



Yhdessä terveyttä

Sairaatekniikan päivät
Jyväskylässä 7.2.2006

Sairaanhoidon palvelurakenteen muutos

Sairaanhoidopiirin johtaja
Rauno Ihalainen



Yhdessä terveyttä

Mitä Suomi sairastaa 2010

- Ø Sepelvaltimotauti ja aivohalvaukset vähenevät
- Ø Skitsofrenia ja itsemurhat vähenevät
- Ø Syöpäsairastavuus lisääntyy, mutta -kuolleisuus vähenee
- Ø Diabetes ja allergiat lisääntyvät
- Ø Alkoholi- ja huumeongelmat lisääntyvät
- Ø Muut mielenterveyden häiriöt?
- Ø Tuki- ja liikuntaelinsairaudet?



Yhdessä terveyttä

Terveydenhuollon kustannuksia lisäävät tekijät

- Ø Väestön ikääntyminen
- Ø Vaatimustason kasvu
- Ø Sisäinen muuttoliike
- Ø Uuden teknologian kalleus

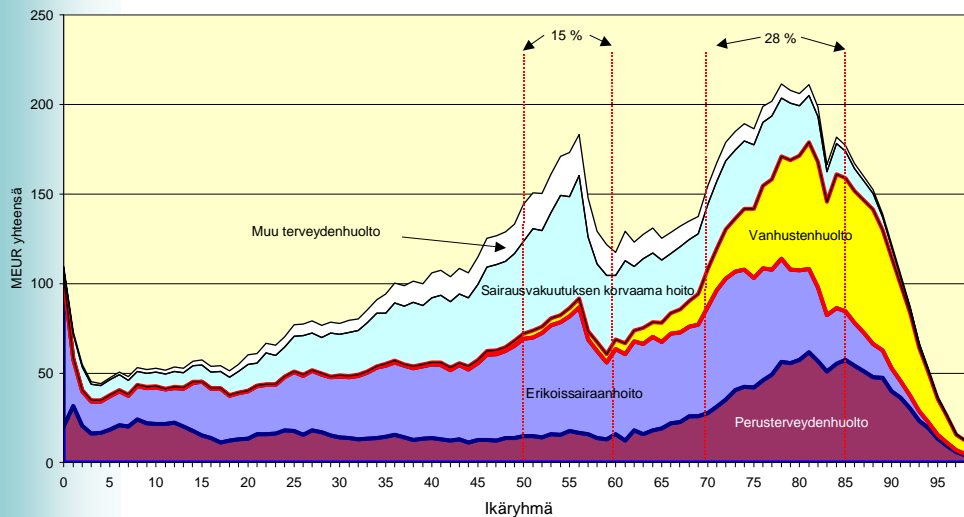
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

3



Yhdessä terveyttä

Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenot ikäryhmittäin 2002



Lähde:
CHESS/Stakes

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

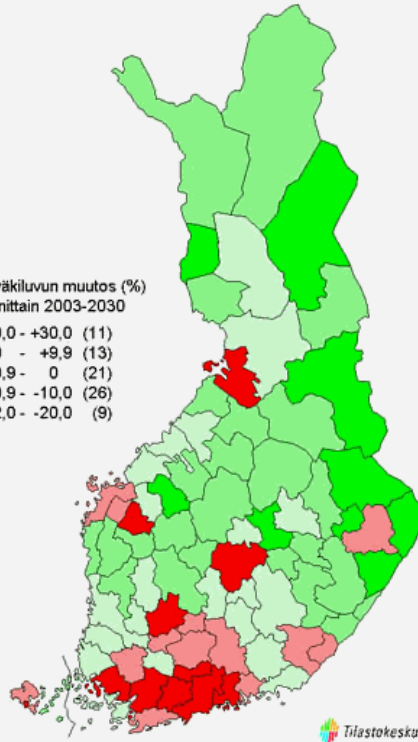
4



Yhdessä terveyttä

Ennustettu väkiluvun muutos (%)
seutukunnittain 2003-2030

■ +10,0 - +30,0	(11)
■ 0 - +9,9	(13)
■ -9,9 - 0	(21)
■ -19,9 - -10,0	(26)
■ -32,0 - -20,0	(9)



