

TERVEYDENHUOLTO- JÄRJESTELMÄN ARVIOINTI SUOMESSA

Ilmo Keskimäki

Terveydenhuollon arviointi – miksi ja miten?

Helsinki 20.5.2019



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

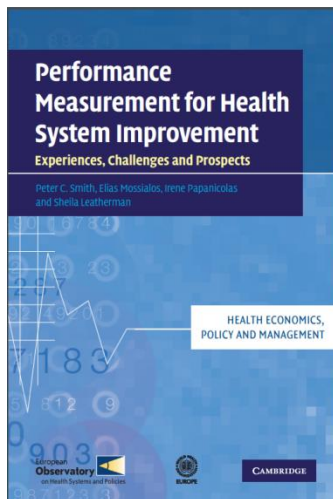


Figure 2: Goals of HSPA



Figure 1: Main steps in reporting and communication of HSPA findings





Box 5.6.3 Sources of information available to assess quality of care across countries

| Source | Weaknesses | Strengths |
|--|---|--|
| 1. Administrative data <i>Admission/discharge records</i> <i>Minimum set of data</i> <i>Insurance-reimbursement DRGs</i> <i>accounting</i> <i>Prescription</i> | Limited/no information on processes of care and physiological measures of severity Limited/no information on timing (co-morbidities vs. onset or adverse events) Heterogeneous severity within some ICD codes Accuracy depends on documentation and coding Data are used for other purposes, subject to gaming Variation in how administrative data are collected and used, in particular DRG-based payment versus global budgeting versus service-based payment Time lag may limit usefulness Poor development outside the hospital setting | Data availability improving Coding systems (international classifications of diseases) and practices are improving Large data sets optimize precision Comprehensiveness (all hospitals, all payers) avoids sampling/selection bias Data are used for other purposes and therefore subject to auditing and monitoring |
| 2. National surveys <i>Health status</i> <i>Health services use</i> <i>Pharmaceutical consumption</i> | Self-reported (recall bias, lack of accuracy due to lay approach of those interviewed) Inability to identify and follow up subjects | Population based rather than patient based information, including individuals that health information systems cannot account for Can provide a basis for access and needs assessments |

Box 5.6.3 cont'd

| | | |
|---|---|--|
| 3. National registries <i>Cancer</i> <i>Chronic diseases</i> <i>Adverse events</i> <i>Certain procedures</i> <i>Mortality</i> | When not mandatory, some eventual selection bias may deem them not representative Resource intensive to register the detailed specific features (e.g. adding cancer staging data to the diagnosis in cancer registries) Not always linkable to other sources of information | Precise specific information |
| 4. Medical records | Data retrieval is work intensive and therefore expensive, even with electronic records Difficult to sustain over time | Complete clinical information and good chronology |
| 5. Patients surveys <i>Satisfaction</i> <i>Experience</i> <i>Access</i> | Low degree of standardization in patient survey tools, often even within countries Cultural influences on concepts such as satisfaction, expectations and experience hinder comparability across countries | Most reliable method of assessing system responsiveness and obtaining information about how patients perceive and experience the care provided Leads to improvements in designing trans-cultural assessment tools |

Source: Veillard et al. 2009

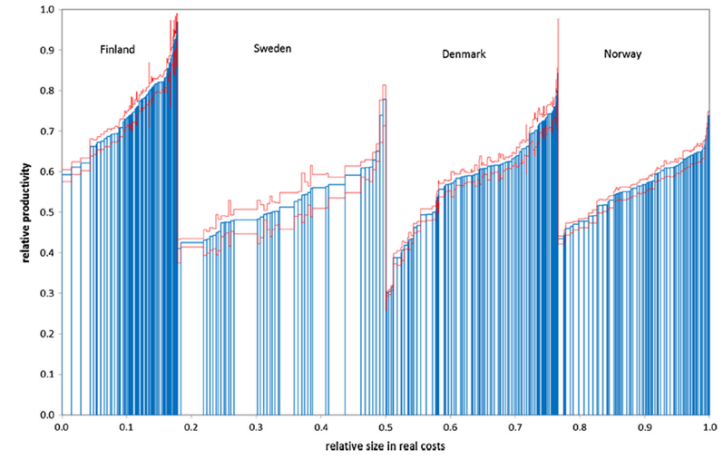


Age- and gender-standardised episodes and imputed costs per capita in paediatrics as well as cost deviations from the national average by region

