

Hennamari Mikkola, tutkimusprofessori,
tieto- ja viestintäyksikön päällikkö, Kansaneläkelaitos
8.6.2017

Asiantuntijalausunto HE47/2017, erityisesti korvausperusteiden ja kustannusvaikutusten näkökulmasta

Korvausperusteet

Hallituksen esityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista voidaan korvata palveluntuottajille useilla eri tavoilla: 1) Kiinteä korvaus 2) Kannustinperusteiset korvaus 3) Suoriteperusteinen korvaus 4) Asiakasseteli 5) Henkilökohtainen budjetti

Kiinteätä ja suoriteperusteista korvausta sekä asiakasseteliä on tarkoitus käyttää nk. suoran valinnan palveluissa. Maakunnalle on asetettu velvollisuus korvata vähintään 2/3 osuus kiinteänä korvauksena suoran valinnan palvelujen määrärahasta. Halutessaan maakunta voi suorittaa korvaukset kokonaan kiinteänä korvauksena. Suun terveydenhuollon osalta kapitaation osuus on puolet korvauksesta suoran valinnan palveluissa.

Kiinteä korvaus

Kiinteä korvaus perustuisi nk. kapitaatiomalliin eli asukasmäärään ja tarvetekijöihin. Laissa tarvetekijöinä mainitaan maakuntien asukkaiden ikä, sukupuoli sekä työssäkäynti ja muut tekijät.

Suomessa kunnat ovat aikaisemmin käyttäneet kapitaatiomalleja esimerkiksi terveysasemien ulkoistamisen yhteydessä. Esimerkiksi Espoossa on käytetty ikään perustuvaa kapitaatiota korvaamaan listautuneiden potilaiden kustannukset ulkoistetulle terveysasemille. Korvaus perustui Espoon kunnallisessa terveydenhuollossa toteutuneisiin kustannuksiin.

Muissa maissa kapitaatiokorvauksen ja suoritekorvauksen yhdistelmää peruspalveluissa on käytetty lähinnä lääkäripalveluissa, esimerkiksi Norjassa ja Tanskassa sekä Ruotsissa. Palveluvalikoima on näissä järjestelmissä ollut huomattavasti suppeampi kuin nyt kaavaillussa hallituksen esityksessä.

Hallituksen esityksen mukaan kapitaatio ja suoriteperusteinen korvausjärjestelmä kattaa sote-keskuksen kulut. Tähän sisältyvät myös sote-keskuksen myöntämät asiakassetelit, joita sote-keskuksen on pakko käyttää.

Aluksi kapitaatiokorvaus voisi olla hyvinkin suoraviivainen, esimerkiksi ikärakenteeseen perustuva. Myöhemmin korvausmallia voidaan säätää riippuen siitä mihin suuntaan maakunta haluaa ohjata tuotantoa.

Kapitaatiokorvaus ei kerro siitä, mitä palveluita sote-keskus tuottaa ja miten. Tämän vuoksi sote-keskusten toimintaa mm. palvelujen laatua, potilasrakennetta ja kustannuksia on vertailtava erillisillä valtakunnallisilla mittareilla. Kapitaatiokorvaus voi kannustaa tuottamaan palveluja tehokkaasti, mutta siihen liittyvä erityinen riski on potilaiden mahdollinen alihoito. Toisaalta kapitaatiokorvaus voi estää palveluntuottajia tekemästä turhia käyntejä, hoitoja ja tutkimuksia. Kapitaatiokorvaus ei vaadi myöskään erityisen mittavaa

tietopohjaa eikä palvelujen tuotteistusta. Näiden syiden vuoksi korvausmalli lienee niin suosittu ja käytössä monissa maissa.

Suomen nykyisessä järjestelmässä erityisesti vähävaraisten peruspalveluihin pääsy, niin lääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa on ollut muita heikompaa. Jos korvausjärjestelmällä halutaan kannustaa palveluntuottajaa tuottamaan palveluita erityisesti vähävaraisille ja sairaimmille, se on mahdollista esimerkiksi painottamalla sosioekonomisia tekijöitä korvausmallissa. Tämä voi olla keino hillitä palveluntuottajaa markkinoimasta palveluitaan erityisesti terveemmälle väestölle.