Lähde: SM / Kuntaosasto,
Tulevaisuuden kehitysnäkymät 10.8.2005

Tilastokeskus

5



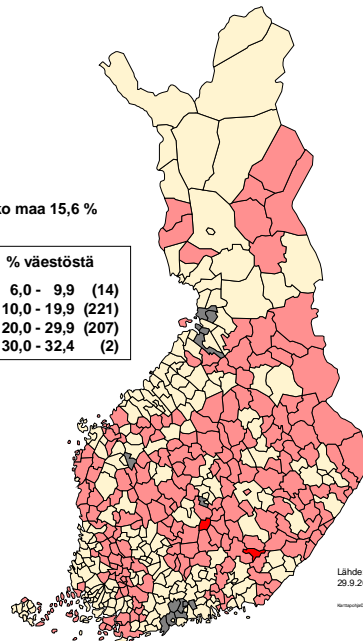
Yhdessä terveyttä

65 vuotta täyttäneet
vuonna 2003

65- vuotta täyttäneet 2003

Koko maa 15,6 %

% väestöstä	
■ 6,0 - 9,9	(14)
■ 10,0 - 19,9	(221)
■ 20,0 - 29,9	(207)
■ 30,0 - 32,4	(2)



Lähde: Tilastokeskus
29.9.2004/RK

Lähde: SM / Kuntaosasto,
Tulevaisuuden kehitysnäkymät 10.8.2005

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

6



Yhdessä terveyttä

Väestön ikärakenteen muutos 2005-2030

Ikäryhmä	2005	2015	2025	2030	Muutos 2005-2030, %
0 – 5-vuotiaat	100	102	100	97	- 3 %
6 – 18-vuotiaat	100	92	93	93	- 7 %
19 – 64-vuotiaat	100	97	92	90	- 10 %
65 vuotta täyttäneet	100	132	161	170	+ 70 %
Yhteensä	100	102	104	104	+ 4 %

Ikäryhmä	Muutos 2005-2030, 1 000 henkilöä				
0 – 5-vuotiaat	341	349	342	331	-10
6 – 18-vuotiaat	823	758	766	762	- 61
19 – 64-vuotiaat	3247	3157	2993	2929	- 318
65 vuotta täyttäneet	836	1105	1343	1424	+ 588
Yhteensä	5248	5368	5444	5446	+ 199

Lähde: Tilastokeskus

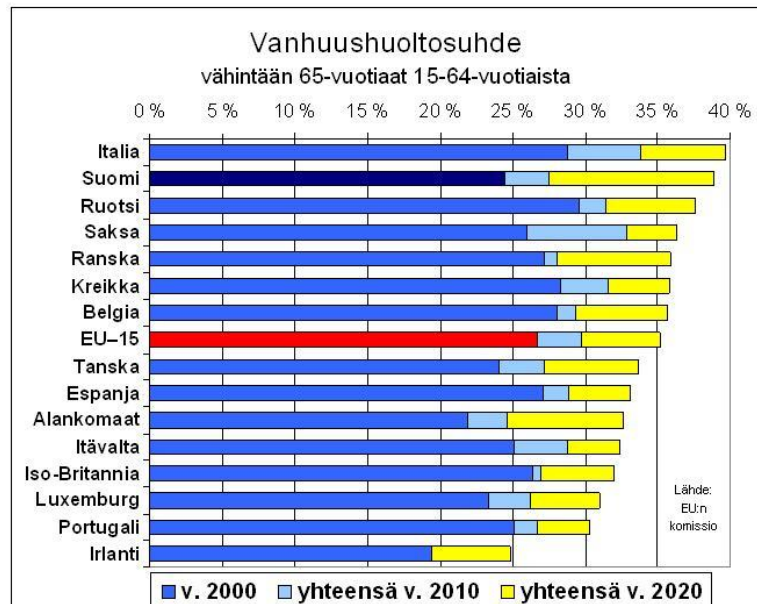
Lähde: SM / Kuntaosasto,
Tulevaisuuden kehitysnäkymät 10.8.2005

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

7



Yhdessä terveyttä



Lähde: SM / Kuntaosasto,
Tulevaisuuden kehitysnäkymät 10.8.2005

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Lähde: KTM

8



Yhdessä terveyttä

Väestötekijöiden vaikutus peruspalvelujen kysyntään (Ind. 2005=100)

Muutokset % vuodessa

	Menot				2006		2011	
	v. 2003	2005	2010	2020	-2010	-2020		
Menoerä	milj. euroa							
KOULUTUSPALVELUT	5368	100	97	95	-0,5	-0,3		
- esiopetus	65	100	99	102	-0,1	0,3		
- peruskoulu	3134	100	93	92	-1,4	-0,2		
- lukio	528	100	104	92	0,8	-1,2		
- ammatillinen koulutus	1136	100	102	92	0,3	-0,9		
- ammatikorkeakoulu	505	100	102	92	0,3	-0,9		
TERVEYSPALVELUT	5914	100	104	117	1,0	1,0		
- erikoissairaanhoido	3853	100	104	109	0,6	0,6		
- terveyskeskukset	2061	100	105	130	1,7	1,7		
SOSIAALIPALVELUT	4051	100	111	135	2,1	1,9		
- lasten päivähoido	1928	100	99	101	-0,2	0,2		
- vanhainkodit	723	100	116	149	2,9	2,6		
- kotipalvelut	541	100	113	139	2,5	2,1		
- palveluasuminen	859	100	109	128	1,7	1,6		

