

Valinnanvapaus –

TAVOITELTAVA ARVO VAI KÄYTÄNNÖN SANELEMA PAKKO ?

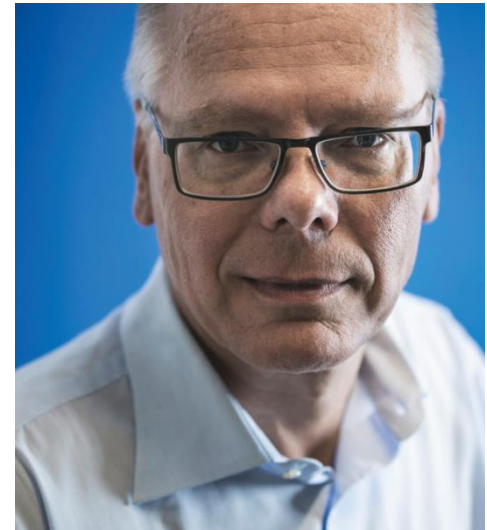
5.12.2018 Juha Tuominen

Kokeillen kohti toimeenpanoa - Palvelusetelikokeilun kärkihankekauden päätösseminaari

Juha Tuominen

johtaja, toimitusjohtaja HUS 1.1.2019 alkaen

- LT, dosentti, professori hc
- HYKS 1993-1999
- Lääketieteellinen johtaja, Organon Oy 2000-02
- HUS 2003-09, useissa johtamispositioissa, viimeksi johtajaylilääkärinä
- Suomen Terveystalo Oy:n johtava ylilääkäri 2010-18



HISTORIA

- 1811 keisarillisella kuulutuksella perustettiin Collegium medicum hallituskonseljin (=senaatti 1816 eteenpäin) alaiseksi virastoksi
- 1814 sairaalat otettiin valtion haltuun
- piirilääkärien tehtävä yleiseen terveydenhuoltoon liittyvä (kulkutaudit, yleinen hygienia), lääkintävastuu seurakunnilla ja kirkollisilla viranhaltijoilla
- 1865 erotettiin kunnallinen hallinto seurakunnallisesta, ja 1869 annettiin keisarillinen julistus joka siirsi terveydenhuollon järjestämis- ja kustannusvastuun kunnille (kunta sai periä kohtuullista maksua)
- 1883 palkattiin ensimmäiset kunnanlääkärit ja syntyi valtionapujärjestelmä

TAVOITTEET

Yhdenvertaisuus

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen,
perusoikeuksien toteutuminen ja turvallisuus

Saatavuus ja saavutettavuus

Vaikuttavuus ja laatu

Kustannusten kasvun hillitseminen

Kustannusvaikuttavuus

Tehokkuus ja tehtävien työnjako (tiedolla
johtaminen)

