

Obamacare ja sote-uudistus

Miten samanaikaisesti säästää rahaa ja parantaa palveluita? Tässä yksi sote-uudistuksen suurista kysymyksistä. Pahassa ja hyvässä voi esimerkkiä ottaa yllättävältä taholta eli Yhdysvalloista.

Yhdysvaltain presidentti Barak Obaman kuuluisa terveysreformi tunnetaan ennen muuta siitä, että se pyrkii ulottamaan sairausvakuutuksen laajemmalle osalle väestöä. Laaja lakipaketti Affordable Care Act (ACA) pyrkii kuitenkin myös samoihin tavoitteisiin kuin Suomen sote-uudistus. Kyse on siitä, että ACA aikoo suhteessa liittovaltion tärkeimpään sosiaalipoliittiseen ohjelmaan eli Medicareen selättämään saman kustannushaasteen kuin Suomen sote-uudistus.

Medicare on kaikille yhdysvaltalaisille 65 vuotta täyttäneille tarkoitettu terveysvakuutus. Yksityiset sairaalat, lääkärit ja hoitokodit toimittavat palvelut, mutta yhteiskunta – tarkemmin sanottuna Medicare Hospital Insurance Trust (MHIT) – vastaa kustannuksista. Obama allekirjoitti ACA:n tai paremmin nimellä Obamacare tunnetun uudistuksen jo vuonna 2010. Uudistuksen toimeenpano viivästyí kuitenkin useiden oikeusjuttujen vuoksi, joista viimeisin päättyí Obaman voittoon korkeimmassa oikeudessa kesäkuussa 2015.

ACA:n taustalla oli hieman samankaltainen kustannuskriisi

kuin Suomessa. Ennen lain voimaantuloa eli vuonna 2009 Yhdysvallat käytti yli 16 prosentin btk-osuutta vastaavan summan terveydenhoitoon. Kongressin budjettitoimisto ennusti, että ilman uudistuksia osuus kohosi 31 prosenttiin vuonna 2025 ja 46 prosenttiin vuonna 2080. Medicaren toimeenpanosta vastaavan rahaston eli MHIT:n ennustettiin joutuvan maksukyvyttömäksi vuonna 2017 (1).

Yhdysvaltain terveydenhuollon kustannuskriisin syynä ei ole väestörakenne kuten Suomessa, vaan perverssit kannustimet, jotka palkitsevat tuottajia suorittamaan toimenpiteitä ja pyörittämään papereita sen sijaan, että ne pyrkisivät kustannusvaikuttaviin palveluketjuihin. Yhteinen ongelma Yhdysvalloilla ja Suomella onkin palveluiden pirstaleisuus. Molemmissa maissa tehdään runsaasti päällekkäisiä tutkimuksia eikä tieto kulje eri toimijoiden välillä. Yhteinen ongelma on myös suuret alueelliset erot hoitotuloksissa.

Medicare ja yleensä Yhdysvaltain terveyspalvelujärjestelmän haasteena on liian vähäinen panostus avoterveydenhuoltoon. Tämä on seurausta suoriteperusteisesta laskutusjärjestelmästä: tuottajilla on sisäänrakennettu kannustin siirtää painopistettä monimutkaisempiin ja kalliimpiin hoitoihin. Myös Suomessa painopiste on siirtynyt perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon samankaltaisesta syystä. Suomessa sairaanhoitopiirit toimivat myös suoriteperusteisesti, vaikka ovatkin julkisia organisaatioita. Ne laskuttavat kuntien toimenpiteiden mukaan,

eikä niillä ole selvää kannustinta kehittää kalliita hoitoja ehkäiseviä etulinjan palveluita.

ACA:n toimet kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi koskevat terveydenhuollon laadun parantamista, terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan kehittämistä, rahoitusjärjestelmän uudistamisesta sekä tuhlauksen, väärinkäytösten ja peitosten estämistä.

Terveysuudistus pyrkii parantamaan hoidon laatua ohjelmalla, jonka tavoitteena on tarpeettomien uusien sairaalakäyntien vähentäminen. ACA pyrkii ohjaamaan potilaita laadukkaisiin sairaaloihin. Tietoja sairaaloiden toiminnan laadusta julkaistaan sivustolla <https://www.medicare.gov/hospital-compare/> Lisäksi ACA asettaa sanktioita niille sairaaloille, joissa on selvästi muita enemmän sairaalakomplikaatioita kuten makuuhaavoja, katetrien liian pitkästä käytöstä aiheutuneita komplikaatioita sekä putoamisvammoja. ACA uudisti myös munuaissairauksien korvausjärjestelmää siten, että siinä otetaan paremmin huomioon laadun parantaminen ja kustannusten karsinta.

