

Talous ja terveys: ystäviä vai vihollisia?

Avoim Eettinen Foorumi

Joensuu 5.9.2016

Martti Kekomäki

kuka äänessä?

- ▶ tottelen kutsunimeä ”keko”
- ▶ lastenkirurgina HYKS-TYKS-Aurora-HUS 30 v
- ▶ hallintoylilääkärinä HYKS-HUS 8 v, th hallinnon professorina HY 3 v
- ▶ ei omistuksia lääke- tai laiteollisuudessa
- ▶ ei poliittisen puolueen jäsenyyttä, ”sosiaalinen konservatiivi”
- ▶ sote-asiantuntijaryhmän jäsen 2014 alkaen edelleen

raha(ko) ratkaisee?



taustaksi on käsitettävä,

- ▶ mikä määrää terveysbudjettien koon
- ▶ kuka siitä päättää
- ▶ mitä sotessa tavoitellaan ja miten
- ▶ mitä tarkoitetaan terveydenhoidon laadulla
- ▶ miksi hoitoja on priorisoitava
- ▶ miten hoitoja on priorisoitava
- ▶ euro ja ekonomia: etiikan ystäviä vai vihollisia?

mikä määrää terveyssektorin euromääräisen koon?

tarjolla olevia vaihtoehtoja:

- ▶ väestön sairastavuus?
- ▶ väestön ikärakenne?
- ▶ vero- tai vakuutus pohjainen rahoitus?
- ▶ yksityinen tai julkinen palvelutuotanto?

mikä määrää terveyssektorin euromääräisen koon?

tarjolla olevia vaihtoehtoja:

- ▶ väestön sairastavuus?
- ▶ väestön ikärakenne?
- ▶ vero- tai vakuutus pohjainen rahoitus?
- ▶ yksityinen tai julkinen palvelutuotanto?
- ▶ *ei mikään näistä*

mikä määrää terveyssektorin koon?

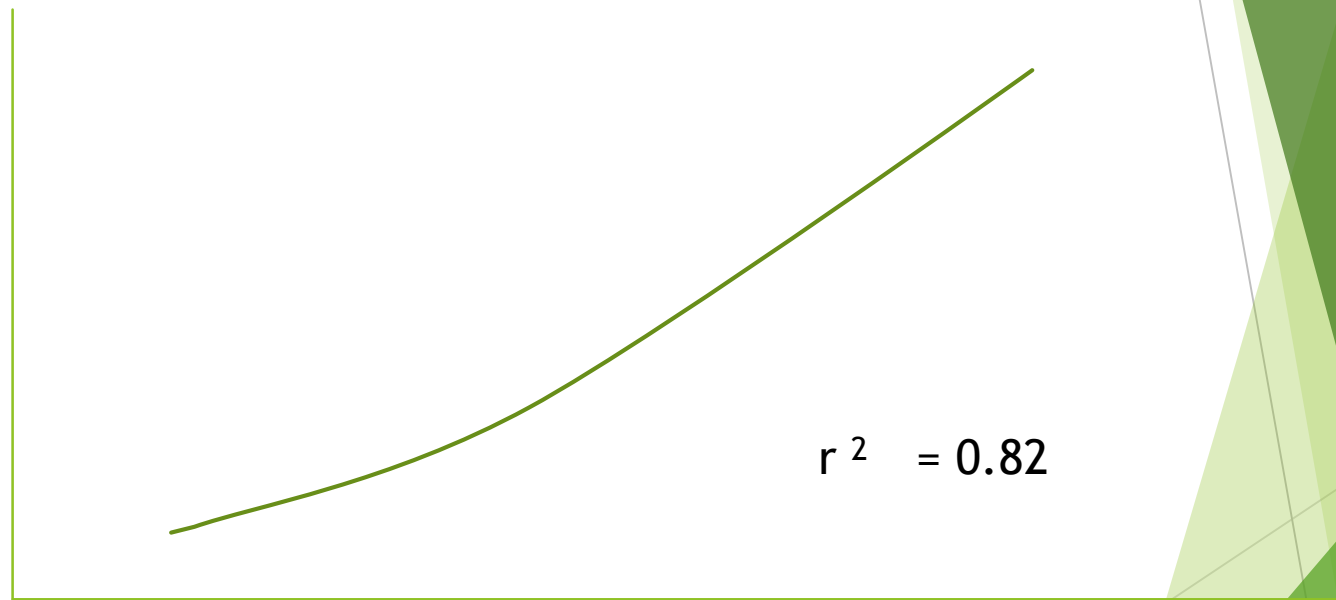
tarjolla olevia vaihtoehtoja:

- ▶ väestön sairastavuus?
- ▶ väestön ikärakenne?
- ▶ vero- tai vakuutus pohjainen rahoitus?
- ▶ yksityinen tai julkinen palvelutuotanto?
- ▶ **- vaan kansakunnan bruttokansantuote/nuppi, sen 'vauraus'?**

bkt ja terveyssektori (OECD, HealthData)

terveyssektori, \$/capita

X (USA)



bkt, \$/capita

82 % maakohtaisesta vaihtelusta selittää yksi ainoa tekijä, *maan vauraus*

siis (=nykykielellä ”elikkä”)

- ▶ vauraus selittää kansakuntien terveyssektorien vaihtelusta yli 4/5, monta kertaa enemmän kuin *kaikki muut tekijät yhteensä*
- ▶ huomaa, että käyrä taipuu ylöspäin:
 - ▶ vaurauden kasvaessa rahaa laitetaan terveyteen suhteellisesti yhä enemmän
 - ▶ **siksi terveyspalvelut ovat kansantaloudellisesti *yllellisyys-* eivätkä *välttämättömyshyödyke*, kuten moni ajattelee**

kuka siis päättää?

- ▶ me kaikki täällä päätämme, siis te ja minä, kaikki joensuulaiset ja kaikki suomalaiset päätämme hyvinvointisektorin koosta
- ▶ kaksitasoisissa vapaissa ja salaisissa vaaleissa
- ▶ meidän yläpuolellamme ei ole ketään päättäjää
 - ▶ *on siis turha tuskailla rahan puutetta, koska me yhdessä päätämme rahan määrästä, ihan vapaasti*

sote määritteli *korjattavat ongelmat 2014* seuraavasti:

- ▶ kansalaisten epätasa-arvo hyvinvointipalveluiden saatavuudessa ja saavutettavuudessa
- ▶ *kustannuskehityksen hallinta väestön huoltosuhteen (ja elatussuhteen) heiketessä*

- ja määritteli korjaavat *menetelmät* seuraavasti:

- ▶ ohjaus kuntia leveämmille hartioille
- ▶ hyvinvointipalveluiden täydellinen horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio eli ketjuttaminen
- ▶ kapitaatorahoitus
- ▶ *tämä oli sunnuntaina 23.3.2014 kaikkien kahdeksan eduskuntapuolueen puheenjohtajan historiallinen, jopa ainutlaatuiseksi ylistetty konsensuspäätös Kesärannassa*

mitä *palveluiden laatu on*: laadun kuusi ulottuvuutta

- ▶ vaikuttavuus
- ▶ tehokkuus
- ▶ turvallisuus
- ▶ potilaskeskeisyys
- ▶ oikea-aikaisuus
- ▶ tasa-arvoisuus

terveydenhuollon laadun kuusi ulottuvuutta

(lähde Institute of Medicine, USA 2001)

ulottuvuus

- ▶ vaikuttavuus, effectiveness
- ▶ tehokkuus, efficiency
- ▶ turvallisuus, safety
- ▶ potilaskeskeisyys, patient-centeredness
- ▶ oikea-aikaisuus, timeliness
- ▶ tasa-arvoisuus, equity

tulkinta

- ▶ että saadaan aikaan jotain myönteistä, joka on tulosta hoidosta
- ▶ ettei tuhlaata ja toistella samoja virheitä
- ▶ ettei hoito ole tautia vaarallisempi
- ▶ eikä organisaatio- tai ammattikuntakeskeisyys
- ▶ hoidetaan silloin, kun syntyvä hyöty on maksimissaan
- ▶ sama tarve, sama toteutunut hoito

lyhyt katsaus: terveydenhuollon arvot

pohdinnan kohteina

- ▶ mistä arvot ovat tulleet ja nyt tulevat?
- ▶ voidaanko arvojen toteutumista seurata ja mitata?

miksi arvoista puhutaan ja mitä?

kolme isoa totuutta:

