

Palkitsemismallit kannattaa ottaa käyttöön myös Suomessa

Sote-järjestämislaki on tätä kirjoitettaessa edelleen valiokuntakäsittelyssä, mutta yleisesti arvioidaan, että laki jossakin muodossa hyväksytään ennen eduskuntavaaleja.

Rahoitusratkaisut joka tapauksessa lykkääntyvät ja jäävät uuden hallituksen valmisteltavaksi. Tästä huolimatta on syytä pohtia, miten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kattamiseen tarvittavat varat kerätään ja millä mekanismeilla sosiaali- ja terveyspalveluja tuottaville organisaatioille maksetaan. Suomen kannattaa ottaa mallia muualta maailmasta, muun muassa pakettihinnoittelussa ja palkitsemisjärjestelmissä.

Sote-uudistuksen tavoitteita voidaan edistää pakettihinnoittelulla

Sote-alueet rahoitetaan lakiesityksen mukaan kapitaatioperiaatteella kerätyillä kuntaosuuksilla. Kapitaatorahoitus perustuu kiinteään, potilaiden lukumäärään sidottuun korvaukseen. Sote-alueet rahoittavat tuotantovastuussa olevia kuntayhtymiä siten, että 80 % on kiinteä rahoitusosuus ja 20 % muuttuva osuus, joka riippuu siitä, miten kuntayhtymä on saavuttanut järjestämispäätöksen tehokkuus- ja vaikuttavuustavoitteet.

Uudistuksen tavoitteita sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisesta saumattomiksi hoitoketjuiksi sekä tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta voidaan edistää ottamalla käyttöön pakettihintoja (bundled payments) ja liittämään niihin tuloksista määräytyviä rahoitusosuuksia.

Kansainvälisiä kokemuksia hoitokokonaisuuksien pakettihinnoittelusta

Yhdysvalloissa hoitokokonaisuuksien rahoitusta on kokeiltu lähinnä erikoissairaanhoidossa 1980-luvulta alkaen. Tulokset ovat useimmiten olleet myönteisiä: toiminta on tehostunut (hoitokokonaisuuksien yksikkökustannukset ovat laskeneet), ja hoidon laatu on samalla parantunut. Jälkimmäinen johtuu lähinnä siitä, että hoitokokonaisuuksia on mietitty tarkkaan ja samalla on yhdenmukaistettu hoitokäytäntöjä. Hoitokokonaisuuksiin perustuvien rahoitusmallien merkitys kasvaa nyt olennaisesti, koska osana presidentti Obaman terveydenhuoltouudistusta liittovaltion Medicare-sairausvakuutus ottaa rahoitusmallit laajamittaisemmin käyttöön.

Myös Ruotsissa on viimeisen viiden vuoden aikana kehitetty pakettihinnoittelua, useimmiten osana terveyspalvelujen valinnanvapausjärjestelmiä. Näin ollen on vaikea

erottaa, mikä osuus seurauksista liittyy rahoitusmuotoon ja mikä osuus johtuu enemmän valinnanvapauden aiheuttamasta kilpailusta.

Tukholmassa on saatu hyviä kokemuksia valinnanvapausjärjestelmästä

Tukholman maakäräjät siirsi vuonna 2009 lonkan ja polven tekonivelleikkaukset valinnanvapausjärjestelmän piiriin. Hoitokokonaisuudelle määriteltiin kiinteä hinta, joka sisältää diagnostiset tutkimukset, leikkaushoidon ja leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen. Vaikuttavuusosaa ei rahoitusmalliin sisälly, mutta palvelujen tuottajan takuu eli vastuu komplikaatioiden hoitamisesta kaksi vuotta leikkauksen jälkeen – viisi vuotta, mikäli syntyy syvä haavainfektio – luo vahvan kannustimen välttää komplikaatioita ja näin ollen varmistaa hyvä hoitotulos.

Kolmen ensimmäisen vuoden tulokset ovat rohkaisevia: hoidettujen potilaiden lukumäärä lisääntyi 16 %, keskimääräinen hoitokustannus laski 17 % ja tilaajan vuosikustannus laski 4 %. Potilastyytyväisyys pysyi korkeana, komplikaatioiden määrä laski 25 %, eikä löydy viitteitä aiempaa lievempien tapausten hoitamisesta.

Syksyllä 2013 valinnanvapauden piiriin otettiin selkävun vuoksi suoritettavat leikkaukset. Uutena piirteenä on rahoitusmallin yksilötason riskivakiointi sekä tuloskomponenttina potilaan arvio siitä, oliko selkävaiva parantunut, jäänyt ennalleen tai pahentunut. Tulospalkkio määräytyy siitä, onko ennustettu hoitotulos ylitetty vai alitettu. Tulospalkkio voi nousta 10 prosenttiin kokonaiskorvauksesta.

Kapitaatorahoituksen ja kannustinpalkkiot yhdistävät rahoitusmallit ovat vielä harvinaisia

Rahoitusmallit, jotka kannustavat eheisiin palveluketjuihin perusterveydenhuollossa tai kroonisten sairauksien hoidossa, ovat toistaiseksi harvinaisia. Useimmat niistä ovat yhdistelmä kapitaatorahoituksesta ja kannustinpalkkioista, jotka määräytyvät hoitotuloksen, komplikaatioiden, laatuindikaattoreiden tai vältettävissä olevien sairaalajaksojen mukaan.

Hoitoyksiköiden välisen vertailukelpoisuuden parantamiseksi tulee potilaiden alkutilanteen riskitaso vakioida. Mallien hyväksyttävyyden varmistamiseksi on tärkeää, että vaikuttavuuden arviointi vastaa ammattihenkilöiden käsityksiä tavoiteltavasta hoitotuloksesta.

Palkitsemismallit kannattaa ottaa käyttöön myös Suomessa

Saumattomia hoitokokonaisuuksia ja vaikuttavuutta palkitsevia palvelujen tuottajien rahoitusmuotoja on syytä ottaa käyttöön uudessa sote-maailmassa. Ne ovat esimerkkejä taloudellisesta ohjauksesta, joka säätelee palvelujen tarjontaa, ja ne tarjoavat täsmäohjausta hallituksen kaavailemien kustannuskattojen tilalle tai niiden rinnalle.

Myös kysynnän säätelyssä tulee ottaa käyttöön muitakin keinoja kuin potilasmaksut, palvelujen saatavuuden rajoittaminen ja priorisointi, jossa osa sosiaali- ja hoitopalveluista jätetään julkisen rahoituksen ulkopuolelle. Toivon mukaan uudet keinot myös osittain korvaavat vanhoja.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve kasvaa demografisten muutosten seurauksena, ja tietämyksen ja teknologian kehitys antaa myös uusia kasvusykäyksiä. Kustannusten kasvu jatkuu, mutta veroasteen nousua on pakko rajoittaa. Yksityisten rahoituslähteiden eli kotitalouksien osuus kokonaisrahoituksesta lisääntyy vääjäämättä. Mikäli ne ohjataan tukemaan julkista palvelutuotantoa, on syytä lisätä kansalaisten valinnanmahdollisuuksia. Muuten on hyvin todennäköistä, että palvelut haetaan yksityissektorin toimijoilta.



Mats Brommels
professori, tutkimusyksikön johtaja
Medical Management
Karolinska Institutet
etunimi.sukunimi(at)ki.se