

Hannu Valtonen
professori
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos,
Itä-Suomen yliopisto
26.10.2011

Terveyden- ja vanhustenhuollon rahoitusehdotusten arviointi



ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Arviointitehtävä

Kuinka rahoitusehdotuksissa on käsitelty:

- järjestelmän poliittinen, sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys,
 - erilaisten päätösten teko,
 - vaikutukset tehokkuuteen, tuottavuuteen ja palvelujen ja rahoituksen jakaumaan
 - ehdotusten dynaamiset vaikutukset.
-
- Käsittelen neljän tehdyn esityksen eroja ja yhtäläisyyksiä ja kahta suurempaa kriittistä huomiota.



Rahoitusesitykset

Kansaneläkelaitoksessa tehty ehdotus:

Huuhtanen ym. Kansallinen terveysrahasto

Sitran asiantuntijaryhmä:

Aronkytö ym. Kansallinen tilaaja-rahoittaja

THL:n asiantuntijaryhmä :

**Pekurinen ym. Alueellinen palvelujen järjestäjä ja rahoittaja
(THL 4/2011)**

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä:

Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntamallien vaihtoehdot

Nykyjärjestelmän keskeiset ongelmat

Terveys- ja hyvinvointitavoitteiden saavuttamisen ongelmat

- kansalaisten eriarvoisuus palvelujen saatavuuden suhteen
- järjestelmän huono selviytyminen sekä palvelujen kysyntään että työvoiman tarjontaan vaikuttavista väestörakenteen muutoksista.

Järjestelmän sisäiset ongelmat

- päätöksenteon ja rahoituksen hajanaisuus
- liian pieni järjestäjätaho (nykyiset kunnat)
- järjestelmän sisäiset disinsenttiivit ja kehittymisen jarrut

Ehdotuksissa korostuvat nykyjärjestelmän ongelmat!

- Kokonaisuutena nykyinen järjestelmä toimii monessa suhteessa hyvin ja on kansalaisten hyväksymä.



Tavoitteet ja ehdotettujen uudistusten luonne

Uuden palvelujärjestelmän tavoitteena on kaikissa ehdotuksissa oikeudenmukaisesti jaettu, tehokas, tuottava ja laadukas palvelutuotanto.

Ehdotuksissa pidetään tärkeänä järjestäjäorganisaation rahoituksen kestävyys turvaamista riittävän suuren rahoituspohjan avulla.

Tavoitteet ajatellaan saavutettavan ensisijaisesti palvelujen tarjontaa organisoimalla.



Tavoitteet ja ehdotettujen uudistusten luonne

Ehdotukset ovat hallinnollisen päätöksenteon kehittämis ehdotuksia. Niissä organisoidaan palvelujen rahoittaja- ja järjestäjäorganisaatiota ja sen suhdetta palvelujen tuottajiin.

Poliittista päätöksentekoa ei käsitellä.

Uudistusten mahdollisia seurauksia kliiniseen tai hoidon laatua koskevaan päätöksentekoon ei käsitellä.

Ehdotuksissa ei käsitellä yksityistä terveysvakuuttamista.

Ehdotuksissa ei etsitä uusia terveys- ja sosiaalipalvelujen rahoituslähteitä.

Järjestäjän organisaatio

Ehdotus	Poliittinen päätöksenteko	Laajuus	Tilaajan ja tuottajan erottaminen
Huhtanen ym.	Eduskunta; Kelan poliittinen ohjaus	"Kuntien, valtion ja Kelan terveydenhoitoon käyttämät rahat"; eri vaihtoehtoja; (tulonsiirrot Kelassa)	Tilaaja/ostaja
Aronkytö ym.	Ei määritelty, omistaja? Eduskunta? Kunta?	Sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus, ml. työterveyshuolto	Tilaaja/ostaja
Pekurinen ym.	Ei määritelty, omistajakunnat? Eduskunta?	Valtion ja kuntien nykyinen terveyden- ja vanhustenhuollon rahoitus, ml. osin sairausvakuutus?	Tilaaja/ostaja ja tuottaja/myyjä
STM	Kunta	Valtion ja kuntien nykyinen rahoitus, ml. osin sairausvakuutus?	Tilaaja/ostaja ja tuottaja/myyjä

Markkinat vai yhteistoiminta?