- ▶ 1. arvot määräävät lopulta hyvin paljon: **talous on lähinnä väline arvojen toteuttamiseen**
- ▶ 2. arvot ovat *historian sipuli*; **suuri osa arvoista on omaksuttu reaktionaarisesti**, korjaamaan jotain pulmaa
- ▶ 3. arvot ja painotukset **muuttuvat hiljalleen ajassa, nytkin**

ajankohtaisuuden tausta

- ▶ hoidon tarve kasvanut, kasvaa edelleen
- ▶ *hoitomahdollisuudet lisääntyneet, lisääntyvät varmasti edelleen*
- ▶ käsiteltäviin asioihin kuuluvat lyhyesti:
 - ▶ mitä tehdään ja miten
 - ▶ kuka johtaa
 - ▶ millä *arvoilla*, tiedoilla ja välineillä

terveyspalvelujen arvomaailma 1

- ▶ terveyspalvelujen tuottamisen *arvoperusta* ja *historia* *kirkollinen* (Franciscus Assisilainen)
 - ▶ palvelun **kohde**

terveyspalvelujen arvomaailma 1

- ▶ terveyspalvelujen tuottamisen *arvoperusta* ja *historia* **kirkollinen** (Franciscus Assisilainen)
 - ▶ palvelun **kohde**
- ▶ kattavan sosiaalivakuutuksen tausta **valtiollinen**, sidottu työsuhteeseen (Otto v. Bismarck)
 - ▶ palveluiden **rahoitustapa**

terveyspalvelujen arvomaailma 1

- ▶ terveyspalvelujen tuottamisen *arvoperusta* ja *historia* **kirkollinen** (Franciscus Assisilainen)
 - ▶ palvelun **kohde**
- ▶ kattavan sosiaalivakuutuksen tausta **valtiollinen**, sidottu työsuhteeseen (Otto v. Bismarck, Saksan keisarikunta 1880-luku)
 - ▶ palveluiden **rahoitustapa**
- ▶ Pohjoismaissa *paikallisdemokraattinen*, sidottu asuinpaikkaan, kytketty vahvasti **alueelliseen** itsemääräämisoikeuteen (kunta tai sote-alue)
 - ▶ palveluiden **ohjaus**

terveyspalvelujen arvomaailma 2

kohti synteesiä:

- ▶ *kristinuskosta* ihmisen ainutkertaisuus, lähimmäisenrakkaus, elämän kunnioitus

terveyspalvelujen arvomaailma 2

kohti synteesiä:

- ▶ *kristinuskosta* ihmisen ainutkertaisuus, lähimmäisenrakkaus, elämän kunnioitus
- ▶ *sosialismista* kollektiivinen (rahoitus)vastuu, tasa-arvon tulkinta

terveyspalvelujen arvomaailma 2

kohti synteesiä:

- ▶ *kristinuskosta* ihmisen ainutkertaisuus, lähimmäisenrakkaus, elämän kunnioitus
- ▶ *sosialismista* kollektiivinen (rahoitus)vastuu, tasa-arvon tulkinta
- ▶ *liberalismista* tehokkuus, kilpailu, yksilöllisyys, asiakkuus, kannusteet, valinnan vapaus

Isoja jakolinjoja

- ▶ *universaalipalvelut*

- ▶ yhteinen **rahoituspohja**, yhteinen **päätöksentekojärjestelmä**, suurelta osin julkinen **tuotanto**, täydentäjänä vahvasti valvottu yksityinen tuotanto (palvelusetelit)

Isoja jakolinjoja

▶ *universaalipalvelut*

- ▶ yhteinen **rahoituspohja**, yhteinen **päätöksentekojärjestelmä**, suurelta osin julkinen **tuotanto**, täydentäjänä vahvasti valvottu yksityinen tuotanto (palvelusetelit)

▶ *marginaalipalvelut*

- ▶ palvelut rahoitetaan ja järjestetään vain niille, jotka eivät itse kykene niitä hankkimaan;
- ▶ kaiken muun hoitavat yksityiset vakuutus- ja palvelumarkkinat

ääripäät lyhyesti

- ▶ universaalipalvelut
 - ▶ (pohjoismainen) **hyvinvointiyhteiskunta**
- ▶ marginaalipalvelut
 - ▶ **yöpartijavaltio**, sen vastuulla vain ulkoinen ja sisäinen turvallisuus sekä oikeuslaitos

EU ja sote

- ▶ EU:n Potilasdirektiivi (1.1.2014) vei terveyspalvelut neljän vapaan liikkuvuuden maailmaan
 - ▶ markkinat siistivät sitten huonot tuottajat pois
 - ▶ *EU ei puhu mitään hoitointegraatiosta* vaan erillisistä palveluista
- ▶ sote tähtää järjestelmän horisontaaliseen ja vertikaaliseen integraatioon, ei korosta erillisiä palveluita vaan yhteistyötä, palveluiden ketjutusta

hankkeet ovat keskenään selvässä mutta poliittisesti vaietussa ristiriidassa

John Rawls: The Theory of Justice

- ▶ olet ulkopuolinen arvioija, näet koko systeemin *mutta et tiedä itsestäsi mitään*: "the veil of ignorance":
 - ▶ tehtävä: maksimoi tässä tilanteessa oma hyvinvointisi!
- ▶ tulkinta:
 - ▶ voit lisätä järjestelmän *epätasa-arvoa* siihen saakka, että heikoimmassa asemassa olevan tila *lakkaa kohenemasta*
 - ▶ tasa-arvo \neq samanlaisuus
 - ▶ tasa-arvo = yhtä täydellisesti toteutunut samanlainen palvelutarve
- ▶ toimintamalli:
 - ▶ ensin yrittäjyyden tukeminen, sitten vahvat tulonsiirrot

mitä hoitojen priorisointi on?

- ▶ priorisointi on tietoinen, avoin ja ratkaisuja ohjaava prosessi, jossa (pohjaton) palvelu **tarve** (need) muutetaan (rajalliseksi) palvelu **kysynnäksi** (demand)
- ▶ **tarpeella ei välttämättä ole maksajaa, kysynnällä on**

miksi hoitoja on priorisoitava?

- ▶ 1) koska *emme ole ainoita terveyden tuottajia* suomalaisessa yhteiskunnassa emmekä edes kovin tehokkaita: yhteistä rahaa tarvitaan muuhunkin terveyden tuottamiseen

miksi hoitoja on priorisoitava?

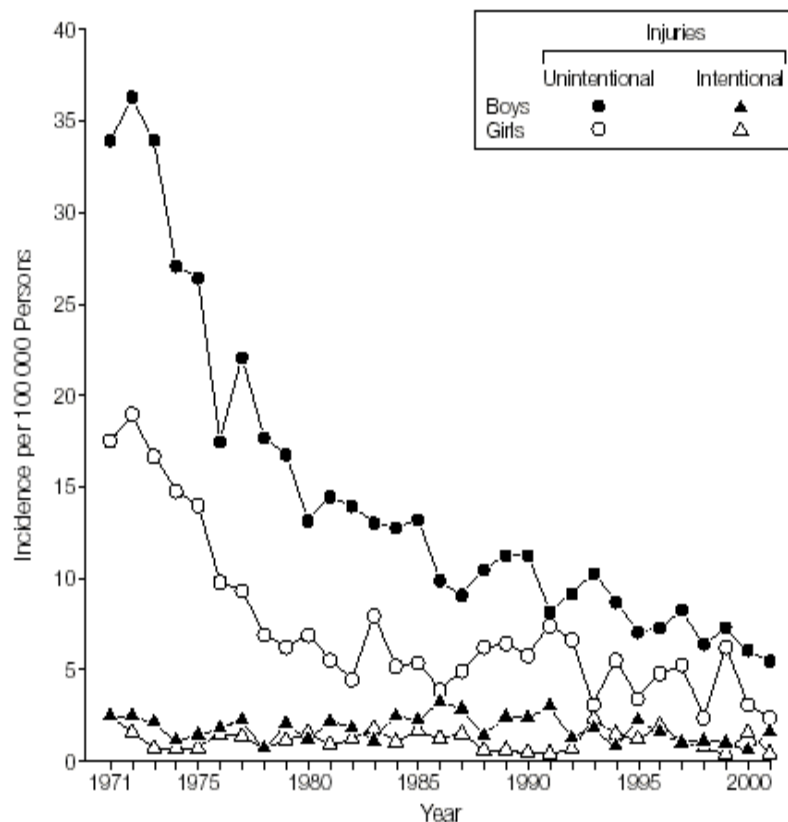
- ▶ 1) koska *emme ole ainoita terveyden tuottajia* suomalaisessa yhteiskunnassa emmekä edes kovin tehokkaita: yhteistä rahaa tarvitaan muuhunkin terveyden tuottamiseen
- ▶ 2) koska lääketieteemme on niin huonoa (kyllä, silmissäsi ei ole vikaa: *huonoa*)

selityksiä kohtaan 1)

- ▶ Yhdysvaltojen tuberkuloosista oli hävinnyt n. 90 % ennen ensimmäisen vaikuttavan hoidon keksimistä
- ▶ vv 70-00 Suomen lasten tapaturmakuolleisuus pieneni yli 80 % eli selvästi enemmän kuin lasten syöpäkuolleisuus; lääketieteen osuus traumakuolleisuuden muutoksessa oli lähes olematon
- ▶ **siis me valitsemme, kunnan, maakunnan ja valtion tasoilla, miten terveyttä tuotetaan:**
 - ▶ pyöräteitä vai -tuoleja?
 - ▶ pallokenttiä vai -laajennuksia?
 - ▶ ohituskaistoja vai -leikkauksia?
 - ▶ tekojääratoja vai -niveliä?

terveydenhuolto ei ole ainoa terveyden tuottaja nytkään: making the environment safer

Figure. Annual Incidence (per 100 000 Persons) of Fatal Injuries Among Finnish Girls and Boys Aged 0 to 14 Years, 1971-2001.



other possible explanations, although there is good evidence from the reports in the United States and some other countries that policy and law enforcement interventions are more effective than educational programs in reducing injury death rates.⁷ An additional factor that may relate to the above-noted positive time trend in fatal injuries is more rapid access to emergency services and improved trauma care.

