

Jyrki Korkeila

Päätoimittaja



Syyskuun alussa Britannian NHS:n (National Health Service) tuottajat varoittivat Englannin sairaaloitten olevan lähellä romahduspistettä (1). Ilman lisärahoitusta marraskuussa on työntekijöitä lomautettava, joitain laitoksia suljettava, perittävä lisää käyttäjämaksuja ja aloitettava ankaraa hoitojen sääntelyä. Rahoitusvaikeudet ovat suurempia kuin vuosikymmeniin. NHS ei kykene suoriutumaan niistä tehtävistä, joita varten se luotiin 1948. Tällä hetkellä yhdeksän palveluntuottajaa kymmenestä käyttää budjetoitua enemmän varoja siten, että kuilu tuotetun palvelun ja budjetoidun kustannusten välillä on 20 miljardia puntaa (23 mrd €). Taluskriisi on vain vauhdittanut jo aiemmin vallinnutta rahoitusvajetta.

The Economist käsittelee aihetta ja esittää, että lääkkeet vajeeseen ovat vaikeita niellä niin poliittisessa oikeistossa, vasemmistossa kuin väestössäkkin (2). Maksuja joudutaan perimään niistäkin palveluista, jotka ovat olleet ilmaisia. Verotusta joudutaan korottamaan ja hoitoja sääntelemään. Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto on aiempaa tärkeämpää. Kuitenkin globaalien taluskriisien aikana säästötoimet kohdistuivat etenkin ennaltaehkäisyyn (-3,2 %) lääkehoitojen (-2,4 %) ohella (3).

Voiko tämä olla terveydenhuollon tulevaisuudenkuva muuallakin? Väestö ikääntyy ja kasvaa, kehitetään uusia kalliimpia hoitoja ja tarpeitten profiili muuttuu, kun monenlaisen terveyteen liittyvään kärsimykseen löytyy oma

Kun rahat ovat loppumassa

jeesusteippinsä. Jotkin ratkaisuideat ja -yritykset näyttävät päätyvän eettisiin umpikujiin tai ovat poliittisesti erinomaisen vaikeita kysymyksiä. Fiskaalinen kestävyys on arvioitu aidoksi ongelmaksi kaikkialla. Esimerkiksi 1970-luvulta alkaen kuuden EU-maan terveysmenot ovat yli kaksinkertaistuneet (4).

Toisaalta kustannusennusteita laaditaan lähinnä ikäryhmään suhteutetun nykyisen palvelujen käyttötilan valossa. Jos ikääntyneen väestön palvelujen käyttö on tietynä hetkenä runsasta ja ikääntyneen väestön osuus kasvaa, oletetaan koituvan taloudellisen taakan kasvavan väestön keskimääräisen iän nousun mukaisesti. Keskimääräisen iän sijaan ikäryhmittäin tarpeita tarkasteltaessa ei välttämättä havaitakaan tarpeiden kasvua. Kanadalais-tutkimuksen mukaan keskimääräisen iän perusteella ennakoitu käytön lineaarinen kasvu ei pidä paikkaansa. Pelkkää ikää käyttäen yliarvioidaan tulevaa tarvetta. Nuoremman väestön parempi terveydentila puskuroi vanhemman väestön tarpeiden tuottamaa taloudellista taakkaa (5).

Käsynnän ja tarjonnan välillä vallitsee lisäksi dynaaminen suhde, joka ei ole suoranainen seuraus tarpeista. Kun on enemmän kikkoja, joilla terveydentilaa voidaan tutkitusti puskea parempaan suuntaan, niiden kysyntä kasvaa helposti tarpeita suuremmaksi. Ilman epidemiologiaan ja demografiaan perustuvaa tarveperusteista ennakointia, voivat yksinkertaiset säästöratkaisut rapauttaa julkisen terveydenhuollon periaatteita. Poliittisesti kestävä järjestelmä huomioi myös palvelujen saatavuuden ja terveyserot (6).

Sairaaloiden tuotannon tehokkuudesta tiedetään paljon (7). Tehokkuutta voidaan lisätä mm. informaatioteknologian avulla, nopeuttamalla uusien kustannustehokkaiden menetelmien käyttöönottoa, vähentämällä sairaaloitten välillä ja niiden sisällä vallitsevaa vaihtelua, mittaamalla

tuloksia, hyödyntämällä tutkittua tietoa tuotannon ohjausmenetelmien tehosta ja kansainvälisen vertailun avulla. Ongelman ratkaisua ei edistä se, että eri tieteenalat tekevät tutkimustyötään erillisissä siiloissa (7). Terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät, kuten politiikka ja talous, muodostavat omat haasteensa ja toisaalta muutoksia vauhdittavat tekijänsä.

Thomas Robert Malthus aikoinaan kuvasi, miten ruoan tuotannon lisääminen kasvatti hyvinvointia, joka puolestaan lisäsi väestön määrää (8). ”Ruoan tuotanto lisääntyy aritmeettisesti, mutta väestö eksponentiaalisesti.” Tavanomaisesti terveydenhuollon katsotaan olevan samanlaisessa ”malthusilaisessa ansassa”. Ruoan tuotannon ja väestön lisääntymisen epätasapainon ratkaisu oli teknologian kehitys, joka salli tehokamman maanviljelyn. On syytä toivoa teknologian kehitystä ja väestön terveystiedon lukutaidon lisääntymistä, joka parhaimmillaan edistäisi ennaltaehkäisyä ja vastuunottoa omasta itsestä.

1. Campbell D. NHS chiefs warn that hospitals in England are on the brink of collapse. *Guardian* Sunday 16.9.2016.
2. Bitter Pills. *The Economist* 10.9.2016.
3. Financial impact of the GFC: health care spending across the OECD. *Health Econ Policy Law* 2015;10:45–59.
4. Whittaker W, Birch S, MacKenzie A, Murphy GT. Cohort effects on the need for health care and implications for health care planning in Canada. *Health Policy* 2016;120:81–8.
5. Heras-Mosteiro J, Sanz-Barbero B, Otero-García L. Health Care Austerity Measures in Times of Crisis: The Perspectives of Primary Health Care Physicians in Madrid, Spain. *Int J Health Serv* 2016;46:283–99.
6. Birch S, Murphy GT, MacKenzie A, Cumming J. In place of fear: aligning health care planning with system objectives to achieve financial sustainability. *J Health Serv Res Policy* 2015;20:109–14.
7. Stuckler D, Reeves A, Karanikolos M, McKee M. The health effects of the global financial crisis: can we reconcile the differing views? A network analysis of literature across disciplines. *Health Econ Policy Law* 2015;10:83–99.
8. Malthus T.R. An essay on the principle of population as it affects the future improvement of society, with remarks on the speculations of Mr. Goodwin, M. Condorcet and other writers (1 ed.). London: J. Johnson in St Paul's Church-yard, 1798. <http://www.econlib.org/library/Malthus/malPop.html>