

# Sisällys

<b>Esipuhe</b> .....	5
<b>OSA 1 TAVOITTEEKSI TERVEYS</b>	
<b>1 Miksi tämä kirja?</b> .....	14
Mutta miksi juuri nyt?.....	15
Mistä lääkkeitä voimavarojen ja tarpeiden ristiriidan ongelmaan?.....	16
<b>2 Tavoitteena terveys</b> .....	18
Mitä terveys on?.....	18
Terveyden itseisarvo ja välinearvo.....	19
Armeliaisuudesta aloitettiin.....	19
– mutta taloudellinen tuki perusteltiin välinearvolla.....	20
Miksi ihminen ei ole terve?.....	21
Mistä ihminen voisi itse vastata?.....	23
Miten terveys palautuu?.....	23
Parantaa – vai hoitaa?.....	27
<b>3 Ehkäistä – vai hoitaa?</b> .....	28
Miksi painopisteen siirtäminen on niin vaikeaa?.....	28
Ex ante – ex post.....	29
Poliittinen ohjaus ja terveyden edistäminen.....	30
Poliittisen ohjauksen laaja tehtäväkenttä.....	31
Lobbauksen helpous.....	32
Poliitikkokin on vain ihminen.....	33
<b>4 Hoiva ja hoito</b> .....	34
Hoidon ja hoivan tavoitteet.....	34
Hoidon ja hoivan ero – veteen piirretty viiva vai jotain selvempää?.....	36
<b>OSA 2 ETENEMME EKONOMIAAN</b>	
<b>5 Mitä on ekonomia?</b> .....	40
Miksi niukkuus tuntuu vain pahenevan?.....	40
Onko hoidon tarve sama asia kuin hoidon kysyntä?.....	41
Mikä on jokaisen hoidon todellinen kustannus?.....	42
<b>6 Terveyspalvelu on erikoinen hyödyke</b> .....	44
Tuottavuuden ja tehokkuuden käsitteet.....	44
Olemmeko palvelualalla vai investoimassa pärjäämiseen?.....	46

Miten terveydenhuollon tuottavuutta voidaan mitata? .....	47
Maassa maan tavalla .....	48
Miten tuottavuutta voidaan tukea? .....	49
<b>7 Mikä tekee palvelusta kalliin? .....</b>	<b>51</b>
Hoidon työvoimavaltaisuus kasvattaa kustannuksia .....	51
Työ on tiimityötä .....	53
Eikä varallaolokaan ole ilmaista .....	54
Hoidon keskittäminen .....	55
Entä jos hoito on samanaikaisesti työvoima-, laite- ja kulutustavaraintensiivistä? .....	56
Takaavatko pienet yksikkökustannukset tuntuvan kustannusvaikuttavuuden? .....	57
Hoitokomplikaatiot kasvattavat kustannuksia .....	58
Tehostamme hoitoa – ja kustannukset kasvavat: miksi? .....	59
 <b>OSA 3 VAIKUTTAVUUDEN VAATIMUS</b>	
<b>8 Mitä hoidon vaikuttavuus on? .....</b>	<b>64</b>
Vaikuttavuus on koko toiminnan laadun tärkein erillinen tekijä .....	65
Vaikuttavuuden arvioinnin lyhyt historia .....	65
Deduktio hoitomenetelmiä ohjaamassa .....	67
<b>9 Miten vaikuttavuutta mitataan? .....</b>	<b>71</b>
Miksi RCT rakennetaan juuri näin? .....	71
Kirurgisten erikoisalojen tutkimustyö .....	73
Arviointi on kansainvälisesti verkottunutta toimintaa .....	74
Erillisistä tutkimuksista meta-analyyseihin .....	75
Teknologian arviointi koskee teknologiaa, ei sen kustannuksia .....	76
<b>10 Vaikuttavuudesta kustannusvaikuttavuuteen .....</b>	<b>78</b>
Ongelmia on ja taloudellista arviointia tarvitaan .....	80
Kustannusten ja vaikuttavuuden nelikenttä .....	82
Vaikeita valintoja? .....	85
Kustannuksiltaan kallis hoito voi sittenkin olla edullisin .....	85
<b>11 Mistä saadaan kustannusvaikuttavuuden numerot? .....</b>	<b>88</b>
Kustannusvaikuttavuutta on voitava mitata ja suhteuttaa se vaurauteen .....	88
Paljonko olemme valmiita maksamaan laatupainotetusta elinvuodesta? .....	91
Miksi hoitomahdollisuudet vaihtelevat maittain? .....	92

