

EDUSKUNNAN VALTIOVARAINVALIOKUNNALLE

Asia: Lausunto koronaviruksen taloudellisista vaikutuksista

Eduskunnan valtiovarainvaliokunta on pyytänyt allekirjoittaneelta lausuntoa koronaviruksen taloudellisista vaikutuksista. Keskityn lausunnossani pelkästään terveydenhuoltojärjestelmälle tästä epidemiasta aiheutuviin kustannuksiin.

Koronavirusinfektion taudinkuva

Koronavirus SARS-CoV2 on ihmiseen tarttunut uusi virus, joka aiheuttaa hengitystieinfektion taudinkuvan. Sen oireina on useimmiten kuumetta, yskää ja lihaskipuja. N. 80 %:lle sairastuneista se aiheuttaa lievän taudinkuvan, mutta n. joka kuudes potilas kehittää viruspneumonian. Osalla potilaista viruspneumoniaan liittyy akuutti hengitysvajavuus (ARDS), joka vaatii tehohoitoa. Tehohoitoa tarvitsevien potilaiden määrä vaihtelee Kiinan n. 5 % osuudesta Italian n. 10 % osuuteen. WHO:n antamien tietojen mukaan kuolleisuus koronavirusinfektioon on n. 3,4 %. Kuolleisuus kasvaa voimakkaasti potilaan iän mukana ja yli 80-vuotiaiden kuolleisuus on julkaistujen tietojen mukaan yli 10 %. Perusterveiden 45-65-vuotiaiden kuolleisuus tautiin on kiinalaisaineiston perusteella n. 1 %, mutta tämä luku perustuu kuolleiden osuuteen varmistetuista diagnooseista. Myös korkeampia kuolleisuuslukuja on kuitenkin esitetty lääketieteellisessä kirjallisuudessa ([https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30195-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30195-X/fulltext)). Taudin kehittymiselle tyypillistä on, että hengitysvajavuuden oireet kehittyvät potilaalle n. 10 päivää sairastumisen jälkeen ja että viruspneumonian sairaalahoito kestää varsin pitkään (keskimäärin 12 vrk). Monet sairaalahoitoa tarvitsevat potilaat tarvitsevat hengityksen tukea (joko lisähappea taikka hengityskonetta).

Terveyden- ja sairaanhoidon kustannukset Suomessa

Vuonna 2017 Suomen terveydenhuollon menot olivat 20,6 miljardia euroa (<https://thl.fi/fi/ti-lastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>). Asukasta kohden menot olivat 3 742 euroa. Vuonna 2017 terveydenhuollon menojen suhde bruttokansantuotteeseen oli 9,2 prosenttia. Tämä oli 0,2 prosenttiyksikköä edellisvuotta vähemmän. Erikoissairaanhoidon (7,4 miljardia euroa) ja perusterveydenhuollon (3,3 miljardia euroa, ml. perusterveydenhuollon avohoito, - vuodeosastohoito, - suun terveydenhuolto, -työterveyshuolto ja – opiskeluterveydenhuolto) menot muodostivat noin puolet vuoden 2017 terveydenhuoltomenoista.

Vuonna 2019. Suomen julkisen erikoissairaanhoitoa tuottavien sairaanhoitopiirien toimintakulut olivat n. 8,3 mrd euroa (liite 1). Aktiivisena pyrkimyksenä Suomessa on viime vuosina ollut siirtää terveydenhoidon painopistettä perusterveydenhuoltoon, mikä on näkynyt myös avohoidon lisääntymisenä ja vuodepaikkojen vähenemisenä sairaaloissa. Esim. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin vuodepaikkamäärä on 2010-luvulla laskenut n. 3300 paikasta n. 2900 paikkaan. Terveyskeskusten vuodeosastopaikkoja on niitäkin vähennetty, kun vanhuspotilaita hoidetaan enenevässä määrin kotihoidon avulla.

