

# Kannanottoni HE:een valinnanvapauslaiksi (47/2017)

23.5.2017 Sosiaali- ja terveysvaliokunta, Martti Kekomäki

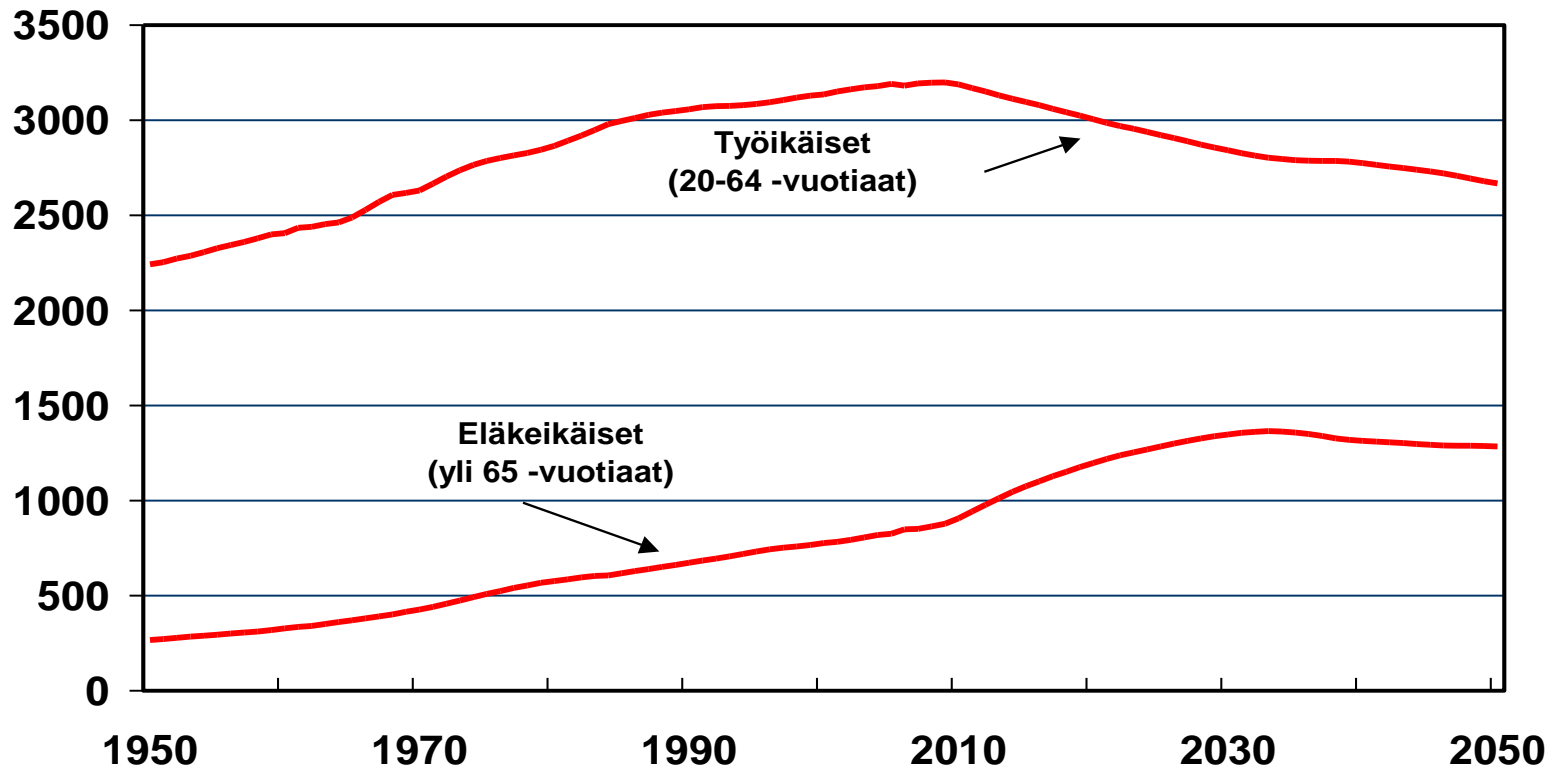
# henkilöhistoriani ja sidonnaisuuteni

- ▶ lääketis 1965, LKT 1969, lastenkir dos 1977, hallintoylilääkäri HUS, prof h.c. 2000 terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon prof HY 2002 eläkkeelle 2005; kirurgian ja lastenkirurgian erikoislääkäri; sosiaalinen konservatiivi, ei puolueen jäsenyyttä
- ▶ Master of Science University of Wisconsin-Madison 1989 pääaineena Administrative Medicine
- ▶ terveysekonomian ainoa opettaja Hgin Kauppakorkeakoulussa - Aalto-yliopistossa - Aalto Executive Education ohjelmassa 1991-2017; S Lääkäriliiton johtamiskoulutusohjelman perustaja ja ohjaaja
- ▶ EU:n Interreg III hankkeen ”Future Healthcare Net” johtaja (10 EU-maata)
- ▶ Erasmus-ohjelman aiheina terveydenhuollon teknologian arviointi ja terveysekonomia 2002-2012
- ▶ International Hospital Benchmarking Forumin ainoa pohjoismainen jäsen
- ▶ S Lääkäriliiton ja S Lääkäriseura Duodecimin valtuuskuntien jäsen 2016-

