

Nina Haapanen

Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilasto-  
työryhmän loppuraportti  
*Final report of the working group on health  
expenditure and financing accounting*

Aiheita 11/2003

ISBN 951-33-1334-4  
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2003

## Tiivistelmä Summary

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämisskeskuksen pääjohtaja asetti terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastotyöryhmän 11.4.2001. Työryhmän tehtävänä oli uudistaa terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilaston sisältö kansalliset ja kansainväliset tarpeet huomioiden sekä tuottaa esitys uudistuksen jatkotoimenpiteistä ja aikataulusta. Työryhmän määräaika oli 31.12.2002 saakka.

Työryhmä tarkasteli terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastoinnin käsite- ja tietosisältöä sekä näihin liittyvää jatkotyöstämistä. Työryhmä esittää, että sekä kansallisessa että kansainvälisessä terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastoinnissa siirrytään Suomessa OECD:n kehittämään SHA-viitekehyksen mukaiseen raportointiin. Tämä toteutettaisiin vuonna 2004, jolloin raportoitaisiin tiedot vuodelta 2002. Samalla aikaisempien vuosien tiedot muutettaisiin vastaamaan uutta julkaisua. Kansainvälisessä raportoinnissa Suomi olisi tällöin ensimmäisten joukossa soveltamassa uutta raportointikehikkoa.

Työryhmä esittää seuraavien uusien toiminto-osioiden kustannusten lisäämistä nykyiseen terveydenhuoltomenolaskelmaan: vanhainkoti- ja muun vanhusten laitoshoidon kustannukset, Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen matkakustannukset, kasvatus- ja perheneuvolatoiminnan kustannukset (osa), Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) toimintamenot, Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) toimintamenot (osa), Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskuksen (STTV) toimintamenot, sairauskassojen sairaanhoitokorvaustoiminnasta aiheutuneet hallintokulut, yksityisten vakuutusyhtiöiden sairaus- ja kuntoutuskorvausten käsittelystä aiheutuneet hallintokulut, työeläkelaitosten kuntoutuskustannukset ja valtion mielisairaanhoidon kustannukset. Merkittävimmän yksittäisen lisättävän menoerän muodostaa vanhainkoti- ja muu vanhusten laitoshoido. Sen osuus lisättävästä kokonaissummasta on noin 90 prosenttia. Ra-

On the 11<sup>th</sup> of April 2001, Director General of the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) assigned a working group to deal with the accounting of health expenditure and financing in Finland. The working group was given the task of reviewing the contents of the National Health Expenditure and Financing Account to meet both national and international needs and to provide a proposal on further measures and related time schedules. The working group was to complete its work by the 31<sup>st</sup> of December 2002.

The working group explored the conceptual framework and data content of health expenditure and financing accounting and the need for further refining the system. It proposes that Finland should go over to an accounting system based on the SHA framework developed by OECD in both national and international health expenditure and financing accounting. This reform would be implemented in 2004 in connection with the accounting of data for 2002. At the same time, previous years' data would be brought in compliance with the new publication. As far as international accounting is concerned, Finland would thus be among the first countries to implement the new accounting framework.

The working group proposes that the costs of the following new functional items should be added to the present health expenditure account: costs of old people's houses and other institutional care of the elderly, travel expenses incurring in connection with medical rehabilitation provided by the National Social Insurance Institution, costs of child guidance and family counselling (partly), operating costs of the National Authority for Medicolegal Affairs, operating costs of the Ministry of Social Affairs and Health (partly), operating costs of the National Product Control Agency for Welfare and Health, administrative costs of relief funds' medical expense reimbursement

hoitukseen työryhmä ei lisännyt uusia osioita. Nykyisistä terveydenhuoltomenoista työryhmä esittää siirrettäväksi SHA-järjestelmässä nk. terveyteen liittyviksi toiminnoiksi seuraavat menotermit: kuntien ympäristöterveydenhuollon kustannukset, Säteilyturvakeskuksen (STUK) toimintamenot sekä osa Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin toimintamenoista.

Esitetyt muutokset merkitsevät Suomen terveydenhuoltomenojen kohoamista noin 7 prosentilla. Vuoden 2000 tilastoinnissa tämä nostaa terveydenhuoltomenojen BKT-suhdetta 0,6 prosenttiyksikköä.

Kansallisella tasolla työryhmä esittää lisäksi vuosittaista tilastointia vanhustenhuollon ja psykiatrian kokonaiskustannuksista. Tämän lisäksi työryhmä esittää selvitettäväksi määrävuosin erillisselvityksillä laboratorio- ja kuvantamispalvelujen kustannukset.

Kansallisessa raportoinnissa työryhmä esittää käytettäväksi julkisten menojen terveydenhuollon hintaindeksiä muunnettaessa kustannustietoja reaalihinnoiksi nykyisen elinkustannusindeksin sijaan. Julkisten menojen terveydenhuollon hintaindeksillä kustannukset ovat muunnettavissa reaalihintaisiksi vuodesta 1975 eteenpäin.

Työryhmä toteaa, että SHA-viitekehikon mukaisen tiedon keruu, laskentaperiaatteiden ja tietolähteiden päivitys luotettavuustarkasteluineen sekä laskentakehikon uudelleen rakentaminen ovat keskeisiä ja välittömiä jatkohaasteita. Asianmukainen jatkotyöstäminen edellyttää kuitenkin sekä riittävien taloudellisten että henkilöresurssien turvaamista työhön.

operations, administrative costs of private insurance institutions in connection with processing of medical expense and rehabilitation reimbursements, rehabilitation costs of employment pension institutions and costs of state mental hospitals. Care at old people's homes and other institutions for the elderly represents the most important item of expenditure to be added, accounting for some 90% of the total amount. On the financing side the working group does not propose any new items.

As regards present health expenditure, the working group proposes that the following items of expenditure should be regarded as health-related functions in the SHA system: environmental health costs of municipalities, operating costs of the Radiation and Nuclear Safety Authority, and operating costs of the National Public Health Institute and STAKES (partly).

The working group's proposals represent an increase of some 7 per cent in Finnish health expenditure. In the 2000 account, this would mean a rise of 0.6 percentage points in the GDP share of health expenditure.

The working group further proposes that annual accounting should be introduced at the national level with regard to the total costs of care of the elderly and psychiatry. In addition, it is proposed that specific enquires should be made regularly at intervals of a few years to determine the costs of laboratory and diagnostic imaging services.

As far as national accounting is concerned, the working group suggests that the public health expenditure price index should be used in place of the present cost-of-living index in converting expenditure data into real prices. Using the public health expenditure price index, costs can be converted into real prices beginning from 1975.

The working group states that collection of data in compliance with the SHA framework, updating of the accounting principles and data sources with related reliability assessments, and reconstruction of the accounting framework present an urgent challenge in Finland. In order for this work to be carried out appropriately, adequate financial and staff resources should be provided.

# Sisällys

## Contents

### Tiivistelmä Summary

Työryhmän tehtävät .....	7
<i>The tasks of the working group</i>	

Työryhmän kokoonpano .....	9
<i>The composition of the working group</i>	

Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastoinnin nykytila .....	11
<i>The present state of health expenditure and financing accounting</i>	

Tietosisältö, lähteet ja raportointi .....	11
<i>Data content, sources and reporting</i>	

Nykytilastoinnin haasteet .....	12
<i>Challenges for the present system</i>	

Uusi laskentakehikko ja laskennan siirtymäaikataulu .....	14
<i>A new accounting framework and a transition schedule</i>	

Laskentakehikon rakentamisen lähtökohdat .....	14
<i>A basis for an accounting framework</i>	

System of Health Accounts (SHA)-laskentakehikko ja sen käyttöönotto OECD-maissa .....	16
<i>The System of Health Accounts and its introduction in OECD countries</i>	

Käsitteet ja tietosisältö .....	18
<i>Concepts and data content</i>	

Tietolähteet, laskentaperiaatteet ja laskennan tekninen toteutus .....	21
<i>Data sources, accounting principles and technical implementation</i>	

Koelaskelma .....	22
<i>Pilot implementation</i>	

Raportointi .....	24
<i>Reporting</i>	

Työryhmän esitykset jatkotoimenpiteiksi .....	26
<i>The working group's proposals for further measures</i>	

Lähteet .....	29
<i>Literature</i>	

### Liitteet: Annexes:

1. SHA: Functions of health care .....	31
2. SHA: Providers of health care .....	32
3. SHA: Financiers of health care .....	33
4. Status of implementation of the OECD SHA manual .....	34
5. SHA-koelaskelma ja luokittelu toiminnoittain, tuottajittain ja rahoittajittain .....	35
<i>SHA pilot implementation and classification by function, provider and financier</i>	

## Työryhmän tehtävät

### *The tasks of the working group*

Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastointijärjestelmän uudistamiseksi Stakesin pääjohtaja asetti 11.4.2001 työryhmän. Työryhmän tehtävänä oli

- 1) uudistaa Suomen terveystilastointijärjestelmää ensisijaisesti kansallisista tarpeista lähtien, mutta myös kansainväliset näkökohdat huomioiden. Työryhmän tulee tuottaa näkemys nykyisen käytössä olevan terveystilastointijärjestelmän sisällön ja rakenteen ajanmukaisuudesta suhteessa muun muassa terveydenhuoltojärjestelmässä sekä tietolähteissä tapahtuneisiin muutoksiin sekä käytössä oleviin ja tulossa oleviin tilastointitarpeisiin.
- 2) nostaa nykyisestä tilastointijärjestelmästä selkeät uudistamista vaativat osa-alueet sekä selvittää näitä koskevat nykyisin käytössä olevat tietolähteet, määritelmät ja laskentaperiaatteet. Työryhmän tulee edelleen kartoittaa laaja-alaisesti muut potentiaaliset tietolähteet sekä tehdä esitys käyttöön otettavista tietolähteistä ja laskentaperiaatteista sekä mahdollisista tilastointin sisältörakennetta koskevista muutoksista. Kansallisten lähtökohtien ohella uudistusesityksissä tulee huomioida keskeisten kansainvälisten kehittämishankkeiden kuten OECD:n/EU:n kansantalouden tilinpittoon kytkeytyvän SHA-hankkeen (System of Health Accounts) tavoitteet ja määritelmät yhtenäisen tiedonkeruukehikon kehittämiseksi ja käyttöön ottamiseksi vuonna 2003. Työryhmän tulee myös esittää sisällölliseen kehittämiseen tähtäviä kannanottoja hankkeisiin, joihin Suomi on sitoutunut mukaan.
- 3) tuottaa esitys uudistusten merkityksestä olemassa olevan meno- ja rahoitustietokannan (SAS) uudistamistarpeelle sekä

On the 11<sup>th</sup> of April 2001, STAKES' Director General set up a working group to deal with the reform of national health expenditure and financing accounting. The working group was assigned the following tasks:

- 1) To redesign the system used in Finland for accounting the costs and financing of health care services taking national needs as the primary point of departure but also taking account of international considerations. The goal of the working group was to examine the contents and structure of the present health expenditure and financing account and to give its opinion about whether the system will be able to respond to the challenges that are created, for example, by present and future statistical needs and the changes that have taken place in the health care system and data sources.
- 2) To reveal the areas in the present accounting system that clearly call for reform and renewal and to identify the data sources, definitions and accounting principles presently used in these areas. The working group should also extensively chart the availability of other potential data sources and submit a proposal on the data sources and accounting principles to be introduced and any changes to be made in the contents of the account. Alongside national considerations the proposal for reform should take account of the objectives and definitions of important international development projects such as the OECD/EU System of Health Accounts, which is closely related to national economic accounting. The aim is to develop a uniform data collection framework and to introduce it in 2003. The working group should also give its opinion concerning Finland's involvement

- tehdä esitys uusien laskentaperiaatteiden käyttöönoton aikataulusta ja edelleen muutosten siirtämisestä kotimaisille ja kansainvälisille yhteistyötahoille toimitettaviin aikasarjatietoihin. Uudistukset tulee integroida mahdollisuuksien mukaan myös Stakesin vastuulle syksyllä 2000 siirtyneeseen sosiaalimenolaskelmaan.
- 4) tehdä esitys terveystalvelujen menoja ja rahoitusta koskevien tietojen julkaisusta, julkaisutavoista ja aikatauluista.
- in projects aimed at developing the contents of accounts.
- 3) To put forward a proposal on the need created by this reform to redesign the existing database of costs and financing (SAS) and to suggest a time schedule for the introduction of the new accounting principles and for making the necessary changes in time series data to be communicated to co-operating partners on the national and international levels. As far as possible, the changes should also be incorporated in the National Social Expenditure Account, the compilation of which has been the responsibility of STAKES since autumn 2000.
- 4) To present a proposal on the publication of health expenditure and financing data and related time schedules.

