

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:3

Martti Kekomäki

*Terveystieteelliseen tutkimukseen
käytettävä valtiosuus*

**Käyttökohteiden arviointi ja
ehdotuksia ohjausjärjestelmäksi**

Selvityshenkilöraportti

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2001

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö	Julkaisun päivämäärä 28.2.2001
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Selvitysmies Martti Kekomäki HUS-kuntayhtymä	Julkaisun laji Työryhmämuistio
	Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö
	Toimielimen asettamispäivä 24.10.2000
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Terveystieteelliseen tutkimukseen käytettävä valtionosuus. Käyttökohteiden arviointi ja ehdotuksia ohjauksjärjestelmäksi. (Statsandel som används för hälsovetenskaplig forskning. Bedömning av användningsobjekt och förslag till ledningssystem)	
Julkaisun osat	
Tiivistelmä <p>Yliopistotasoinen terveystieteellinen tutkimustyö ja terveydenhuoltohenkilökunnan koulutus aiheuttavat terveyspalvelujärjestelmässä kustannuksia, jotka on korvattu yliopistollista sairaalaa pitävälle kuntayhtymälle ja eräille muille palveluntuottajille jälkikäteisenä laskennallisena valtionosuutena. Terveydenhuollon muuttuva toimintaympäristö, ennen muuta suhteellisesti pahentuva ekonominen niukkuus korostaa terveydenhuollon koko palvelutoiminnan vaikuttavuutta. Vaikuttavuuden arviointi voi puolestaan pohjautua luotettavaan tieteellisesti kerättyyn ja käsiteltyyn tietoon. Voidakseen arvioida, käytetäänkö näitä määrärahoja säännösten perusteluissa tarkoitetuilla tavoilla sosiaali- ja terveysministeriö asetti tehtävään 24.10.2000 tekemällään päätöksellä STM0678:00/19/03/2000 selvitysmieheksi hallintoylilääkäri Martti Kekomäen. Selvitysmiehen tuli myös tehdä ehdotus mahdollisesti tarvittavista jakoperusteiden tarkistuksista. Selvitysmiehen tueksi tähän tehtävään sosiaali- ja terveysministeriö kutsui asiantuntijaryhmän. Tähän ryhmään kuuluivat puheenjohtajana ylijohdaja Jussi Huttunen sosiaali- ja terveysministeriöstä ja jäsenenä hallintolääkäri Irma Jousela Suomen Kuntaliitosta, ylitarkastaja Tuula Karhu sosiaali- ja terveysministeriöstä, pääsihteeri Sakari Karjalainen Suomen Akatemiasta, hallitussihteeri Arja Myllynpää sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylilääkäri Leena Niinistö Vantaan terveyskeskuksesta, johtajaylilääkäri Lauri Nuutinen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä, dekaani Amos Pasternack Tampereen yliopistosta, lääkintöneuvos Martti Rissanen sosiaali- ja terveysministeriöstä, tulosaluejohtaja Juha Teperi Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, johtajaylilääkäri Tapio Tervo Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä ja ylitarkastaja Marjukka Vallimies-Patomäki sosiaali- ja terveysministeriöstä. Selvitysmiehen tuli antaa raporttinsa 28.2.2001 mennessä.</p> <p>Raporttinsa ensimmäisessä osassa selvitysmies erittelee ne osittain terveyspalvelusektorin ulkopuoliset tekijät, jotka on otettava huomioon tieteellistä tutkimusta kohdennettaessa. Raportin toisessa osassa selvitysmies esittelee suppean, yliopistollisille sairaaloille osoitetun kyselyn tulokset, joiden perusteella selvitysmies päätyy pitämään näiden sairaaloiden tutkimusprofiileja keskenään lähes samanlaisina. Samoista tuloksista käy ilmi, että ns. impaktipisteistä johdettuja EVO-pisteitäkin käytettäessä kannusteet ns. perustutkimuksen tekemiseen ovat suhteellisesti vahvemmat kuin kliiniseen saati järjestelmän toimivuuteen kohdistuvan tutkimuksen tekemiseen.</p> <p>Raportin viimeisessä osassa selvitysmies esittää terveystieteellisen tutkimuksen erityisvaltionosuudella tehtävän tutkimuksen ohjausotteen voimistamista sosiaali- ja terveysministeriössä. Selvitysmies esittää asetettavaksi useita tieteenaloja edustavan lautakunnan ministeriön alaiseen ohjausvastuuseen. Lautakunnan tehtäväksi tulisi tutkimusstrategian laatiminen viisivuotiskaudekseen, toimintayksiköiden tekemän tutkimustyön arviointi, voimavarojen käytön valvonta ja tutkimustyön myöhäisvaikutusten seuranta. Sama lautakunta erottelisi tehdystä tutkimustyöstä sen osuuden, jonka se katsoo tuottaneen nimenomaan palvelujärjestelmän kehittämiseen tarvittavaa tietoa ja painottaisi tätä tietoa muuta tutkimustietoa enemmän valtionosuutta jakaessaan. Tämän lisäksi selvitysmies esittää, että enintään kymmenesosa koko valtionosuudesta kohdennettaisiin nimenomaan palvelujärjestelmän toiminnan kehittämistä tukeviin tieteellisiin hankkeisiin ja kilpailutettaisiin apurahaluontoisesti kaikkien yliopistollista sairaalaa ylläpitävien kuntayhtymien kesken. Näin valtionosuuden suuntaaminen ja seuranta tekevät siitä maan terveyspalveluiden strategisen kehittämisvälineen, minkä takia selvitysmies ehdottaa valtionosuudelle vakautta ja ennustettavuutta budjetikäsittelyssä.</p>	
Avainsanat: (asiasanat) Tutkimus, valtionosuudet, yliopistolliset keskussairaalat, keskussairaalat, terveyskeskukset	

Muut tiedot			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:3		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-0949-3
Kokonaissivumäärä 42	Kieli suomi	Hinta 62,-	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere, puh. 03 - 260 8535, 03 - 260 8158		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum 28.2.2001
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Utredningsman Martti Kekomäki HUS-samkommun	Typ av publikation Promemoria
	Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet
	Datum för tillsättandet av organet 24.10.2000
Publikation (även den finska titeln) Statsandel som används för hälsovetenskaplig forskning. Bedömning av användningsobjekt och förslag till ledningssystem. (Terveystieteelliseen tutkimukseen käytettävä valtionosuus. Käyttökohteiden arviointi ja ehdotuksia ohjauksjärjestelmäksi.)	
Publikationens delar	
Referat <p>Hälsovetenskaplig forskning på universitetsnivå och hälsovårdspersonalens utbildning förorsakar i hälsovårdsservice systemet kostnader som har ersatts åt samkommunen som upprätthåller universitetssjukhuset samt åt vissa andra serviceproducenter i efterskott som beräknad statsandel. De föränderliga omständigheterna inom hälsovården, framförallt den relativt ökande ekonomiska knappheten, framhäver hela serviceverksamhetens verkan inom hälsovården. Bedömningen av dess verkan kan för sin del grunda på pålitliga, vetenskapligt inhämtade kunskaper. För att kunna bedöma om dessa anslag används på det sätt som avses i grunderna för stadganden, tillsatte social- och hälsovårdsministeriet för denna uppgift, enligt det 24.10.2000 fattade beslutet STM0678:00/19/03/2000, till utredningsman förvaltningsöverläkare Martti Kekomäki. Utredningsmannen fick även i uppgift att framlägga förslag till eventuella justeringar av fördelningsgrunderna. Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en expertgrupp till stöd för utredningsmannen i denna uppgift. Denna grupp bestod av överdirektör Jussi Huttunen från social- och hälsovårdsministeriet som ordförande och som medlemmar förvaltningsläkare Irma Jousela från Finlands Kommunförbund, överinspektör Tuula Karhu från social- och hälsovårdsministeriet, generalsekreterare Sakari Karjalainen från Finlands Akademi, regeringssekreterare Arja Myllynpää från social- och hälsovårdsministeriet, överläkare Leena Niinistö från Vanda hälsovårdscentral, cheföverläkare Lauri Nuutinen från Norra Österbottens sjukvårdsdistrikt, dekan Amos Pasternack från Tammerfors universitet, medicinalrådet Martti Rissanen från social- och hälsovårdsministeriet, resultatområdeschef Juha Teperi från forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården Stakes, cheföverläkare Tapio Tervo från Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt och överinspektör Marjukka Vallimies-Patomäki från social- och hälsovårdsministeriet. Utredningsmannen skulle avlägga sin rapport senast 28.2.2001.</p> <p>I första delen av sin rapport specificerar utredningsmannen de delvis utanför sektorn för hälsovårdsservice stående faktorer som bör beaktas vid riktande av vetenskaplig forskning. I andra delen av rapporten presenterar utredningsmannen resultaten av en begränsad förfrågan som riktats till universitetssjukhus; på basen av dessa kom utredningsmannen fram till att forskningsprofilerna vid dessa sjukhus var nästan likadana. Det framgår av samma resultat att även vid användning av sk. EVO-poäng ledda från impaktpoäng är incitamentet till sk. grundforskning relativt sett starkare än till klinisk forskning eller forskning som riktar sig på systemets ändamålsenlighet.</p> <p>I rapportens sista avsnitt föreslår utredningsmannen att social- och hälsovårdsministeriet borde ha ett hårdare styrgrepp om hälsovetenskaplig forskning som sker med hjälp av specialstatsandelar. Utredningsmannen föreslår tillsättande av nämnd som representerar flera vetenskapsgrenar och sorterar under ministeriets ledningsansvar. Nämndens uppgift skulle vara att uppgöra en forskningsstrategi för sin femårsperiod, bedömning av verksamhetens forskningsarbete, kontroll av resursanvändning och uppföljning av forskningsarbetets seneffekter. Samma nämnd skulle urskilja den del av forskningsarbetet som anses ha producerat kunskap som behövs för utvecklandet av hälsovårdstjänstsystemet och skulle framhålla denna kunskap mer än övriga forskningsresultat vid beviljandet av statsandelar. Utöver detta föreslår utredningsmannen att högst en tiondedel av hela statsandelen skulle riktas till vetenskapliga projekt som uttryckligen stöder utvecklingen av servicesystemet så att alla samkommuner som upprätthåller universitetssjukhus skulle kunna konkurrera om detta bidrag. I och med riktning och uppföljning av statsandelen blir den ett strategiskt instrument för utvecklandet av landets hälsovårdstjänster, varför utredningsmannen föreslår en statsandel som i budgetsbehandlingen kan anses vara stabil och förutsägbar.</p>	
Nyckelord Forskning, statsandel, universitetssjukhus, centralsjukhus, hälsovårdscentraler	

Övriga uppgifter			
Seriens namn och nummer PM av Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2001:3		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-0949-3
Sidoantal 42	Språk finska	Pris 62,-	Sekretessgrad offentlig
Distribution Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning, PB 536, 33101 Tammerfors, tel. 03 - 260 8535, 03 - 260 8158		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health	Date 28 February 2001
Authors Rapporteur ad int. Martti Kekomäki Joint Authority for the Hospital District of Helsinki and Uusimaa	Type of publication Working Group memorandum
	Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health
	Date of appointing the organ 24 October 2000
Title of publication State grants for health science research. Evaluation of uses and proposals for a steering system	
Parts of publication	
Summary <p>Health science research at the university level and training of health care personnel entail costs in the health service system that the joint authorities maintaining university hospitals and some other service providers have been compensated for as a calculated state grant paid afterwards. The changing policy environment of health care, above all the decreasing economic resources in relative terms, stress the effectiveness of health care services as a whole. The effectiveness evaluation can, in turn, be based on reliable, scientifically compiled and processed information. In order to be able to evaluate if these subsidies are used in the manner meant in the statement of reasons for the relevant provisions, the Ministry of Social Affairs and Health appointed by its decision of 24 October 2000 (STM0678:00/19/03/2000) Administrative Medical Director Martti Kekomäki as a Rapporteur ad int. to investigate the matter. He should also put forth proposals for adjustments in the grounds for allocation of subsidies, if needed. The Ministry also set up an expert group to assist the Rapporteur in this task. This group is chaired by Director-General Jussi Huttunen of the Ministry of Social Affairs and Health, and the other members are: Administrative Medical Officer Irma Jousela of the Association of Finnish Local and Regional Authorities, Senior Officer Tuula Karhu of the Ministry of Social Affairs and Health, Secretary General Sakari Karjalainen of the Academy of Finland, Senior Legal Officer Arja Myllynpää of the Ministry of Social Affairs and Health, Chief Physician Leena Niinistö of the health centre of Vantaa, Medical Director Lauri Nuutinen of the Hospital District of North Ostrobothnia, Dean Amos Pasternack of the University of Tampere, Ministerial Counsellor Martti Rissanen of the Ministry of Social Affairs and Health, Director of Division Juha Teperi of the National Research and Development Centre for Welfare and Health, Medical Director Tapio Tervo of the Hospital District of Central Finland, and Senior Officer Marjukka Vallimies-Patomäki of the Ministry of Social Affairs and Health. The Rapporteur had to submit his report by 28 February 2001.</p> <p>In the first part of his report the Rapporteur specifies those factors – partly found outside the health service sector – that have to be taken into account when channelling scientific research. In the second part the Rapporteur presents the outcome of a questionnaire to university hospitals, from which the Rapporteur concludes that the research profiles of these hospitals are almost similar. It also appears that even when using so called EVO points derived from impact points the incentives for carrying out basic research are stronger than those for making clinical research – not to speak about the incentives for research on the effectiveness of the system.</p> <p>In the final part of the report the Rapporteur proposes strengthening the steering by the Ministry of Social Affairs and Health of the health science research carried out by special state grants. He proposes appointing a multidisciplinary board responsible for the steering under the Ministry. The task of the board would be to prepare a research strategy for a period of five years, to evaluate the research carried out by different units, to supervise the use of resources and to monitor late impacts of research. The same board would separate from the research carried out the part that it considers to have produced information that is expressly needed for developing the service system, and give more weight to that information compared with other research information when distributing state grants. The Rapporteur proposes, in addition, that at the most one tenth of the total sum of state grants should be allocated to scientific projects supporting the development of the performance of the service system, and should be subject to competitive tendering, in the same way as scholarships are, among the joint authorities for university hospitals. Thus the targeting and monitoring of state grants would become a strategic tool in developing health services in the country. For this reason the Rapporteur proposes increasing the stability and predictability of the state grants in budget proceedings.</p>	
Key words Research, state grant, university hospitals, central hospitals, health centres	

Other information			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:3		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-094
Number of pages 42	Language Finnish	Price FIM 62	Publicity Public
Distributor/Orders Ministry of Social Affairs and Health, Publication sales, PO Box 536, 33101 Tampere tel. +358-3-260 8535 and +358-3-260 8158		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

SISÄLLYSLUETTELO

JOHDANTO JA TOIMEKSIANTO	11
ARVIO TUTKIMUS-EVON KÄYTÖN YLEISISTÄ PERIAATTEISTA.....	12
ARVIO TUTKIMUS-EVOA KOSKENEIDEN SÄÄDÖSMUUTOSTEN VAIKUTUKSISTA 1994 – 2000.....	14
OSA 1. KOHTI TAVOITTEELLISTA OHJAUSTA	15
Muuttuva terveydenhuolto, muuttuvat tietotarpeet	15
<i>Teknisestä tehostamisesta hoitojen valintaan</i>	<i>15</i>
<i>Ohjausmenetelmien muuttuminen.....</i>	<i>16</i>
<i>Väestön vanheneminen, sairauskirjon muuttuminen</i>	<i>17</i>
<i>Ohjaustiedon niukentuminen</i>	<i>17</i>
<i>Kansainvälinen kehitys</i>	<i>18</i>
<i>Muuttuva tutkimuskulttuuri</i>	<i>18</i>
<i>Terveystieteellinen tutkimustyö investointina</i>	<i>19</i>
<i>Tutkimuskohteiden lukumäärän kasvu</i>	<i>19</i>
TUTKIMUKSEN NYKYISET KOHDENTAMISKRITEERIT	21
Kansalliset tietotarpeet.....	21
<i>Kansalliset terveysongelmat</i>	<i>21</i>
<i>Kansallisen palvelujärjestelmän tutkimus</i>	<i>22</i>
TERVEYSTIETEELLISEN TUTKIMUSRAHOITUKSEN PEITTÄVYYS	24
ULKOMAISIA ESIMERKKEJÄ	25
TIIVISTELMÄ	26
OSA 2. YLIOPISTOLLISTEN SAIRAANHOITOPUIRIEN TERVEYSTIETEELLINEN TUTKIMUSTOIMINTA	26
Aineisto ja menetelmät	26
Selvityksen tulokset	27
Päätelmät	28
OSA 3. TUTKIMUS-EVON HALLINTOA JA KÄYTTÖÄ KOSKEVAT TÄRKEIMMÄT ONGELMAT, RATKAISUJEN PERUSTELUT JA SELVITYSMIEHEN RATKAISUEHDOTUKSET.....	29
Ongelma 1: Tutkimus-EVOn aseman tulkinnanvaraisuus	29
Ongelma 2: Terveyspalvelujärjestelmän tutkimukseen kohdennettavan rahoituksen varmistaminen	30
Ongelma 3: Tutkimustyön terveysrelevanssin arviointi	31
Ongelma 4: Kunta- ja tutkimusrahoituksen sekoittuminen	33
Ongelma 5: Monikanavaisen tutkimusrahoituksen läpinäkyväisyys	34
Ongelma 6: Tutkimustulosten täytäntöönpanon ja seurannan tarve.....	35
LOPUKSI	36

Taulukot:

Taulukko 1: Terveystieteellisen tutkimustyön luokitteluperusteet ja ominais- piirteet.....	20
Taulukko 2: Terveystutkimuksen rahoitus.....	24

Liitekuvat:

Kaavio 1: Impaktipisteiden prosenttijakauma tutkimustyypeittäin vuonna 1999 julkaistussa terveystieteellisessä tutkimuksessa yo-piireittäin.....	
---	--

Kaavio 2: Tutkimustyön tuottamat keskimääräiset julkaisukohtaiset impaktipisteet vuonna 1999 julkaistussa terveystieteellisessä tutkimuksessa yo-piireittäin.....	
Kaavio 3: Tutkimustyön tuottamat keskimääräiset julkaisukohtaiset EVO- pisteet vuonna 1999 julkaistussa terveystieteellisessä tutkimuksessa yo-piireittäin.....	
Kaavio 4: EVO-pisteiden prosenttijakauma tutkimustyypeittäin vuonna 1999 julkaistussa terveystieteellisessä tutkimuksessa yo-piireittäin.....	
Kaavio 5: Vuonna 2000 rahoituksen saaneiden hankkeiden jakautuminen tutkimustyypeittäin kahdessa yo-piirissä.....	

