



HPär

1.12.2014

Työryhmien raporttien tiivistelmä

Työryhmien asettaminen

Lääkäriliiton hallitus asetti 8.6.2012 kaksi Terveyspoliittisen jaoksen alatyöryhmää selvittämään kuinka palveluita voitaisiin tuottaa tulevassa terveydenhuoltojärjestelmässä (Perustason terveyspalveluiden tuotantomalleja selvittävä työryhmä ja Erikoissairaanhoidon tuotantomalleja selvittävä työryhmä). Työryhmien määräajaksi asetettiin vuoden 2012 loppu, mutta hallitus jatkoi määräaikaa kokouksessaan 13.12.2012 vuoden 2014 loppuun. Työryhmät ovat jättäneet väliraporttinsa hallitukselle 3.6.2013.

Toimeksianto

Hallitus määritteli työryhmät asettaessaan niiden tehtävät seuraavasti.

Perustason terveyspalveluiden tuotantomalleja selvittävä työryhmä

Työryhmän tehtävänä on

1. määrittellä palvelukokonaisuus, josta perustason terveyspalveluiden tuottajat vastaavat
2. tehdä ehdotuksia erilaisista tuottajista, jotka näitä palveluita voisivat Suomessa tuottaa

Tavoitteena ei ole määrittellä yhtä palvelutuotantomallia koko maahan, vaan selvittää mitä erilaisia tapoja perustason palveluiden tuottamiseksi Suomessa voitaisiin käyttää ja verrata näitä keskenään. Työryhmän tulee työssään tarkastella Suomessa nykyisin käytössä olevia tuotantomalleja sekä hakea ideoita palveluiden tuotantomalleiksi muista EU maista, erityisesti muista Pohjoismaista.

Palveluiden tuotantomallien lisäksi työryhmä tulee ottaa kantaa siihen, millä periaatteilla perustason palveluiden tuottamisesta maksetaan sekä millainen sopimussuhde tuottajien ja järjestäjien välillä tulisi olla.

Erikoissairaanhoidon tuotantomalleja selvittävä työryhmä

Työryhmän tehtävänä on tehdä ehdotus erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisen perusrakenteeksi sekä ehdottaa, millä erilaisilla tavoilla erikoissairaanhoidon palveluita voitaisiin tällöin tuottaa.

Työryhmän tulee työssään

- käydä läpi nykyiset erikoissairaanhoidon palveluiden tuotantotavat sekä pohtia niiden vahvuuksia ja heikkouksia
- pohtia missä laajuudessa ja miten erikoissairaanhoidon palveluiden tuotantoa voidaan monipuolistaa, tuottajien välistä kilpailua lisätä ja nykyisiä tuotantomonopoleja purkaa
- pohtia, mikä olisi optimaalinen tuottajaorganisaation koko erityyppisissä erikoissairaanhoidon palveluissa huomioiden erilaiset maantieteelliset olosuhteet

- pohtia, miten valitussa malli C:ssä on mahdollista toteuttaa työryhmän linjauksia monipuolisesta, kustannustehokkaasta ja laadukkaasta erikoissairaanhoidon palvelutuotannosta

Työryhmän tulee ottaa erikseen kantaa siihen, miten erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen päivystys tuotetaan (ml. tuottajien omistuspohja), ja mikä on tällaisen päivystyksen suhde muuhun erikoissairaanhoidon palvelutuotantoon.

Palveluiden tuottamisen perusrakenteen ja tuotantomallien lisäksi työryhmä tulee ottaa kantaa myös siihen, millä periaatteilla erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisesta maksetaan sekä millainen sopimussuhde tuottajien ja järjestäjien välillä tulisi olla.

Työryhmien työskentely

Perustason terveystalvuiden tuotantomalleja selvittävä työryhmä

Työryhmän puheenjohtajana on toiminut Olli Lappalainen. Työryhmän asettamisen jälkeen Terveyspoliittinen jaos nimitti työryhmän jäseniksi Sami Heistaron, Katariina Korkeilan, Eila Kujansuun, Ulla Palmun, Taito Pekkari- sen, Juha Tuomisen, Tuula Heinäsen (31.12.2012 saakka) ja Heikki Pärnä- sen. Vuoden 2013 alussa jaoksen kokoonpanon muuttuessa työryhmää täydennettiin neljällä jäsenellä: Jari Saarinen, Timo Aronkytä, Hannu Juvo- nen ja Marjo Parkkila-Harju. Työryhmän sihteerinä on toiminut Lauri Vu- renkoski. Työryhmä on kokoontunut 13 kertaa. Lisäksi yhdessä erikoissai- raanhoidon työryhmän kanssa on järjestetty kaksi asiaa käsittelevää semi- naaria.

