



VALTIOVARAINMINISTERIÖ

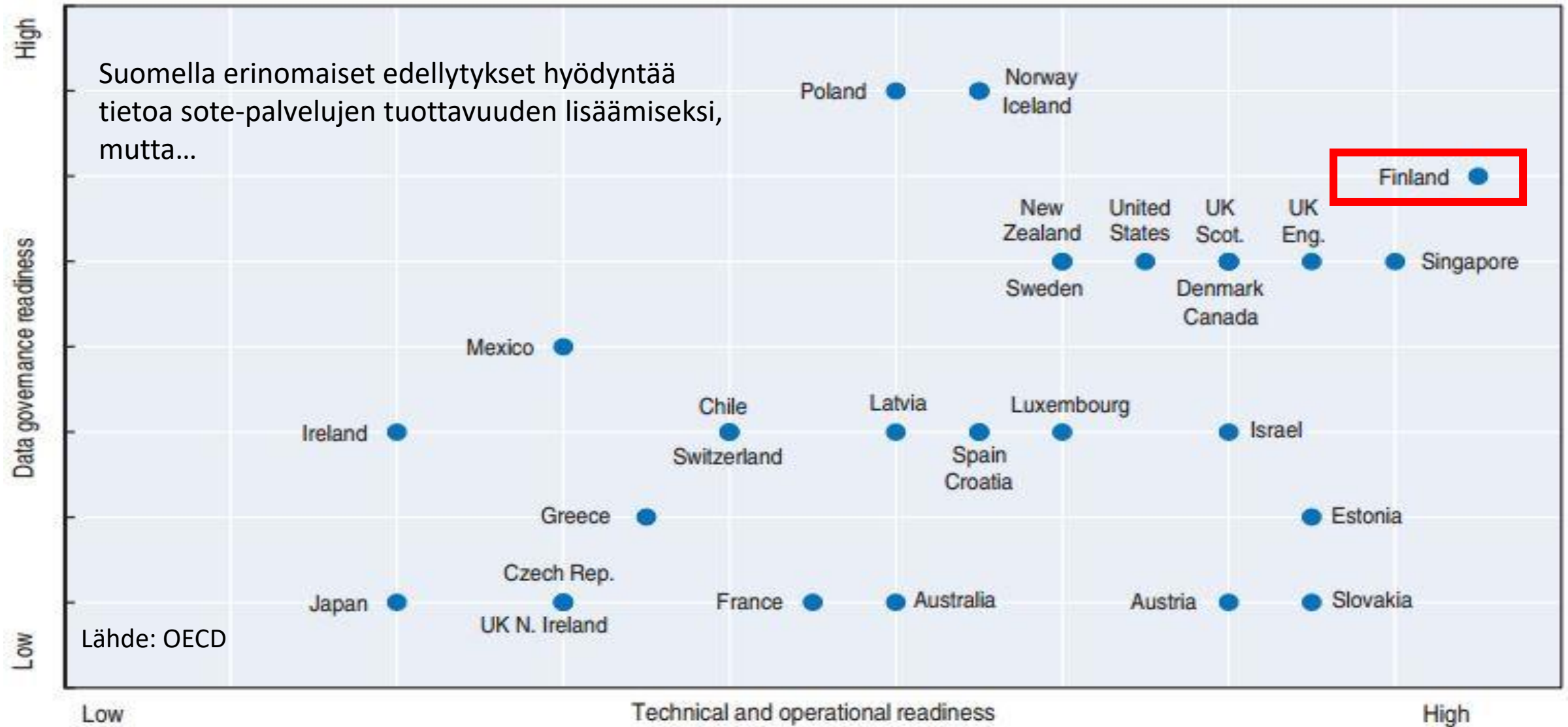
Sote-esitykset Valtiovarainvaliokunta 8.5.2018 Martti Hetemäki