## Työryhmän kokoonpano

### *The composition of the working group*

Työryhmän kokoonpano oli seuraava:

Puheenjohtaja:

kehittämispäällikkö Olli Nylander, Stakes

Sihteeri:

kehittämispäällikkö Nina Haapanen, Stakes

Jäsenet:

suunnittelija Timo Partio, Kela

suunnittelija Tuula Hausmann, Tilastokeskus 8.10.2001 asti

yliaktuaari Markku Lindqvist, Tilastokeskus 8.10.2001 alkaen

finanssi- ja terveysministeriön sihteeri Tiina Heino, sosiaali- ja terveysministeriö

neuvotteleva virkamies Raimo Jämsén, sosiaali- ja terveysministeriö, 15.10.2002 vapautettu työryhmästä muihin tehtäviin

lääkintöneuvos Risto Pomoell, sosiaali- ja terveysministeriö, 31.12.2001 asti

lääkintöneuvos Martti Rissanen, sosiaali- ja terveysministeriö

kehittämispäällikkö Mikko Nenonen, Stakes, 1.9.2002 alkaen

Reumasäätiön sairaalan tutkimusprofessori Unto Häkkinen, Stakes

tutkija Jan Klavus, Stakes 8.10.2001 asti

kehittämispäällikkö Miika Linna 8.10.2001 alkaen

suunnittelija Paula Ruuth, Stakes

Työryhmä kokoontui työnsä aikana yhdeksän kertaa. Tämän lisäksi työryhmän nimeämä valmistelutyöryhmä kokoontui kahdeksan kertaa. Valmistelutyöryhmään kuuluivat Olli Nylander, Mikko Nenonen, Paula Ruuth ja Nina Haapanen. Terveystilaston kustannus- ja rahoitustilaston uudistamiseksi työryhmän sihteeri kuului myös Tilastokeskuksen asiantuntijoina Olli Piristä, Olli Seppästä ja Eeva Hamusta, Kelasta Raija Pajusta sekä Vakuutusvalvontavirastosta Juhani Peltolaa. Tämän lisäksi työryhmän sihteeri on ollut yhteydessä lukuisiin muihin organisaatioihin ja näiden edustajiin. Työ-

The working group had the following members:

Chair:

Olli Nylander, Development Manager, STAKES

Secretary:

Nina Haapanen, Development Manager, STAKES

Members:

Timo Partio, Planning Officer, Social Insurance Institution

Tuula Hausmann, Planning Officer, Statistics Finland, until 8 Oct. 2001

Markku Lindqvist, Senior Statistician, Statistics Finland, as of 8 Oct. 2001

Tiina Heino, Senior Financial Officer, Ministry of Social Affairs and Health

Raimo Jämsén, Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health, until 15 Oct. 2002

Risto Pomoell, Ministerial Counsellor, Ministry of Social Affairs and Health, until 31 Dec. 2001

Martti Rissanen, Ministerial Counsellor, Ministry of Social Affairs and Health

Mikko Nenonen, Development Manager, STAKES, as of 1 Sept. 2002

Finnish Rheumatism Foundation's Hospital

Unto Häkkinen, Research Professor, STAKES

Jan Klavus, Researcher, STAKES, until 8 Oct. 2001

Miika Linna, Development Manager, as of 8 Oct. 2001

Paula Ruuth, Planning Officer, STAKES

The working group met nine times altogether. In addition, a preparatory group appointed by the working group, consisting of Olli Nylander, Mikko Nenonen, Paula Ruuth and Nina Haapanen, met eight times. Concerning the reform of the National Health Care

ryhmän sihteeri on konsultoinut työn eri vaiheissa myös Manfred Huberia ja Eva Oroszia OECD:stä.

Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitus-tilaston uudistamisen edistämiseksi Stakes järjesti 29.–30.11.2001 Espoossa Pohjoismaisen SHA (System of Health Accounts)- verkoston kokouksen. Kokoukseen osallistuivat työryhmästä Olli Nylander, Mikko Nenonen, Timo Partio, Tiina Heino, Miika Linna, Paula Ruuth ja Nina Haapanen. Mukana olivat lisäksi edustajat Norjasta, Ruotsista, Tanskasta ja Isosta-Britanniasta. Kokouksen päävieraaksi oli kutsuttu SHA-asiantuntija Manfred Huber OECD:stä. Työryhmän sihteeri on osallistunut aktiivisesti muihin pohjoismaisen yhteistyöverkoston kokouksiin. Yhteistyö jatkuu edelleen.

Työryhmän jäsenistä kehittämisspälliköt Mikko Nenonen ja Nina Haapanen ovat osallistuneet myös seuraaviin Eurostatin rahoittamiin SHA-tilastointikehikön käyttöönottoa edistäviin kehittämishankkeisiin:

- Health Account Prototype Analysis project (Marcus Schneider, BASYS, Germany)
- Health Account Guidelines project (Phillip Lee, ONS, Iso-Britannia)
- Health expenditure by age and gender project (Raymond Wagener, IGSS, Luxemburg).

Expenditure and Financing Account, the secretary of the working group also consulted Olli Pirinen, Olli Seppänen and Eeva Hamunen from Statistics Finland, Raija Pajunen from the Social Insurance Institution and Juhani Peltola from the Insurance Supervisory Authority. In addition, the secretary of the working group has been in contact with a wide range of other organisations and their representatives. She also consulted Manfred Huber and Eva Orosz from OECD at different stages of the work.

With the aim of furthering the reform of the National Health Expenditure and Financing Account, STAKES organised a meeting of the Nordic SHA Network in Espoo, Finland, 29–30 November 2001. The following members of the working group participated in the meeting: Olli Nylander, Mikko Nenonen, Timo Partio, Tiina Heino, Miika Linna, Paula Ruuth and Nina Haapanen. There were also representatives from Norway, Sweden, Denmark and Great Britain in the meeting. Manfred Huber from OECD participated as a special SHA expert. The secretary of the working group has also actively participated in other meetings of the Nordic co-operation network. Co-operation is still going on within the network.

Of the working group members, Mikko Nenonen and Nina Haapanen have also participated in the following Eurostat-funded developments projects aimed at furthering the implementation of SHA:

- Health Account Prototype Analysis (Marcus Schneider, BASYS, Germany)
- Health Account Guidelines (Phillip Lee, ONS, Great Britain)
- Health Expenditure by Age and Gender (Raymond Wagener, IGSS, Luxembourg).

# Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastoinnin nykytila

## *The present state of health expenditure and financing accounting*

### Tietosisältö, lähteet ja raportointi

### Data content, sources and reporting

Nykyinen terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilasto pohjautuu Kelassa 1980-luvulla tehtyyn tutkimukseen. Työssä laadittiin eri tilastolähteitä yhdistellen terveydenhuoltomenoja koskeva tilastointikehikko, jonka perusteella oli mahdollista arvioida Suomen terveydenhuollon kehitystä vuodesta 1960 lähtien. Tätä tilastointikehikkoa on sittemmin hyödynnetty vuotuisessa terveydenhuollon kustannusten ja rahoituksen laskennassa sekä edelleen kansallisessa ja kansainvälisessä raportoinnissa (OECD, WHO, NOMESKO). Kela on vastannut laskennasta vuotta 1999 koskeviin tietoihin asti. Tiedot on julkaistu vuosittain taulukkoraportissa "Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960–". Stakes on vastannut terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastoinnista vuoden 2000 tiedoista eteenpäin (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2000).

Terveydenhuoltomenoja lasketaan myös Stakesin vastuulla olevassa Suomen sosiaalimenolaskelmassa. Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilasto tarkastelee tietoja kuitenkin sosiaalimenolaskelmaa yksityiskohtaisemmin ja eroaa osin myös laskentaperiaatteissaan. Toisin kuin sosiaalimenolaskelmassa tulonsiirrot eivät sisälly terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastoon. Sosiaalimenolaskelma (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2000) tarkastelee edelleen nettomenoja eli ilman asiakasmaksuja, kun taas terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastossa kiinnostuksen kohteena ovat kustannukset, jolloin asiakasmaksut on sisällytetty

Finland's present Health Expenditure and Financing Account is based on a study that was conducted at the National Social Insurance Institution in the 1980s. The aim of the study was to build up a framework for statistical reporting of health expenditure by combining statistical data from different sources so as to outline health care developments in Finland since 1960. Since the 1980s the statistical framework has been used in annual accounting of health expenditure and financing and in statistical reporting at the national and international levels (OECD, WHO, NOMESCO). The Social Insurance Institution was in charge of the accounting up to the 1999 data, and published the data annually in the table report *Costs and financing of health care in Finland 1960-*. Beginning from the 2000 data, STAKES has been in charge of health expenditure and financing accounting (*Social Welfare and Health Care Expenditure 2000*).

The National Social Expenditure Account, compiled by STAKES, also includes health expenditure accounts. The National Health Expenditure and Financing Account, however, is more detailed than the Social Expenditure Account and also differs somewhat from it in its accounting principles. Unlike the Social Expenditure Account, the Health Expenditure and Financing Account does not include income transfers. Further, the Social Expenditure Account (*Social Welfare and Health Care Expenditure 2000*) is based on net expenditure, that is, it does not include out-of-

mukaan. Jälkimmäinen huomioi myös kattavammin yksityisen terveydenhuollon.

pocket payments, whereas the Health Expenditure and Financing Account, being focused on spending, also includes out-of-pocket payments. It also covers private health care provision more extensively than the Social Expenditure Account.

## Nykytilastoinnin haasteet

Kelassa alun perin tutkimustarkoitukseen laadittua tilastointikehikkoa ei ole sittemmin päivitetty kokonaisvaltaisesti. Tietolähteiden ja kustannustietojen saatavuudessa tapahtuneiden muutosten seurauksena tietojen raportointitaso on nykyisin alkuperäistä karkeampaa. Esimerkiksi psykiatrisen hoidon kustannuksia ei ole raportoitu lähes 10 vuoteen. Samaan aikaan kansainvälisessä terveydenhuollon kustannustietojen keruussa suuntaus on kohti yksityiskohtaisempaa, mutta samalla vertailukelpoisempaa tietoa. Seurauksena on ollut, että terveydenhuoltomeno-laskelman tuottamat luvut soveltuvat aikaisempaa jähkemmin kansainvälisiin tietotarpeisiin.

Tehtyjä muutoksia laskelmissa ja tietolähteissä ei ole dokumentoitu systemaattisesti. Tiedonkeruussa ja laskennassa on jouduttu turvautumaan myös yhä enemmän arvioihin, joiden luotettavuuteen liittyy epävarmuustekijöitä. Tilastointi on pohjautunut lisäksi teknisesti laajaan ja vaikeaselkoiseen tietokantaan, joka heikentää raportoinnin läpinäkyvyyttä. Raportointi on puolestaan perustunut taulukkojulkaisuun ilman tarkempaa tietosisällön kuvausta.

Näiden seikkojen vuoksi uudistettavan tilastoinnin keskeisinä kansallisina haasteina on rationalisoida tiedonkeruuta ja samalla parantaa kerättävän tiedon laatua. Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilaston käsitteistön määrittely ja päivittäminen Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtuneiden muutosten mukaiseksi on tärkeä uudistusta vaativa osaluue. Kansallisen tilastoinnin uudistamisessa tulee pyrkiä huomioimaan myös kansainväli-

## Challenges for the present system

The Social Insurance Institution's statistical framework, originally built up for research purposes, has not ever been comprehensively updated. As a consequence of changes that have taken place in data sources and in access to financing data, the reporting of data is today less precise than originally. For example, the costs of psychiatric treatment have not been reported for nearly 10 years. At the same time the trend in the collection of health expenditure data at the international level has been towards not only more detailed but also more comparable data. As a result, figures in the National Health Expenditure Account have become less suitable for international information needs.

