

Tutkimuksia suomalaisten sairaaloiden hinnoittelukäytännöistä*

Hennamari Mikkola

Tutkija

Stakes, Terveystaloustieteen keskus

Kuten myös muissa Euroopan unionin jäsenmaissa, Suomessa terveydenhuoltomenot suhteessa bruttokansantuotteeseen kaksinkertaistuivat vuosien 1960 ja 1990 välisenä aikana. Vielä 1980-luvun lopussa terveydenhuollon organisaatioissa elettiin viisivuotissuunnitelmien mukaisesti. Terveyspolitiikan keskeisinä tavoitteina oli edistää väestön terveyttä ja vähentää sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja. Taloudelliset kannusteet eli valtionosuudet oli tuohon aikaan suunnattu virkojen perustamiseen ja korvamerkittyjen tehtävien suorittamiseen. Käytössä ollut kannustemekanismi myötävaikuttanut terveydenhuoltomenojen kasvamiseen ja niin varmasti osittain oli tarkoituskin.

Terveystaloustieteellinen tutkimustoiminta oli tuohon aikaan vielä varsin vaatimatonta. Toki aikaisemmin oli muilla tieteen aloilla josakin määrin tutkittu terveydenhuollon kustannuksiin liittyviä kysymyksiä. Esimerkiksi sairaalakustannusten tasausta pohti jo 1960-luvulla lääkintöhallituksen silloinen virkamies *Onni Vaubkonen* sosiaalipolitiikan alan väitöskirjas-

saan. Osa hänen päätelmistään pitää paikkansa vielä tänäkin päivänä. Esimerkiksi esipuheessaan hän toteaa seuraavasti 'Erityisesti sairaalatoiminnan kohdalla rahallinen panos on ollut laajamittainen ja osoittaa juuri tällä suunnalla taipumusta voimakkaasti lisääntyä'. Toisaalta hän toteaa, että tutkittavien ilmiöiden eli sairaalakustannusten luonne on tuottanut jatkuvasti vaikeuksia tutkimusnäkökulman asettamisessa. On jouduttu liikkumaan alueella, jossa lääketiede, oikeustiede ja taloustieteet si-
vuavat toisiaan. Tästä syystä tutkimuksen teoreettinen tausta on hänen mielestään vähäinen. Tässä mielessä kehitystä lienee viimeisten neljänkymmenen vuoden aikana tapahtunut, koska jo lähes kaksikymmentä vuotta Suomessakin on voitu puhua terveystaloustieteestä yhtenä taloustieteen sovellusalueena eikä mistään lääketieteen ja taloustieteen sekoituksesta.

Kansainvälisesti, erityisesti Yhdysvalloissa terveydenhuoltoon liittyvää problematiikkaa on tutkittu suunnilleen samassa tahdissa kuin muitakin taloustieteen sovellusalueita. 1970-luvun lopussa julkaistun terveystaloustieteen bibliografian mukaan taloustiedettä on sovellettu terveydenhuoltoon jo 1950-luvulla Ame-

* *Lectio praecursoria Helsingin kauppa- ja taloustieteiden korkeakoulussa 11.10.2002.*

rican Economic Associationin järjestämässä kokouksissa. Terveystalouteen liittyvien kannusteiden osalta legendaarisin kaikista terveystaloustiedettä soveltavista tieteellisistä artikkeleista lienee *Kenneth Arrow'n* American Economic Review -lehdessä v. 1963 ilmestynyt artikkeli, jossa Arrow pohtii mm. terveystalouden kysyntään liittyvää epävarmuutta ja riskinjakoa.

1990-luvun alun taloudellinen lama jätti pysyvät jäljet terveydenhuoltopalvelujen tuottamiseen ja rahoittamiseen. 1990-luvun alussa valtion velka kasvoi kiihtyvässä tahdissa ja paineet supistaa julkista sektoria kasvoivat. Terveystaloudessa tasa-arvotavoitteiden sijasta alettiin puhua menojen leikkauksista, säästöistä ja juustohöyllyistä. Toisaalta jo ennen lamaa hyvinvointipalvelujen tuottamisessa ja rahoittamisessa haluttiin tehdä isoja uudistuksia. *Teemu Hiltusen* työryhmä aloitti kuntien valtionosuusuudistuksen valmistelun jo hyvissä ajoin 1980-luvun lopussa. Uudistus kuitenkin sattui 'ehkä' harmittavasti juuri samaan aikaan kuin talous oli pahimmassa lamassa. Ainakin tutkijan mielestä asia on näin, koska on jälkikäteen hankala tietää mikä oli seurausta valtionosuusuudistuksesta ja mikä lamasta. Vuoden 1991 *Abon* hallitusohjelman mukaan kuntien valtionosuusuudistuksen tavoitteena oli mm. lisätä kuntien itsenäistä päätäntävaltaa ja edistää toimintojen taloudellisuutta ja tehokkuutta sekä turvata ja säilyttää kuntien velvollisuutena mm. sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen joko kunnan omana tai ostopalvelu toimintana. Erityisiä kannusteita toteuttamaan näitä tavoitetta ei kuitenkaan nimetty, vaan tavoitteiden saavuttaminen annettiin kuntien käsiin.