Jari Parkkari, MD, PhD

Ville Mattila, MSc

Tampere Research Center of Sports Medicine

UKK Institute for Health Promotion Research

Tampere, Finland

Seppo Niemi

Accident & Trauma Research Center

UKK Institute for Health Promotion Research

Pekka Kannus, MD, PhD

Department of Surgery

Tampere University Medical School and University Hospital

Tampere

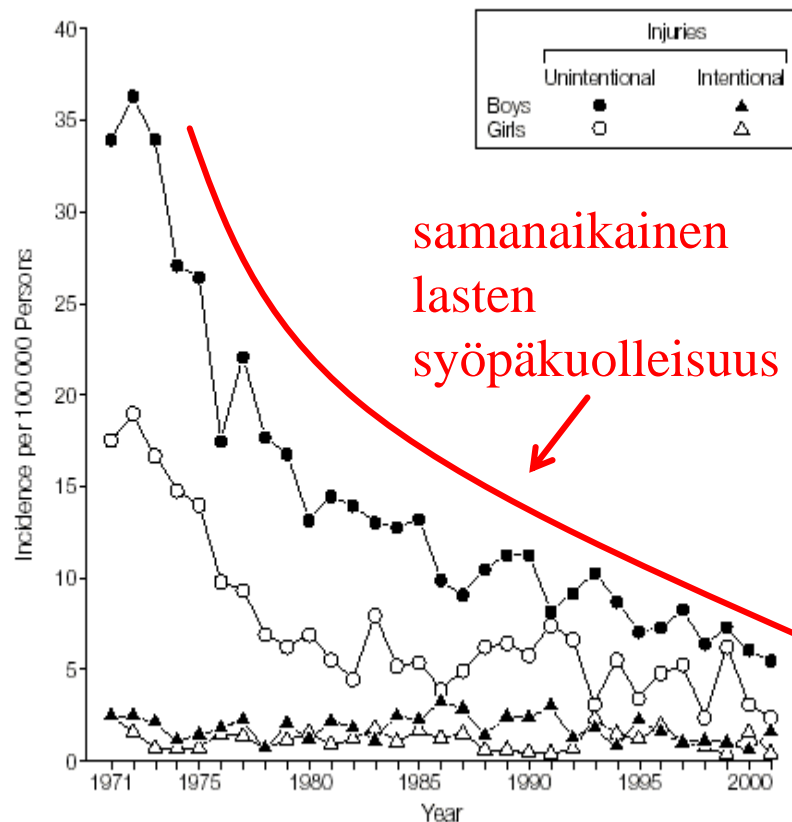
Funding/Support: This study was financially supported by the Medical Research Fund of Tampere University Hospital, Tampere, Finland.

1. Scheidt PC, Harel Y, Trumble AC, Jones DH, Overpeck MD, Bijur PE. The epidemiology of nonfatal injuries among US children and youth. *Am J Public Health.* 1995;85:932-938.

2. Bartlett SN. The problem of children's injuries in low-income countries: a review. *Health Policy Plan.* 2002;17:1-13.

making the environment safer

Figure. Annual Incidence (per 100 000 Persons) of Fatal Injuries Among Finnish Girls and Boys Aged 0 to 14 Years, 1971-2001.



other possible explanations, although there is good evidence from the reports in the United States and some other countries that policy and law enforcement interventions are more effective than educational programs in reducing injury death rates.⁷ An additional factor that may relate to the above-noted positive time trend in fatal injuries is more rapid access to emergency services and improved trauma care.

Jari Parkkari, MD, PhD

Ville Mattila, MSc

Tampere Research Center of Sports Medicine

UKK Institute for Health Promotion Research

Tampere, Finland

Seppo Niemi

Accident & Trauma Research Center

UKK Institute for Health Promotion Research

Pekka Kannus, MD, PhD

Department of Surgery

Tampere University Medical School and University Hospital

Tampere

Funding/Support: This study was financially supported by the Medical Research Fund of Tampere University Hospital, Tampere, Finland.

1. Scheidt PC, Harel Y, Trumble AC, Jones DH, Overpeck MD, Bijur PE. The epidemiology of nonfatal injuries among US children and youth. *Am J Public Health.* 1995;85:932-938.

2. Bartlett SN. The problem of children's injuries in low-income countries: a review. *Health Policy Plan.* 2002;17:1-13.

selityksiä kohtaan 2)

- ▶ osaamme kyllä **hoitaa**, mutta **parantamiskykymme** on paljon, paljon heikompi:
 - ▶ insuliini ei paranna sokeritautia
 - ▶ yksikään lääke ei paranna verenpainetautia
 - ▶ CABG/PTCA ei paranna koronaaritautia
 - ▶ endoproteesileikkaus ei paranna osteoartroositautia
 - ▶ eikä depressiolääkitys paranna depressiotautia
- ▶ kroonisten, parantumattomien sairauksien hoito vie suurimman osan (n. 70 %) länsimaiden terveysbudjetista ja on 84 %:ssa kuoleman syy

ja vielä:

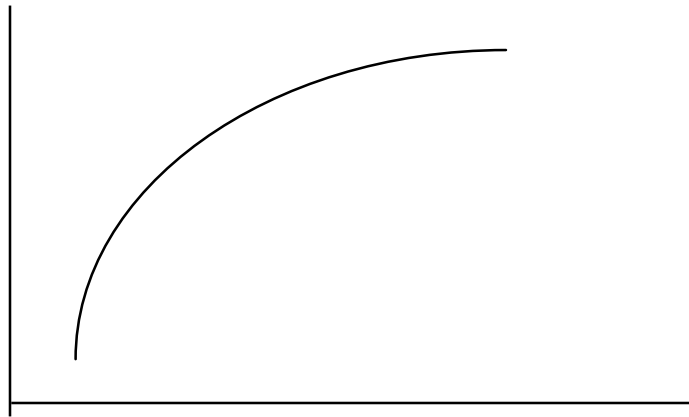
- ▶ suurin osa parantumattomista taudeista on yhteydessä *yksilöiden valintoihin*, jotka koskevat
 - ▶ ravinnon määrää ja laatua
 - ▶ suhdetta ns. nautintoaiheisiin
 - ▶ liikuntaa ja
 - ▶ ihmissuhteita ml. sukupuoliä käyttäytymistä
- ▶ näitä valintoja me kaikki teemme ihan joka päivä
- ▶ viisaita valintojakin tulisi tukea yhteisestä pussista, ei pakottamalla, vaan tarjoamalla myönteisiä vaihtoehtoja

miten olisi priorisoitava?

- ▶ niin, että terveystbudjeteilla saadaan **maksimaalinen määrä terveyttä**
- ▶ mutta samalla on pidettävä mielessä oikeudenmukaisuuden tavoite
 - ▶ ”oikeudenmukaisuuden” tulkinta: **tarveperusteinen tase-arvo**
- ▶ mitään muuta ratkaisua ei voida puolustaa läheskään yhtä hyvin

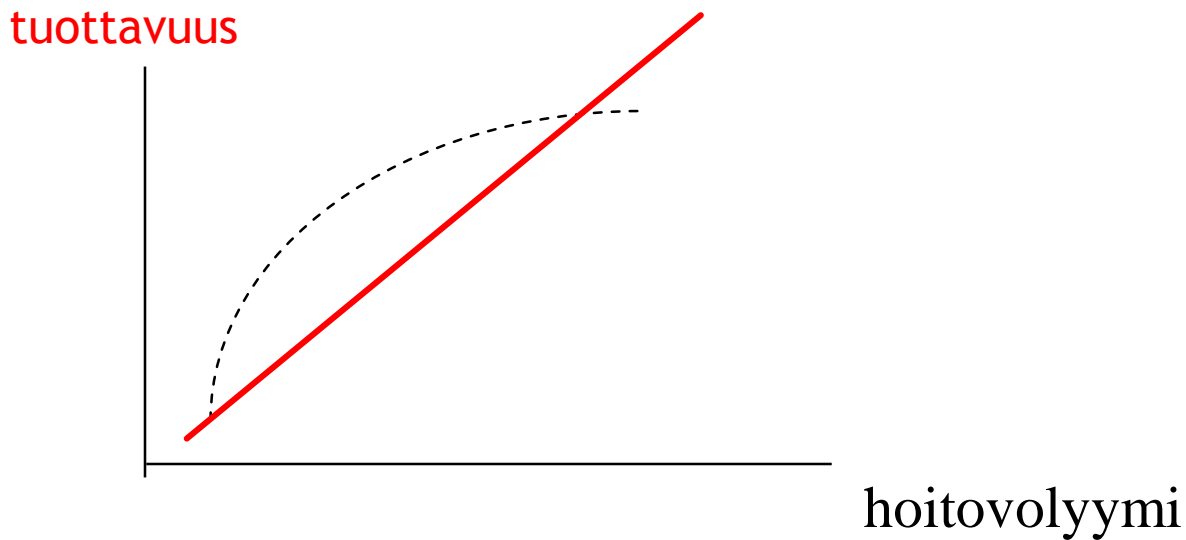
toiminnasta syntyvä terveyshyöty ei kasva lineaarisesti hoitovolyymin eli tuottavuuden kasvaessa