Aronkytö ym. on selkeimmin kilpailuun perustuva malli. Tilaajat erotetaan tuottajista, tuottajat kilpailevat annetuilla hinnoilla.

Myös HUUHTANEN ym.: Sairaalat ja terveyskeskukset ” ... jatkaisivat toimintaansa, mutta toiminnan juridinen muoto olisi toinen (liikelaitos tai osakeyhtiö) samoin rahoittaja (terveysrahasto). Sairaanhoidopiirit voitaisiin joko pilkkoa yksikköihin tai yhtiöittää sellaisenaan.”

Kaksi muuta ehdotusta ovat enemmän yhteistoimintamallin mukaisia. Kilpailutuksen etuja tavoitellaan asettamalla palvelujen tuottajat "samalle viivalle", määrittelemättä rakennetta vielä tämän tarkemmin.

Sääntöjä tulee noudattaa

'Pehmeät budjettirajoitteet tappavat kaiken, mitä yrität saavuttaa'.
(Magnussen 2010) Mitä yksinkertaisemmat säännöt ovat ja mitä tiukemmin niistä pidetään kiinni, sitä selkeämmät ovat järjestelmän insentiivit.

Muodollisesti hallinnolliset ongelmat ja niitä koskevat päätökset muuttuvat helposti poliittisiksi ongelmiksi.

Norjassa ennen sairaala-alueformia sairaaloiden budjetissa oli pysyviä alijäämiä, jotka valtio kattoi vuodesta toiseen. Tilanne johti syyttelyyn ("blame game") siitä, mikä taho oli vastuussa alijäämistä ja lopulta valtion keskusvallan ja paikallisten toimijoiden välisen luottamuksen rapautumiseen. (Hagen – Kaarbøe 2002)



Kriittiset huomautukset

Tavoitteiden saavuttamisen mahdollistavat voimat ja prosessit:
esityksissä ei ole kerrottu millaiset voimat ja prosessit mahdollistavat tavoitteiden saavuttamisen.

Kansalaisten asema:

kansalaisten käyttäytyminen sekä asiakkaina että työntekijöinä terveydenhuollon markkinoilla on muuttunut.



Tavoitteiden saavuttamisen tuottavat voimat. Voidaanko järjestäjän koolla vaikuttaa?

Ongelma		rajaus
Sosioekonomisten ryhmien välillä on tarpeeseen perustumattomia eroja terveyspalvelusten käytössä ja eroja terveydentilassa.	Kyllä, rajatusti	jos palvelujen käytön erot ovat alue-eroja ja jos terveydentilan erot selittyvät palvelujen käytön eroilla.
Kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä on pysyviä menojen eroja.	Kyllä	jos alueellisten järjestäjien välillä on riittävä tasausmekanismi.
Yksityisen terveydenhuollon saatavuudessa on alueellisia eroja.	Ei	

Ongelma		rajaus
Perusterveydenhuollon saatavuudessa on tulotasoryhmittäisiä tarpeeseen perustumattomia eroja.	Kyllä, rajatusti	rajatusti, jos työterveyshuolto jätetään uudistuksen ulkopuolelle.
Potilaiden kohtelussa sairaalapalveluissa on tulotasoryhmittäisiä eroja.	Ei	
Työterveyshuollon palvelujen kattavuus ja saatavuus riippuu työnantajan koosta.	Ei	jos työterveyshuolto jätetään uudistuksen ulkopuolelle.
Pienellä osalla suomalaisista kotitalouksista terveydenhuollon menot ovat katastrofaalisen suuria.	Kyllä	jos asiakasmaksut pienenevät.

Järjestäjän koon vaikutus tuottavuuteen?

Terveyskeskusten tuottavuus nousi 1990-luvulla laman aikana ja alkoi laskea 1997, kun terveydenhuollon menot taas kasvoivat.

“Sairaaloiden benchmarking –aineistossa näyttää sairaaloiden tuottavuus laskeneen hieman vuodesta 2001 vuoteen 2005 ja että sairaaloiden välillä on huomattavia tuottavuuseroja. Suomen terveydenhuollon tuottavuus nousi lamaan liittyen vuosien 1990 ja 1994 välillä”. (Vuorenkoski 2008)



Kansalaisten asema ja aktiivisuus

Kansalaisten ja kansalaisjärjestöjen asemaa ehdotuksissa ei ole käsitelty.