# sotella ratkaistavat perusongelmat: muutos on välttämätön

- ▶ 1) väestön tuntuva eriarvoisuus peruspalveluiden saatavuudessa, pääsyynä työterveyshuollon eriarvoistava asema; (työterveyshuoltoon ei silti kosketa)
- ▶ 2) kustannuskehityksen paremman hallinnan välttämättömyys huoltosuhteen heiketessä

# VÄESTÖN IKÄRAKENTEEN MUUTOS (1000 henkeä)

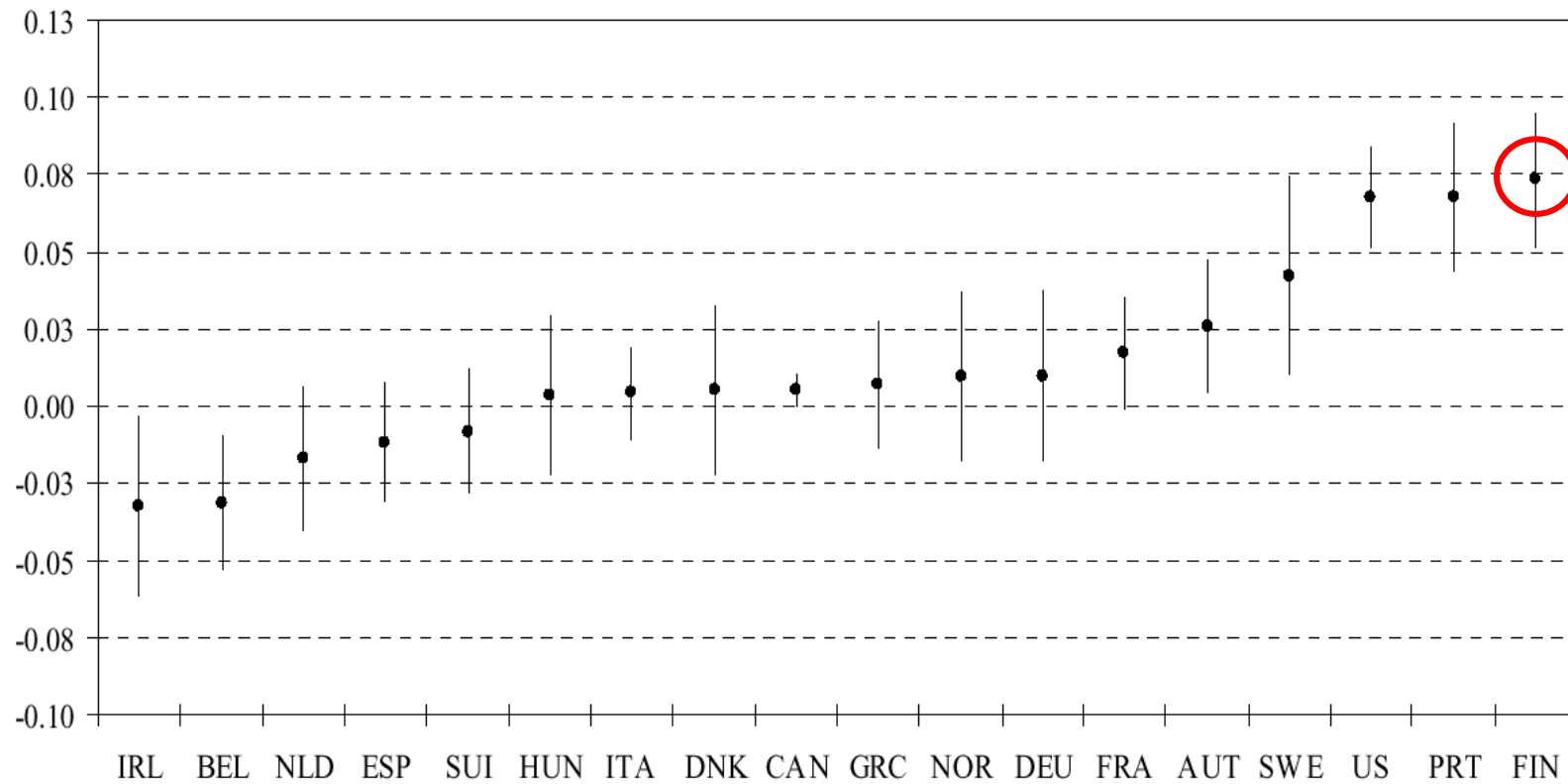


Lähde: Eurostat, VM

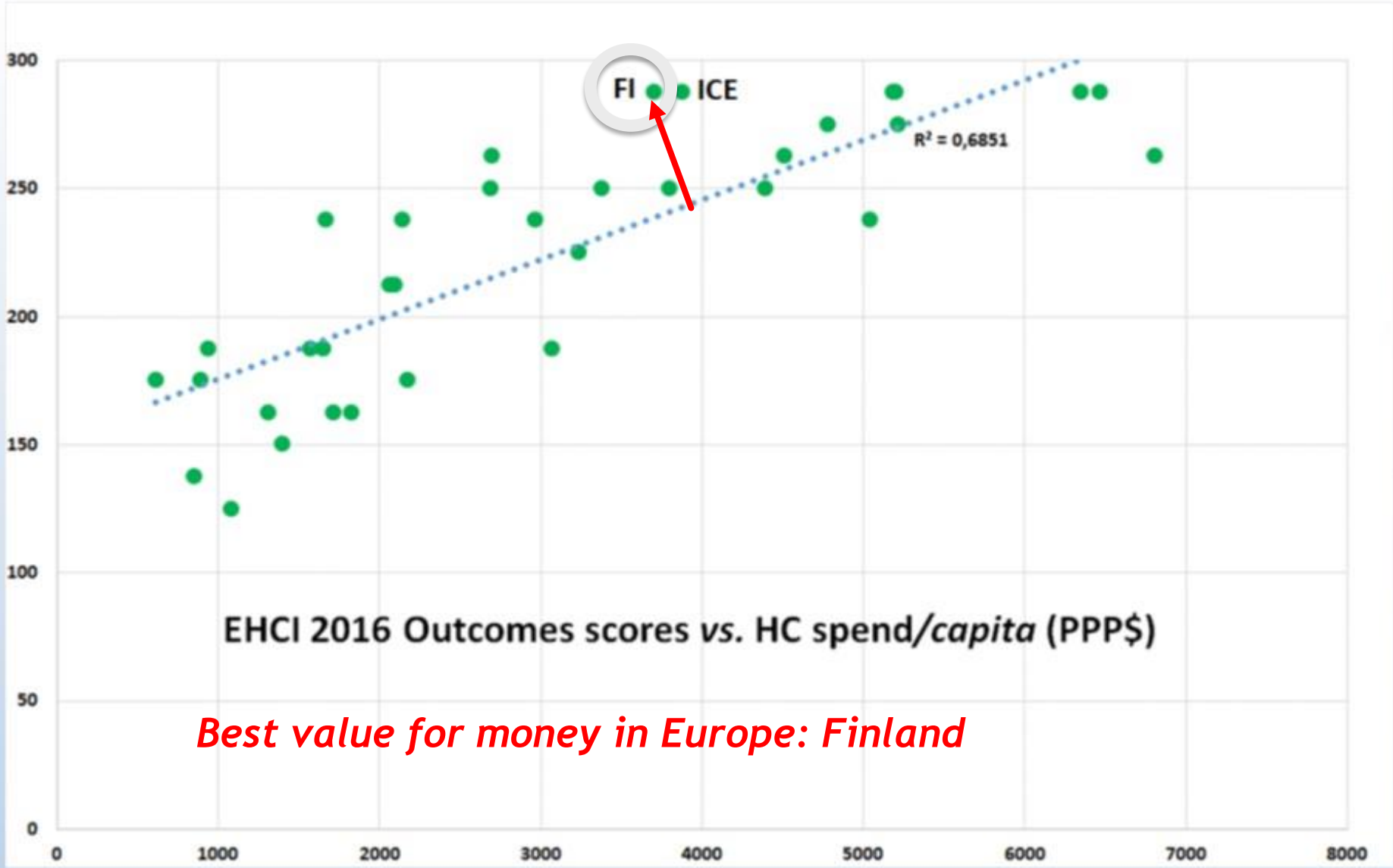
Huoltosuhde

1.3 1.6

# Peruspalveluiden jakauman horisontaalinen epätasa- arvo tuloluokkien mukaan tarkasteltuna (lähde: OECD, HealthData)



OECD 2004



*Best value for money in Europe: Finland*

# soten perusongelmat

- ▶ 1) väestön tuntuva eriarvoisuus peruspalveluiden saatavuudessa
- ▶ 2) kustannuskehityksen paremman hallinnan välttämättömyys huoltosuhteen heiketessä
- ▶ ***kustannustehottomuus siis ei ole Suomen terveydenhuollon ydinongelma: tehottomuutta korostetaan silti esitöissä perusteetta, tendenssimäisesti ja yhtään esimerkkiä antamatta; lääkkeiksi tarjotaan kilpailua ja valinnanvapautta***