JOHDANTO JA TOIMEKSIANTO

Terveystieteiden opetus- ja tutkimustoiminta tukeutuu kaikissa maissa terveydenhuollon palveluita tuottavaan järjestelmään. Tämän mukaisesti myös Suomessa lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta sekä yliopistotasoisesta terveystieteellisestä tutkimustoiminnasta määrätään erikoissairaanhoidolaissa ja kansanterveyslaissa. Erikoissairaanhoidolain 10. luvussa määrätään yliopiston, yliopistollisen sairaalan ja terveydenhuollon muiden toimintayksiköiden yhteistyön muodoista, opetus- ja tutkimustyöstä maksettavat korvaukset näihin sisällytettynä.

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutus ja yliopistotasoinen terveystieteellinen tutkimustyö eivät kuulu kuntien järjestämis- ja rahoitusvastuuseen. Vuodesta 1957 lähtien valtio on maksanut yliopistosairaaloille korvauksen, niin sanotun erityisvaltionosuuden eli EVO:n niiden antamasta opetuksesta ja niissä tehdystä tutkimustyöstä. EVO:n tarkoituksena on ollut hyvittää yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle kuntayhtymälle sellaisesta työstä, joka rasittaa sitä taloudellisesti mutta jonka tulokset hyödyttävät myös muita kuin tällaista kuntayhtymää. Vuoteen 1994 asti opetus- ja tutkimustoiminnan kustannukset korvattiin tietynä prosentiosuutena yliopistollisen sairaalan käyttömenoista. Koska tällainen sidos ei luonut mitään kannusteita sen enempää opetus- kuin tutkimustoimintaan tehostamiselle – mutta kylläkin yliopistollisen sairaalan käyttömenojen kasvattamiselle – vuoden 1994 alusta siirryttiin korvaamaan opetus- ja tutkimustoiminnan kustannukset jyvittämällä toiminnan laskennalliset tulokset. Korvaukset muuttuivat näin prosenttiperusteisista laskennallisiksi. Samalla tutkimus- ja koulutus-EVO siirrettiin omiksi kohdiksi valtion talousarvioon.

Vuonna 1997 tutkimus-EVO:n saajien potentiaalinen joukko laajennettiin käsittämään yliopistollista sairaalaa ylläpitävien kuntayhtymien lisäksi myös niiden vastuualueella toimivat yliopistotasoisista terveystieteellistä tutkimustyötä harjoittavat terveydenhuollon toimintayksiköt. Muutoksella haluttiin virittää kiinnostusta ongelmien tieteelliseen ratkaisemiseen myös yliopistosairaalan ulkopuolisessa ympäristössä. Yliopistollisen sairaalan tehtäväksi tuli sovittaa tällainen toiminta yhteen omalla erityisvastuualueellaan. Lisäksi säädettiin, että kolmannes yliopistollisen sairaalan terveystieteellisen tutkimuksen saamasta korvauksesta tuli osoittaa erillisiin tutkimushankkeisiin yliopistosairaalan erityisvastuualueella. Hankerahoitusta myönnettäessä tuli arviointiperusteena käyttää hankkeen tieteellistä tasoa ja sen erityistä merkitystä terveyden- ja sairaanhoidon valtakunnallisen kehittämisen kannalta. Jaetuista EVO-rahoista oli lisäksi esitettävä käyttöselvitys.

Vuosina 1997 – 1999 niin sanottua tutkimus-EVOa maksettiin noin 360 miljoonaa markkaa vuodessa. Summa käsitti noin 55 prosenttia kaikesta opetus- ja tutkimustoimintaan tarkoitettusta erityisvaltionavusta. Tästä summasta yliopistosairaalaa ylläpitävät kuntayhtymät maksoivat ulkopuolisille terveydenhuollon toimintayksiköille 5,2 miljoonaa markkaa eli vajaa 1,5 prosenttia.

Vuoden 1999 lakimuutoksella haluttiin määrätä vieläkin tarkemmin muissa kuin yliopistollisissa sairaaloissa tehtävästä tutkimuksesta. Korvaukseen oikeutetuiksi terveydenhuollon toimintayksiköiksi katsottiin vuoden 2000 alusta terveydenhuollon toimintayksiköitä ylläpitävät kunnat ja kuntayhtymät, valtion mielisairaalat sekä sellaiset muut terveydenhuollon toimintayksiköt, jotka ovat harjoittaneet pitkäaikaista, vakiintunutta ja

korkeatasoista terveystieteellistä tutkimustoimintaa ja jotka saavat huomattavan osan toimintansa rahoituksesta kuntien ja kuntayhtymien niiltä hankkimista palveluista perityistä korvauksista. Itse korvauserusteita sovellettiin kaikille toimintayksiköille samalla tavalla ja korvaukset esitettiin maksettaviksi lääninhallitusten kautta kuten yliopistollisille sairaaloillekin. Korvauserusteiksi määriteltiin julkaisujen lukumäärä ja julkaisuista annetut pisteet.

Keskeisiä seikkoja lain tulkinnassa ovat tämän mukaisesti tutkimustyöstä suoritettavan korvauksen jälkikätsisyys, tutkimustyön tason määrittelemisen yliopistotaseiseksi sekä tutkimustyön arvottaminen soveltamalla pisteytystä. Pisteytyksellä tarkoitetaan impliittisesti viiteanalyysiin perustuvasta niin sanotusta impaktipistejärjestelmästä johdettua niin sanottua EVO-pisteytystä. Voimassa olevan erikoissairaanhoidonlain 47 b §:n 1. momentissa jätetään määräysvaltaa sosiaali- ja terveysministeriölle seuraavasti: ”Sosiaali- ja terveysministeriö määrää --- tieteellisten julkaisujen painoarvot ja yksikköhinnat sekä antaa muut määräykset korvauksen perusteista ja käytöstä.” Tämä tulkintavallan täsmentäminen ei kuitenkaan tee tyhjäksi tutkimus-EVOn jälkikäteisen, jo tehdystä työstä suoritettavan korvauksen luonnetta eikä sitä, että korvaus on sidottu julkaisutoiminnan määrään ja sen viiteanalyysin avulla määriteltyyn tieteelliseen arvoon. Pelkän viiteanalyysin erottelukykyä on tosin pehmenetty soveltamalla niin sanotun impaktipistejärjestelmän asemesta niin sanottuja EVO-pisteitä (sosiaali- ja terveysministeriön päätös 119/2000, 5 §).

Lakimuutoksen jälkeen vuonna 2000 maksettiin terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvauksena yhteensä 353,2 miljoonaa markkaa, josta yliopistosairaalakuntayhtymien osuus oli noin 91,3 prosenttia ja muiden vastaavasti noin 8,7 prosenttia eli noin 37 miljoonaa markkaa. Vuonna 2001 vastaavat summat ovat: tutkimus-EVO yhteensä 337,4 miljoonaa markkaa, josta yliopistosairaala ylläpitäville kuntayhtymille kohdentui 306,03 miljoonaa markkaa (90,75 prosenttia) ja muille 31,37 miljoonaa markkaa (9,25 prosenttia).

Selvitysmiehen tehtäväksi on annettu 1) arvioida sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen keräämän ja muun aineiston perusteella tutkimus-EVOn määrärahan tähänastista käyttöä ja, jos on tarpeellista, 2) tehdä EVOa koskeviin säännöksiin tarkistusehdotukset.

ARVIO TUTKIMUS-EVON KÄYTÖN YLEISISTÄ PERIAATTEISTA

Koska terveydenhuollon tutkimus- ja opetustyö on monesta käytännön syystä välttämättömä kytkeä terveydenhuollon palvelutuotantoon, koska tutkimus- ja opetustoiminta ei kuulu kuntien järjestämis- eikä rahoitusvelvollisuuksiin, koska tutkimus- ja opetustyö synnyttävät väistämättä ylimääräisiä kustannuksia ja koska sekä oikeudenmukaisuuden että kustannusvastaavuuden vaatimukset edellyttävät tutkimus- ja opetustyön synnyttämien kustannusten erillistä hyvittämistä, erityisvaltionosuuden maksaminen on perusteltua. Erityisvaltionosuuden maksamista nimenomaan yliopistollisia sairaaloita ylläpitäville kuntayhtymille voidaan edelleen perustella sillä, että erikoissairaanhoidolaki asettaa näille sairaaloille koko niiden aluetta koskevan ohjaus- ja yhteensovittamisvelvoitteen ja sillä, että niiden kokemus tieteellisten ongelmien asettamisessa ja ratkaisemisessa on

monen mittapuun mukaan ylivertainen. Edelleen on loogista, että tutkimustyöhön kohdennettava valtionosuus kuuluu nimenomaan sosiaali- ja terveydenhuollon pääluokkaan, koska tämän tutkimuksen nimenomaisena tavoitteena on tukea terveyden- ja sairaanhoidon valtakunnallista kehittämistä eikä ylimalkaan tieteellistä tutkimustyötä. Näin tutkimus-EVO on ajatuksellisesti erilainen kuin esimerkiksi Suomen akatemian, muiden ministeriöiden, yksityisten säätiöiden tai lääketeollisuuden terveydenhuoltoon kohdentama taloudellinen tuki ja muistuttaa määritellyn kohteensa ja kehittämisveloitteensa takia läheisemmin niin sanotun sektoritutkimuksen rahoitusta. Tässä verrannossa EVO-rahoituksen kohteena on kliinisten palvelujen sektori siinä missä ministeriön alaisen Kansanterveyslaitoksen ja Työterveyslaitoksen toiminta kohdistuu vastaavasti väestön terveydentilan, epidemiologian ja työolojen määrittelemään sektoriin.

Erityisvaltionosuus on auttanut osaltaan säilyttämään yliopistolliset sairaalat ja nyt myös muut terveydenhuollon toimintayksiköt virikkeellisenä työympäristönä tutkimustyöstä kiinnostuneille.

Terveyspalvelujärjestelmässä tehtävä tieteellinen tutkimustyö erottuu muusta tutkimustyöstä joissakin suhteissa. Akateemiset, siis nimenomaan tutkimustyöstä kerätyt meriitit ovat Suomessa tärkeitä uralla etenemisen perusteita. Tämän erikoisen yhteyden selittää se, että muiden ansioiden, esimerkiksi ammatti-, opettamis- tai johtamistaidon objektiivinen mittaaminen voi nimenomaan terveydenhuollossa olla vaikeampaa kuin vaikkapa liike-elämässä tai teknisillä aloilla. Tämän mukaisesti vasta tohtorintutkinto avaa tien monessa yliopistollisessa sairaalassa erikoislääkärin virkaan ja vastaavasti näiden sairaaloiden ylilääkäriltä on voitu edellyttää dosentin pätevyyttä. Aito kiinnostus uuden tiedon etsimiseen on tämän takia voinut saada myös maallisempia värityksiä, mikä joiltakin osin voi selittää varsinkin lääkäreiden poikkeuksellisen suuren tutkimusaktiivisuuden.

Akateemisen ja palvelullisen uran keskinäinen sekoittuminen ei siis ole aina yksiselitteisen myönteinen ilmiö. Pahimmillaan se voi johtaa sirpaloituneeseen, opportunistiseen ja lyhytjänteiseen toimintaan, josta kärsivät sekä potilaiden hoito että tutkimustyö. Tutkimustyön opetuksen ja ohjauksen heikkous saattavat osaltaan pahentaa asiaa. Roolien keskinäinen sekoittuminen ei helpota edes tutkija-tuottajan omaa elämää, vaan lisää kohtuuttomasti arjen henkistä ja fyysistä rasittavuutta.

Samaan aikaan tutkimustyöllä on silti myös hyvin aito ja pysyvä arvo terveystieteissä. Terveyspalveluiden tuottaminen on kaikkein tietointensiivisimpiä inhimillisen toiminnan alueita, joissa sovellettavan tiedon keskimääräinen puoliintumisaika lasketaan muutamissa vuosissa. Tämän takia kaikkien ammattiryhmien, mutta aivan erikoisesti lääkärin tulee tuntea uuden tiedon syntymistapa eli ongelmanasettelun, tiedon keräämisen ja sen kriittisen tarkastelun menetelmät. Samasta syystä nimenomaan terveydenhuollon opettajantehtävissä toimivilta on voitava edellyttää tieteellisen metodologian omakoh- taista tuntemusta. Myös yliopistollisissa sairaaloissa on silti todennäköisesti paljon myös sellaisia toimenkuvia, joihin opettaminen ei näin kiinteästi liity.

ARVIO TUTKIMUS-EVOA KOSKENEIDEN SÄÄDÖSMUUTOSTEN VAIKUTUKSISTA 1994 – 2000

Tässä selvitysmiesarviossa ei oteta kantaa tutkimus-EVOn suuruuden ja tutkimustyöstä aiheutuneiden kustannusten keskinäiseen vastaavuuteen. Kustannusten ja korvausten vastaavuutta ovat selvittäneet aikaisemmin ja hieman eri menetelmin Linnakko (menetelmänä ekonometria) ja Linna ja Häkkinen (menetelmänä DEA-analyysi) sekä viimeksi Häkkinen ja Linna, joiden tekeillä olevaan selvitykseen viitattiin myös selvitysmiehen toimeksiannossa. Tämä raportti ei ole vielä aivan valmis ja sen tuloksiin viitataan seuraavassa vain valikoiden ja mainittujen tutkijoiden luvalla.