Lähde: STM

Lähde: SM / Kuntaosasto,
Tulevaisuuden kehitysnäkymät 10.8.2005

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

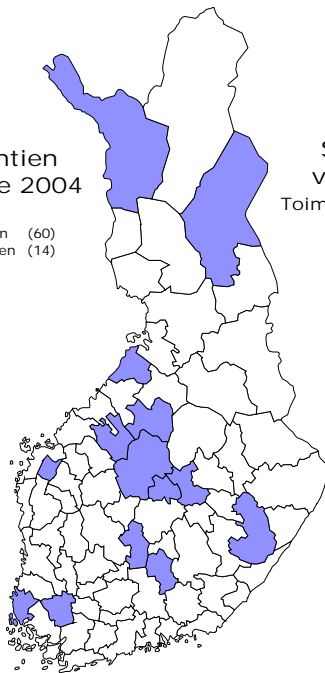
9



Yhdessä terveyttä

Seutukuntien vuosikate 2004

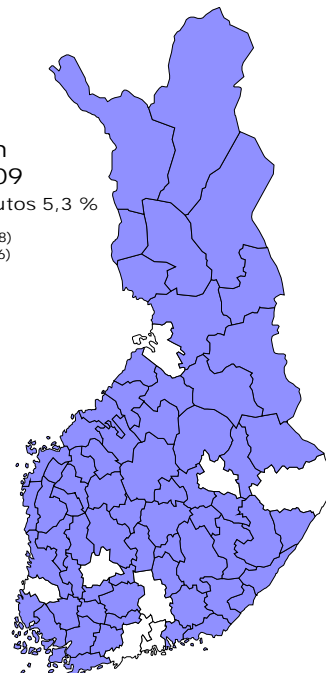
Positiivinen (60)
 Negatiivinen (14)



Seutukuntien vuosikate 2009

Toimintakatteen muutos 5,3 %

Positiivinen (8)
 Negatiivinen (66)



Lähde: SM / Kuntaosasto,
Tulevaisuuden kehitysnäkymät 10.8.2005

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

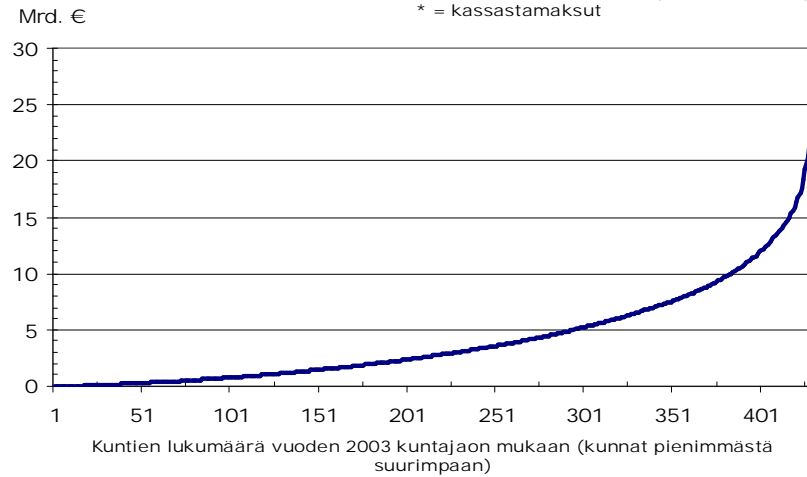
10



Yhdessä terveyttä

SISÄASIAINMINISTERIO
INRIKESMINISTERIET

Kuntien kokonaismenot*, kumulatiivinen summa,
kuntakoon mukaan, v. 2003, mrd. € (430 kuntaa)
* = kassastamaksut