Terveystalouden osalta merkittävin muutos oli se, että erikoissairaanhoidon rahoitus-

ja järjestämisvastuu siirtyi yksittäisille kunnille. Valtionosuuden kannustemekanismi muuttui myös täysin. Uudistuksen jälkeen kunnat ovat saaneet tietyn laskennallisen köntän rahaa, jonka ne ovat saaneet jakaa vapaasti eri sektoreiden kesken. Uudessa tilanteessa rahakirstun vartijaksi tuli kunta, joka ryhtyi ostamaan palveluita sairaaloilta ja jota sairaalat ja sairaanhoitopiirit ryhtyivät laskuttamaan tuottamistään palveluista.

Yksi valtionosuusuudistuksen kannustevaikeus on ollut se, että kunnat ovat rajoittaneet menojensa kasvua. 1990-luvun aikana ne kunnat, joiden verotulot eivät ole kehittyneet samassa suhteessa kuin valtionosuuksia on leikattu, ovat joutuneet säästökuurille. Valtiontalouden tasapainottamiseksi valtionosuuksia leikattiin vuosina 1993–1998 yhteensä 2 miljardia euroa. Kuntien rahoitusasemassa on huomattavia alueellisia eroja, mutta keskimäärin se on pysynyt 1990-luvulla varsin vakaana verotulojen lisääntymisen myötä.

Julkisen palvelutuotannon ja erityisesti terveydenhuoltopalvelujen tehostaminen ei ollut suomalaisten keksintö. 1990-luvun alussa muissakin maissa, joissa terveydenhuollon rahoitus perustuu veroihin, erityisesti naapurissamme Ruotsissa ja *Margaret Thatcherin* perintönä Britanniassa otettiin käyttöön erilaisia markkinamekanismeja tuotannon tehostamiseksi. Käytännössä markkinamekanismien toiminnalle luotiin olosuhteet siten, että palvelujen ostaja eli rahoittaja ja tuottaja erotettiin toisistaan. Ostajat ja tuottajat neuvottelevat terveydenhuoltopalvelujen tilaamisesta ja tuottamisesta erilaisin sopimusehdoin. Suomessa markkinamekanismien soveltaminen jäi puolitiehen verrattuna esimerkiksi Ruotsiin. Suomessa tuottaja ja ostaja eivät aina ole erillisiä, vaan samat päätoimintekijät saattavat olla molempien osapuol-

lien edustajia. Vaikka Suomessa terveydenhuollon markkinoita ei ole syntynytäkään, sairaanhoitopiirit kuitenkin ryhtyivät hinnoitteluun palveluitaan.

Rahoitusuudistukset ja paine tehostaa julkista palvelutuotantoa ovat yhteydessä myös siihen, että terveystaloustieteellinen tutkimustoiminta on vilkastunut Suomessa 1990-luvun aikana. Vuonna 2001 julkaistun suomalaisen terveystaloustieteen bibliografian mukaan terveydenhuollon rahoitus, organisointi ja resursien jako on ollut yksi suosituimpia tutkimusalueita kustannus-vaikuttavuus-analyysien rinnalla. Osasyynä tutkimustoiminnan vilkastumiseen on ollut myös se, että aikoinaan Tampereella taloustieteitä opiskellut joukko innostui terveystaloustieteestä ja on väitellyt joko Yorokin yliopistossa tai Kuopion yliopistossa 1990-luvun aikana. Tämä joukko tutkimusjohtajia ja professoreita, joihin kunnioitettu vastaväittäjäni myös kuuluu, on nyt kasvattamassa uutta sukupolvea terveystaloustieteen kysynnän kasvassa.

Lama ja valtionosuusuudistus vaikutti myös tämän väitöskirjatyön syntyyn. Väitöskirjani koostuu neljästä osatutkimuksesta, joissa tutkitaan sairaalahinnoittelutyyppeiden kannustevaikutuksia, pohditaan muissa maissa käytössä olevien hinnoittelumenetelmien soveltuvuutta Suomeen ja arvioidaan hinnoittelutyyppeiden vaikutusta kuntien erikoissairaanhoidon rahoitusriskiin.