Erikoissairaanhoidon tuotantomalleja selvittävä työryhmä

Työryhmän puheenjohtajana on toiminut Pekka Anttila puheenjohtajaksi. Terveyspoliittinen jaos nimesi työryhmän jäseniksi Marjut Laurikka-Routin, Tinja Lääverin, Hanna Rautiaisen, Samuli Saarnin ja Terhi Savolaisen. Asiantuntijajäseniksi nimettiin Jarmo Karpakka ja Markku Mäkijärvi. Vuoden 2013 alusta ryhmää täydennettiin Kari Antilalla ja Juhana Idänpään- Heikkilällä, ja vuoden 2014 alusta Tom Silfvastilla ja Juuso Tammissella. Työryhmän sihteerinä on toiminut Risto lhalainen. Työryhmä on kokoontu- nut 19 kertaa. Lisäksi työryhmä on järjestänyt yhdessä perusterveydenhuol- lon työryhmän kanssa edellä mainitut kaksi seminaaria.

PTH -alatyöryhmän linjaukset

Palvelukokonaisuus

Suomalaisen perusterveydenhuollon vahvuutena on perinteisesti pidetty perustason terveystalvuiden laajaa integraatiota yhdelle tuottajalle. Jär- jestämistä vastuun tasolla tämä integraatio onkin välttämätöntä. Tuotannon osalta sen sijaan integraation välttämättömyys ei ole yhtä selkeää. Yleisesti Euroopassa yleislääkäripalveluiden tuottajien palveluvalikoima on huomata- tavasti suppeampi kuin suomalaisen terveyskeskuksen. Työryhmä päätyi- kin arvioimaan tulevaisuuden tuotantomalleja siltä pohjalta, että yleislääkä- rin vastaanottopalveluita tuottavien yksiköiden ei tarvitse välttämättä olla nykyisen kaltaisia laajan palvelukokonaisuuden tuottajia. Palveluverkon saumattomuus voidaan varmistaa myös järjestämisen tasolla, mikäli järjes- tämistä vastuussa olevat organisaatiot ovat riittävän vahvoja ja osaavia.

Yleislääkäripalveluita tuottavien yksiköiden palvelukokonaisuuden ytimen muodostaisi yleislääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelut. Tämän lisäksi nämä tuottajat voivat tuottaa muitakin palveluita paikallisten tarpeiden mukaan (kuten neuvolat, kouluterveydenhuolto, työterveyshuolto, päivystyspalvelut ja vuodeosastohoito), mutta nämä voidaan tuottaa myös omana kokonaisuutenaan. Koko maan kattavaa yhtä ratkaisua palvelutuotannon kokonaisuudeksi ei liene mielekäästä Suomessa tavoitella, vaan maan eri osissa tarvittaneen erilaisia ratkaisuja.

Tuottajat

Työn lähtökohtana oli Lääkäriliiton perinteinen linjaus siitä, että tulevaisuudessa järjestäjäorganisaatio ei ole palveluiden tuottaja. Osa tuottajista voi olla jatkossakin julkisesti omistettuja, mutta ei järjestäjäorganisaation omistamia.

Arvioitavia tulevaisuuden tuotantomalleja haarukoitiin kahden eri perusrakennetta kuvaavan ulottuvuuden kautta: tuottajan koko ja omistus pohja. Samalla tuottajalla voi olla useita toimipisteitä tai vain yksi toimipiste. Tuottajana voi olla myös yksittäinen ammatinharjoittaja. Organisaation omistajana voi olla julkinen sektori, yksikössä toimivat lääkärit, yksityiset sijoittajat tai kolmas sektori. Mallien vahvuuksia ja heikkouksia tarkasteltiin mm. palveluiden laadun ja saatavuuden, toiminnan kustannustehokkuuden, asiakaslähtöisyyden, lääkäreiden työskentelyolosuhteiden ja koulutuksen järjestämisen suhteen.

