa. Haastattelut toteutettiin Teams-alustalla ja ne litteroitiin video-tallenteelta (60 sivua). Haastattelussa keskityttiin kahden teemaan: hoitokäytäntöjen muutokseen ja käytettyyn tietopohjaan. Haastattelurunko pilotoitiin yhdessä kolmen hengen haastattelussa.

Tutkimusmenetelmä oli teorialähtöinen sisällönanalyysi, jossa hyödynnettiin erityisesti päämies-agenttiteoriaa ja tiedon merkitystä johdon ja klinikoiden suhteessa.

Tulokset

Hoitokäytäntöjen muutosimpulsseja tai -toiveita saatiin kysynnän kautta sekä asiakkailta että poliitikoilta. Muutos kysynnän määrässä tai asiakkaiden siirtyminen digi-palveluihin puski

muuttamaan vastaanottokäytäntöjä. Valtakunnalliset ohjeet ja hoitosuositukset tunnistettiin usein kimmokkeeksi muutokselle, mutta systemaattista tapaa niiden käyttöönottoon ei useinkaan ollut. Erikoissairaanhoidossa erikoisalain yhdistykset, tutkimustulokset ja tutkimuksiin sekä hoitosuosituksen laadintaan osallistuminen toivat muutostarpeita käytäntöihin.

Organisaatioissa oli useita erilaisia foorumeita muutostarpeiden käsittelyyn. Näitä olivat mm. lääkäreiden kokoukset tai isommat moniammatilliset kokoukset. Isompia muutoksia valmistettiin työryhmissä. Näiden ”tuotokset” vietiin tietopankkeihin ja ohjeisiin sekä erityisesti lähijohtajien jalkautettavaksi. Johtoryhmään, tai yleensäkin johdon päätettäväksi, tuotiin muutokset, joihin liittyi resurssien käyttöä.

Muutostarpeiden tietoperustana oli tietoa palveluiden käytöstä (määrästä) ja tutkimukseen perustuvaa tietoa suosituksista sekä valtakunnallisista ohjeista. Omasta toiminnasta, eikä nykyisestä tavasta toimia, pystyttiin sujuvasti tuottamaan tietoa nykyisestä tavasta toimia esim. uusien suositusten käyttöönotossa. Yleensä ei myöskään seurattu, mitä tapahtui, kun hoitokäytäntöä muutettiin.

Agenttiteorian kuvaus kolmitasoisesta toiminnasta, jossa jokaista suhdetta värittää päämies-agenttisuhde ja tiedon epäsymmetria, eroaa suomalaisesta toimintaympäristöstä. Julkisessa terveydenhuollossa omistajat eivät ole voittoa tavoittelevia vaan julkisyhteisöjä, jotka omistamalla toteuttavat lakisääteistä velvoitettaan järjestää terveyspalvelut. Tuottajat eivät toimi kilpailullisilla markkinoilla (terveyskeskus toki yksityisten ja työterveyspalveluiden tuottajien kilpailussa). Erikoissairaanhoidossa kansallisten DRG-hintojen puute vähentää taloudellista painetta ja vaikka potilaat voivat liikkua yli erikoissairaanhoitopiirien rajojen, se on kuitenkin vähäistä. Lääkäreitä ei johda ammattijohtaja vaan klinikko, jolla on lähtökohtaisesti tietoa työstä ammattijohtajaa enemmän.

Päämies-agenttisuhteiden kehikko keskittyy kontrolliin ja kannustamiseen. Tämä edellyttää tietoa, jota käytettäisiin toiminnan korjaamiseen (parantamaan laatua, pitämään kustannukset kurissa) ja/tai kannustamiseen ja palkitsemiseen. Haastattelujen perusteella tietopohja keskittyy tuotoksiin ja erityisesti budjetissa pysymiseen. Työn sisältöön, hoitokäytäntöihin ja laatuunkin liittyvää tietoa on käytettävissä vain vähän. Erikoissairaanhoidossa laaturekisterit antavat hyvän vertailutietopohjan toiminnan arviointiin.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Hyvinvointialueilla muutetaan palveluketjuja, yhtenäistetään käytäntöjä ja tavoitellaan myös kustannussäästöjä. Tähän työhön tarvitaan tietopohjaa muutostarpeista ja uuden käytännön toteutumisen seurantaan. Prosessien kehittäminen vaatii tiedon lisäksi aikaa ja tilaa prosessien kehittämiseen.

Effects of Nurse Visit Copayments: Does the Primary Care Use of the Poor Respond More?

Tapio Haaga: University of Turku, and Finnish Institute for Health and Welfare (THL)

Petri Böckerman: University of Jyväskylä, Labour Institute for Economic Research LABORE, and IZA Institute of Labor Economics

Mika Kortelainen: University of Turku, InFLAMES Research Flagship Center, VATT Institute for Economic Research, and Helsinki Graduate School of Economics

Janne Tukiainen: University of Turku, and VATT Institute for Economic Research

Background

Aging of the population is putting pressures on primary care systems. To increase supply and lower the costs, nurses are increasingly substituting doctors in examining, diagnosing, and treating patients. On the demand side, out-of-pocket costs are used to finance the services and reduce low-value contacts. We analyze whether a small copayment of approximately 10 euros for curative primary care nurse visits affects primary care use in the Finnish adult population. We focus on the potentially heterogeneous effects by income level.

Data and Methods

We use the staggered adoption of the copayment for curative primary care nurse visits in Finnish municipalities over the period 2014–2019 and its nationwide abolition in July 2021. The estimates are based on difference-in-differences (DD) and event study methods, as well as comprehensive administrative data on public primary care use. Most primary care areas adopted the copayment at some point between 2014 and 2019 to gather more revenues. In July 2021, the law on out-of-pocket costs was reformed, and nurse visits were set to be provided free of charge, abolishing the copayment nationally.