<b>12 Arvoista, oikeudenmukaisuudesta ja vähän kustannuksistakin</b> .....	96
Terveysarvoilla on järjestyksensä.....	99
Mitä oikeudenmukaisuudella oikeasti tarkoitetaan tai voidaan tarkoittaa? .....	100
Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus .....	101
Terveysekonomia käsittelee muitakin kuin terveydenhuollon ”omia” kustannuksia.....	102
<b>13 Tuotetun rajahyödyn ratkaiseva merkitys</b> .....	104
Hoitovolyymi ja hoidon vaikuttavuus eivät kasva samassa suhteessa .....	104
Miksi RCT ei olekaan pääteasema?.....	106
Rajahyödyn määritelmä ja Kekon kukkula.....	108
<b>14 Rajahyödyistä kohti hoidon rajoja</b> .....	117
Mutta kukkualta voidaan pudota myös suoraan alaspäin .....	118
Miten terveydenhuollon tuottama kokonaishyöty voitaisiin maksimoida? .....	120
Hoidon priorisointi: mitä se on ja mitä se ei ole? .....	121
Missä vaiheessa jo aloitetusta hoidosta voidaan luopua?.....	124
<b>15 Taloudellisen arvioinnin menetelmät</b> .....	126
Kustannusten minimointianalyysi (Cost-Minimization Analysis, CMA) .....	126
Kustannusvaikuttavuusanalyysi (Cost-Effectiveness Analysis, CEA) .....	128
Kustannusutiliteettianalyysi (Cost-Utility Analysis, CUA) .....	128
Kustannushyötyanalyysi (Cost-Benefit Analysis, CBA) .....	130
<b>OSA 4 TERVEYDENHUOLLON LAATUA MÄÄRITTELEMÄÄN</b>	
<b>16 Mielikuvista mittaamiseen</b> .....	134
Laatukeskustelun alkuvuodet .....	136
Laatu ja terveydenhuollon kolmijalka .....	136
Laadun ulottuvuudet ovat määriteltävissä .....	137
Miksi eri intressiosapuolten laatupainotukset vaihtelevat? .....	139
Miten terveydenhuollon laatu vaikuttaa palveluiden valintaan?.....	140
<b>17 Mistä saadaan laadun mittareille numeroarvot?</b> .....	141
Laadun mittaaminen .....	144
Milloin laatua koskevan ohjaustiedon olisi oltava käytettävissä?.....	148