Tältä pohjalta työryhmä arvioi seuraavia malleja: yksin toimiva itsenäinen ammatinharjoittaja, useamman lääkärin omistama itsenäinen toimintayksikkö, julkisesti omistettu itsenäinen toimintayksikkö, julkisesti omistettu useamman toimintayksikön kokonaisuus, useita toimintayksiköitä omistava yksityinen maanlaajuinen yritys tai kolmannen sektorin toimija, sekä julkisen tahon ja yrityksen yhdessä omistama toimintayksikkö tai useamman yksikön kokonaisuus. Työryhmä tunnisti jokaisesta arvioidusta mallissa heikkouksia ja vahvuuksia, eikä mikään arvioitu malli noussut ylitse muiden.

Työryhmän näkemyksen mukaan ei ole tarkoituksenmukaista, että tulevaisuudessa yleislääkäripalvelut tuotettaisiin samalla mallilla kaikkialla Suomessa. Erityyppisille alueille voi sopia erityyppinen tuotantorakenne. Samallakin alueella voi olla järkevää olla erityyppisiä tuottajia rinnakkain. Tämä antaa valinnanmahdollisuuksia niin potilaille kuin terveydenhuollon ammattilaisille. Erityyppisten tuottajien välinen kilpailu tukee järjestelmän kehittymistä ja uusien innovaatioiden syntymistä. Palveluiden tuottamista on siis syytä nykyisestäään monipuolista ja erilaisia uusia tuotantomalleja on syytä kokeilla.

Järjestäjä-tuottaja suhde

Järjestäjän ja tuottajan välinen suhde on rakennettava siten, että erityyppiset tuottajat ovat yhdenvertaisessa asemassa ja niitä koskevat samat säännöt, riippumatta siitä onko tuottaja yksityisesti tai julkisesti omistettu, tai onko tuottaja suuri tai pieni. Tämä mahdollistaa edelle mainitun monipuolisen palvelutuotantorakenteen syntymisen. Järjestelmän tulee myös mahdollistaa potilaiden valinnanvapaus, vireät palvelumarkkinat ja uusien tuottajien markkinoille tuleminen mahdollisimman helposti. Todennäköisesti edellä mainituista lähtökohdista tarkasteltiin paras ratkaisu olisi se, että tuottajia ei kilpailutettaisi, vaan ne saisivat tulla suhteellisen vapaasti järjes-

telmään täyttämällä tietyt kriteerit. Näin järjestelmä toimii esimerkiksi Ruotsissa.

Tuottajien saama korvaus voisi perustua listautuneiden potilaiden määrään ja ikärakenteeseen, suoritteisiin sekä toiminnan laatuun. Todennäköisesti järkevin ratkaisu on jonkinlainen näiden yhdistelmä. Rahoitusjärjestelmää rakennettaessa tulisi välttää mahdollisuuksien mukaan vääränlaisten taloudellisten kannusteiden syntymistä tuottajille, mutta täydellistä järjestelmää ei kuitenkaan tässäkään suhteessa voida tehdä.

ESH -alatyöryhmän linjaukset

Palvelukokonaisuus

Suomalaisen erikoissairaanhoidon muusta maailmasta selvästi poikkeava piirre on, että järjestäjät ovat samalla palvelujen pääasiallisia tuottajia. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat huomattavan määrän avosairaanhoidon erikoislääkäripalveluja, mutta julkinen rahoitus on tässä vähäistä. Toisaalta palvelujärjestelmämme on pirstoutunut eritasoihin erikoissairaanhoidon tuotantoyksiköihin yksittäisten kuntien omasta erikoissairaanhoidosta alue-sairaaloiden ja pienten keskussairaaloiden kautta yliopistotason erikoissairaanhoidon. Viime mainitut yksiköt ovat palveluvalikoimaltaan kuitenkin yliopistosairaalaroolinsa ohella niin sijaintipaikkakuntansa aluesairaaloita kuin sairaanhoitopiirinsä keskussairaaloitakin.