Mitä paremmin korvausmalli onnistuu kuvaamaan nk. sote-keskusta käyttävien asiakkaiden tarpeita, sitä paremmin korvaukset kannustavat tuottamaan asiakkaiden tarpeen mukaisia palveluita. Ideaalitulanteessa korvausmalli pystyisi huomioimaan potilaskohtaisia ominaisuuksia esim. pitkäaikaissairaudet. Korvausmallin arvioinnissa ja kehittämisessä voitaisiin hyödyntää soveltuvien osin esimerkiksi Kansaeläkelaitokseen kertyvää rekisteritietoa sairastavuuden osalta esimerkiksi potilaiden lääkkeiden erityiskorvausoikeuksista, työkyvyttömyydestä, sairauspäivärahoista, vammaistuksista. Sosioekonomisten tietojen osalta esim. pitkäaikainen toimeentulotuen käyttö saattaa myös ennustaa sairastavuutta. Köyhyyden kuvaamisessa se lienee paras mittari.

Sote-keskuksen palvelujen laajuus asettaa haasteita yhtenäisen kapitaatioon perustuvan korvausmallin käytölle. Jos palveluvalikoima vaihtelee ikääntyneiden kotipalveluista digitaalisiin kontakteihin esimerkiksi kontrollit ja reseptien uusimiset, kustannusten vaihtelu on laajaa. Mitä pienempi sote-keskuksen potentiaalinen väestöpohja on ja mitä suurempi palveluvalikoima sillä on, sitä suuremman kustannusriskin sote-keskuksen palveluntuottaja kantaa.

Markkinatilanteessa, jossa on vain yksi sote-keskus tuottamassa palveluita, kapitaatorahoituksen suhdetta palvelujen todellisiin kustannuksiin on järjestäjän kannalta hankala seurata ja ohjata, jos ei ole kilpailijoita. Sote-keskuksen palvelutuotantoa ja sen kustannuksia onkin syytä seurata valtakunnallisilla vertailutiedoilla. Monopolitulanteissa järkevät vertailukohdat voivat löytyä toisesta maakunnasta.

Kannustinperusteinen korvaus

Korvauksia voidaan käyttää kannusteina toiminnan ohjaamiseksi. Hallituksen esityksessä kuvataan kannustetta käytettävän esimerkiksi keppinä: vähennetään korvaussummasta tietty osa, jos palveluntuottajan laatuvaatimukset eivät täyty. Toisaalta halutaan kannustaa palveluketjujen vertikaalisen integraation toteutumista ja vähentää osaoptimointia terveysjärjestelmän sisällä. Hoitoketjussa aikaansaadut kustannushyödyt ketjun voitaisiin jakaa eri tuottajien välillä.

Kannustemekanismin käyttäminen edellyttää laadukasta ja vakioitua (samat mittarit kaikilla palveluntuottajilla) tietopohjaa, jotta hoitoketjun eri osien kulut saadaan selville vertailukelpoisesti. Nykyisillä ja tulevilla järjestelmillä se on ajan myötä mahdollista. Kunnianhimoinen tavoite, joista ei kannate luopua, vaikka se haasteelliselta saattaa alkuun vaikuttaakin.

Suoriteperusteinen korvaus

Suoriteperusteinen korvaus on tehokkain keino ohjata palveluntuottaja tuottamaan juuri sitä palvelua, mitä järjestäjä toivoo. Esimerkiksi, jos halutaan erityisesti lisätä ennaltaehkäiseviä palveluita, suoriteperusteisella korvauksella se onnistuu useimmiten hyvin. Seulonnat ja erilaiset kohdennetut terveystarkastukset ovat käytännön esimerkkejä palveluista, joihin suoriteperusteinen korvaus sopii hyvin.