Vuodesta 1993 käytössä olevia sairaalahinnoittelukäytäntöjä ei ole ohjeistettu valtakunnallisesti, vaan sairaanhoitopiirit ovat muodostaneet omat hinnoittelupolitiikkansa kuten parhaaksi ovat nähneet. Hinnoittelukäytäntöissä on kuitenkin 1990-luvun aikana ollut nähtävissä selkeä suuntaus: yhä enemmän on otettu käyttöön pakettihintoja erikoisalakohtai-

sen hoitopäivähinnan rinnalle. Esimerkiksi lonkkaleikkauksen pakettihintaan kuuluu tavallisesti toimenpide, tutkimukset hoitojakson aikana sekä muu ylläpito. Osa sairaanhoitopiireistä käyttää myös toimenpidehinnoittelun ja hoitopäivähinnan yhdistelmää, mutta tämä käytäntö näyttäisi olevan väistyvä tapa hinnoitella palveluita.

Väitöskirjatutkimukseni teoreettiset lähtökohdat eivät ole erityistä terveystaloustieteen sovellusalueita, vaan lähinnä informaation ja organisaation taloustiedettä, joita vasten Suomen järjestelmän erityispiirteitä on peilattu. Kansainvälisen, lähinnä amerikkalaisen kirjallisuuden perusteella sairaalahinnoittelutyypin muutoksen vaikutuksen teoreettisena taustana on käytetty päämies-agentti -ongelmaa, jossa sairaala on agentti, rahoittaja päämies ja hinnoittelutyyppeistä osa sairaalan ja rahoittajan välistä sopimusta. Teorian perusteella pakettihinnoittelun pitäisi lisätä toimenpiteiden määrää ja lyhentää hoitojakson pituutta verrattuna hoitopäivähinnoitteluun, mikäli sairaalan tulosyksikkö maksimoi tulojaan ja tavoittelee kustannus- tehokkuuden lisäystä. Päämies-agentti (p-a) -teoria soveltuu suomalaisessa järjestelmässäkin jäsentämään empiiristen tulosten pohdintaa, mutta yrittäessäni soveltaa teoriaa käytäntöön, kohtasin useita ongelmia. Mainittakoon yhtenä näistä se, että suomalainen kunta päämiehenä omaa varsin heikon vaikutusvallan verrattuna esimerkiksi amerikkalaiseen Medicare-vakuutusjärjestelmään, joka on suurin terveystaloustieteen yksittäinen ostaja Yhdysvalloissa.

Kahdessa ensimmäisessä osatutkimuksessa tavoitteena oli tutkia erityisesti pakettihinnan kannustevaikutuksia palvelujen käyttöön ja hoitojakson pituuteen. Lonkka-, polvi- ja selkäleikkaukset valittiin tutkimuskohteiksi siksi,

että nämä leikkaukset olivat ensimmäisten joukossa, joille sairaanhoitopiirit määrittivät pakettihintoja. Lonkka- ja polvileikkaukset olivat mielenkiinnon kohteina myös siksi, että ne on todettu kustannus-vaikuttavuudeltaan hyväksi toimenpiteiksi. Monen ikäihmisen kohdalla nämä toimenpiteet lisäävät mahdollisuutta asua kotona pitempään ja parantavat elämänlaatua yleisesti. Selän välilevytyräleikkauksia Suomessa tehdään puolestaan useisiin muihin maihin verrattuna huomattavan paljon ja niiden kustannus-vaikuttavuutta ei ole juuri tutkittu.

Pakettihinnan vaikutusta leikkausten määrään tutkittiin paneeliaineiston menetelmällä, jossa oli mukana kahdeksan vuotta (1990–1998) ja sairaaloiden toiminta-alueet. Toisessa osatutkimuksessa, joka perustui potilaskohintaan aineistoon vuosilta 1994–1998, pakettihinnan vaikutusta hoitojakson pituuteen tutkittiin count-data -menetelmällä. Jokaisen toimenpiteen kohdalla oli käytössä koko maan kattava aineisto. Aineisto koottiin Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä, Sotkasta (sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta) ja sairaanhoitopiirien hinnastoista. Lisäksi sairaaloiden kirurgisten osastojen johtaville lääkäreille tehtiin erilliset kyselyt leikkaavien ortopedien ja neurokirurgien määristä ja leikkaustekniikkaa koskevista muutoksista.