Jatkuva kehittäminen ja innovaatiot

Asiakaslähtöisyys

Valinnanvapaus

Osallisuus ja osallistuminen

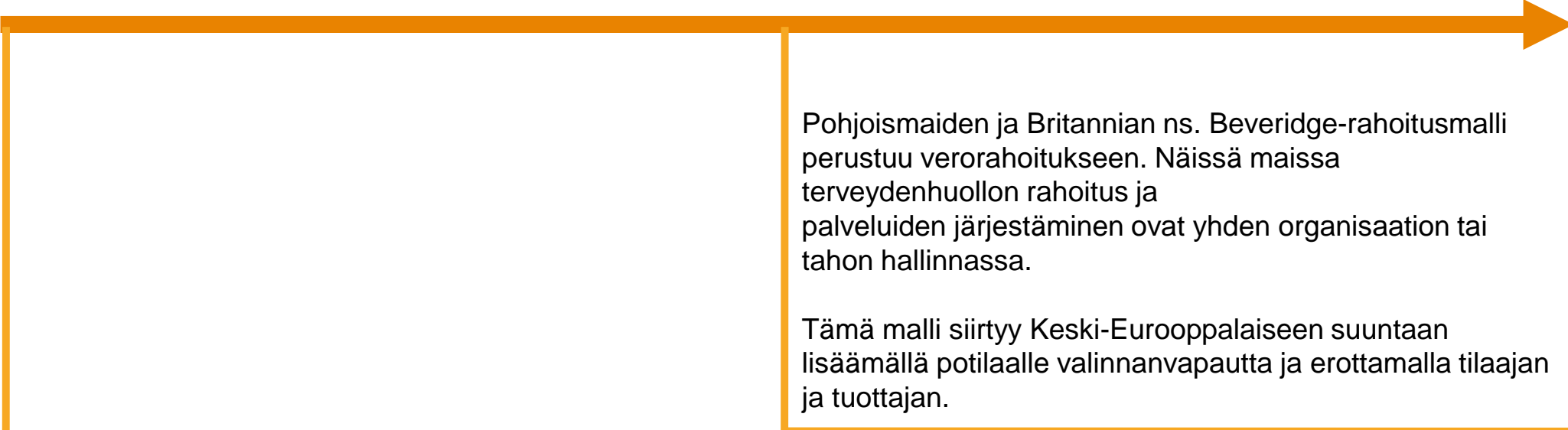
Integraatio ja palvelujen yhteensovittaminen

TERVEYDENHUOLLON KEHITYS EUROOPASSA

1883

1940

2000-luku



Pohjoismaiden ja Britannian ns. Beveridge-rahoitusmalli perustuu verorahoitukseen. Näissä maissa terveydenhuollon rahoitus ja palveluiden järjestäminen ovat yhden organisaation tai tahon hallinnassa.

Tämä malli siirtyy Keski-Eurooppalaiseen suuntaan lisäämällä potilaalle valinnanvapautta ja erottamalla tilaajan ja tuottajan.

Bismarckin mukaan nimetty rahoitusmalli on käytössä Keski-Euroopan maissa, Saksassa, Hollannissa ja Ranskassa. Malli perustuu (sosiaali)terveysvakuutukseen, joka on käytännössä kansalaisille pakollinen.

Mallin perusajatuksena on tehokkuuden ja toiminnan laadun saavuttaminen järjestelmässä sisäänrakennettuina olevien kilpailullisten elementtien avulla. Tilaaja on erotettu tuottajasta, ja potilas on hoitopaikan valitsija. Järjestäjien koko tässä mallissa on suurenemassa

