

## Vertikaalinen integraatio pelastaa (perus)terveydenhuollon

Helsinki 25.5.2012

Mauno Vanhala, professori, Itä-  
Suomen yliopisto, KSSHP

### Politiikkaa

- Korvamerkittyjen terveydenhuollon valtionosuuksien loppuminen -90 luvun alkupuolella tarkoitti terveydenhuollon kasvavia paineita kunnan toimialojen välisessä kilpailussa rahasta
- Nyt homekouluongelmien ja –sairaaloiden korjausoperaatioiden myötä kuntaraha yhä tiukemmassa – toiminnoista säästetään!!!

## Politiikkaa

- Hoitoonpääsyn kriteerit
  - Pääosin teatteria, ei suostuttu noudattamaan (yksityinen sektori tai Työterveyshuolto etenkin-- ohituskaistat)
  - Vinoutti resurssien käyttöä, eli kunnallisella puolella mietittiin, mutta monella muulla taholla ei!!!
- Hoitotakuu ohjaa lisää resursseja ESH:n toimintaan
  - Hoitotakuun takia henkilöstöä lisättävä!!!
  - Mm. kaiheja leikataan mitättömällä löydöksillä
  - Esim. kirurgiaa ostetaan kalliilla yksityiseltä
  - Jo seuranta teetättää runsaasti lisää töitä
- Syö voimaa perusterveydenhuollosta
  - Vie resursseja oikeasta työstä!!!
  - Tarpeen arvio?, puhelimeen vastaaminen?

## Politiikkaa

- Keskusjohdosta käsin vannottu PTH:n ja sosiaalitoimen integraation autuuteen, vaikka yhteisiä asiakkaita vanhustenhuoltoa lukuun ottamatta on todella vähän Terveysthuollon ketjun (PTH-ESH) toimivuudesta oltu vähemmän huolissaan
- Hankeruljanssit Perusterveydenhuollon pelastamiseksi: Kansallinen terveyshanke, Toimiva tk., Kaste jne. hankkeet vieneet resursseja ”oikeasta työstä”, ja huonontaneet PTH:n jaksamista edelleen
- ESH:n kuntayhtymässä vaikea vastustaa resurssilisäystä, mutta kunnan omasta toiminnasta voi aina säästää (virkojen täyttökiellot) ja tästä politiikasta on kärsinyt sekä PTH että sosiaalitoimi

**NYKYMENOLLA ERIKOISSAIRAANHOITO SYÖ  
PERUSTERVEYDENHUOLLON**

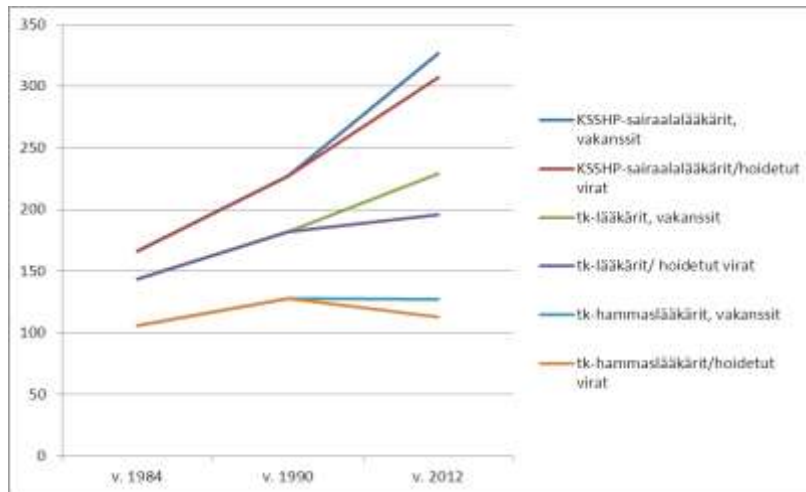
Resurssit ESH/PTH			
	<u>v1990</u>	<u>v2010</u>	
ESH/PTH eurot	40%/60%	60%/40%	150%/-33%
Koko henkilöstö			
<b>ESH</b>	<b>73500</b>	<b>84400</b>	<b>15 %</b>
PTH	56400	51200	-9 %

