

PÄIJÄT-HÄMEEN TERVEYDENHUOLTOPIIRIHANKE

Asiantuntijaehdotus palveluiden tuottamisen järjestämiseksi suunnitellussa terveydenhuoltopiirissä

Matti Pietikäinen, OP Lehtonen

15.8.2005

1. Johdanto	1
2. Asiantuntijaesityksen mukainen palveluiden ryhmittely	1
2.1. Kuntakohtaisesti tai seudullisesti tuotettavat palvelut	1
2.2. Maakunnallisesti keskitetyksi järjestettävät palvelut.....	2
3. Terveydenhuoltopiiri.....	2
3.1. Kilpailuttamisen mahdollisuudet terveydenhuoltopiirissä.....	2
3.2. Osto-organisaatio	3
3.3. Palveluiden tuottajat.....	3
3.3.1. Suorat ja epäsuorat sopimuskumppanit.....	3
3.3.2. Omat ja ulkopuoliset sopimuskumppanit.....	4
3.3.3. Tuottajien ”aloituskokoonpano” terveydenhuoltopiiriä perustettaessa.....	5
4. Ehdotuksen arviointia	6
4.1 Ehdotuksen vahvuudet	6
4.2. Ehdotuksen heikkoudet	6
5. Viitteet.....	7

1. Johdanto

Toimiva ja kustannustehokas vanhustenhuolto ja terveydenhuolto Päijät-Hämeessä (TOLKKU) – hankkeen Kuntien palveluprofiilien tarkistaminen- osion asiantuntijaraportin mukaan Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta on osittain muutettava kattamaan nykyistä laajempia väestöpohjia¹. Esitys lähti aineiston perusteella havaituista Päijät-Hämeen palvelutuotannon ongelmista, joita olivat yhtenäisen vanhustenhuollon strategian puute, dementia-potilaiden diagnostiikan ja palveluiden selkiytymättömyys, perusterveydenhuollon vaihteleva vuodeosastokapasiteetti sekä päivystyspalveluiden epätarkoituksenmukainen käyttö.

Ottaen huomioon eri palveluiden alueellisen vaihtelun tarpeet, alueen reaaliset asiantuntijaresurssit sekä palvelukapasiteetin mahdollisimman taloudellisen käyttö asiantuntijat jaottelivat terveydenhuollon osalta palvelut seuraavasti:

2. Asiantuntijaesityksen mukainen palveluiden ryhmittely

2.1. Kuntakohtaisesti tai seudullisesti tuotettavat palvelut

Perusterveydenhuollon palvelut järjestetään riittävän suuriin, vähintään 20.000 asukkaan väestöpohjiin, jolloin piiriin muodostuu viisi yhteistoiminta-alueita:

- Tiirismaa (Hollola, Kärkölä ja Hämeenkoski) , Asikkala ja Padasjoki, yht. 40.300 asukasta
- Heinola, Sysmä ja Hartola, yht. 29.400 asukasta
- Nastola ja Iitti , yht. 22.000 asukasta

-Orimattila, Artjärvi, Pukkila ja Myrskylä yht. 20.000 asukasta
-Lahti 98.300 asukasta

Aluejako noudattaa pitkälti nykyisiä yhteistoiminta- ja suunnittelualueita. TOLKKU-projektin alueseminaareissa todettiin nykyisten kuntayhtymien elinkelpoisuus. Asikkalan ja Padasjoen yhteistoimintatarpeiden ennakoidaan suuntautuvan enemmän Tiirismaan kuin Itä-Hämeen kuntien taholle.