There has been no systematic documentation of the changes made in the accounting principles and data sources. Moreover, it has not been possible to avoid the use of less reliable estimates in the data collection and accounting to the same extent as previously. The transparency of reporting has been deteriorated by the fact that the statistics have been based on a technically complicated database. Reporting in turn has taken place through the publication of tables, without any detailed description of data contents.

In these circumstances, the most important national challenges that need to be addressed in reforming the accounting system are to rationalise the collection of data and to improve the quality of data to be collected. An important area in need of reform is the definition and updating of concepts used in the

set tietotarpeet tietojen vertailukelpoisuuden edistämiseksi. Sekä kansallisessa että kansainvälisessä tiedonkeruussa suuri haaste kytkeytyy aikaisempaa yksityiskohtaisemman tiedon tarpeeseen ja toisaalta aikasarjatietojen vertailukelpoisuuden säilyttämiseen. Kansallisesti keskeisenä haasteena on kehittää edelleen tietojen käsittelyä, varastointia ja raportointia. Uudistuksen haasteena on mahdollistaa myös aikaisempaa paremmin ns. panos–tuotos-tarkastelut toimintojen vaikuttavuuden ja tehokkuuden selvittämiseksi.

National Health Expenditure and Financing Account in accordance with the changes of the Finnish health care system. The reform of the national accounting system also needs to take account of international information needs so as to make the data more comparable. A great challenge for both national and international data collection is to be able to provide more precise data and to ensure the comparability of time series data. Nationally, a key challenge is to further improve data processing, storing and reporting. The reform should also focus on facilitating the use of an input-output approach in describing the efficiency and effectiveness of functions.

# Uusi laskentakehikko ja laskennan siirtymäaikataulu

## *A new accounting framework and a transition schedule*

### Laskentakehikon rakentamisen lähtökohdat

Kuviossa 1 on kuvattu terveydenhuoltotoiminnan keskeiset elementit ja niiden väliset suhteet. Terveyspalvelujen tuotannon panoksiin (I) sisältyvät luonnonvarat (maa), henkilöstö ja pääoma (rakennukset, koneet, laitteet, materiaalit). Käytettyjä panoksia mitataan tavallisesti yhteismitallisesti kustannuksilla, voimavarojen arvolla. Toiminta- tai tuotantoprosessissa (A) voimavaroja yhdistellään ja muunnetaan toiminnan tuotokseksi (O). Panosten määrä, laatu ja käyttötapa ratkaisevat, millainen ja miten suuri tuotos kyetään tuottamaan. Terveys- huollossa tuotos muodostuu suoritteista eli palveluista, toimenpiteistä ja tekniikoista. Näillä on puolestaan vaikutusta väestön terveydentilaan, jota kutsutaan vaikuttavuudeksi (E). Tehokkuutta voidaan puolestaan tarkastella toiminnan vaikuttavuuden ja sen aikaansaamiseksi tarvittujen panosten (kustannusten) suhteena. Vastaavasti tuottavuus kuvaa toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseksi käytettyjen panosten suhdetta.

Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastossa on perinteisesti keskitytty tarkastelemaan terveydenhuollon panoksia yhteismitallisesti kustannuksina (osio 2) sekä edelleen näiden rahoitusta (osio 1). Raportissa aikaisemmin mainittujen haasteiden vuoksi terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilaston kansallisessa uudistamisessa keskityttiin edelleen näiden osioiden laaja-alaisempaan tarkasteluun.

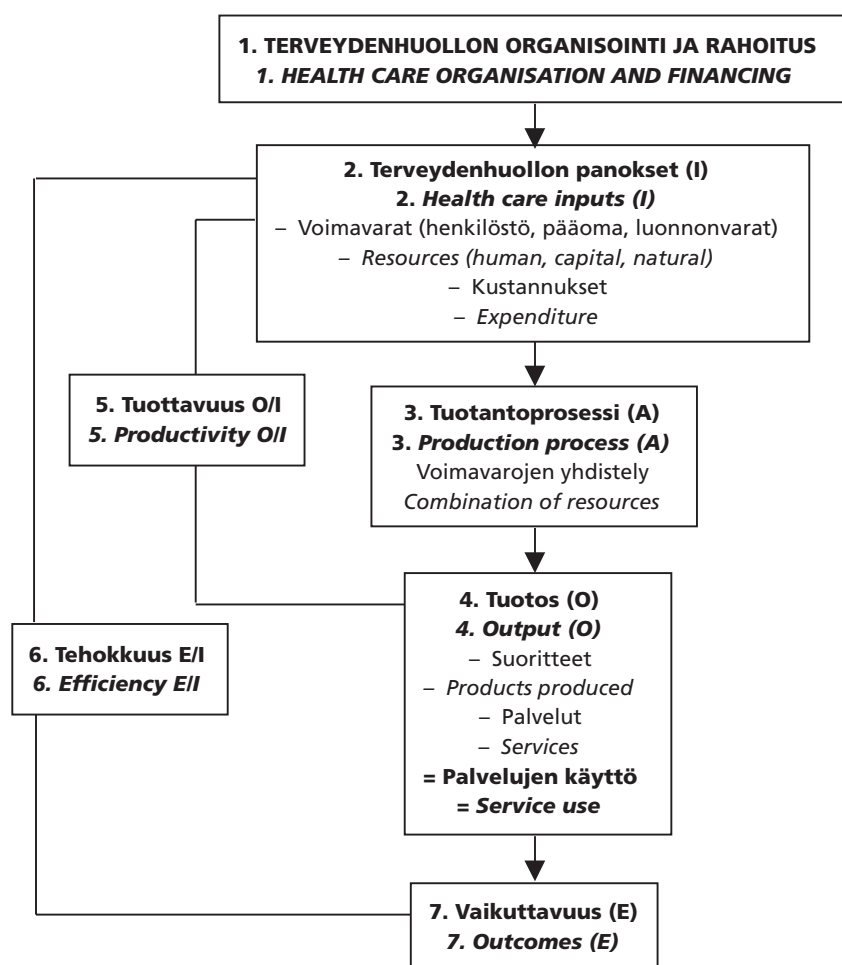
Työryhmän lähtökohtana oli luoda uusi laskentakehikko ensisijaisesti kansallisista tarpeista lähtien niin, että tilasto kattaisi nykyisen

### A basis for an accounting framework

Figure 1 illustrates the key elements of health care operations and their interrelations. Health care inputs (I) include natural resources (land), human resources and capital (buildings, machinery, equipment, materials). Inputs used to produce outputs are usually measured by regarding them as commensurate with related costs, that is, the value of resources. In an operation or production process (A) resources are combined and transformed into operational outputs (O). The quantity and quality of inputs and the way they are used will decide the kind and magnitude of outputs. Health care outputs consist of the services, procedures and technologies produced. These in turn affect population health, that is, have certain outcomes (E). Efficiency then can be seen as the ratio between the outcomes and the inputs (costs) needed for gaining them. Correspondingly, productivity describes the ratio between the operational output and the inputs used to gain them.

Traditionally, the National Health Expenditure and Financing Account has focused on health care inputs as commensurate with health expenditures (component 2) and on the financing of these expenditures (component 1). Considering the future challenges mentioned earlier in this report, the focus in redesigning the National Health Expenditure and Financing Account has been on a more comprehensive analysis of these components.

The aim of the working group was to create a new accounting framework primarily



KUVIO 1. Terveysthuoltotoiminnan keskeiset elementit ja niiden väliset suhteet  
 FIGURE 1. Key elements of health care operations and their interrelations

terveydenhuoltojärjestelmän mukaisen keskeisen kustannussisällön. OECD on parhaillaan tekemässä tunnetuksi niin kutsuttua System of Health Accounts (SHA) laskentakehikkoa. Kansallisen tilaston tietojen kansainvälisen vertailtavuuden edistämiseksi työryhmä päätti käyttää System of Health Accounts (SHA) -viitekehystä sisällön nimeämisen ja luokittelun lähtökohtana. Tällä varmistetaan yhtenäinen kustannus- ja rahoitustietosisältö raportointi sekä kansallisiin että kansainvälisiin tilastoihin. Lähtökohta mahdollistaa myös SHA-osioiden tarkemman tarkastelun kansallisesti merkittävien osa-alueiden osalta.

Terveysthuollon kustannus- ja rahoitustilaston laskentakehikon tietosisällön päivittä-

based on national needs in order for the health account to cover the key expenditure items based on the present health care system. OECD is launching a new accounting framework, a System of Health Accounts (SHA). To enhance the international comparability of the national account, the working group decided to use the SHA framework as a basis for content definitions and classification. This will ensure uniform statistical reporting of expenditure and financing nationally and internationally. This point of departure will also allow a more precise analysis of the SHA sections with regard to areas that are nationally important.

In addition to updating the data content of the accounting framework for the National

misen ohella keskeistä oli inventoida myös tietolähteet sekä päivittää laskentaperiaatteet. Lähtökohdana oli myös tekniseltä ratkaisultaan nykyistä yksinkertaisempi laskentakehikko, joka lisäisi yhtäältä raportoinnin läpinäkyvyyttä, mutta helpottaisi myös tietosisältöä ja laskentaperiaatteita koskevan tietämyksen siirtämistä eteenpäin. Samalla laskenta ja raportointi eri vaiheineen olisi mahdollista toteuttaa vähäisilläkin henkilö- ja taloudellisilla resursseilla.

Health Expenditure and Financing Account, an important undertaking was to make an inventory of data sources and to update the accounting principles. A further goal was to create an accounting framework that is technically simpler than the present one, makes the reporting more transparent and facilitates the communication of information about the data content and the accounting principles. As a result, even rather limited financial and human resources would suffice for calculation and reporting.

## System of Health Accounts (SHA) -laskentakehikko ja sen käyttöönotto OECD-maissa

## The System of Health Accounts and its introduction in OECD countries

OECD kerää vuosittain jäsenmaista terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustietoja, jotka julkaistaan OECD Health Data -tietokannassa. OECD:lle toimitettuja terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustietoja hyödyntävät myös monet muut kansainväliset tilasto-organisaatiot, kuten WHO ja NOMESCO.

OECD collects health expenditure and financing data from its member states for publication in its Health Data database. The health expenditure and financing data submitted to OECD are also used by many other international statistics organisations such as WHO and NOMESCO.

Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustietojen kansainvälisen vertailtavuuden edistämiseksi OECD vetää tällä haavaa, yhdessä EU:n Tilastotoimisto Eurostatin kanssa, SHA-kehittämishanketta. Kansantalouden tilinpitoajatteluun pohjautuva laskentakehikko pyrkii käsite- ja sisältömääritelmillään harmonisoimaan eri maiden kustannustietojen sisältöä. OECD on julkaissut implementoinnin edistämiseksi manuaalin, joka kokoaa SHA-laskentakehikon keskeisen käsitteistön ja yleiset määritelmät. SHA-laskentakehikko perustuu toimintojen (functions), tuottajien (providers) ja rahoittajien (financiers) nimeämiseen niin, että eri osioita voidaan joustavasti ristiintaulukoida. Toimintoluokitus tarkastelee terveydenhuollon tuottamia, yksilöön tai yhteisöön kohdistettuja palveluja ja hyödykkeitä. Rahoitusluokituksessa kiinnostuksen kohteena ovat terveyden-

To enhance the international comparability of health expenditure and financing data, OECD is implementing a SHA development project together with the Statistical Office of the European Union, Eurostat. The SHA provides an accounting framework that is based on national economic accounts philosophy and aims at harmonising the content of financing data in different countries through its definitions and concepts. OECD has published a manual with the key concepts and definitions of the SHA framework in order to further the implementation of the system. The SHA framework defines functions, providers and financiers so as to allow flexible cross classification of the different components. In the functional classification the focus is on health care services and commodities that are targeted on individuals or communities. The classification of funding sources in turn focuses

huoltomenoja rahoittavat julkiset ja yksityiset rahoittajat. Tuottajakohtaisessa luokittelussa tarkastelun kohteena ovat terveydenhuollon palveluja ja hyödykkeitä tarjoavat tahot, joille nämä rahoitusvirrat ohjautuvat.