Taloudellisena kannusteena pakettihinnoittelu lisäsi selkäleikkauksia ja lyhensi lonkka- ja polvipotilaiden hoitoaika. Osittain kannustevaikutukset olivat myös ristiriitaiset. Esimerkiksi pakettihinta vähensi lonkkaleikkausten määrää. Pakettihinnan vaikutuksen suuruutta sekä toimenpiteiden määrään että hoitojakson pituuteen voidaan kuitenkin pitää vähäisenä verrattuna vastaaviin kokemuksiin muissa maissa. Toisaalta on luonnollista, että Suomessa pakettihintojen kannustevaikutukset jäävät

vähäisiksi, koska Suomessa erilaisten hinnoittelutyyppeiden käyttö perustuu sairaanhoitopiirien ratkaisuihin. Kuntien rooli on ollut pikemminkin laskun maksajana. Niissä maissa, joissa hinnoittelutyyppeiden muutoksilla on saatu aikaan suurempia kannustevaikutuksia, aloitteentekijä muutokseen on ollut poikkeuksetta rahoittaja. Osasyys pakettihintojen vähäiselle vaikutukselle voi olla se, että Suomessa 1990-luvun alun taloudellisen laman ja siitä seuranneiden säästöjen vuoksi, sairaalat tehostivat toimintojaan jo ennen kuntien valtionosuusudistusta.

Kolmannessa osatyössä tutkin Yhdysvalloissa kehitetyn DRG (Diagnosis Related Groups) -ryhmittelyyn perustuvan hinnoittelun soveltuvuutta Suomen terveydenhuoltojärjestelmään. Tämä osatyö oli oppimisprosessin kannalta erityisen merkittävä siksi, että sen myötä opin myös empiiristen tutkimusten kannalta oleelliset suomalaisen sairaalajärjestelmän erityispiirteet ja miten ne eroavat Ruotsin, Norjan ja Yhdysvaltojen vastaavista järjestelmistä. DRG-ryhmittelyyn perustuvat hinnat ja sairaalan sisäisen raportoinnin menetelmät näyttävät leviävän 2000-luvulla suomalaisissa sairaaloissa. Verrattuna 1990-luvun hinnoittelukäytäntöihin, DRG-ryhmittelyyn perustuva hinta lisää hintojen vertailukelpoisuutta sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien välillä. Hintojen vertailukelpoisuuden pitäisi vahvistaa kuntien neuvotteluasemaa suhteessa sairaanhoitopiireihin, mikäli kunnat aktiivisesti vertailevat sairaaloiden välisiä hintoja.

Neljännessä osatutkimuksessa ennustin simuloimalla myös sitä, mikä vaikutus eri hinnoittelutyypeillä (DRG-hinta ja hoitopäivähinta) on erityisesti pienten kuntien erikoissairaanhoidon kustannusten vaihteluun. DRG-ryhmittelyyn perustuva hinta siirtäisi jonkin

verran kustannusten vaihtelusta aiheutuvaa riskiä kunnilta sairaaloille. Tutkimuksessa arvioitiin myös sitä, ovatko kalliit tapaukset rahoitusriski kunnille. Kokonaisuuden kannalta pienten kuntien erikoissairaanhoidon kustannusten ennustettavuuteen liittyvät ongelmat kuitenkin johtuvat ennakoimattomasta potilasmäärästä, eivätkä yksittäisistä paljon resursseja vaativista tapauksista.

Terveydenhuollon rahoitus- ja toimintavoilla on aina kannustevaikutus suuntaan tai toiseen. Terveydenhuollon rahoitus muodostuu valtionosuuksien ja kuntien verotulojen lisäksi myös asiakasmaksuista ja Kela-korvauksista. Kuntien ja sairaaloiden väliset rahavirrat

muodostavat oman kannusteviidakkonsa, kun taas asiakasmaksujen ja Kela-korvausten kannustevaikutukset koskevat suoraan palvelun tuottajan lisäksi myös yksittäistä kansalaista.

Tutkimuksen näkökulmasta sekä terveyspalvelujen tarjontaan että kysyntään vaikuttavia kannusteita ei ole juuri tutkittu verorahoitteisissa järjestelmissä. Toisaalta se on ymmärrettävää, sillä toiminnan tehostamisesta ja vaikuttavuudesta ollaan oltu kiinnostuneita vasta runsaat kymmenen vuotta. Jos terveydenhuollossa haluttaisiin käyttää tehokkaita kannusteita, keihin tai mihin kannuste pitäisi sitten suunnata? Seuraavien vuosikymmenten ajan tällä alueella tutkittavaa riittää! □