

Yksityisen ja julkisen sektorin tuotannot muodostavat yhdessä terveydenhuollon toimialan

Juha Tuominen
Johtava ylilääkäri
Terveystalo
25.5.2010

Terveystalo

Onko Suomi terveydenhuollon mallimaa?

Julkinen viesti

- **STM Tiedote 426/2009**
- **”Suomen terveydenhuollon laatu parempi kuin OECD-maissa keskimäärin”**
 - **Perusteluina aivohalvauksen nopea liuotushoito, kattava lasten rokotusohjelma ja kattava rintasyöpien seulontaohjelma**

Suomi on OECD:n kesnivertoa jos sitäkään, jäljessä Länsi-Eurooppaa

- Elinajan odote Suomi **79,5**, Ruotsi **81,0** vuotta
 - Diabetesprevalenssi aikuisilla Suomi **5,7%**, Ruotsi **5,2%**
 - Obeeseja aikuisia 2007: Suomi **15%**, Ruotsi **10%**
 - Astmasisäannotot, Suomi **92/100 000**, Ruotsi **25/100 000**
 - Sydäninfarkt jälkeiset sairaalakuolemat Suomi **4,9/100** Ruotsi **2,9/100**
-
- Myös sydämen vajaatoiminnan ja verenpaineen vuoksi joudutaan useammin sairaalaan kuin muissa OECD-maissa keskimäärin. Mielenterveyspalvelut kauttaaltaan vajavaiset.
 - Hoidon odotusajat pitkät

Mitä on meneillään?

- Lissabonin sopimus tavoittelee lisäharmonisaatiota, viittaa myös sosiaali- ja terveysasioihin
- EU työvoiman vapaa liikkuvuus
- EU potilaan vapaa hoitoonhakeutumisoikeus
- Mahdollinen EU terveysdirektiivi
- Lama
- Ikääntyminen
- Muun EU:n esimerkit
- Terveystalolaki

Lissabonin sopimus

- Unionilla on toimivalta toteuttaa toimia jäsenvaltioiden toimien tukemiseksi, yhteensovittamiseksi tai täydentämiseksi. Nämä toimet koskevat Euroopan tasolla seuraavia aloja:
 - a) ihmisten terveyden suojeleminen ja kohentaminen;
 - ...
- ”Se kannustaa jäsenvaltioita erityisesti yhteistyöhön, jonka tarkoituksena on parantaa terveyspalvelujen täydentävyyttä jäsenvaltioiden välisen rajan molemmin puolin sijaitsevilla alueilla
- Unionin toiminnassa otetaan huomioon jäsenvaltioiden velvollisuudet, jotka liittyvät niiden terveyspolitiikan määrittelyyn sekä terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen.

Julkisen talouden kestävyys on huono

Taluskriisin jälkeinen ja sen pahentama ongelma...

...koskee julkista taloutta kokonaisuutena

- Julkisen velan hallittavuus
- Korkomenoja ei voida pitkään rahoittaa velaksi
- Julkisen velan osuuden BKT:sta täytyy vakiintua siedettävälle tasolle
- Rajoitus alijäämälle

Miksi kestävyys on ongelma nyt?

- Väestön ikärakenteen muutos
 - Suomi kulkee EU:n etujunassa
- Ikäsidonnaisten julkisten menojen (hoito- & hoivamenot sekä eläkkeet) kasvu meillä EU-maiden nopeinta vuoteen 2030
- Talouskriisi heikentää kansantaloutta ja julkista taloutta pysyvästi

Nykyinen tapa liian kallis

- Kuntatalous
 - Ikäsidonnaisten menojen kasvu vastaa 7 %-yksikön korotuspainetta kunnallisverossa (lis. työeläkemaksut keskim. + 4 %-yks.)
- Valtionosuudet ja kuntatalouden ohjaus pysyvät kysymyksinä jatkossakin

Ikäsidonnaisten menojen muutos 2007-2035, %-yks. BKT:sta

Suomi	6,1
EU-15 (vanhat jäsenmaat)	3,0
EU-12 (uudet jäsenmaat)	0,4

Kaikki pohjoismaat samalla viivalla

- Tiedossa olevan väestön ikärakenteen muutoksen seurauksena terveydenhuollon palvelujen tarve kasvaa; kansalaisten palvelujen käytön tottumukset muuttuvat; terveydenhuollon mahdollisuudet erilaisten terveysongelmien hoitamisessa paranevat.
- Terveys- ja hoivapalvelujen kysynnän kasvu ja kysynnän luonteen muutos haastavat totut toimintatavat.
- Uudet haasteet ovat nostaneet terveydenhuollon rahoituksen ja palvelujen uudistukset kaikkien Pohjoismaiden julkisen talouden ja hyvinvointivaltioiden pitkän tähtäimen kehityksen kohteiksi.

