

Terveyskeskusten hammashuollon arviointia

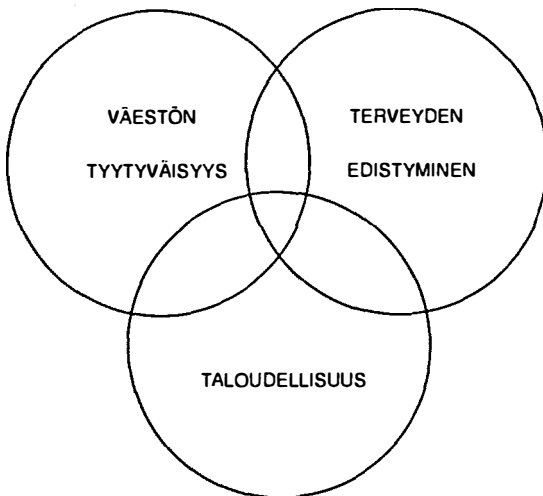
Kohti hallittua tavoitekeskeistä yrittäjyyttä julkisessa terveydenhuollossa

Pekka Utriainen & Eeva Widström

1 MITEN TERVEYSKESKUSTEN HAMMASHUOLTO TOIMII

Terveyskeskusten hammashuolto tuottaa noin puolet kaikista Suomen hammashuoltopalveluista. Terveyskeskusten käyttömenoista noin 10 % kuuluu hammashuoltoon. Pääosin terveyskeskukset hoitavat lapsia ja nuoria aikuisia sekä joitakin erityisryhmiä yksityissektorin huolehtiessa muista. Alueellisesti hoidon tarjonnassa on merkittäviä eroja; joissakin maaseutukunnissa terveyskeskus huolehtii koko väestön hammashoidosta, kun taas suurissa

kaupungeissa hoito on rajattu vuonna 1956 syntyneisiin ja sitä nuorempiin. Terveyden edistymistä ja tehtyjä suoritteita (hoitotoimenpiteitä) on terveyskeskuksissa seurattu koko kansanterveyslain voimassaoloajan vuodesta 1972. Suoritteita ja vaikuttavuutta ei ole kuitenkaan suhteutettu käytettyihin panoksiin eikä päättäjiä tähän saakka ole ollut selkeää kuvaa omien terveyskeskustensa tuottavuudesta tai tehokkuudesta verrattuna toisiin terveyskeskuksiin tai yksityissektoriin (Kuvio 1). Järkiperäinen resurssien käyttö edellyttää kuitenkin sellaisten arviointimenetelmien kehittämistä, että niiden antamien tulosten valossa on mahdollista luopua tarpeettomista ja tehostomista tutkimus- ja hoitokäytännöistä, laajentaa tehokkaiden käytöä ja edistää uusien entistä kustannusvaikuttavampien toimintojen käyttöönottoa. Terveydenhuollon teknologian arviointi ja laadun varmistus ovat tulevaisuuden haasteita myös hammashuollossa (Kuvio 2).



Kuvio 1. Tuloksellisuuden arviointi terveyskeskuksen hammashuollossa.

