

# Osuuskunta julkisen terveydenhuollon mahdollisuutena

Mauno Vanhala

Yleislääketieteen professori, Itä-Suomen Yliopisto

Ylilääkäri, KSSHP, 13.11.2012

# Kunnilla on lakisääteinen sos- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu.

## Vastuuseen sisältyy

- -vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta ja edistämisestä
- -vastuu julkisen vallan käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa
- -vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelutarpeen selvittämisestä
- -vastuu palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta
- -vastuu tuotantotavasta päättämisestä
- -vastuu tuotannon seurannasta ja valvonnasta
- -vastuu järjestämiseen liittyvästä rahoittamisesta
- -vastuu voimavarojen tehokkaasta kohdentamisesta
- -vastuu sosiaali- ja terveystoimen kehittämisestä

# Järjestäminen/Tuottaminen

- Kunnilla on velvollisuus järjestää ja rahoittaa peruspalvelut kuntalaisilleen.
  - Järjestämisvastuun voi siirtää jollekin perustettavalle ”apparaatille”
- Kunta tai kuntien perustama ”apparaatti” voi tuottaa palvelut itse tai ostaa ne periaatteessa miltä tuottajalta tahansa!!!

# **TERVEYDEN- JA VANHUSTENHUOLLON KESKEISET RAHAVIRRAT-MONIKANAVAINEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄ**

- **KOKONAISMENOT 17,1 MRD € V. 2008**
- **JULKINEN RAHOITUS 76 % (KUNNAT 40%,  
VALTIO 22%, KELA 14%)**
- **KOTITALOUDET 19%, TYÖNANTAJAT 2,5% JA  
YKSITYISET VAKUUTUKSET 1,7%**

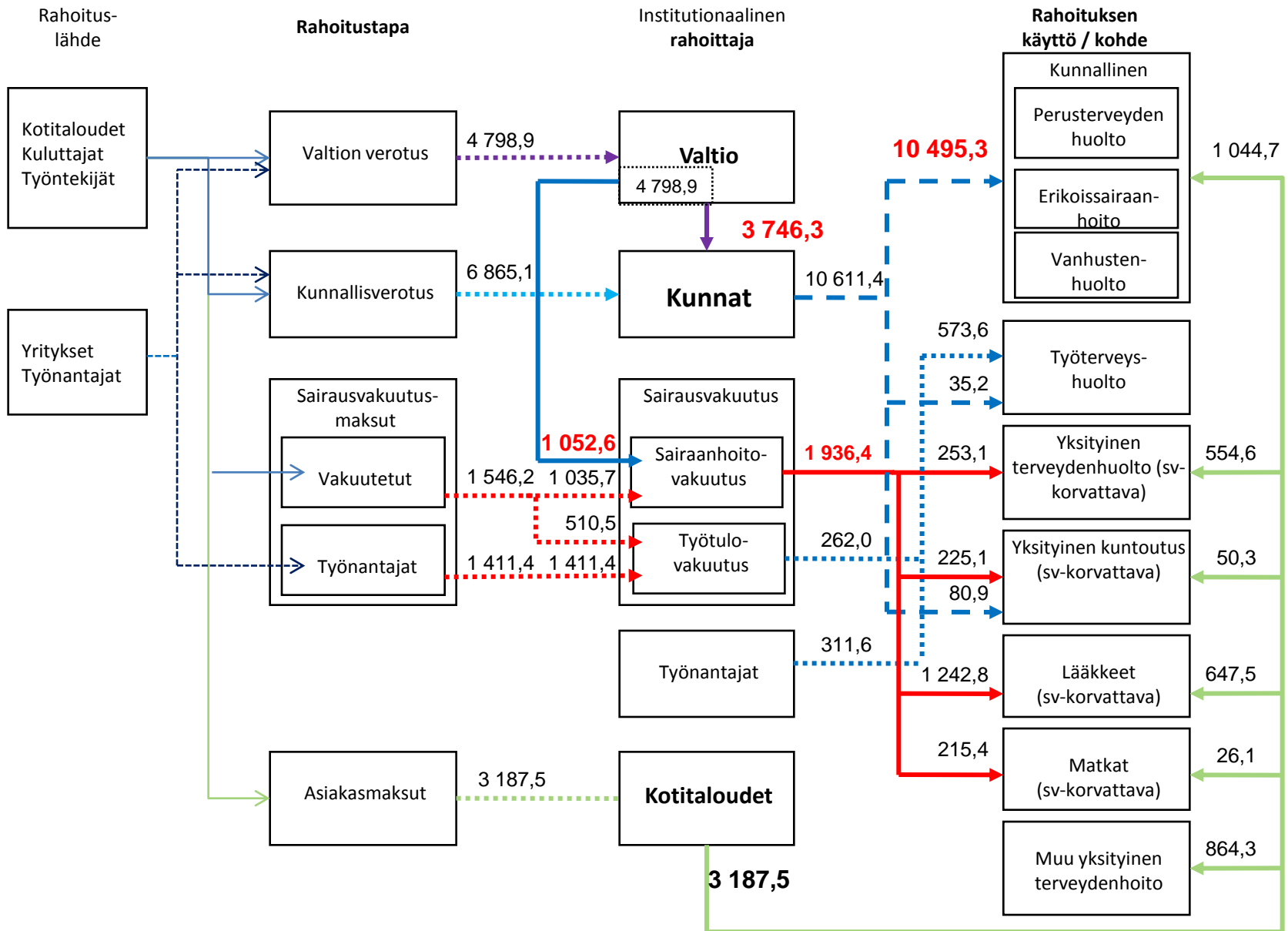
# Palvelujen järjestäminen / tilaaminen EU –maissa