terveyshyöty



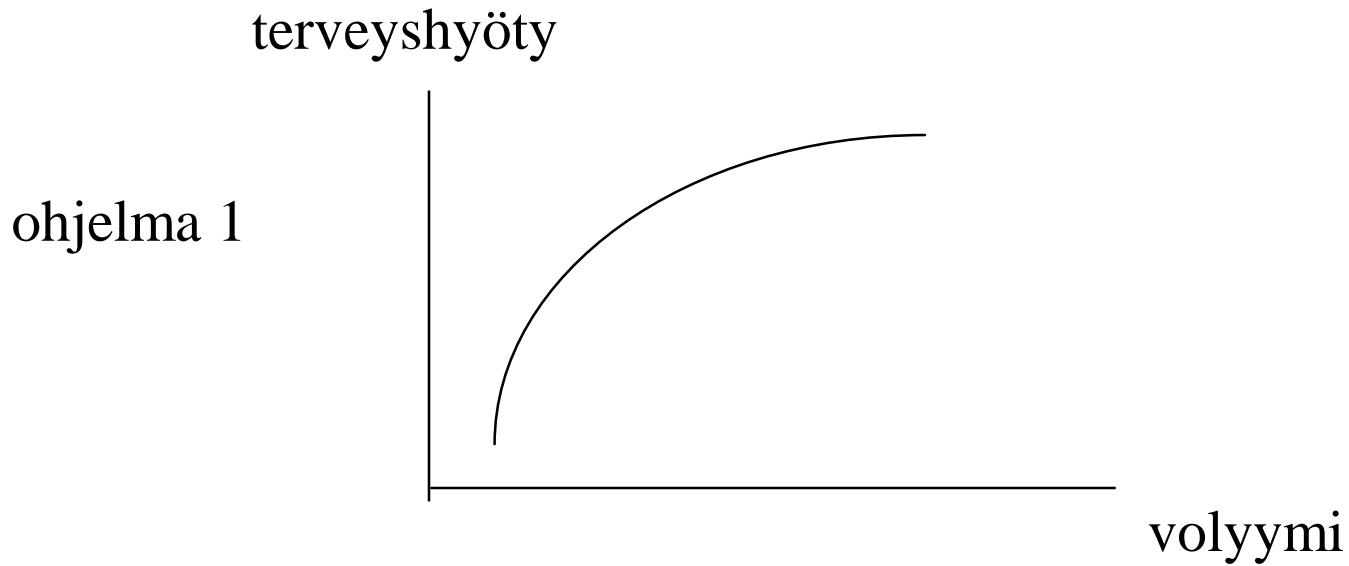
hoitovolyymi

toiminnasta syntyvä terveyshyöty ei kasva lineaarisesti hoitovolyymin kasvaessa

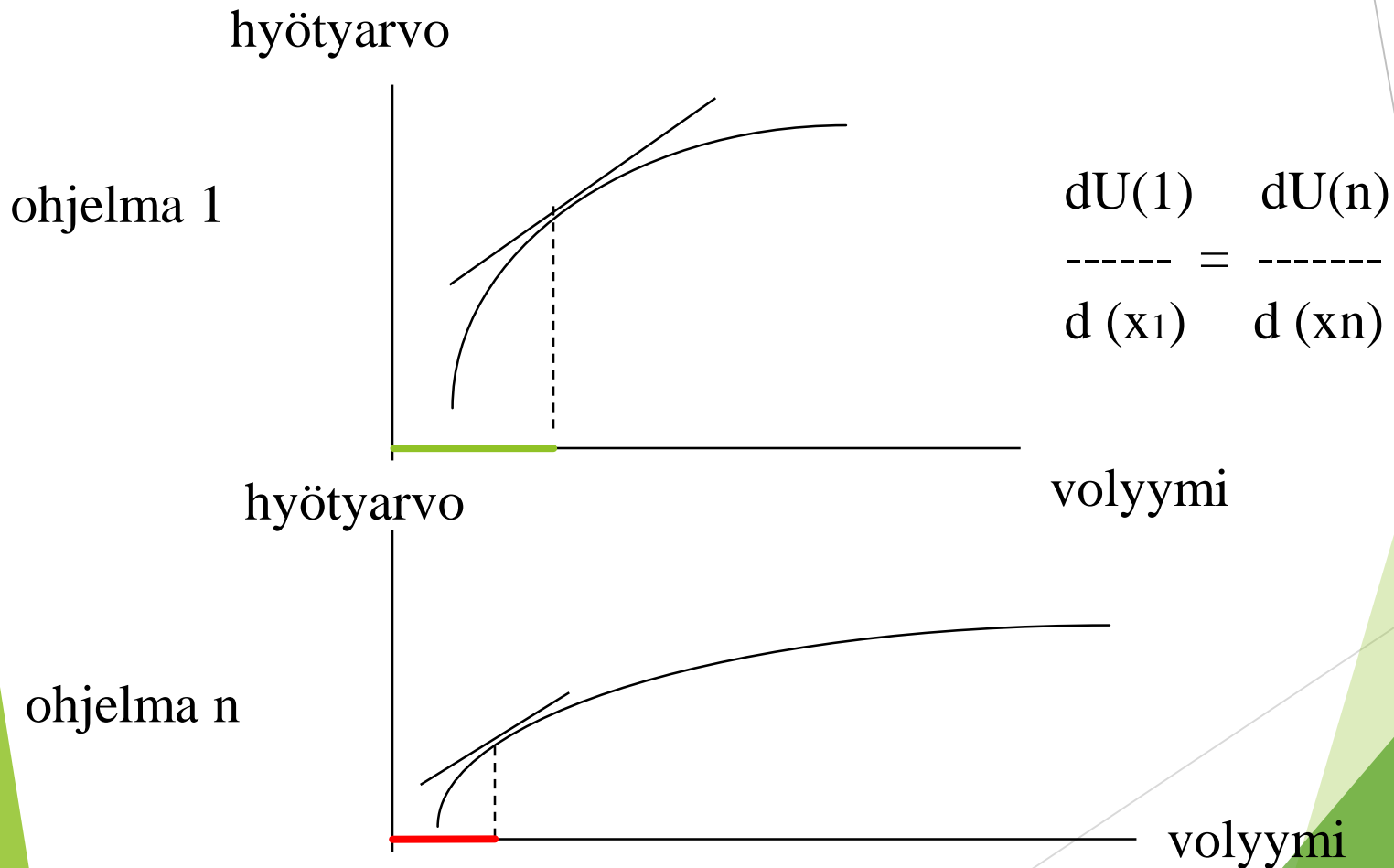


vaikka siis palvelutuottavuus kasvaakin suoraviivaisesti

järkiperäisen priorisoinnin perusajatus



järkiperäisen priorisoinnin perusajatus



sitten siirrymme soteen...

sote muuttaa monta asiaa (mutta vain onnistuessaan):

- ▶ huomion siirtäminen ja ansaintalogiikan muuttuminen tuottavuudesta toiminnan vaikuttavuuteen, ***yksilön pärjäämiseen***
- ▶ korvausperusteen muuttuminen tuotetusta palvelusta ***hyvinvointivastuun kantamiseen***
- ▶ vakuutuslogiikan muuttuminen kaiken kattavasta vakuutuksesta (indemnity insurance) ***kapitaatioon***
- ▶ ***taloudellisen riskin siirtäminen*** (suurelta) maksajalta (sitä tuntuvasti pienemmälle) tuottajalle

soteprosessin uusia uhkia:

- ▶ valinnanvapauden ylikorostaminen uhkaa johtaa sirpaleiseen, eriarvoiseen ja yhä kalliimpaan rahoitussysteemiin
- ▶ riskin epäonnistunut hallintayritys uhkaa johtaa (esim. iän perusteella) painotettuun kapitaatioon
- ▶ aktiivinen mainostaminen kuorii vakuutuspooliin terveimmät ja luo pulman nimeltä 'profitable selection' (=adverse selectionin vastakohta)

uhkat tunnistettu: esimerkiksi Suomen Lääkäriliiton kyselyssä 2016 vain vähemmistö uskoi valinnanvapauden parantavan tasa-arvoa ja auttavan kustannusten hallinnassa