Kansalaisten aktiivisuus yksittäisinä asiakkaina, potilaina ja eri kansalaisjärjestöjen kautta on lisääntynyt ja valinnan mahdollisuuksia on myös lisätty.

Ristiriitainen ilmiö: Kansalaisten oman aktiivisuuden kasvu voi pakottaa rahoittajat ja tuottajat reagoimaan herkemmin kansalaisten tarpeisiin ja kulutushaluun, mutta

aktiivisuuden kasvu on sosioekonomisen aseman suhteen valikoivaa ja sen myönteiset vaikutukset jakautuvat sosioekonomisen jaottelun yläpähän ja

”medikalisaatio” johtaa tehottomaan palvelujen käyttöön.



Legitimiteetti – kansalaisten tulisi luottaa järjestelmään – kestävyys perusta

Legitimiteetin syntyyn ei riitä (NICE, UK), että päätöksenteossa käytetään asiantuntijoiden osaamista. NICE ei ole onnistunut julkisuudessa perustelemaan päätöksiään oikeudenmukaisuuden näkökulmasta ja tämä heikentää NICE:n päätösten legitimiteettiä.

Legitimiteetti ei ole saavutettavissa teknisillä ratkaisuilla.

- Uusien organisaatioiden on hankittava legitimiteettinsä.
- Kansalaisten “saavutettuihin etuihin” puuttuminen näyttää ei-legitiimiltä.
- Tarjontaan puuttuminen on legitiimimpää kuin kysyntään puuttuminen.



Kansalaisten asema

Suomalainen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä on ollut 'kollektiivinen malli', jossa poliittiset tai ehkä jopa hallinnolliset instituutiot määrittelevät tarpeet ja ohjaavat palvelutarjontaa.

Suomessa on syntymässä 'individualistinen malli', jossa kansalaiset itse vaikuttavat palveluihin tavanomaisten markkinoiden tapaan valitsemalla palvelutuottajan, esiintymällä vaativina asiakkaina, hankkimalla yksityisiä vakuutuksia ja myös kyseenalaistamalla tuottajan auktoriteetin.

'Individualistisen mallin' mukainen käyttäytyminen lisääntyy ja sen legitimitetti kasvaa.



Lopuksi

Ehdotukset ovat tarkoituksellisen yleispiirteisiä.

Ehdotettu järjestäjätahon koon kasvattaminen ratkaisee pienten ja väestörakenteeltaan epäedullisten kuntien rahoitusongelmaa.

Ehdotettu tarjonnan organisointi pikemmin kuin kysynnän organisointi on oikea valinta.

Työnjako poliittisen ja hallinnollisen päätöksenteon välillä on ehdotuksissa epäselvä (paitsi STM ja ehkä HUUHTANEN).

Ehdotusten vaikutukset kliiniseen päätöksentekoon ja laatuun jäävät avaamatta.

Lopuksi

Haluttujen abstraktisti muotoiltujen tavoitteiden saavuttamisen tuottavat voimia ei ole määritelty yksityiskohtaisesti. Selkeimmin ne on ilmaistu Aronkytä ym. ehdotuksessa (kilpailu ja markkinoiden imitointi).

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamisen keskeinen ongelma on, miten säilytetään vanhemman 'kollektiivisen mallin' edut, mutta kyetään reagoimaan kansalaisten ja työntekijöiden muuttuneeseen käyttäytymiseen ja muuttuneisiin odotuksiin.





Kommenttipuheenvuoro

Terveyden- ja vanhustenhuollon
rahoitusehdotusten arviointimalleihin

Talousneuvoston kokous
Valtioneuvoston juhlahuoneisto 26.10.2011

Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma



Taulukko 3. STM:n työryhmän nykytilan SWOT –analyysi (STM:n työryhmä 2011, 23)

Vahvuudet

Erikoissairaanhoidon tuottavuus
Kokonaisjärjestelmän kustannukset suhteessa
BKT:seen
Kansalaisten yleinen hyväksyntä
Korkeasti koulutettu henkilöstö