Kuntakohtaisesti tai seudullisesti järjestetään

- Yleislääkärin vastaanottopalvelut
- Äitiys- ja lastenneuvolaneuvolapalvelut sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto
- Työterveyshuolto (sopii myös maakunnallisesti keskitettyyn järjestämismalliin)
- Ympäristöterveydenhuolto
- Osa erikoissairaanhoidon avopalveluista

Yleislääkärin vastaanotto toiminta järjestetään omalääkäri-omahoitajamallin pohjalle. Lääkäreiden vastaanotot keskitetään toiminnallisesti riittävän suuriin yksiköihin. Yksiköt huolehtivat virka-aikana perustason päivystystoiminnasta, vaativa päivystys keskitetään maakunnallisesti

Erikoissairaanhoidon avo- ja konsultatiopalveluja järjestetään paikallisesti perusterveydenhuollon tueksi. Terveyskeskuksissa järjestetty mielenterveystyö tarvitsee niitä, samoin kuntien vanhustenhuoltoon on syytä järjestää geriatripalveluja. Toiminta palvelee myös kuntien tavoitetta hoitaa yli 90% ikääntyvistä kodissa tai kodinomaisissa palveluissa.

2.2. Maakunnallisesti keskitetysti järjestettävät palvelut

- Vuodeosastopalvelut , sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon yksiköissä
- Kiireellinen päivystys ympärivuorokautisesti
- Tutkimus- ja hoitopalvelut (laboratorio, kuvantaminen, anestesia- ja leikkaustoiminta)
- Erikoissairaanhoido, joka tarvitsee erityyppisiä keskitettyjä tukipalveluja

3. Terveysthuolto piiri

Nyt tehtäväksiannon perusteena oleva hankesuunnitelma² asettaa mainitulle asiantuntijaesitykselle toisentyypisen näkökulman. Hankesuunnitelmassa esitetyn terveydenhuolto piirin tehtävänä on toimia kuntien osto-organisaationa. Samassa yhteydessä tapahtuisi tilaajien ja tuottajien erottuminen sekä luotaisiin edellytyksiä kilpailulle soveltuvassa määrin.

3.1. Kilpailuttamisen mahdollisuudet terveydenhuolto piirissä

Terveydenhuolto piirin peruslähtökohdaksi on otettu ostajamonopoli. Kokemukset kilpailun hyödyllisistä vaikutuksista terveydenhuollossa perustuvat kuitenkin osaltaan juuri ostajaorganisaatioiden (vakuutuslaitosten ym.) väliseen kilpailuun³, mikä tässä mallissa ei ole mahdollista. Päijät-Hämeen väestöpohja ei mahdollista useampaa kuin yhtä keskenään kilpailevaa täydellistä terveydenhuollon ohjelmaa⁴ ("plan"). Kronick ym. päätyvät siihen, että terveydenhuollon kilpailutuksessa rajalliset väestömäärät johtavat usein siihen, että on päädyttävä hybridiratkaisuihin, joissa tuottajien ja ostajien välillä ei ole täydellistä kilpailutilannetta. Näemme samoin, että nyt terveydenhuolto piirin sisällä tapahtuva tuottajien kilpailuttaminen ei voi olla täydellistä, kaikkia palveluita koskevaa. Tuottajien välistä kilpailua on lisättävä asteittain.

Terveydenhuoltopiiriin on keskityttävä neuvottelemaan sellaisten sopimuskumppaneiden kanssa, jotka tarjoavat suoraan terveystalvveluita. Ne ovat suorita sopimuskumppaneita. Sellaisia ovat esimerkiksi perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden myyjät, toimenpiteiden ja erikoislääkärikonsultaatioiden myyjät. Nämä terveydenhuoltoyksiköt taas tekevät omat sopimuksensa terveystalvveluiden tuottamiseen tarvittavista tukipalveluista: esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamistalvveluista, ravintohuollosta ja kiinteistöhuollosta. Ne ovat epäsuorita sopimuskumppaneita.

On mahdollista myös nähdä vuodeosastot tukipalveluna ja epäsuorana sopimuskumppanina. Tässä vuodeosastolla tapahtuvaa sairaanhoitoa tarjoava yksikkö vuokraa vuodeosastokapasiteetin ja hoitotyön resurssit. Hoidon sisältö riippuu lääkäri- ja hoitajatalvveluiden laadusta ja intensiteetistä. Tätä ratkaisutapaa pidämme tärkeänä, koska se mahdollistaa esittämämme Päijät-Hämeen yhteisten vuodeosastotalvveluiden organisoiminnin, jotta sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon vuodeosastokapasiteetti olisi käytössä mahdollisimman optimaalisesti.