SHA-viitekehityksen mukaisen pääluokituksen tietosisältö on kuvattu tarkemmin liitteissä 1–3. Tämän lisäksi SHA-viitekehitys erittelee nk. terveyteen liittyvät toiminnot (health-related functions), joita ei huomioida investointeja lukuun ottamatta terveydenhuollon kokonaismenoja laskettaessa eikä siten myöskään esimerkiksi maiden terveydenhuoltomenojen BKT-suhdetta tarkasteltaessa.

SHA-manuaalin käyttöönottoa koskeva työ on käynnissä 18 OECD-maassa (liite 4). Pohjoismaista työ on käynnissä Tanskassa ja Suomessa. Yksikään jäsenmaa ei kuitenkaan toistaiseksi raportoi tietojaan OECD:lle kokonaisuudessaan SHA-laskentakehikon mukaisesti. SHA:n implementointia valmisteleva työ on käynnissä kuudessa maassa mukaan lukien Pohjoismaista Ruotsi ja Norja. SHA:n mukainen raportointi on suunnitteilla lisäksi kolmessa muussa maassa. Ainoastaan kolmella maalla ei ole minkäänlaisia suunnitelmia SHA-viitekehityksen soveltamiseksi tilastoinnissaan.

Maiden SHA-tilastointikehikon käyttöönoton erilaisista vaiheista ja toisaalta OECD:n rajallisista valtuuksista johtuen yhdenmukaiseen raportointiin pyritään asteittain niin, että osioita tarkennetaan vähitellen. Tarkkaa aikataulua ei tätä nykyä ole olemassa, koska työ on osoittautunut jo käyttöönottoaloihin aloittaneisakin maissa varsin haasteelliseksi ja työlääksi prosessiksi. Tietosisällön harmonisointia ovat hidastaneet muun muassa terveydenhuoltojärjestelmästä sekä tietolähteistä riippuvat seikat. Esimerkiksi Suomessa terveydenhuoltomenu-laskelma on perinteisesti pohjautunut muista tilastoista, tilinpäätöstiedoista ja muista vastaavista lähteistä kerättyihin tietoihin. Tämä poikkeaa jossain määrin monista muista OECD-maista, kuten Norjasta, Ruotsista ja Tanskasta, missä tietolähteiden perustan muodostaa kansantalouden tilinpito. Toisaalta SHA-implementoinnin myötä myös nämä maat joutuvat laajentamaan tiedonkeruulähteitään esimerkiksi kotitaloustiedusteluihin.

on public and private financiers of health care expenditure. The provider-based classification is focused on health-care service and commodity providers who receive funding from different sources.

The data content of these main categories of the SHA is described in more detail in Annexes 1–3. In addition, the SHA distinguishes ‘health-related functions’ that are taken into account in calculating total expenditure on health care only as far as related investments are concerned. Accordingly, such functions are not either taken into account when calculating the GDP share of national health expenditure, for example.

The implementation of the SHA manual is going on in 18 OECD countries (Annex 4). Among the Nordic countries, the work is under way in Denmark and Finland. For the time being, however, none of the member states is able to report all of its health data to OECD in accordance with the SHA. Preparatory work on SHA implementation is under way in six countries, including Sweden and Norway among the Nordic countries. Furthermore, reporting in line with the SHA is being planned in three other countries. Only three of the OECD countries have no plans for applying the SHA in their accounting systems.

As the phase of the SHA implementation varies from one country to another and also due to the limited powers of OECD, uniform reporting is to be achieved step by step by gradually developing the components to a more detailed level. At the moment there is no precise time schedule, as the work has turned out to present great challenges even in the countries that have already started the implementation process. The harmonisation of data content has been slowed down by factors related to the health care system and data sources, among others. In Finland, for example, the National Health Expenditure Account has traditionally been based on information gathered from other statistics, final accounts and similar sources. This practice deviates to some extent from those used in many other OECD countries, such as Norway, Sweden and Denmark, where the data collection is based on national

economic accounts. On the other hand, the SHA implementation will make it necessary for these countries to increase their data sources by including household surveys, for example.

## Käsitteet ja tietosisältö

Stakesin edustajista koostuva valmisteluryhmä kävi yksityiskohtaisesti läpi SHA-viitekehyksen mukaisen käsitteistön ja suomensi englanninkielistä termistöä. SHA-kehikon mukaiset pääkäsitteet on kuvattu liitteissä 1–3. Valmisteluryhmä nimesi edelleen Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä SHA-järjestelmän mukaiset vastaavat toiminnot, tuottajat ja rahoittajat työryhmän jatkokäsittelyyn. Työssä hyödynnettiin myös muita luokituksia, kuten julkisyhteisöjen tehtäväluokitusta COFOGia, Euroopan kansantalouden tilinpitojärjestelmää (1997), sektoriluokitusta (Sektoriluokitus 2000), Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitusluokitusta (HILMO 2002) ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon luokitusta (Hämäläinen ym. 2001).

Kansallista terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilaston tähän asti käytössä ollutta käsitteistöä ja sisältöä tarkennettiin SHA-manuaalin mukaisesti yksityiskohtaisemmalle tasolle. Uudistettavaan terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastoon päätettiin lisätä seuraavia uusien toimintojen kustannukset (suluissa SHA:n mukainen luokka):

## Concepts and data content

The preparatory group consisting of STAKES' representatives went through the concepts of the SHA and translated English terms into Finnish. Annexes 1–3 show the key concepts of the SHA. The preparatory group also enumerated the functions, providers and financiers of the SHA system in the Finnish health care system for further consideration by the working group. In this work, other classifications were made use of, including the Classification of the Functions of the Government (COFOG), the European System of Accounts (1997), the Finnish sector classification (*Sektoriluokitus 2000*), the classifications used for the Finnish Care Register for Social Welfare and Health Care (*HILMO 2002*) and for private social welfare and health care provision (Hämäläinen et al. 2001).

The earlier concepts and contents of the National Health Expenditure and Financing Account were specified in accordance with the SHA manual so as to bring them to a more detailed level. It was decided that the costs of the following new functions will be added to the renewed Health Expenditure and Financing Account (SHA code in brackets):

- + Vanhainkoti- ja muun vanhusten laitoshoidon kustannukset (HC.3.1)
- + *Costs of old people's homes and other institutional care of the elderly (HC.3.1)*
- + Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen matkakustannukset (HC.4.3)
- + *Travel expenses of medical rehabilitation provided by the Social Insurance Institution (HC.4.3.)*
- + Kasvatus- ja perheneuvolatoiminnan kustannukset (osa) (HC.1.3.9)
- + *Costs of child guidance and family counselling (partly) (HC.1.3.9)*
- + Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen toimintamenot (HC.7.1.1)
- + *Operating costs of the National Authority for Medicolegal Affairs (HC.7.1.1)*
- + Sosiaali- ja terveysministeriön toimintamenot (osa) (HC.7.1.1)
- + *Operating costs of the Ministry of Social Affairs and Health (partly) (HC.7.1.1)*
- + Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskuksen toimintamenot (HC.7.1.1)
- + *Operating costs of the National Product Control Agency for Welfare and Health (HC.7.1.1)*
- + Sairauskassojen sairaanhoitokorvaustoiminnasta aiheutuneet hallintokulut (HC.7.2.1)
- + *Administrative costs of relief funds' medical expense reimbursement operations (HC.7.2.1)*
- + Yksityisten vakuutusyhtiöiden sairaus- ja kuntoutuskorvausten käsittelystä aiheutuneet hallintokulut (HC.7.2.2)
- + *Administrative costs of private insurance institutions in connection with processing of medical expense and rehabilitation reimbursements (HC.7.2.2)*
- + Työeläkelaitosten kuntoutuskustannukset (HC.2.3)
- + *Costs of rehabilitation provided by employment pension institutions (HC.2.3)*
- + Valtion mielisairaanhoidon kustannukset (HC.1.1, HC.3.1)
- + *Costs of state mental hospitals (HC.1.1, HC.3.1)*

Merkittävin uusi lisäys koskee vanhainkoti- ja muun vanhusten laitoshoidon sisällyttämistä laskelmaan. Nykyisin käytössä olevassa laskelmassa mukaan on sisällytetty ainoastaan terveyskeskusten pitkäaikainen vuodeosastohoito. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtuneiden muutosten vuoksi työryhmä pitää kuitenkin tärkeänä vanhustenhuollon kustannusten laaja-alaisempaa sisällyttämistä. Nykyisin kunnasta riippuen vanhukset hoidetaan joko sosiaali- tai terveyssektorilla esimerkiksi vanhainkodeissa, tehostetun palveluasumisen piirissä tai terveyskeskusten vuodeosastolla.

SHA-viitekehys sisältää varsinaisten terveydenhuoltomenojen ohella nk. terveyteen liittyviä toimintoja (health-related functions), joita ei huomioida terveydenhuollon investointimenoja lukuun ottamatta maiden BKT-suhdetta laskettaessa. Tällaisiksi uusiksi menoeriksi lisättiin Suomen järjestelmään seuraavat menot (suluissa SHA:n mukainen luokka):

The most important single item to be added is old people's homes and other institutional care of the elderly. The present account only includes long-term in-patient care at health centres. Considering the major changes in the Finnish social welfare and health care system, the working group regards that it is important that costs of care of the elderly be more extensively included in the account. At present, depending on the municipality, elderly people receive care either at social or health sector institutions, such as old people's homes, 24-hour service housing or health centre wards.

In addition to proper health expenditure, the SHA system includes health-related functions that are not taken into account in calculating the GDP ratio of countries, with the exception of investment expenditure. The following expenditure items were added to the Finnish system as health-related functions (SHA code in brackets):

- +/- Erityisvaltionosuus (EVO) korvaukset lääkäri- ja hammaslääkärikoulutukseen (HC.R.2)
- +/- *Special state subsidy for medical and dental education (HC.R.2)*
- +/- Erityisvaltionosuus (EVO) korvaukset erikoissairaanhoidon mukaiseen tutkimustoimintaan (HC.R.3)
- +/- *Special state subsidy for research under the Act on Specialised Medical Care (HC.R.3)*
- +/- Työterveyslaitoksen toimintamenojen valtionapu (osa) (HC.R.3)
- +/- *State assistance for operating costs of the Finnish Institute of Occupational Health (partly) (HC.R.3)*
- +/- Suomen Akatemian terveyden tutkimuksen apurahat (HC.R.3)
- +/- *Academy of Finland's grants for health research (HC.R.3)*
- +/- Kelan sairauteen ja terveyteen liittyvät toimeentuloturvatyyppiset etuudet (HC.R.7)
- +/- *Benefits in cash paid by the Social Insurance Institution for sickness and health (HC.R.7)*

Nykyisin käytössä olevasta terveydenhuolto-menolaskelman sisällöstä siirtyy SHA-luokituksen mukaisesti osa nk. terveyteen liittyviksi toiminnoiksi. Nämä osiot ovat (suluissa SHA:n mukainen luokka):

In accordance with the SHA classification, some of the items of the present National Health Expenditure Account will be classified as health-related functions. These are as follows (SHA code in brackets):

- Kuntien ympäristöterveydenhuollon kustannukset (HC.R.5)
- *Environmental health costs of municipalities (HC.R.5)*
- Kansanterveyslaitoksen toimintamenot (osa) (HC.R.3)
- *Operating costs of the National Public Health Institute (partly) (HC.R.3)*
- Säteilyturvakeskuksen toimintamenot (HC.R.5)
- *Operating costs of the Radiation and Nuclear Safety Authority (HC.R.5)*
- Stakesin toimintamenot (osa) (HC.R.3)
- *STAKES' operating costs (partly) (HC.R.3)*

SHA-viitekehyksen mukainen käsitteistö jakaa rahoittajat julkisen ja yksityisen sektorin rahoittajiin (liite 3). Yksittäisillä toiminnoilla voi olla useita rahoittajia. Suomalaiset terveydenhuollon rahoittajat ryhmitellään SHA-viitekehysessä kuvion 2 mukaisesti luokkiin. Kansallisesti uusia rahoittajatahoja ei nimetty. Julkisen sektorin rahoittajat ovat valtio, kunta ja Kansaneläkelaitos. Yksityisen sektorin merkittävimpiä terveydenhuoltomenojen rahoittajia ovat kotitaloudet. Näiden rahoitus koostuu palvelujen käytöstä aiheutuvista asiakasmaksuista ja terveydenhuoltovalmisteiden (lääkkeet, lääkinnälliset laitteet) hankintamenoista.