# ratkaisun tavoitteet

- ▶ tasa-arvoinen palvelujakauma
  - ▶ tasa-arvo koskee etenkin väestöryhmien odotusaikoja peruspalveluiden pariin
- ▶ kustannuskehityksen entistäkin parempi hallinta, ”kestävyysevajeen” umpeen kurominen
  - ▶ maan erikoissairaanhoidon volyymi on vuosittaisen ulkomaisen velanoton suuruinen



# mistä terveydenhuollossa (ja sosiaalipalveluissa) on maksettu/maksetaan?

- ▶ kapasiteetin omistamisesta
- ▶ kapasiteetin käyttämisestä
- ▶ hoitopäivistä
- ▶ erillisistä diagnostisista ja hoidollisista palvelutuotteista (lab rtg DRG ym)
- ▶ hoitokokonaisuuksista (bundling)
- ▶ hyvinvointiriskin kantamisesta
- ▶ tuotetusta hyvinvoinnista eli ***yksilön paremmasta pärjäämisestä***

# mistä terveydenhuollossa (ja sosiaalipalveluissa) on maksettu/maksetaan?

- ▶ kapasiteetin omistamisesta
- ▶ kapasiteetin käyttämisestä
- ▶ hoitopäivistä
- ▶ erillisistä diagnostisista ja hoidollisista palvelutuotteista (lab rtg DRG ym)
- ▶ hoitokokonaisuuksista (bundling)
- ▶ hyvinvointiriskin kantamisesta ← ***sote on tällä tasolla!***
- ▶ tuotetusta hyvinvoinnista, terveydestä eli yksilön itsenäisestä pärjäämisestä

# millä ratkaisuilla hyvinvointisektorin kustannuksia voidaan hallita?

- ▶ 1) **kapitaatorahoituksella**
  - ▶ käännetään tuottajien kannusteet nurin (engl. Inverted incentives), tyypillisesti Kaiser-Permanentin ”happy, healthy - and not here”
- ▶ 2) **integroimalla palvelun tuottajat yhdeksi saumattomaksi organisaatioksi, hävittämällä kaikki 'siilot'**
  - ▶ saumaton palveluketju (Uuden Seelannin Canterburyn piirikunnan ”yksi yhtiö - yksi budjetti”)
- ▶ 3) **kilpailuttamalla ja tarjoamalla asiakkaille vapautta valita**
  - ▶ toimii kustannusrajoitteena vain, kun maksaja määrittelee hoidon aiheet, hoidon laadun, hoitovolyymin ja hoidosta maksettavan korvauksen
- ▶ [4) kasvattamalla omavastuita, pidättäytymällä kalliista hoitomuodoista, segmentoimalla väestö, luomalla kuluttajille taloudellisia kannusteita pidettyä hoidosta l. Medical Savings Accounts...]

# miten nämä periaatteet ilmenevät hallituksen valinnanvapautta koskevassa lakiesityksessä?

- ▶ ylätasoinen kapitaatio 1:
  - ▶ rahat maakunnan järjestäjälle väestön arvioitun palvelutarpeen mukaan: ei huomauttamista
  - ▶ rahan jakaminen maakunnasta tuottajille edellyttää sekä osaamista l. tietoa kustannusvaikuttavuudesta että toimivia tietojärjestelmiä; kummassakin tuntuvia puutteita, eivät ole korjattavissa muutamassa kuukaudessa tai vuodessa
- ▶ alatasoinen kapitaatio 2:
  - ▶ rahat maakunnan hyväksymälle ja potilaan valitsemalle palvelutuottajalle ”raha seuraa asiakasta hänen repussa, potilas äänestää jaloillaan”
  - ▶ pulmia: paljonko rahaa asiakkaan repussa on? minkä tiedon pohjalta tuottajan valinta tehdään?

# kapitaatorahoitus edellyttää riskin euromääräistä määrittelyä

- ▶ **osataan:** määrittely onnistuu varsin hyvin > 100 000 asukkaan asiakaspooleissa, jotka määrittyvät joko **alueellisesti** (EKSOTE, Mänttä-Vilppula, Iso Omena Canterbury, Pohjois-Irlanti) tai **työsuhteen perusteella** (GMC, IBM etc.)

# kapitaatorahoitus edellyttää riskin euromääräistä määrittelyä

- ▶ **osataan:** määrittely onnistuu varsin hyvin > 100 000 asukkaan asiakaspooleissa, jotka määrittyvät joko **alueellisesti** (EKSOTE, Mänttä-Vilppula, Iso Omena, Canterbury, Pohjois-Irlanti) tai **työsuhteen perusteella** (GMC, IBM, Google, etc.)
- ▶ **tutkimusvaiheessa:** yksilötason riskin määrittelyyn etsitään keinoja kahta puolta Atlanttia: Johns Hopkinsin ACG-ohjelma; Sollis-yhtiön koealueet eri puolilla Iso-Britanniaa; Pohjois-Karjala lähdössä liikkeelle ym)