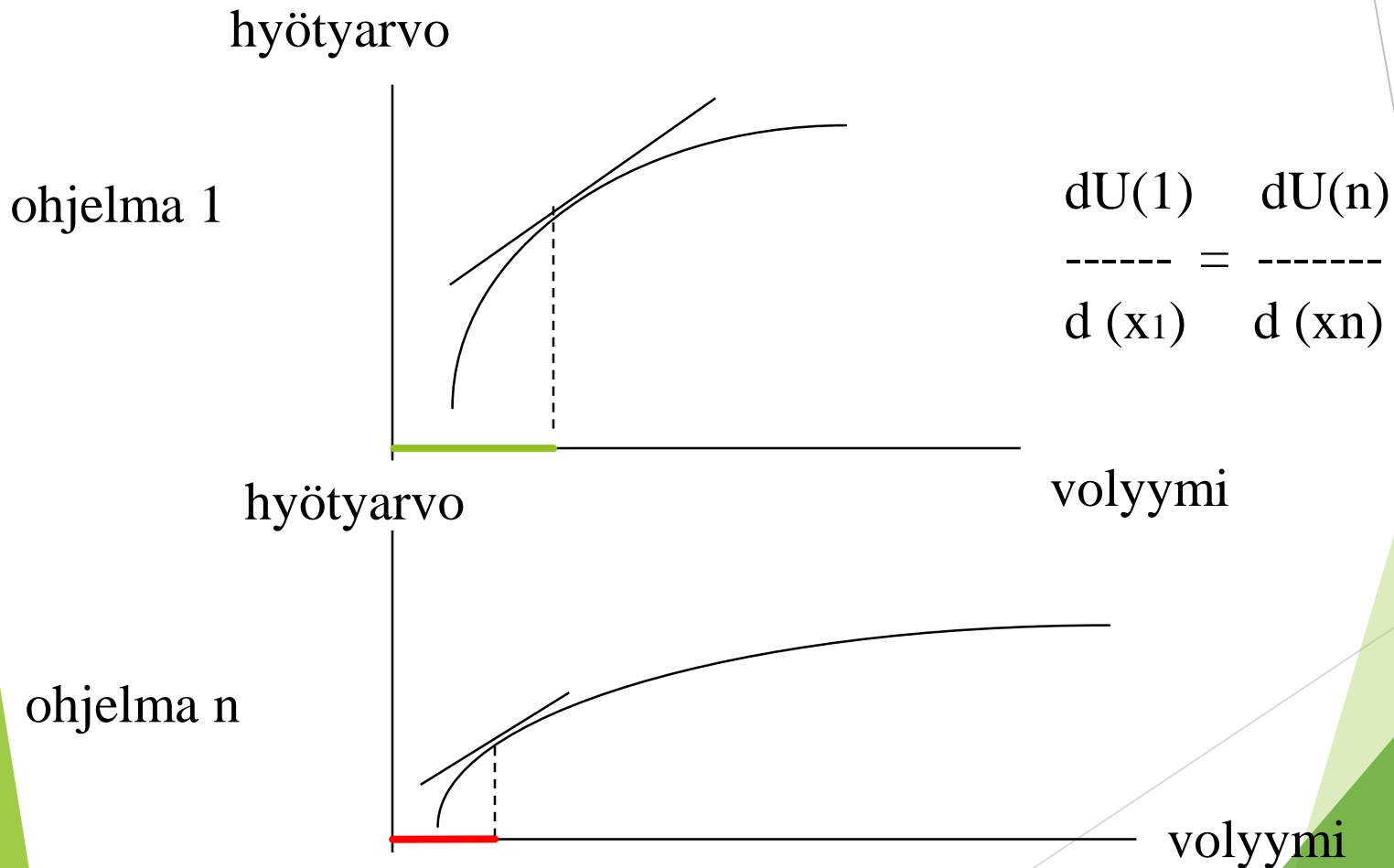
missä ollaan?

- ▶ European Consumer Health Index, (ECHI, 2015), 38 jälkiteollisen maan vertailu:
 - ▶ *”Finland: the best value for money”*
- ▶ Martin Gilbert, M.D., former CEO/Kaiser Permanente/Southern California (joulukuu 2015):
 - ▶ *don’t scrap you health care system, you are already very close to a perfect one*

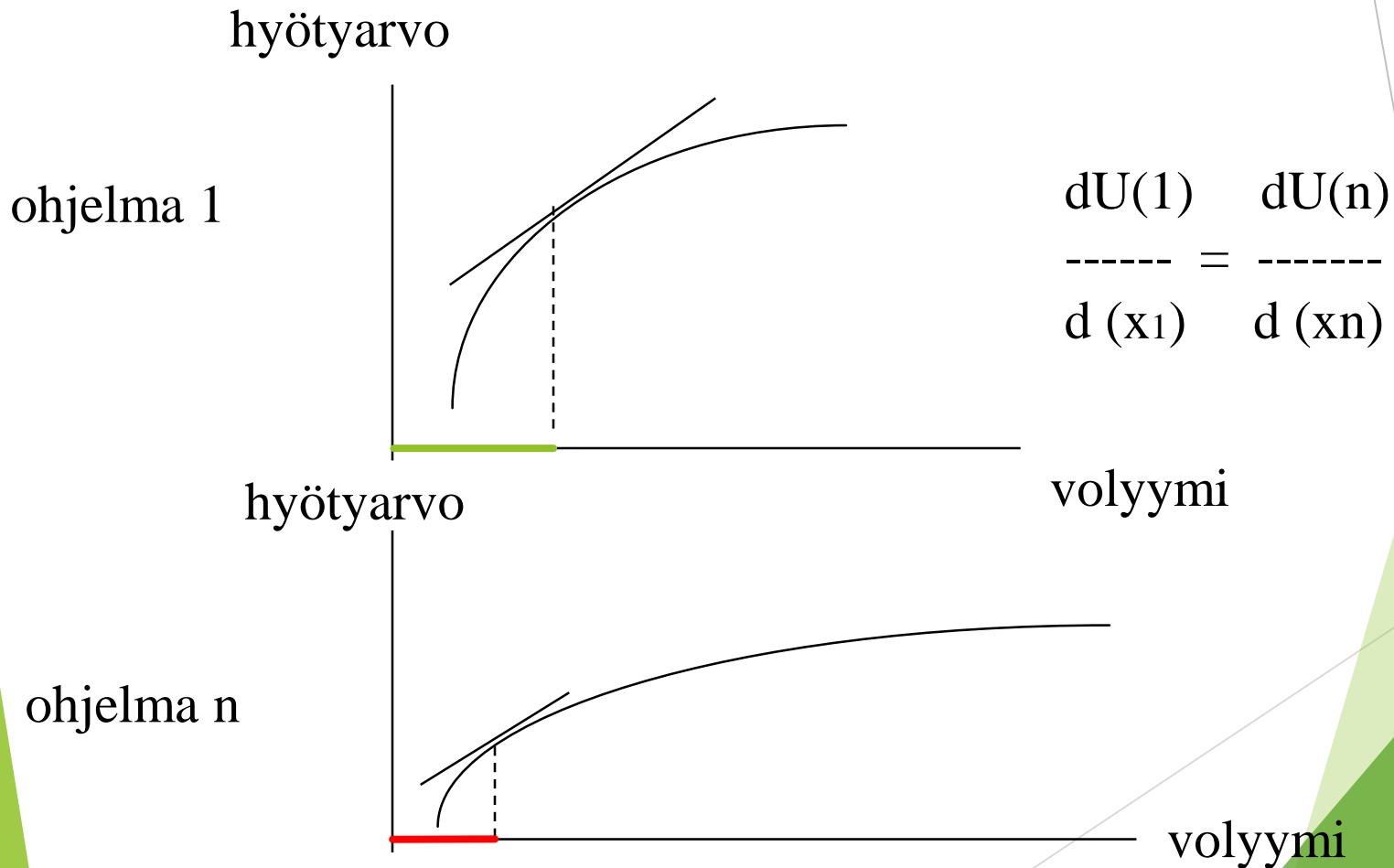
prioriteettien asettaminen

- ▶ ei siis onnistu pelkän tieteellisen näytön perusteella vaan hyvä lääkäri
 - ▶ **1. tuntee kyllä tiedonlähteet**
 - ▶ *Käypä Hoito, Cochrane-kirjasto ja meta-analyysit*
 - ▶ **2. osaa oppia omasta kokemuksestaan (tai konsultoida kokeneempaa) ja**
 - ▶ **3. osaa lukea potilaansa ainutlaatuisen tarinan ja tuntee sen**