Terveyden- ja sairaanhoidon taloudellinen kestävyys

Huomionarvoista on, että vuonna 2019 useat sairaanhoitopiirit joutuivat sopeuttamaan talouttaan ja käymään yt-neuvotteluja. Monin paikoin tämä johti myös henkilöstön vähentämiseen. Tilanteen taustalla on kuntatalouden nopea heikkeneminen v. 2019. Kuntatalouden alijäämä muodostui viime vuonna erittäin suureksi, millä on ollut merkittävästi vaikutusta kuntien kykyyn tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Alijäämien taustalla on osin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien pitkään kestänyt väheneminen (https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/vosleikkaukset20122019_0.png), osin monien kuntien verotulojen lasku. Vaikka valtionosuuksia on jonkin verran vuonna 2020 lisätty, eivät ne kata kunnille asetettujen uusien velvoitteiden kustannuksia.

Suomen terveydenhuollolle onkin tyypillistä julkisen rahoituksen muita Pohjoismaita pienempi osuus (<https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2019/oecd-health-statistics-2019-taloustietoja>). Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon käyttömenoista oli 75,2 % vuonna

2017. Kotitalouksien, työnantajien ja muiden tahojen rahoitusosuus Suomen terveydenhuoltomenoista on selvästi suurempi kuin muissa pohjoismaissa. Julkisen rahoituksen osuus vuonna 2017 oli Ruotsissa 83,7, Norjassa 85,5, Tanskassa 84,0 ja Islannissa 81,8 %. Terveydenhuollon ostovoimapariteetilla käyttömenot/asukasta kohden olivat Suomessa 7 % suuremmat kuin OECD-maissa keskimääri, mutta selvästi alemmat kuin muissa Pohjoismaissa. Norjan käyttömenot/asukas olivat 47 %, Ruotsin 28 % ja Tanskan 22 % suuremmat kuin Suomessa.

Terveyspalvelujen tarve on kuitenkin Suomessa jatkuvasti kasvanut. Tähän on syynä ennen kaikkea väestön vanheneminen. Lähtökohtaisesti perustuslain 19 § edellyttää, että jokaiselle järjestetään riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Terveydenhuollon riittämättömät resurssit tarpeeseen nähden näkyvät arkipäivän toiminnoissa mm. vaikeutena ylläpitää perusterveydenhuollon lääkäripalveluita, erikoissairaanhoidon jonoja tai toimipisteiden (esim. päivystykset) ruuhkautumisina sekä riittämättöminä henkilöstömitoituksina esim. vanhuspalveluissa.

Kokonaisuutena voidaan todeta, että terveydenhuollon julkisen rahoituksen osuus on Suomessa 2010-luvulla vähentynyt, vaikka palvelutarve on lisääntynyt, mikä heikentää merkittävästi järjestelmän kykyä vastata yllättäviin haasteisiin (kalliit uudet hoidot, äkilliset epidemiatilanteet jne.). Lähtötilanne huomioiden Suomen sairaanhoidon kyky vastata koronaepidemiaan ei siis ole niin hyvä, kuin julkisuudessa on annettu ymmärtää.

Koronavirusepidemian terveydenhuollolle aiheuttamat kustannukset

Koronavirusepidemian aiheuttaa sairaanhoidolle kustannuksia kahdella tavalla. Ensinnäkin koronainfektioon sairastuneet potilaat on hoidettava eli heistä aiheutuu tavanomaisen hoidon tarpeen lisäksi kustannuksia. Toisaalta koronaepidemia merkitsee muun elektiivisen hoidon vähenemistä, kun hoitoresursseja siirretään elektiivisestä hoidosta koronapotilaiden hoitoon. Ts. jos leikkaussalin heräämö hengityskoneineen muutetaan koronapotilaita hoitavaksi yksiköksi, ei leikkauksia voida suorittaa. Tällin leikkaustoiminnan tuomat toimintatuotot jäävät saamatta. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) toiminnan osalta voidaan arvioida, että elektiivisen leikkaustoiminnan keskeytyminen kahden kuukauden ajaksi aiheuttaa n. 200 milj. euron tulonmenetykset. Kun HUS tuottaa n. 30 % koko Suomen erikoissairaanhoidosta, merkitsee elektiivisen leikkaustoiminnan keskeytyminen koko Suomen tasolla n. 700 milj. euron aukkoa sairaanhoitopiirien budjetteihin.