| Region ⁽¹⁾ | Cost deviation from the national average | | | |
|-----------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|---|
| | Standardised episodes per | Standardised imputed costs per | Cost deviation in total, € per | Cost deviation due to service use, € per |
| | | | | Cost deviation due to inefficiency, € per |

HECKSHER-SALTER DIAGRAM OF DEA BOOTSTRAPPED TOTAL TECHNICAL PRODUCTIVITY ESTIMATES WITH POOLED COMMON REFERENCE FRONTIER

Ete
Ete
Ete
HY
HY
Itä-
Kai
Kai
Kes
Kes
Kym
Lai
Lai
Lai
Lai
Pir
Poi
Poi
Poi
Poi
Pai
Sai
Vas
Vas

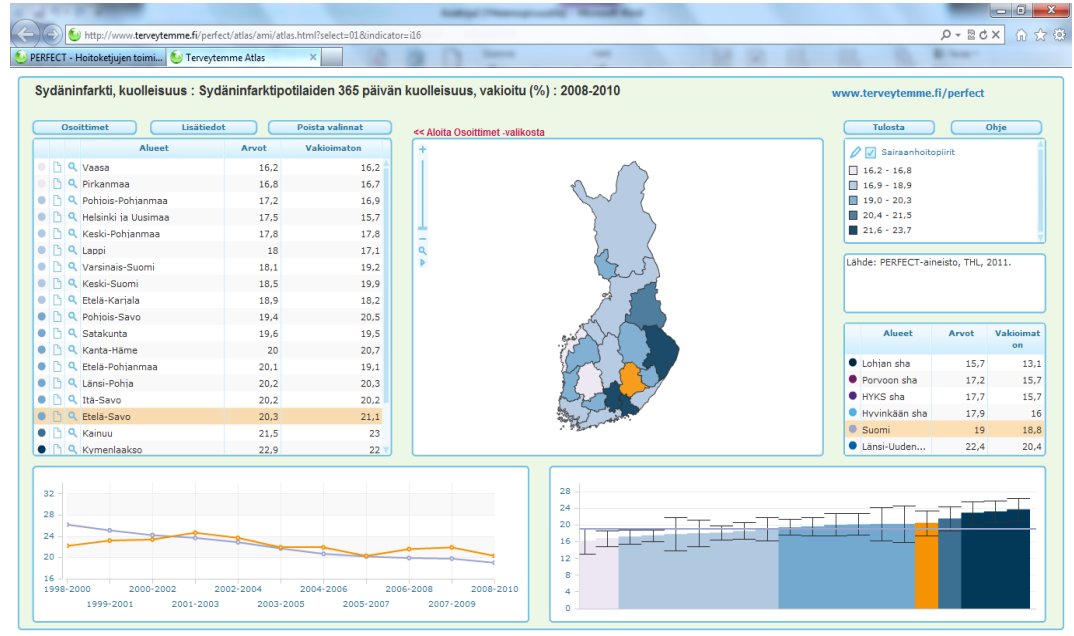


*Height of each bar is productivity estimate for each observation with 95 % CI, and width is proportional to the observation size measured by real costs

Kittelsen et al. J Prod Anal (2015) 43:281–293



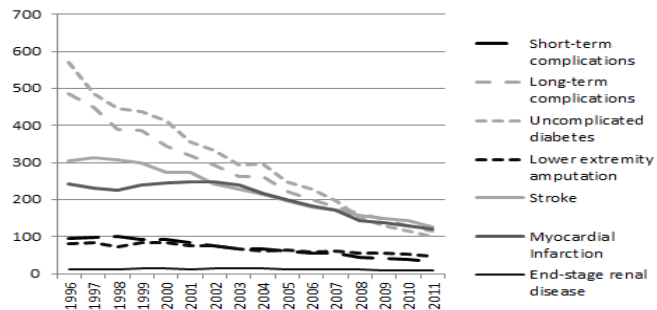
REGIONAL VARIATIONS IN ONE-YEAR MORTALITY AFTER MYOCARDIAL INFARCTION IN FINLAND