Terveyspalvelujen kysyntään vastataan meillä poikkeuksellisen laitospainotteisella palvelurakenteella, osittain terveyskeskusten vuodeosastojärjestelmän vuoksi. Eri omistajien ja järjestäjien hallussa olevan porrasteisen palvelujärjestelmän tehokkuus ei ole parasta luokkaa: hajautetun vastuun järjestelmästä johtuen Suomen sairaanhoitopiirien resurssierot ovat silmiinpistävät, ja henkilövoimavarat ylittävät useimmissa sairaanhoitopiireissä monen kehittyneen maan luvut (Kunnallisanon kehittämissäätö 2014).

Tuottajat

European Observatoryn vertailevan selvityksen (Studies 28/2013) ja Euroopan sairaalahallinnon muutoksia kuvaavan ja vertailevan Eurohealth 1/2013 perusteella voidaan todeta, että julkisestikin omistettujen sairaaloiden johtamiseen lainataan yhä runsaammin yksityisen liike-elämän toimintatapoja ja -malleja poliittisen demokratian sijaan.

Yleisesti ollaan luopumassa erikoisaloihin perustuvasta klinikkarakenteesta prosessi- ja ongelmakeskeisten, erikoisalarajat ylittävien osaamiskeskusten hyväksi. Vuodeosastojen käyttö on supistumassa lyhytjälkihoitoisen toimintamallin yleistyessä ja vähemmän traumatisoivien menetelmien kehittyessä. Tämä ei toistaiseksi ole isommin heijastunut meidän sairaaloidemme henkilöstörakenteeseen, vaikka julkisen sektorin demografinen muutos sen mahdollistaisi.

Eurooppalainen yleissuuntaus on myös akuutin ja elektiivisen sairaanhoidon erottelu. Laaja erikoisalapaletti liittyy keskittyvään päivystämiseen, prosessien ympärille rakentuva yleisten mutta kiireettömien hoitojen kehittäminen taas on eriytyneessä omakseen.

Koska järjestämis- ja rahoitustapamme ovat muista poikkeavia, työryhmä arvioi, ettei kansainvälisen vertailun perusteella ole suoraan kopioitavia

malleja muualta meille otettavissa. Tuotannon reformia on lähestyttävä alan yleisempien kehitystrendien pohjalta. Tuotantotapojen muuttaminen ilman julkisen rahoituksen reformia ei työryhmän mielestä kuitenkaan onnistu.

Suomessakin tuleva erikoissairaanhoidon tuotantorakenne tarkoittanee nykyistä harvempien, ympärivuorokautisen päivystyksen tuottamiseen kykenevien sairaaloiden muodostumista. Nämä pystyvät kattamaan laajan, pientenkin erikoisalojen tarjonnan, ja rakentunevat rationaalisten tuottamisprosessien mukaisista osaamiskeskuksista. Pienemmistä sairaaloista, terveyskeskusten vuodeosastoista ja perusterveydenhuollon yleislääkäripalveluista muodostunee Ruotsin ”närsjukvård”-konseptin kaltaista toimintaa, jossa tehtävänä ei enää ole hoiva ja säilyttäminen, vaan yleisten sairauksien ensisijaisesti konservatiivinen hoito ja tavoitteellinen kuntouttaminen.

Järjestäjän ja tuottajan suhde

Keskeinen kysymys on poliittisen päätöksenteon rooli järjestämisessä ja tuottamisessa. Järjestämisuudistuksessa olisi viisasta rauhoittaa tuotantomalli jatkaen olemassa olevalla tuotantokoneistolla, vaikka tuottajakuntayhtymät ovatkin poliittisesti hallittuja. Järjestäjällä on jatkossakin poliittinen vastuu, mutta tuottamisen ohjauksen pitäisi olla vain ammatillista.

Palveluja vuodesta 2017 alkaen järjestävä SoTe-alue on kuntayhtymä, jolle kunnat maksaisivat tarvekorjattuun kapitaatioon perustuvan jäsenmaksun. Tuotelaskutuksen perusteeksi erikoissairaanhoidossa jäänee valtaosin nykyinen DRG -perusteinen hinnoittelu. On ratkaistava, mitä palveluita (päivystys, kalliita investointeja edellyttävät harvinaisemmat ja tuotantokustannuksiltaan vaihtelevat raskaat hoidot) järjestäjä tilaa kiinteällä hinnalla, ja mitkä voisivat soveltua tuotelaskutukseen.