Heikkoudet

Eriarvoistava palvelurakenne → ihmisten
eriarvoisuus
Peruspalvelujen tila
Järjestelmän pirstaleisuus
Kokonaisvastuun puute asiakasprosessista
Johdettavuus ja ohjattavuus
Kustannusten heikko hallinta
ICT:n riittämätön hyödyntäminen
Puutteellinen tietoperusta

*Asiakasnäkökulmasta hajautettu palvelutuotanto on myös vahvuus → saavutettavuus ja asiakastyytyväisyys
Verorahoitteisuus: Järjestelmä edullinen (tehokas) ja valtaosalle ainoa mahdollisuus saada laadukkaita terveys- ja hoitopalveluja (esim. keskimääräinen eläke 1370 €/kk 2010)*

Kansanterveyttä rapauttavat ja terveyseroja luovat mm lihavuus, liikkumattomuus, alkoholin kohtuuton käyttö, tupakointi ja syrjäytyminen. Tupakointi ja alkoholin käyttö vähänkoulutetuissa väestöryhmissä aiheuttaa puolet terveyseroista – asiaan ei ole pystytty vaikuttamaan

Mm. Diabeteksen raju yleistyminen ja liikuntaelinsairauksien lisääntyminen

Kustannus- ja hintatietoisuus on kuntapuolella osin oleellisesti parempi kuin yksityisellä kuluttajalla tai työnantajilla; esim. laboratorio- ja kuvantamistutkimusten hinnat ovat yksityisellä puolella radikaalisti kalliimpia.

Laitosvaltainen perusterveydenhuolto ja vanhusten hoito

<p>Mahdollisuudet</p> <p>Demokraattinen päätöksenteko</p> <p>Hoitomenetelmien kehitys</p> <p>Tietoteknologian kehitys</p> <p>Sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisy</p> <p>Poikkihallinnollinen päätöksenteko</p> <p>Asiakasosallisuus</p>	<p>Uhat</p> <p>Ei yhteistä visiota</p> <p>Ikärakenteen ja huoltosuhteen muutos</p> <p>Sisäinen muuttoliike</p> <p>Talouden kehitys</p> <p>Kilpailu vähenevästä työvoimasta</p> <p>Medikalisaatio</p> <p>Koulutusjärjestelmän pirstaleisuus</p> <p>Koko yhteiskunnan eriarvoisuus</p> <p>KV-sääntelyn ennakoimattomat vaikutukset</p>
---	---

Kunnallinen päätöksenteko turvaa palvelujen saavutettavuuden ja saatavuuden

Tietoteknologiassa on suuret mahdollisuudet

Kustannuslaskennan kehittyminen ja sen myötä hintojen avoimuus luo toiminnan kustannustehokkuutta

Kuntauudistus

Ns. hyvinvointi ja siitä seuraavat ongelmat: ylipaino, lihavuus, liikkumattomuus, päihteiden käyttö, tupakointi –ei ole löydetty keinoja ennaltaehkäistä ja hoitaa

Lupaus tai toive koko väestön saamisesta työterveyshuoltotasoiseen terveydenhuoltoon ei ole resurssinäkökulmasta mahdollinen – ei riittävästi lääkäreitä ja hoitonäkökulmaa

Lääkärikäynneillä ei poisteta yllä mainittuja ongelmia

Nykyjärjestelmän ongelmista olemme kohtuullisen yksimielisiä

- Monikanavaisuus (ei ainoastaan huono asia)
- Kustannusvastuun ja järjestämisvastuun eriytyminen
- Kansalaisten terveyserojen kasvu (ei johdu vain terveydenhuoltojärjestelmästä - elämäntavat)
- Osittain eriarvoisuutta esim. hoitoon pääsyssä, laadussa, asiakkaan valinnan vapaudessa

Mutta

- Suomalainen järjestelmä on kuitenkin kansainvälisissä vertailuissa tehokas ja kohtuullisen tasapuolinen

Yllä mainitut ongelmat eivät pienellä remontilla ratkea,

- Mitä toimenpiteitä ja millä aikataululla?