Tutkimus-EVOn laskenta- ja kohdentamisperusteiden tarkennusten vaikutuksia voidaan arvioida yleisellä tasolla seuraavasti:

- 1) **Yliopistosairaaloiden tutkimustyön tehostuminen.** Tutkimus-EVOn muuttuminen laskennalliseksi on piristänyt yliopistosairaaloissa tehtävää tutkimustyötä hyvin tunnustavasti. Selvimmin muutos käy ilmi yhden julkaisupisteen tuottamasta korvauksesta, joka on enemmän kuin puolittunut aikasarjassa vuodesta 1994 vuoteen 2001; (kirjanpito vuosi 2001: FIM 44566,55/piste). Vuodesta 1994 vuoteen 1999 vuodessa tuotettujen tutkimus-EVO-pisteiden määrä kasvoi 71 prosenttia 3 366:sta 5 748:aan. Näin arvioituna tutkimus-EVOa voidaankin pitää yhtenä onnistuneimmista tulospalkkiojärjestelmistä, jossa korvaus tuloksellisesta työstä on suoritettu tavallisesti tutkimuksen jatkamismahdollisuutena.
- 2) **Tutkimustyön laadun säilyminen.** Samanaikaisesti tutkimuksen volyymin kasvassa on määrärahojen kohdistamisessa voitu pitää kiinni yliopistotasoisuuden vaatimuksesta. Tutkijoilla on ollut koko ajan periaatteessa selkeä kannustin ottaa laadulliset tavoitteet huomioon jo tutkimustyön suunnitteluvaiheista alkaen, sillä vain huolellisesti suunnitellun, toteutetun ja raportoidun tutkimuksen tulosten tiedetään voivan ylimalkaan tulla julkaistuksi alan johtavissa tieteellisissä sarjoissa. Tutkimustyön laadukkuuden säilymisen puolesta todistaa vahvasti myös maan kliinisen ja biolääketieteellisen tutkimuksen säilynyt ja jopa mahdollisesti parantunut kansainvälinen kilpailukykyisyys. Myös muihin tieteenhaaroihin verrattuna mainittujen kahden alueen etevämyys on bibliometrisesti (menetelmänä viiteanalyysi) mitattuna selvä.
- 3) **Käyttöselvitys.** Osa yliopistollisista sairaaloista ja muista tutkimus-EVOn saajista on käyttöselvitysmääräyksen johdosta tehnyt perusteellisen ohjeistuksen tutkimus-EVOn käytön määrämuotoisuuden ja seurattavuuden lisäämiseksi.
- 4) **Yliopistollisten sairaaloiden ulkopuolisissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tehtävän yliopistotasaisen tutkimustyön kannustaminen.** EVOon oikeuttavien yksiköiden laajentaminen yliopistosairaaloista toimintansa tason, tutkijapotentiaalin ja markkina-asetmansa kannalta yliopistosairaalaa vastaaviin toimintayksiköihin on myös ollut perusteltu ratkaisu. Koska lakimuutos on tuore, sen määrällisiä vaikutuksia aikasarjassa ei voida vielä arvioida. Joka tapauksessa tarkennus – EVO-korvauksiin oikeutettujen toimintayksiköiden määrittely – on virittänyt aktiivista tutkimusmyönteisyyttä ja kilpailumieltä. – Alustavien tietojen mukaan näyttää kuitenkin siltä, että hajauttaminen on voinut kasvattaa tutkimustyön rajakustannuksia (Häkkinen ja Linna, julkaisematon havainto). Jos tämä pitää paikkansa, myös tutkimustyön säilyttäminen keskitettynä olisi voinut tuoda mittakaavaetuja, jotka siis toimintaa hajautettaessa on tavallaan menetetty.

Tämä raportti on jäsenelty seuraavasti: Raportin ensimmäisessä osassa tarkastellaan niitä ulkoisia muutoksia, jotka ovat viime vuosina muuttaneet terveystieteellisiä tietotarpeita, arvioidaan tutkimus-EVOn asemaa ja merkitystä muuttuneiden tietotarpeiden tyydyttämisessä ja tarkastellaan samoja ilmiöitä kansainvälistä taustaa vasten. Raportin toisessa osassa arvioidaan tutkimus-EVOn nykyisiä käyttökohteita pienen ja nopeasti kootun empiirisen aineiston perusteella. Raportin kolmannessa osassa esitetään joitakin vaihtoehtoisia tapoja tutkimus-EVOn ohjaukselle ja kohdentamiselle.

OSA 1. KOHTI TAVOITTEELLISTA OHJAUSTA

Muuttuva terveydenhuolto, muuttuvat tietotarpeet

Teknisestä tehostamisesta hoitojen valintaan

Maan julkista sektoria voimakkaasti koetellut ekonominen lama vuosikymmenen alussa johti myös terveyssektorilla suurempiin voimavarasupistuksiin kuin tiettävästi missään muussa maassa rauhan aikana. Supistukset koskivat terveyssektorin kaikkia osa-alueita, eri osa-alueita silti selvästi eri tavoin, somaattista erikoissairaanhoidoa ehkä suhteellisesti vähiten. Koska palvelujen tarve ja niiden kysyntäkin ovat kasvaneet kuitenkin koko ajan, koko sektori on joutunut toteuttamaan hyvin tuntuvia tehostamis- ja järjeistämishankkeita. Vuosikymmenen päätyttyä voidaan arvioida, että eri mittarein mitaten sektorin tekninen tehokkuus kasvoi joillakin alueilla useita kymmeniä prosentteja. Kansainvälisissä vertailuissa onkin enää vaikeata löytää toista jälkitekollista maata, jonka terveydenhuollon kustannus- eli tekninen tehokkuus olisi vuonna 2000 suurempi kuin Suomen. Suuri osa kustannustehokkuudesta selittyy tunnetusti kuitenkin tuotantopanosten, lähinnä työkustannusten pienuuden takia, mikä jättää nykyisen teknisen ”tehokkuuden” säilymisen suurelta osin tulevien työmarkkinaratkaisujen armoille.

Terveydenhuollon teknisen tehokkuuden painottaminen ja tehokkuuden nopeasti kasvanut vertailumahdollisuus on pienentänyt sitä taloudellista liikkumavaraa, joka terveydenhuollon toimintayksiköillä on ollut vielä vuosikymmen sitten. Tämän seurauksena esimerkiksi yksikköjen halu ja kyky seurata oman toimintansa tuloksia ja varsinkin sen vaikuttavuutta on pienentynyt aikaisemmasta, koska tähänkin tarvittavien voimavarojen koetaan vähentävän ydintoiminnon eli varsinaisen palvelutuotannon voimavaroja.

Teknisen tehostamisen käyttämättömät mahdollisuudet ovat siis nyt kaiken kaikkiaan tuntuvasti pienemmät kuin vuosikymmen sitten. Koska maan hallitukset ovat painottaneet ohjelmissaan valtionvelan hallinnan ensisijaisuutta seuraavaan taantumaa varauduttaessa, myös kuntien ja niiden kautta myös kuntayhtymien saama tuki valtiolta on pienentynyt tuntuvasti 1990-luvulla. Samaan aikaan terveydenhuollon palveluiden tarvitsijoiden ja tarjoutuvien hoitomenetelmien määrä on kasvanut. Terveyspolitiikassa tämä muutos merkitsee kohdentavan (eli allokaatiivisen) tehokkuuden korostumista toteuttavan (eli teknisen) tehokkuuden rinnalla.

Sama muutos on kirjattu Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin 1990-luvulla järjestämien priorisointiseminaarien asiakirjoihin. Kun ensimmäisen seminaarin asiakirjoissa

painotettiin vielä ”oikein toimimisen” (eli teknisen tehokkuuden) ensiarvoisuutta, jo muutamaa vuotta myöhemmin ”oikeiden asioiden valitseminen” eli toiminnan prioriteettien valinta katsottiin tärkeimmäksi erilliseksi strategiaksi. Terveystieteiden valintoja tukemaan perustettiin silti jo ensimmäisen priorisointiseminaarin jälkeen terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskukseen.

Samassa järkevien ja kustannustehokkaiden toimintatapojen etsimisen hengessä on jatkettu valtakunnalle yhteisten hoitosuosittelujen laatimista, (Duodecimin Käypä hoito -hanke), sovellettu tietotekniikkaa uudella tavalla perusterveydenhuollon päätöksenteon tueksi (yleislääkärin tietokanta), luotu elektronisia lähete- ja hoitopalautejärjestelmiä, tuoteistettu erikoissairaanhoidon kansainvälisen esimerkin mukaisesti (ns. Diagnosis Related Groups -järjestelmä) ja etsitty tapoja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen integraation syventämiseen (saumaton hoitoketju) ja koulutettu henkilökuntaa oman työnsä järjestelmälliseen arviointiin ja kehittämiseen (laatuhankeet). Kaikkiaan toiminnan arvioinnin tärkeys korostuu aikaisemmasta samalla kun arvioinnin fokus on alkanut siirtyä välisuoritteiden (osastohoitojaksojen, hoitopäivien ja poliklinikkakäyntien ja sairaanhoidollisten palvelujen lukumäärän) mittaamisesta kohti hoitointerventioilla tuotetun terveyden määrän mittaamista. Tämä muutos korostaa vaihtoehtoisten toimintatapojen ja hoitoratkaisujen keskinäisen arvon määrittämistä.

Ohjausmenetelmien muuttuminen

Päättäneen vuosikymmenen loppupuolella alettiin myös Suomessa siirtää käytäntöön hoidon odotettavissa olevaan vaikuttavuuteen perustuvaa ohjausta. Niin sanotulla sopimusohjauksella tarkoitetaan maksajan ja palveluntuottajan keskinäistä prosessia, jossa arvioidaan kohdeväestön kulloisetkin terveystarpeet, punnitaan ongelmien hoidettavuus, priorisoidaan näin arvioitu hoidon kokonaistarve sen odotettavissa olevan kustannusvaikuttavuuden pohjalta ja suhteutetaan sopimuksen loppusumma käytettävissä oleviin, edustuksellisissa poliittisissa järjestelmissä yhteisesti sovittuihin voimavaroihin. Tällainen määrämuotoinen ja rationaalisuutta tavoitteleva toimintatapa on selvästi yleistyvässä ja korvaa aikaisemman satunnaiseen potilaslähtöiseen palvelukysyntään perustuvan toiminnan.

Yhdennäköisyys sopimusohjauksen ja niin sanotun managed care -järjestelmän välillä on ilmeinen. Suomessa uuden järjestelmän toimivuutta heikentää silti toiminnan vaikuttavuutta koskevan tiedon epäsymmetrinen jakautuminen sopimuskumppaneiden, sairaalan ja kunnan kesken sekä, kuntien valtaenemmistön kohdalla, myös kunnan tilastotietoisuudesta määräytyvä kyvyttömyys toiminnan kustannusten satunnaisvaihtelun synnyttämän riskin kantamiseen. Sen vuoksi kustannusten hallinnan menetelmänä on käytetty alibudjetointia (eli ”raamia”), jossa varsinkin erikoissairaanhoidon kokonaiskustannukset yritetään ankkuroida maksajan yksipuolisella päätöksellä johonkin kiinteään, yleensä vielä riittämättömäksi tiedettyyn summaan ilman, että toiminnan prioriteeteista ja vaihtoehtoista olisi yritetty sopia mitenkään. Tämä menettely on ollut omiaan heikentämään poliittisen järjestelmän ja varsinkin erikoissairaanhoidon tuottajien keskinäistä luottamusta ja tuottajien toiminnallista sitoutumista. Ohjausjärjestelmän järkevöittäminen edellyttää tämän takia uuden, toiminnan suhteellista vaikuttavuutta arvioivan tutkimusotteen vahvistumista.

Väestön vanheneminen, sairauskirjon muuttuminen

Myös väestön ikääntyminen korostaa uudenlaisen tiedon tarvetta. Kustannuksia mitta-puuna käyttäen suurin osa koko terveydenhuollon ja jopa erikoissairaanhoidon toimin-nasta kohdistuu jo nyt yli 60-vuotiaaseen väestöön, joissakin hoitomuodoissa suurimmat yksittäiset viisivuotiskäryhmät jopa erikoissairaanhoidossa ovat yli 80-vuotiaita. Tällä muutoksella on useita seurannaisvaikutuksia. Itsenäiseen selviytymiseen, elinympäris-töön ja muihin sosiaalisiin seikkoihin liittyvien tekijöiden huomioon ottaminen potilai-den hoidosta päätettäessä on käynyt yhä tärkeämmäksi. Nimenomaan vanhenevan väes-tönosan kasvaessa on luovuttava dikotomisesta terve tai sairas -ajattelusta ja korostetta-va terveyskäsitteen suhteellisuutta ja liukuvuutta. Myös monisairaus ja mutkikkaat lää-kitykset vaikuttavat hoitopäätöksiin useammin kuin menneinä aikoina, jolloin suuri osa potilaista oli työikäisiä. Elämänkaaren loppupuolella tehtävissä hoitoratkaisuissa on otettava huomioon myös intervention pitkäaikaishyödyn väistämätön vähentyminen. Vielä samannimisenkin taudin elinpatologia voi eri ikäisillä olla selvästi erilainen (esi-merkkinä sepelvaltimotauti), mikä merkitsee hoidon kriittisen yksilöllisen virittelyn tarvetta. Myös tämä tarvitsee perustakseen luotettavaa ja mieluummin vielä nimen-omaan suomalaisesta toimintaympäristöstä kerättyä tietoa.

Samaan aikaan kun terveystarpeet painottuvat entistä selvemmin monisairaisiin vanhuk-siin, myös koko sairauskirjo on muuttumassa. Psykkinen oireilu on käynyt nopeasti aikaisempaa yleisemmäksi. Erityisen selvä muutos on nähtävissä lasten ja nuorten koh-dalla, jossa suuri osa ikäluokasta saattaa tarvita ammattiauttajaa saadakseen elämänhal-lintansa eli ”terveytensä” takaisin. Jo hoitoon käytettävien voimavarojen riittämättö-myydestä voitaneen päätellä, ettei lasten ja nuorten psykkinen ongelmien tieteelliseen tutkimustyöhönkään ole osoittanut resursseja.

Ohjaustiedon niukentuminen

1990-luvun kehitys on valitettavasti merkinnyt myös kansallisen ohjaustiedon niuken-tumista. Eräät toimintarekisterit, jotka oli aikanaan tuotettu yksittäisten lääkäreiden ja lää-käriyhmien aloitteellisuuden tuloksena ja jotka eivät sen vuoksi nauttineet samasta suo-jasta kuin viranomaisten tai kolmannen sektorin ylläpitämät viralliset hoitorekisterit, ovat päässeet rapautumaan vuosikymmenen vanhetessa. Sen sijaan, että rekistereitä olisi kehitetty tavoitteellisesti ja ajan vaatimusten mukaisesti tuottamaan tietoa hoidon todel-lisista tuloksista eli eri interventioiden tuottamasta terveyden määrästä, niiden eheys ja tiedon laatu on ratkaisevasti heikentynyt. Kun samaan aikaan on nähty hyväksi sulkea keskusvirasto, normiohjaus ei olekaan vaihtunut informaatio-ohjaukseen vaan yksinker-taisesti entistä vähempään ohjaukseen. Ohjauksen niukkuus heijastuu eri hoitomenetel-mien alueellisen vaihtelun suuruuteen. Joidenkin suurten ja potilaan elämään ja sen laa-tuun, omaistyön määrään ja sosiaaliverkon kuormittumiseen tuntuvasti vaikuttavien leikkaustoimenpiteiden, esimerkiksi alaraaja-amputaation väestöön suhteutettu taajuus voi vaihdella maassamme moninkertaisesti ilman, että mikään epidemiologinen seikka selittäisi tällaista vaihtelua.

Kansainvälinen kehitys

Kasvavan kohdentavan tehokkuuden määrätietoinen tavoittelu ei silti ole leimallista vain oman maamme terveydenhuoltojärjestelmälle. Erilaisten ehkäisevien, diagnostisten, hoidollisten ja kuntouttavien interventioden toimivuuden (eli ”tehon”; efficacy) ja niiden vaikuttavuuden (effectiveness) arviointi on saanut aikaisempaa tuntuvasti laajemman sijan myös maailman johtavien lääketieteellisten julkaisusarjojen artikkeleiden palstoilla. Samalla on alettu mitata myös potilaiden subjektiivisesti saamaa hyötyä (utility) soveltamalla tutkimustyössä sekä sairauskohtaisia että geneerisiä elämänlaadun mittareita. Koska rationaalinen päätöksenteko edellyttää hoidon tulosten (outcomes) ohella myös tuloksen saavuttamisen sitomien uhrausten (costs) arvottamista, terveysekonomisten tutkimusten volyyymi on moninkertaistunut 1990-luvulla samalla kun niiden laatu on parantunut ja painoarvo kasvanut.

Muuttuva tutkimuskulttuuri

Länsimaisten terveydenhuoltojärjestelmien tietotarve on siis muuttunut laadullisesti selvästi 1990-luvulla ja tämän muutoksen on helppo ennakoida jatkuvan samansuuntaisena. Biolääketieteellisen tutkimusperinteen rinnalle on monissa maissa kohonnut systemaattista ja poikkitieteellistä arviointitutkimusta soveltava tieteenhaara. Tieteellisesti luotettavaa tietoa koko palvelujärjestelmän ja sen osa-alueiden suhteellisesta kyvystä tuottaa terveyttä tarvitaan jo nyt paljon, jatkossa varmasti enemmän.

Kaikelle merkittävälle, todella uutta tietoa luovalle terveystieteelliselle tutkimustyölle on leimallista aikaisempaa ammattimaisempi ote. Tutkijat ovat voineet omistautua kokoaikaisesti tieteellisten ongelmien selvittelyyn. Tutkijoiden järjestelmälliseen ja laajalaiseen kouluttamiseen on kiinnitetty kasvavaa huomiota. Tutkimushankkeet ovat kasvaneet kooltaan ja kestoltaan, samalla kun tutkimussuunnitelmissa korostuvat hankkeiden painoarvo, realismi ja seurattavuus. Ne on projektoitu yhä huolellisemmin, johdettu yhä professionaalisemmin ja niiden rahoitus on tehty tietoisesti yhä läpinäkyvämmäksi.