**LÄÄKÄRIMÄÄRIEN MUUTOS SUOMESSA vv. 1996 – 2009  
TERVEYSKESKUKSIIN SYNTYNYT 1000 LÄÄKÄRIN VAJE!**

LÄÄKÄRIMÄÄRÄT 1996 - 2009 (6/2011 RR)				
	v.1996	v.2009	Muutos kpl	MUUTOS %
ESH	6210	7876	1666	27 %
YKSIT	2205	3967	1762	80 %
TTH	549	927	378	69 %
MUUT TEHT.	515	869	354	69 %
EDELL YHT.	9479	13639	<b>4160</b>	44 %
<b>PTH</b>	<b>3323</b>	<b>3503</b>	<b>180</b>	<b>5 %</b>
<b>KAIKKI YHT</b>	<b>12802</b>	<b>17142</b>	<b>4340</b>	<b>34 %</b>
TTH JA LÄÄK. MUISSA TEHT. V. 2009 LUVUT OVAT V. 2006 LUKUJA				
Lähde: thl:n perustelut ja lääkärilaskenta 2006				

## LÄÄKÄRIN VIRAT K-S SHP:SSA JA MAAKUNNAN TERVEYSKESKUKSISSA

VV. -84 JA -90 LUVUT LÄÄNINHALLITUKSEN TIETOJA, V. 2012 ORGANISAATIOIDEN ANTAMIA TIETOJA



## Integroitu malli: etu 1 Päätöksenteko

- Yksi poliittinen ohjauslaite, yksi hallinto, samat edut kaikille työntekijöille
- Terveydenhuollon sisäinen osaoptimointi loppuu, koska
  - Samassa pöydässä käsitellään koko terveydenhuollon rahoituspotti ja se voidaan suunnata asiakkaan näkökulmasta katsoen solmukohtiin (vastaanotolle pääsy)
  - Mikäli mukana yksikanavainen rahoitusmalli, se ohjaa hoitamaan potilaan oikea-aikaisesti (SL-päivät)
  - Preventio saa oman arvonsa (ainakin muissa integroiduissa malleissa toteutunut)

## Integroitu malli, etu 2: Tukipalvelut/ Laskutus/Byrokratia

- Potilastietojärjestelmät yhteen
- **DRG-laskutus tarpeeton** (kapitaatiomaksu)
- Laboratorio
- Rtg
- Konsultaatiot, päivystyskäynnit
- Hoitopäivät– sakkopäivät
- Hallinnon, DRG-laskutuksen (erik.lääk.aika hukkaan) ja sisäisen laskutuksen purkaminen vapauttaisi Keski-Suomessa ESH:ssa **ainakin 100 henkilötyövuotta ”oikeisiin töihin” ja mahdollisesti saman verran PTH:ssa**

## Integroitu malli, Etu 3: Erikoislääkärikonsultaatiot

- Koko henkilöstö saman työnantajan leivissä, jolloin työnkuvat voidaan muokata sellaisiksi, että niihin kuuluu pitää **terveysasemilla**:
  - Yleissisätautien ja -kirurgian vastaanottoja
  - Vuodeosastokonsultaatioita
  - Kardiologi- tain endokrinologikonsultaatioita (toimenpiteitä)
  - Ortopedin konsultaatioita
- E-Terveyskeskus (E.Kumpusalo/Pielisen Karjala)
  - Suurempi osa potilaista hoidetaan terveyskeskuksissa erikoislääkärin ohjauksessa
    - Erityisesti ihotautien hoito, operaatioiden kontrollit
    - Jopa 25% läheteistä on arvioitu korvattavan E-klinikan palveluilla (Suomessa 1.000.000 lähetettä vuodessa!!!!!!)

## Integroitu malli, Etu 4 Hoitoketjut

- Asiakkaalle ei merkitse missä hänen vaivansa hoidetaan, kunhan tauti paranee. Siksi
  - Hoitoketjuja rakennettaessa mukana on oltava edustus koko siitä henkilöstöstä, joka osallistuu potilaan hoitoon
    - Esim. olka-, polvi- tai flimmeripotilaan hoitoketjut K-S:ssa
    - Hyödynnettävä moniammatillisen tiimityön edut
    - Erityisesti kiinnitettävä huomio viiveisiin hoitoon pääsyssä (yksikanavainen rahoitus parantaa)

## Integroitu malli, Etu 5 Lääkärikoulutus ja tutkimus

- Lääkärikoulutukseen kuuluva kliininen työ voidaan suunnitella tapahtuvaksi vaikka kokonaan yhden työnantajan palkkalistoilla (kandit, laillistuvat, erikoistujat)
- Etenkin epidemiologisen väestö-, mutta myös kliinisen tutkimuksen teko helpottuu, kun maakunta on yhtenä operaatioalustana