BEVERIDGEJÄRJESTELMÄ ALKANUT EROTTAA TILAAJAA JA TUOTTAJAA

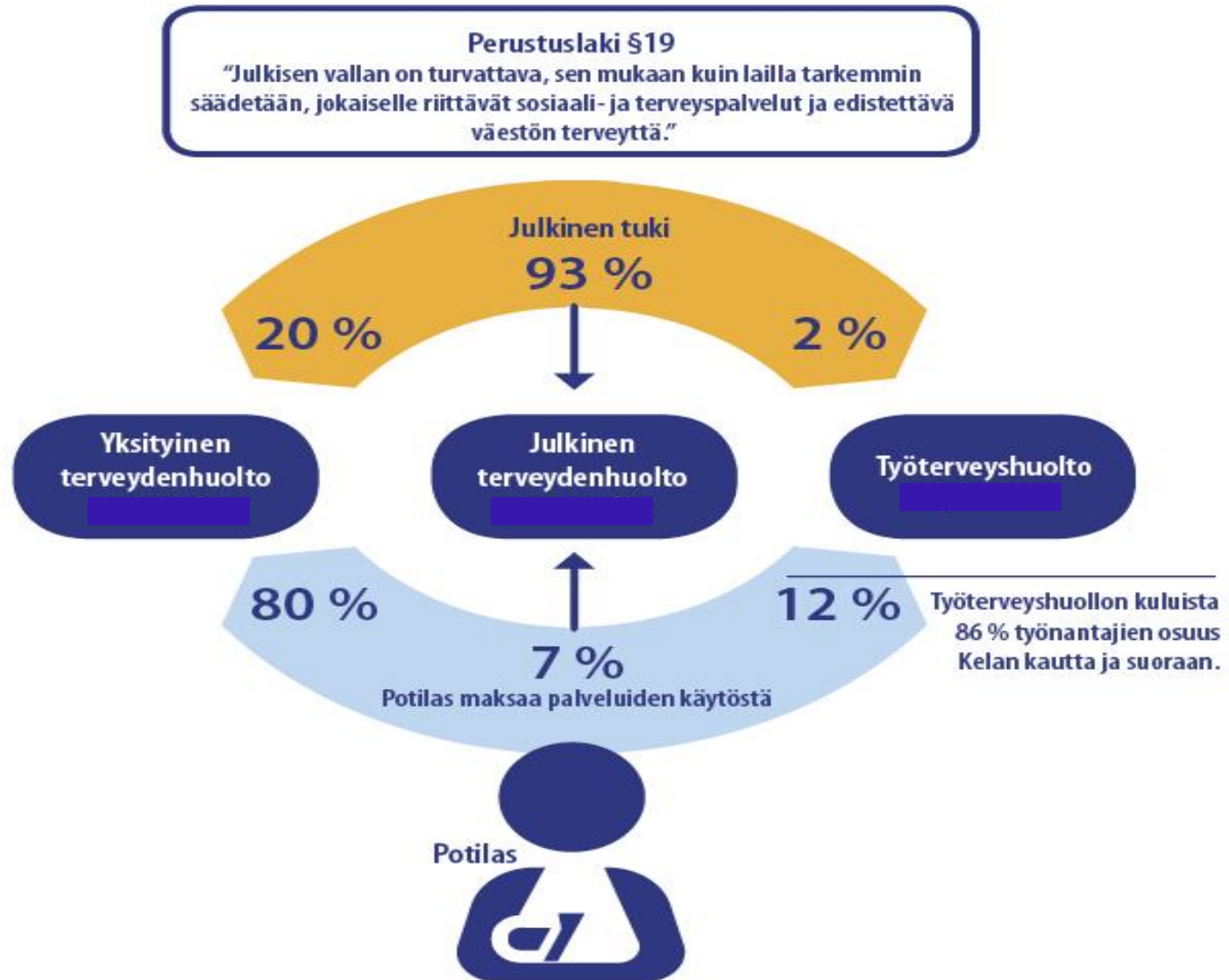
Valinnanvapaus on yksi järjestäjän työkaluista saada tehostettua järjestelmää tuottajien välisellä kilpailulla

- **Järjestäjä hilailee hinnan mahdollisimman alas**
- **Järjestäjä asettaa minimilaatuvaatimukset**
- **Asiakas äänestää jaloillaan**

Poliittinen arvo ja yksilön oikeus?



SUOMEN TERVEYDENHUOLLON MONET KANAVAT



KEHITYS ON TUONUT MYÖS UUSIA HAASTEITA

Suomi liittyi EU:iin 1995

- Lissabonin sopimus ja EU:n potilasliikkuvuusdirektiivi luovat paineita vapaaseen liikkuvuuteen (HE 68 2017 vp, Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain ja sairausvakuutuslain 2 luvun 6 §:n ja 18 luvun 8 §:n muuttamisesta)

Terveydenhuoltolakiin kirjattu valinnanvapaus on lähtenyt hallitsemattomasti liikkeelle