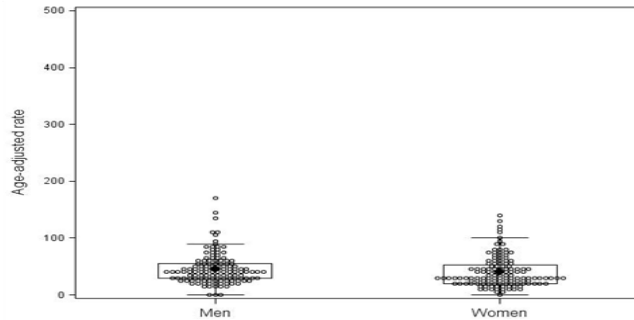
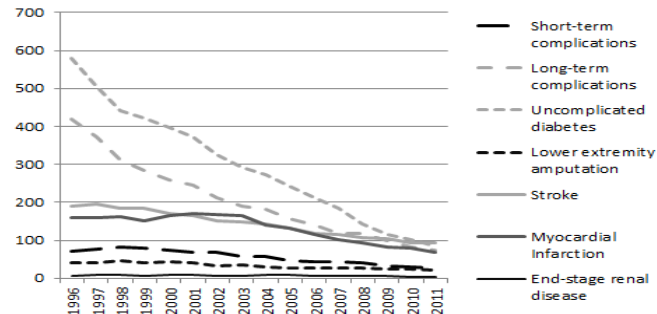
Source: Häkkinen et al. 2017, unpublished

TRENDS IN HOSPITALISATIONS DUE TO DIABETES COMPLICATIONS IN 1996 - 2011 AND MUNICIPAL DIFFERENCES IN THEM IN 2011 (AGE-STANDARDISED RATES/10 000 PY)