Mitä skandinaviassa on tapahtunut?

- 40-v sitten kaikki uusivat terveydenhuoltojärjestelmiään
- Muut pohjoismaat ovat tekivät uuden kierroksen 2000-2010

Suomi hapuilee

- Suomen terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisen keskiöön on valittu rakenteelliset ja hallinnolliset ratkaisut, kuntakoon suurentaminen, yhteistoiminta-aluemallit ja sosiaali- ja terveydenhuollon muodollinen eheys.
- Muissa maissa rahoitusjärjestelmän kehittäminen on ollut keskeisemmässä roolissa.
- Rahoitusjärjestelmän muutos puolestaan muuttaa toimijat, hallintoratkaisut eivät

Muiden pohjoismaiden, Hollannin, Saksan ja Ison Britannian trendit

1. Rahoitusvastuun ja siitä johtuvan ohjausvoiman siirto suuremmalle kokoavalle toimijalle, "isommat hartiat".
2. Palvelujen tuotantojärjestelmän monimuotoistuminen, joustavuuden kasvu; yleislääkäri-perhelääkärijärjestelmän korostaminen ja yleislääkärin rooli ensikontaktina.
3. Palveluntuottajien ansaintalogiikan selkeyttäminen; julkinen raha kanavoituu laadukkaisiin ja vaikuttaviin palveluihin, kun potilas saa valita ja verrata palveluita. Palveluntuottajan kokonaisvastuuta korostetaan. "Raha seuraa potilasta".
4. Potilaan valinnanvapauden mahdollistaminen muutoinkin kun "paperilla".

Ruotsi

- Potilaan valinnanvapautta edistämään ja lisäämään säädettiin laki potilaan "vapaasta valinnasta" (lag om valfrihetssystem eli fritt val). Se astui voimaan 1.1.2009. Lain periaatteellisena tavoitteena on siirtyä "organisaatiokeskeisyydestä potilaan valinnanvapauteen".
- Voimaan tulevan lainsäädännön mukaan potilas voi vapaasti valita vakituisen lääkärin ja terveyskeskuksen (vårdcentral). Maakäräjien maksama korvaus seuraa tällöin potilaan mukana.
- Korvausjärjestelmä ei erottele mitenkään yksityistä ja julkista sektoria. Kaikki tarjoajat, jotka täyttävät maakäräjien asettamat vaatimukset, voivat toimia järjestelmässä. Maakäräjät saavat kuitenkin itse päättää korvausjärjestelmien yksityiskohdat.
 - Palveluntuottaja, esimerkiksi yksityinen omalääkäriklinikka, ei voi kieltäytyä ottamassa asiakkaakseen potilasta vedoten esimerkiksi resurssipulaan.

Palveluiden järjestäminen Ruotsissa — tilaajan rooli

- Maakäräjät järjestävät (tilaavat) perusterveydenhuollon omilta tai enenevästi yksityisiltä palveluntuottajilta.
- Korvausperusteena on kapitaatio tai fee for service (FFS). Hoidon laatua käytetään joissain maakäräjissä korvausperusteena.
- Maakäräjät tilaavat erikoissairaanhoidon omistamiltaan erikoissairaaloilta lähinnä global budget –periaatteella (kiinteä väestöpohjaan sidottu hinta).

Seuraavan hallitusohjelman tavoitekeskustelu käytännössä alkanut

- Forss / Huuhtanen / Vanhanen
 - Kansallinen terveysrahasto
 - Johtaisi tilaaja-tuottaja-asetelmaan
 - Julkiset sairaalat ja tk:t muuttuisivat yhtiöiksi, konsolidoituisivat ja menisivät markkinoille, vrt. valtion työterveyshuolto/Medivire