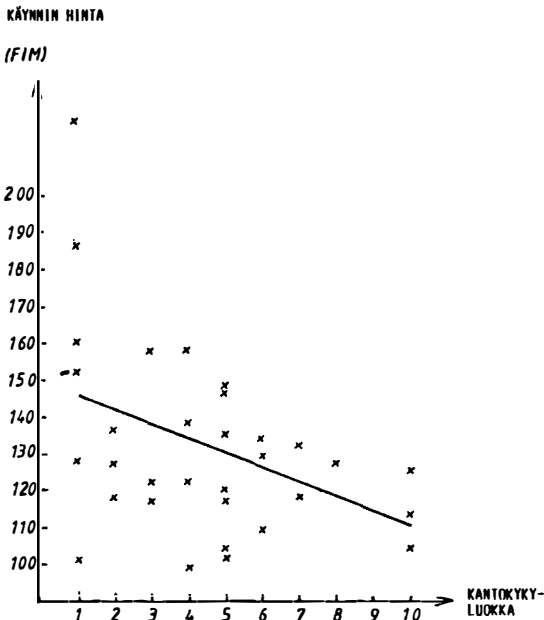
2 TOIMINNAN ARVIOINNIN TASOT

Yksinkertaisinta hammashuollon arviointi on terveyskeskuksen omasta näkökulmasta. Esimerkkinä tästä näkökulmasta voisi olla hoidon kattavuus ts. se että kaikki hoitoon oikeutetut pääsevät hoitoon tai se etteivät varatuilta hoitokäynneiltä poisjäännit aiheuta tyhjäkäyntiä. Selvää on, ettei terveyskeskuksen oma näkökulma saa olla ristiriidassa ao kunnan tai kuntainliiton toiminnan kanssa ja että ympäröivä yhteiskunta viime kädessä asettaa toiminnalle ta-

TERVEYDENHUOLLON TEKNOLOGIAN ARVIOINTI = MIKÄ ON HYVÄÄ HOITOA

LAADUN VARMISTUS = MITEN HYVÄ HOITO PANNAAN KÄYTÄNTÖÖN

Kuvio 2. Tulevaisuuden haasteet hammashuollon arvioinnissa.



Kuvio 3. Hammashoitokäynnin hinnan ja kantokykyluokan suhde satunnaisotoksella valituissa suomalaisissa terveyskeskuksissa vuonna 1989.

voitteen ja rajoitukset. Onko terveys edistynyt optimaalisesti, ovatko asiakkaat olleet tyytyväisiä ja onko toiminta ollut taloudellista? Äskettäin julkaistussa tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin terveyskeskusten hammashuollon tuottavuutta, todettiin terveyskeskusten välillä huomattavia tuottavuuseroja. Selkeimmäksi selittäväksi tekijäksi tuottavuuseroihin erottautui kunnan saama valtionapu. Mitä enemmän valtionapua kunta sai sen kalliimmat olivat kustannukset tuotettua suoritetta kohden, valmiiksi hoidettua potilasta kohden tai käyntikertaa kohden laskettuna (Kuvio 3). Potilaiden terveyden tilan ja edellämainittujen tuotossmittareiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Avustavan henkilökunnan määrällä sen sijaan oli tuottavuutta alentava vaikutus (Utriainen ja Widström 1990). Mikäli tehtävät olisivat olleet oikein jaettu ja avustavan henkilöstön käyttö »human resources» periaatteiden mukaisesti tarkoituksenmukaista, olisi asian pitänyt olla päinvastoin. Esimerkkejä tällaisistakin kunnista löytyy, mutta yleisesti ottaen työn organisointi tällä kohdilla ei näytä onnistuvan.

Potilastytyytyväisyyttä terveyskeskuksissa on selvitelty enemmän kuin taloudellisuutta (Havunen et al. 1988, Widström ja Utriainen 1990).

Tässä suhteessa hammashuolto näyttäisi toimivan hyvin. Kouluarvosanoin arvioituna hammashuolto sai useissa terveyskeskuksissa palvuluistaan keskiarvon joka on lähellä yhdeksää.