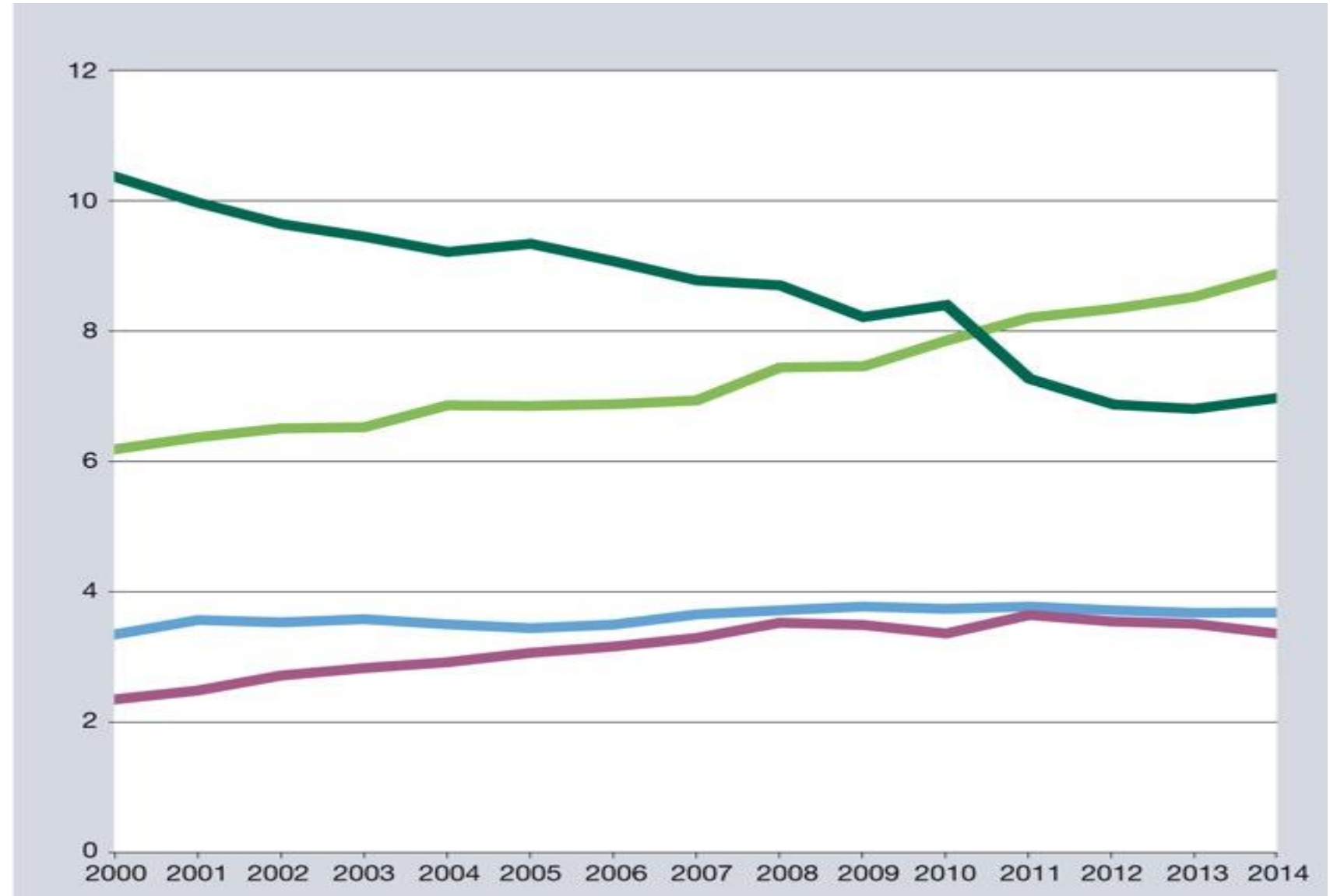
- tarkoitus oli, että voisi mennä eri kunnan/sairaanhoitopiirin toimintoihin, mutta nyt sairaanhoitopiirit rakentavat osaomistusbulvaaneja toisen piirin alueelle. Tämä ei ollut lainsäädännön tarkoitus, mutta ainakin on dynamisoinut markkinoita
- ns järjestäjä/tilaaja puuttuu. Luotettiin, että sellaista ei tarvita ja hinnat suurinpiirtein samoja. Potilasliikkuvuusdirektiivissä sentään otettu kantaa maksimihintaan