# kapitaatorahoitus edellyttää riskin euromääräistä määrittelyä

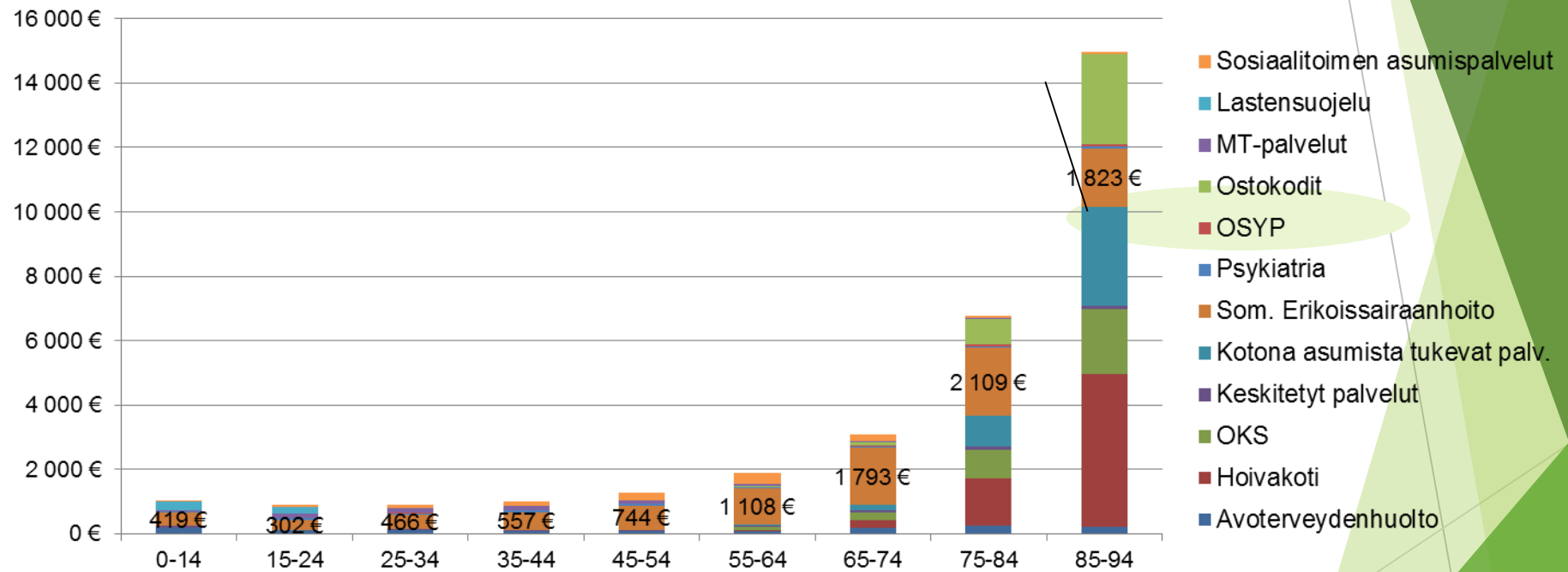
- ▶ **osataan:** määrittely onnistuu varsin hyvin > 100 000 asukkaan asiakaspooleissa, jotka määrittyvät joko *alueellisesti* (EKSOTE, Mänttä-Vilppula, Iso Omena Canterbury, Pohjois-Irlanti) tai *työsuhteen perusteella* (GMC, IBM etc.)
- ▶ **tutkimusvaiheessa:** yksilötason riskin määrittelyyn etsitään keinoja kahta puolta Atlanttia: Johns Hopkinsin ACG-ohjelma; Sollis-yhtiö koealueet eri puolilla Iso-Britanniaa)
- ▶ **suomalaisen lainlaatijan hämmästyttävää osaamattomuutta:** riskin rajoittaminen koskemaan peruspalveluita:
  - ▶ pykälässä 15 puhutaan edelleen ”yleislääkärin palveluista” mallina keski-Euroopan tehottomat ja aikansa eläneet palveluratkaisut

***pykälä 15 merkitsee kehityksen pysähtymistä, taantumista ja tuntuvaan kustannuslisää koko järjestelmään: vaivalla rakennetun integraation purkaminen ei voi olla ”sote-uudistuksen” tavoite!***

# kustannusten muodostuminen eri ikäryhmissä

*Kaikki vuonna 2011 Oulussa asuneet*

Keskimääräinen kustannus asukasta kohden vuodessa

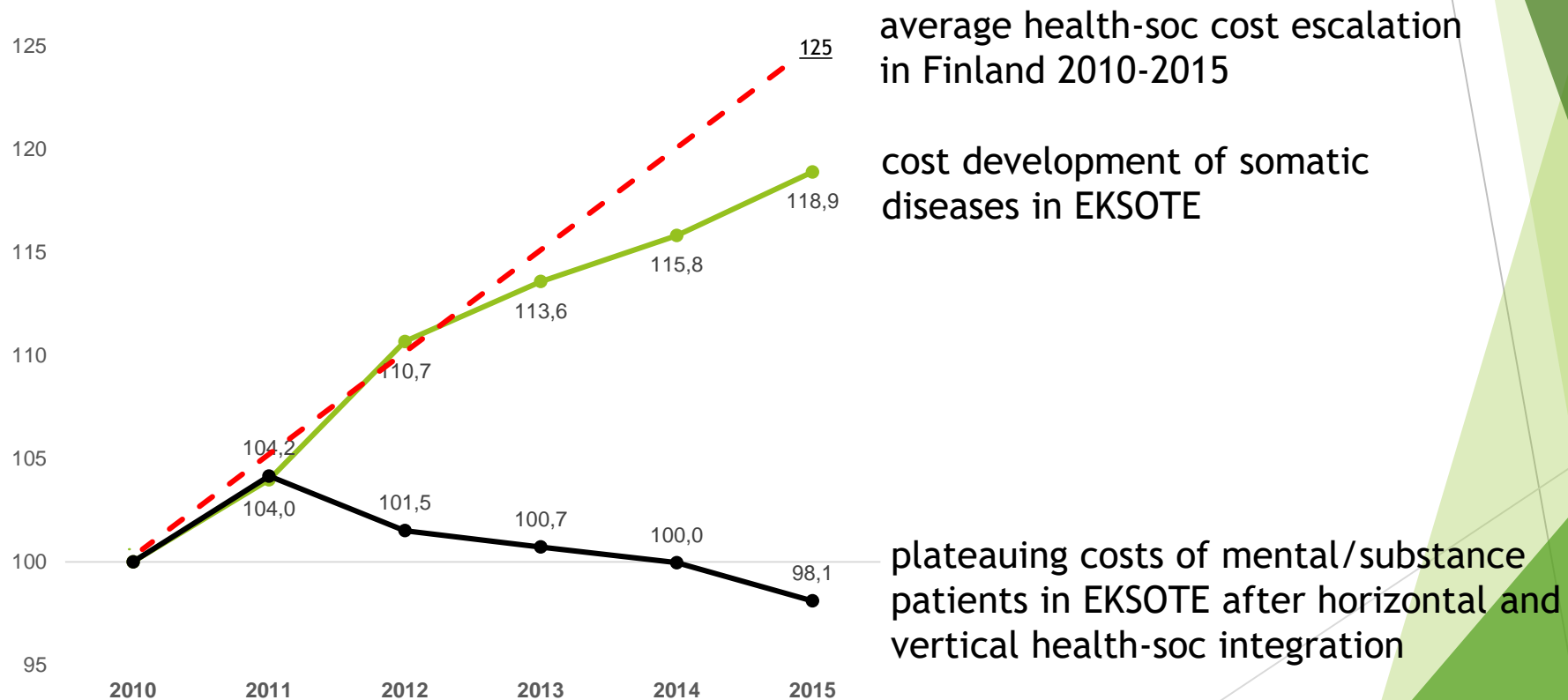




# vanheneminen näyttää selittävän riskiä vahvasti: kyseessä on osin näköharha

- ▶ todellinen selittäjä on kroonisten sairauksien diagnoosien lukumäärä
- ▶ olisi laiskuutta jyvittää riski iän perusteella, kun tietojärjestelmät tarjoavat jo nyt tarkan kustannusprofiilin joka-ainoasta suomalaisesta (hetu)
- ▶ yksilöllisten riskitekijöiden (elintavat, fyysiset löydökset, sairaushistoria, myöh. genetiikka) nimeäminen ja niiden selitysosuuden karkea arviointi veisi jonkin verran enemmän aikaa
  - ▶ tarjolla on hyvää suomalaista kokemusta Finriski-tietokanta, Intensium Consortium tietokanta
- ▶ **ilman yksilöllisen hyvinvointiriskin euromääräistä määrittelyä koko valinnanvapausajatus voi vain kasvattaa kustannuksia (ks.jälj.)**
- ▶ **kotisuomalaisesta ajatuksesta rahoittaa peruspalvelut kapitaatiolla on luovuttava mitä pikimmin: mitä ovat peruspalvelut, mitä on päivystys???**

# health-soc integration matters - **but** **only under goal-oriented leadership**



Timo Salmisaari, South Carelian Health and Social Care District EKSOTE

# Integraation ongelma

- ▶ *integraation perusajatuksena on tarjota kaikki hoito siellä, missä se on tuotettavissa tehokkaimmin, turvallisuudesta tinkimättä*
- ▶ vapaan valinnan kapitaatiokorvaus rikkoo vaivalla rakennetun integraation kertaheitolla:
  - hoitoketjun eri tuottajien ansaintalogiikka ei voi muuttua kesken hoitoketjun!!!**
- ▶ maakunnan elimistä ei ole integraation rakentajiksi: tuloksena on tuntuva transaktiokustannusten (eli vaihdantakustannusten) kasvu (byrokratia)
- ▶ miltä näyttäisi jääkiekkjoukkue, jossa jokaisesta kiekon syötöstä tehtäisiin integraatiosuunnitelma maakunnan tasolla??? (Suositeltavaa kirjallisuutta: John Seddon: The Whitehall Effect)