Terveyskeskusnäkökulmaa laajemmin hammashuoltoa voidaan tarkastella kunnallistalouden näkökulmasta. Tässä mallissa terveyskeskusten hammashuollon toimintaa on pystyttävä vertailemaan myös yksityissektorin hammashuollon kanssa. Sintonen on todennut tuntituotoksen terveyskeskuksissa ja yksityissektorilla olleen samansuuruiset (Sintonen 1985). Saman tuotoksen tuottamiseen terveyskeskukset kuitenkin käyttivät huomattavasti enemmän avustavaa henkilöstöä kuin yksityissektori. Tämä selittyy osin kansanterveystyön edellyttämällä valistustyöllä, jota ei oltu arvioitu tuotoksessa. Eräässä äskettäin tehdyssä aikaisemmin julkaisemattomassa tutkimuksessa, jossa terveyskeskusten hammashuollon suoritteet muutettiin yksityistaksaa käyttäen markoiksi saatiin terveyskeskushammaslääkäriä kohden laskeksi tuotoksen arvoksi noin 700.000 markkaa per vuosi. Kyseinen summa vastaa hyvin yksityishammaslääkäriin vuosituotosta. Tutkimuksessa otettiin huomioon paitsi terveyskeskuksissa kirjatut kokonaiskäytömenot myös laskennalliset huoneistomenot, pääomamenot ja vyörytettyt hallinnolliset menot. Tutkimuksessa mukana olleista terveyskeskuksista erittäin hyvin tuottavia (+ + +) olisi ollut noin puolet, kohtalaisesti (+ +) tai vähän tuottavia (+) noin neljännes, niitä jotka eivät tuottaneet voittoa eikä tappiota 12% ja noin 10% olisi ollut terveyskeskuksia joiden hammashuolto ei olisi pystynyt tuottamaan laskennallisten ja kirjattujen käyttömenojen yhteismäärää (Taulukko 1). Seuraava esimerkki kuvaa taulukon 1 käytäntöön soveltamista: Jos terveyskeskuksen ham-

Taulukko 1. Laskennallinen esimerkki: Terveyskeskusten hammas- huollon liiketaloudellinen voitto prosentteina bruttokäyttökustannuksista (Laskennallisia kuluja huomioitu keskimäärin 25 % BKK:sta)

Voitto % BKK:sta	Tuottavuus luokitus	Osuus tutkituista terveyskeskuksista %
yli 16 %	+ + +	55
7—15	+ +	13
2—6	+	10
0—1	0	12
alle 0	—	10

mashuollon bruttokäyttömenot olisivat olleet 10 milj. mk ja se olisi kuulunut + + + ryhmään siten, että voitto % BKK:sta olisi ollut 20, voittoa olisi jäänyt kaikkien kulujen mukaan 2 milj. mk.

Kunnallistalouden kannalta tämä on merkittävä huomio. Kunnan on tiedostettava oman terveyskeskuksensa tuotos- ja kulurakenne. Toiminta on joko saatava »kannattavaksi» tai palveluja on ostettava mahdollisesti edullisemman tarjouksen tekevältä yksityissektorilta. Kuitenkin ostopalveluja harkittaessa kansanterveydeliset näkökohdat on huomioitava liiketaloudellisten näkökulmien edelle. Tämä taas edellyttää palveluja tarjoavalta yksityissektorilta terveyskeskushammashuollon tasoista toiminnan vaikuttavuuden seuranta. Valitettavasti yksityissektorilla ei tällä hetkellä järjestelmällisesti tilastoida tehtyjä suoritteita eikä potilaiden hampaiden terveydentilaa ja sen edistymistä.

Mitattaessa terveyskeskushammashuollon ja yksityishammaslääkäreiden palvelukykyä asiakkaiden kannalta, ei merkittäviä eroja sektoreiden välillä löytnyt (Widström ja Utriainen 1990).

Kansantaloudellinen näkökulma edellyttää kuntayksikköä laajempaa tarkastelua. Tällöin joudutaan tarkastelemaan koko palvelusektoria verrattuna ns. tuotannolliseen sektoriin. Vaikka yhteiskunnalla nyt jo on vastuu tulevaisuuden peruspalveluista, on muistettava että teollisuus ja erityisesti vientiteollisuus on luonut hyvinvointimme perustan ja kantaa siitä vastuun myös tulevaisuudessa. Miten paljon on järkevää ohjata resursseja terveydenhuoltoon yleensä ja terveydenhuollon sisällä hammashuoltoon? Asioita on uskallettava tarkastella kriittisesti ja muistettava vaarat jotka sisältyvät ns. tarjontajohdettuun kysyntään. Terveydenhuollossa asiakas ei useinkaan tiedä mitä hän todellisuudessa tarvitsee sairautensa parantamiseksi tai terveytensä edistämiseksi. Toisaalta sama ammattilainen, joka tekee diagnoosin eli taudinmäärityksen toimii myös hoidon tarjoajana. Hänen ammattietiikaltaan edellytetään todella korkeaa tasoa! Pelkkä eettisyyden korostus ei kuitenkaan riitä, vaan ympäröivän yhteiskunnan on pystyttävä mittaamaan toiminnan tuloksellisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tämä on mahdollista sekä sosiaali- että terveydenhuollossa ja ilahduttavaa olikin Kuopion yliopistolla järjestetyillä hallinnon tutkimuksen päivillä todeta uskallusta ja suuntautuneisuutta kyseisen arviointiin. Tehtävä ei ole helppo mutta sitäkin haasteellisempi.