Kasvava osa tutkimustyöstä tehdään suurissa tutkijaryhmissä, jotka tarkastelevat samaa ongelmaa usean eri tieteenperinteen kannalta. Näin myös kliinisessä tutkimustyössä nähdään uutena vahvuutena tutkittavan ongelman kannalta relevantin perustutkimuksen, testiympäristössä kokeilevan, kliinisessä ympäristössä soveltavan ja käytännössä arvioivan tutkimuksen entistä vahvempi keskinäinen liittoutuminen. Liittoutuminen varmistaa sekä mielekkään ongelmanasettelun, uuden tiedon viiveettömän siirtymisen kliiniseen käytäntöön että tutkimusmenetelmien optimaalisen soveltamisen. Kliiniselle tutkimustyölle on lisäksi ominaista voimien kokoaminen yli valtakuntien rajojen sekä tutkijoiden suunnitelmalliset riittävän pitkäkestoiset vierailut saman alueen muissa keskuksissa. Kaikki tämä on ollut omiaan kasvattamaan ongelmien ratkaisuun kohdennettavissa olevaa tutkimuspotentiaalia, nopeuttamaan merkittävien tutkimushankkeiden toteutumista ja lisäämään koko alueen keskinäistä verkottumista.

Terveystieteellinen tutkimustyö investointina

Terveystieteellisen tutkimustyön perimmäinen tavoite on edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia sekä parantaa niiden diagnostiikkaa, hoitoa ja kuntoutusta. Terveystieteellisen tutkimustyön tulos tulisi siis voida arvottaa terveyden määrän kasvuna, jossa terveys on yksinkertaisuuden vuoksi hyvä hahmottaa joko iänmukaisena toimintakykynä taikka yksilöllisenä autonomiana, elämänhallintana, riippumattomuutena, eli omien valintojen tekemiskyvyn ja niiden toteuttamismahdollisuuksien moninaisuutena.

Päätös panostaa terveystieteelliseen tutkimustyöhön on taloudellisessa mielessä investointi, joka jo investoinnista päätettäessä joutuu kilpailemaan järkevyydessään paitsi monien muiden kohteiden myös niiden voimavarojen kanssa, jotka suunnataan varsinaiseen hoitotoimintaan. Toisin ilmaisten ollakseen potilaiden hoitoa mielekkäämpi investointikohteeksi panostuksen tutkimustyöhön tulee ”tuottaa” enemmän kuin suoran sijoituksen potilaiden hoitoon.

Tutkimusinvestoinnin nykyarvon määrittämiseen liittyy terveystieteellisessä tutkimustoiminnassa ongelmia, jotka ovat sukua terveysekonomian käyttämien välillisyyden ja epävarmuuden käsitteille. Lääketieteellisen tutkimustyön tulos (result; esimerkiksi geenisekvenssin selvittäminen, lääke, diagnostinen tai hoitomenetelmä jne.) on vielä voitava soveltaa käytäntöön ennen kuin sen kyky tuottaa terveyttä reaalimaailman oloissa (health outcomes) on edes mitattavissa. Investoinnin (I) nykyutiliteetti (U) vaikuttavat investoinnista päättämisen hetkellä ainakin tutkimuksen todennäköiset onnistumismahdollisuudet (p), tutkimuksen aloittamisen ja sen tulosten kliinisen soveltamisen välinen (diskontattu) aikaintervalli ($t(d)$), sovellusalue eli tutkittavan ongelman suuruus (N) ja intervention odotettavissa oleva impakti terveyden määrään (h). Panostuksen nykyutiliteetti saa näin muodon.

$$U = I f(p, t(d), N, h)$$

Näiden muuttujien nimenomaisesta erittelystä on hyötyä nimenomaan silloin, kun punnitaan eri tutkimushankkeiden keskinäistä arvoa.

Tutkimuskohteiden lukumäärän kasvu

Tutkimustyön rahoitusratkaisujen rationaalisuutta korostava näkökulma on siis tullut viime vuosina yhtenä osatekijänä mukaan, kun on punnittu vaihtoehtoisten terveystieteellisten tutkimuskohteiden keskinäistä tärkeyttä. Yhteiskuntien vaurauden lisääntyessä myös valintojen välttämättömyys kasvaa paradoksaalisesti: Vauraus on tehnyt mahdolliseksi tiedon kokonaismassan kasvun, jonka tuloksena myös tuntematon kohdataan tavallaan aikaisempaa laajemmalla rajapinnalla. Koska nykyisen tietomassan pinta-ala tavallaan kuvastaa tutkimuskohteiksi tarjoutuvien ongelmien määrää, tieteellisen kiinnostuksen kohteiden rationaalinen valitseminen on suhteellisesti yhä tärkeämpää. Ekonomisessa niukkuudessa jokaisen hankkeen, myös tutkimushankkeen todellinen kustannus on sen hankkeen tuottama potentiaalinen hyöty, joka jää juuri niukkuuden takia vaille tukea.

Kuvattu rationaalisuus ei silti uhkaa niiden perustelujen pitävyyttä, joilla on puolustettu tutkimustyön vapautta suhteessa sidottuun tutkimukseen. Heikkotasoinen tutkimus ei

ansaitse koskaan mitään tukea, koska sen tulokset ovat joko epäluotettavia, itsestään selviä (eli ns. nollatutkimusta) tai enintään huonosti siirrettävissä mihinkään muuhun ympäristöön. Kasvavan rationaalisuuden vaatimuksen kohdalla kysymys ei siis ole aikaisempien valintaperusteiden kumoamisesta vaan niiden välttämättömästä täydentämisestä ja tutkimuskohteita koskevien valintojen mahdollisimman tietoiseksi tehdystä priorisoinnista. Painokkaasti: tutkimustyön rationaalisuus ei ole poliittis-byrokraattisesti ohjatun painoaluetutkimuksen synonyymi. Elleivät jonkin tutkimustyön perusehdot, niistä tärkeimpänä yliopistotasoinen osaaminen täyty, tutkimustyötä ei pidä tukea, olipa sen kohde ja soveltamat menetelmät mitkä hyvänsä.

Analogia tutkijan ja lääkärin autonomian muutoksessa on tässä selvä ja lukijaa ajatellen kenties selventäväkin: Kun vielä parikymmentä vuotta sitten lääkärin päätöksenteon professionaalista autonomisuutta, ”pätöksenteon riippumattomuutta”, pidettiin myös Suomessa luovuttamattomana itseisarvona, nyt koko ammattikunnan parhaat voimat on valjastettu tuottamaan hyvin tarkkaan suunniteltuja erikoisalakohtaisia hoito-ohjelmia. Myös muutoksen katalyytti on sama, eli ekonominen niukkuus, tarve tuottaa samoilla voimavaroilla enemmän. Jopa tavoiteltu tuote, terveyden lisäys, on sama. Vain aikajänne, valintojen havainnollisuuden aste ja valinnan kohde erottavat lääkärin ja tutkijan tekemät menetelmälliset valinnat toisistaan.

Taulukko 1: Terveystieteellisen tutkimustyön luokitteluperusteet ja ominaispiirteet

Tutkimuskategoria	Perustutkimus	Kliininen tutkimus	Järjestelmätutkimus
tutkimuskohde	olio	kliinis-biologinen assosiaatio, kausaalisuhde	muu assosiaatio, kausaalisuhde
tutkimustraditio	luonnontiede reductio	luonnontiede reductio	vaihteleva moninainen
ajallinen pysyvyys	pysyvä	osittain pysyvä	osittain pysyvä
siirrettävyys	siirrettävä	siirrettävä	osittain siirrettävä
välitön sovellettavuus	huono	hyvä	hyvä
kv. verkottuneisuus	täydellinen	kasvava	kasvava
kaupallinen hyödynnettävyys	kasvava	vaihteleva	vähäinen
ongelman kansallisuuden aste	hyvin pieni	pienehkö	suhteellisen suuri
tuotannon primaarivastaa	yliopistotutkimuslaitokset	palvelujärjestelmä tutkimuslaitokset	palvelujärjestelmä
mahdollisuus huippuyksiköksi	suuri	pienehkö	pieni
arvo	arvokas	arvokas	arvokas

TUTKIMUKSEN NYKYISET KOHDENTAMISKRITEERIT

Erikoissairaanhoidolaki ei määrittele EVO-rahoituksella tehtävän terveystieteellisen tutkimuksen kohteita. Ainoa tutkimustyölle asetettu laatumääre koskee sen tasokkuutta, jota lainlaatija siis kuvaa sanalla yliopistotasoinen. Vuoden 1997 lakimuutoksen perusteluiden mukaan erillisiin tutkimushankkeisiin voivat lain perustelujen mukaan *hakea* rahoitusta kaikki yliopistosairaalan vastuualueella toimivissa terveydenhuollon toimintayksiköissä yliopistotasoisista terveystieteellistä tutkimusta tekevät tutkimusryhmät, joiden tutkimustyön tavoitteena on terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy, diagnostiikka, hoito ja kuntoutus sekä terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen. Rahoituksen *myöntämisen* perusteina mainitaan hankkeiden tieteellisen tason rinnalla vain yksi, *nimittäin niiden erityinen merkitys terveyden- ja sairaanhoidon valtakunnallisen kehittämisen kannalta*.

Erikoissairaanhoidolain viimeisen muutoksen valiokuntakäsittelyn yhteydessä painotettiin tarvetta suunnata tutkimustoimintaa nimenomaan sairauksien ehkäisyyn, terveydenhuollon ja kliinisen sairaanhoidon kehittämiseen sekä erityisesti hoidon vaikuttavuuteen. Lisäksi valiokunta kirjasi muistiin lakiesitystä käsitellessään, että tutkimustoiminnasta ja sen vaikutuksista on tarkoituksenmukaista järjestää arviointi.

Säädökset ohjeistavat tutkimuksen kohdentamisen siis väljästi eikä säädöksissä ole selvitetty käytettyjen termien sisältöä. Tutkimustyön kohdentumista ei ole yritetty selvittää yksittäisten tutkimushankkeiden tasolla eikä tutkimustyön vaikutuksia toimintaan ole toistaiseksi arvioitu. Lakimuutosten vaikutuksia tutkimusten kohdentumiseen ei myöskään ole arvioitu.

Tutkimuksen kohdentamiseen liittyviä kysymyksiä tarkastellaan seuraavassa kansallisen terveystieteellisen tietotarpeen, terveystieteellisen tutkimusrahoituksen peittävyuden ja ulkomaisten esimerkkien kannalta.

Kansalliset tietotarpeet

Valtaosa terveystieteellisestä tutkimustyöstä kartuttaa ylikansallista, kaikille yhteistä tietopääomaa.

Globaalisen, kaikkialla tuotettavan ja potentiaalisesti sovellettavan tietomäärän kasvu on jättänyt varjoonsa sen seikan, että eri alueilla ja valtakunnilla voi olla omia tietotarpeita, joiden tyydyttäminen jää väistämättä näiden alueiden oman aloitteellisuuden ja terveen kansallisen itsekkyydenkin varaan. Nämä tietotarpeet jakautuvat kahteen ryhmään, *vain kansallisesti esiintyvien terveysongelmien selvittelyyn ja kansallisten palvelujärjestelmien toimintaa ja kehittämistä koskevien kysymysten käsittelyyn*.

Kansalliset terveysongelmat

Pääasiassa Suomessa esiintyvät synnynnäiset sairaudet, niin sanottu suomalainen tautiperintö on paras esimerkki edellisestä ryhmästä. Potilasluvultaan pienen mutta ongelmiltaan hyvin moninaisten aineenvaihduntasairauksien tutkimustyötä on harjoitettu

Suomessa usean vuosikymmenen ajan ja erinomaisin tuloksin. Näiden sairauksien selvitystyö on luonut maahamme myös uutta biolääketieteellistä osaamista. Tämä osoittaa samalla, miten vaikeata on ennustaa nykyaikaisen tutkimustyön seurannaisvaikutuksia.

Kansallisen palvelujärjestelmän tutkimus

Kansallisen palvelujärjestelmän tutkimista on mahdotonta jättää ulkopuolisten tehtäväksi. Erona suomalaisen tautiperinnön tutkimukseen järjestelmätutkimuksen perinne on Suomessa hajanaisempaa ja ohuempaa. Tälle voidaan tarjota monta selitystä:

1. Kansallinen terveystalvupalvelujärjestelmä on totuttu ottamaan vastaan poliittisesti *annettuna*, minkä takia palvelurakenteiden ja palveluiden tuottamisen vaihtoehtoja ei ole totuttu pohtimaan saati problematisoimaan tieteellisellä tasolla. Myös *väestön tyytyväisyys* vallitseviin oloihin ja sen luottamus valtiollisen ja paikallisen edustuksellisen demokraattisen järjestelmän kautta itse valvomaansa terveydenhuoltoon on ollut kansainvälisessä verrannossa harvinaisen, ettei yllättävän suuri. Ulkopuolisten tahojen (esimerkiksi WHO:n) esittämät epäilevät arviot ovat vaijentuneet pian eivätkä paineet palvelujärjestelmän tieteelliseen tutkimiseen ole arvostelusta kasvaneet;
2. *Lainsäädännön* tulkinnanvaraisuuden takia palvelujärjestelmän tutkimisen vastuuta on vyörytetty tutkimuspoliittisessa dialogissa edestakaisin esimerkiksi sektoritutkimuksen ja EVO-rahoitteisen tutkimuksen välillä;
3. Teknisen tehostumisen yhä kasvaneet vaatimukset ovat vähentäneet kaikkien kliinisten palveluyksiköiden *taloudellisia* mahdollisuuksia oman toimintansa tulosten systemaattiseen ja kriittiseen arviointiin;
4. Alueen *tutkimusperinne* on Suomessa kehittymätön ja osaaminen alueella vähäisempää, minkä osaltaan selittää järjestelmätutkimuksen, systemaattisen arvioinnin ja taloustieteiden lähes täydellinen puuttuminen maan kaikkien lääketieteellisten tiedekuntien opetusohjelmista;
5. Palvelujärjestelmän tutkimusta ei myöskään koeta yhtä *palkitsevaksi* kuin joitakin muita tutkimusaloja eikä tutkimustulosten vaihtoarvoa kansainvälisessä tutkijayhteisössä pidetä välttämättä yhtä varmana;
6. Palvelujärjestelmän tulosten arviointia *ei välttämättä edes hyväksytä tieteellisen tutkimuksen kohteeksi*, vaan se halutaan samastaa erilaisiin yleensä kirjavasti toteutettuihin ja satunnaisiin laadunvarmennushankkeisiin ja sisällyttää niihin;
7. Koska palvelujärjestelmien tutkiminen tuottaa eri syistä paljon heikommin EVO-jaon perusteina käytettäviä niin sanotuista impaktipisteistä johdettuja EVO-pisteitä, *EVO-järjestelmä itse* on luonut negatiivisen kannustimen palvelujärjestelmiä koskeville tutkimuksille. Näitä syitä ovat tutkimuksen hitaus, mutkikkuus, monialaisuus ja sen impaktipisteitä tuottavaan kykyyn liittyvä epävarmuus.

Nykyaikainen, organisoitu palvelujärjestelmän tutkimus suuntaisi esimerkiksi seuraavanlaisiin kokonaisuuksiin:

1. hoidon *vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus*, sen tuottama pitkän aikavälin elämänlaatu ja sen mittaaminen; *terveyden edistämistyön vaikuttavuus*;
2. hoitopäätöksiä ja terveystalvupalvelujärjestelmää koskevan *päätöksenteon formaalinen analysointi*;
3. hoitokäytäntöjen alueellisen *vaihtelun* syyt ja seuraukset;

4. kehittyvän *tietotekniikan* vaikutukset palvelutuotantoon, rakenteisiin ja tuloksellisuuteen;
5. *palveluiden rahoitustapojen* ja palveluiden jakautuman yhteydet;
6. *väestön terveystarpeiden* ja palvelujärjestelmän piirteiden yhteydet;
7. *hoitomyöntyvyys*, sen riippuvuudet ja lisäämisen mahdollisuudet;
8. *terveyspalveluiden toimivuus* asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna.

Palvelujärjestelmän toimintaan liittyy siis tuntuja tyydyttämättömiä ja kasvavia tietotarpeita. Tätä aluetta koskeva tiedon puute on aito, mikä tekee järjestelmällisestä, kurinalaisesta tieteellisestä tutkimustyöstä ainoan hyväksyttävän välineen tarvittavan tiedon keräämiseen ja käsittelemiseen.