ACA pyrkii palkitsemaan muutoinkin parhaita palvelutuottajia. Viiden yleisimmän sairauden hoidossa kunnostautuneet sairaalat ja lääkärit saavat ylimääräisiä palkkioita. Lääkäreiden, hoitokotien, kotipalveluiden tuottajien ja saattohoidon palvelutuottajien korvaukset perustuvat aikaisempaa selvemmin hoidon laatuun.

ACA ei yhdistä sosiaali- ja terveyspalveluita kuten Suomen sote-uudistus. Se pyrkii kuitenkin tukemaan palveluintegraa-

tiota eli moniammatillisia ja koordinoituja hoitotiimejä. Tiettyjen integraatioehtojen täyttyessä palvelutuottajat saavat osan siitä säästöstä, joka syntyy päällekkäisten tehtävien karsimisesta, paperityön vähentämisestä ja muista tuottavuutta lisäävistä toiminnoista.

ACA synnytti myös terveydenhuoltoinnovaatioiden keskuksen (Center for Medicare and Medicaid Innovation). Lain nojalla keskuksen sijoitetaan 10 vuoden kuluessa 10 miljardia dollaria, jotka käytetään terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus- ja tuotantoinnovaatioiden testaamiseen. Tavoitteena on kehittää hoitoinnovaatioita, jotka parantaisivat hoidon laatua ja/tai säästäisivät kustannuksia.

Onko ACA onnistunut parantamaan kustannustehokkuutta? ACA:n seurauksena joukko terveyspalveluiden tuottajia muodosti vastuullisen hoidon verkoston (Accountable Care Organization, ACO). Sen jäsenet sitoutuvat kollektiiviseen vastuuseen hoidon laadusta ja kustannuksista. Jos verkostoon kuuluvat tuottajat saavuttavat laatu- ja kustannustavoitteet, ne saavat pitää itse puolet säästöstä. Tuottajat voivat sitoutua myös kaksisuuntaiseen vastuuseen, jolloin ne voivat pitää 60 prosenttia säästöstä mutta vastaavasti joutuvat maksamaan lisää, jos budjetti ylittyy. Vuonna 2015 järjestelmään sitoutuneet tuottajat hoitivat 14 prosenttia Medicaren asiakkaista. Commonwealth Fundin tekemän arvion mukaan vastuulliset tuottajat onnistuivat saamaan aikaan säästöjä, vaikka kaikki tavoitteet eivät täytyneetkään (2). Haasteena on kannustaa yhä useampia tuottajia sitoutumaan kak-

sisuuntaiseen vastuuseen. ACA pyrkii kehittämään myös perusterveydenhuoltoa.

Suomessa emme vielä tiedä, miten valtio ohjaa rahoitusta sote-alueille ja sote-alueet tuottajille. Yhdysvaltain opetus ja Suomen sairaanhoitopiirien kokemus on se, ettei rahoitus voi perustua suoritteisiin – ainakaan yksinomaan. Keskeinen kysymys rahoitusjärjestelmän uudistamisessa on se, miten kannustetaan siirtämään painopistettä erityistason palveluista perustason palveluihin.

ACA sisältää runsaasti myös rahoitusjärjestelmän muutoksia. Ne eivät ole kuitenkaan sovellettavissa Suomeen, sillä Medicaren (ja pienituloisille tarkoitetun Medicaidin) rahoitusjärjestelmä poikkeaa huomattavasti Suomen nykyisestä ja suunnitellusta uudesta rahoitusjärjestelmästä. ACA:n rahoitusuudistusten tarve kertoo kuitenkin siitä, että esimerkiksi epäonnistunut valinnanvapauden toteuttaminen ja ylipäätään yksityisten palveluntuottajien roolin kasvattaminen julkisissa terveyspalveluissa voi johtaa katastrofiin.

Yhdysvallat käyttää länsimaista ylivoimaisesti eniten voimavaroja – sekä julkisia että yksityisiä – terveyspalveluihin, mutta saa vain keskinkertaisia hoitotuloksia. Yhdysvalloissa on turhaan kysely terveysyritysten yhteiskuntavastuuta, kun ne ovat häikäilemättömällä ylläskutuksella ja muilla vippaskonsteilla saattaneet julkisen palvelujärjestelmän lähes suoritusiltaan. Tämä antaa hyvät perusteet suhtautua meilläkin epäluuloisesti suurliiketoimintaa harjoittavien yksityisten palveluntuottajien seireeni- lauluihin.

KIRJALLISUUS

- (1) Centers for Medicare & Medicaid Services. Affordable Care Act update: implementing Medicare cost savings. Luettu 22.11.2015. <http://www.cms.gov/apps/docs/aca-update-implementing-medicare-costs-savings.pdf>.
- (2) Commonwealth Fund: The Affordable Care Act's Payment and Delivery System Reforms: A Progress Report at Five Years. Luettu 23.11.2015. <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/may/aca-payment-and-delivery-system-reforms-at-5-years>.

HEIKKI HIILAMO

VTT, FT, professori

Helsingin yliopisto

Sosiaalitieteiden laitos