3.3.2. Omat ja ulkopuoliset sopimuskumppanit

Sopimuskumppaneita on syytä tarkastella myös toisen ulottuvuuden suhteen. Esityksemme mukaisesti osa palveluista on järjestettävä kuntakohtaisesti tai seudullisesti. Perusterveydenhuollon vastaanottopalvelut, kouluterveydenhuolto, suuri osa neuvolatoiminnasta, ehkäisevä terveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto keskitetään viiteen kuntien yhteistoiminta-alueeseen (kohta 2.1) Tämä on esimerkki omasta, kuntien omistuksessa olevasta sopimuskumppanista. On toisaalta kiinnitettävä huomiota siihenkin, että ko. perusterveydenhuollon toimija voisi tarjota palveluita terveydenhuoltopiiriin ulkopuolella sijaitseviin naapurikuntiin.

Toisaalta olemme esittäneet, että vuodeosastotalvvelut, kiireellinen päivystys ja erikoissairaanhoido tuotettaisiin yhdestä yhtenäisestä organisaatiosta, joka olisi kuntien omistuksessa. Erikoissairaanhoidon palvelut voitaisiin organisoida esimerkiksi kolmen tuottajan pohjalta, jotka olisivat konservatiivisen erikoissairaanhoidon palvelut. operatiiviset erikoissairaanhoidon palvelut ja psykiatrian palvelut.

Toisaalta on palveluita, joiden markkina-alue voi olla merkittävästi Päijät-Hämeen aluetta suurempi. Tyypillisesti tällaisia ovat laboratorio ja kuvantaminen, myös osa elektiivisistä kirurgiasta kuten esimerkiksi tekonivelkirurgia ja kaihikirurgia. Näiden kohdalla on syytä harkita, onko kuntien syytä omistaa kokonaan tai edes osaksi tätä tuotantoa, vaan voidaanko sopimukset palveluiden tuottamisesta solmia ulkopuolisten tuottajien kanssa. Oma olemassa oleva näiden alojen liiketoiminta voidaan myydä jo olemassa oleville tai perustettaville valtakunnallisille tuottajille. Toisena mahdollisuutena on perustaa yhteisiä yhtiöitä muiden maakuntien terveydenhuollon toimijoiden kanssa.

Vaikka peruslähtökohtana on esimerkiksi perusterveydenhuollon tuottamisen järjestäminen omana tuotantona, ovat ulkoiset sopimuskumppanit tässäkin mahdollisia, kuten Lahden kaupungin osalta on jo tapahtunut.

Tuottajien jaottelua sekä ”suora-epäsuora” että ”oma-ulkopuolinen” akseleilla on kuvattu seuraavassa nelikentässä:

Terveydenhuoltopiirin tuottajien ryhmittely

	Suorat sopimuskumppanit	Epäsuorat sopimuskumppanit
Omat sopimuskumppanit	Perusterveydenhuolto: erikoissairaanhoito: konservatiivinen, operatiivinen, psykiatria	Yhteiset vuodeosastot
Ulkoiset sopimuskumppanit	Vaativa erikoissairaanhoito, osa terveysasemista, <i>tekonivelkirurgia</i> 1), <i>kaihikirurgia</i> 1),	<i>Diagnostiset palvelut</i> 1), <i>Potilastietotekniikka</i> 1)

1) "Aloituskokoonpanossa" voivat olla omia sopimuskumppaneita, mutta hyödyt tuotannon ulkoistamisesta terveydenhuoltopiiriä laajemmalle alueella on tutkittava heti terveydenhuoltopiirin toiminnan alkaessa.

3.3.3. Tuottajien "aloituskokoonpano" terveydenhuoltopiiriä perustettaessa

Terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin toimintayksiköiden organisointi osiltaan markkinoilla toimintakykyisiksi toimintayksiköiksi on pitkäkestoinen prosessi. Toimintayksiköiden muodostamisessa on syytä ottaa huomioon niiden asiakaskenttä ja mahdollisimman suuri kilpailukyky. Ratkaisuja, jotka automaattisesti johtaisivat jälleen tilaajan ja tuottajan väliseen monopoli-monopoli asetelmaan on syytä välttää.