Palvelujärjestelmää koskeva tutkimustarve on hyvä suhteuttaa myös käsiteltävien ongelmien ekonomiseen kokoon. Pelkästään akuuttihoitoon suorat kustannukset ylittävät Suomessa vuosittain 30 miljardia markkaa, ja epäsuorien, palvelujärjestelmän ulkopuolella yhteiskunnassa syntyvien materiaalien ja aineettomien kustannusten (työpanoksen puuttumisen tai heikentymisen, huoltajuuden ongelmien, omaistyön yms. kautta syntyvien kustannusten) kertaluku on vain vähän pienempi. Koko järjestelmässä pienikin, muutaman prosentin suuruinen ”epäoptimaalisuus” johtaa yhteisten voimavarojen hukkaantumiseen, joka ylittää kaiken tutkimukseen kohdennetun erityisvaltionosuuden. ”Epäoptimaalisuus” voi ilmetä yhtä hyvin yli- kuin alihoitona, hoitomenetelmien valintavirheinä, palveluprosessien hallitsemattomuutena, torjuttavissa olevina hoitokomplikaatioina, tarjoutuvina mutta laiminlyötyinä ehkäisymahdollisuuksina, tiedonkulun pulmina, päällekkäisenä kehittelytyönä, odotteluna ja jonotteluna, turhina logistiikkakustannuksina, heikkona hoitomyöntyvyytenä ja hoitoa ohjaavien likimuuttujien saavuttamattomuutena. Luettelon viimeiseen esimerkkiin liittyvät empiiriset havainnot osoittavat, etteivät ongelmat koske välttämättä vain pientä osaa hoidosta vaan esimerkiksi verenpainetaudin ja diabeteksen kohdalla jopa suomalaisten potilaiden suurta enemmistöä.

Kaiken kaikkiaan koko terveydenhuolto voidaan mieltää mittavaksi prosessiksi, jonka tuloksellisuuden parantaminen edellyttää tieteellisen tutkimustyön tuottamaa tietoa. Tietointensiivisyytensä takia sektorin optimaalisen ohjauksen tulisi sitoa mieluummin prosenteja kokonaiskustannuksista kuin prosenttien osia. Tässä mielessä terveyssektori on rinnastettavissa muista tuotannonaloista parhaiten tietotekniikkaan, jossa kehittämiskustannusten osuus liikevaihdosta lasketaan yleisesti kaksinumeroisina prosenttilukuina.

Palvelujärjestelmään kohdistuva tutkimus edellyttää poikkitieteellistä käsittelytapaa. Tutkijaryhmien on kohteesta riippuen kyettävä soveltamaan työssään esimerkiksi formaalisen arvioinnin, ekonomian, tietotekniikan, käyttäytymistieteiden, tuotantotalouden ja sosiologian tutkimusmenetelmiä ja yhdistämään ne vankkaan lääketieteelliseen asiantuntemukseen. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä tarjoaa ohjattavuutensa ja selkeytensä takia monessa kohdassa mahdollisuuden tapaus-verrokkiaselman käyttämiseen, mikä lisää tuntuvasti tutkimustulosten tieteellistä arvoa.

TERVEYSTIETEELLISEN TUTKIMUSRAHOITUKSEN PEITTÄVYYS

Ihanteellisessa tilanteessa terveystieteellisen kansallisen tutkimuksen rahoitus kattaa toimintakentän ilman suuria katveita tai tuntuvia päällekkäisyyksiä.

Suomessa laki määrittelee Kansanterveyslaitoksen tehtäviksi väestön terveyden edistämisen, tutkimisen ja valvomisen, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) tehtäviksi sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja kehityksen arvioinnin, alan kotimaisen ja kansainvälisen tiedon tuottamisen ja hankkimisen ja sen välittämisen käyttäjille, tilastojen, tiedostojen ja rekistereiden pitämisen, alan tutkimus- ja kehittämistoiminnan harjoittamisen, alan koulutuksen edistämisen ja toteuttamisen sekä aloitteiden tekemisen. Tutkimus-EVOn käyttökohteissa on lueteltu terveyden edistäminen, tautien ehkäiseminen sekä diagnostiikka, hoito ja kuntoutus sekä palvelujärjestelmän kehittäminen. Suomen Akatemia määrittelee tehtäväkenttäänsä toiminta-ajatuksessaan korkeatasoisen tieteellisen tutkimuksen edistämiseksi, suomalaisen tutkimuksen kansainvälisen aseman vahvistamiseksi, tutkimuksen monimuotoisuuden ja uusiutumiskyvyn turvaamiseksi ja tutkimuksen laajamittaiseksi hyödyntämiseksi. Yksityiset säätiöt rahoittavat terveystieteellistä tutkimusta yksilöllisin painotuksin, kun taas kaupallisen sektorin luontevin rahoitusalue on kliininen lääke- ja lääkintälaitetutkimus. Terveyssektori saa tutkimustyöhön julkista tukea myös muilta hallinnonhaaroilta. – Terveystieteiden taloudellisen tuen jakauma on kuvattu taulukossa 2 (lähde: J. Huttunen: Tutkimusrahoitus. Kirjassa Kliinisen tutkijan opas, Kustannus Oy Duodecim. Gummeruksen kirjapaino, Jyväskylä, 2000, s. 113).

Taulukko 2: Terveystutkimuksen rahoitus (mmk)

Rahoittaja	Määrä (vuosi)
Lääketieteelliset tiedekunnat	350 (1997)
Julkinen sektori (tutkimuslaitokset, ministeriöt)	290 (1997)
Suomen Akatemia, terveyden tutkimuksen tmk	150 (1998)
EVO-rahoitus	360 (1999)
Säätiöt	noin 100 (1998)
Teollisuus	400 (1997)

Lakisäateisiä ja muilla tavoin määräytyneitä vastuita tarkasteltaessa havaitaan, että erikoissairaanhoidollain perusteluissa tutkimus-EVOn käyttöalueiksi määritellyt kohteet liittyvät toisaalta Kansanterveyslaitoksen, mutta vielä selvemmin Stakesin vastuualueiden kanssa. Jonkinasteista päällekkäisyyttä havaitaan nimenomaan kliinisten tutkimusalueiden kohdalla myös Suomen akatemian tavoitteiden ja EVO-rahoituksella tehtävän tutkimuksen kohdalla. Kuten edellä viitattiin, osa palvelujärjestelmää ja sen toimintaa koskevasta tilastotiedollisesta tyhjiöstä voi selittyä juuri sillä, että alueen tutkimus on määritelty laissa tai lain perusteluissa tavallaan sekä Stakesin että EVO-rahoitteisen tutkimuksen vastuulle. Jaettu mutta muuten määrittelemätön vastuu jää yleensä vaille kantajaa.

Tuoreessa Stakesia koskeneessa selvitysmiesraportissa kiinnitettiin huomiota Stakesin ja terveystalouden tuottajien keskinäisen yhteistyöperinteen puuttumiseen. Asiantuntijuuden yhdistäminen auttaisi osapuolia myös selventämään keskinäiset vastuunsa. Aivan erityisesti tämä koskee palvelujärjestelmän kehittämistä ja rekisteritietojen jalostamista. Terveystalouden tuottajien luontevimpia kumppaneita tällaisessa toiminnassa olisivat Stakesin parissa ainakin tilastoista ja rekistereistä vastaava sekä toiminnan vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustietoja keräävä FinOHTA (terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö). Ensi sijassa clearinghouse-yksikkönä eli ulkomaisen tiedon välittäjänä toimivalla FinOHTAlla ei ole ekonomisia mahdollisuuksia toimia kotimaisen vaikuttavuustiedon vahvana itsenäisenä tuottajana.

Tutkimusrahoituksen katveita etsittäessä suurin huomio kiinnittyy perusterveydenhuoltoon koskevan tutkimuksen rahoitukseen. Sekä sektorirahoituksella että EVOlla on ilmeisesti tarkoitus kattaa osa perusterveydenhuoltoon – ja, laajemmin, järjestelmäintegraatioon – liittyviä tutkimustarpeita. Ilmeisesti lainsäätäjä on ajatellut juuri perusterveydenhuollon aseman korostumista ja siitä syntyviä tutkimustarpeita kohdistuessaan osan tutkimus-EVOsta alueellisiin hankkeisiin ja määrätessään näihin hankkeisiin suunnattavien voimavarojen suuruudesta. Tämä ei kuitenkaan käy riidattomasti ilmi lain perustelutekstistä.

Myös eri rahoituslähteiden riskinotto- ja kyvyssä on eroja. Koska yksityinen sektori voi siirtää omat tuotekehittelykustannuksensa avoimille markkinoille ja koska alan pitkäkö patenttisuojaa antaa sille suhteellisen varman turvan kehittelykustannusten kotiuttamiseen, myös sen suhteellinen riskinkantokyky lienee rahoitusvaiheessa suurin. Yksityisten säätiöiden ja Akatemian rahoittamalle tutkimuksellekaan ei asetettane ajatuksellisesti yhtä varmoja ”takaisinmaksuodotuksia” kuin edelliselle, silti suurempia kuin sektoritutkimukselle ja EVOlle. Näin punniten EVOon kuntien asettamat takaisinmaksuodotukset (tekijät p ja $t(d)$) ovat suurimmat ja sen käyttöön liittyvän riskin tulisi vastavasti olla pienin. Tämä tulkinta on sopusoinnussa EVO:n valtionosuus- ja sektoriluonteen kanssa: *EVO on siis tulkittavissa rahaksi, joka tulisi saada varmasti ja vaikka pienelläkin ”korolla” takaisin.*

ULKOMAISIA ESIMERKKEJÄ

Tutkimuksen rahoittaja määrittelee tutkimustyön tuen kohdentumisen myös muiden maiden ja kansainvälisissä kuvioissa. Englannissa valtion yliopistosairaaloissa rahoittamalta tutkimustyöltä edellytetään ”palvelujärjestelmärelevanssia” (NHS-relevance). Maan terveystalouden tuoreessa linjauksessa todetaan: ”As well as providing solid support for the national science effort, the NHS must support R&D that is **relevant** to the national priorities of NHS, **responsive** to the needs of those, who use the NHS, its staff and decision-makers, and **accessible**. It must taken an integrated approach to securing the knowledge we need if we are to tackle health inequalities and provide effective modern health and social care” (Research and Development for a First Class Service. R&D funding in the new NHS; s. 3. Department of Health, 2000; lihavoinnit alkuperäiset).

Lause alistaa terveydenhuoltosektorilla julkisesti rahoitetun tieteellisen tutkimustyön itse palvelutoiminnalle ja sen tavoitteille. Samalla se laajentaa tutkimustyön käyttämää

menetelmästä, sisällyttää palveluiden käyttäjän samaan kuvaan, muistaa palveluiden jakauman ja toiminnan vaikuttavuuden tavoitteet ja lopuksi korostaa tuotetun tiedon vaivatonta saavutettavuutta. Lyhydessään ja selkeydessään linjaus kelpaa esimerkiksi valtion voimavaroilla toteutettavan tutkimustyön strategisesta ohjauksesta. Lause voidaan haluttaessa tulkita myös terveen kansallisen itsekkyyden ilmenemäksi, sillä kaikki lauseen objektit, järjestelmä tai järjestelmältä apua hakeva kansalainen, sijaitsevat aivan selvästi Brittein saarilla eivätkä missä tahansa.

Euroopan unioni käyttää termiä Community Added Value punnitessaan tuen myöntämistä tutkimustoiminnalle. Toisin sanoen EU priorisoi hankkeet sen mukaisesti, onko odotettavissa tutkimustyön tuottavan nimenomaan unionin tasolle ja sen strategisille tavoitteille lisäarvoa vai eikö. Arvioijat käyttävät tätä mittapuuta varmasti vaihtelevalla tavalla. Tukea koskevia päätöksiä tehtäessä unionille syntyvä lisäarvo otetaan tavallaan yhtenä tekijänä huomioon. Ellei tällaista lisäarvoa voida osoittaa, tekijöiden tulo saa lukuarvon 0, eikä tukea myönnetä.

TIIVISTELMÄ

Viime vuosien kotimainen ja kansainvälinen kehitys on muuttanut tuntuvasti terveyspalvelujärjestelmän tietotarpeita ja muuttaa niitä vastedeskin. Minkä tahansa uuden tiedon ”vapaan” tuottamisintressin rinnalle on vahvistunut tarve selvittää tieteellisesti tutkimustulosten sovellettavuutta käytäntöön ja kehitettyjen hoitomuotojen vaikuttavuutta. Suuruutensa ja erityisen ohjattavuutensa takia tutkimus-EVOlla, kliinisen tutkimuksen sektorirahoituksella, on keskeisin merkitys myös tällaisen tiedon tuottamisessa. Samalla tieteellinen kiinnostus on voitava suunnata osin myös niihin rakenteisiin, järjestelyihin ja toimintoihin, joilla terveyspalveluita tuotetaan. EVOlle on määriteltävissä suomalaisen terveystieteen piirissä oma ensisijainen käyttöalueensa. Tutkimus-EVO vastaa kansainvälisessä verrannossa terveysministeriön tieteellisen työn tukea, jonka hyöty koituu väestölle palvelujärjestelmän tavoitteellisen kehittämisen kautta. *Tämän takia tutkimus-EVO on oltava myös terveydenhuollon kehittämisen strateginen ohjausväline.*

OSA 2. YLIOPISTOLLISTEN SAIRAAHOITOPUIRIEN TERVEYSTIETEELLINEN TUTKIMUSTOIMINTA

Aineisto ja menetelmät

Koska selvitysmiehen edellytettiin toimeksiannossa ottavan kantaa tutkimus-EVO:n nykyiseen käyttöön ja koska tutkimus-EVO:n käytöstä eri tutkimuskohteisiin ei ole tähän mennessä ollut tietoja saatavilla, päätettiin asiasta ottaa likimääräinen selko lyhyellä kyselylomakkeella. Lomakkeessa tiedusteltiin kultakin yliopistosairaaltalta – tarkkaan ottaen niiden lääketieteellisiltä tiedekunnilta – niiden julkaiseman tieteellisen tutkimustyön ryhmittymistä perustutkimukseen, kliiniseen tutkimukseen, järjestelmä tutkimukseen ja muuhun tutkimukseen. Perusaineistoksi pyydettiin rajaamaan se vuonna 1999 julkaistu tutkimustyö, jolla kukin yliopistollista sairaalaa ylläpitävä kuntainliitto oli hakenut tutkimus-EVOa vuodelle 2001.

Nämä tutkimusluokat määriteltiin kyselyssä seuraavasti:

- 1) **Perustutkimus** (ei täsmentävää määritelmää);
- 2) **Kliininen tutkimus**. *Tutkimustuloksilla on välitöntä sovellusarvoa terveyden edistämisen, sairauden ehkäisyyn, diagnostiikan, hoidon tai potilaiden kuntoutuksen kannalta;*
- 3) **Palvelujärjestelmään kohdistuva tutkimus**. *Tutkimustuloksilla on välitöntä sovellusarvoa parannettaessa palvelujärjestelmän rakennetta ja toimivuutta, arvioitaessa diagnostisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien vaikuttavuutta ja niiden kustannusvaikeuttavuutta sekä palvelujärjestelmässä menetelmiin kohdistuvia valintoja;*
- 4) **Muu tutkimus**. Tutkimus ei ole luokiteltavissa mihinkään edellä mainituista.

Lisäksi tiedekuntia pyydettiin luokittelemaan samalla tavalla se tutkimustyö, johon oli myönnetty tutkimus-EVOa vuodelle 2001. Tähän kysymykseen vastasi kaksi viidestä tiedekunnasta.

Käytettävissä olevan ajan niukkuuden takia kukin yliopistollinen sairaala luokitteli siis omat tutkimuksensa itse sen sijaan, että esimerkiksi selvitysmies olisi julkaisu julkaisulta luokitellut koko tuotannon. Vaikka kyselylomakkeeseen oli määritelty tutkimustyön luokitteluperusteet, käytetty järjestely toi tuloksiin varmasti arvioijista riippuvan systemaattisen virheen.

Selvityksen tulokset

Kyselyn tuottamat tulokset on kerätty kaavioihin 1 – 5. Kaaviosta 1 todetaan, että selvästi suurin osa, 45 – 80 prosenttia, yliopistosairaaloiden tutkimustuotoksesta kohdistui kliiniseen tutkimukseen, kun perustutkimukseen luettiin koko tuotoksen pistemäärästä keskimäärin vajaat 20 prosenttia. Yhtä poikkeusta lukuun ottamatta terveyspalvelujärjestelmän toimintaan ja valintoihin kohdistui vajaat 5 prosenttia koko aktiivisuudesta, kun aktiivisuus on ilmaistu impaktipisteinä. Luokkaan ”muu tutkimus” luettiin kaikissa yliopistollisissa keskussairaaloissa vain häviävän harva tutkimus.