Kuvio 5.3 | Figure 5.3

Lääkärikäynnit julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa 2000–2014

Visits to physicians in the public and private sector, 2000 to 2014

- █ Perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkärikäynnit
All outpatient visits to primary care physicians
- █ Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit
Outpatient visits, specialist health care
- █ Kelan korvaamat yksityislääkärikäynnit
Visits to private physicians reimbursed by Kela
- █ Työterveyshuollon lääkärin sairaanhoitokäynnit
Illness-related visits to occupational health care physicians



Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet, Kelan työterveyshuoltotilasto
Source: National Institute for Health and Welfare (THL), SOTKANet Statistics and Indicator Bank, Kela, the Social Insurance Institution of Finland, Occupational health statistics

Helsingin terveystasemien jonot ja väestö marraskuu 2018

ASEMA	T3	VÄESTÖ
Malmi	3	36746
Jakomäki	8	9296
Kivikko	8	11597
Pihlajamäki	10	23779
Maunula	10	12410
Töölö	11	28699
Viiskulma	13	51036
Oulunkylä	14	34065
Haaga	15	26728
Paloheinä	17	12578
Kontula	21	22932
Vuosaari	21	37783
Munkkiniemi	21	19237
Puistola	22	14865
Laakso	22	17858
Lauttasaari	22	27769
Kalasadama	23	101650
Myllypuro	23	36367
Kannelmäki	24	18360
Suutarila	25	11314
Malminkartano	35	9074
Pitäjänmäki	36	16784
Laajasalo	38	17002

koko väestö 597 929 (huhtikuun luvut)

11/2018

4/2018

• **Alle 7 pv jonossa**

6.1%

17%

• **Alle 10 päivää jonossa**

9.6%

23.5%

• **Yli 14 päivää jonossa**

80%

58%

• **Yli 20 päivää jonossa**

59.7%

41.8%

Poimittu lauantaista Facebookpäivityksestä

JÄRJESTÄMIS- JA RAHOITUSVASTUUT POHJOISMAISSA

	Ruotsi	Norja	Tanska	Suomi
Järjestäminen				
Erikois-sairaanhoito	18 maakäräjää + 2 yhteisaluetta + 1 kunta	4 aluetta	5 aluetta	336 kuntaa (21 shp)
Perus-terveydenhuolto	18 maakäräjää + 2 yhteisaluetta + 1 kunta	430 kuntaa	5 aluetta	336 kuntaa
Sosiaalihuolto	290 kuntaa	430 kuntaa	98 kuntaa	336 kuntaa
Terveyden-huollon kokonais-rahoitus 2008 (OECD 2010)	Maakäräjävero (70%), valtion kapitaatio-perusteisia ja korvamerkittyjä tukia (12%), yksityiset (18%)	Valtion ja kuntien verotus (73%), sosiaalivakuutus (11%), yksityiset (16%)	Valtion ja kuntien verotus (73%), yksityiset (15%)	Valtion ja kuntien verotus (59%), sairausvakuutus (15%), yksityiset (26%)