	RAHOITTAJIA		TILAAJIA	
	Luku- määrä	Asukkaita/ rahoittaja	Luku- määrä	Asukkaita/ tilaaja
<b>SUOMI</b>	<b>336</b>	<b>15 795</b>	<b>336</b>	<b>15 795</b>
Kreikka	30	374 000	30	374 000
Itävalta	21	397 000	21	397 000
Malta	1	406 000	1	406 000
Saksa	200	411 000	200	411 000
<b>Ruotsi</b>	<b>21</b>	<b>439 000</b>	21	439 000
Luxemburg	1	471 000	9	52 000
Kypros	1	793 000	1	793 000
Slovakia	6	899 000	6	899 000
<b>Tanska</b>	<b>5</b>	<b>1 098 000</b>	5	1 098 000
Tseki	9	1 140 000	9	1 140 000
Viro	1	1 340 000	4	335 000
Slovenia	1	2 010 000	1	2 010 000
Espanja	20	2 216 000	20	2 216 000
Latvia	1	2 271 000	8	284 000
Italia	20	2 943 000	20	2 943 000
Liettua	1	3 366 000	5	673 000
Irlanti	1	4 250 000	1	4 250 000
Bulgaria	1	7 538 000	28	269 000
Unkari	1	10 035 000	1	10 035 000
Belgia	1	10 517 000	7	1 502 000
Portugali	1	10 620 000	5	2 124 000
Hollanti	1	16 390 000	19	863 000
Romania	1	22 215 000	42	529 000
Puola	1	38 116 000	1	38 116 000
Iso-Britannia	1	60 520 000	152	398 000
<b>Ranska</b>	<b>1</b>	<b>61 840 000</b>	3	20 613 000

Lähde: Thomson S, Foubister T,  
Mossialos E. Financing Health  
Care in Europe.

Observatory Studies Series No 17,  
European Observatory on Health  
Systems and Policies

# Terveyden- ja vanhustenhuollon keskeiset rahavirrat 17 100 m€ v. 2008



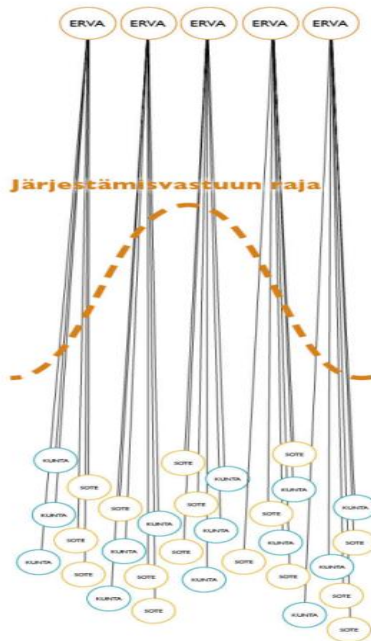
# LAAJA TERVEYDENHUOLLON RAKENNEMUUTOS TARVITAAN, KOSKA...