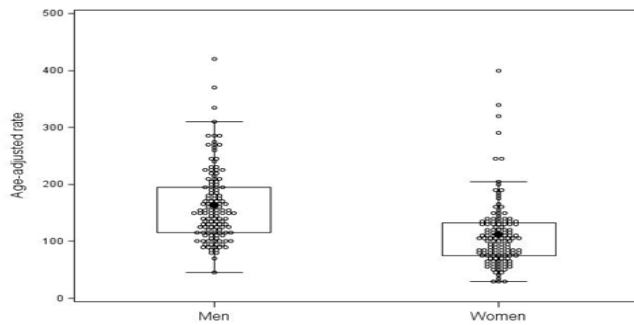
Men
/10,000 person years



Women
/10,000 person years



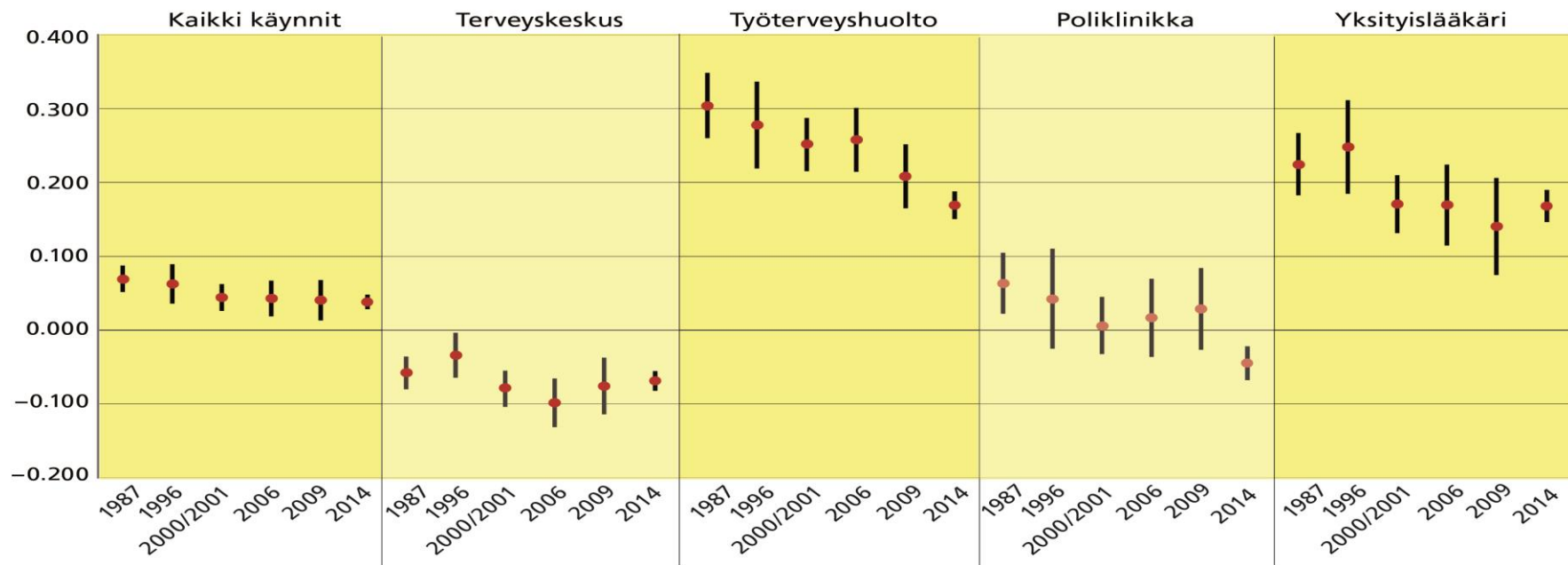
A. Short-term complications