In the conceptual framework of the SHA, financiers are grouped into general government and private-sector financiers (Annex 3). Individual functions may have several financiers. In accordance with the SHA, Finnish health care financiers can be classified as shown in Figure 2. No new sources of funding have been added at the national level. Public sources of funding include the state, municipalities and the Social Insurance Institution. Households are the most important sources of funding in the private sector. Their contribution consists of out-of-pocket payments and acquisition costs of health care products (medicines, medical devices).

Rahoittaja <i>Financier</i>	ICHA-HF <i>ICHA-HF</i>
Valtio <i>State</i>	HF.1.1.1
Kunta <i>Municipalities</i>	HF.1.1.3
Kansaneläkelaitos <i>Social Insurance Institution</i>	HF.1.2
Työnantajat <i>Employers</i>	HF.2.5
Sairauskassat <i>Relief funds</i>	HF.2.1
Yksityinen vakuutus <i>Private insurance</i>	HF.2.2
Kotitaloudet <i>Households</i>	HF.2.3

KUVIO 2. Kansalliset terveydenhuollon rahoittajat SHA-viitekehyksessä  
FIGURE 2. National health care financiers in the SHA framework

## Tietolähteet, laskentaperiaatteet ja laskennan tekninen toteutus

Uusittavan tilaston sisältöpäivityksen ohella tulee inventoida myös tietolähteet ja tarkistaa laskentaperiaatteiden ajanmukaisuus. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoitoa koskevat merkittävimmät uudet hyödynnettävät tietolähteet ovat Stakesin Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri (HILMO) sekä Stakesin ja sairaanhoitopiirien yhteinen Benchmarking-tietokanta. Nämä tarjoavat nykyistä monipuolisempaa tietoa myös yksityisten sairaaloiden vuodeosastohoidosta. Hyödynnettävät tietolähteet tuottavat aikaisempaa yksityiskohtaisempaa tietoa SHA-tarpeisiin ja toisaalta tarjoavat mahdollisuuden arvioida eri lähteistä tuotettujen kustannustietojen luotettavuutta. Perusterveydenhuollon kustannuksia pyritään tarkentamaan SHA-manuaalin mukaiselle tasolle hyödyntäen erityisesti Stakesin raporttia terveydenhuollon yksikkökustannuksista (Heikkinen ym. 2001). Lääkinnällisiä laitteita

## Data sources, accounting principles and technical implementation

In addition to updating the contents of the National Account it is necessary to make an inventory of data sources and to ensure that the accounting principles are up-to-date. As far as in-patient care within specialised and primary health care is concerned, the most important new data sources to be made use of are STAKES' Care Register for Social Welfare and Health Care (HILMO) and a benchmarking database maintained by STAKES and the hospital districts. These data sources also offer more comprehensive information than at present about in-patient care in private hospitals. The data sources to be used will thus provide more detailed information for the needs of the SHA and also offer an opportunity to assess the reliability of expenditure data derived from different sources. Further, the intention is to provide more detailed information about expenditure on primary health care in accordance with the SHA manual. The STAKES

koskevassa osiossa hyödynnetään ensisijaisesti Tilastokeskuksen kotitaloustiedustelua.

Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitus-tilaston jatkotyöstäminen vaatii laskentaperiaatteiden päivittämistä toiminnoittain, tuottajittain ja rahoittajittain. Työ edellyttää myös kustannustietojen laskentaa koskevia luotettavuustarkasteluja tietolähteittäin. Uudet laskentaperiaatteet ja käytetyt tietolähteet tulisi myös dokumentoida systemaattisesti. Terveydenhuollon kustannus- ja rahoituslaskelmaa varten tulee rakentaa uusi selkeä tietojärjestelmä, mistä tiedot saadaan läpinäkyvästi ja helposti käyttöön. Tietojärjestelmän tulee mahdollistaa myös tietojen ristiintaulukoinnin.

report on health care unit costs (Heikkinen et al. 2001) in particular will be made use of in this context. As for medical devices, especially the household survey conducted by Statistics Finland will be used as a source of data.

Further refinement of the National Health Expenditure and Financing Account requires that the accounting principles should be updated by function, provider and financier. This requires that the reliability of each data source be assessed with regard to the calculation of financing data, too. The new accounting principles and the data sources used should also be systematically documented. Furthermore, a new coherent data system should be developed for the National Health Expenditure and Financing Account in order to provide transparent and easy access to data. The data system should also allow cross classification of data.

## Koelaskelma

Liitteessä 5 on kuvattu nykyisen terveydenhuoltomenolaskelman sisältö SHA-luokissa toiminnoittain, tuottajittain ja rahoittajittain. Laskelmaan on lisätty myös uudet osiot kustannuksineen vuonna 2000. Yksityiskohtaista tarkastelua sisältöluokkien jakautumisesta SHA-luokkiin ei tässä esitetä.

Nykyiseen terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastointikehikkoon pohjautuen Suomen terveydenhuoltomenot olivat 51 785 miljoonaa markkaa vuonna 2000. Tämä oli 6,6 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. SHA-manuaalin perusteella nykyisistä Suomen terveydenhuoltomenoista siirtyy nk. terveyteen liittyviin toimintoihin seuraavat menoerät:

## Pilot implementation

Annex 5 shows the contents of the present Health Expenditure Account in the SHA categories by function, provider and financier. The Account also includes the new items to be added with their expenditure for 2000. No detailed description of the division of the content categories into the SHA categories will be presented in this context.

Based on the current system of Health Expenditure and Financing Accounting, Finnish health care expenditure amounted to FIM 51,785 million in 2000. This was 6.6 per cent in relation to the Gross Domestic Product (GDP). According to the SHA manual the following items of current Finnish health expenditure should be moved under health-related functions:

- Kuntien ympäristöterveydenhuollon kustannukset	411,1 milj. mk
- <i>Environmental health costs of municipalities</i>	<i>FIM 411.1 million</i>
- Kansanterveyslaitoksen toimintamenot (osa)	100,1 milj. mk
- <i>Operating costs of the National Public Health Institute (partly)</i>	<i>FIM 100.1 million</i>
- Säteilyturvakeskuksen toimintamenot	53,8 milj. mk
- <i>Operating costs of the Radiation and Nuclear Safety Authority</i>	<i>FIM 53.8 million</i>
- Stakesin toimintamenot (osa)	55,6 milj. mk
- <i>Operating costs of STAKES (partly)</i>	<i>FIM 55.6 million</i>
	<b>620,6 milj. mk</b>
	<b>FIM 620.6 million</b>

SHA-luokituksen mukaan Suomen terveydenhuollon kustannuksiin tulee lisätä seuraavat menoerät:

According to the SHA classification the following expenditure items should be included in Finnish health expenditure:

+ Vanhainkoti- ja muun vanhusten laitoshoidon kustannukset	4 025,2 milj. mk
+ Costs of old people's homes and other institutional care of the elderly	FIM 4,025.2 million
+ Kelan lääkinällisen kuntoutuksen matkakustannukset	49,2 milj. mk
+ Travel expenses of medical rehabilitation by the Social Insurance Institution	FIM 49.2 million
+ Kasvatus- ja perheneuvolatoiminnan kustannukset (osa)	8,7 milj. mk
+ Costs of child guidance and family counselling (partly)	FIM 8.7 million
+ Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen toimintamenot	19,3 milj. mk
+ Operating costs of the National Authority for Medicolegal Affairs	FIM 19.3 million
+ Sosiaali- ja terveystieteiden toimintamenot (osa)	88,0 milj. mk
+ Operating costs of the Ministry of Social Affairs and Health (partly)	FIM 88.0 million
+ Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskuksen toimintamenot	23,2 milj. mk
+ Operating costs of the National Product Control Agency for Welfare and Health	FIM 23.2 million
+ Sairauskassojen sairaanhoitokorvaustoiminnasta aiheutuneet hallintokulut	21,4 milj. mk
+ Administrative costs of relief funds' medical expense reimbursements	FIM 21.4 million
+Yksityisten vakuutusyhtiöiden sairaus- ja kuntoutuskorvausten käsittelystä aiheutuneet hallintokulut	46,0 milj. mk
+ Administrative costs of private insurance institutions in connection with processing of medical expense and rehabilitation reimbursements	FIM 46.0 million
+ Työeläkelaitosten kuntoutuskustannukset	23,7 milj. mk
+ Rehabilitation costs of employment pension institutions	FIM 23.7 million
+ Valtion mielisairaanhoidon kustannukset	143,0 milj. mk
+ Expenditure on state mental hospitals	FIM 143.0 million
	<b>4 447,7 milj. mk</b>
	<b>FIM 4,447.7 million</b>

Suurimman yksittäisen lisättävän menoerän muodostaa vanhainkoti- ja muu vanhusten laitoshoido, jonka osuus yllä mainitusta lisättävästä kokonaissummasta (4 447,7 milj. mk) on noin 90 prosenttia. Esitetyt muutokset merkitsevät terveydenhuollon kokonaismenojen nousmista noin 7 prosentilla. Vuoden 2000 menot nousisivat näin 3,8 miljardilla markalla (51 785 milj. mk - 621 milj. mk + 4 448 milj. mk), yhteensä 55 612 miljoonaa markkaa. Tämä on 7,2 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen.

Old people's homes and other institutional care of the elderly represent the largest new expenditure item to be added, accounting for some 90% of the above total amount (FIM 4,447.7 million). The proposed changes represent an increase of some 7% in total health expenditure. In 2000 this increase would be FIM 3.8 billion (FIM 51,785 million - FIM 621 million + FIM 4,448 million), totalling FIM 55,612 million. This is 7.2% of the GDP.

According to OECD estimates, countries have mostly underestimated their health expenditure. Preliminary estimates indicate

OECD:n esittämän arvion mukaan maat ovat yleensä aliarvioineet terveydenhuoltomenojaan. Alustavien arvioiden perusteella maiden terveydenhuoltomenojen BKT-suhde on noussut SHA-raportoinnin käyttöön oton seurauksena keskimäärin 0,5 prosenttiyksikköä. Kokonaistarkasteluun vaikuttaa kuitenkin myös se, kuinka suuri osa nykyisistä terveydenhuoltomenoihin sisällytetyistä osioista on SHA:n mukaisessa luokittelussa nk. terveyteen liittyviä menoja. Suomessa SHA:n implementointi yhdistettynä terveydenhuoltomenotilaston sisällön päivittämiseen nosti vuonna 2000 bruttokansantuotesuhdetta 0,6 prosenttiyksikköä eli varsin lähelle OECD:n esittämää arviota.

that the introduction of the SHA by a country will increase the GDP share of its health expenditure by an average of 0.5 percentage points. However, the total effect also depends on the extent to which sections currently included in health expenditure will be classified as health-related functions in the SHA. In Finland, the implementation of the SHA together with the updating of the content of the Health Expenditure Account rose the GDP share by 0.6% for 2000, which is pretty close to the OECD estimate.

## Raportointi

Päivitettävien tilastotietojen raportointia jatketaan vuosittain julkaistavassa ja toistaiseksi kaksi kertaa ilmestyneessä SVT-julkaisussa ”Sosiaali- ja terveystoimet”. Stakesin toimittama suomen- ja englanninkielinen julkaisu ilmestyy vuosittain lokakuussa. Julkaisu keskittyy viimeksi kuluneen vuoden meno- ja rahoitustietoihin sekä vertailuun edellisvuoteen. Keskeisimmät aikasarjatiedot julkaistaan vuosittain huhtikuussa myös Stakesin Internet-sivuilla Tilastotiedotteena (entinen Tiedonantajapalautte). Kustannusaikasarjojen muuntamisessa reaalihinnoiksi esitetään käytettäväksi vastaisuudessa julkisten menojen terveydenhuollon hintaindeksiä nykyisen elinkustannusindeksin sijaan. Keskeiset raportoitavat taulukot tulevat sisältämään SHA:n mukaiset kustannustaulukot toiminnoittain, tuottajittain ja rahoittajittain. Tämän lisäksi raportoidaan toimintokohtaiset kustannukset rahoittajittain ja tuottajittain sekä edelleen tuottajaluokissa raportoidut kustannukset rahoittajittain.