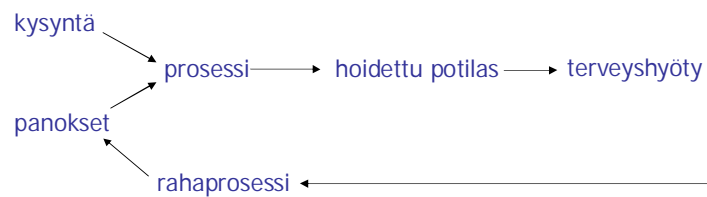


Lähde: SM / Kuntaosasto,
Tulevaisuuden kehitysnäkymät 10.8.2005



Yhdessä terveyttä

Terveydenhuollon tehokkuus

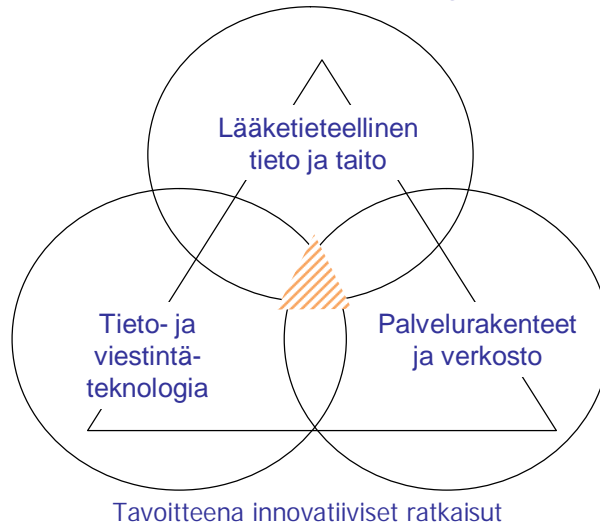


tekninen tehokkuus euro / DRG-piste

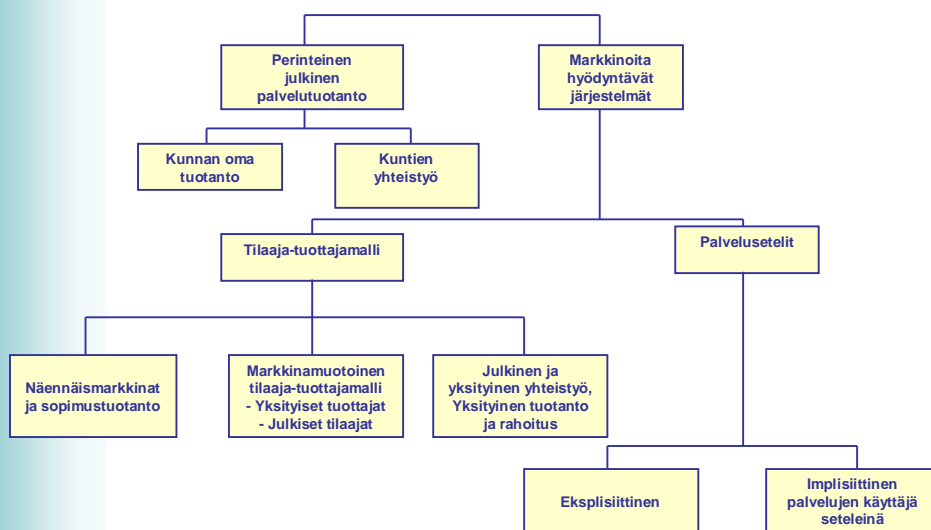
allokatiivinen tehokkuus euro / QALY



Lääketiede, tietoteknologia ja palvelurakenteet terveydenhuollossa



Peruspalvelujen tuotanto- ja järjestämistapoja





Tapoja terveydenhuollon uudistamiseksi



Toiminnan uudistaminen ja mittakaavaetu (PSHP)