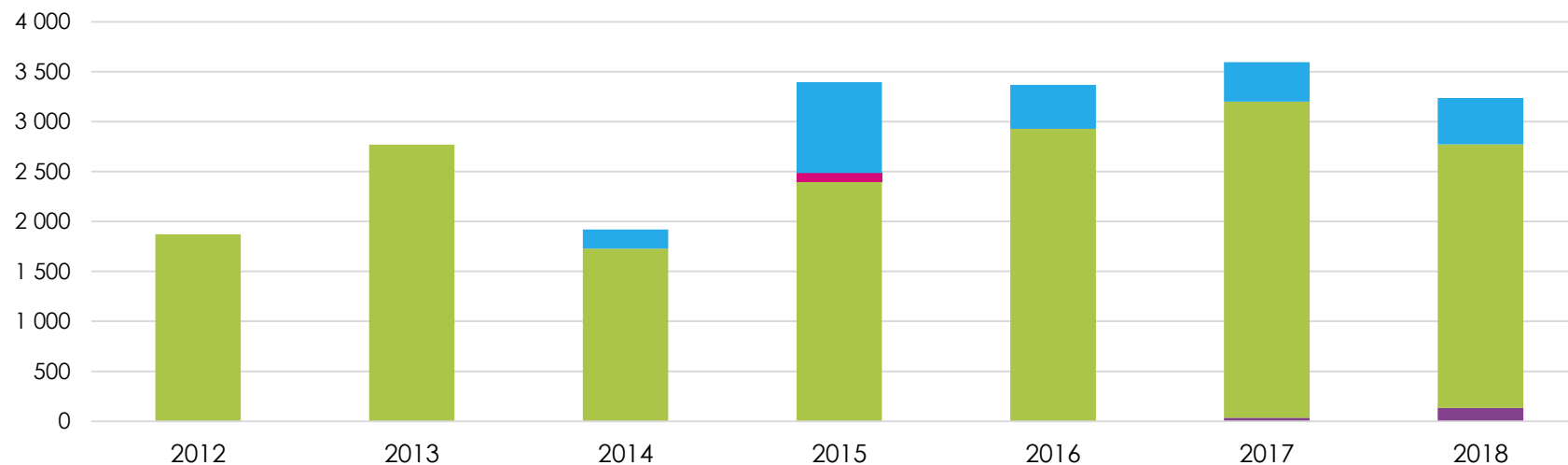
Suomen suuri yksityisen rahan osuus vaikeuttaa julkisen valinnanvapauden syntyä, koska julkisen vastuut kasvavat jos syntyy toimiva julkisen sektorin valinnanvapausjärjestelmä asiakkaiden siirtyessä julkisrahoitteisten palvelujen käyttäjiksi

PALVELUSETELIT VALINNANVAPAUDEN TARJOAJINA

Palvelusetelit tulleet markkinoille ensisijaisesti saatavuusongelmien paikkaamiseksi