## Integroitu malli, Etu 6 Henkilöstöpolitiikka

- Rekrytoitaessa isommat hartiat, jolloin nk. "keikkalääkärfirmojen" harrastama kuntarahastus loppuu
- Eriarvoisuus häviää, kumpikin sektori on paikkansa ansainnut- arvostus (jos syömme samalta kupilta, on toinenkin otettava huomioon)
- Maakunnan keskinäinen kilpailu työntekijöistä loppuu ja henkilöstöä voidaan käyttää optimaalisesti
- Oikeudet säilyvät siirryttäessä toisiin töihin samalla työnantajalle

## Integroitu malli, Etu 7: Väestö

- Väestö voi mieltää sairautensa ja terveytensä jatkumoksi, jota hoidetaan sairauden ja potilaan kannalta mielekkäästi (odotusajat perustietäjälle, erikoispoliklinikoille, operaatioihin jne.)
- Preventio toteutuu nykyistä paremmin väestötasolla, koska sitä tuodaan esille koko terveydenhuollon sektorilla (etenkin jos rahoitus on yksikanavainen ja on rakennettu insentiivit, jotka kannustavat siihen)
- Hoitopaikan valinnanvapaus on helppo toteuttaa maakunnan alueella

## Kuntauudistuksen yhteyteen tarvitaan terveyspalvelujen tuottamiseen uusi malli

- Kuntauudistus ei ratkaise terveyspalvelujen monikanavaisen rahoituksen ja ”lokeroisen” tuottamisen ongelmaa
- Keskuskuntamalli ei ole saanut laajaa suosiota uutena terveyspalvelujen järjestämisen mallina
- Nykymallilla ei voida jatkaa, koska eriarvoisuus kasvaa, erikoissairaanhoidon tukehtuu, perusterveydenhuolto näivettyy ja rahat loppuvat
- Tarvitaan uutta ajattelua huomioiden
  - Että yksityistäminen uhkaa julkista terveyspalvelujen tuottamisjärjestelmää ja sen tien päässä on Amerikan mallin mukaan kustannusten kasvu 13-14%:iin BKT:stä (sitä ei keestetä?)
  - Että terveydenhuoltohenkilöstö on menettänyt motivaatiotaan nykyisessä myllerryksessä
  - Että sosiaali- ja terveystoimen pakonaittaminen ei ole tuonut hedelmiä, vaan asiaa on tarkasteltava uudelleen
  - Että väestön palvelujen saannin ja erikoissairaanhoidon toimivuuden kannalta perusterveydenhuolto on saatava toimimaan hyvin – omalääkäri/omahoitaja ja soveltuvin osin sosiaalitoimen kanssa rajapinnat kuntoon
  - Että ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen ovat keino rajoittaa kustannuksien kasvua

## Kuinka tähän päästään??

- 1) Rahoitus yhteen maakunnallisesti
- 2) ESH ja PTH yhteen
- 3) Tuottajamalli tekijöitä motivoivaksi
  - Liikelaitoksena
    - eivät poliitikoiden suosiossa!
  - Nykymalli
    - Ei ole ollut hyvä
  - Yksityinen
    - Ei hyvä, voittoa tavoitteleva, kaikki se, mistä ei euro kilahda, jää tekemättä
  - **Osuuskunta**
    - Paras mahdollisuus maakunnallisiin kokeiluihin



# Osuuskunta yritysmuotona

EDUSTAJISTO, joka osuuskunnan kokouksessa valitsevat Hallintoneuvoston

## HALLINTONEUVOSTO

KUNNAT	KELA	Työnant	Henkilö-kunta	Asiakk	Ap t.	III-sekt-
50% (10)	20% (4)	10% (2)	10% (2)	10%(2)	1P	1P

## HALLITUS

Terveysalan, Taloushallinnon, Lakiasioiden, jne.  
Käyttää Osuuskunnassa käytännön päätäntävaltaa

TOIMITUSJOHTAJA

## ”Terveyspiiri”+ osuuskuntamalli

### Edut

- Tilaja ja tuottaja erillään
- Omistaja ja johtaminen eriytetty
- Yksikanavainen rahoitus ja koko terveyspalveluiden ketju yhdessä järjestelmässä (lääkkeet, sairauslomat, kuntoutus, vastaanotot, ESH. Jne.)
- Saumattomat hoitoketjut, jonot loppuvat
- Notkeasti reagoiva palveluntuottaja
- Yrityksenomainen tuotanto, henkilöstön motivoiminen mahdollista (bonukset)
- Väestön motivoiminen mahdollista
- Preventio ja TE nousuun
- Byrokrazia minimissä