Koronavirusinfektioon sairastuvien potilaiden määristä esitetään hyvin erilaisia arvioita, mutta monissa Valtioneuvoston esittämässä arvioissa on sairastuneiden määrästä käytetty arviota 35 % väestöstä eli n. 1,9 milj. suomalaista. Jos näistä sairaalahoitoa tarvitsee 15 % ja tehohoitoa 5 % merkitsisi se, että n. 278 000 suomalaista tarvitsisi epidemia-aikana (esim. n. 6 kk jakso) sairaalahoitoa ja heistä 96 000 tehohoitoa. Keskimääräiseksi hoitoajaksi voi molemmissa tapauksissa arvioida 12 vrk. Sairaalat laskuttavat palveluistaan yleensä ns. DRG-tuotteina, joissa yhden hoitojaksoon on koottu kaikki hoidon aiheuttamat kustannukset ([https://www.hus.fi/hus-tietoa/talous/Hinnoittelu/Documents/HUS%20Palveluhinnasto%202020,%20tuote-%20ja%20suoriteperusteiset%20hinnat%20\(osat%201%20ja%202\).pdf](https://www.hus.fi/hus-tietoa/talous/Hinnoittelu/Documents/HUS%20Palveluhinnasto%202020,%20tuote-%20ja%20suoriteperusteiset%20hinnat%20(osat%201%20ja%202).pdf)). Sairaalan tavallisen vuodeosastohoidon hoitopäiväkustannuksen voidaan koko maa huomioiden arvioida v. 2020 olevan n. 300 euroa/pvä ja tehohoidon kustannuksen n. 3000 euroa/pvä. Tällöin kaikkien koronapotilaiden hoitoon vaaditun tehohoidon kustannukset olisivat n. 3,4 mrd euroa. Kun tehohoito/valvontapaikkoja ei ole Suomen sairaaloissa käytännössä tarjota yhtäaikaaisesti kuin enintään n. 1000, voidaan tehohoitoa 6 kk epidemian aikana antaa enintään 180 000 hoitopäivää (ts. max. 15 000 potilaalle eli n. 15 %:lle tehohoitoa tarvitsevista), jolloin tehohoidon kustannus näin laskien olisi 540 milj. euroa. Muut potilaat saisivat tavallista vuodeosastohoitoa eli laskennallinen kustannus 12 vrk hoidolle: $[(278\,000 \text{ potilasta} \times 12 \text{ hoitopäivää}) - 180\,000 \text{ tehohoidon hoitopäivää}] \times 300 \text{ euroa hoitopäivä}$, on n. 946 milj. euroa.

Hoitopäivien lisäksi sairaaloille aiheutuu kustannuksia monenlaisista käytännön järjestelyistä. Esimerkiksi Apotti-hankkeen mahd. viivästäminen epidemian takia aiheuttaa HUS:lle suoraan n. 20 milj. euron kustannukset.

Erikoissairaanhoidon lisäksi koronaepidemiasta aiheutuu kustannuksia perusterveydenhuololle sekä vanhuspalveluille. Koronaepidemia lisää myös perusterveydenhuollon palvelujen kysyntää ja mitä todennäköisemmin myös vanhuspalvelujen henkilöstötarvetta. Tämä johtuu siitä, että vanhukset kuuluvat riskiryhmään, jota pyritään erityisesti suojelemaan. Tämä tarkoittaa, että korona-altistuneet henkilöt taikka sukulaiset eivät voi osallistua vanhuksen hoitoon, mikä väistämättä lisää henkilöstötarvetta.

Kun koronaepidemian aiheuttamat hoitokustannukset ja toisaalta elektiivisen hoidon viivästyksen aiheuttamat tuotannon menetykset lasketaan yhteen, päädytään 35 % väestön tartuntatasolla arvolta 2-2,5 mrd euron kokonaiskustannuksiin. On ilmeistä, ettei talousvaikeuksista

L. Lehtonen/ll

15.3.2020

kärsivä kuntasektori eikä Suomen sairaanhoito millään selviä tällaisesta tilanteesta ilman valtion merkittävää lisärahoitusta. Käsitykseni mukaan valtion tulisi lisätalousarviossa lisätä julkisen terveydenhuollon rahoitusta nykyisestä n. 11 mrd euron tasosta vähintään 10 %:lla eli n. 1,1 mrd euron lisärahoituksella.

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

diagnostiikkajohtaja, HUS ja terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto