

# SOTE UUDISTUKSEN TAVOITTEET, RISKIT JA RATKAISUT

## Sote-uudistuksen keskeisimmät tavoitteet

- Kustannusten kasvun säilyttäminen sovituisissa raameissa.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio
- Valinnanvapauden mahdollistaminen ja monituottajamalli.
- Hyvä palvelujen saatavuus tasapuolisesti yhteiskunnallisesta asemasta ja asuinpaikasta riippumatta.



# ASiantuntijoiden, Opposition ja Useiden Hallituspuolueiden Edustajien Tunnistamat Ongelmat

- 1. Sote-integraation ja pth/esh integraation toteutuminen sekä eri palvelutuottajien ristiriitaiset insentiivit
  - Insentiivimallien erot ja yhtiötettävät palvelut suhteessa maakunnan liikelaitoksen palveluihin eivät kannusta integraatioon
  - Sote-keskusten, asiakasseteli tuottajien ja maakunnan liikelaitoksen insentiivit ovat ristiriidassa keskenään
- 2. Valinnanvapauden toteutuminen tasa-arvoisesti koko maassa
  - Ruotsissa valinnanvapaus on toiminut hyvin isoissa kaupungeissa, joihin on muodostunut jopa ylitarjontaa, mutta ongelmana ovat olleet pienemmät paikkakunnat erityisesti syrjäseuduilla, sama koskee Suomea
- 3. Kaiken kirurgian ja päivystyksen keskittäminen 18 maakuntakeskukseen
  - Perustuslain vastainen palveluiden saatavuus asuinpaikasta riippumatta
  - Alueelliset monopolituottajat merkittävä kustannusriski
  - Keskittämisen perusteet ristiriidassa kokemuksen ja tutkimuksen kanssa



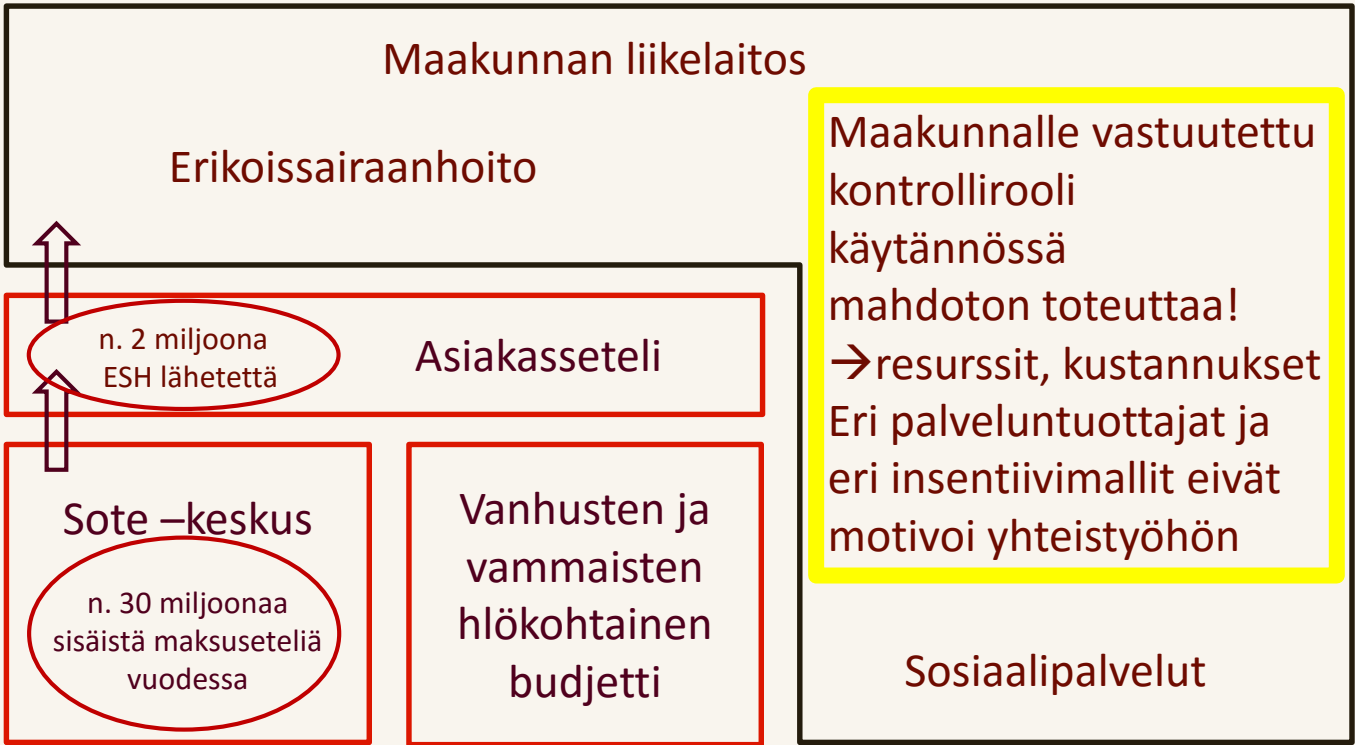
# UUDISTUKSEN INSENTIIVIMALLEISSA KRIITTINEN VALUVIKA

Kiinteä vuosibudjetti  
Taloudellinen insentiivi:  
- Kustannustehokkuus  
- Läheteiden karsinta  
- Potilaspriorisointi

Suoritemaksu  
Taloudellinen insentiivi:  
- Tuottaa suoritteita  
- Hoitaa herkästi

Kiinteä vuosimaksu 2/3  
Suoritteet 1/3

Taloudellinen insentiivi:  
- hoitaa "kevyesti"  
- Tuottaa suoritteita  
- Lähettää herkästi

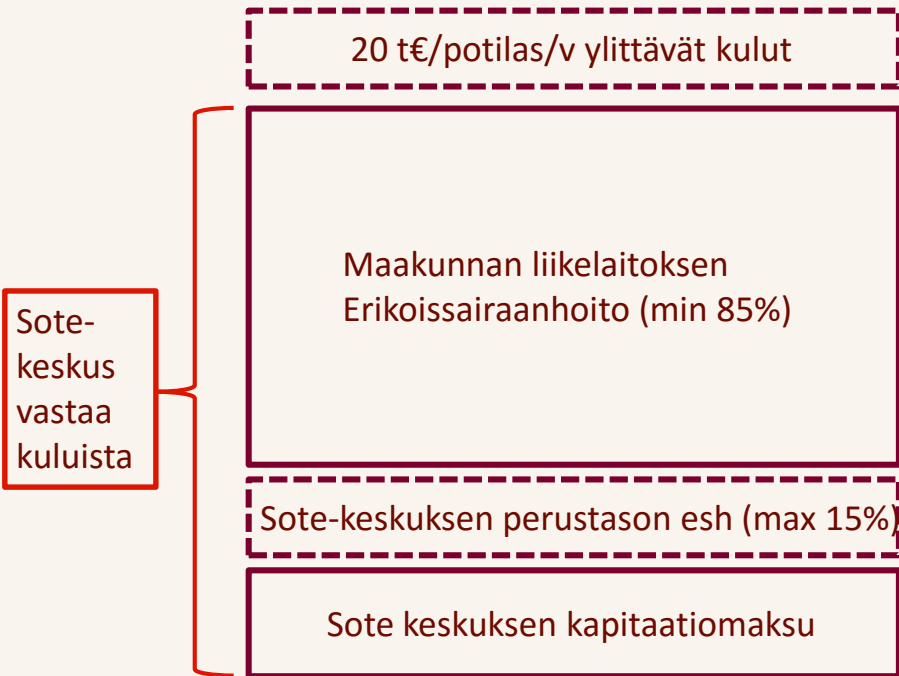


Maakunnalle vastuutettu kontrollirooli käytännössä mahdoton toteuttaa! → resurssit, kustannukset Eri palveluntuottajat ja eri insentiivimallit eivät motivoi yhteistyöhön

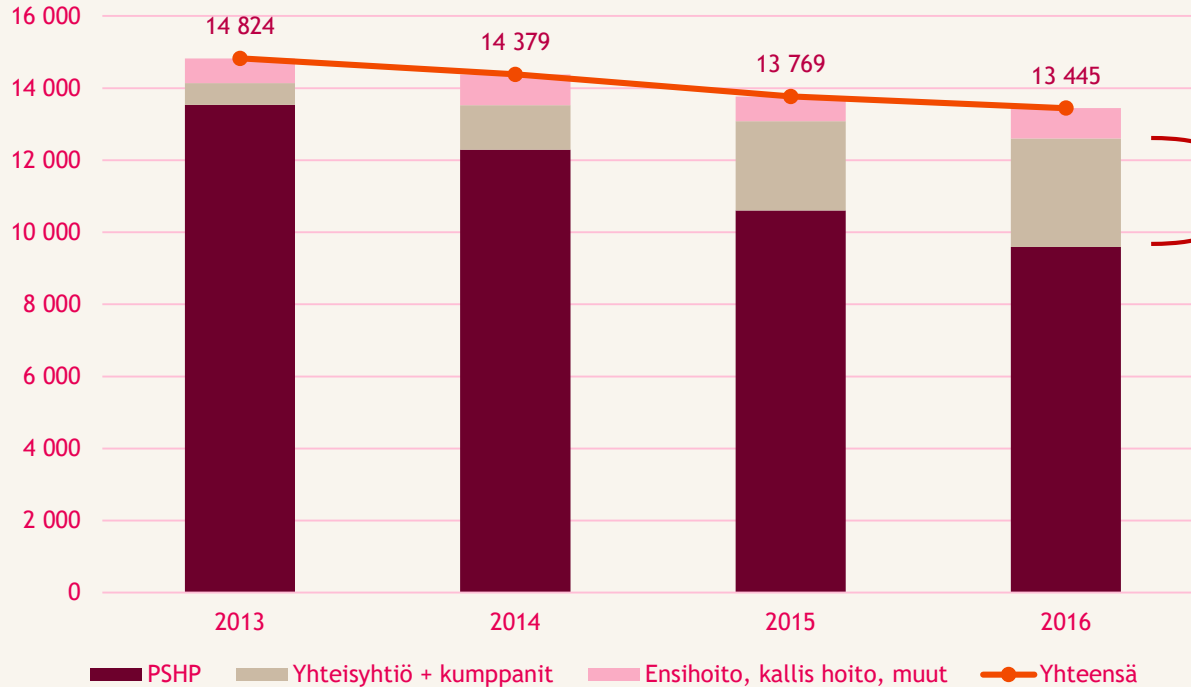
Taloudelliset kannustimet ristiriidassa sekä keskenään että uudistuksen tavoitteiden kanssa!!!

# 1. INSENTIIVIMALLIN JA PTH/ESH INTEGRAATION RATKAISU

- Sote-keskukset vastaavat myös väestönsä erikoissairaanhoidon kustannuksista erillisenä osana kapitaatiomaksua → insentiivinä kokonaiskustannusten hallinta, ennaltaehkäisy ja hyvä/kokonaisvaltainen perustason hoito
- Sote keskuksella oikeus tuottaa perustason erikoissairaanhoidon maksimissaan 15 % → pth/esh integraatio toteutuu, motivaatio sopia monisairaiden potilaiden hyvä hoitoketju maakunnan kanssa
- Maakunnalla ja sote-keskuksilla yhteinen taloudellinen insentiivi, eli kokonaiskustannusten hillintä
- Erittäin kalliiden potilaiden, joihin sote-keskus ei voi vaikuttaa, kustannuksissa 20t€/potilas/vuosi leikkuri
- Pienillä sote-keskuksilla ei pakkoa kokonaisvastuuseen kun väestö alle 5000 (tarkemmin dia 7)



# TOIMINTAMALLIN (SOTE INTEGRAATIO JA VAHVAT LÄHIPALVELUT) VAIKUTUS MÄNTTÄ-VILPPULAN ERIKOISSAIRAANHOIDON KULUKEHITYKSEEN (-9,5% / -1,4 M€)



Mitä korkeampi yhteisyrityksen omien erikoissairaanhoitojen lähipalveluiden osuus, sitä matalammat kokonaiskustannukset = ehdotettu sote-keskuksen oikeus tuottaa 15 % ja vastuu esh kokonaiskustannuksista

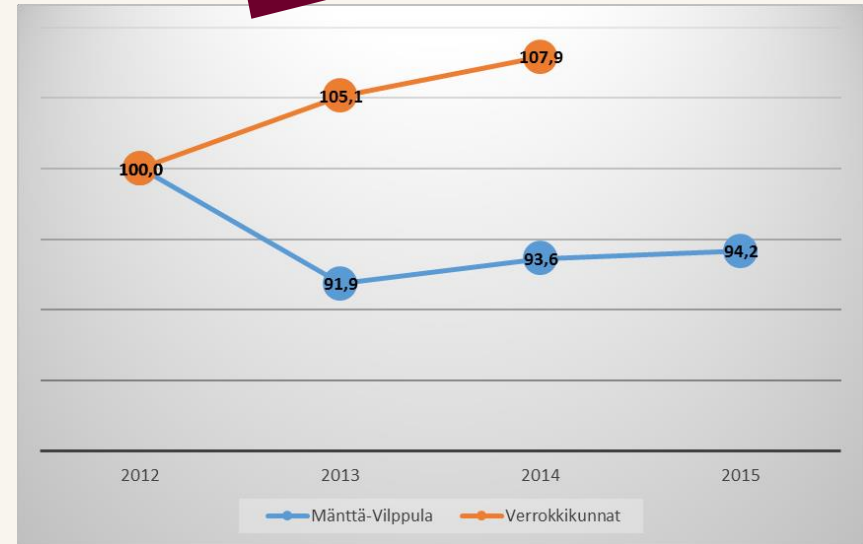
→ Sote –uudistuksen tavoite = perustason erikoissairaanhoitojen palvelut terveyskeskusten käytettävissä

# THL-TUTKIMUS MÄNTTÄ-VILPPULASTA

- Pihlajalinnan ja kaupungin yhteisyritys on vastannut kaikista sote-palveluista ja kustannuksista 1.1.2013 alkaen
- THL keräsi Mänttä-Vilppulasta vertailukelpoiset sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustiedot vuosilta 2012–2015 ja saatuja tietoja verrattiin verrokkikuntien vastaavien menojen kehitykseen.
- **Palveluntuottajan taloudellinen insentiivi kokonaiskustannusten hillitsemiseen**
  - Ennaltaehkäisyyn ja perustason palveluihin on taloudellisesti järkevää panostaa merkittävästi
  - Kokonaiskustannusten laskusta suora hyöty maakunnalle, jolla kiinteä vuosibudjetti

"Olemme saaneet Pihlajalinnan kanssa tehdyn yhteistyön avulla kustannukset kuriin ja palvelutaso on parantunut. Pihlajalinnna on onnistunut myös sitouttamaan henkilöstöä ja kaupunkilaiset ovat tyytyväisiä palveluihin."

Mänttä-Vilppulan kaupunginjohtaja Esa Sirviö



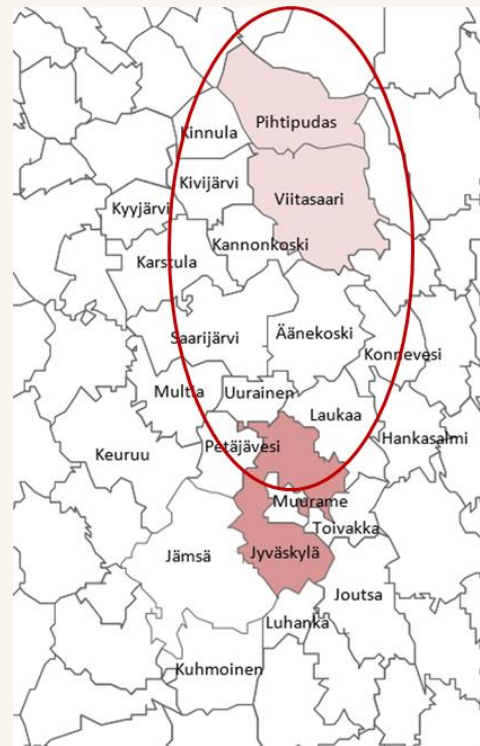
Pihlajalinnna

## 2. VALINNANVAPAUDEN TOTEUTUMINEN KOKO MAASSA

- Maakunta hyväksyy ja tekee sopimuksen keskuskaupungin palveluntuottajiksi (esim. 10000 väestö) osana lain mukaista hyväksymisprosessia vain sellaisten toimijoiden kanssa, jotka samalla sitoutuvat hoitamaan reuna-alueen vastaavat palvelut (50 %, eli 5000 väestölle)
- Jos esimerkiksi Jyväskylään haluaa viisi eri palveluntuottajaa → jokainen yritys on velvollinen hoitamaan myös yhden viidestä reuna-alueesta.
- Seurauksena koko maakunnassa vähintään kaksi palveluntuottajaa - maakunnan valinnanvapaus osakeyhtiö ja vähintään yksi yksityinen palveluntuottaja.
- Velvollisuus tulee vain palveluntuottajille, joiden vastuuväestö keskuskaupungissa on yli 5 000 asukasta
- Vastuu erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksista (dia 4) vain yli 5000 asukkaan väestö
  - Mitä suuremman markkinan haluaa, sitä suurempi vastuu
  - Riittävän suuri väestö tasaa satunnaisvaihtelun riskiä
  - Reilua pienemmille yrityksille ja selkeä yhteiskunnan etu



Palveluntuottaja 1



Palveluntuottaja 2

Sote asiantuntijaryhmän yksimielinen kannanotto!

# 3. KIRURGIAN JA PÄIVYSTYKSEN KESKITTÄMINEN

- *”Palvelurakenteen uudistamisen yhtenä tavoitteena on merkittävien tuottavuushyötyjen saaminen ja kustannusvaikuttavuuden parantaminen. Operatiivisen toiminnan keskittämällä korkean toimenpidevolyymien yksiköihin saadaan monia hyötyjä.”*
- *”kirurgiset palvelut tulee lopettaa aluesairaaloissa ja keskittää keskussairaaloihin sekä potilasturvallisuuden että kustannusten takia”*
- *”Keskittäminen parantaa kiinteiden voimavarojen hyödyntämistä”*
- *”Päivystyksen keskittäminen lisää keskimäärin vain 7 minuuttia suomalaisten matkaa päivystykseen”*

- Tukholmassa tekonivelkirurgian ottaminen valinnanvapauden piiriin keskittämisen sijasta laski hintoja, paransi kiinteiden voimavarojen käyttöä, lyhensi odotusaikaa ja paransi laatua
- Suomen THL endoproteesitilasto osoittaa että suurien yksiköiden laatu ei ole pienempiä parempi
- Tampereen kehyskuntien kilpailutus osoitti merkittävän kustannushyödyn (36 %) aluesairaalassa suhteessa SHP yksikköön (COXA Oy)
- Suurin osa suomalaisista asuu maakuntien keskuskaupungeissa, joiden matka-aika päivystykseen ei muutu → muiden suomalaisten matka-aika pitenee merkittävästi, joka yhdistettynä ensihoidon suunniteltuun lakimuutokseen on kestävätkin sekä potilas-turvallisuuden että perustuslain näkökulmasta



# TUKHOLMA: VALINNANVAPAAUS - LONKAN JA POLVEN TEKONIVELLEIKKAUKSET

- Aloitettiin 2009 (ASA1-2)
- Hoitajaksokohtainen rahoitus
- Kiinteä hinta: 56 300 SEK
  - Pre-op käynti; tutkimukset; leikkaus ja proteesi; kuntoutus; yksi jälkikontrolli
- Palvelujen tuottajan vastuu
  - Kaikki komplikaatiot kahden vuoden sisällä
  - Viisi vuotta jos kyseessä syvä infektio



# TUKHOLMA YHTEENVETO

- Odotusajat lyhenivät (>90 vrk 33% → 10-13%)
- -16% komplikaatoriski 2009/2010 vs. 2007/2008
- -25% komplikaatoriski 2010 vs. 2007/2008
- -24% uusintaleikkauksen riski 2009/2010 vs. 2007/2008
  - Tulokset täysin ristiriidassa keskittämisen perusteluiden kanssa
- Kiinteiden voimavarojen hyödyntäminen +17 %
  - Tulokset täysin ristiriidassa keskittämisen perusteluiden kanssa
- 98 % potilaista tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä
- Keskim. kustannus – 17 % Volyyymi +16 % kok. kustannus – 4 %
  - Tulokset täysin ristiriidassa keskittämisen perusteluiden kanssa
- Ei muutoksia hoidon aiheissa – mittarina kipu
- Merkitsevä hoitoajan lyheneminen, vakioitu aikatrendin, sukupuolen ja leikkaustyyppin mukaan



Poiven tekonivelleikkaus	Leikkausta Jouduttu uudelleen leikkaamaan	
	vuodessa	Matala prosentti = hyvä tulos
Päijät-Hämeen keskussairaala	396	0,57 %
Pohjois-Karjalan keskussairaala	343	0,61 %
Kymenlaakson keskussairaala	221	0,88 %
Rauman aluesairaala	99	0,99 %
Vakka-Suomen sairaala	115	1,03 %
Kuopion yliopistollinen sairaala	720	1,05 %
Jokilaakson sairaala	280	1,05 %
Etelä- Karjalan keskussairaala	289	1,06 %
Turun yliopistollinen keskussairaala	483	1,10 %
Sairaala Orton	165	1,11 %
Ahvenanmaan keskussairaala	37	1,13 %
Mikkelin keskussairaala	159	1,14 %
Salon aluesairaala	96	1,18 %
Lohjan sairaala	303	1,19 %
Kanta-Hämeen keskussairaala	195	1,21 %
Länsi-Uudenmaan sairaala	130	1,26 %
<b>Kaikki sairaalat</b>	<b>9963</b>	<b>1,33 %</b>
Oulaskankaan sairaala	268	1,40 %
Porvoon sairaala	127	1,46 %
Helsingin yliopistollinen keskussairaala	1005	1,49 %
Tekonivelsairaala Coxa Oy	1073	1,55 %
Heinolan kaupunginsairaala	79	1,60 %
Satakunnan keskussairaala	320	1,68 %
Savonlinnan keskussairaala	139	1,70 %
Vaasan keskussairaala	187	1,71 %
Seinäjoen keskussairaala	468	1,75 %
Keski-Pohjanmaan keskussairaala	149	1,95 %
Hyvinkään sairaala	237	1,98 %
Lapin keskussairaala	225	2,00 %
Turunmaan sairaala	144	2,22 %
Keski-Suomen keskussairaala	276	2,27 %
Kainuun keskussairaala	222	2,61 %
Oulun yliopistollinen sairaala	256	3,48 %
Länsi-Pohjan keskusairaala	174	3,68 %