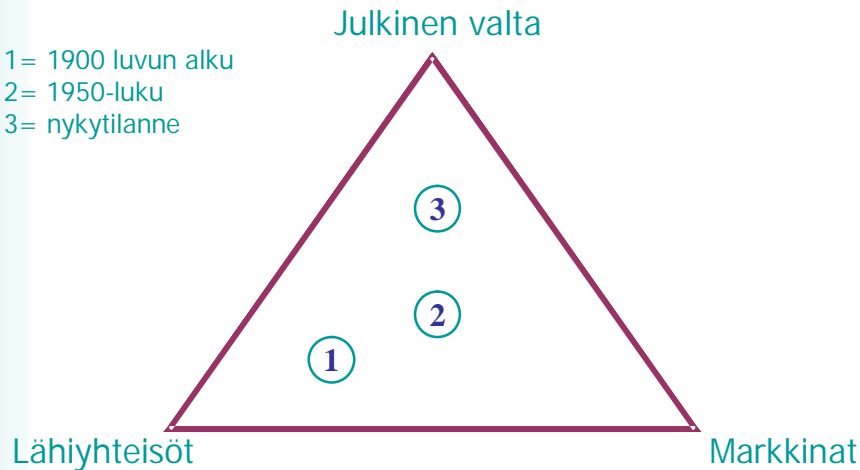




Yhdessä terveyttä

Sosiaali- ja terveystalvvelujen painottuminen eri aikakausina

- 1= 1900 luvun alku
- 2= 1950-luku
- 3= nykytilanne



Lähde: Juhani Lehto, Hyvä Suomi 2020



Yhdessä terveyttä

Kunta- ja palvelurakennemuudistus Peruskuntamalli / 1

- Ø Kunta muodostuu työssäkäyntialueesta tai muusta toiminnallisesta kokonaisuudesta. Tavoitteena on vähintään 20 000 – 30 000 asukkaan kuntien muodostaminen. Tämä alue toimii edustuksellisen demokratian ja kansalaisten suoran vaikuttamisen perustana.
- Ø Kunnilla on sekä rahoitusvastuu että palvelujen järjestämisvastuu.
- Ø Niissä tapauksissa, joissa kunnilla ei vielä ole edellytyksiä uuden kunnan muodostamiseen, kuntien tulee siirtymävaiheessa siirtää vastuu peruspalvelujen järjestämisestä peruspalvelupiirille. Peruspalvelupiiri muodostetaan kuntien yhteisellä sopimuksella siten, että sen väestömäärä on vähintään 20 000 – 30 000 asukasta ja että siihen kuuluu työssäkäyntialueen tai muun luontevan yhteistyöalueen kaikki kunnat.



Kunta- ja palvelurakennemuudistus Peruskuntamalli / 2

- Ø Jos kuntien yhdistymiseen tai peruspalvelupiirien muodostamiseen ei päästä kuntien itsensä toimesta, voi valtioneuvosto päättää tarvittavista toimenpiteistä.
- Ø Erikoissairaanhoidon vaativimmat palvelut ja sosiaalitoimen erityispalvelut, jotka edellyttävät laajempaa väestöpohjaa, kunnat tai palvelupiirit tilaavat sairaanhoitopiireiltä tai muilta palvelujen tuottajilta kilpailuttamismahdollisuudet hyödyntäen. Sairaanhoitopiirien määrää vähennetään ja erityisen vaativa hoito keskitetään miljoonapiireihin.
- Ø Uudistus käynnistetään nopeassa aikataulussa siten, että päätökset kunnissa tehdään ennen vuoden 2007 syksyä ja toteutus tapahtuu vuoden 2009 alusta lukien.



Kunta- ja palvelurakennemuudistus Piirimalli / 1

- Ø Sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon integroidaan samaan organisaatioon, jonka tarkoituksena on toimintojen järjeistämisen ja tuottavuuden kohottaminen. Sosiaali- ja terveystoiminnalle siirretään palveluiden järjestämisvastuu. Piirimallia voidaan laajentaa kattamaan myös muita palveluja, kuten opetustoimen palveluja.
- Ø Sosiaali- ja terveystoiminnan väestöpohja tulee olla vähintään 100 000 asukasta, mieluiten 150 000 – 200 000 asukasta. Piirin suuri väestöpohja tarvitaan luomaan edellytykset pienten väestöryhmien palvelujen järjestämiselle, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaamiselle, tietoteknologian käyttöönotolle ja hyvien käytäntöjen edistämiseksi sekä kustannusten vaihtelun tasoittamiseksi.
- Ø Sosiaali- ja terveystoiminnan ensisijaisena tehtävänä on toimia tilaajan roolissa palveluiden järjestämisessä. Sosiaali- ja terveystoiminnalla on myös omaa palvelutuotantoa. Se vertaa omaa tuotantoaan muiden tuottajien palveluihin. Erityisen vaativa hoito on keskitetty muutamaaan valtakunnalliseen yksikköön.



Kunta- ja palvelurakennemuutos

Piirimalli / 2

- Ø Sosiaali- ja terveystieteiden piiri on jaettu palvelualueisiin, joiden vähimmäisväestöpohja on 20 000 asukasta. Lähipalvelut voidaan tuottaa hajautetusti paikallisten tarpeiden mukaan.
- Ø Pääosa sosiaali- ja terveystieteiden piirin rahoituksesta perustuu etukäteen määriteltyyn väestöpohjaiseen maksuun. Valtionosuudet maksetaan kunnille. Kunnat suorittavat maksun piirille ja piirin on mitoittettava toiminta näihin rahoituspuutteisiin.
- Ø Kuntien valitsevat poliittiset päätöksentekijät päättävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkosta ja menokehityksistä.
- Ø Sosiaali- ja terveystieteiden piirien suunnittelu käynnistetään vuonna 2007 ja toteutus tapahtuu vuoden 2009 alusta.