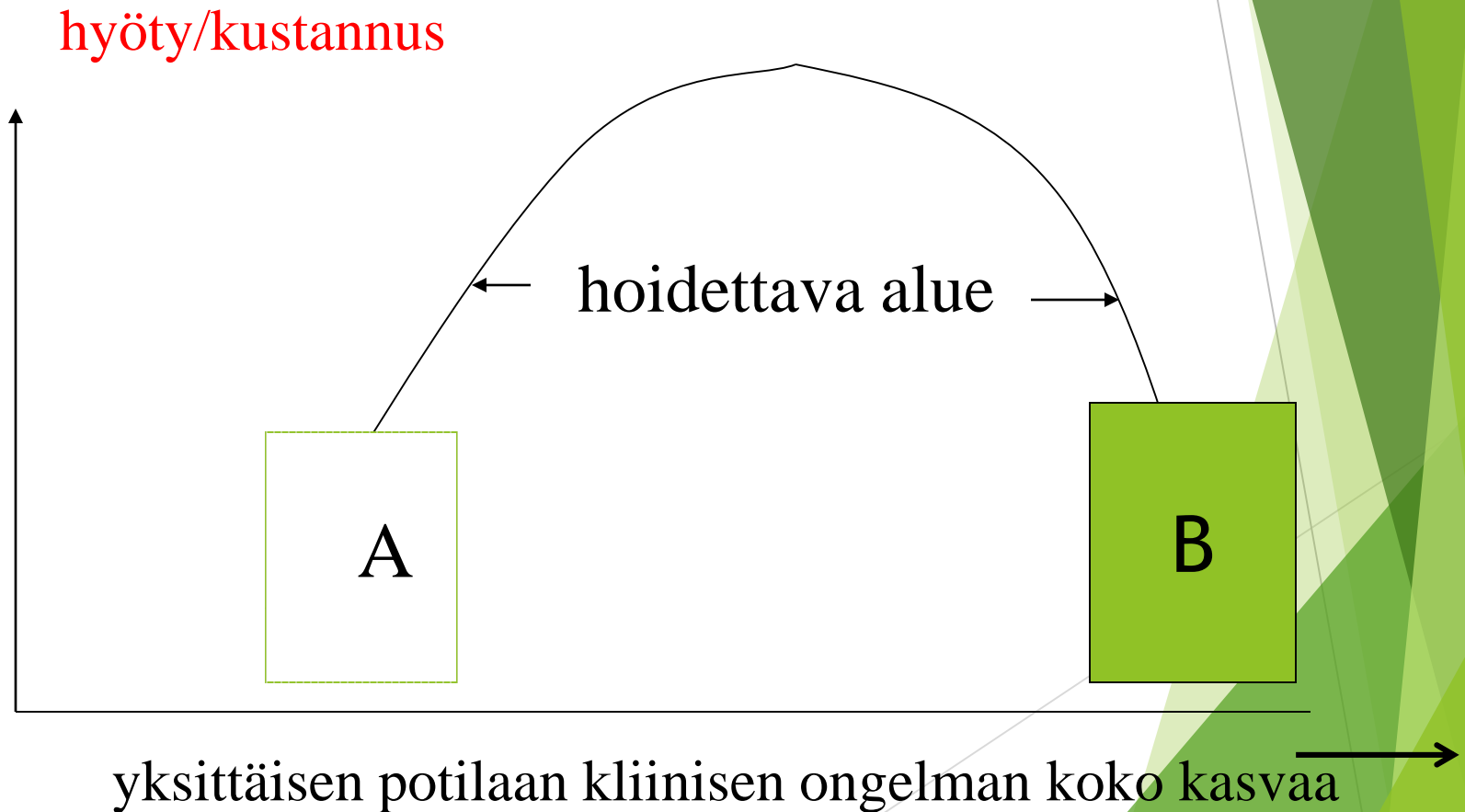
järkiperäisen priorisoinnin perusajatus



järkiperäisen priorisoinnin perusajatus



hyödyn ja kustannuksen suhteen
määräävät itsenäisesti sekä *osoittaja* että
nimittäjä: *kekon kukkula*



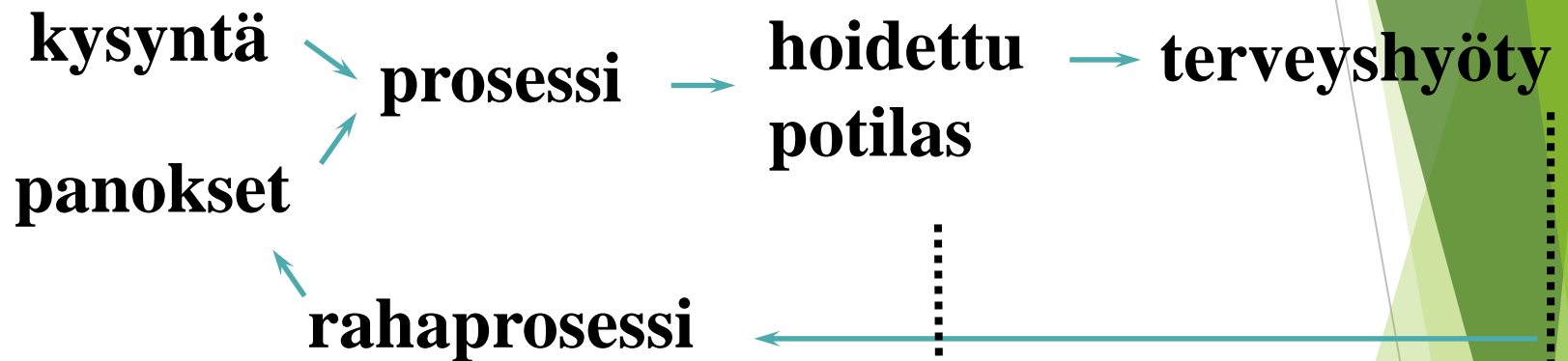
tulkinta:

- ▶ A:n **terveysongelma on pieni**: sen vuoksi siihen ei mahdu suurta kustannusvaikuttavuutta tehtiinpä ihan mitä tahansa

tulkinta:

- ▶ A:n **terveysongelma on pieni**: sen vuoksi siihen ei mahdu suurta kustannusvaikuttavuutta tehtiinpä ihan mitä tahansa
- ▶ B:n **terveysongelma on hyvin suuri; tuloksellinen** hoito hyvin epävarmaa eikä juuri paranna potilaan ennustetta; hoito ei voi olla kovin kustannusvaikuttavaa