- Perusterveydenhuolto on pahoin rapautunut, entiset keinot eivät tehoa. Heikot ja lukuisat terveydenhuollon organisaatiot ovat joutuneet esim. lääkäri- ja hammaslääkärityön hankkimisessa korkeaa taloudellista tuottoa tavoittelevien yritysten rahastuksen kohteeksi.
- Nykyinen palvelujärjestelmä ja monikanavainen rahoitus ovat luoneet maan eri alueiden ja väestöryhmien välille merkittävän epätasa-arvon palvelujen saatavuuteen ja kustannuksiin, kannustaa siirtämään palvelu- ja kustannusvastuuta maksajalta toiselle ja synnyttää palvelujärjestelmään tehottomuutta, lisää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä ja kokonaiskustannuksia, synnyttää henkilöstön saatavuusongelmia julkisella sektorilla.
- Sosiaaliryhmien välinen elinajan pituuden ero on selvästi kasvanut! On kansallinen häpeätahra (miehillä jopa 13 vuotta ja naisilla 7 vuotta).

# Sotepol-ministeriryhmän malli

## Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kokonaisuus

Malli



Kunnat tai sote-alueet vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa sairaalahoitoa. Ervan asemaa selvitetään. Jatkotyössä täsmennetään edellytykset perustason (kunta tai sote-alue) kantokyvyille sekä järjestämisvastuu molemmilla tasoilla.

- Useita koordinaatiotehtäviä: kehittämistyö (kaste-aluejory-ideologialla), yhtenäisen hoidon kriteerit, menetelmien käyttö, myöntämiskriteerit, erityisryhmien palvelujen turvaaminen, tutkimustyö
- Suunnittelutehtäviä: palvelutarpeen ennakointi, henkilöstö- ja osaamistarpeen ennakointi; henkilöstön joustava käyttö
- Viranomaistehtäviä: ensihoitokeskuksen viranomaisrajapinta (HÄKE), taktinen ensihoito, potilasdirektiivin ennakkolupa
- Potilas-/asiakasrekisterit ja tietojärjestelmät

- Erityistason sosiaalipalvelut, kuten monikäyttäjien päihdepalvelut ja kuntoutus, erityisen vaativat huostaanotot kuten ipsestiepälyt
- Ensihoito ja Sote 24/7 täyden palvelun päivystys, erikoissairaanhoidon päivystys

- Viiden yliopistosairaalan toiminta, n. 10 "täyden palvelun" sairaalan toiminta, vaativa sairaalahoito, vaativa päiväkirurgia
- Pienten erityisryhmien erityisosaamista edellyttävät palvelut, jotka voidaan eriyttää perustason palveluista kuten syöpäsairauksien tutkimuksellinen hoito, lasten vaikeat kehityshäiriöt, kehitysvammapsykiatria, Valtakunnallisesti 1-2 yksikköön keskitettävät palvelut kuten elinsiirrot

- Koko väestön ensisijainen päivystys ja kriisipäivystys - edellyttää klinisiä tukipalveluita mm. geriatriasta arviointiyksikköä

- Elektiivinen ja akuuttigeriatrinen sairaalahoito, kuntoutus, osin sairauksien poliklinikkahoito

- Yleiset sote-neuvontapalvelut (call center), sosiaali- ja potilasasiain toiminta, sosiaalialan kehittämiskeskukset, perusterveydenhuollon yksiköt

- Perustason ehkäisevät ja korjaavat palvelut, pääosin lähipalveluina annettavina kuten kaiken ikäisten neuvolapalvelut, koulu-, opiskelu- ja työterveyshuolto, pitkäaikaissairauksien ehkäisy, seuranta ja hoito, ml. suun terveydenhuollon palvelut, yleislääkärin ja hoitajan vastaanotto, (perussosiaali-työ, toimeentulotuki, kotihoidon palvelut, omaishoidon tuki, tavanomainen katkaisuhoido, matalan kynnyksen palvelut, asumispalvelut; hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen; kehittämistyö, koulutus, tutkimus



# Palvelurakennetyöryhmän väliraportti

- 1) Suomeen muodostuu 60-70 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisaluetta, jotka järjestävät, rahoittavat ja tilaavat palvelut.**
- 2) Suurten kaupunkien palvelut järjestetään Vahva keskuskuntamallilla. Maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään ”vahva keskuskunta kunta” mallilla, Keskuskunta järjestää, rahoittaa ja tuottaa palvelut muille maakunnan kunnille/ sote-alueille isäntäkuntamallilla.**
- 3) Maakuntaan muodostetaan SOTE-piiri, jonka ”kautta” kunnat järjestävät, rahoittavat ja tilaavat tarvitsemansa sosiaali- ja terveyspalvelut.**