Kunta- ja palvelurakennemuutos

Aluekuntamalli / 1

- Ø Suomeen muodostetaan 20–25 aluekuntaa. Sen lisäksi nykyisistä kunnista tulee lähikuntia. Pääkaupunkiseudun alueella asia ratkaistaan erillisenä kysymyksenä.
- Ø Palveluiden järjestämisvastuu on aluekunnilla. Palveluiden järjestämisvastuu ei merkitse palveluiden tuottamisen ja jakelun keskittämistä, vaan palvelut tuotetaan aluekunnissa hajautetusti paikallisten tarpeiden ja edellytysten mukaan. Osa palveluista voidaan määrätä lainsäädännöllä lähikuntien järjestämisvastuulle. Aluekunnat voivat lisäksi delegoida tehtäviä lähikunnille.
- Ø Verotus ja valtionosuudet tulevat lähtökohtaisesti aluekunnille. Aluekunnan delegoidessa palveluita lähikunnalle palvelut toteutetaan niiden tuotteistamisen kautta sopimusohjausjärjestelmän pohjalta. Lainsäädännöllä määrättyjen tehtävien osalta voidaan niiden hoitamiseen osoittaa tarpeellinen rahoitus, esimerkiksi kiinteä prosenttiosuus aluekunnan verotuloista, tehtäväkohtainen lisä, kannusteliasä tai mahdollinen muu ratkaisu.
- Ø Aluekuntien ja lähikuntien valtuustot valitaan suoralla kansanvaalilla.



Yhdessä terveyttä

Kunta- ja palvelurakennemuutos Aluekuntamalli / 2

- Ø Aluekuntien ja lähikuntien palveluiden organisoinnissa käytetään hyväksi uutta teknologiaa ja uusia mahdollisuuksia, esimerkiksi verkkopohjaisia jakelujärjestelmiä, palveluiden tuotteistamista ja sopimusohjausta. Aluekuntien keskinäistä yhteistyötä tarvitaan sovittaessa valtakunnallisesta työnjaosta, esimerkiksi erikoissairaanhoidon sektorilla.
- Ø Alueelliset ja kielelliset erityispiirteet voidaan ottaa huomioon aluekuntien rajoja ja/tai alue- ja lähikuntien työnjakoa määriteltäessä. On mahdollistettava mm. kielellisesti riittävän yhtenäisten alueiden, myös aluekuntien, muodostuminen.
- Ø Aluekuntamallin keskeiset lakiesitykset tehdään nykyiselle eduskunnalle. Toteutus tapahtuu niin, että siirtymävaihe aluekuntiin alkaa valitsemalla aluekuntavaltuustot vaaleissa syksyllä 2008. Siirtyminen tapahtuu vaiheittain lainsäädännön muutosten vaatimassa aikataulussa.
- Ø Aluekuntamalliin siirryttäessä maakunnan liitot sekä suuri osa kuntayhtymistä lakkaa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

23



Yhdessä terveyttä

Kunta- ja palvelurakennemuutos Valmisteluajataulu

- Ø Ns. aluevaihe toteutetaan 1.10.2005 - 28.2.2006
- Ø Valmistelua jatketaan valtakunnallisella tasolla työryhmissä, palvelurakennetyöryhmässä ja PPO-ministerityöryhmässä 15.3. – 21.6.2006
- Ø Valtioneuvosto tekee esityksen hallituksen esityksen puiteliksi / periaatepäätöksen / esityksen peruspalveluohjelmasta / lainsäädännön muutoksista 21.6.2006
- Ø Säädosmuutokset astuvat voimaan 1.1.2007 ja hankkeen käytännön toteutus alkaa

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

24



Tilaaaja-tuottajamalli Tavoitteet

- Ø Suunnitelman ja toimeenpanon yhteys
- Ø Tarpeiden ja toimeenpanon yhteys
- Ø Insentivejä tuottajan toiminnan parantamiseksi
- Ø Hierarkisen organisaation jäykkyyksien vähennys
- Ø Tuottajien välisen kilpailun tai vertailun mahdollisuus