Kuluvana vuonna tuettava tutkimustyö jakautui jokseenkin samalla tavalla käytettyihin neljään luokkaan (kaavio 5).

Kun asiaa tarkasteltiin tuotettujen tutkimusten keskimääräisen impaktipistemäärän kannalta (kaavio 2) todetaan, että perustutkimus tuotti yhtä julkaisua kohti vajaa kaksinkertaisen määrän kliiniseen tutkimukseen verrattuna ja vastaavasti noin nelinkertaisen määrän terveyspalvelujärjestelmään verrattuna.

Kun impaktipisteiden asemesta käytettiin EVO-pisteitä, eri tutkimuslajien tuottamat julkaisukohtaiset erot pienenivät, kuten on tarkoitettukin (kaavio 3), mutta eivät hävinneet. Sairaaloiden keräämien pistemäärien prosenttiosuuksiin impaktipisteiden muuttaminen EVO-pisteiksi ei vaikuttanut käytännössä mitään (kaavio 4).

Päätelmät

Koska tähän selvitykseen sisältyvää eri arvioijista johtuvaa virhettä ei voida korjata, eri yliopistosairaaloiden keskinäisiin eroihin ei kannata kiinnittää suurta huomiota. Koska yksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri oli – tosin aivan selvitysmiehen tiedustelun mukaisesti – antanut vastauksessaan pelkät EVO-pisteet, impakti- ja EVO-pisteiden käyttämisen synnyttämää eroa ei voitu tarkastella sen kohdalla. Tulosten valossa näyttää lisäksi siltä, että juuri Varsinais-Suomen kohdalla luokitteluperusteet kliinisen ja järjestelmään kohdistuvan tutkimuksen välillä ovat saattaneet poiketa muiden neljän yliopiston käyttämästä luokittelusta. Havaittu ero olisi saattanut pienentyä, jos kaikkien yksiköiden tutkimustyön olisi luokitellut sama henkilö. *On siis mahdollista, että maan yliopistollisten sairaanhoitopiirien tekemän terveystieteellisen tutkimustyön profiilit ovat huomattavan yhdenmukaisia.*

Selvityksen antama tulos voidaan tiivistää seuraavasti: Se tutkimus, jolla tutkimus-EVOa haetaan, painottuu vahvasti kliiniseksi luokiteltavaan tutkimukseen. Perustutkimuksen osuus on keskimäärin suurempi kuin itse palvelujärjestelmään, sen toimivuuteen ja hoidon prioriteetteihin kohdistuva tutkimustyö. EVO-pisteiden käyttäminen impaktipisteiden asemesta pienentää näiden kolmen ryhmän välisiä eroja tarkoitetulla tavalla.

Havainnot vastaavat osapuilleen odotuksia. Perustutkimus kerää muuta tutkimusta runsaammin viitteitä, mikä lisää sen tieteellistä ominaispainoa myös tutkimus-EVOa haettaessa. Sen vuoksi on nykyisten tutkimus-EVOn jakamista koskevien sääntöjen yliopistosairaaloiden tutkimusstrategian kannalta järkevää panostaa vahvaan perustutkimukseen myös niiden saaman tutkimus-EVOn maksimoimiseksi.

Tulokset on suhteutettava myös terveyssektorin muuttuvaan tietotarpeeseen ja tutkimus-EVOn merkitykseen kliinisen ja palvelujärjestelmään kohdistuvan sektoritutkimuksen tärkeimpänä rahoituskanavana. Nyt tällaisen tutkimuksen saama impakti- tai EVO-pisteinä ilmaistu painoarvo ei kuitenkaan suosi ratkaisua. Tästä seuraa, että yhtä yliopistolista sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta perustutkimuksen painotettu volyyymi on moninkertainen järjestelmän toimivuuteen kohdistuvaan tutkimukseen verrattuna.

Jos tämän perusteella halutaan tarkentaa tutkimus-EVOn kohdentumista nykyisestään, kannusteet tulisi virittää siten, että tutkimus-EVO suuntautuisi nykyistä jonkin verran selvemmin palvelujärjestelmän toimivuutta, allokaatiopäätösten järkevyyttä, hoidon kustannuksiin suhteutettua vaikuttavuutta, palveluiden jakautumisen oikeudenmukaisuutta ja hoidolla tuotetun elämän laatua koskevaan yliopistotasoiseen tieteelliseen tutkimukseen. Selvityksen antamat tulokset eivät anna aihetta puuttua kliinisen tutkimuksen volyyymiin, vaan kohtuulliset voimavarat tulisi uudelleen kohdentaa palvelujärjestelmän ja hoidon vaikuttavuuden ”makromaailmaan” nimenomaan perustutkimukseksi luokiteltavasta ”mikromaailmasta”. Ellei näin tehdä, kliinisten hoitokäytäntöjen selittämättömät vaihtelut, yksikkökohtaiset tuottavuuserot, hoidon alueellisen saatavuuden erot, virheet uuden teknologian mukaan lukien informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttöönotossa ja hallinnassa sekä hoitokokonaisuuksien arvioinnin vaikeudet kasvavat, sanalla sanoen lisääntyvä irrationaalisuus uhkaa palvelujärjestelmää tulevina vuosina.

OSA 3. TUTKIMUS-EVON HALLINTOA JA KÄYTTÖÄ KOSKEVAT TÄRKEIMMÄT ONGELMAT, RATKAISUJEN PERUSTELUT JA SELVITYSMIEHEN RATKAISUEHDOTUKSET

Raportin ensimmäisessä osassa on tarkasteltu suomalaisen terveystietopalvelujärjestelmän muuttuvia tietotarpeita ja EVO-rahoituksen merkitystä ja asemaa terveystieteellisen tutkimuksen rahoituksen kentässä. Toisessa osassa on annettu lyhyt empiirisiin havaintoihin perustuva kuva tutkimus-EVOn käytöstä.

Tässä osassa perustellaan ja tehdään joukko ehdotuksia tutkimus-EVOn kohdentamiseksi terveystutkimuksen kentässä.

Ongelma 1: Tutkimus-EVOn aseman tulkinnanvaraisuus

Pohdiskelujensa perusteella selvitysmies on päättänyt tulkitsemaan tutkimus-EVOn *kliinisen ja palvelujärjestelmää koskevan yliopistotasaisen sektoritutkimuksen* tärkeimmäksi voimavaraksi. Sen vuoksi tutkimus-EVOn ohjaus edellyttää selkeätä ja kaikkien osapuolten sisäistämää strategiaa. Tämä strategia on johdettava suomalaisen terveystietopalvelujärjestelmän tavoitteista. Sanalla strategia tarkoitetaan tässä toimintasuunnitelmaa, joka ottaa huomioon sekä koko toiminnan tavoitteet että terveydenhuollon toimintaympäristön jo tapahtuneen ja sen ennakoitavissa olevan muuttumisen. Näitä muutostrendejä on tarkasteltu osassa 1.

Strategiseen ohjausvastuuseen asetetaan viideksi vuodeksi nimettävä STM:n EVO-lautakunta, joka koostuu terveystieteellisen tutkimustyön asiantuntijoista, edustaa useaa tieteentraditiota, sektoritutkimuksen laitoksia sekä sosiaali- ja terveysministeriötä. STM:n EVO-lautakunta valmistelee toimikautensa alussa toimintastrategiansa ja valtioneuvosto vahvistaa sen.

Strategian avulla varmistetaan muuttuvalle terveyssektorille välttämättömän tieteelliseen tutkimukseen perustuvan tiedon keräämisen, käsittelemisen ja soveltamisen häiriötön jatkuminen ja se, että terveystieteelliseen tutkimukseen kohdistetuista julkisista voimavaroista saadaan myös mahdollisimman suuri hyöty. Samalla asetetaan tavoitteeksi, että eri rahoituslähteiden vastuut selkenevät, että rahoituskatveita on mahdollisimman vähän – esimerkiksi terveydenhuollon rekisterien ylläpitäminen, kehittäminen ja rahoittaminen vastuutetaan nykyisen lain hengen ja kirjaimen mukaisesti nimenomaan Stakesille – ja että päällekkäisyys valtion valvomassa rahoituksessa pysyy mahdollisimman pienenä.

Tutkimus-EVOn ongelmiin on kuulunut rahoituksen epävarmuus ja rahoitettujen jaksosten lyhyys. Tilanne on heijastunut tutkittavien ongelmien ja tutkimusmenetelmien valintaan, ja siihen tulee puuttua tutkimus-EVOn strategisessa suunnittelutyössä. Painopisteen siirtäminen tutkimustyössä pitkiin, ulkopuolista arviointia käyttäviin, tavoitteellisiin tutkimusprojekteihin auttaa osaltaan luomaan nuorille tutkijoille tavoitteellisen tutkimustyön edellyttämän vahvan, osaavan ja vuorovaikutuksellisuutta tukevan koulutusympäristön. Tällainen ratkaisu on tehty kerättäessä tutkimusohjelmia erilaisiin uusiin

tutkimuslaitoksiin, samaten mallia on käytetty menestyneiden ulkomaisten tutkimuslaitosten strategiana.

STM:n EVO-lautakunta voi toimia pääsääntöisesti tietoverkon kautta, mikä vähentää tuntuvasti toiminnan kustannuksia.

Terveystieteellisen tutkimustyön tuen (ns. tutkimus-EVOn) reaalin suuruus kiinnitetään sosiaali- ja terveysministeriön terveyspalveluihin kohdennettavaan valtionosuuteen. Tuen reaalin suuruus määritellään seitsemäksi prosentiksi tästä osuudesta, mikä lisää sitä hieman nykyisestäään.

Ehdotus 1: Selvitysmies ehdottaa, että tutkimus-EVO:lle laaditaan maan terveyspolitiikasta johdettu ja sitä vahvistava strategia. Strategian tavoitteena on terveyspalvelujärjestelmän vaikuttavuuden lisääminen ja tämän tavoitteen saavuttamiseksi se tukee yliopistotasosta terveystieteellistä tutkimusta.

Strategiseen suunnitteluvastuuseen sosiaali- ja terveysministeriö nimittää viisivuotiskaudeksi lautakunnan, josta jatkossa käytetään nimeä STM:n EVO-lautakunta. Toimikautensa alussa STM:n EVO-lautakunta valmistelee valtakunnallisen tutkimus-EVO:n käyttöstrategian, jonka valtioneuvosto hyväksyy.

STM:n EVO-lautakunnan jäseniltä edellytetään laajaa kokemusta yliopistotasoisesta kliinisen tutkimustyön arvioinnista ja heidän tulee edustaa ainakin kaikkia yliopistosairaalakuntayhtymiä ja useita tietentraditioita. Lautakunnassa ovat edustettuina myös sosiaali- ja terveysministeriö, kunnat tai kuntayhtymät sekä sosiaali- ja terveysministeriön alaiset tutkimuslaitokset.

Tutkimus-EVOn käyttötavoitteen tärkeyden takia tutkimus-EVOn osuus valtion tulo- ja menoarviossa sidotaan vastaamaan reaaliarvoltaan seitsemää prosenttia kuntien terveydenhuollon nykyisestä laskennallisesta valtionosuudesta.

Ongelma 2: Terveyspalvelujärjestelmän tutkimukseen kohdennettavan rahoituksen varmistaminen

Jotta sosiaali- ja terveysministeriö voi varmistaa tutkimus-EVOn strategisen kohdentumisen myös palvelujärjestelmän kehittämistä tukevaan tutkimustyöhön, sen tulee varata osa vuosittain jaettavista voimavaroista erikseen kohdennettavaksi. Parhaiten tämä toteutetaan yliopistollisten erityisvastuualueiden nykyinen asema huomioon ottaen siten, että määräraosa kaikista käytettävissä olevista voimavaroista irrotetaan ennen niiden jakamista eri yksiköihin ja kilpailutetaan yliopistollisten erityisvastuualueiden kesken tutkimushankkeina. Tähän tarkoitukseen irrotettavalle osalle määritellään vuosittain enimmäisosuus mutta ei minimiä. Näin varmistetaan se, ettei voimavaroja kuluteta heikkotasoiseen tutkimukseen.

Ehdotettu menettely tekee mahdolliseksi sen, että nimenomaan järjestelmätutkimukseen aktiivisesti panostava yliopistollinen erityisvastuualue voi kasvattaa omaa osuuttaan tutkimus-EVOsta nykyisestäään. Halutessaan erityisvastuualueet voivat tarjota kilpailuun myös yhteishankkeita.

Nämä hankkeet arvioi ja erikseen kohdennettavien voimavarojen käytöstä päättää STM:n EVO-lautakunta.

Ehdotus 2: Selvitysmies ehdottaa, että vahvistaakseen strategista ohjausotettaan terveystieteellisen tutkimuksen suuntaamisessa sosiaali- ja terveysministeriö irrottaa tutkimus-EVOsta vuosittain enintään yhden kymmenesosan kohdennettavaksi suoraan palvelujärjestelmän kehittämistä tukeviin yliopistotasoisin tutkimushankkeisiin. Myös nämä hankkeet voivat olla useampivuotisia. Tämä määräosa kilpailutetaan yliopistollisten erityisvastuualueiden kesken, jotka voivat myös kilpailla yhteishankkeilla tästä osuudesta. Arvioijana toimii STM:n EVO-lautakunta.

Ongelma 3: Tutkimustyön terveysrelevanssin arviointi

Nykyinen laki määrää tutkimus-EVOn jaettavaksi (terveystieteellisten julkaisujen viiteanalyttisestä arvioinnista eli niin sanotuista impaktipisteistä) johdettujen painojen niin sanottujen EVO-pisteiden mukaan. Vaikka laki on kategorisuudessaan kansainvälisesti ainutlaatuinen, sitä ei ole arvosteltu kovin voimakkaasti. Menetelmä on tuntunut tarjoavan yhden mahdollisuuden monialaisen tieteellisen tutkimustyön mahdollisimman riidattomaan mittaamiseen. Osaltaan tyytyväisyys voi silti olla näennäistä ja johtua siitä, että menetelmän vaihtoehtoja on pidetty (vielä) ongelmallisempina, epäoikeudenmukaisempina tai ainakin kalliimpina.

Toimiyksiköiden kesken jakoperuste on herättänyt halun maksimoida tutkimus-EVOn pistetuotantoa myös muilla keinoilla kuin vain tutkimustyötä tehostamalla. Tällaisiksi keinoiksi tarjoutuvat ainakin teoreettisesti seuraavat toimintatavat:

- *kaihdetaan tarttumista* terveysrelevanssiltaan huomattaviin mutta heikosti tai epävarmasti EVO-pisteitä tuottaviin tutkimuskohteisiin
- *priorisoidaan* tekniikka- ja katsaustyyppisten artikkeleiden kirjoittaminen muiden edelle, koska niitä referoidaan useammin, toisin sanoen ne kartuttavat tehokkaammin pistemäärää
- *valitaan* julkaisufoorumeiksi varsinkin kansainvälisiä sarjoja, joiden viitemäärä on julkaisun muihin laatupiirteisiin verrattuna mahdollisimman korkea ja toimitusaika mahdollisimman lyhyt, sillä lyhyt toimitusaika assosioituu suuriin viitelukuihin
- *jaetaan* tutkimustulokset tarkoitushakuisesti useaan erikseen julkaistavaan osaan pistetilin kartuttamiseksi
- *rakennellaan* ”pistehakuisesti” yhteyksiä esimerkiksi perus- ja epidemiologista tutkimusta tekeviin laitoksiin tutkimusvolyymien kasvattamiseksi, *luodaan* sivuvirkoja kliiniseen palvelujärjestelmään pisteiden imemiseksi kliiniseen palveluyksikköön ja *käydään eräänlaista kauppaa* tutkimukseen kirjoittajiksi merkittävien tutkijoiden nimistä.

Kaikki näiden kaltaiset ratkaisut olisivat terveydenhuollon toimintayksiköiden kannalta rationaalisia ja johtuisivat tutkimus-EVOn voimavarojen jakamisperusteista, ”mitä mitataan, sitä tuotetaan”. Ongelmallisinta pelkkiin impaktipisteisiin perustuvassa rahallisen tuen jaossa on silti arvioida sen tutkimuksen terveysrelevanssia (ks. s. 19 tutkimustyö taloudellisena investointina), jonka perusteella rahoitusta haetaan.