Terveydenhuollon tehokkuus



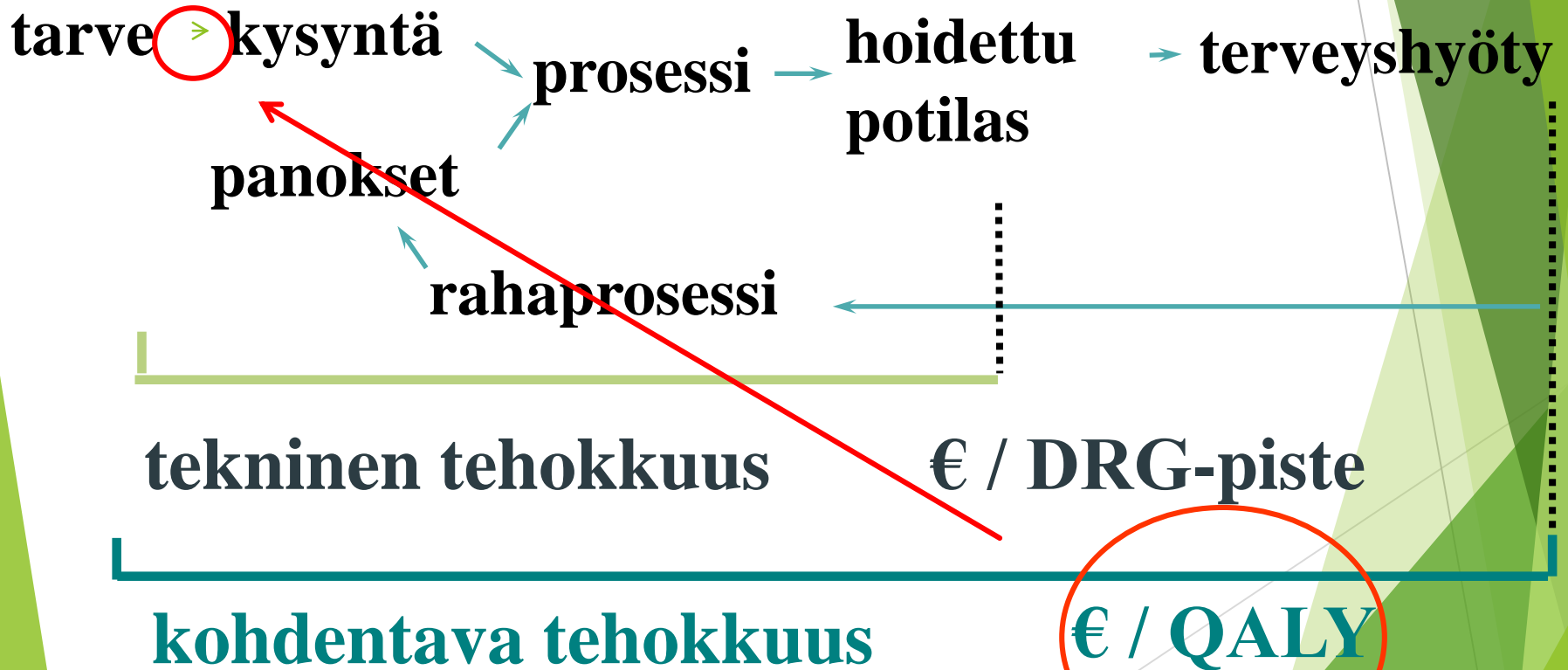
tekninen tehokkuus

€ / DRG-piste

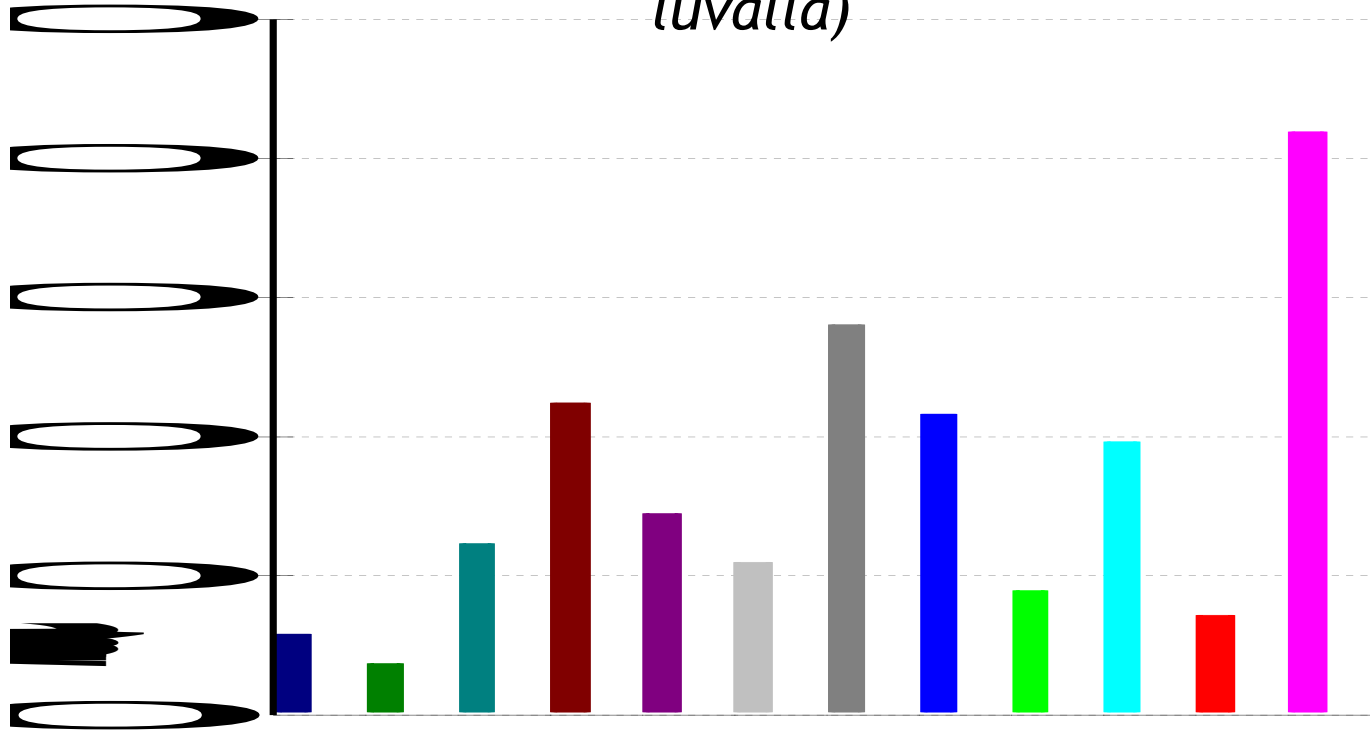
kohdentava tehokkuus

€ / QALY

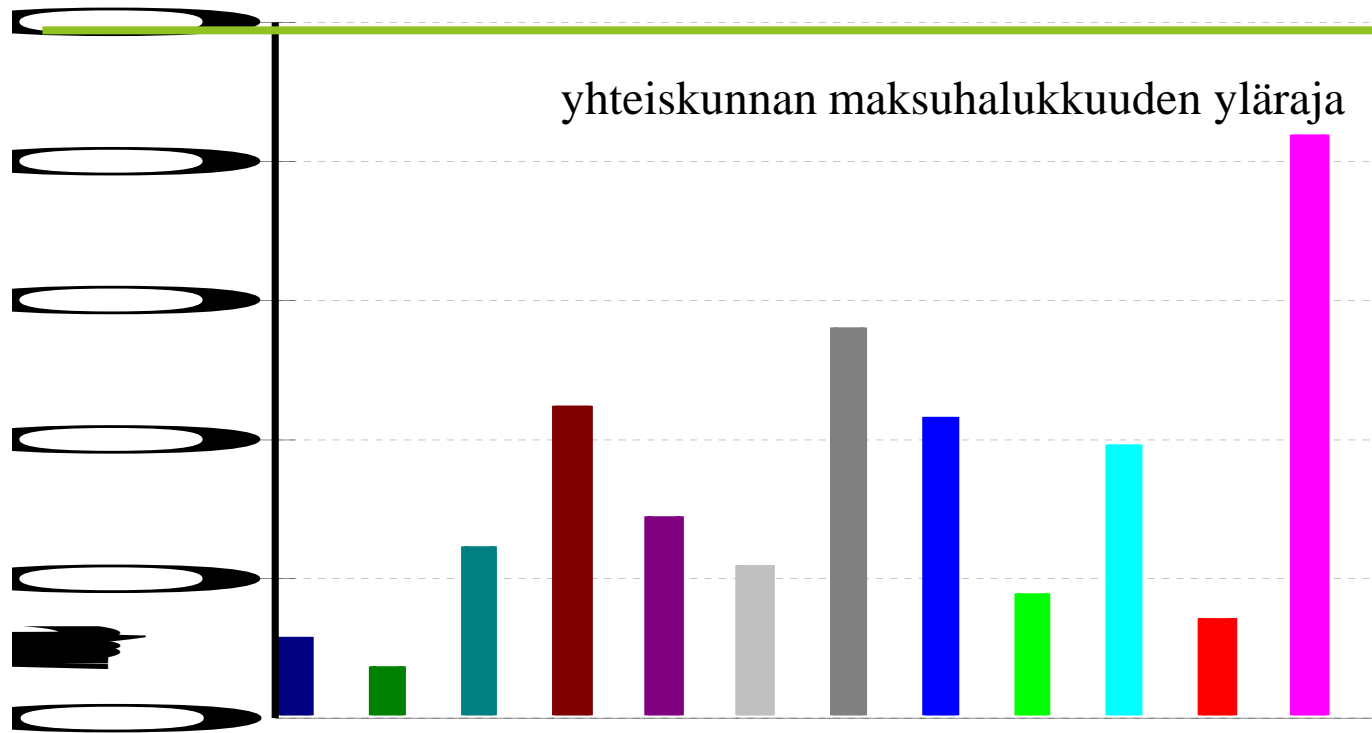
Terveydenhuollon tehokkuus



erilaisten interventioiden tuottaman QALYn kustannus
(diskontattu 5%:lla elinajan odotteelle; Risto P.Roineen (HUS)
luvalla)



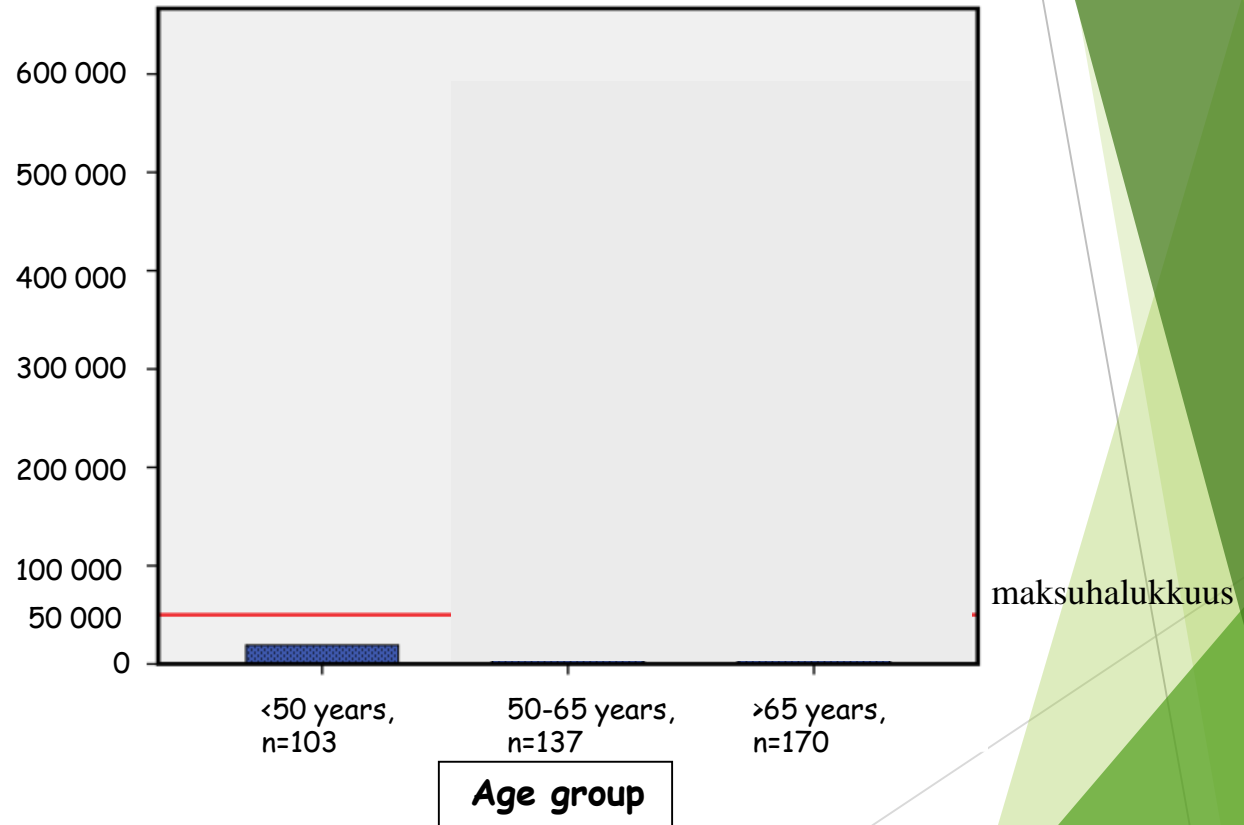
erilaisten interventioiden tuottaman QALYn kustannus