of diabetes (rate per 10,000 person years)

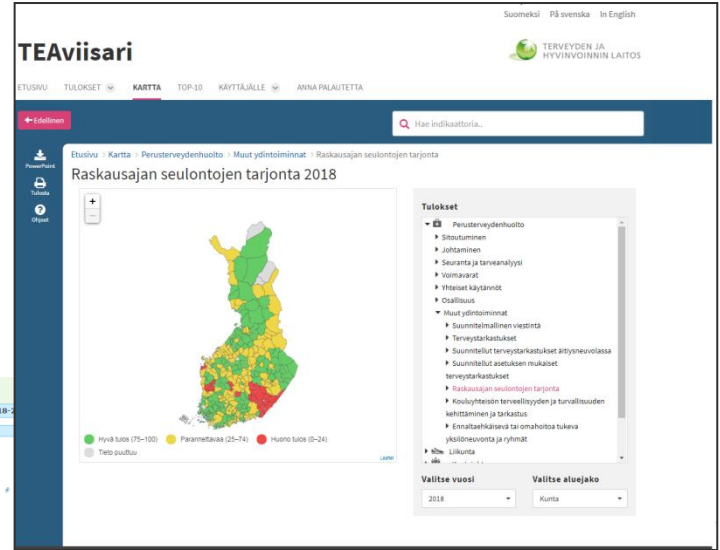
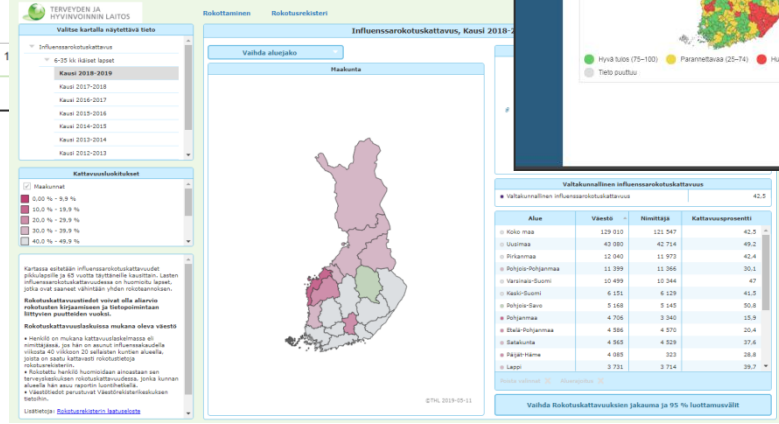
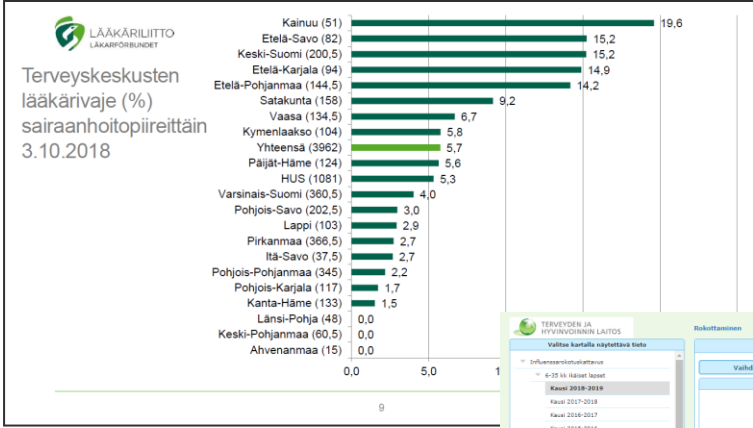