Toinen ongelma liittyy terveystieteellisen tutkimustyön sisäiseen yhteismitattomuuteen. Bibliometrian asiantuntijat ovat yksimielisiä siitä, että pelkkään viiteanalyysiin perustu-

va vertailu voi enimmillään tulla kysymykseen vain yhden kapean tieteenalan sisällä. Tämä ehto ei heidän mukaansa täyty terveystieteissä. Yhteismitattomuus ei silti välttämättä synnytä ongelmaa tilanteessa, jossa kaikkien tutkimus-EVOon oikeutettujen toimintayksiköiden (esimerkiksi yliopistosairaaloiden) tutkimustyön kirjo on keskenään samanlainen. Myöskään tämän ehdon täyttymisestä ei ole pitävää näyttöä, vaikka empiiriset havainnot eivät suljekaakaan tätä mahdollisuutta pois.

Ongelmia syntyy sitä vastoin varmasti silloin, kun vertaillaan pienten erikoisalojen julkaisutoimintaa perustutkimuksen tai suurten erikoisalojen toimintaan. Näin pienet erikoisalat ovat jääneet myös EVO-pisteytyksessä pysyvään paitsioon. Tilanteen korjaamiseksi tulisi tutkimustyön mittaamiseen soveltaa pisteytysjärjestelmää, joka ottaisi kunkin erikoisalan julkaisutoiminnan erikseen huomioon, minkä jälkeen sovellettaisiin näin vakioitua pistekertymää. Menetelmään siirtymistä tuleekin harkita heti, kun tällainen järjestelmä on tarjolla ja validoitu.

Kolmanneksi impaktipisteytyksellä on omiaan systemaattisesti suosimaan olioihin kohdistuvaa, reduktionistista, tuloksiltaan ajallisesti pysyvää ja siirrettävää, nopeatempoista, kansainvälistä, vahvasti verkottunutta tutkimusta ja diskriminoimaan vastaavasti sellaista tutkimustyötä, jonka määreet ovat edellisiin nähden päinvastaiset (taulukko 1).

STM:n EVO-lautakunta voi toimillaan pienentää pelkkiin viiteanalyysseihin liittyviä arvostusongelmia. Lautakunnan työn helpottamiseksi kaikkiin niihin julkaisuihin, jotka terveydenhuollon toimintayksikkö haluaa esittää EVO-pisteisiin oikeuttavaksi, liitetään julkaisun kirjoittajien toimesta EVO-strategian hengen ja aikaisemman EVO-sääntösten kirjaimen mukaisesti *lyhyt määrämuotoinen selvitys* siitä, mikä on kunkin tehdyn tutkimuksen *erityinen merkitys terveyden- ja sairaanhoidon valtakunnallisen kehittämisen kannalta*. Sen lisäksi jokaisen tutkimuksen vastuullinen tutkija *luokittelee* tutkimuksensa joko perustutkimukseen, kliiniseen tutkimukseen, palvelujärjestelmää koskevaan tutkimukseen taikka muuhun tutkimukseen.

Selvitysmiestyön vaikeimmat valinnat koskivat kahta asiaa, nimittäin 1) valintaa STM:n EVO-lautakunnan työn etu- tai jälkikäteisyys välillä ja 2) lautakunnan käyttämää mitausmenetelmää. Kuten tämän raportin johdannossa todetaan, nykyinen järjestelmä perustuu lainsäädännöllisesti jälkikäteisyteen (”korvaus tehdystä työstä”) ja tehdyn työn bibliometriseen analyysiin (”tieteellisten julkaisujen painoarvot ja yksikköhinnat”). Jos arviointi muuttuisi etukäteiseksi, tutkimus-EVOa alettaisiin jakaa samalla tavalla kuin muitakin apurahoja. Tämä olisi ristiriidassa nykyisen lain hengen ja kirjaimen kanssa. Jos taas bibliometria korvattaisiin jälkikäteisellä arvioinnilla, kannusteet impaktipisteiden tuottamiseen kyllä vähenisivät. Samalla kuitenkin arviointiryhmän työ kasvaisi tuntuvasti ja ristiriita syntyisi nykyisen lain mainitseman pistelaskujärjestelmän ja lautakunnan työtavan välille.

Ongelmia syntyisi silti myös teknisellä ja kustannustasolla. Bibliometrian täydellinen hylkääminen arviointiperusteena edellyttäisi, että STM:n EVO-lautakunnan työ olisi osapäiväistä eikä satunnaista. Jos lautakunnassa olisi esimerkiksi 12 jäsentä, pätevän asiantuntijaryhmän palkkaus sitoisi vuositasolla noin 1,5 miljoonan markan kustannukset. Summa ei olisi kohtuuton, jos ratkaisu takaisi voimavarojen allokaatiopäätösten tehostumisen. Ongelmaksi saattaisi silti muodostua arviointityöhön perehtyneiden, laajoja kokonaisuuksia hallitsevien ja tieteellisesti pätevien jäsenten nimeäminen.

Välittävä ehdotus on seuraava: Sellaisen tutkimuksen EVO-pisteet oikaistaan kertoimella 2, jonka STM:n EVO-lautakunnan tämän tutkimustyön arvioineista asiantuntijoista enemmistö vahvistaa kuuluvaksi palvelujärjestelmää koskevaan tutkimukseen. Samalla kun tämä ratkaisu säilyttää nykyisen jälkikäteisyys- ja EVO-pisteiden laskujärjestelmän, se myös kasvattaa kuntien kannalta toivotulla tavalla tutkimusyksiköiden rohkeutta tarttua toiminnan vaikuttavuutta ja uusia ratkaisuja koskeviin ongelmiin. Samalla ohjausjärjestelmän kustannukset eivät kasva paljon, lautakunnan työmäärä pysyy kohtuullisena eikä pätevien arvioijien rekrytointi lautakuntaan ole ylivoimaista.

Koska erikoissairaanhoidolain 47 b §:ssä puhutaan vain tieteellisten julkaisujen painoarvoista, ehdotettu muutos ei edellyttäisi lain perusteellista muuttamista. Muutos edellyttäisi silti STM:n antamaa asetusta, joka toisin tarvitaan jo STM:n EVO-lautakunnan työtapojen määräämiseksi.

Ehdotus 3: Selvitysmies ehdottaa, että kaikista tutkimus-EVOn hakemiseen käytettävistä tieteellisistä julkaisuista tutkimus-EVOa hakevan toimintayksikön on liitettävä mukaan lyhyt määrämuotoinen (elektroninen) esittely, jossa selvitetään jokaisen tutkimuksen terveysrelevanssi eli sen erityinen merkitys terveyden- ja sairaanhoidon valtakunnallisen kehittämisen kannalta. Samaan esittelyyn liitetään myös ISI:n mukaiset impaktipisteet ja niistä nykyisen käytännön mukaan johdetut EVO-pisteet. Kolmen edellisen kalenterivuoden julkaisut toimitetaan STM:n EVO-lautakunnalle kunkin vuoden maaliskuun loppuun mennessä.

Tutkimus-EVOa hakeva yksikkö luokittelee itse omat tutkimuksensa perustutkimukseksi, kliiniseksi tutkimukseksi, palvelujärjestelmään kohdistuvaksi tutkimukseksi taikka muuksi tutkimukseksi esimerkiksi tässä raportissa käytettyjen tai niitä kehiteltyjen arviointiperusteiden mukaan.

Jos tutkimus-EVOa hakeva yksikkö sijoittaa jonkin tieteellisen tutkimuksen niin sanottuun järjestelmätutkimusten ryhmään, STM:n EVO-lautakunta tarkistaa tämän luokittelun.

Jos myös STM:n EVO-lautakunta luokittelee tällaisen tutkimustyön palvelujärjestelmään kohdistuvaksi tutkimukseksi, sen saamat EVO-pisteet kerrotaan kahdella.

Lautakunta voi omasta päätöksestään ottaa käyttöön myös erikoisalakohdaiset impaktipisteet, joilla koko terveystieteellinen tutkimustyö voidaan yhteismitallistaa.

Elleivät jonkin terveydenhuollon toimintayksikön kolmessa vuodessa saamat EVO-pisteet ylitä vuotuiselta keskiarvoltaan yhtä (1), näitä pisteitä ei korvata yksikölle.

Muilta osin pisteiden jyvitysjärjestelmään selvitysmies ei ehdota muutoksia.

Ongelma 4: Kunta- ja tutkimusrahoituksen sekoittuminen

Suomen Akatemian alainen Terveystieteiden tutkimuksen toimikunta asetti 20.10.1999 työryhmän tekemään kartoituksen kliinisen alan tutkijanuran esteistä ja laatimaan ehdotuk-

sen ammattimaisen tutkijanuran edistämiseksi kliinisillä aloilla (Kliininen tutkijanura -työryhmän muistio 25.10.2000. Suomen Akatemia). Puuttumatta työryhmän moniin muihin havaintoihin ja kannanottoihin selvitysmies toteaa, että ryhmä kiinnittää huomiota tutkimus-EVOn käyttöperusteiden suureen kirjavuuteen maan viidessä lääketieteellistä tiedekuntaa ylläpitävässä sairaanhoitopiirissä (ss. 9–10). Kliinisen työn luonteen takia tutkimustyön rahoituksen kertakaikkinen erottaminen potilaan hoidosta on varmasti mahdotonta. Siitä huolimatta eri tahoilta tulevien voimavarojen seurattavuutta voidaan parantaa ja yhdenmukaistaa tuntuvasti nykyisestään.

Tällä muutoksella pyritään nimenomaan varmistamaan tutkimustyön rahoituksen jatkuvuus. Terveyspalveluiden maksajan, kunnan, tulee voida olla mahdollisimman varma siitä, että sen varoilla ei subventoida yliopistotasoista tutkimustyötä tai koulutusta. Vastavuoroisesti tutkimustyön rahoittajan, sosiaali- ja terveysministeriön tulee voida vakuuttua siitä, että tutkimustyöhön tarkoitettuja voimavaroja ei käytetä hoitopalveluiden tuotannon tukemiseen. Näiden toimintojen tuntuvasti korostuneempi eriyttäminen takaa osaltaan luottamuksen säilymisen palvelutuotannon ja tutkimuksen rahoittajan välillä ja varmistaa osaltaan myös tutkimustyön tuen jatkuvuuden.

STM:n EVO-lautakunta velvoitetaan keräämään tutkimus-EVOon oikeutettujen toimiyksiköiden kirjanpitokäytännöt ja seuraamaan laskentajärjestelmien valtakunnallista kehittymistä terveydenhuollossa. Tämän pohjalta lautakunta ohjaa laskentajärjestelmien yhdenmukaistumista tavoitteena tutkimusrahoituksen käytön seurattavuuden ja sen läpinäkyvyyden lisääminen.

Tutkimustyön rahoituksen mahdollisimman suuri avoimuus on kaikkien osapuolten yhteinen etu. Sähköinen avoin tietoverkko on käytettävissä rahoitusvirtojen seuraamiseen yksikköjen ja erillisten tutkimustenkin tasolla.

Ehdotus 4: Selvitysmies ehdottaa, että tutkimus-EVOn käytön läpinäkyvyyttä lisätään tavoitteellisesti. Sen mukaisesti tutkimus-EVOn kirjanpidossa noudatetaan mahdollisimman pian koko valtakunnassa yhteisesti sovittavia ja keskenään yhteisiä kirjaamis- ja kirjanpitokäytäntöjä.

Näistä käytännöistä päättäminen ja niiden kehittämistyön ohjaus kuuluvat STM:n EVO-lautakunnalle.

Selvitysmies esittää myös, että kirjanpito viedään yleisölle avoimeen tietoverkkoon julkisen rahoituksen seurattavuuden parantamiseksi.

Ongelma 5: Monikanavaisen tutkimusrahoituksen läpinäkymättömyys

Tutkimussuunnitelmiin haetaan monesti tukea useasta lähteestä. Jos tukea myös saadaan monelta taholta, kotimaasta taikka varsinkin ulkomailta, se antaa erityisen syyn korostaa rahoituksen läpinäkyvyyden tarvetta. Vain tällä tavalla voidaan torjua kaikki väärinkäytöepäilyt, joita monesta lähteestä tuleva päällekkäinen rahoitus voi herättää tutkimusyhteisön ulkopuolella. Luottamus puolestaan on tärkein tapa varmistaa tutkimusrahoituksen jatkuvuus.

Tämän takia tavoitteeksi on asetettava ristikkäinen tiedottaminen saman tutkimushankkeen eri rahoittajille ja rahoituksen hankekohtainen kirjanpito. Kaikkien rahoittajien on tiedettävä oman rahoitusosuutensa jakautuminen tutkimuksen eri osien kesken.

Ehdotus 5: Selvitysmies ehdottaa, että jos tutkimus-EVOa saanut tieteellinen hanke saa tukea myös muista koti- tai ulkomaisista lähteistä, vastuullista tutkijaa velvoitetaan pitämään avointa tiliä myös muista lähteistä saamastaan rahoituksesta.

Ongelma 6: Tutkimustulosten täytäntöönpanon ja seurannan tarve

Koska tutkimus-EVOa suunnataan hankkeisiin, joilla on erityinen merkitys valtakunnan terveys- ja sairauspalvelujärjestelmän kehittämisen kannalta ja koska monien hankkeiden varsinainen vaikutus palvelujärjestelmään ei ole kaikinpuolisesti arvioitavissa vielä tieteellisen raportin laatimisen aikaan, hankkeisiin on liitettävä seurantavelvoite.

Sen mukaan tutkimuksen vastuuhenkilöille annettaisiin velvoite raportoida tutkimuksensa vaikutuksia terveys- ja sairauspalvelujärjestelmään hankkeen kokoon ja laatuun suhteutetun ajan. Tieteellisen työn vaikutuksiin kuuluvat esimerkiksi tuotetun terveyden määrän (elämänlaadun) mitatut muutokset, toimintavirheiden väheneminen, hoitokäytäntöjen vakiintuminen, hoitoprosessien hallinnan parantuminen, kustannusvaikuttavuuden parantuminen, oikeudenmukaisuuden lisääntyminen, saatavuuden ja saavutettavuuden parantuminen, uudet tieteelliset hypoteesit, niitä seuraavat jatkotutkimukset ja hankitut patentit. – Myöskään tämän tiedon saavutettavuutta ei tule rajoittaa. Sen takia suositeltavin tapa jakaa seurantatietoa on tuoda se avoimeen tietoverkkoon.

Kliinisen tutkimustyön tavoitteena on yleensä selvittää hoitomenetelmien teho (toimivuus; efficacy). Tämä edellyttää yleensä myös potilaiden valikoimista ja nimenomaan monisairaiden potilaiden kohdalla etukäteen sovittujen poissulkukriteerien noudattamista. Tehon eli toimivuuden selvittäminen on välttämätöntä, ennen kuin hoidon vaikuttavuutta (effectiveness) eli sen tuottaman terveyshyödyn määrää aletaan mitata normaalissa kliinisessä käytännössä.

Vakiintuneen tavan mukaan hoidon kustannusten arvottaminen aloitetaan kuitenkin vasta sitten, kun aletaan tutkia hoidon vaikuttavuutta. Tällainen käytäntö hukkaa aikaa tarpeettomasti – tavallisesti monia vuosia – sillä karkeat, eräänlaisen kustannusminimin antavat arviot voidaan liittää kliiniseen tutkimukseen jo hoitomenetelmän toimivuutta selvitetäessä.

Ehdotus 6: Selvitysmies ehdottaa, että tutkimus-EVOon liitetään suppea, yleiskielinen, tietoverkkoon siirrettävä raporttikäytäntö, joka tekee mahdolliseksi seurata eri tutkimushankkeiden myöhempää merkitystä terveyden- ja sairaanhoidon kehittämisen kannalta.

Selvitysmies ehdottaa myös, että jo kliinisiin toimivuustutkimuksiin aletaan liittää karkeat hoidon kustannuksia kuvaavat arviot. Näin menetellen saadaan arvokasta ennakkotietoa vaikuttavuuteen suhteutettujen kustannusten minimistä.