5-year total hospital costs / lifetime QALYs after RRT treated AKI

Median cost/
QALY (€)

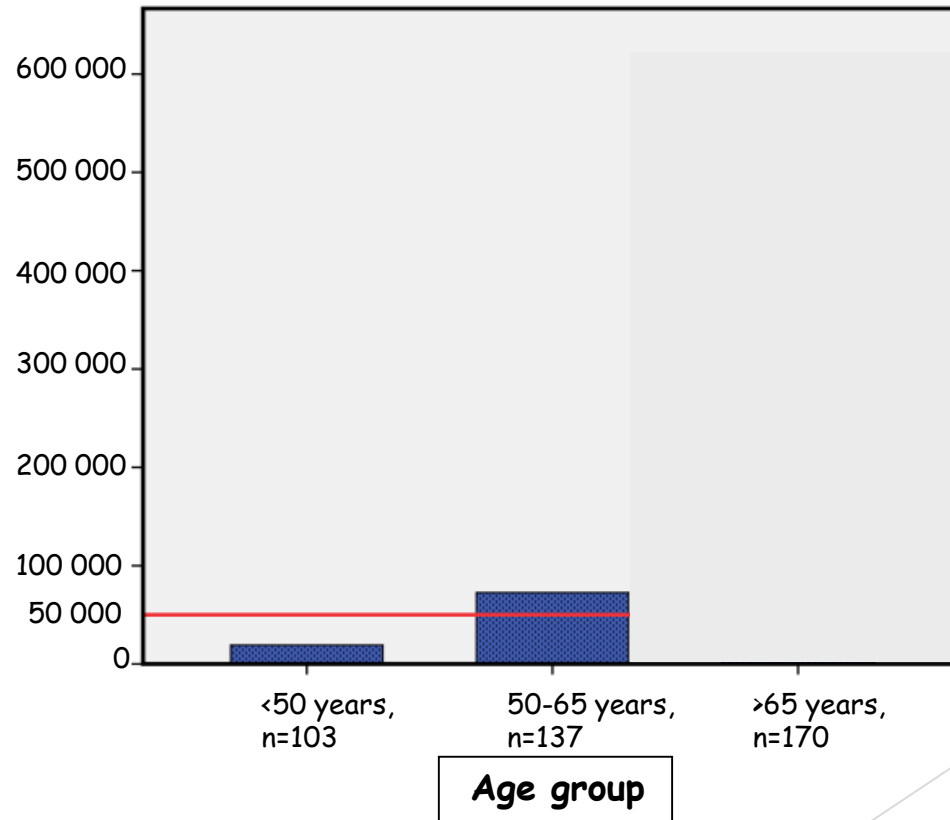
All patients
were treated in
2000-2002,
n=410



5-year total hospital costs / lifetime QALYs after RRT treated AKI

Median cost/
QALY (€)

All patients
were treated in
2000-2002,
n=410

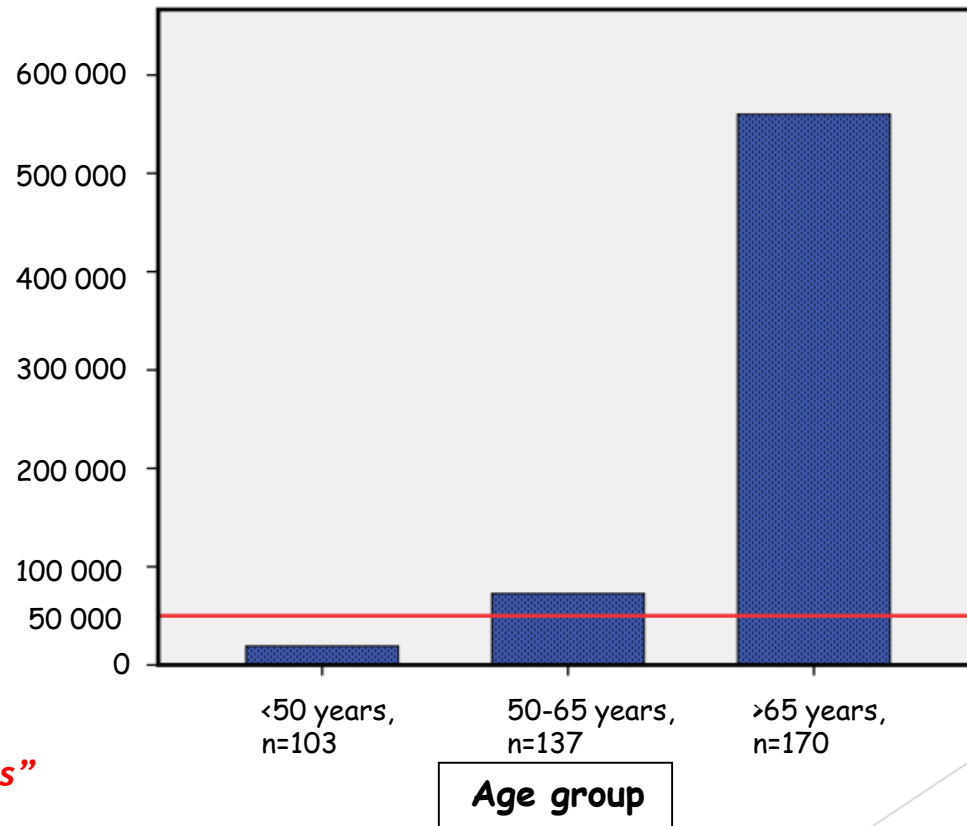


maksuhalukkuus

5-year total hospital costs / lifetime QALYs after RRT treated AKI

Median cost/
QALY (€)

All patients
were treated in
2000-2002,
n=410



maksuhalukkuus

vastaus: *"it depends"*

on tultu priorisoinnin ytimeen

- ▶ euroja riittää moneen järkevään, koska sitä näyttää riittävän paljon järjettömäänkin
- ▶ prioriteetit määräytyvät sekä *hoitomenetelmien* että *potilaan yksilöllisen hyötymiskyvyn* ("the capacity to benefit") pohjalta

siis sote-uudistus etiikan ja eurojen näkökulmasta

- ▶ ekonomia ei ole etiikan vihollinen vaan sille *aina alisteinen*, mutta *hyvin hyödyllinen* renki

- ja jatketaan

- ▶ euro ei ole etiikan vihollinen vaan sille aina alisteinen, mutta hyvin hyödyllinen renki
- ▶ euro-osaaminen, rationaalisten ja eettisesti kestävien valintojen tekeminen, tulee liittää ***osaksi lääkäreiden koulutusta*** sen kaikissa vaiheissa

- edelleen:

- ▶ euro ei ole etiikan vihollinen vaan sille aina alisteinen, mutta hyvin hyödyllinen renki
- ▶ euro-osaaminen tulee liittää osaksi lääkäreiden koulutusta sen kaikissa vaiheissa
- ▶ terveydenhuollon ***kallein teknologinen väline*** on lääkärin kynä: se sitoo kustannuksista 70 %

-ja lopuksi:

- ▶ euro ei ole etiikan vihollinen vaan sille aina alisteinen, mutta hyvin hyödyllinen renki
- ▶ euro-osaaminen tulee liittää osaksi lääkäreiden koulutusta sen kaikissa vaiheissa
- ▶ terveydenhuollon kallein teknologinen väline on lääkärin kynä: se sitoo kustannuksista 70 %
- ▶ tämä korostaa myös **lääkärijohtajuuden** merkitystä terveydenhuollossa

asemoidaan kuullun perusteella etiikka ja eurot