Suoriteperusteinen korvaus tukee vain tietyn suoritteen suorittamista, eikä välttämättä potilaan kokonaisvaltaista hoitoa (jos sitä ei ole määriteltä omaksi suoritteekseen). Suoriteperusteisille korvauksille

voidaan myös asettaa rajoituksia, esim. max 2 käyntiä per kuukausi. Erilaisten rajoitteiden avulla suoriteperusteisessa järjestelmässä voidaan estää kustannusten nousu ja pelätty tarjoajan luoma kysyntä.

Poistuva lääkäri- ja hammaslääkäripalkkioita korvaava Kela-korvausjärjestelmä on yhteydessä suoriteperusteisiin korvauksiin. Tyypillinen esimerkki on aikaperusteinen käynti yleislääkärillä. Lääkäri on perinyt käynnistä palkkion ja Kela korvannut tietyn euromääräisen korvauksen käynnin kustannuksesta. Viimeisten vuosikymmenten aikana yksityislääkärikäyntien määrä ei ole erityisemmin kasvanut suhteessa väestön ikääntymiseen, vaikka käytössä on ollut suoriteperusteinen korvaus. Käyntien määrää on rajoittanut se, että potilaiden omavastuu on ollut niin suuri. Vuonna 2017 potilaiden omavastuu on jo yli 80 prosenttia.

Vuonna 2008 hammaslääkäripalkkioiden Kela-taksoja nostettiin 28 prosenttia. Tutkimusten perusteella potilaat eivät hyötäneet täysimääräisesti korotuksesta, vaan 30-40 prosenttia taksan korotuksesta valui hintoihin. Kelan tutkijat ehdottivat järjestelmään hintasääntelyä eli järjestelmän kehittämistä esimerkiksi palvelusetelijärjestelmän kaltaiseksi. Lääkäripalkkioiden taksoja on viimeksi korotettu vuonna 1989.

Sekä lääkäri- että hammaslääkäripalkkioiden ja tutkimuksen- ja hoidon taksoja on leikattu valtiontalouden leikkausten yhteydessä. Tutkimuksen ja hoidon taksoja leikattiin vuonna 2013 ja 2016. Hammashoidon euromääräisiä taksoja alennettiin vuosina 2015 ja 2016. Myös lääkäripalkkioiden taksioja leikattiin vuonna 2016. Koska potilaiden omavastuut ovat olleet jo pitkään korkeat, leikkaukset ovat vaikuttaneet vähäisesti yksityisten palvelujen käyttöön. Vaikutukset olivat merkittävimmät hammashoidossa, jossa joissakin kaupungeissa yksityisten palvelujen käyttö väheni selvästi. Leikkausten seurauksena yksityisten palvelujen hintataso ei ole laskenut.

Asiakasseteli

Korvausmalleista asiakasseteli on selkeämpi ja läpinäkyvämpi vaihtoehto verrattuna kapitaatiokorvaukseen. Verrattuna suoriteperusteiseen korvaukseen asiakasseteli on käsittääkseni laajempi kokonaisuus. Hallituksen esityksen mukaan suoran valinnan palvelujen tuottaja ja maakunnan liikelaitos voi myöntää asiakassetelin asiakkaalle ja korvaa sen palveluntuottajalle. Asiakassetelin avulla on mm. tarkoitus mahdollistaa myös pienten yritysten osallistuminen valinnanvapausmalliin.

Esityksen mukaan asiakassetelin osuus olisi 15 prosenttia maakunnan perusterveydenhuollon menoista. Prosentuaalinen osuus vaikuttaa keinotekoiselta ratkaisulta, mutta toisaalta pakottaa maakunnan rakentamaan asiakassetelijärjestelmän, joka mahdollistaa pienten yritysten osallistumisen valinnanvapausmalliin.

Toinen rajoite koskee sote-keskuksen omaa tuotantoa. Palveluntuottajan olisi itse tuotettava vähintään 60 prosenttia palveluista, joita ei tuoteta asiakassetelillä. Palveluntuottaja saisi hankkia muutoin kuin asiakassetelillä hankittavista palveluista 40 prosenttia muilta palveluntuottajilta. Voisiko lakitekstissä tätä säännöstä jotenkin selkeyttää?