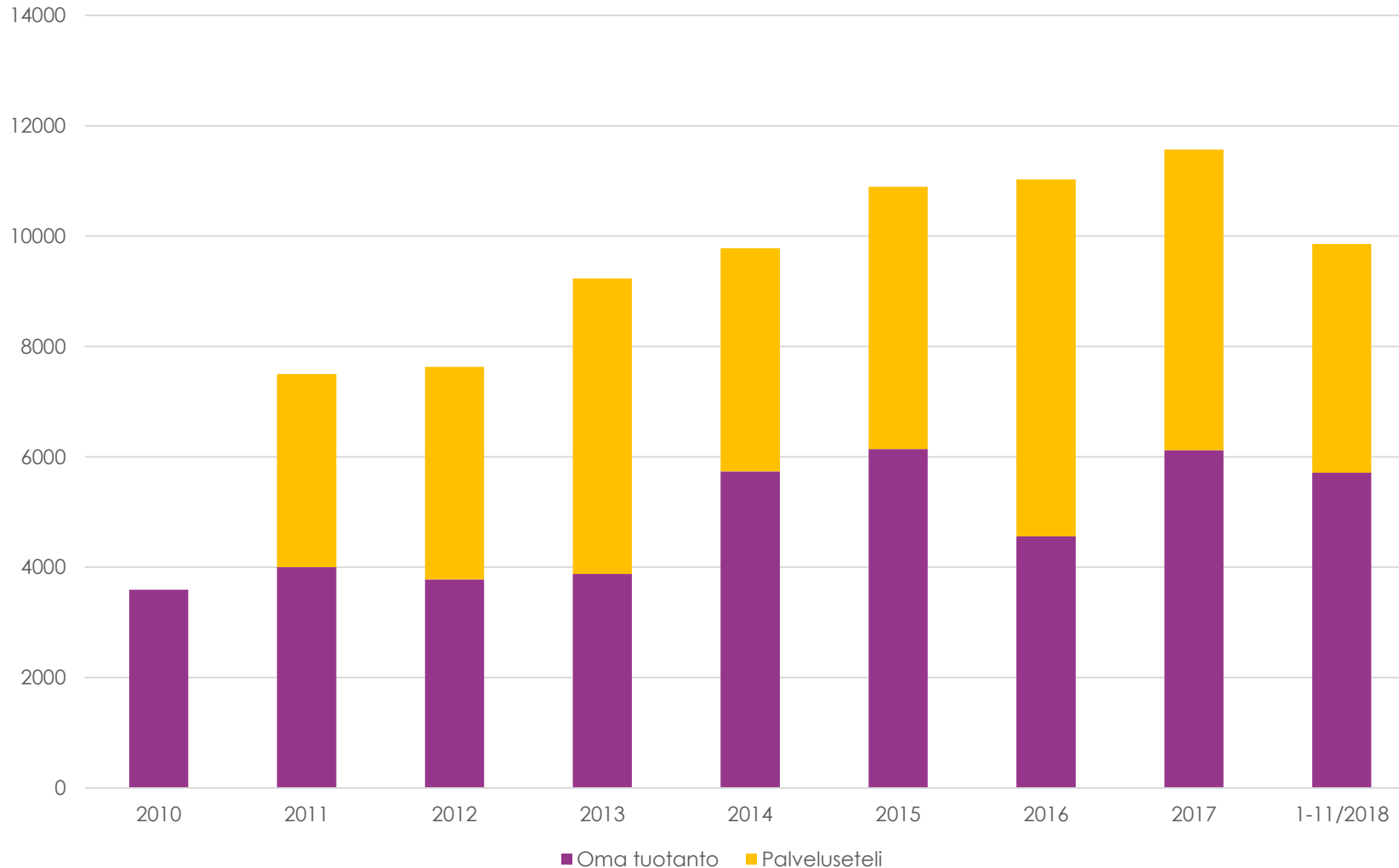
HYKS: PALVELUSETELIEN OSTOKULUT TAMMI-LOKAKUU 2012-2018

1000 €



■ 111 HYKS Lasten ja nuorten sairaudet
 ■ 114 HYKS Pää- ja kaulakeskus
 ■ 119 HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgia
 ■ 121 HYKS Vatsakeskus

HYKS KAIHILEIKKAUKSET



- 2010 purettiin yli 5 000 pot jonot ostopalvelulla
- 2014 Lauttasaaren kaihiyksikkö
- 2016 sisäilmaoireilun vuoksi muutto Lauttasaaresta Ortoniin
- 10-15% potilaista kieltäytyy setelistä jota tarjotaan
- 3% seteleistä jää käyttämättä

HUS ja pk-seutu kehittävät palveluseleitä



- Uudistaa palveluseteliprosessia, tehdä siitä asiakaslähtöisempi ja organisaatorajat ylittävä
- luoda yhdessä helppokäyttöisiä, tehokkaita ja haluttavia palveluseleitä, jotka toimivat tulevaisuuden muutoksissa
- valmistella yhteisiä rakenteita ja toimintamalleja tulevaisuuden Uudenmaan yhteiselle palvelu- tai asiakassetelikäytön toteutukselle
 - yhteinen IT-prosessi, joka olisi potilaslähtöinen ja hallinnollisesti kevytrakenteinen (PSOP, Effector, Smartum)
- yhtenäistää prosessia sisällön ja toiminta-alueiden osalta
 - sääntökirjat
- Selvittää, missä laajuudessa ja millä tavoin erikoissairaanhoidon sote-palveluissa on mahdollista soveltaa valinnanvapautta

