

Rahalla ohjaaminen terveydenhuollossa – esimerkkejä maailmalta

Olli-Pekka Ryyänen
Itä-Suomen yliopisto



Olli-Pekka Ryyänen sidonnaisuudet

Itä-Suomen yliopisto: yleislääketieteen professori

Kuopion yliopistollinen sairaala: hallinnollinen
apulaisylilääkäri (15%)

Wisane oy hallituksen jäsen, tekee terveydenhuollon
vaikuttavuuden mallinnuksia Bayesmenetelmillä

Kuopion kaupunki, kaupunginvaltuutettu, perusturva- ja
terveyslautakunnan puheenjohtaja



Bill Clinton

Miten maksetaan palvelun tuottajalle?

Suoritepohjainen, ns. sykäyslaskutus (yllyttää ylihoitoon)

Päivähinta (yllyttää venyttämään hoitoa)

Globaali budjetti (yllyttää tason laskemiseen)

Episodipohjainen (yllyttää haalimaan potilaita)

Kapitaatio (yllyttää tason laskemiseen)

Sekamalli: esim. osa potilaista kustannetaan kapitaationa, osa suoritepohjaisesti, tai yksi hoitovaihe kapitaationa tai osa rahoituksesta esim. kapitaationa ja osa FFS.

Lisämenetelmät

Bonus: maksetaan ylimääräistä yleensä jonkin maksutavan haitan kumoamiseksi.

Lisäpalikat: portinvartija, budjettikatto, pay for performance, priorisointi...

Menetelmien rajat ovat osin tulkinnanvaraisia

Globaalibudjetti ja kapitaatio voivat olla päällekkäisiä.

DRG katsotaan fee-for-service –menetelmäksi, vaikka siinä on episodilaskutuksen rakenne.

Vahvatkaan insentiivit eivät välttämättä toteudu

Diagnostiikan, hoitoindikaatioiden, hoidon toteutuksen, komplikaatioiden ja uusintahoitojen vaihtelu. Pieni vaihtelu heikentää insentiivejä. Esim. nilkkamurtuman hoito tai äitiyshuolto ennakoivat insentiivien heikkoutta, kaihileikkaus vahvuutta.

Työmäärä – jos painetaan niska limassa, eivät insentiivit ehdi vaikuttaa.

Työntekijän autonomia - lääkäri päättää hoitojen toteuttamisesta. Häntä kiinnostavat omat insentiivit, eivät välttämättä työnantajan insentiivit.

Insentiivit eivät välttämättä ole taloudellisia: esim. työmäärän keventäminen.

Hoitokulttuuri, talon tapa – insentiivi ei välttämättä murra talon tapoja.

Johtopäätösten teko ongelmallista

Tutkimusta paljon yksityisen palvelutuottajan insentiiveistä – julkisen palvelun insentiivit voivat olla jotain muuta.

Tutkimusta runsaasti Yhdysvalloista. Vakuutusperusteisen rahoituksen ja yksityisen tuotannon yhdistelmä poikkeaa suomalaisesta julkisen rahoituksen – julkisen tuotannon –asetelmasta.

Suoritepohjainen maksu, Fee-for-service (FFS)

Ns. sykäyslaskutus. Lasketaan toiminto toiminnolta ja laskutetaan sen mukaan.

Yllyttää hoitamaan suuren määrän potilaita, hyödyllinen jos ongelmana on palvelun saatavuus. Ongelmana ylihoito, erityisesti potilaiden kierrättäminen uusintakäynneillä. FFS ei yllytä laadun parantamiseen. FFS katsotaan merkittäväksi syylliseksi terveydenhuollon hintojen nousuun (inflatorinen vaikutus)

USA: perinteinen maksumenetelmä, josta pyritään eroon.

Japanin terveydenhuolto: Puhdas FFS + budjettikatto. Asiakas (tai vakuutus) maksaa 30% ja valtio (valtiollinen tai muu vakuutus) 70%. Sairaala ei saa olla voittoa tuottava. Valtion hintakomitea määrää hinnat.

Sopii hoitoihin, jossa diagnostiikka ja hoito erittäin vakiintunutta, esim. vammojen hoito.

Globaali budjetti

Päätetään terveydenhuoltoon käytettävissä oleva summa ja jaetaan se palvelun tuottajien kesken.

Tietopohjaa ei välttämättä tarvita. Jakoperusteena voi olla palvelun tuottajan koko, henkilökunnan määrä, tarjottujen erityispalveluiden määrä, mielialta...

Sisältää automaattisesti budjettikaton. Vahva yllyke säästää kustannuksia (siis lähes absoluuttinen kustannuskatto).