Kansainvälistä raportointia jatketaan OECD:lle, WHO:lle ja NOMESKOLle aikaisemman aikataulun mukaisesti. Helmikuussa 2003 OECD:lle toimitettavat tiedot vuodelta 2001 raportoidaan nykyisten laskentaperiaatteiden pohjalta. SHA-laskentakehikon mukaiseen ra-

## Reporting

In Finland, statistical data updates will still be published each year in October in *Social Welfare and Health Care Expenditure*, a publication that is compiled and edited by STAKES (in Finnish and English) and published in the series of Official Statistics of Finland. The publication is focussed on the past year's expenditure and financing data, comparing them with the previous year's data. The most important time series data are also published annually in April on the STAKES website as Statistical Summaries. It is proposed that the public health expenditure price index should be used in place of the present cost-of-living index in converting financing data time series into real prices. The key tables to be published will include financing data tables compiled by function, provider and financier in accordance with the SHA. In addition, expenditures on each functions will be broken down by financier and provider respectively, and expenditures in each provider category will be broken down by financier.

Reporting of Finnish national data to OECD, WHO and NOMESCO will be continued according to the earlier schedule. In February 2003, the 2001 data were still submitted to OECD based on the current accounting principles. The intention is to

portointiin Suomi pyrkii kerralla, johon mennessä myös vanhemmat aikasarjat on päivitetty sisällöllisesti vertailukelpoiseksi. Suomen terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustiedot pyritään toimittamaan OECD:lle SHA-viitekehikon mukaisina ensimmäisen kerran vuonna 2004. Tiedot koskevat vuotta 2002 tietoja sekä tätä edeltäviä vuosia 1980-luvulta alkaen. Kansallisessa raportoinnissa siirrytään SHA:n mukaiseen raportointiin niin ikään vuonna 2004 (kuviota 3).

Kansallista raportointia laajennetaan ns. satelliittitarkastelulla tarkastelemalla erikseen psykiatrian kustannuksia ja koko vanhustenhuollon kustannuksia. Tämä on perusteltua, koska vuosien myötä osa psykiatrian ja vanhustenhuollon toiminnoista ja siten myös kustannuksista on siirtynyt sosiaaliseksi sektoriksi. Vanhustenhuollon kokonaiskustannukset tulevat kattamaan vanhainkotihoidon, ympäri- tai osavuorokautisen hoidon hoiva- ja hoitokodeissa ja vastaavissa yksiköissä, kotipalvelut, omaishoidon tuen ja vanhuksille annettavan päivähoidon, päivä- ja palvelukeskusten ja palvelutalojen palvelut sekä perhehoidon. Laboratorio- ja kuvantamispalvelujen kustannusten tarkempaan tarkasteluun on olemassa myös kansallista mielenkiintoa. Tiedonkeruu esitetään toteutettavaksi määräajoin erilliselvityksillä.

introduce reporting in accordance with the SHA in one go after all time series have been updated and made comparable. According to plan, 2004 will be the first year when Finnish health expenditure and financing data are submitted to OECD in accordance with the SHA, whereby the data will concern year 2002 and the preceding years since the 1980s. The SHA will also be introduced in national reporting in 2004 (Figure 3).

National reporting will be extended by separate satellite analyses that will be focussed on psychiatry expenditure and total expenditure on the care of the elderly. This can be justified by the fact that some of the functions of psychiatry and care of the elderly and related costs have been moved over to the social sector over the years. Total expenditure on care of the elderly will cover care at old people's homes, 24-hour or part-time care at nursing homes and similar units, home services, support to informal care and day care for elderly people, day and service centres and sheltered housing services and family care. A more detailed analysis of laboratory and diagnostic imaging services is a matter of national interest, too. It is proposed that data collection should take place at regular intervals through specific enquiries.

	<b>Kansainvälinen raportointi</b> <i>International reporting</i>	<b>Kansallinen raportointi</b> <i>National reporting</i>
<b>SHA</b>	v. 2004 alkaen <i>as of 2004</i>	
<b>SHA + kansalliset satelliitit</b>		v. 2004 alkaen <i>as of 2004</i> Satelliittina: vanhustenhuolto ja psykiatria <i>Satellite accounts: care of the elderly and psychiatry</i> Laboratorio ja kuvantaminen erilliselvityksin <i>Laboratory and diagnostic imaging by specific enquiries</i>

KUVIO 3. SHA-raportoinnin käyttöönoton aikataulu  
 FIGURE 3. Time schedule for introducing SHA reporting

## Työryhmän esitykset jatkotoimenpiteiksi *The working group's proposals for further measures*

Työryhmä esittää, että

1. *kansallisessa ja kansainvälisessä terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastoinnissa siirrytään SHA-viitekehyksen mukaiseen raportointiin.* Tämä toteutettaisiin vuonna 2004, jolloin raportoitaisiin tiedot vuodelta 2002. Samalla aikaisempien vuosien tietosisällöt muutettaisiin vastaamaan uutta luokitusta. Tämä varmistaisi yhdenmukaisten tietojen saatavuuden eri tietolähteistä. Kansallisesti kustannustietojen aikasarjojen muuntamisessa reaalihinnoiksi tulisi käyttää julkisten menojen terveydenhuollon hintaindeksiä nykyisen elinkustannusindeksin sijaan.
2. *SHA-viitekehystä hyödynnetään kansallisissa erityistarkasteluissa.* Suomella on OECD:n viitekehyksen sisällä omia erityisiä tiedonkeruutarpeita, joita ei sisälly vuotuisen kansainväliseen tiedonkeruuseen. Työryhmä esittää kansalliseksi ”satelliittitileiksi” vanhustenhuollon ja psykiatrian kokonaiskustannusten raportointia. Vanhustenhuollon palvelut ovat toiminnallisesti jakautuneet sekä sosiaali- että terveyssektoreille, mutta kokonaisukehityksen seuraaminen vaatii näiden sektoreiden yhteistarkastelua. Vanhustenhuollon kokonaisukehitystä tarkastelevalle tiedolle on kansallisesti yhä suurempaa kysyntää väestön ikääntyessä. Psykiatrian kustannustiedoille on perinteisesti ollut mielenkiintoa sen merkittävyyden vuoksi. Työryhmä esittää myös määrävuosin selvitettäviksi erillisselvityksillä laboratorio- ja kuvantamispalvelujen kustannustiedot, jolloin väli vuosien tiedot olisivat arvioitavissa.
3. *OECD:lle toimitetaan esitys, että maat siirtyisivät ryppäissä SHA-raportointiin, jotta OECD Health Datan hyödyntäjät (tutki-*

The working group puts forward the following proposals:

1. *The SHA should be introduced in national and international health expenditure and financing accounting.* This would take place in 2004 when reporting the 2002 data. At the same time, previous years' data contents would be brought in compliance with the new classification. This would ensure the availability of uniform data from different sources. At the national level the public health expenditure price index should be used in place of the present cost-of-living index in converting expenditure data series into real prices.
2. *The SHA should be made use of in national satellite accounts.* Within the OECD framework, Finland has its own specific data collection needs that are not included in the annual international data collection process. The working group proposes that total expenditure on care of the elderly and psychiatry should be reported as national satellite accounts. As services in the care of the elderly are functionally divided between the social and the health sector, a joint analysis of the two sectors is required for monitoring developments in total expenditure. Such total expenditure data on care of the elderly is becoming increasingly important nationally with the ageing of the population. Information about expenditure on psychiatry has traditionally been of interest because of its high significance. The working group also proposes that specific enquires should be conducted regularly at intervals of a few years concerning expenditure on laboratory and diagnostic imaging services. The enquiry data could then be used to estimate other years' data.

- jat, tilastoasiantuntijat, poliitikot ym. tahot) tietävät, minkä maiden tiedot ovat vertailukelpoisia keskenään. Kansainvälisessä raportoinnissa Suomi olisi esitetyn aikataulun mukaan ensimmäisten joukossa soveltamassa uutta raportointikehikkoa.
4. *SHA-raportoinnin edellyttämiin työvaiheisiin varataan riittävät resurssit.* Työryhmän mukaan SHA-viitekehikon mukaisen tiedon keruu, laskentaperiaatteiden ja tietolähteiden päivitys luotettavuustarkasteluneen sekä laskentakehikon uudelleen rakentaminen ovat keskeisiä ja välittömiä jatkohaasteita. Eri työvaiheiden ja ratkaisujen huolellinen dokumentointi on edelleen laskentakehikon läpinäkyvyyden perusedellytys. Kansainvälisen vertailtavuuden edistämiseksi on tärkeää dokumentoida myös Suomessa käyttöön otettavan laskentakehikon keskeisimmät erot kansantalouden tilinpitoon, joka on esimerkiksi muissa Pohjoismaissa terveydenhuoltomenojen laskennan ensisijainen tietolähde. Kansainvälisessä raportoinnissa on keskeistä kuvata myös Suomen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteet, kuten perusterveydenhuollon toiminta.
- Työryhmä pitää tärkeänä tulevaisuuden haasteena raportoida kustannusten ohella henkilöstön ja suoritteiden kytkeytyminen toisiinsa. Tämä mahdollistaisi nykyistä paremmin terveydenhuollon panostuotostarkastelut sekä vastaisi tuleviin kansainvälisiin tietotarpeisiin. Kansallisesti on tärkeää selvittää myös alueellisen raportoinnin mahdollisuudet.
- SHA-raportointijärjestelmän asianmukainen käyttöön otto, jatkokehittäminen ja ylläpito edellyttävät sekä taloudellisia että henkilöresursseja. Tätä nykyä kansallisen terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilaston kehittämiseen SHA-viitekehystä hyödyntäen on resursoitu yksi henkilö, jonka työpanoksesta puolet on sidottu Suomen sosiaalimenojen laskentaan ja raportointiin kansainvälisine ESSPROS (The European System of integrated Social Protection Statistics) kehittämishankkeineen.
3. *A suggestion should be submitted to OECD to the effect that countries should introduce SHA reporting in groups in order for the users of OECD Health Data (researchers, statisticians, politicians, etc.) to be aware of the mutual comparability of different countries' data.* As regards international reporting, the proposed time schedule implies that Finland would be among the first countries to apply the new reporting system.
4. *Adequate resources should be allocated for the different work phases required by the SHA reporting.* The working group sees the data collection in line with the SHA, the updating of the accounting principles and data sources with related reliability assessments and the reconstruction of the accounting system as vital and urgent challenges. Furthermore, careful documentation of the different work phases and solutions is a prerequisite for transparency of the accounting system. To enhance international comparability, it is important to document any major differences between the accounting system to be introduced in Finland and the system of national economic accounts, as in the other Nordic countries, for instance, the national economic accounts constitute the primary source of data for health expenditure accounting. In international reporting it is of key importance to describe the special features of the Finnish health care system, such as primary health care operations.
- The working group sees that a big challenge for the future is to be able to report not only expenditure data but also links between personnel resources and the products and services produced. This would allow a more accurate analysis of inputs and outputs in health care and give a better ability to respond to future information needs at the international level. At the national level, it is important to examine the feasibility of regional reporting.
- The appropriate introduction, further development and maintenance of the SHA

5. *edellä mainitut esitykset huomioidaan kansallisia sosiaali- ja terveystilastolinjauksia määriteltäessä.* Työryhmä pitää tärkeänä, että tulevissa sosiaali- ja terveystilastolinjauksissa, erityisesti Tieto 2005-hankeessa, turvataan asianmukaisten ja riittävän yksityiskohtaisten tietolähteiden saatavuus pitkällä aikavälillä. Erityisesti keskeisten terveydenhuollon toimintojen kustannuksista tulisi saada nykyistä yksityiskohtaisempaa tietoa. Esimerkiksi terveyskeskusten eri toimintoja koskevat kustannustiedot ovat nykyään puutteellisia, mikä tulisi huomioida myös käynnistyneessä terveydenhuollon avohoidon tilastouudistuksessa.

Työryhmä esittää, että terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustilastoa uudistavan työryhmän loppuraportti käsitellään sekä tilastoviranomaisten pääjohtajakokouksessa että Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastoyhteistyöryhmässä.

call for both financial and human resources. At present, the personnel resources allocated for the development of the National Health Expenditure and Financing Account in accordance with the SHA consist of a single person, half of whose working time is devoted to Finnish social expenditure accounting and reporting with the related ESSPROS (the European System of Integrated Social Protection Statistics) development project.