Tiedonhallinta

Hoitotiedon reaaliaikainen saanti hoidon järjestämiseen on itsestään selvä tavoite. Ohjelmiston tietorakenteiden ja käytettävyyden pitää seurata lääkärin ja toiminnan logiikkaa. Tuotannon prosessien ohjauksessa, resurssi-varauksissa ja laadun mittaamisessa tarvittavan tiedon tulee kertyä automaattisesti, ja toiminnan johtaminen pitää voida perustaa tähän tietoon. Eri tuottajille pitää taata pääsy samaan hoitotietojärjestelmään. Tietosuojaa koskevat säädökset on EU-tietosuojasetuksen tultua karsittava toimintaa tukeväksi nykyisen haitan asemesta. Kansallista vahvaa ohjausta on tiedonhallintaan edistettävä.

Opetus ja tutkimus

Lääkärikoulutuksen loputon lisääminen ei ole kestävä tie. Koulutuksen mitoitus vaatii myös eurooppalaisen koulutusvolyymien huomioonottamista. Ammattipätevyysdirektiivistä huolimatta jonkinmoista standardointia tarvittaneen muualta tulleiden ammattilaisten kouluttamisessa.

Koulutuksen kannalta kaavailtu viiden järjestämisalueen malli lienee toimiva, kun kullakin järjestämisalueella on oma lääketieteellinen tiedekunta ja yliopistosairaala. Koulutuksen hajauttamista ns. tavallisiin sairaaloihin on viisasta jatkaa, yhteisen järjestäjän valtuudet sitä tukenevat.

Työryhmän ehdotukset

- 1) Hyödynnetään ja tuetaan uusien suurjärjestäjien mahdollistamaa muutospotentiaalia.
 - a. rahoitusuudistuksen miettiminen kokonaistaloudelliseksi tarvitaan
 - b. vakuutusriskin pitkäjänteinen hallinta tukee järkeistämistä paniikkiratkaisujen kustannuksella
- 2) Tavoitellaan kapenevia hoitotapojen eroja ja kaivataan palveluvalikoimatyön ammatillista tehostusta.
 - a. aluksi hyödynnetään palveluvalikoimatoimielintä
 - b. tietojärjestelmien kehittyessä ohjailutieto muuttuu ammatillisemmaksi ja alueellisemmaksi
- 3) Rahoitusuudistuksella estetään nykyisenkaltaista osaoptimointia ja integroidaan palvelujen ja sairauden sosiaaliturvan rahoitusta.
- 4) Mahdollistetaan tuottaminen tasavertaisesti eri omistus pohjilta, ja potilas valitsee tuottajansa, tuoden julkisen rahaosuuden mukanaan.
 - a. hoitotiedon siirtymisen turvaaminen on keskeinen reunaehto tuottajien akkreditoinnissa
- 5) Edistetään sairaaloiden segmentoitumista päivystäviin laajan erikoissalavaliikon yksiköihin ja yhdistellään uudelleen tk- vuodeosastot ja pienemmät esh- laitokset lähihoidon yksiköiksi.
 - a. Laajat erikoissalat ja päivystysvastuu tukenevat osaamiskeskusten omaista työtapaa.
 - b. Lääketieteen kehityksen varhainen jalkauttaminen edellyttää suurten sairaaloiden, lääketieteellisten ja teknisten tiedekuntien allianssia
 - c. Lähihoidon yksiköiden kuntoutusluonne ja yhteistyö kotihoidon kanssa ovat ensisijainen tavoite hoivan ja säilyttämisen kustannuksella. Prosessien kehittämistä tarvitaan myös yleisten sairauksien elektiivisessä hoidossa ja korjaavan ja kuntouttavan vaiheen rajapinnassa.
- 6) Päivystyksen ja ensihoitopalvelun toiminnallista yhteen kytkentää edistetään.
- 7) Pyritään 4.-5. sukupolven helppokäyttöisiin ja integroiviin tietotyökaluihin vähintään järjestäjän alueella, mahdollisuuksien mukaan kansallisesti, unohtamatta tietohallinnon sääntelyn uudistustarpeita.
- 8) Pyritään oikeaksi terveydenhuollon mallimaaksi.