SLL:n terveystalouden työryhmät ja niiden esitykset

Esityksen jättämisvuosi	Työryhmän nimi	Keskeinen esitys
1992	Perusturva ja valinnanvapaus	- Valinnan vapaus - Rahoituspohjan vahvistaminen - Täydentävän vakuutusrahoitusmallin kehittäminen
1993	Rahoitus ja palvelut RAPA	Hoitotakuu
1995	Terveydenhuollon rahoitus TERA	Terveydenhuollon teesit
1996	Terveydenhuollon toiminta ja rahoitus TORA	- Rahoituksen täysi remontti - Tilaajan ja tuottajan eriyttäminen - Verovähennysoikeus
1999	Terveydenhuollon rahoitus tienhaarassa RAHKEET	-Tilaajan ja tuottajan eriyttäminen, hoitoseteli - Kunta liian pieni rahoittaja - SHP vastaa julkisesta rahoitusosuudesta
2001	Alueellinen terveydenhuollon rahoitusmalli ALTERA	Alueellinen rahoituksen kuntayhtymä

Rahoituksen muutokset välttämättömiä

- Nykyinen terveystalouden rahoituspohja murenee
- Muutokset riepottelevat terveydenhuoltoa
- Tarve ja kysyntä eivät ohjaa tuotantoa
- Eriarvoisuus lisääntyy
- Potilaan asema ja valinnanvapaus muuta Eurooppaa jäljessä
- Vaikeuksien syynä huono organisaatio ja rahoitusrakenne

Onko tulevaisuuden terveydenhuolto jatkossakin monopoli?

- Yksityinen kumppanuus jollain tavalla mukana
 - Neuvot ja mallit haetaan muun Euroopan trendeistä
- Syntyykö tilaaja-tuottaja-malli?

Trendit ohjaavat sairaalat oikeasti strategiseen ajatteluun ja painopistemäärittelyyn

- Päivystys ja akuuttisairaanhoido yksi trendi
- Osaamiskeskusajattelu
- Helposti ulkoistettavat kokonaisuudet
- Rahoittajat (kunnat) haluavat kapitaatiohinnoittelua fee for service –ajattelun sijasta

Terveydenhuollon järjestäminen segmentoimalla

- Vakavasti sairaat:
 - Krooniset sairaudet (esim. diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, syöpä yms.
 - Useimmiten tarvitsevat erikoissairaanhoidoa toistuvasti tai jatkuvasti
- Perusterveet sairaat:
 - Muuten terve, mutta rajattu terveysongelma
 - Saattavat tarvita erikoissairaanhoidon jakson (esim. tekonivelleikkaus)
- Kiireellisesti sairaat:
 - Tarvitsevat nopeasti apua
 - Erikoissairaanhoidoa ja/tai perusterveydenhuoltoa
- Arkipäiväisesti sairaat ja terveiden seulonnat:
 - Lieviä terveysongelmia
 - Ei henkeä uhkaavia
 - Perusterveydenhuolto, yksityinen terveydenhuolto, omahoito

Suomi: Nykyinen hallitusohjelma

- ”Selvitetään yksityisiin sosiaali- ja terveystalouteen sisältyvän piilevän arvonlisäveron aiheuttamat kilpailunvääristymät.”
- ”Kuntien palvelutuotantoa täydentävät yksityinen ja kolmas sektori. Kunnallisen palvelusetelin käyttöalaa laajennetaan tarkoituksenmukaisella tavalla sosiaali- ja terveydenhuoltoon.”

Tämänhetkisiä kilpailuusteitä 110€=100€

- Yksityisellä piiloalv:n osuus 6-12%
 - Julkiset palveluntuottajat saavat omasta toiminnasta alv-palautukset ja ostoista laskennallisen 5%:n palautuksen
- Yksityiset eivät saa ostaa lääkäriasemilleen lääkkeitä tukkuhinnoilla (ainoastaan sairaaloihinsa), julkiset saavat kaiken tukkuhinnalla (+ ilman alv:tä)
- Käytännössä yksityisen hinta 110 euroa vastaa julkisen rahoituksen kannalta julkisen palveluntuottajan 100 euron hintaa.