# Tuotanto

- Perinteisesti tuotettu pääosin omana toimintana
  - Kunnan/kuntayhtymän toimesta Sosiaalitoimi+ PTH (Terveyskeskukset) yhdessä tai erikseen= kunnan tehtävä
    - Nykyään työttömät, lapset ja nuoret sekä vanhukset käyttävät terveyskeskusten palveluja
  - Työterveyshuolto aiemmin omana, mutta nyttemmin yhä enemmän yksityisesti ja liikelaitoksina
    - Noin 1.2 miljoonaa suomalaista on yksityisen tai liikelaitosmallilla tuotetun työterveyshuollon piirissä
    - Pelaa eri säännöillä kuin oma tuotanto
    - Erityisesti yksityinen lisää eriarvoisuutta
  - Erikoissairaanhoito kuntayhtymissä= Sairaanhoidopiireissä
    - Valtio valtiossa

# Tuotanto

- Viime aikoina lisääntyvässä määrin etenkin PTH:ssa ja päivystyksissä lääkäripalveluja hankittu ostopalveluina ”Keikkalääkärifirmoilta”
  - *Vaikeuksia on tullut roppakaupalla*
  - *Laatu ja saatavuus (lääkäriin taidot, kielitaito jne. ei ole vastannut tilattua– ostamisen ongelma myös*
- Ulkoistettu kokonaisuuksia – *vaikeuksia odotellaan tulevan kun kriittinen kynnyks ulkoistuksissa ylittyy (30-40%??)*
  - *Markkinaa vallatessa ulkomaisten pääomasijoittajien rahoilla on vara tehdä tappiollakin, mutta kun kilpailijat on saatu nurin, hinta nousee väijäämättä.*

Nyt mylly on rikki ja matka ei ilman  
isoa tuotantoremonttia jatku



# Auttaisiko tuotanto-osuuskuunta?



# Terveydenhuollon Osuuskunta

- Henkilöiden ja/tai juridisten henkilöiden/kuntien jne. muodostama hanke, jonka tarkoituksena on tyydyttää jäsentensä (sosiaali- ja) terveydenhuollon tarpeita taloudellisesti, yhteisesti omistetun ja demokraattisesti hallinnoidun yrityksen avulla.

# Terveydenhuollon osuuskunnan toiminta

- terveydenhuollon toimintaa harjoittava yritys, jonka omistavat osuuskunnan jäsenet (kunnat, työntekijät, asiakkaat, yksityiset jne.).
- jäsenmäärää eikä pääomaa ei ole ennalta määrätty
- Tarkoitus: terveyspalveluiden tuotannon toteuttaminen, voittoa tavoittelematta
- mahdollisuus käyttää myös yksityisiä tuottajia
- mahdollisuus samanaikaisesti sisäiseen yrittäjyyteen tai työsuhteeseen

Olisiko uskottava, että nykyisellä tuotantomallilla emme pärjää yksityisten puristuksessa??





# Erilaisia mahdollisuuksia

- Maakunnallinen terveydenhuollon tuottajaosuuskuntamalli
- Terveysaseman tuottajaosuuskuntamalli
- Lääkäreiden muodostama tuottajaosuuskunta
- Spesiaalitoiminnan osuuskuntamalli
- Kuntien omistama lääkäriosuuskuntamalli

**Tilaaja MAAKUNNALLINEN Tilaaja/Järjestäjä**

Kunnat (poliitikoita +virkamiehiä) Vakuutuslaitoksia KELA, Työnantaja (TTH)	Tarvearvio koko terveydenhuollosta ja sosiaalitoimesta
--	--