Edellä mainitut ehdot vaikuttavat keinotekoisilta ja niiden toimivuus testataan sitten käytännön olosuhteissa.

Henkilökohtainen budjetti

Maakunta voi korvata palveluita maakunnan ennalta määräämään arvoon asti kustannukset palveluista, joita asiakas saa henkilökohtaisella budjetilla. Henkilökohtaisen budjetin käyttö vaatii vielä runsaasti määrittelytyötä.

Henkilökohtaisen budjetin saavat asiakkaat ovat todennäköisesti henkilöitä, jotka saavat myös erilaisia Kelan etuuksia. Esimerkiksi Kelan vammaistuet ovat varmasti tukimuotoja, jotka koskevat tätä asiakasryhmää. Tätä ei ole huomioitu lainsäädännön valmistelutyössä.

Korvausmallien kehittäminen – tarvitaanko jatkossa näin laajaa kirjoa korvausmalleja?

Korvausmalleja voidaan varmasti kehittää tulossa olevien pilotointien ja laskelmien avulla. Kela ja STM ovat myös käynnistäneet yhteisrahoitteisen hankkeen, jossa Oulun sote-palvelujen, Kelan etuuksien ja työterveyshuollon tietojen perusteella voidaan tehdä erilaisia mallivaihtoehtoja sote-keskusten palveluvalikoimasta ja näille erilaisille malleille erilaisia korvausmallivaihtoehtoja. Hankkeessa on tarkoitus tarkastella myös mahdollisia henkilökohtaisen budjetin vaihtoehtoja. Laskelmat hankkeessa tekee konsulttiyritys NHG. Hankkeesta saadaan ensimmäisiä tuloksia kesän 2017 aikana.

Epäilykseni on, että tulevaisuudessa korvausmalleja saatetaan karsia ja yhdenmukaistaa. Esimerkiksi asiakkaan valinnanvapausmalli saattaisi olla järkevä rakentaa kokonaisuudessaan asiakassetelijärjestelmän pohjalta. Asiakassetelijärjestelmällä saatettaisiin estää se, että järjestelmä ei heti ajautuisi muutaman yrityksen varaan ja sote-keskukset voisivat olla pienempiä. Toisaalta voi olla, että palvelujen skaalaetujen ja laadun varmistamiseksi kehitys kohti suurempia palvelukeskuksia voi olla väistämätön. Laajemmin käytettynä asiakassetelijärjestelmä edellyttäisi palvelujen tuotteistusta ja yhtenäisiä luokitusjärjestelmiä. Joka tapauksessa kansallisesti yhtenäisten tuotteistusten ja luokitusjärjestelmien kehittäminen on vielä edessä.

Kustannusvaikutukset

Kustannukset asiakkaille

Maakunnan tulee korvausta asettaessaan huomioida myös asiakasmaksujen osuus. Esityksen mukaan asiakasmaksujen tulee olla kohtuullisia.

Mikäli asiakasmaksut vaihtelevat maakunnittain, sisältää se riskin, että asiakasmaksuilla yritetään paikata kasvavia kustannuksia. Erityisesti hammashoidossa, jossa julkista rahaa on arvioitu käytettävän vain 0,3 miljardia, asiakasmaksut tulevat nousemaan. Tämä hyödyttää erityisesti niitä potilaita, jotka tällä hetkellä maksavat lähestulkoon itse hammashoitopalvelunsa ja siirtyvät uudistuksen jälkeen valinnanvapausmalliin. Toisaalta pienituloisten asiakasmaksut hammashoidossa kasvavat, jos erityisryhmille ei anneta erivapauksia asiakasmaksujen osalta. Toivottavasti järjestelmä ei ajaudu siihen, että lopulta asiakasmaksuja maksetaan toimeentulotuesta.

Mikäli asiakasmaksut säilyvät kohtuullisina, valinnanvapausmallissa asiakkaiden omavastuut saattavat kokonaisuudessaan vähentyä, jos kansalaisten ei tarvitse enää yhtä tiuhaan tukeutua käyttämään yksityissektorin palveluita.