5. *The above proposals should be taken into account in defining guidelines on national social and health accounts.* The working group underlines that the availability of appropriate data sources and sufficiently accurate data should be ensured in the context of any future guidelines on social and health accounting, especially with regard to the national Information 2005 project. In particular, more accurate data than at present should be made available concerning expenditure on key health care functions. For example, expenditure data on different health centre functions are inadequate at the moment, which should be taken into account in the statistical reform of out-patient health care functions that has been launched recently.

The working group proposes that its final report be considered in the meeting of the Director Generals of the National Statistics Agencies and in the Social and Welfare Statistics Co-operation Group.

## LÄHTEET

- European kansantalouden tilinpitojärjestelmä EKT 1995, Eurostat 1997.
- Heikkinen Kaisa, Hujanen Timo, Rusanen Heli (2001). Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2000. STAKES, Aiheita 23/2001. Helsinki.
- HILMO (2001). Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2002. Määrittelyt ja ohjeistus. Stakes, Ohjeita ja luokituksia 2001:4. Helsinki.
- Häkkinen Unto (1988). Terveyspalvelujen kustannukset, rahoitus ja hinnat Suomessa vuosina 1960–1985. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:65. Helsinki.
- Hämäläinen Hannu, Kauppinen Sari, Niskanen Tapani (2001). Yksikkötunnukset ja luokitukset yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereissä. Stakes, Aiheita 14/2001. Helsinki.
- Julkisyhteisöjen tehtäväluokitus (2001). SVT, Käsikirjoja 2001:41. Tilastokeskus, Helsinki.
- OECD (2000). A System of Health Accounts. Version 1.0. OECD.
- Sektoriluokitus 2000 (2000). SVT, Käsikirjoja 5. Tilastokeskus, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystoimenot 2000 (2002). SVT, Sosiaaliturva 2002:2 Stakes, Helsinki.

## LITERATURE

- European System of Accounts 1995, Eurostat 1997.
- Heikkinen Kaisa, Hujanen Timo, Rusanen Heli (2001). Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2000. STAKES, Aiheita 23/2001. Helsinki.
- HILMO (2001). Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2002. Määrittelyt ja ohjeistus. STAKES, Ohjeita ja luokituksia 2001:4. Helsinki.
- Häkkinen Unto (1988). Terveyspalvelujen kustannukset, rahoitus ja hinnat Suomessa vuosina 1960–1985. Publications of the Social Insurance Institution M:65. Helsinki.
- Hämäläinen Hannu, Kauppinen Sari, Niskanen Tapani (2001). Yksikkötunnukset ja luokitukset yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereissä. STAKES, Aiheita 14/2001. Helsinki.
- Julkisyhteisöjen tehtäväluokitus (2001). SVT, Käsikirjoja 2001:41. Statistics Finland, Helsinki.
- OECD (2000). A System of Health Accounts. Version 1.0. OECD.
- Sektoriluokitus 2000 (2000). SVT, Käsikirjoja 5. Statistics Finland, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystoimenot 2000 (2002). Social Welfare and Health Care Expenditure 2000. Official Statistics of Finland, Social Protection 2002:2 STAKES, Helsinki.

## SHA: Functions of health care

ICHA code	Health care function
<b>HC.1</b>	<b>Services of curative care</b>
HC.1.1	Inpatient curative care
HC.1.2	Day cases of curative care
HC.1.3	Outpatient curative care
HC.1.3.1	Basic medical and diagnostic services
HC.1.3.2	Out-patient dental care
HC.1.3.3	All other specialized health care
HC.1.3.9	All other out-patient curative care
HC.1.4	Services of curative home care
<b>HC.2</b>	<b>Services of rehabilitative care</b>
HC.2.1	Inpatient rehabilitative care
HC.2.2	Day cases of rehabilitative care
HC.2.3	Outpatient rehabilitative care
HC.2.4	Services of rehabilitative home care
<b>HC.3</b>	<b>Services of long-term nursing care</b>
HC.3.1	Inpatient long-term nursing care
HC.3.2	Day cases of long-term nursing care
HC.3.3	Long-term nursing care: home care
<b>HC.4</b>	<b>Ancillary services to health care</b>
HC.4.1	Clinical laboratory
HC.4.2	Diagnostic imaging
HC.4.3	Patient transport and emergency rescue
HC.4.9	All other miscellaneous ancillary services
<b>HC.5</b>	<b>Medical goods dispensed to out-patients</b>
HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non-durables
HC.5.1.1	Prescribed medicines
HC.5.1.2	Over-the-counter medicines
HC.5.1.3	Other medical non-durables
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical durables
HC.5.2.1	Glasses and other vision products
HC.5.2.2	Orthopaedic appliances and other prosthetics
HC.5.2.3	Hearing aids
HC.5.2.4	Medico-technical devices, including wheelchairs
HC.5.2.9	All other miscellaneous goods
<b>HC.6</b>	<b>Prevention and public health services</b>
HC.6.1	Maternal & child health, family planning & counselling
HC.6.2	School health services
HC.6.3	Prevention of communicable diseases
HC.6.4	Prevention of non-communicable disease
HC.6.5	Occupational health care
HC.6.9	All other miscellaneous collective health services
<b>HC.7</b>	<b>Health administration and health insurance</b>
HC.7.1	Health administration and health insurance: public
HC.7.2	Health administration and health insurance: private
<b>Total current expenditure on health</b>	
<b>HC.R</b>	<b>Health-related functions</b>
HC.R.1	Capital formation of health care provider institutions
<b>Total expenditure on health</b>	
HC.R.2	Education and training of health personnel
HC.R.3	Research and development in health
HC.R.4	Food, hygiene and drinking water control
HC.R.5	Environmental health
HC.R.6	Administration and provision of social services in kind to assist living with disease and impairment
HC.R.7	Administration and provision of health-related cash-benefits

LIITE 2  
 ANNEX 2

SHA: Providers of health care

ICHA code	Health care provider industry
<i>HP.1</i>	<i>Hospitals</i>
HP.1.1	General hospitals
HP.1.2	Mental health and substance abuse hospitals
HP.1.3	Speciality (other than mental health and substance abuse) hospitals
<i>HP.2</i>	<i>Nursing and residential care facilities</i>
HP.2.1	Nursing care facilities
HP.2.2	Residential mental retardation, mental health and substance abuse
HP.2.3	Community care facilities for the elderly
HP.2.9	All other residential care facilities
<i>HP.3</i>	<i>Providers of ambulatory health care</i>
HP.3.1	Offices of physicians
HP.3.2	Offices of dentists
HP.3.3	Offices of other health practitioners
HP.3.4	Out-patient care centres
HP.3.4.1	Family planning centres
HP.3.4.2	Out-patient mental health and substance abuse centres
HP.3.4.3	Free-standing ambulatory surgery centres
HP.3.4.4	Dialysis care centres
HP.3.4.5	All other out-patient multi-speciality and co-operative service centres
HP.3.4.9	All other outpatient community and other integrated care centres
HP.3.5	Medical and diagnostic laboratories
HP.3.6	Providers of home health care services
HP.3.9	Other providers of ambulatory health care
HP.3.9.1	Ambulance services
HP.3.9.2	Blood and organ banks
HP.3.9.9	Providers of all other ambulatory health care services
<i>HP.4</i>	<i>Retail sale and other providers of medical goods</i>
HP.4.1	Dispensing chemists
HP.4.2	Retail sale and other suppliers of optical glasses and other vision products
HP.4.3	Retail sale and other suppliers of hearing aids
HP.4.4	Retail sale and other suppliers of medical appliances (other than optical glasses and hearing aids)
HP.4.9	All other miscellaneous sale and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods
<i>HP.5</i>	<i>Provision and administration of public health programmes</i>
<i>HP.6</i>	<i>General health administration and insurance</i>
HP.6.1	Government administration of health
HP.6.2	Social security funds
HP.6.3	Other social insurance
HP.6.4	Other (private) insurance
HP.6.9	All other providers of health administration
<i>HP.7</i>	<i>Other industries (rest of economy)</i>
HP.7.1	Establishments as providers of occupational health care services
HP.7.2	Private households as providers of home care
HP.7.9	All other industries as secondary producers of health care
<i>HP.9</i>	<i>Rest of the world</i>

## SHA: Financiers of health care

ICHA code	Sources of funding
<i>HF.1</i>	<i>General government</i>
HF.1.1	General government excluding social security funds
HF.1.1.1	Central government
HF.1.1.2	State/provincial government
HF.1.1.3	Local/municipal government
HF.1.2	Social security funds
<i>HF.2</i>	<i>Private sector</i>
HF.2.1	Private social insurance
HF.2.2	Private insurance enterprises (other than social insurance)
HF.2.3	Private household out-of pocket expenditure
HF.2.3.1	Out-of-pocket excluding cost-sharing
HF.2.3.2	Cost-sharing: central government
HF.2.3.3	Cost-sharing: state/provincial government
HF.2.3.4	Cost-sharing: local/municipal government
HF.2.3.5	Cost-sharing: social security funds
HF.2.3.6	Cost-sharing: private social insurance
HF.2.3.7	Cost-sharing: other private insurance
HF.2.3.9	All other cost-sharing
HF.2.4	Non-profit institutions serving households (other than social insurance)
HF.2.5	Corporations (other than health insurance)
<i>HF.3</i>	<i>Rest of the world</i>

LIITE 4  
 ANNEX 4

Status of implementation of the OECD SHA manual

	Major SHA study already undertaken or currently under way (18)	Preparatory work for SHA project underway (6)	Considering the implementation; resources not yet allocated (3)	No immediate plans for SHA implementation as of summer 2002 (3)
Australia	x			
Belgium	x			
Canada	x			
Denmark	x			
Finland	x			
Germany	x			
Hungary	x			
Japan	x			
Korea	x			
Mexico	x			
Netherlands	x			
Poland	x			
Slovak Republic	x			
Spain	x			
Switzerland	x			
Turkey	x			
United Kingdom	x			
United States	x			
Czech Republic		x		
France		x		
Ireland		x		
Luxembourg		x		
Norway		x		
Sweden		x		
Greece			x	
Iceland			x	
Portugal			x	
Austria				x
Italy				x
New Zealand				x

OECD:n kuvaama tilanne 10.–11.10.2002 Pariisissa pidetyssä SHA-asiantuntijoiden kokouksessa  
*Situation as described by OECD in the meeting of SHA experts in Paris 10–11 October 2002*

SHA-koelaskelma ja luokittelu toiminnoittain, tuottajittain ja rahoittajittain  
SHA pilot implementation and classification by function, provider and financier