To improve transparency of our empirical approach, we use a registered pre-analysis plan, accompanied with computer codes for replication, that specify in detail how we planned to clean the data, construct our final analysis data, conduct analyses, and report results before estimating any of the actual results.

Results

We find that the copayment adoption reduces curative nurse visits by 9–12% during a one-year follow-up. Notably, there is statistically significant heterogeneity by income level in absolute terms: the decrease in the number of visits is more than two times larger at the bottom 40% of the income distribution than at the top 40%. Moreover, the effect size is consistently larger the lower the income decile is. However, such heterogeneity is less clear in relative terms (percentage changes). We also examine whether copayments for curative nurse visits are causally linked to the changes in the number of GP visits to which access is rationed based on gatekeeping and which proxy a professional-assessed need for diagnosis and treatment. We estimate a reduction of 2–5% in GP visits, but our preferred estimates are at the lower end of the interval and often statistically insignificant.

Regarding the copayment abolition, we are not able to conduct causal inference, because the parallel trends assumption is not plausible given the observed pre-trend patterns.

Conclusions

The number of nurse visits per capita decreased after the copayment adoption in areas that adopted the copayment compared to areas that did not adopt it or adopted it later. The effects were larger at the lower end of the income distribution in absolute terms but not necessarily in relative terms. These findings are mostly in line with earlier Nordic studies that examine the effects of moderate copayments in public primary care. We contribute to the literature by focusing on nurse visits, estimating the effects for the adult population, and using a registered pre-analysis plan.

Syövän psykiatriset vaikutukset perheessä

*Petri Böckerman*1,2,3, *Mika Kortelainen* 4,5, *Henri Salokangas* 4,6, *Jaana Suvisaari* 6, *Maria Vaalavuo* 6

1 Jyväskylän yliopisto

2 Palkansaajien tutkimuslaitos

3 IZA Institute of Labor, Bonn

4 Turun yliopisto, Turku

5 Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki

6 Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki

Tausta

Euroopan unionissa diagnosoidaan vuosittain 3,5 miljoonaa syöpätapausta. Joka kolmas suomalainen sairastuu syöpään elämänsä jossakin vaiheessa. Koska syövän hoito on kehittynyt huomattavasti, suurin osa syöpäpotilaista parantuu. Tästä huolimatta syöpä on sokki perheelle ja sen hyvinvoinnille. Vaikutukset voivat hyvin erilaisia suuruusluokaltaan riippuen siitä kuinka läheinen suhde syöpään sairastuneeseen henkilöön on, ja minkä ikäisenä syöpään sairastuu.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan syövän psykiatrisia vaikutuksia perheessä varsin laajalla näkökulmalla ottaen huomioon vaikutukset lapsiin, sisaruksiin, vanhempiin, isovanhempiin sekä muihin sukulaisiin. Tarkastelemme erikseen lapsena sairastetun syövän ja aikuisiässä sairastetun syövän vaikutuksia. Nämä kaksi elämänvaihetta on syytä tarkastella erikseen, sillä lapsen läheissuhteet ja niihin käytetty aika eroavat aikuisiän vastaavista. Lapsen koetun syövän vaikutukset voivat erityisen suuria vanhempien ja sisarusten keskuudessa, kun taas aikuisiässä läheissuhteissa tulee ottaa huomioon puoliso ja omat lapset.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen analyseissa käytetään koko Suomen väestön kattavaa rekisteriaineistoa. Se sisältää tietoja THL:n ylläpitämästä hoitoilmoitusrekisteristä (HILMO), psykiatristen reseptilääkkeiden Kela-korvauksista sekä yksilötasolla sekä henkilöä ja hänen perhettään koskevat taustatiedot. Tarkastelemme Tutkimusaineisto kattaa vuodet 1995–2019. HILMO-aineiston avulla tunnistamme henkilöt, joilla on ICD-10-luokituksen perusteella ollut syöpä ja 1. syöpädiagnoosin päivämäärä. Näille henkilöille ja heidän sukulaisilleen muodostetaan kaltaistetut

verrokkit, joille muodostetaan ns. placebo-syöpädiagnoosi koeyksilön 1. syöpädiagnoosin perusteella. Kaltaistus muodostetaan syntymävuosien, äidinkielen, asuinalueen ja koulutustaustan perusteella.

Hyödynnämme elinaika-analyysiä, jossa arvioidaan perhepiirissä tapahtuneen 1. syöpädiagnoosin aiheuttamaa riskiä käyttää psykiatristen lääkkeitä ja psykiatrisia hoitoja suhteessa kaltaistettuihin verrokkeihin. Hyödynnämme tutkimuksessa elinaika-analyysiä, jossa vasteena on seurannan alkuaikajankohda 1. syöpädiagnoosin päivämäärä ja päätepiste on 1. psykiatrinen lääke/hoido, maastamuutto, kuolema tai seurannan päätepiste.

Tulokset

Tulosten perusteella lapsen syöpädiagnoosi kasvattaa psykiatristen oireiden riskiä erityisesti vanhempien, mutta jossain määrin myös sisarusten keskuudessa. Aikuisiän syövässä psykiatristen oireiden riski kasvaa erityisesti puolisoitten ja sisarusten keskuudessa.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Tutkimuksen tavoitteena on demonstroida syövän psykiatristen vaikutusten suuruusluokkia eri sukulaissuhteiden välillä. Tulokset antavat osviittaa siitä, että terveyssoikkien sekundaarisia vaikutuksia tulisi huomioida erityisesti ydinperheiden sisällä.