Kaikkein laajin tarkastelunäkökulma on yh-

teiskunnallinen näkökulma. Se edellyttää kaikkien kustannusten ja hyötyjen huomioon ottamista, riippumatta siitä kohdistuvatko ne kuntaan tai laajemmalle yhteiskuntaan, ketä ne kohtaavat ja ovatko ne rahassa mitattavia. Yhteiskunnalliseen näkökulmaan kohdistuva arviointi on vaativaa ja siihen vaikuttavat yhteiskunnalliset arvostukset. Millä markkamäärällä henkilöä kohden voidaan tarjota asukkaita tyydyttävät hammashoitopalvelut siten, että niiden terveysvaikutukset ovat optimaaliset? Eräässä terveyskeskuksessa pystyttiin vuonna 1989 tarjoamaan kaikille asukkaille hammashuoltopalvelut käyttömenoilla, jotka olivat vain 270 markkaa asukasta kohden. Hampaiden terveys ja sen edistyminen kyseisen kunnan alueen asukkailla on valtakunnallisesti ollut huippuluokkaa (Levänen 1990). Miten kyseinen terveyskeskus on hoitanut suun terveydenhuollon ja voisiko samoja menetelmiä soveltaa myös muualla? Tässä yhteydessä on syytä huomauttaa, että taloudellista tutkimusta on terveyskeskusten hammashuollosta tehty vasta vähän aikaa, eikä sellaisen tekemiseen edes koettu tarvetta hoitojärjestelmän rakentamisen aikakautena.

3 MITEN TÄSTÄ ETEENPÄIN?

Liiketaloudellinen kannattavuus esitetään yleensä laskelmana, jossa tuotoista vähennetään kustannukset (Kuvio 4.) Jotta vertailu julkisen ja yksityisen sektorin välillä tai julkisten palvelujen tuottajien välillä olisi relevanttia, on kaikilla kaikilla palvelujen tuottajilla oltava samat kustannuslaskentaperusteet. Tähän saakka on Suomessa puuttunut vahva teoriapohja, jonka vuoksi laskelmien perusteet ovat vaihdelleet (Meklin 1989). Tulevaisuuden visiona saataisi olla mahdollista terveydenhuollon toteuttaminen esim. kunnallisena osakeyhtiönä. Mikäli terveyskeskusten hammashuolto muodostaisi »Kunnallisen Hammashuolto Oy:n», joka myisi palveluja KELA:n hyväksymällä yksityistaksalla, ei liiketaloudelliseksi kannattavuusvaatimukseksi riittäisi pelkkä itsekannattavuus, kuten nykyisin on monella julkisella yrityksellä tavoitteena. Itsekannattavuus olisi saavutettavissa enemmistössä terveyskeskuksia nykyistä vähäisemmällä yrittämisellä. Pyrkimystä itsekannattavuuteen jo olemassa olevissa budjettitaloudessa toimivissa julkisissa yrityksissä on arvosteltu ja todettu, että tällainen tulos voidaan saavuttaa tehottomalla resurssien käytöllä (Meklin 1987).

Panokset	Tuotanto	Tuotos	Vaikuttavuus
-pääomakus- tannukset	-ehkäisevät toimen- piteet	-suorittteet kuten :	-terveyden edistyminen
-käyttökus- tannukset	-korjaavat toimen- piteet	-käynnit	-potilaiden/ väestön
-henkilöstö		-paikat	tyytyväisyys I
		-pinnoitteet	I
		-tarkastukset	I
I		I	I
I		I	I
I		I	I
I		panokset I	I
I	Tuottavuus =	----- I	I
I		tuotos	I
I			I
I	Kannattavuus =	tuotoksen arvo - panosten arvo	I
I			I
I			I
I		panokset	I
I	Tehokkuus =	-----	I
		vaikuttavuus	

Kuvio 4. Peruskäsitteet hammashuollon voimavarojen käyttöä arvioitaessa.