B. Long-term complications of diabetes (rate per 10,000 person years)

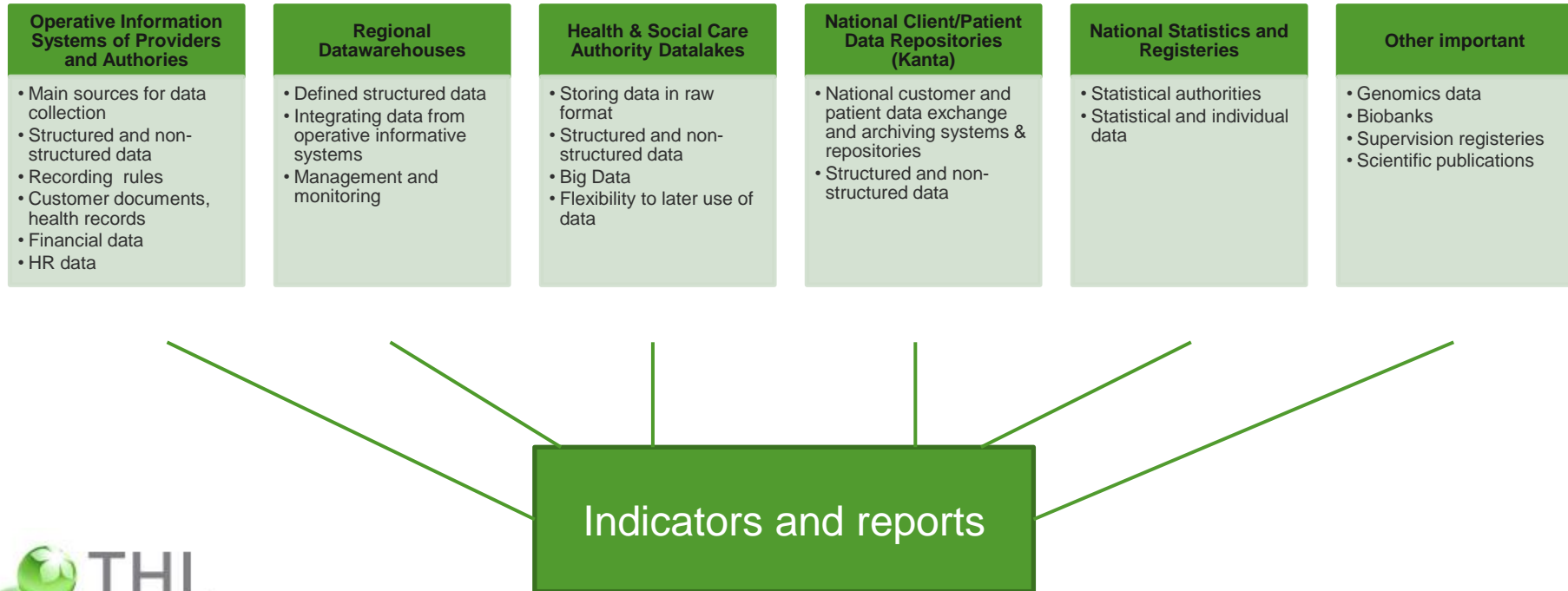


HORISONTTAALISET OIKEUDENMUKAISUUSINDEKSIT AVOHOIDON LÄÄKÄRIKÄYNNNEISSÄ 1987 - 2014





VISION FOR THE FUTURE: DESIGN FOR THE HEALTH & SOCIAL CARE INFORMATION ARCHITECTURE IN FINLAND



Tilastohaku OHJEET

Valitse indikaattorit

Asiasanahaku Vapaasanahaku (myös ind.-nro)

Etsi indikaattoreita asiasanalla (esim. sairastavuus)

Unhienimen seuranta-indikaattorit: info 600

- Indikaattorihankkeet info 427
- Seuranta-indikaattorit info 485
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaritieto (julkaisu maalikuussa 2019) info 764
- Perustiedot info 723
 - Elinolut info 724
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset info 740
 - Alkuvaiheisiin terveyspalveluihin ja palvelutarve info 752
 - Perusterveydenhuolto, vastaanotto- ja vuodeosastotoiminta info 754
 - Suun terveydenhuolto info 755
 - Erikoissairaanhoito info 756
 - Ensihoito info 777
 - Lasten, nuorten ja perheiden palvelut info 757
 - Työikäisten sosiaalipalvelut ja työllistymistä tukevat toimet info 758
 - Ikäntyneiden palvelut info 759
 - Itäisten terveyspalvelut info 760
 - Päihdepalvelut info 761
 - Vammaisten palvelut info 762

Valitse alueet

Etsi aluetta (esim. Helsinki, sairaanhoitopiiri, OYS)

Valitse

Valitse vuodet

2019
2018
2017
2016

Valitse sukupuoli

Miehiet
 Naiset
 Yhteensä

Käytä ilmoitusta Työkalupalkki

TOIMENPITEEN JÄLKEINEN SYVÄ LASKIMOTROMBOOSI TAI KEUHKOEMBOLIA, VAKIOITU OSUUS / 100 000 VUODEOSASTOHOITOJAKSOA KOHDEN, VAKIOITU

| | | 2016 |
|--|----------|---------|
| Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri | yhteensä | 728,2 |
| Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri | | 1 308,4 |
| Etelä-Savon sairaanhoitopiiri | | 952,4 |
| Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri | | 724,6 |
| Itä-Savon sairaanhoitopiiri | | 0,0 |
| Kainuun sairaanhoitopiiri | | 0,0 |
| Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri | | 617,3 |
| Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri | | 0,0 |
| Keski-Suomen sairaanhoitopiiri | | 363,0 |
| Kymenlaakson sairaanhoitopiiri | | 735,3 |
| Lapin sairaanhoitopiiri | | 0,0 |
| Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri | | 0,0 |
| Pirkanmaan sairaanhoitopiiri | | 0,0 |
| Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri | | 289,9 |
| Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri | 422,8 | |
| Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri | 0,0 | |
| Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri | 1 382,5 | |
| Satakunnan sairaanhoitopiiri | 0,0 | |
| Vaasan sairaanhoitopiiri | 0,0 | |
| Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri | 869,6 | |

TIEDON
Tavoitteena parantaa

Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa

Asiantuntija-arvio, syksy 2018

Rissanen, Pekka (toim.)