Tilaaaja-tuottajamalli Keinot parantaa suorituskykyä

- Ø (Terveyspoliittisten) tavoitteiden ja prioriteettien kytkeminen voimavarojen suunnitteluun
- Ø Väestön (terveys)tarpeet ja palveluiden käyttäjien odotukset sisällytetään tilaamispäätöksiin
- Ø Palveluntuottajien suoriutuminen paranee, kun tilaajien käytössä on sopivia työvälineitä (taloudellisia kannustimia ym.)
- Ø Tilaamisen ja tuottamisen funktiot erotetaan toisistaan, mikä vähentää julkisten organisaatioiden hallinnollista jäykkyyttä; toimeenpaneva johtaminen hajautetaan käytännön toiminnan tasolle
- Ø Tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan synnyttää kilpailua julkisten ja yksityisten palveluntuottajien kesken → tehokkuus lisääntyy



Tilaaaja-tuottajamalli Huomioon otettavaa (1)

- Ø Tulee turvata riittävä osaaminen tilaajataholla (mm. kilpailutus, sopimustekniikka, epidemiologia) → vaatii riittävän panostuksen
- Ø Sopimuskustannukset saattavat nousta suuriksi
- Ø Myös tuottajan osaamisesta tulee huolehtia (esim. liikkeenjohdolliset taidot)
- Ø Profiisien vastustus
- Ø Kilpailutukselle on asetettu liian suuria odotuksia kustannuskehityksen hillitsemiseksi; kilpailua on syntynyt vain suurimmissa kaupungeissa
- Ø Tilaaaja-tuottajamalli ei ole suoraan tuonut ratkaisua terveydenhuollon kustannusten kasvun hallitsemiseen



Tilaaaja-tuottajamalli Huomioon otettavaa (2)

- Ø Sopimusjärjestelmät ovat (terveydenhuollon) ns. kehittyntä ohjausta verrattuna aikaisempaan. Maksuperusteisiin kytketyt kannustimet ovat erityisen vaativa osa ohjauksessa. On osoitettu, että suoritepohjaisten korvausten seurauksena toiminnan volyyymi kasvaa → kustannukset nousevat.
- Ø Suoritepohjaisen sopimusmuodon vaihtoehto on asukaspohjainen korvaus tai "blokkisopimukset". Näillä voidaan hallita tehokkaasti kustannuksia, mutta saattavat johtaa terveydenhuollossa "alihoitamiseen" tai potilaiden ohjaamiseen muualle hoitoon. Yleisesti suositellaan siirtymistä ns. cost and volume –sopimukseen, joilla vaikutetaan tuottajan volyymin tasoon ja samalla asetetaan toiminnalle ja kustannuksille raamit.



Yhdessä terveyttä

Palvelutuotannon järjestäminen Ideaalitalanne

- Ø Tilaaja- ja tuottajavastuut on täysin erotettu toisistaan
- Ø Organisaatiolla on autonomia päättää tuottamistavasta
- Ø Toimivat markkinat tarjoavat omalle tuotannolle kunnollisen vaihtoehdon
- Ø Päätös tuotetaanko itse vai hankitaanko muilta perustuu huolelliseen vaihtoehtojen kustannusvertailuun
- Ø Kansalaisen/asiakkaan hyöty ei ole kiinni siitä kuka palvelun loppujen lopuksi tuottaa
- Ø Organisaatiolla on riittävä hankinnan, sopimushallinnon ja tuotannon osaaminen kyetäkseen tehokkaasti valvomaan etuaan
- Ø Hankintaosaaminen riittää pitämään markkinaoikeuden tyytyväisenä

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Lähde: Professori Esa Hyryläinen

29



Yhdessä terveyttä

Palvelutuotannon järjestäminen Reaalimaailma

- Ø Tilaaja- ja tuottajavastuita ei vielä ole erotettu kokonaan toisistaan
- Ø Monet eri tahot vaikuttavat organisaatioiden ratkaisuihin
- Ø Kaikilla organisaatioilla ei ole markkinoita käytettävissä yhtäläisesti
- Ø Kustannuksia ei kyetä täysin luotettavasti yksilöimään
- Ø Laskentainformaatio ei aina ole tuotantoa koskevan päätöksenteon keskeisin perusta
- Ø Organisaatiot ovat vasta hankkimassa parempaa hankintaosaamista
- Ø Markkinaoikeuden linjauksien johdosta ja pelosta, hankinta kaavamaistuu ja juridisoituu