Näemme, että liiketoimintojen eriyttämisen aikataulussa on oltava maltillinen ja pyrittävä luomaan ensimmäisille neuvottelukierroksille terveydenhuoltopiirin kanssa nykyistä tuotantotapaa lähellä oleva tuottaja-asetelma. Tämä tarkoittaa myös sitä, että lähtökohta sisältää Lahden kaupungin perusterveydenhuollon osittaisen ulkoistuksen.

Toisaalta on syytä välittömästi aloittaa selvitykset joidenkin palveluiden nykyistä pidemmälle menevästä eriyttämisestä Päijät-Hämettä suurempia markkina-alueita varten. Näihin kuuluvat suorista sopimuskumppaneista elektiivistä kirurgiaa tarjoavat yksiköt (esim. tekonivelet, kaihi) epäsuorista palveluista laboratorio ja kuvantaminen. Myöhemmässä vaiheessa näihin ulkoistettaviin epäsuoriin sopimuskumppaneihin saattaisi kuulua esim. potilastietotekniikan palvelut.

4. Ehdotuksen arviointia

4.1 Ehdotuksen vahvuudet

Riittävän ja tehokkaan ostajaorganisaation kehittyminen parantaa voimavarojen käyttöä ja suuntaa palveluita nykyistä paremmin olemassa olevaan tietoon perustuen.

Huonot palvelukäytännöt ja huono palvelun laatu eivät ole enää vaihtoehtottomia. Määritettyä palvelutasoa vastaamattoman tuottajan vaihto tulee mahdolliseksi.

Kuntien pääomarakenne kevenee, jos osa palveluista voidaan hankkia valtakunnallisilta toimijoilta.

Eriyttäminen helpottaa kannustavien palkitsemisjärjestelmien kehittämistä, millä voi olla merkitystä työvoimasta kilpailtaessa.

4.2. Ehdotuksen heikkoudet

Osto-organisaation toiminnasta palveluiden tuottajien kanssa tulee merkittäviä toissijaisia kustannuksia.

Mallissa välttämätön tuottajaorganisaatioiden liiketoimintojen eriyttäminen kunnista ja kuntayhtymistä eriyttäminen on pitkä ja kustannuksiakin aiheuttava prosessi

Henkilökunnan huono sitoutuminen muutokseen sekä muutoksen kokeminen suojatun työympäristön järkkymisenä on riski.

Terveydenhuoltopiirin ja kuntien välinen kommunikaatio on kriittinen järjestelmän toimimiselle.

5. Viitteet

¹ Lehtonen OP, Pietikäinen M, Päivärinta E. Miten Päijät-Hämeen vanhustenhuoltoa ja terveydenhuoltoa pitäisi kehittää? Asiantuntijoiden esitys 12.5.2005.

² Hankesuunnitelma: Terveydenhuoltopiirihanke, 21.3.2005.

³ Lehtonen OP. Kilpailu terveydenhuollossa. *Duodecim* 121:937-8, 2005.

⁴ Kronick R, Goodman DC, Wennberg J, Wagner E. The marketplace in health care reform – the demographic limitations of managed competition.

⁵ Willcox S. Buying best value health care: evolution of purchasing among Australian private health insurers. *Aust New Zealand Health Policy* v2 n1:6, 2005.

⁶ Christianson JB, Feldman R. Exporting buyers health care action group purchasing model: lessons from other communities. *Milbank Q* 83:149-176, 2005

⁷ Himmelstein DU, Woolhandler S, Wolfe SM. Administrative waste in the U.S. health care system in 2003: the cost to the nation, the states, and the District of Columbia, with state-specific estimates of potential savings. *Int J Health Serv* 34:79-86, 2004.

⁸ Aston T, Cumming J, McLean J. Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience. *Health Policy* 69:21-31, 2004.

⁹ Enthoven AC. On the ideal market structure for third-party purchasing of health care. *Soc Sci Med* 39:1413-1424, 1994.

¹⁰ Myllyntaus O. Kunnallisen liiketoiminnan eriyttäminen. Suomen Kuntaliitto 2001.