Havainnot

- Veroperusteinen järjestelmä näyttää perustellulta (terveydenhuollon kustannukset suhteessa BKT:hen)
- Nykytilan ollessa kohtuullinen (tehokkuus ja tasapuolisuus kansainvälisestä näkökulmasta) äkkimuutoksiin ei ole tarvetta eikä poliittista mahdollisuutta (alue-, seutu- ja kuntapolitiikka)
- Joiltakin osin monikanavaisuutta voidaan purkaa, osa kevyemmin, esim. kuntakentän sisäistä vastuiden tarkastusta
 - » Kuntarakenne, sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinta: esim. Eksote
 - » Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinta on uudistunut ja uudistuu tuotanto- ja kuntarakennemuutosten ja terveydenhuoltolain myötä
 - » Erityistason palvelujen tuottajien työnjaot ja rahoitus tulevat kehittymään
 - » "Raha seuraa asiakasta" – malli on mahdollista toteuttaa ja lisääntyy koko ajan ilman rakenteellisia uudistuksia
 - Vaatii nykyistä parempaa tuotteistamista, kustannuslaskentaa ja hintatietoisuutta erityisesti perusti vanhusten hoidossa ja perusterveydenhuollon avohuollossa
 - Vaihtoehtoisten palveluntuottajien käyttö vaatii nykyistä parempaa palvelujen laadun ja sopimusten valvontaa
 - Sopimusosaamisen kehittäminen julkisella sektorilla tärkeää!

Kunta – KELA suhteen uudelleen arviointi

- Jos KELAn sairausvakuutusten resursseja siirrettäisiin kuntasektorille, pitäisi arvioida miten paljon kysyntää siirtyisi kuntien vastuulle
 - » Ajatuksena ja toimintamallina vielä raakile
 - » Arvioitava,
 - Minkälaisia muutoksia tämä vaatisi tuotantojärjestelmiltä
 - kuinka hyvin resurssien siirto kattaisi syntyneitä kustannuksia
- Eri puolella Suomea on yksityisten palvelujen käytössä suuria eroja
 - » Rahoitusmallin muuttuminen vaikuttaa eri tavalla eri puolella Suomea

Kuntasektorilla tilanteita, jossa vaarana osaoptimointi

- Esimerkiksi sosiaalihuollon tai opetuksen tekemä syrjäytymisen ennaltaehkäisy pienentää terveydenhuollon kustannuksia sekä omassa kunnassa ETTÄ muuttoliikkeen myötä myös keskuspaikkakunnalla
 - Tärkeää, että ennaltaehkäisyyn kustannuksia ja vaikuttavuutta seurataan erikseen (ettei panostukset ennaltaehkäisyyn heikennä mitattua tuottavuutta)
- Vanhusten- tai vammaistenhuollon laitosvaltaisuus pienentää avoterveydenhuollon kustannuksia ja päinvastoin
- Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen viiva on veteen piirretty. Asiakasohjauksen prosessissa on varmasti vielä parantamisen varaa

Riittävän suuren väestöpohjan merkitys järjestämisvastuulle

- Asiakasohjaus onnistuu suurissa yksiköissä paremmin
- Riittävän suuri koko varmistaa paremmin henkilökunnan saatavuuden ja mahdollistaa samalla tiettyihin asioihin erikoistuneen henkilökunnan
- Kapasiteetin käytön tehostuminen (asiakasmäärän ennustettavuus paranee)
- Erityisosaaminen liittyen tuotteistamiseen sekä hankinta- ja sopimusosaamiseen mahdollistuu paremmin
- Alueellisen palveluverkon suunnittelu tehostuu (mahdollisuus purkaa sote-palvelujen laitosvaltaisuutta)
- Tuotannon ja erityisesti tukipalvelujen ja ICT:n kehittäminen myös keskittämällä mahdollistaa nykyistä paremman tehokkuuden

→ tehokkuusnäkökulmasta kuntarakenneuudistus helpottaa tilannetta

Riittävän suuren väestöpohjan merkitys rahoitusvastuulle

- Mittakaava- ja muista eduista johtuen suuremman väestöpohjan mallilla vähemmän maksettavaa?
- Tulojen ja menojen ennustettavuus
 - » Tulojen riippuvuus tietyistä yksittäisistä tekijöistä, kuten yrityksistä tai vaikka valtionosuusjärjestelmästä, pienenee.
 - » Pienen yksikön menot ovat heikommin ennustettavia kuin suuren (esimerkiksi erikoissairaanhoidon menojen satunnaisvaihtelu)

MYÖS

- Asiakkaan valinnanvapaus laajenee suuremmalle alueelle