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

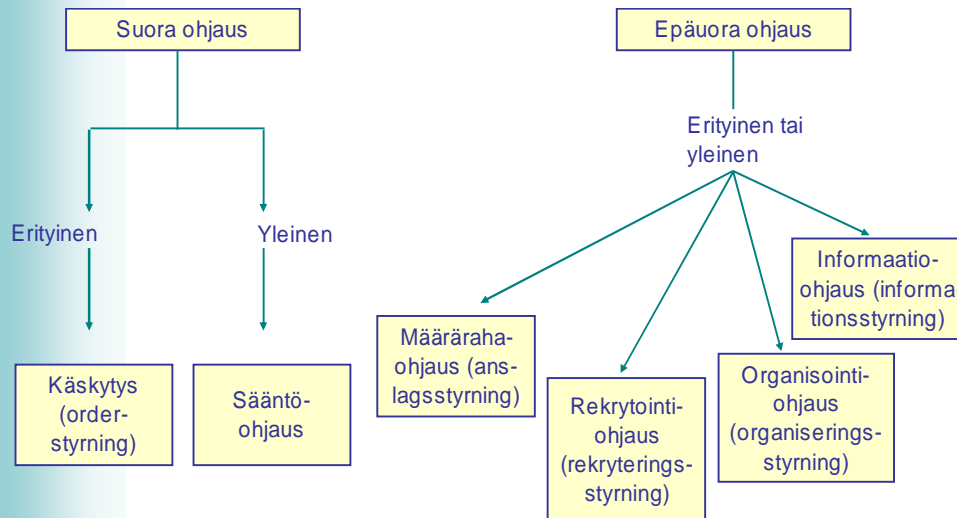
Lähde: Professori Esa Hyryläinen

30



Yhdessä terveyttä

Hallinnon ohjausmuodot Lundquistin mukaan (1992)



Lähde: Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. STM:n julkaisuja 2002:19
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

31



Yhdessä terveyttä

Informaatio-ohjauksen kehittäminen

- Ø "On luonnollisesti selvää, että pelkän informaatio-ohjauksen varassa ei voida pitää yhtäläisesti saatavilla peruspalveluita kunnissa. Usein informaatio-ohjaus tarvitsee käytännössä rinnalleen muita ohjauskeinoja ja niiden kehittämistä."

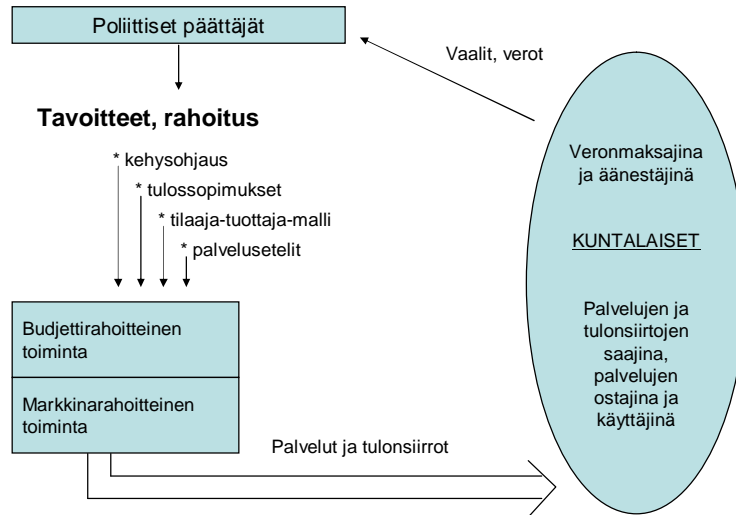
Lähde: Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. STM:n julkaisuja 2002:19

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

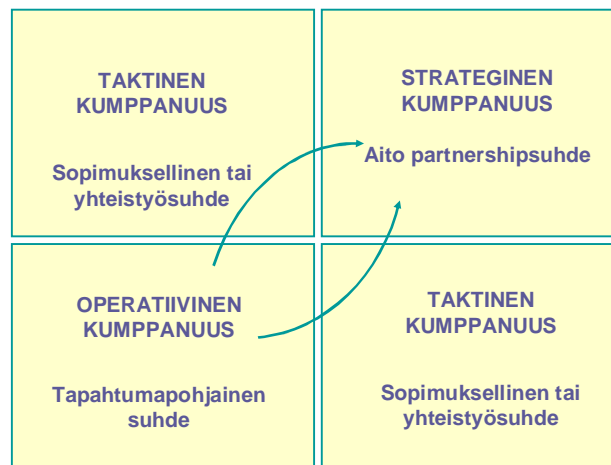
32



Julkishallinnon ohjaus



Kumppanuuden luonne*



* Kumppanuuden laadullinen merkitys



Yhdessä terveyttä

Hyvä terveydenhuolto on

- Ø Eettisiin periaatteisiin tukeutuvaa
- Ø (Potilas)asiakkuudesta lähtevää
- Ø Laatua korostavaa
- Ø Prosesseja hyödyntävää
- Ø Terveystyötuotannosta tuottavaa
- Ø Kestävälle rahoitukselle perustuvaa