2/2019 HARJOITUS

Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa

Sisällys

Esipuhe

Asiantuntija-arvio

Keskeisiä havaintoja

1. Väestö ja toimintaympäristö
2. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset
3. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
4. Erikoissairaanhoito
5. Perusterveydenhuolto
6. Suun terveydenhuolto
7. Lasten, nuorten ja perheiden palvelut
8. Mielen- ja psyyllisten ongelmien hoito
9. Työikäisten sosiaalipalvelut
10. Vammaispalvelut
11. Ikääntyneiden palvelut

Lähteet

Kansallisen seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilöstöä ja asiantuntijoita, professori **Pekka Rissanen**, arviointityötä on **Parhiala** ja tietojen kokoamiseen sekä käsitteilyyn on osallistunut Arvioinnin tekemiseen ovat osallistuneet arviointipäälliköt **Tiina Hannele Ridanpää**, **Elja Rintala** ja **Jukka Kärräkinen** (oto) sekä er...

THL – Päätösten tueksi 2/2019

Sosiaali- ja terveyspalvelut Etelä-Karjala

Asiantuntija-arvio, syksy 2018

THL:n asiantuntijaryhmä

27/2018 HARJOITUS

Sosiaali- ja terveyspalvelut Etelä-Karjala HARJOITUS

THL:n asiantuntijaryhmä

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilöstöä on toiminut arviointijohtaja, professori **Pekka Rissanen**, arviointityötä on koordinoitunut projektipäälliköksi **Kimmo Parhiala**.

Ahaellisia arviointipäälliköinä ovat toimineet:

Johanna Lammi-Tasula tutkimuspäällikkö lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Tiina Hietmaa Kariina, Keski-Pohjanmaa, laaji, Pohjois-Pohjanmaa

Jaana Suvolaari tutkimusprofessori mielen- ja psyyllisten ongelmien hoito

Elja Rintala Etelä-Pohjanmaa, kanta- ja läänne, Pirkanmaa

Tiina Hietmaa arviointipäällikkö perusterveydenhuolto

Mina Käpö Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo

Airi Partanen kehittämisspäälikkö päihdepalvelut

Hannele Ridanpää Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi

Mariina Mäkelä kehittämisspäälikkö vammaisten palvelut

Jukka Kärräkinen Etelä-Karjala, Hyvinvointi, Päijät-Häme, Uusimaa

Eva Luukko erityisasiantuntija työikäisten sosiaalipalvelut

Tehtävällikönsuunnitelman ja ulottuvuuksien arviointiryhmien vastuuhenkilöstöä ovat toimineet:

Timo Sahl johtava asiantuntija ematlaerikaisnevat palvelut

Päivi Nurm kehittämisspäälikkö vammaisten palvelut

Anna-Mari Aalto tutkimuspäällikkö asiakaslähtöisyys

Eva Reisel hallintoylläpidon erikoissairaanhoito

Salla Soini kehittämisspäälikkö laatu ja vaikuttavuus

Anne Luoma johtava asiantuntija hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Juha Honkaniemi tutkimuspäällikkö rahoituksen näyttöisyys ja kustannukset