LOPUKSI

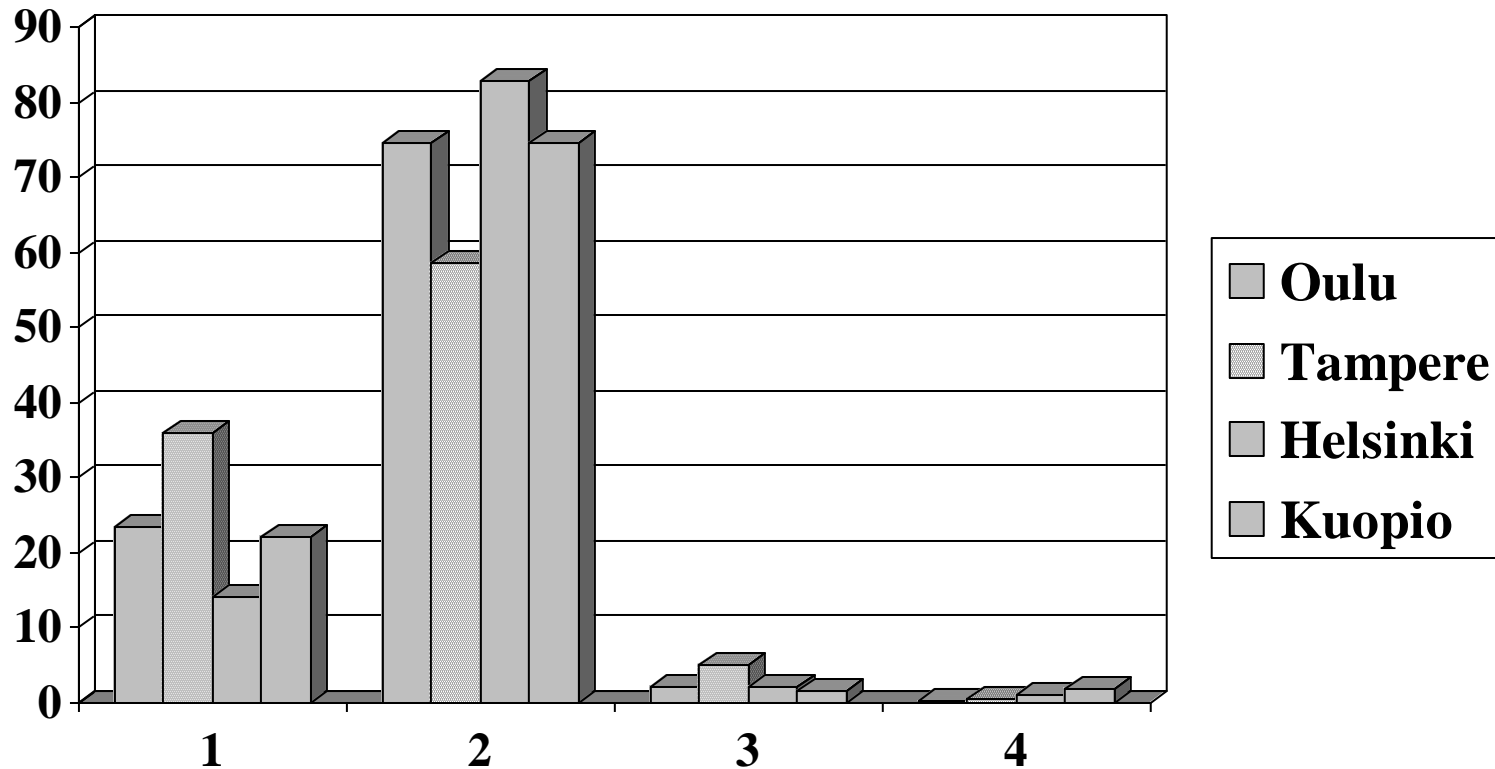
Tämän raportin tarkoituksena on ollut eräiden ehdotusten tekeminen niin sanotun tutkimus-EVOn ohjaus- ja käyttöperusteisiin. Koska kaikkien yliopistollista sairaalaa ylläpitävien kuntayhtymien tutkimusprofiilissa ei selvityksessä havaittu varmoja eroja, selvitysmiehen ehdotusten perusteella toteutettu uusjako ei vaikuta välttämättä yliopistollisten sairaanhoitopiirien keskinäisiin osuuksiin.

Raportissa korostetaan nopeasti kasvanutta ja lisääntyvän ekonomisen niukkuuden takia edelleen kasvavaa tarvetta tutkia tieteellisin menetelmin terveyspalvelujärjestelmän toimivuutta, hoitovalintoja, hoidon kustannusvaikuttavuutta ja hoidon tuottaman elämän laatua suomalaisessa palveluympäristössä. Tämän tavoitteen saavuttaminen halutaan varmistaa luomalla tutkimus-EVOn käytölle selkeä ja arvovaltainen strategia. Sen lisäksi selvitysmies painottaa toiminnan rahoituksen ja tuloksellisuuden mahdollisimman suurta läpinäkyvyyttä. Selvitysmiehen mielestä näin käytettynä tutkimus-EVO vastaisi parhaimmalla tavalla terveyspalveluiden järjestäjän ja rahoittajan tietotarpeita samalla kun se tukisi maan kliinistä tutkimustyötä yhtä vahvasti kuin tähänkin asti.

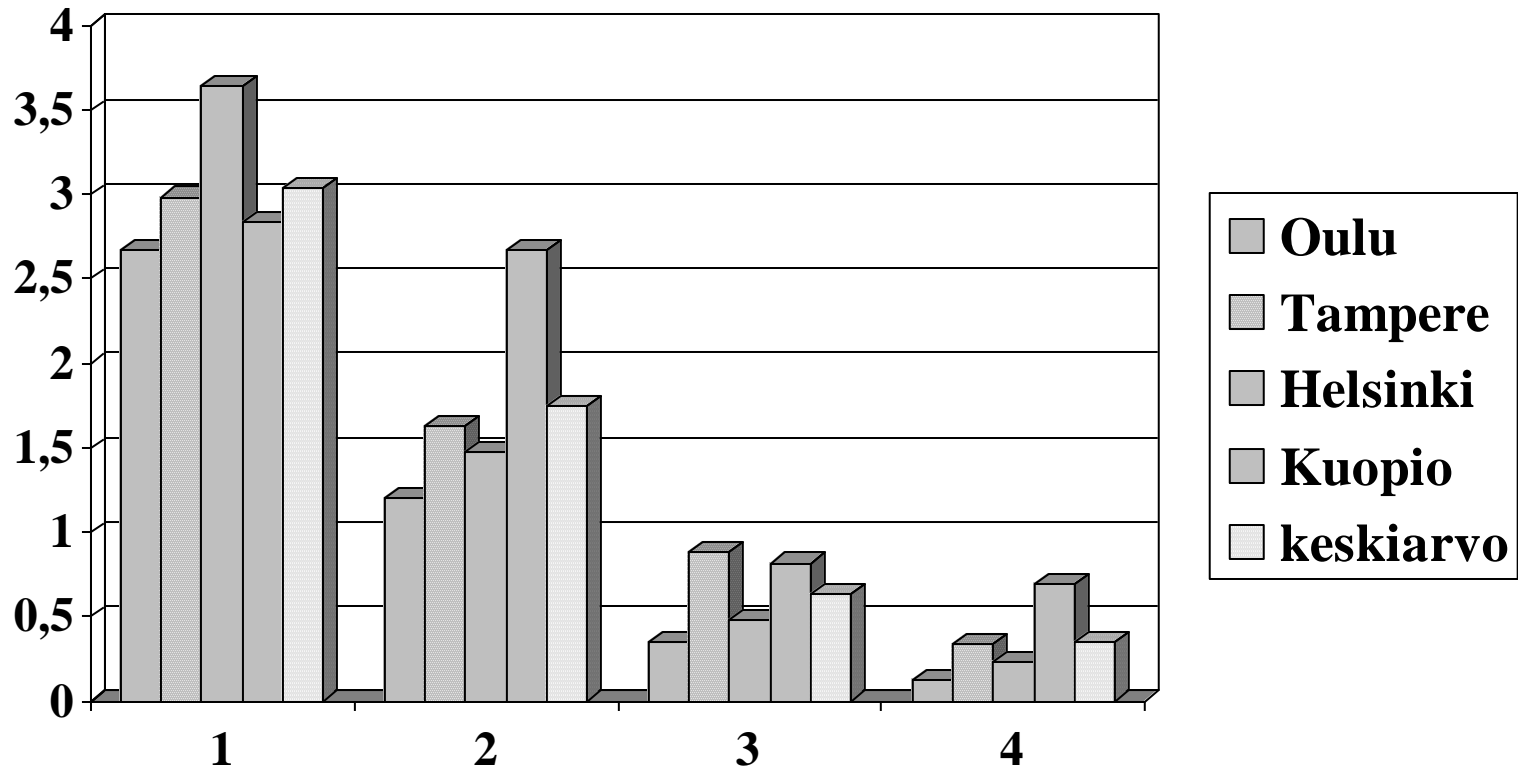
Näiden kahden tutkimus-EVOn käytön kannalta keskeisimmän ohjauskeinon, strategian ja seurannan, vastapainoksi selvitysmies ehdottaa, että valtiovalta antaa maan terveyspalvelujärjestelmässä tehtävälle tavoitteelliselle terveystieteelliselle tutkimustyölle sille kuuluvan arvon ja että tämä arvonnanto näkyy myös terveystieteellistä tutkimustyötä koskevien budjettipäätösten ennakoitavuutena ja vakautena.

Selvitysmies haluaa muiden häntä työssään asiantuntemuksellaan avustaneiden henkilöiden ohella kiittää erityisesti niitä henkilöitä lääketieteellisissä tiedekunnissa ja yliopistollisissa sairaanhoitopiireissä, jotka joulun 2000 aikoihin uhrasivat työtä ja vaivannäköä tutkimus-EVOn käyttöä koskevaan selvitysmiehen kyselyyn vastaamiseksi.

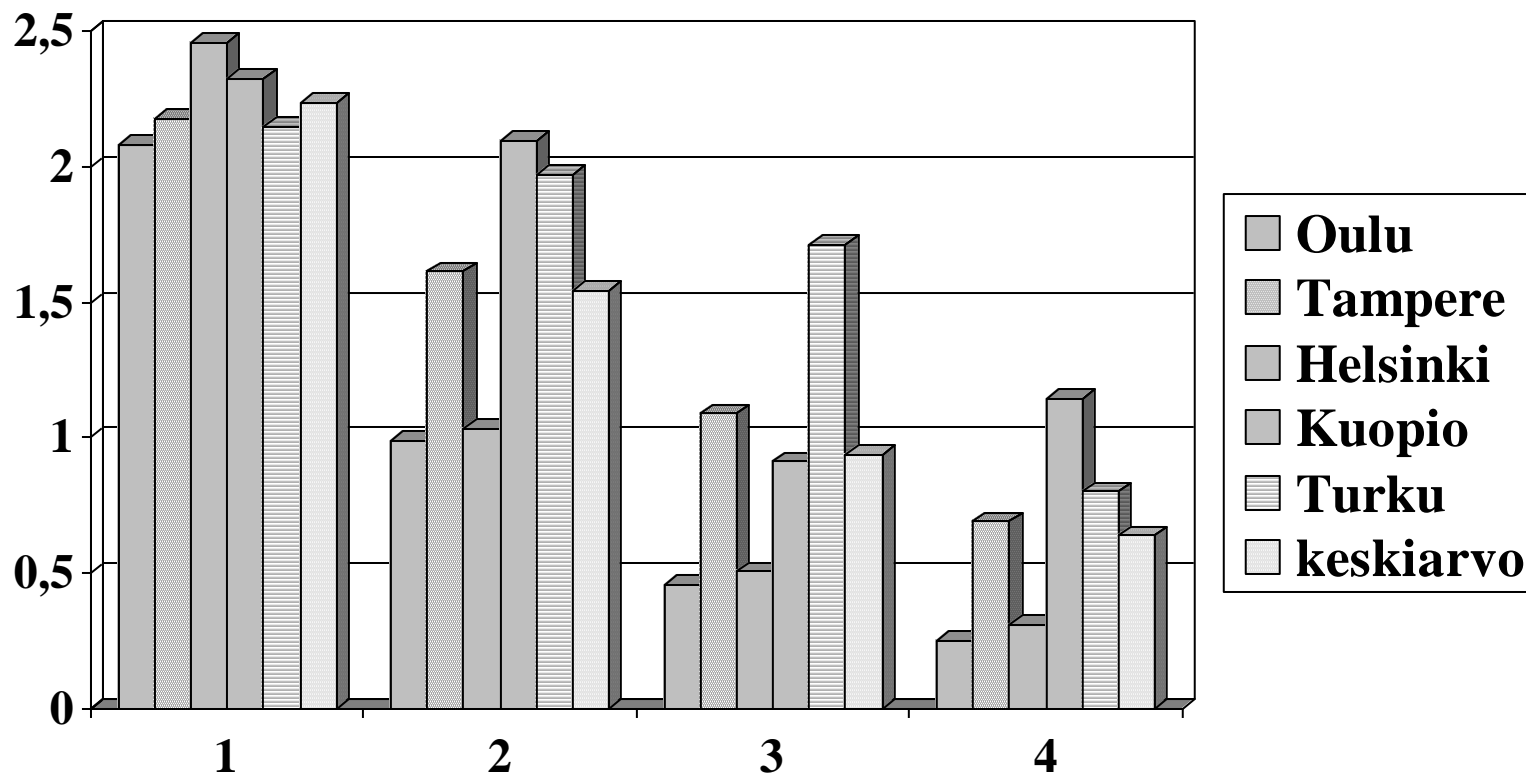
Impaktipisteiden prosenttijakauma tutkimustyypeittäin



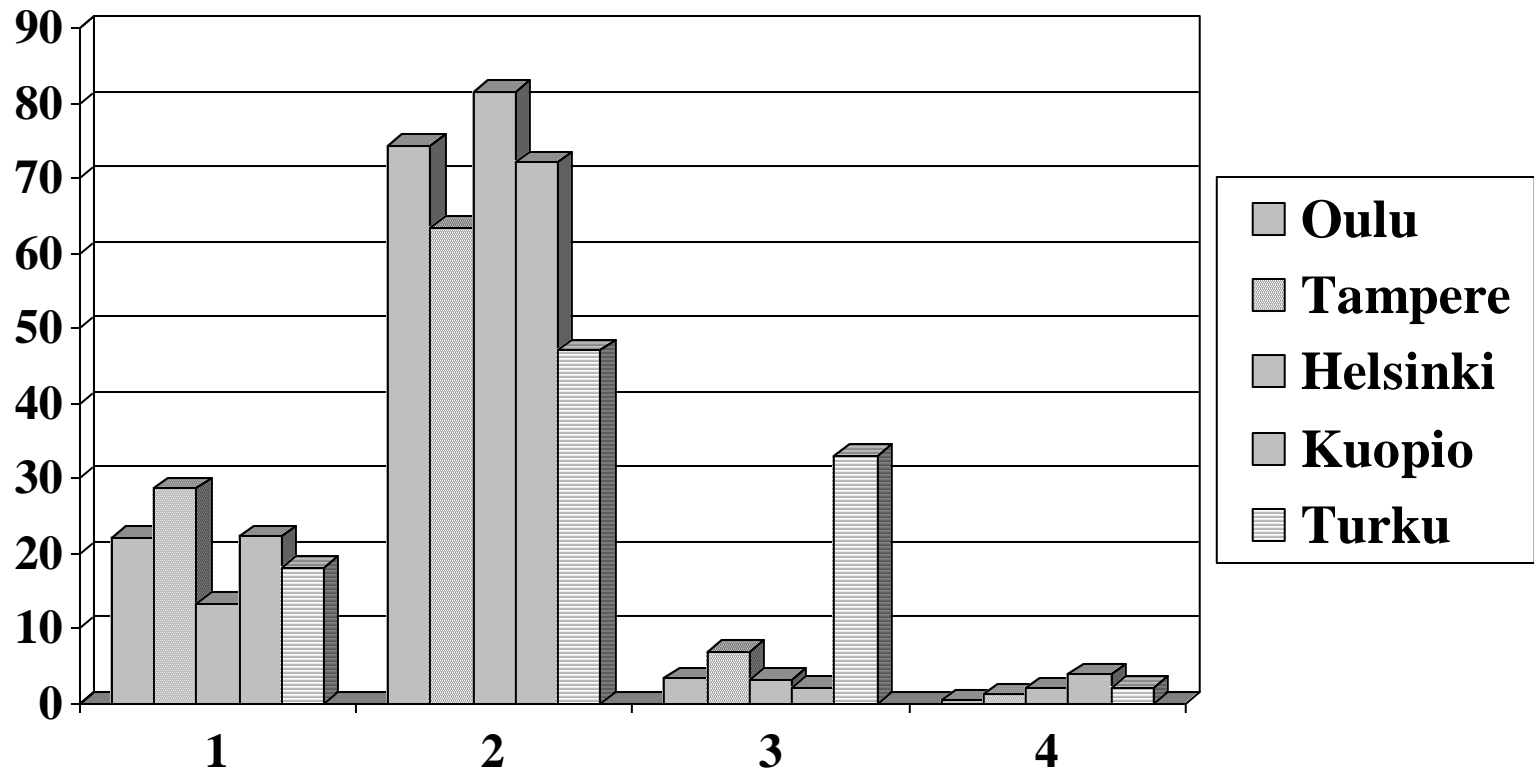
Impaktipisteiden keskiarvot tutkimustypeittain



Evopisteiden keskiarvot tutkimustypeittain



Evopisteiden prosenttijakauma tutkimustypeittain



Vuonna 2000 rahoitettu evo- tutkimus