VALITUT JA ENSIMMÄISESSÄ VAIHEESSA TOTEUTETTAVAT PALVELUSETELIT

HUS

Kardiologia

- Angiografia (sepelvaltimoiden varjoainekuvaus)
- tahdistimen asennus

Kaula- ja lanneranka:

- kaularanka: kaularangan välilevypullistumaleikkaukset (Dg M50.1 ja TMP NAG40)

Tukielin- ja plastiikkakirurgia

- Syndroma Canalis Carpi PÄIKI (ACC51)
- Syndroma Sulcus Ulnaris PÄIKI (ACC53)
- Napsusormi PP PÄIKI (NDM40)

Helsinki

Lymfaterapia
Rintamaveteraanien
avokuntoutus
Fysioterapiapalvelut
Vaikeavammaisten
päivätoiminta

Vantaa

Psykiatrin konsultaatio
Rintaproteesit
Siivous

SILMÄKLINIKAN AJATUKSIA PALVELUSETELISTÄ

”Sopii hyvin yksinkertaiseen, kertaluonteiseen toimenpiteeseen myöntämisprosessi alun perin monimutkainen – nyt oikaistu mutkia

- ei enää kysytä haluaako, vaan lähetetään seteli, josta voi sitten kieltäytyä auttaa hallitsemaan odotusaikoja
- oman toiminnan ylivuotava volyyymi

Oman tuotannon tulee olla kuitenkin riittävän suuri koulutusnäkökulmasta

Palvelusetelituotantoon sopivat vain omatoimiset, suhteellisen terveet asiakkaat, joilla ei muita silmäsairauksia tai korkeaa riskiä komplikaatioon

tämä vinouttaa hoidon kustannusten vertailua

- opetusta varten HYKS:iin tarvitaan myös ”helppoja silmiä”
komplikaatiot valuu HYKS:iin – määrä kuitenkin vähäinen”

MITÄ UUSIA RISKEJÄ VALINNANVAPAAUS TUO?

Tukevatko hinnoittelumallit terveydentuottamista, vai osaoptimointia?

Onko potilasturvallisuuskulttuuri kunnossa uudisperustettavissa yksiköissä?

- Onko riittävät resurssit?
- Suuri vai pieni kaunista?

MITÄ UUSIA RISKEJÄ VALINNANVAPAAUS TUO?

Erikoissairaanhoidon tai EU valinnanvapaus?

- fyysiset välimatkat hoitaneeseen yksikköön pitenevät, joten myöhäiskomplikaatiot jäävät toisen organisaation hoidettaviksi. Ongelma?

OLEMMEKO VALMIIT ?

Mahdollistajina

- Kanta
- Laaturekisterit
- Digi



LEVEITÄ JÄRJESTÄJÄHARTEITA TARVITAAN

Uudet teknologiat

Digitaalisuus

Palvelujärjestelmän taloudellinen kestävyys

DATAN MERKITYS KASVAA INTEGRAATION TOTEUTTAMISESSA

Tietoa on kerätty jo -70-luvulta lähtien sähköisesti (esim lab.tulokset)

Tieto toimii vertailun ja benchmarkingin, mutta myös kohortoinnin työkaluna.

Rakenteinen tieto mahdollistaa toiminnanohjauksen, jota moni kutsuu AI:ksi, mutta perustuu sääntömoottoreihin (esimerkiksi jos diabetestä sairastavan historiasta puuttuvat määrätyt tutkimukset, niihin tulisi kutsua automaattisesti ja niiden tuloksista tulisi syntyä ohjaavia toimia jotka osa voivat olla automaattisia, osa herätteitä ammattilaisille tai potilaalle)

Data on valjastettava alueellisesti tukemaan integraatiota, ja yksinkertainen esimerkki on juuri diabetes: 15% terveydenhuollon kuluista (2,5 mrd) + 1 mrd ennenaikaisesta eläköitymisestä.

Toimijoiden tulee pelata yhteen jotta ennaltaehkäisy ja hoito onnistuvat.
JÄRJESTÄJÄHAASTE!