Kohti arkitoiminnan vaikuttavuuden mittaamista .....	148
Potilaan kokonaisriskin arviointi .....	150
Integraatitavoite pakottaa pienet tuottajat liittymään yhteen.....	151
<b>OSA 5 RAHA OHJAA JA RAHALLA OHJATAAN</b>	
<b>Opas kirjan loppuosan ymmärtämiseksi.....</b>	<b>156</b>
<b>18 Markkinoiden vahvuudet ja heikkoudet .....</b>	<b>158</b>
Markkinat ja vakuutusuojan rakentamispakko .....	158
Markkinoiden toimintaperiaatteet.....	158
Terveystuoto: business as usual? .....	160
Vakuutukset muuttavat markkina-asetelmaa .....	161
Vakuutukset kovan onnen puskureina .....	162
<b>19 Yksityiset terveystuotokset ja luotsattu hoito .....</b>	<b>165</b>
Kaikki riskit eivät jakaudu tasaisesti yhteiskunnassa – kaikki eivät tarvitse kaikkia vakuutuksia .....	166
Vakuutusuoja voi vaikuttaa vakuutetun käyttäytymiseen .....	167
Kohti integroituvia vakuutusjärjestelmiä .....	170
Valinnanvapaus voidaan tulkita monella tavalla väärin.....	172
<b>20 Kaupallisesta vakuutustoiminnasta sosiaalivakuutukseen.....</b>	<b>174</b>
Tulonsiirrot ja rahoituskuorman yhteiskunnallinen jakautuminen .....	175
Kerrataan: kuka on terveystuotosten asiakas? .....	176
Maksajan, järjestäjän ja tuottajan suuruussuhteet .....	177
Care paradox – Suomen todellinen ongelma .....	179
Apua yksityistämisestä ja kilpailusta?.....	179
Yksityistämisen seurannaisvaikutuksia.....	180
<b>21 Julkiset hyvinvointipalvelut ja rahan liikkeet .....</b>	<b>181</b>
Paljonko rahaa hyvinvointisektorille tulisi kerätä? .....	181
Kustannusten kasvulla on kattoja.....	184
Voimavarojen keräämisen periaatteet .....	185
Terveystuotoa hahmottelemaan.....	189
Mistä on maksettu, mistä maksetaan ja mistä pitäisi maksaa?190	
Eri korvausperusteet, täysin erilaiset tulokset .....	191
Mitä poliittisen järjestelmän tulisi seurata? .....	192
Miten toiminnan tuloksellisuutta tulisi arvioida poliittisella tasolla? .....	194

<b>22 Terveysthuollon kustannuskehityksen hallinta ...</b>	197
Monet tekijät kasvattavat samanaikaisesti terveydenhuollon kustannuksia .....	199
Kustannusten kasvu ja ylihoiton uhka .....	202
Mahdollisuudet vaikuttaa hoidon tarpeeseen .....	203
Mahdollisuudet vaikuttaa vakuutetun käyttäytymiseen .....	204
Mahdollisuudet vaikuttaa tuottajan käyttäytymiseen .....	207
DRG-järjestelmän merkitys .....	210
<b>23 Palveluintegraatio ja väestötasoinen kapitaatorahoitus: kustannusten hallinnan kulmakivet.....</b>	212
Mahdollisuudet vaikuttaa järjestäjän toimintaan .....	212
Integraation kivinen polku.....	213
Horisontaalisen integraation pulmia.....	216
Integroidun järjestelmän rahoitus .....	217
Kiinteä potilas-lääkärisuhde, integraation kova ydin.....	219
Palvelumuotoilu.....	220
Integraatio ja alihankinta .....	222
Mahdollisuudet vaikuttaa maksajan päätöksiin.....	224
Onko kapitaatioon Suomessa pitkä matka?.....	227
Kapitaatio, aluepohjainen järjestelmä ja hoidon kilpailuttaminen .....	229
Kertausta: priorisoinnin kolme tasoa .....	231
<b>OSA 6 TERVEYDENHUOLLON JOHTAMISESTA</b>	
Johtaminen ei ole hallinnointia .....	234
Mitä johtaminen sitten on?.....	235
Onko julkisen terveydenhuollon johtamisessa jotain erikoista?.....	235
Johtaminen voidaan määritellä myös toiminnan laadun parantamiseksi.....	239
Terveysthuollon johtajan työkalupakki .....	240
Pakin ensimmäinen lokero, tieto .....	240
Pakin toinen lokero, taito .....	241
Pakin kolmas lokero, tahto.....	242
<b>Kohti hyvää palvelujärjestelmää .....</b>	243
<b>Akronyymiluettelo .....</b>	246
<b>Suomi–englanti-hoito- ja palvelusanastoa.....</b>	250
<b>Englanti–suomi-hoito- ja palvelusanastoa.....</b>	256
<b>Henkilöhakemisto .....</b>	262