- Miksi uudistus tukee palveluihin pääsyä ja hidastaa sote-menojen kasvua?
- Miten parantaa hoitoon pääsyä ja hillitää kustannuksia samanaikaisesti?
- Liite 1: Kapitaatiokorvausmallien ja valinnanvapauden vaikutuksista
- Erillinen muistio: Sote-palvelujen rahoituksen riittävyys 2020-luvulla



Valmius käyttää sähköistä terveystietoa laadun parantamisessa

Tiedon hallinnan valmius sekä tekninen ja operatiivinen valmius kehittää kansallista tietoa sähköisistä terveystietokannoista, 2016



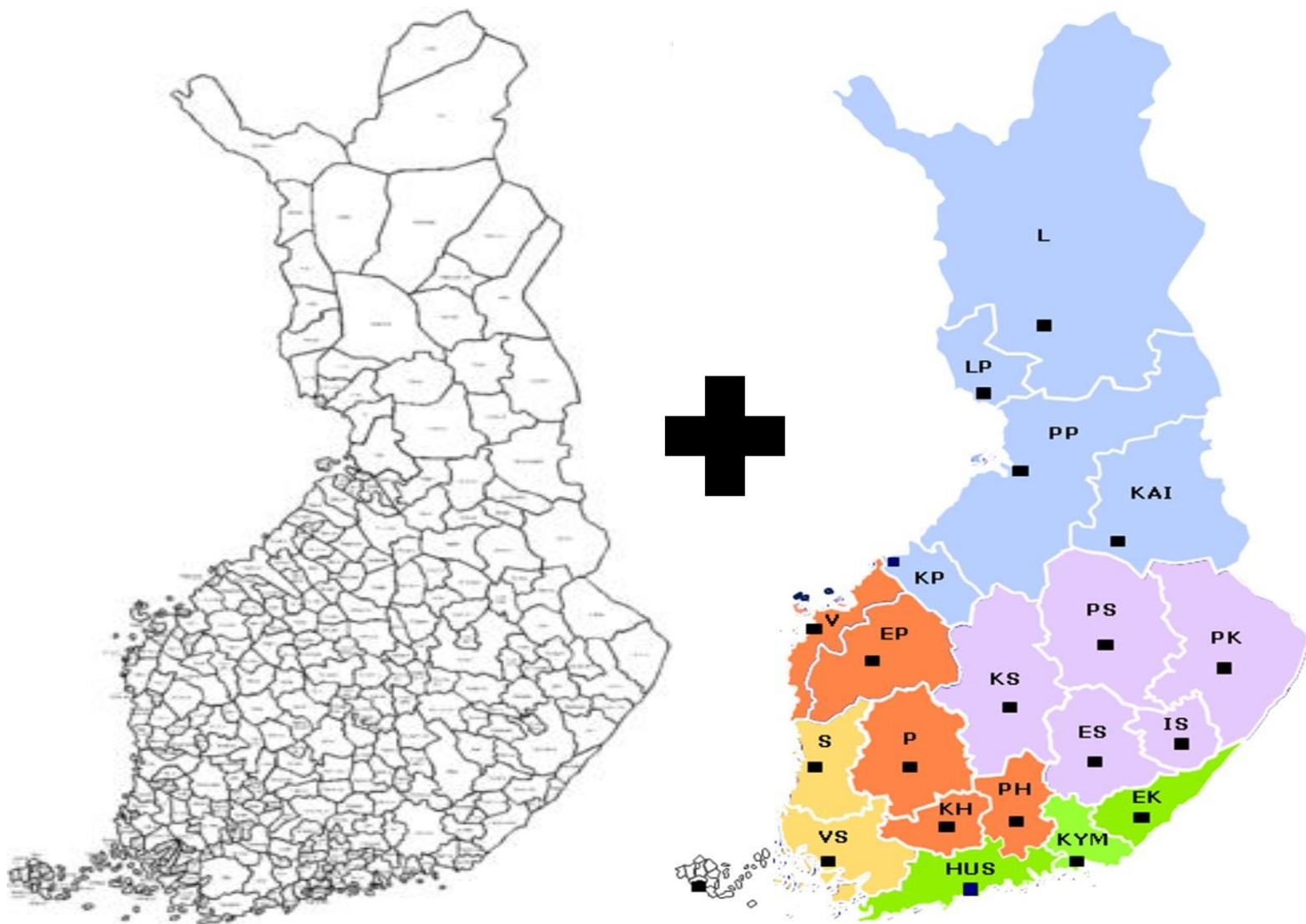
... tiedon hyödyntämistä ja johtamista vaikeuttaa sotien sirpaloitunut järjestäminen