	milj. mk FIM million	HC	HP	HF
<b>1. VUODEOSASTO</b>	<b>20637</b>			
<b>1. INPATIENT CARE</b>				
1.1 Yliopistollinen keskus- ja aluesairaalahoido ml. psykiatria <i>1.1 Care at university, central and district hospital, including psychiatry</i>	12559	HC.1.1	HP.1.1	HF.1.1; 2.1; 2.2; 2.3
1.2 Terveyskeskussairaanhoido: pitkäaikaisuodeosastohoito <i>1.2 Care at health centres: long-term inpatient care</i>	3522	HC.3.1	HP.3.4.5	HF.1.1; 2.3
1.2 Terveyskeskussairaanhoido: muu vuodeosastohoito <i>1.2 Care at health centres: other inpatient care</i>	1712	HC.1.1	HP.3.4.5	HF.1.1; 2.3
1.3 Kehitysvammalaitoshoido <i>1.3 Institutional care of people with intellectual disabilities</i>	748	HC.3.1	HP.1.3	HF.1.1; 2.3
1.4 Järvenpään sosiaalisairaalan toimintamenot <i>1.4 Operating costs of Järvenpää Addiction Hospital</i>	23,1	HC.1.1	HP.1.2	HF.1.1
1.5 Vankeinhoitolaitoksen avo- ja vuodeosastohoito <i>1.5 Out- and inpatient care at Prison Service units</i>	47	HC.1.1	HP.1.1	HF.1.1
1.6 Puolustusvoimien avo- ja vuodeosastohoito <i>1.6 Out- and inpatient care at Defence Forces units</i>	149,2	HC.1.1	HP.1.1	HF.1.1
1.7 Kelan vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus (sv) <i>1.7 Medical rehabilitation of severely disabled by Social Insurance Institution (refunded)</i>	392,1	HC.2.1; 2.3	HP.1.1; 1.3	HF.1.2
1.8 Kelan muu lääkinällinen kuntoutus <i>1.8 Other medical rehabilitation by Social Insurance Institution</i>	433,4	HC.2.1; 2.3	HP.1.1; 1.3	HF.1.1; 2.3
1.9 Muu yksityinen sairaanhoido <i>1.9 Other private medical care</i>	1051	HC.1.1	HP.1.1	HF.1.1; 2.3
<b>2. AVOHOITO</b>	<b>17225</b>			
<b>2. OUTPATIENT CARE</b>				
2.1 Terveyskeskusten avohoito <i>2.1 Outpatient care at health centres</i>	5671	HC.1.3.1; 1.3.3; 1.4; 2.3; 4.1; 4.2; 6.1; 6.2	HP.3.4.5	HF.1.1; 2.3
2.2 Työterveyshuolto <i>2.2 Occupational health care</i>	1702	HC.6.5; 4.1; 4.2; 1.3.1	HP.3.1; 3.4.5; 3.5	HF.1.2; 2.5
2.3 Opiskelijaterveydenhuolto (YTHS) <i>2.3 Student Health Care</i>	82	HC.1.3.1; 6.2	HP.3.4.9	HF.1.2
2.4 Yliopisto-, keskus- ja aluesairaaloitten avohoito <i>2.4 Outpatient care at university, central and district hospitals</i>	4645	HC.2.3; 1.3.3	HP.1.1	HF.1.1; 2.1; 2.2; 2.3
2.5 Yksityislääkärit (sv) <i>2.5 Private physicians (refunded)</i>	984,4	HC.1.3.1; 1.3.3	HP.3.1	HF.1.2; 2.1; 2.3
2.6 Yksityislääkärit (sv:n ulkopuolinen) <i>2.6 Private physicians (not refunded)</i>	73,1	HC.1.3.1; 1.3.3	HP.3.1	HF.2.3
2.7 Tutkimus- ja hoitomenot (yksityinen, Kela) <i>2.7 Examinations and treatment (private, refunded)</i>	848,5	HC.4.1; 4.2; 1.3.1; 2.3	HP.1.1; 3.1; 3.3; 3.5	HF.1.2; 2.1; 2.3
2.8 Tutkimus- ja hoitomenot (sv:n ulkopuolinen) <i>2.8 Examinations and treatment (not refunded)</i>	325,5	HC.4.1; 4.2; 1.3.1; 2.3	HP.1.1; 3.1; 3.3; 3.5	HF.2.1; 2.3
2.8 Kunnallinen hammashuolto <i>2.8 Municipal dental care</i>	1105,6	HC.1.3.2	HP.3.4.5	HF.1.1; 2.3
2.9 Opiskelijoiden hammashuolto (YTHS) <i>2.9 Student dental care</i>	48,3	HC.1.3.2	HP.3.2	HF.1.2; 2.3
2.10 Yksityinen hammashuolto (sv) <i>2.10 Private dental care (refunded)</i>	544,2	HC.1.3.2	HP.3.2	HF.1.2; 2.1; 2.3
2.11 Muu yksityinen hammashuolto <i>2.11 Other private dental care</i>	1195,9	HC.1.3.2	HP.3.2	HF.2.3
<b>3. LÄÄKKEET JA FARMASEUTTISET TUOTTEET</b>	<b>8044</b>			
<b>3. MEDICINES AND PHARMACEUTICAL PRODUCTS</b>				
3.1 Reseptilääkkeet <i>3.1 Prescription medicines</i>	6529,9	HC.5.1.1	HP.4.1	HF.1.2; 2.1; 2.3
3.2 Käsikauppalääkkeet <i>3.2 Over-the-counter medicines</i>	1394,7	HC.5.1.2	HP.4.1	HF.2.3
3.3 Muut farmaseuttiset tuotteet <i>3.3 Other pharmaceutical products</i>	119	HC.5.1.3	HP.4.1	HF.2.3
<b>4. LÄÄKINNÄLLISET LAITTEET</b>	<b>1886</b>			
<b>4. MEDICAL DEVICES</b>				
4.1 Silmälasit <i>4.1 Eyeglasses</i>	1479,7	HC.5.2.1	HP.4.2	HF.2.1; 2.3
4.2 Hammasproteesit <i>4.2 Prosthetic devices</i>	315	HC.1.3.2	HP.4.4	HF.2.3
4.3 Muut lääkinälliset laitteet <i>4.3 Other medical devices</i>	90,9	HC.5.2.9	HP.4.9	HF.2.3

LIITE 5. jatkuu  
ANNEX 5. continues

	milj. mk FIM million	HC	HP	HF
<b>5. YMPÄRISTÖTERVEYDENHUOLTO</b> <b>5. ENVIRONMENTAL HEALTH</b>	<b>626</b>			
5.1 Kansanterveyslaitoksen toimintamenot <i>5.1 Operating costs of National Public Health Institute</i>	152,8	HC.6.3; 6.4; 6.9 HC.R.3	HP.5	HF.1.1
5.2 Säteilyturvakeskuksen toimintamenot <i>5.2 Operating costs of Radiation and Nuclear Safety Authority</i>	53,8	HC.R.5		HF.1.1
5.3 Lääkelaitoksen toimintamenot <i>5.3 Operating costs of National Agency for Medicines</i>	8,3	HC.7.1.1	HP.6.1	HF.1.1
5.4 Kuntien ympäristöterveydenhuolto <i>5.4 Environmental health costs of municipalities</i>	411,1	HC.R.4, HC.R.5		HF.1.1
<b>6. HALLINTO</b> <b>6. ADMINISTRATION</b>	<b>1082</b>			
6.1 Stakesin toimintamenot (50 %) <i>6.1 Operating costs of STAKES (50%)</i>	55,6	HC.7.1.1; HC.R.3	HP.6.1	HF.1.1
6.2 Läänien terveysosastojen hallintomenot <i>6.2 Administrative costs of Provincial State Office health departments</i>	25,1	HC.7.1.1	HP.6.1	HF.1.1
6.3 Terveysvalvonta <i>6.3 Health supervision</i>	5	HC.7.1.1	HP.6.1	HF.1.1
6.4 Tartuntatautiin valvonta <i>6.4 Prevention of communicable diseases</i>	8,3	HC.6.3	HP.6.1	HF.1.1
6.5 Terveyskasvatus sekä päihteiden ja tupakoinnin vähent. <i>6.5 Health education, substance abuse prevention, smoking reduction</i>	37	HC.6.4	HP.5	HF.1.1
6.6 RAY:n kansanterveyden avustukset <i>6.6 Assistance by Finnish Slot Machine Association to public health organisations</i>	337,8	HC.6.4	HP.5	HF.1.1
6.7 Kelan sairaanhoitokorvausten hallintokulut (vähennetty YTHS:n tulot valtiolta 6,4 milj. mk) <i>6.7 Administrative costs in connection with medical expenses reimbursements by Social Insurance Institution (minus FIM 6.4 million paid by state to Student Health Service)</i>	613,8	HC.7.1.2	HP.6.2	HF.1.2
<b>7. JULKISET INVESTOINNIT</b> <b>7. PUBLIC INVESTMENTS</b>	<b>1547</b>			
7.1 Kuntien ja kuntayhtymien perusterveydenhuollon investoinnit <i>7.1 Primary health care investments by municipalities and municipal federations</i>	452,5	HC.R.1		HF.1.1
7.2 Kuntien ja kuntayhtymien erikoissairaanhoidon investoinnit <i>7.2 Specialised health care investments by municipalities and municipal federations</i>	1094,2	HC.R.1		HF.1.1
<b>8. MATKAT</b> <b>8. TRAVELS</b>	<b>739</b>			
8.1 Sairausvakuutuksen korvaamat matkat <i>8.1 Travel expenses reimbursed under National Health Insurance</i>	738,7	HC.4.3	HP.3.9.1	HF.1.2; 2.1; 2.3
<b>YHTEENSÄ</b> <b>TOTAL</b>	<b>51785,1</b>	<b>BKT-suhde 6,6 %</b> <b>GDP share 6.6%</b>		
SHA-luokittelun mukaiset terveydenhuollon kokonaismenot <i>Total health expenditure according to SHA classification</i>	<b>51164,5</b>	<b>BKT-suhde 6,6 %</b> <b>GDP share 6.6%</b>		

LASKELMAAN LISÄTTÄVÄKSI ESITETYT OSIOT ITEMS TO BE ADDED TO THE ACCOUNT	milj. mk FIM million	HC	HP	HF
Vanhainkoti- ja muu vanhusten laitoshoido <i>Old people's homes and other institutional care of the elderly</i>	4025,2	HC.3.1	HP.2.1	HF.1.1; 2.3
Lääkinnällisen kuntoutuksen matkakustannukset (Kela) <i>Travel expenses of medical rehabilitation (Social Insurance Institution)</i>	49,2	HC.4.3	HP.7.9	HF.1.2
Kasvatus- ja perheneuvolatoiminta (osa) <i>Child guidance and family counselling (partly)</i>	8,7	HC.1.3.9	HP.3.4.2	HF.1.1; 2.3
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintamenot <i>Operating costs of National Authority of Medicolegal Affairs</i>	19,3	HC.7.1.1	HP.6.1	HF.1.1
Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintamenot (osa) <i>Operating costs of Ministry of Social Affairs and Health (partly)</i>	88	HC.7.1.1	HP.6.1	HF.1.1
Sairauskassojen sairaanhoitokorvaustoiminnasta aiheutuneet hallintokulut <i>Administrative costs of relief funds' medical expense reimbursement operations</i>	21,4	HC.7.2.1	HP.6.3	HF.2.1
Yksityisten vakuutusyhtiöiden sairaus- ja kuntoutuskorvausten käsittelystä aiheutuneet hallintokulut <i>Administrative costs of private insurance institutions in connection with processing of medical expense and rehabilitation reimbursements</i>	46	HC.7.2.2	HP.6.4	HF.2.2
Työeläkelaitosten kuntoutus <i>Rehabilitation by employment pension institutions</i>	23,7	HC.2.3	HP.3.3	HF.2.5
STTV:n toimintamenot <i>Operating costs of National Product Control Agency for Welfare and Health</i>	23,2	HC.7.1.1	HP.6.1	HF.1.1
Valtion mielisairaalahoido (Niuvaanniemi ja Vaasa) <i>State mental hospitals (Niuvaanniemi and Vaasa)</i>	143	HC.1.1; 3.1	HP.1.2	HF.1.1; 2.3
<b>YHTEENSÄ TOTAL</b>	<b>4447,7</b>			
<b>SHA:n mukaiset terveydenhuoltomenot v. 2000 yhteensä ml. uudet osiot Total health expenditure according to SHA in 2000, incl. the new items</b>	<b>55612,2</b>	<b>BKT-suhde 7,2 % GDP share 7.2%</b>		
<b>Laskelmaan lisättäväksi esitetyt osiot ns. terveyteen liittyviksi toimintoiksi Items to be added to the account as health-related functions</b>	<b>milj. mk FIM million</b>			
Valtion korvaus terveydenhuollon yksiköille lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta <i>Special state subsidy to health care units for medical and dental education</i>	438	HC.R.2		
Valtion korvaus terveydenhuollon yksiköille erikoissairaanhoidon mukaiseen tutkimustoimintaan <i>Special state subsidy to health care units for research under the Act on Specialised Medical Care</i>	353	HC.R.3		
Työterveyslaitoksen toimintamenojen valtionapu (osa) <i>State assistance for operating costs of Finnish Institute of Occupational Health (partly)</i>	100	HC.R.3		
Suomen Akatemian terveyden tutkimuksen apurahat <i>Academy of Finland's grants for health research</i>	200	HC.R.3		
Omaishoidon tuet, sairaus- ja vanhempainpäiväraha, erityishoitoraha, hoito- ja vammaisetuudet, yksilöllinen varhaiseläke, työkyvyttömyyseläke, kuntoutusraha, 2 §:n ja 4 §:n mukainen kuntoutus sekä näiden etujen käsittelystä aiheutuneet hallintokulut <i>Support for informal care, sickness allowance, parents' benefits, special care allowance, care and disability benefits, individual early retirement pension, disability pension, rehabilitation allowance, rehabilitation by virtue of Section 2 and 4 and related administrative costs</i>		HC.R.7		