Mina-Liisa Luoma tutkimuspäällikkö ikäihmisten palvelut

Tiina Hietmaa arviointipäällikkö saatavuus

Ella Linnamäki johtava asiantuntija yhdenvertaisuus

Sisällys

Maakunnan arvioinnin tausta ja toteutus 3

1. Keskeiset havainnot ja asiantuntija-arvio 4

2. Maakunnan väestö ja toimintaympäristö järjestämistehävän lähtökohdina 6

3. Maakunnan järjestämistehävän haltuunotto 9

4. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus ja kustannukset 12

5. Tehtävällikönsuunnitelman arviointi 16

5.1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen 16

5.2. Erikoissairaanhoito 18

5.3. Perusterveydenhuolto 20

5.4. Suun terveydenhuolto 22

5.5. Lasten, nuorten ja perheiden palvelut 23

5.6. Mielen- ja psyyllisten ongelmien hoito 24

5.7. Työikäisten sosiaalipalvelut 26

5.8. Vammaispalvelut 28

5.9. Ikääntyneiden palvelut 29

6. Asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus ja saatavuus 31

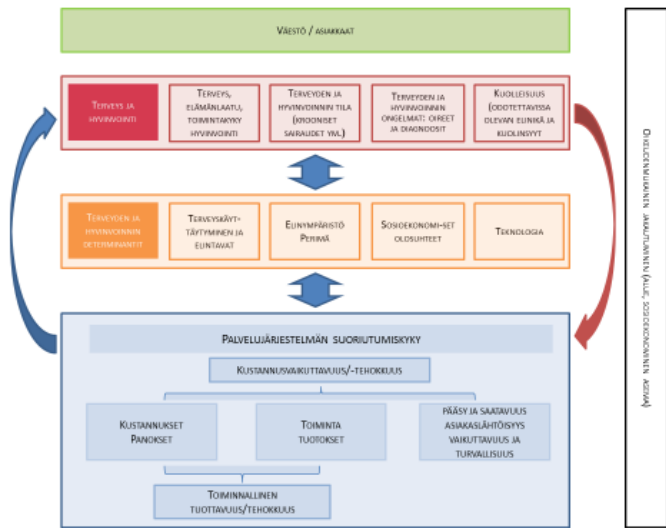
Lähteet 33

Käikkään arvioinnin asiantuntijaryhmä koostuu noin 100 THL:n asiantuntijasta.

THL – Päätösten tueksi 27/2018



SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN OHJAUKSEN EDELLYTTÄMÄ TIETOPOHJA - Häkkinen ja Peltola 2016



Kuvio 4.1. Viitekehys palvelujärjestelmän suorituskykyä arvioitiin

Kansallisen ohjauksen tietotarpeet

- Kustannukset ja tuotokset
- Toiminnallinen tuottavuus/tehokkuus
- Tarvekioidut menot
- Pääsy ja saatavuus
- Asiakaslähtöisyys
- Vaikuttavuus ja turvallisuus
- Oikeudenmukaisuus
- Kustannusvaikuttavuus
- Rahoitus ja taloudelliset kannusteet

Väestö

- Valintojen tukeminen potilaana/asiakkaana: Riippumatonta tietoa tuottajittain asiakaslähtöisyydestä, potilasturvallisuudesta ja vaikuttavuudesta helposti ymmärrettävässä muodossa.
- Äänestäjinä: Tietoa maakunnan palvelujärjestelmän toimivuudesta helposti ymmärrettävässä muodossa..

Järjestäjätaso

- Valtakunnallista vertailutietoa palvelujen tuottajista sekä oman alueen sisällä tarkempaa tuottajakohtaista potilas/asiakasryhmä- tai palveluja koskevaa suorituskäytötietoa
- Tietoa, joka tekee mahdolliseksi paikallistaa syyt suorituskäytön eroille
- Tietoa, jota voidaan käyttää kannustettaessa alueella toimivia tuottajia toimimaan tehokkaasti suhteessa asetettuihin tavoitteisiin

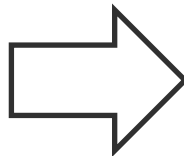
Tuottajat

- Suorituskäytö (tuottavuus, saatavuus, hoitoon pääsy, asiakaslähtöisyys, vaikuttavuus ja turvallisuus) koskevaa vertailutietoa muista tuottajista/toimijoista, mikä mahdollistaa oman toiminnan kehittämisen oppimalla parhaimmista käytännöistä.
- Kansallisesti vertailukelpoista laatu- ja suorituskerätietoa merkittävimmistä potilas-/asiakasryhmistä, jotka toimivat asiantasaisesti ja palvelevat myös päivittäistä johtamista.

Some broadly accepted principles of HSPA

- HSPA should focus on the **health system as a whole**, including health promotion and public health as well as health services;
- Health systems goals should be **expressed in terms of outcomes** such as improved health and reduced exposure to financial risk, rather than processes such as workforce size or numbers of treatments;
- Wherever feasible, progress should be **quantified using reliable metrics** and associated analytic techniques;
- HSPA should be a **regular process**, embedded in all aspects of health policymaking;
- The exact form of HSPA should be a **matter of choice for individual systems**, although its effectiveness is likely to be maximized by the adoption of metrics and methods that enjoy widespread international use.

Peter Smith 2019



HSPA IN THE POLICY CYCLE