# palvelusetelin ongelma

- ▶ maksajan on määriteltävä hoidon aihe, akkreditoitava mahdolliset tuottajat ja asetettava euromääräinen arvo setelille; tuottaja maksaa omat komplikaationsa, tuotevastuu määritellään useaksi vuodeksi
- ▶ arvon on vastattava likimain julkisia tuotantokustannuksia (ml. komplikaatiot)
- ▶ tuotantokustannukset tunnetaan toistaiseksi valitettavan huonosti: suurin osa julkisista tuottajista soveltaa ns. ekvivalenssilaskentaa käyttäen HUS-painoja, lisäyslaskentaa käyttää käytännössä vain etelä-Suomi
- ▶ lisäyslaskennan ja ekvivalenssilaskennan antamissa tuloksissa voi olla tuntuva ero, koska HUS voi soveltaa skaalahyötyjä monissa tuoteryhmissä (esim. kaihi 630 €, 'privaatti' n. 1300 €)
- ▶ STM:n tulisi antaa sisäiselle laskentatoimelle poistoajat, sisäiset korot ja vyörytyssäännöt ja estää "cost shifting"

# henkilökohtaisen budjetin ongelma

- ▶ lakiehdotuksen 'tervein' osa
- ▶ silti huomattava, että 'budjetti' on kustannusten korvaamista eikä riskin hallintaa:
- ▶ henkilökohtainen budjetti on oikein vanhuksille ja eri vammaisryhmille mutta ei sisällä kustannuskehitystä hillitsevää elementtiä (paitsi budjetin leikkaamisen...)

# laki turvottaa sektorin kustannuksia nopeasti, mutta miksi?

- ▶ ensin ylihinnoitellaan terveiden kapitaatiokorvaus työterveyshuollon antaman huonon esimerkin mukaisesti
- ▶ pieniongelmaisten kustannusten kasvu jättää suuriongelmaiset osittain tyhjän päälle
- ▶ kasvavat hoitolaiminlyönnit nostavat poliittiset myrskyn: näin päästään lisäbudjetteihin
- ▶ kaikkalainen sopiminen työllistää kasvavan joukon terveydenhuollon ja juridiikan ammattilaisia: raha valuu transaktiokustannuksiin. Se, mikä ennen tehtiin vapaaehtoisena yhteistyönä ja innostuneina, muuttuu virka-aikaiseksi yleensä hitaaksi ja asiantuntemattomaksi puuhasteluksi
- ▶ Suomi putoaa kustannustehokkuudessa monta sijaa, valtiovelka kasvaa - ja potilaat ovat edelleen jotain jonottamassa, nyt ehkä oven sisäpuolella...

# mitä hyvää sote-laeissa nyt on?

- ▶ suurempi ja todennäköisesti asiantuntevampi järjestäjä, ”leveämmät hartiat”
- ▶ poliittisen järjestäjän ja ammattimaisen tuottajan erottaminen, ”strategian”, ”taktiikan” ja ”operatiivisten ratkaisujen” erottaminen toisistaan
- ▶ nojautuminen integraatioon ja kapitaatioon kustannusten hallinnan keinoina
- ▶ pyrkimys laajentaa hoitokapasiteettia hallitusti
- ▶ harkintavallan ja vastuun siirtäminen alueellisille toimijoille
- ▶ hoitoketjujen hyväksi käyttäminen, mutta vain paperilla

# mitkä ovat sote-lakien suurimmat pulmat?

- ▶ kapitaatiokorvauksen uskomattoman kömpelö ja asiantunteaton käyttäminen, jolla rikotaan suuri osa vertikaalisesta integraatiosta ja kasvatetaan ekonomis-juridista byrokratiaa hallitsemattomasti
- ▶ ohjaustiedon (tietotekniikka, laskentatoimi, sosiaalisektorin vaikuttavuus) niukkuus ja epätasaisuus
- ▶ järjestäjälle asetettavat osaamisvaatimukset
- ▶ henkilökunnan kokema pelko ja epävarmuus tulevaisuudesta



# mitä nyt tulisi tehdä?

- ▶ kiirehtiä ohjaustiedon jalostamisessa
- ▶ panna alulle yksilökohtaisen riskin ja sitä selittävien tekijöiden määrittäminen
- ▶ vapauttaa kilpailu kokonaan pitkäaikaishoidossa (henkilökohtainen budjetti)
- ▶ käyttää palveluseteliä elektiivisessä operatiivisessa toiminnassa, harkiten
- ▶ kokeilla suppeassa ympäristössä perustason valinnanvapautta, valmiina myös lopettamaan kokeilu tuloksettomana tai kaoottisena
- ▶ antaa meneillään oleville alueellisille kehityshankkeille kaikki tarvittava tuki
- ▶ selvittää kelan lääke-, matkakulu-, ja päivärahakorvauksien kohtalo
- ▶ suunnata ”pilotointirahaa” näihin hankkeisiin, arvioida tulokset huolellisesti