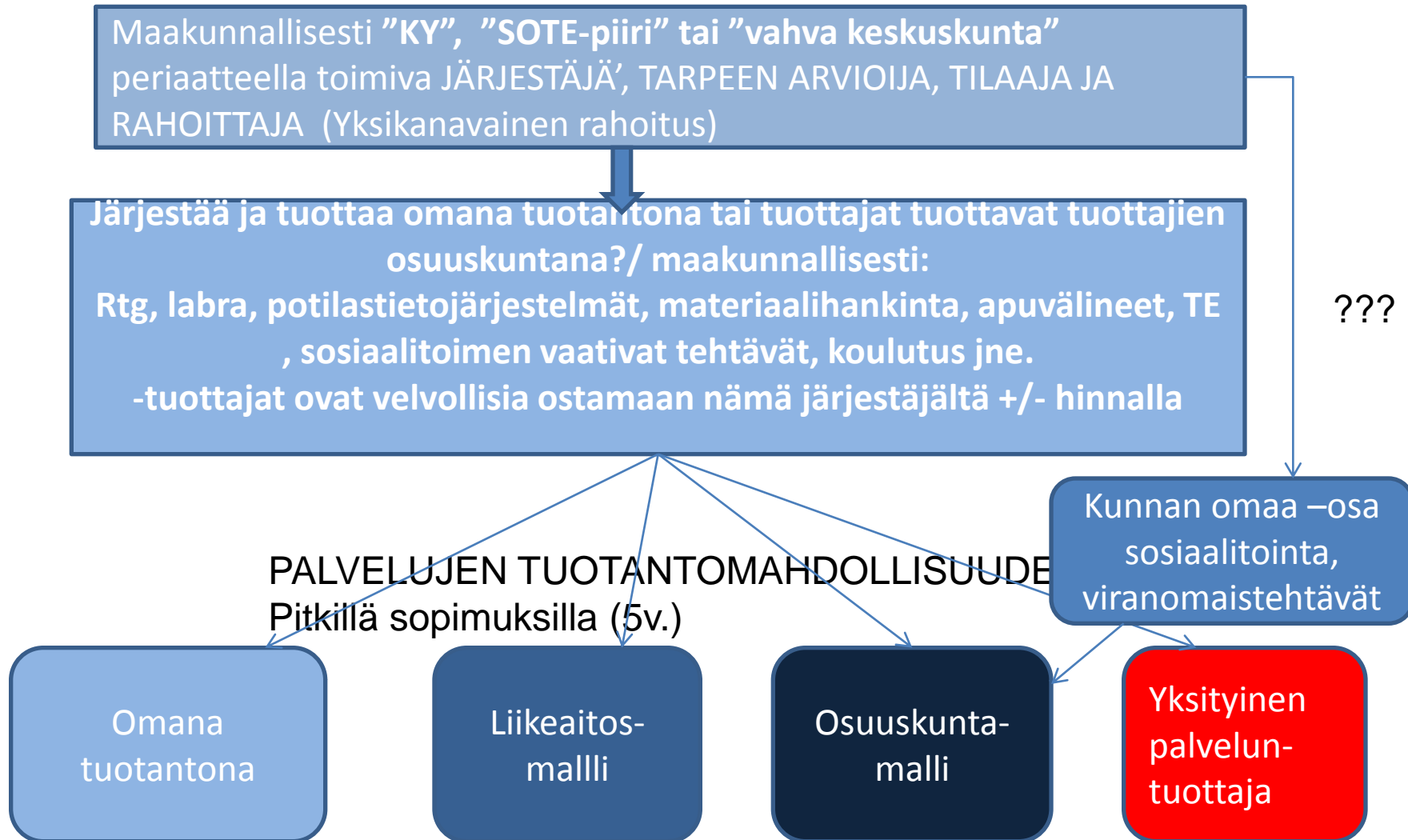
**Tuottaja MAAKUNNALLINEN Terveyspalvelujen Tuottajaosuuskunta**

<b>Osakkaina:</b> Kunnat (edustus= poliitikot (=demokratia) KELA Apteekit Yksityisiä palvelutuottajia Järjestöt	<b>Bonusosakkaina:</b> Henkilöstö Asiakkaat
---	---

# ”KY” tilaajana ja rahoittajana

- ”Kuntayhtymämalli” tai ”Vahva keskuskuunta” (virkamiehiä, poliitikoita)
- Hallinnoi ja hoitaa kiinteistöt, infrastruktuurin (mahdollisesti **Rtg, labra, potilastietojärjestelmät, materiaalihankinta, apuvälineet jne.**)
- Arvioi palvelutarpeen, määrittää laadun ja määrän
- Sopii Osuuskunnan kanssa tuotannosta pitkän aikavälin sopimuksella
- Toimii ”Yksikanavaisena” rahoittajana, esim. 3 viimeisen vuoden käytön (kunnat, KELA-korvaukset, Työnantajat jne.) keskiarvon perusteella