Suun terveydenhuollossa terveyttä ja sen edistymistä pystytään mittaamaan selkeästi tarkoitukseen kehitetyillä mittareilla ja myös toimenpiteet on totuttu kirjaamaan jo lähes kahdenkymmen vuoden ajan järjestelmällisesti. Mittaaminen lisää sekä hallinnon arviointimahdollisuuksia että myös työntekijän omaa työmotivaatiota. Erityisesti pitkälle koulutettu henkilöstö odottaa työstään objektiivista palautetta.

Tehokkaan toiminnan edellytys on luonnollisesti korkea tuottavuus (Kuvio 4). Kuitenkaan korkea tuottavuus ei välttämättä takaa tehokasta toimintaa, elleivät suoritettut tuotokset ole lopputuloksen kannalta järkeviä. Tulokseen pyrkessään terveydenhuollon yksiköt muokkaavat toimintaansa tulostittareiden mukaisesti. Yksipuolisesti tai väärin asetetut mittarit johtavat huonoihin tai ei toivottuihin lopputuloksiin. Erityisen merkitykselliseksi muodostuvat suoritteet ja niiden mittaaminen yksiköissä, joissa toteutetaan suoritepalkkaukseen pääasiallisesti perustuvaa palkkausjärjestelmää. Johtamis-

ta ja voimavarojen käytön arviointia tarkasteltaessa voitaneen todeta, että johtamisen ydin paljolti on merkityksen johtamisessa (management by meaning). Eräässä hiljattain ilmestyneessä väitöskirjassa todettiinkin että tehokain tapa johtaa ei ole tiukka tavoitteen asettelu, määräysten anto ja mitattavien tulosten kontrolli, vaan perusolettamusten kautta syntynä ryhmän sisäinen tiedostamaton kulttuurinen itseohjautuvuus (Kinnunen 1990). Kuitenkin tavoitteiden on oltava sopusoinnussa ympäröivän yhteiskunnan asettamien tavoitteiden ja rajoitusten kanssa. Tällöin johdolta edellytetään organisaatiokulttuurin tietoista muovaamista ympäröivän yhteiskunnan edellyttämien tavoitteiden mukaisesti.

LÄHTEET

Havunen P, Männistö P, Teerimäki P, Utraiainen P. Seinäjoella tutkittiin hammashoitohenkilökunnan palvelukykyä. Tehy lehti 1988:8:26—8.

- Kinnunen J. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Thesis. Kuopion Yliopiston julkaisuja no 4. 1990.
- Levänen J. Keski-Suomen läänin terveyskeskusten hammashuollon käyttötalousmenojen seuranta v. 1989. Kokoussitelmä Kunnallisopisto Tuusula 17.09.1990.
- Meklin Pentti. Productivity in public sector service and commercial activities — a critique of the conceptual basis. *Administrative Studies*, 1989:8:225.
- Meklin Pentti. Päämääräongelma valtion liikelaitoksessa. *Tampere* 1987:29:44.
- Sintonen H. Comparing productivity of private and public dentistry. In : Culyer AJ, Jönsson B, eds. *Public & Private Health Services*. Oxford: Basil Blackwell, 1985:226—32.
- Utriainen P, Widström E. Economic aspects of dental care in Finnish health centres. *Community Dent and oral Epidemiology* 1990:18:235—8.
- Utriainen P, Widström E. Hammashuollon liiketaloudellisin perustein laskettu kannattavuus terveyskeskuksissa. Käsikirjoitus 1991.
- Widström E, Utriainen P. Asiakkaiden käsityksiä hammashuollon palvelukyvyistä. *Sosiaalinen aikakauskirja* 1990:84:27—9.
- PU.al.307—8.PC.L.relevant.kir