Käytössä mm. kehitysmaissa, mutta Ruotsissa ja Norjassa. Yleensä katetaan osa kustannuksista ja osa katetaan esim. asiakasmaksuilla, tai maksu osittain fee-for-service.

Globaali budjetti jatkuu

Haittana saatavuusongelma: voi johtaa jyrkkään priorisointiin joko avoimena tai potilaita jonotuttamalla.

Massachusetts, Oregon, Vermont (Medicaid, Blue Cross Blue Shield), käytännössä lähellä kapitaatiota. (Käytetään myös nimitystä *managed care capitation*). Lisäbonus laatuindikaattoreilla.

Historiaa vai tulevaisuutta? STM:ssä halukkuutta rakentaa sotealueen rahoitus globaalin budjetin tapaan (?).

Pay for performance P4P, payment by result (NHS Englannissa)

Ideana maksu hoitotuloksesta.

Yksittäisen potilaan kohdalla hoitotulos vaikeasti mitattavissa tai tulee hitaammin kuin palveluntuottajan laskutusväli.

Käytännössä maksetaan bonusta tiettyjen laatuindikaattoreiden täyttämisestä.

California Pay for Performance Program vuodesta 2003, laajin terveydenhuollon insentiivikokeilu. Ei palkita onnistujia vaan rankaistaan huonosta laadusta. Pälaskutus DRG:illä.

NHS: 10 pitkäaikaissairautta, 146 laatuindikaattoria.

Suuria toiveita, tulokset osin ristiriitaisia.

Episodipohjainen, bundled episode payment, episode-based payment

Hoito kustannetaan odotettavissa olevien tietyn diagnoosin hoitojen keskimääräisten kustannusten mukaan. Tuottajan vastuu on laajempi kuin DRG-menetelmässä.

Tuottajan vastuuta lisätty, esim. 2 v ajan kaikki saman diagnoosin uudet hoitopisodit. Samoin keskiarvosta poikkeavien potilaiden hoito. Aiheuttaa riskin palvelun tuottajalle, jota voidaan jakaa rahoittajalle.

Laaditaan hoitoprotokolla ja protokollan jokaiselle osatekijälle lasketaan kustannukset ja vaihtelu.

Bundled = niputettu, kaikkien palvelutuottajien sama hoito niputetaan yhteen.

Erilaisia malleja, myös mahdollinen etukäteismaksu.



Source: Centers for Medicare & Medicaid Services

Centers for Medicare & Medicaid Services:
Bundled Payments for Care Improvement initiative



Prometheus



PROMETHEUS: Provider Payment Reform for Outcomes, Margins, Evidence, Transparency, Hassle-Reduction, Excellence, Understandability and Sustainability

ECR = base cost + severity adjustment + margin + PAC allowance

Evidenced-informed case rate= hinta

potentially avoidable complication

Prometheus projekteja

Pohjois-Carolina Blue Cross Blue Shield: polviproteesileikkauksissa 8-10% säästö/episodi.

Geisinger: CABG 10% säästö.

Medicaid & Medicare: CABG 42,3 milj \$ säästö.



Mutta CABG-projekti katsottiin epäonnistuneeksi

Ongelma: tietopohjavaatimukset suuria.

Kapitaatio

Perustuu henkilöihin, ei palveluun. Maksetaan väestön hoitamisesta riippumatta siitä, käyttävätkö he palveluita vai eivät.

Maksetaan könttäsomma painotettuna väestön ikärakenteen, sairastavuuden yms. mukaan.

Erotus globaalibudjettiin: kapitaatio väestön, GB palveluiden mukaan.

Insentiivi flipperinkuula –ilmiölle vastakkainen.

Kapitaatio jatkuu

Kapitaatio käytössä erityisesti palveluissa, joissa ei (vielä) ole diagnoosia kuten perusterveydenhuolto ym. lähipalvelut ja päivystyspalvelut.

Kapitaatio siirtää riskiä palvelun tuottajalle. Riski huomioidaan joko isona marginaalina ja laatimalla erityisen vaikeiden tapausten käsittelyjärjestelmä.

Etuna on tarvittavan tietopohjan vähäisyys ja kevyt laskutusjärjestelmä.

Kapitaatio yllyttää tason laskuun. Yleensä liitetään jokin laatuindikaattori, esim. saatavuus.

Mikä pitäisi valita?

”No silver bullet”, mikään menetelmä ei ole aukoton eikä ilman muuta sopiva kaikkeen.

Kansainvälisiä trendejä: pyritään menetelmiin, jotka suosivat vaikuttavuutta. Tällaisia löytyy episodipohjaisista menetelmistä. P4P näyttää pettymykseltä.

Halutaan eroon: Fee-for-service, DRG, päivämaksut.

The **Vermont Blueprint for Health**

Central to Payment and Delivery System Reform