Mitä joka tapauksessa tapahtuu

- Ostajien koko suurenee
- Kunnat keskittävät hankkimistaan
- Voi olla, että oikeat markkinat alkavat syntyä
- Potilaiden vapaata liikkuvuutta tukevat hankkeet (Terveystalolaki, EU:n mahdollinen terveysdirektiivi) siirtävät yhä enemmän rahan kiinni potilaaseen, joka johtaa tilaaja-tuottaja-asetelman lisääntymiseen

- Kiinnostus tilaaja-tuottaja-järjestelmää kohtaan terveydenhuollossa lisääntyi 1980- 1990-lukujen taitteessa. Monissa maissa käynnistyi laaja terveydenhuollon uudistusten ja uudistusehdotusten sarja. Niissä maissa, joissa palvelujen rahoittajana ja tuottajana on toiminut sama taho, esitettiin ratkaisuksi tilaajan ja tuottajan erottamista organisatorisesti ja rooleiltaan toisistaan. Tällaisia ratkaisuja on ollut perinteisesti Pohjoismaissa ja Isossa-Britanniassa sekä Itä-Euroopan maissa. Niissä Keski-Euroopan maissa, joissa terveydenhuollon rahoitus on perustunut pakolliseen sosiaalivakuutukseen, tilaaja ja tuottaja ovat olleet lähtökohtaisesti jo toisistaan erillään. Kummassakin tapauksessa oleellisena on pidetty tilaamisen antamaa mahdollisuutta ohjata tarkemmin terveyspalvelujen tuotantoa. Perinteinen budjettiohjaus on perustunut karkeaan resurssiohjaukseen, jossa olemassa olevat toiminnot ja rakenteet ovat pyrkineet säilyttämään asemansa ja kasvattamaan omaa osuuttaan. Palvelujen tilaajan ja tuottajan eriyttäminen tekee palveluhankinnasta ja niiden kustannuksista läpinäkyviä. Se helpottaa vertailua omien palvelutuotantoyksikköjen välillä sekä julkisten ja yksityisten palvelutuottajien välillä. Käytännössä tilaaja-tuottaja-malliin kohdistuneet odotukset ovat täyttyneet vain osittain. Erilaisten tilaaja-tuottaja-mallien joukosta ei ole löytynyt sellaisia ratkaisuja, joilla terveydenhuollon kustannusten kasvua olisi voitu hallita. Monissa palveluissa kilpailua on syntynyt vain suurimmissa kaupungeissa, joissa on tarjolla useita vahvoja palveluntuottajia. Pienillä kunnilla ei ole ollut riittävää tilaajaosaamista kilpailutuksen, sopimustekniikan, terveystaloustieteen ja epidemiologian aloilla. Vastaavasti osaamisvajetta esiintyy myös erityisesti pienillä palvelujen tuottajilla. Kansainväliset kokemukset tilaajatuottajamalleista ovat kirjavia. Parhaimmillaan osaavalla tilaamisella on pystytty terävöittämään terveydenhuollon suunnittelua ja toimintaa. Usko tuottajien kilpailuttamisella saavutettaviin pysyviin taloudellisiin hyötyihin on vähentynyt ja tulokset näyttävät jääneen usein ohimeneviksi. Perinteinen hintaa ja määrällistä palvelujen ostamista korostava tilaaminen näyttää terveydenhuollossa jäävän vähitellen taka-alalle. Sen asemasta korostetaan selkeästi aikaisempaa enemmän strategiseen kumppanuuteen perustuvia sopimusperusteisia järjestelyjä palvelujen tilaajien/ järjestäjien ja tuottajien kesken. Strategisilla sopimuksilla tuottajien toimintaa pyritään ohjamaan ja kannustamaan entistä paremmin väestön terveystarpeita tyydyttävään suuntaan.
- Tärkeimpänä perusteena tilaajan ja tuottajan erottamiselle voidaan pitää kilpailun synnyttämistä sekä julkisten että yksityisten palveluntuottajien kesken. Näin voidaan markkinamekanismien avulla pyrkiä lisäämään tehokkuutta. Saatujen kokemusten perusteella tilaajan ja tuottajan erottaminen ja siitä hyötyjen saaminen edellyttävät palvelujen tuotteistamista, kehittyntä kustannuslaskentaa ja hankintaosaamista, laadun valvontaa sekä organisaatorakenteen, johtamisen ja ohjauksen uudistamista.

Mikä pitää olla tavoitteena

- Potilaan etu
- Veronmaksajan etu
- Esimerkin voi katsoa miltä tahansa muulta teolliselta alalta
 - Puhelinyhtiöt
 - Pankit
 - Kaupat
 - Rakentaminen
- Kilpailu on tuonut asiakaslähtöisyyden keskiöön, ja yksiköt ketjuuntuneet, suurentuneet ja erikoistuneet, alihankinta on luonnollinen osa.