# So-Te palveluiden järjestäminen ja tuottaminen 2015



# Maakunnallinen Osuuskunta tuottajana

EDUSTAJISTO, joka osuuskunnan kokouksessa  
valitsevat Hallintoneuvoston

## HALLINTONEUVOSTO

KUNTA/KUNNAT	KELA	Työnant	Henkilö- kunta	Asiakk aat	Ap t.	III- sekt-
51% (10)	20% (4)	10% (2)	10% (2)	10%(2)	1P	1P

## HALLITUS

Terveysalan, Taloushallinnon, Lakiasioiden, jne.  
Käyttää Osuuskunnassa käytännön  
päättäntävaltaa

TOIMITUSJOHTAJA

## Erilaisten terveystalvelujen tuotantotapojen vertailua

Ominaisuus	SOTE	Keskus(isäntä) kunta	Liikelaitos	Osuuskunta	OY
<b>”Tavarantuotanto” kunnan kannalta katsoen. (Tilaaaja/tuottaja ?)</b>	Omana yhteisesti tuotettuna Tilaaaja/tuottaja sama	Omana isännälle +ostoina muille (tilaaaja-tuottaja + ja -)	Ostoina Tilaaaja-tuottaja kiinteässä yhteydessä	Ostoina (tilaaaja-tuottaja erillään)	Ostoina (tilaaaja-tuottaja erillään)
<b>Tuottamisen yrittäjä-pohjaisuus = kannustavuus</b>	-	-	- (+)	+++, kokonaistuotanto-pohjainen, kokonaisuuden lopputulos ratkaisee	+++,, ”tuotepohjainen”, tuottamatonta tuotetta ei kannata tehdä!!
<b>Tuottamisen itsenäisyys (omistaja-hallinnointi)</b>	-, täysin ohjattavissa = EI ITSENÄINEN (sekä tuotteet että tuottamisen tapa, eli paras tapa tuottaa ei onnistu?)	--(+), täysin ohjattavissa (sekä tuotteet että tuottamisen tapa, eli paras tapa tuottaa ei onnistu?)	-(+), itsenäisyys näennäistä, sekä tuotteet että tuottamisen tapa ohjattavissa	+++ Tuottaminen ohjattavissa, (edustajisto ja hallintoneuvosto), tuottamisen tapa itsenäinen	+++ huonosti ohjattavissa
<b>Rahalla ohjaus</b>	-	-	+ (tahtovat elää omaa elämäänsä)	+++ (tuotanto-sopimuksilla)	+++ (ostopolitiikalla)
<b>Toiminnan itsenäisyys</b>	-	-	+(-)	+++	+++
<b>”Voitto”, ylijäämä</b>	Ei ole	Ei ole	Yleensä tavoittelee 0-tulosta	Ylijäämä tekijöille ja jäsenille	Voitto osakkeenomistajille
<b>Tulevaisuusorientaatio</b>	+,-	+,-	+,-	+++	++
<b>Flexibiliteetti</b>	-(+)	-(+)	-(+)	+++	+,- (omistajat rajoittavat)

## Erilaisten terveystalvvelujen tuotantotapojen vertailua

Ominaisuus	SOTE	Keskus(isäntä) kunta	Liikelaitos	Osuuskunta	OY
<b>Alueellinen ja sosiaalinen tasa-arvo palvelujen saatavuudessa</b>	Poliittisten päätösten armoilla	Keskuskuntapainotteinen, epätasa-arvoinen, reuna-alueiden palvelut riippuvat ostajien rahavaroista	Riippuu sopimuksista, mutta lienee keskittävä malli	Parantaa tasa-arvoa, antaa palvelut lähellä	Heikentää alueellista tasa-arvoa, palvelut tuotetaan voittoa eniten tuottavissa yksiköissä
<b>Sosiaalinen ulottuvuus</b>	Mukana	Keskuskunnalla mahdollisesti mukana, reuna-alueilla puuttuu	Vaikea toteuttaa	Mukana	Ei
<b>Laatukysymykset</b>	Kunnallisen järjestelmän laatu, ei kannustavia elementtejä	Kunnallisen järjestelmän laatu, ei kannustavia elementtejä	Mahdollista ottaa laatupainotteiset kannustimet, mutta käytännössä ei ole ollut mahdollista	Laatupainotteiset kannustuselementit mukana	Laatuvaatimukset
<b>Hinta-laatusuhteen kannustavuus</b>	Entisenlainen, ei insentiivejä	Entisenlainen, ei insentiivejä	Entisenlainen, ei insentiivejä	Mukana, on näyttöä, että laatu paranee ja TE+preventio lisääntyvät	Mukana??, on toisaalta osoitettu, että terv.palvelujen yksityistäminen lisää hintaa ja huonontaa laatua