### Mahdollisuudet

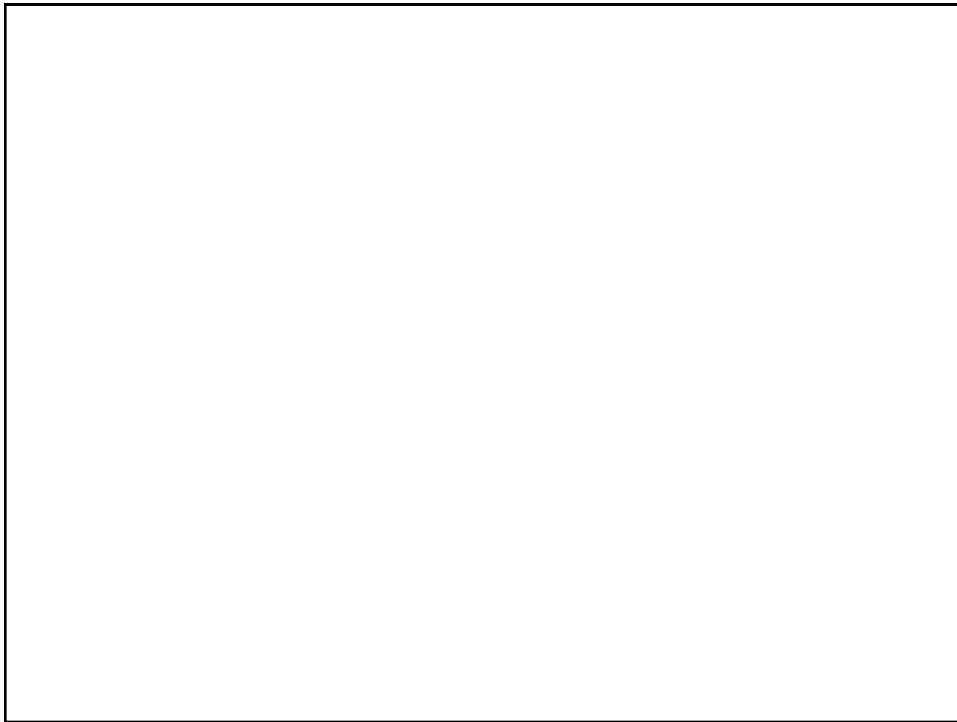
- Resurssien suuntaus ”solmukohtiin”
- Henkilöstön motivoituminen, asiat hoidetaan oikea-aikaisesti, taloudellisesti
- Hallinnon ja tukipalveluiden karsinta
- Toimivan Potilastietojärjestelmän osto
- Parempaan kustannustehokkuuteen
- Estää haitallinen kilpailu henkilöstöstä

### Haitat

- Hyppy ”tuntemattomaan”, kulttuurin muutos voi hiertää
- Sos.toimi integroituu vain soveltuvin osin
- Hallinto- ja tukipalvelurakenne karsiutuu (työt loppuvat joiltakin)
- Poliittinen päätäntävalta substanssin suhteen vähenee

### Uhkat

- Laki voi tuoda ongelmia (kilpailutus, jne.)
- Henkilöstö ei lähde mukaan
- Yksityinen sektori nousee vastaan
- Ei saada tarpeeksi karismaattisia vetäjiä
- Kunnat kokevat etäisyyttä malliin, toisin sanoen, epäilevät demokratian toteutumista = vaikuttamis-mahdollisuuksiaan



### KELA-etuudet (M€) Keski-Suomessa 2007-2011

	2007	2009	2011
Kuntoutus (harkinnan var.)	14.5 (4.5)	14.8 (5.4)	15.6 (4.6)
Sairauspäivärahat	39.2	39.6	43.3
Kuntoutusraha	3.2	3.3	3.7
TTH (ehk/sair.hoito)	1.7/1.7 (3.4)	1.7/1.8 (3.5)	
Yrittäjien TTH	0.3	0.3	0.3
SV-korvaukset	<b>81.8</b>	<b>91.9</b>	<b>96</b>
Tutkimukset+FT	8.3	9.6	11.2
Lääk.palkkiot	2.2	2.4	<b>2.5</b>
Hammaslääkärit	3.6	4.5	<b>4.8</b>
Lääkkeet	61.6	67.4	68.4
Taksit+oma auto	<b>6+1</b>	<b>7.4+1</b>	<b>8.5+1</b>
<b>Yhteensä</b>	<b>142-4</b>	<b>153.4</b>	<b>158.9+ n. 4 TTH</b>