# Liite: hyvinvointipalvelut pyramidina



# mikä toimii, mikä ei toimi



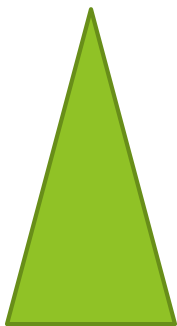
julkinen tuottaja



yksityinen tuottaja, **alueellinen** riskipooli



yksityinen tuottaja, **valinnanvapauteen perustuva** riskipooli



nykymalli

# mikä toimii, mikä ei toimi



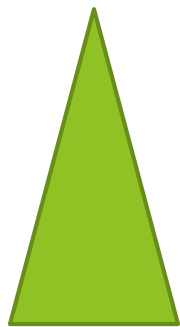
julkinen tuottaja



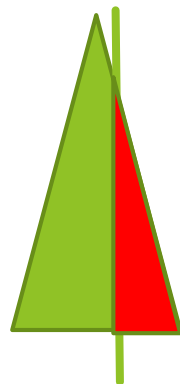
yksityinen tuottaja, **alueellinen** riskipooli



yksityinen tuottaja, **valinnanvapauteen perustuva** riskipooli



nykymalli



Mänttä-Vilppula,  
toimii

# mikä toimii, mikä ei toimi



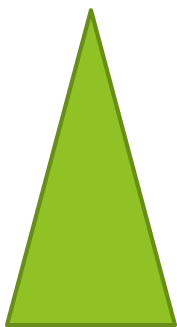
julkinen tuottaja



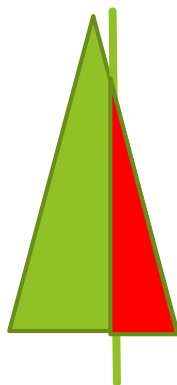
yksityinen tuottaja, **alueellinen** riskipooli



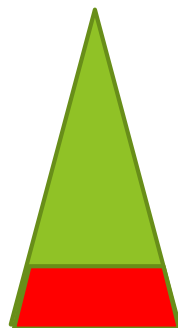
yksityinen tuottaja, **valinnanvapauteen perustuva** riskipooli



nykymalli



Mänttä-Vilppula



Iso Omena,  
toimii

# mikä toimii, mikä ei toimi



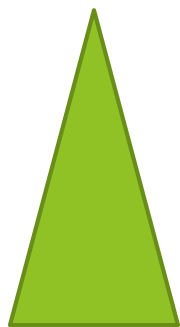
julkinen tuottaja



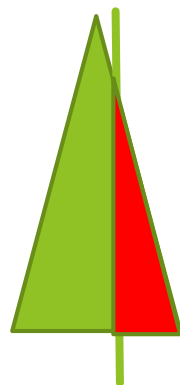
yksityinen tuottaja, **alueellinen** riskipooli



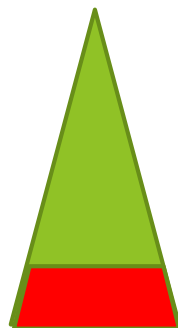
yksityinen tuottaja, **valinnanvapauteen perustuva** riskipooli



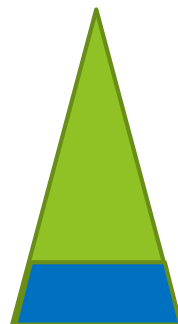
nykymalli



Mänttä-Vilppula



Iso Omena



sote

# mikä toimii, mikä ei toimi



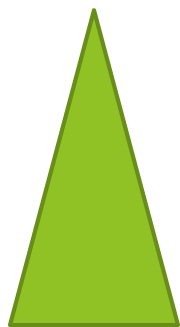
julkinen tuottaja



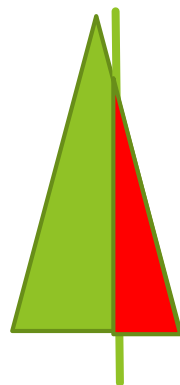
yksityinen tuottaja, **alueellinen** riskipooli



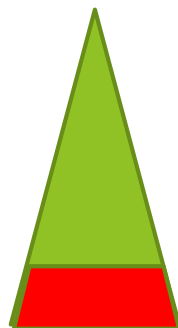
yksityinen tuottaja, **valinnanvapauteen perustuva** riskipooli



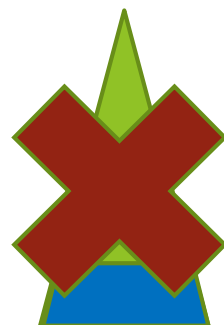
nykymalli



Mänttä-Vilppula



Iso Omena



sote  
ei toimi