Kustannukset maakunnille ja valtion taloudelle – kustannusten kasvu ja hillintä

Valinnanvapausmallin kustannuksia voi lisätä myös se, että osa lähestulkoon itsemaksavista asiakkaista siirtyvät yksityissektorilta julkiseen järjestelmään. Osa siirtyy, osa jatkaa puhtaasti yksityisten palvelujen käyttöä. Esimerkiksi, jos puolet yksityissektorin nykyisistä asiakkaista siirtyisivät valinnanvapausmalliin, riippuen omavastuiden suuruudesta, valtion ja maakuntien kustannukset saattaisivat kasvaa 300-500 miljoonaa euroa (taulukko 1).

Taulukko 1. Kelan korvaamat yksityislääkäri- ja hammaslääkärikäynnit sekä tutkimus ja hoito vuonna 2016.

Vuonna 2016	Kustannukset, milj. euroa	Korvaukset, milj. euroa	Omavastuut, milj. euroa
Lääkäripalkkiot	351,8	58,7	293,1
Hammashoito	355,4	55,7	299,7
Tutkimus ja hoito	293,9	43,3	250,6
Yhteensä	1001,1	157,7	843,4

Lisäksi jos vastaavasti puolet työterveyshuollon palvelujen käyttäjistä siirtyisi valinnanvapausmalliin, lisäkustannukset maakunnille ja valtiolle saattaisivat olla 200-300 miljoonaa euroa. Myös patoutunut perusterveydenhuollon kysyntä saattaa lisätä kustannuksia, kun palvelujen saatavuus paranee.

Toisaalta näitä lisäkustannusarvioita voi lievittää sillä, että oletettavasti digitalisaation ja kilpailun myötä peruspalvelujen tuottavuus kasvaa ja kustannuksia saadaan hillittyä. Säästöpotentiaali voi sisältyä matalan kynnyksen palveluihin, joissa palvelut ovat saatavilla helposti ja nopeasti. Ikääntyneiden ja vammaisten palveluissa kustannuksia voidaan säästää esimerkiksi kehittämällä omaishoidon tukipalveluita.

Toisaalta jos peruspalveluissa on selvää kustannuspainetta, kustannusten karsintaa voi harkita tehtävän erikoissairaanhoidosta, esimerkiksi keskittämällä vaativaa erikoissairaanhoitoa. Jo vuosikautia THL:n laskelmat ovat osoittaneet, että erikoissairaanhoidon tuottavuusvertailussa säästöpotentiaali on useita satoja miljoonia euroja.

Suurimmat kustannussäästöt ovat löydettävissä niiden potilaiden hoidosta, jossa 20 prosenttia käyttää kaikista resursseista 80 prosenttia. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon merkitys tämän potilasjoukon kustannuksissa on marginaalinen. Suurimmat kustannukset löytyvät vanhusten laitoshoidosta, asumispalveluista, päihde- ja mielenterveyspalveluista ym. eli käytännössä erikoissairaanhoidon lisäksi sosiaalipalveluista. Kehittämällä erityisesti sosiaalipalvelujen tietojärjestelmiä ja vertailumenetelmiä on löydettävissä moniakin keinoja, joilla voidaan erilaisten hoitoketjujen kustannustehokkuutta parantaa.

Nykyjärjestelmässä yksityissektorin ja työterveyshuollon palvelujen tuotanto on ollut lääkäripainotteista, mikä saattaa valinnanvapausmallissa muuttua. Nykyiset Kelan korvausjärjestelmät ovat suosineet erityisesti yksityissektorin lääkäripalvelujen kehittämistä.

Työvoimakustannukset ovat kuitenkin soten suurin menoerä ja tulevaisuuden kustannuskehitys riippuu paljolti siitä, miten soten henkilöstörakenne ja palkat kehittyvät.

Soten henkilöstön peruskoulutuksessa voisi myös lisätä kustannustietoisuutta ja terveystaloustieteen perusopintoja. Nykyisin esimerkiksi terveystaloustieteen opintojen osuus lääkärinkoulutuksessa on olematon.