→ Tulokset täysin ristiriidassa keskittämisen perusteluiden kanssa

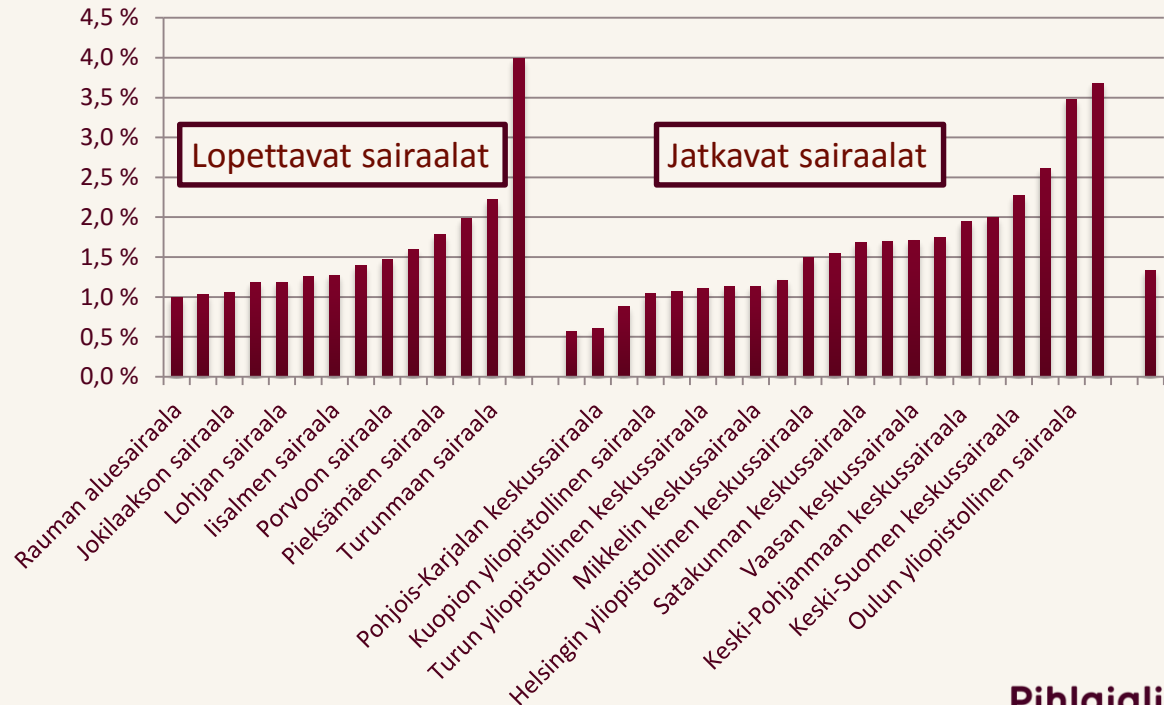


Pihlajalinna

# POLVEN TEKONIVELLEIKKAUSTEN UUSINTALEIKKAUSRISKI 1 V SEURANNASSA 2013-2015

→ Tulokset täysin ristiriidassa keskittämisen perusteluiden kanssa

- Lähde: THL:n ylläpitämä Suomen Endoproteesirekisteri
- Sairaalat
  - Hoitavat ensisijaisesti julkisrahoitteisia potilaita
  - Tulokset ilmoitettu vähintään 2/3 vuodesta



# ESIMERKKI 1 SUOMESTA: NOKIAN TEKONIVELPALVELUSETELI (JOKILAAKSON AS) VS. PERINTEINEN (COXA OY / PSHP)

	Palveluseteli	Perinteinen
Hinta hoitoketjulle*	5590 €	7593** € (+36 %)
Vaativan tmp:n vaikutus hintaan	Vain ylimääräiset tekonivelen kulut laskua vastaan.	Alkaen 12 543 €
Hoitoonpääsylupaus	6 vkoa (tarjouspyyntö)	6 kk (hoitotakuulaki)
Sanktio hoitoonpääsyn viivästymisestä	Sanktio. Ei hoitopäivämaksua (hoito potilaalle ilmainen).	Ei sanktiota. Potilas voi vaatia korvauksia käräjäoikeudessa.
Leikkauksen suorittaja	Kokenut, tekonivelkirurgiaan perehtynyt erikoislääkäri	Yksikössä työskentelevä lääkäri
Nimetyt lääkärit	Kyllä	Ei
Leikkausmäärä (lääkäri)	> 200 tekoniveltä / vuosi	Ei minimivaatimusta

\*Leikkausta edeltävä moniammatillinen arvio (ml. labra + rtg), leikkaus, hoitajakso ja post-operatiivinen kontrolli

\*\* Pitää sisällään vain 3 hoitopäivää. Ylimääräiset 405 euroa / päivä. Muuten kuten setelissä

## ESIMERKKI 2 SUOMESTA - TAMPEREEN KEHYSKUNNAT

• Hoitoon pääsy (takaraja)	Yksityinen	PSHP	
• PKL	2 viikkoa	3 kk	
• Leikkaus	4 viikkoa	6 kk	
• Hintataso	Yksityinen	PSHP	
• Orto pkl-käynti	42,9 €	120 €	(-64%)
• Canalis carpi (Päiki)	994,5 €*	1299 €	(-23%)
• ACL rekonstruktio	2365,70 €*	3360 €*	(-30%)
• Cuff rekonstruktio	2992,90 €*	3058 €*	(-2%)
• Hallux valgus	1343,90 €*	1781 €*	(-25%)



# MATKAKUSTANNUSTEN LISÄÄNTYMINEN

- Esimerkiksi lonkan ja polven tekonivelleikkauksiin liittyy **vähintään** 3 käyntiä leikkaavassa yksikössä
  - Leikkaushoidon arvio poliklinikalla
  - Leikkaushoito
  - leikkauksen jälkitarkastus
- Leikkausten siirto Rauma -> Pori
  - Matka kasvaa 51 km, johtaa tämä  $86 \text{ €} \times 2 \times 3 = 516 \text{ €}$  suuruiseen kustannusten lisääntymiseen jokaisen potilaan kohdalla (taksimatkan hinta-arvio [www.taksimatka.fi](http://www.taksimatka.fi))
  - Tekonivelleikkauksen keskihinta on n. 6500 € Suomessa -> kustannuslisä (7,9 %)
- Jos uusintaleikkauriski tippuu 1 % -> 0 %
  - Säästö 15 000 € (keskimääräinen uusintaleikkaus) \* 0,1 % = 150 €
  - Varmuudella tuleva kustannuslisä = 4 x teoreettinen maksimisäästö