# Maakunnallinen osuuskuntamalli

## Edut

- Tilaaaja ja tuottaja erillään
- Omistaja ja johtaminen eriytetty
- Yksikanavainen rahoitus ja koko terveystalouden ketju yhdessä järjestelmässä (lääkkeet, sairauslomat, kuntoutus, vastaanotot, ESH. Jne.)
- Saumattomat hoitoketjut, jonot loppuvat
- Notkeasti reagoiva palveluntuottaja
- Yrityksenomainen tuotanto, henkilöstön motivoiminen mahdollista (bonukset)
- Väestön motivoiminen mahdollista
- Preventio ja TE nousuun
- Byrokratia minimissä

## Haitat

- Hyppy ”tuntemattomaan”, kulttuurin muutos voi hiertää
- Hallinto- ja tukipalvelurakenne karsiutuu (työt loppuvat joiltakin, tai joutuu siirtymään suoraan potilasta hyödyttävään työhön)
- Poliittinen päätäntävalta substanssin suhteen vähenee

## Mahdollisuudet

- Ei tarvita laajaa kuntauudistusta
- Resurssien suuntaus ”solmukohtiin”
- Henkilöstön motivoituminen, asiat hoidetaan oikea-aikaisesti, taloudellisesti
- Hallinnon ja tukipalveluiden karsinta
- Toimivan Potilastietojärjestelmän osto
- Parempaan kustannustehokkuuteen
- Estää haitallinen kilpailu henkilöstöstä

## Uhkat

- Laki voi tuoda ongelmia (kilpailutus, jne.)
- Henkilöstö ei lähde mukaan (henki päälle)
- Yksityinen sektori nousee vastaan
- Ei saada tarpeeksi karismaattisia vetäjiä
- Kunnat kokevat etäisyyttä malliin, toisin sanoen, epäilevät demokratian toteutumista = vaikuttamis- mahdollisuuksiaan



# Yksi terveysasema

- Henkilöstö perustaa Osuuskunnan
- Palvelujen järjestäjä ja Osuuskunta tekevät pidempiaikaisen sopimuksen (kilpailutuksen jälkeen?) terveyspalvelujen tuottamisesta
- Sosiaalitoimi soveltuvin osin???
- Rahoitus: Ikä- ja sairastavuusvakioitu kapitaatiomaksu= raha seuraa asiakasta periaate/ kunta/kuntayhtymä.
- ESH-kuluista lisäinsentiivi (esim. 3 viimeisen vuoden keskiarvon alittaminen tarkoittaa palkanlisää), samoin tukipalvelujen käytöstä insentiivi (labra, rtg.)
- Laatuvaatimukset

# Lääkäreiden osuuskunta

- Lääkärit perustavat osuuskunnan lääkäripalveluiden tuotantoon
  - Vastaa näitä kansainvälisiä keikkafirmoja, mutta sillä erolla, että työn on tarkoitus tuottaa palkka osuuskunnan jäsenille, ei voittoa yritykselle.
  - Mahdollisen ylijäämän jaosta kehittämiseen ja bonuksiin sovitaan erikseen
  - Olisi kunnille halvempi ja tekijöille palkitsevampi kuin ”Keikkafirmat”

# Kuntien perustama lääkäriosuuskunta

- Kilpailisi Attendon yms. kanssa markkinoista
  - Olisi aina halvempi kuin yksityinen (pahin keikkalääkäriin pyydetty palkka/vuosi 350.000€, Punkaharju?)
- Kunnilla lääkäriosuuskunta, joka toimisi tekijöiden kannalta samoilla tai paremmilla eduilla kuin yksityiset keikkafirmat
- Täytyy olla hyvät vetäjät

# Pitäisikö kokeilla??



KOULUTUSOHJELMAEHDOTUS:  
KUINKA PERUSTAN OSUUSKUNNAN!!