295 kuntaa vastaavat yksin tai kuntayhtyminä
sotien peruspalveluista



Peruspalvelujen vastuu
kunnilla

20 sairaanhoitopiiriä (kuntayhtymää)
vastaavat erikoissairaanhoidon palveluista

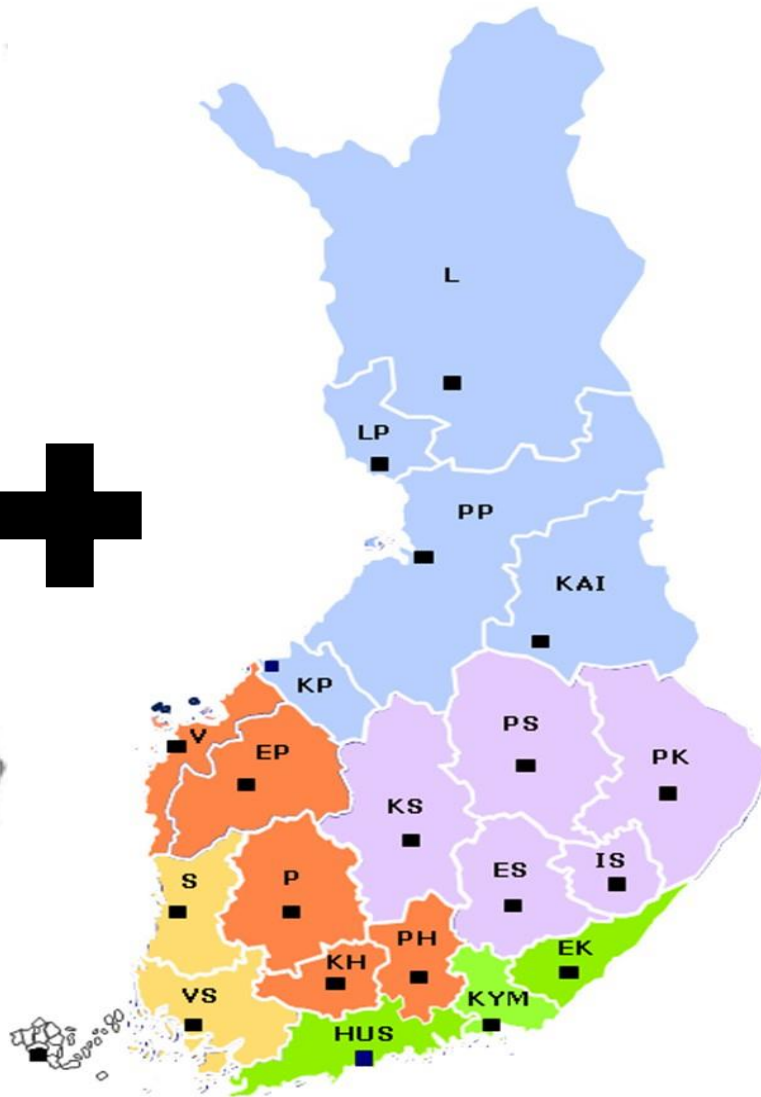


Nyt

Peruspalvelujen vastuu
kunnilla

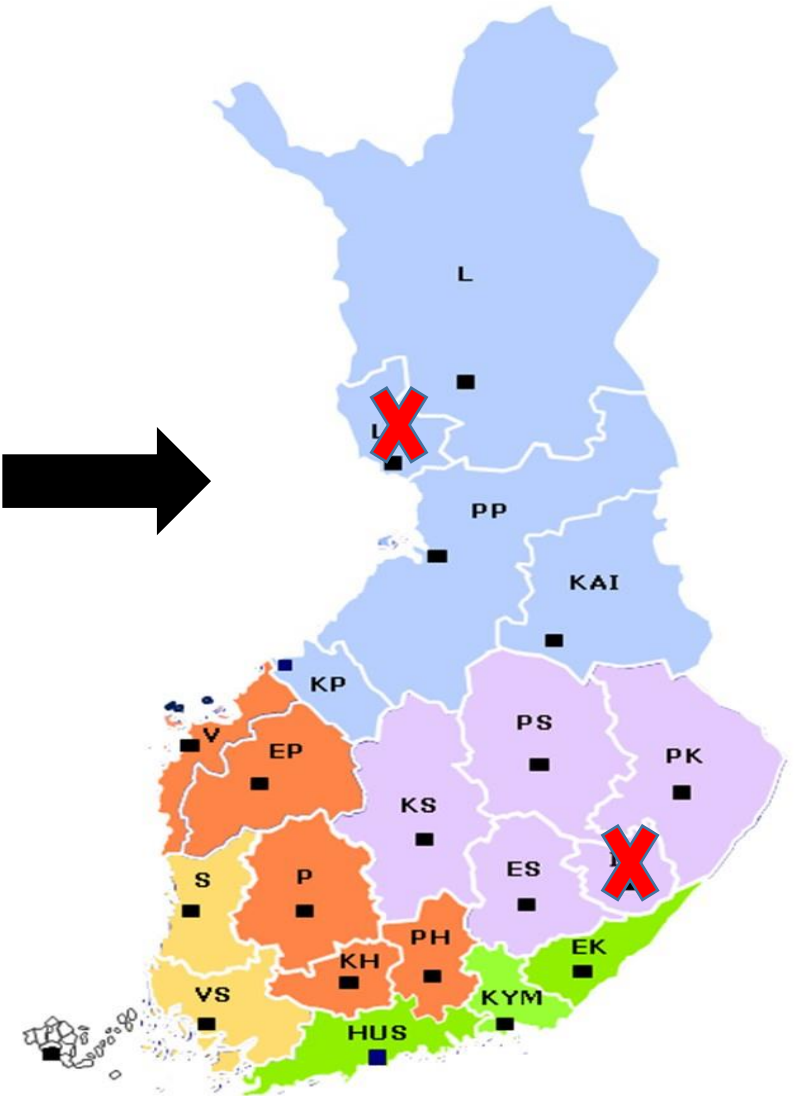


20 sairaanhoitopiiriä (kuntayhtymää)
vastaavat erikoissairaanhoidon palveluista



Uudistus

18 maakuntaa vastaavat kaikkien
sote-palvelujen järjestämisestä



Sote-uudistusten pääpiirteitä muissa maissa

Sote-palvelujen integraatio

- Monia palveluja tarvitsevat vievät valtaosan sote-menoista

Tiedon ja johtamisen korostus

- Tieto ollut hyödyntämättä
- Tuottavuuserot suuria

Suomen uudistuksessa kaikki avainasiat

Kohti alueellisen järjestäjän monituottajamallia (esim. Iso-Britannia)

Valinta tukee palveluun pääsyä

- Peruspalvelut ja kapitaatiomalli A&O (esim. Ruotsi)

UUSI SOTE-RAKENNE 1.1.2020

STM 16/03/2017

Valtakunnallinen lupa- ja
valvontaviranomainen



VALTIO

18

MAAKUNTAA

- Järjestämisvastuu
- Rahoitusvastuu
- Päättää palvelutasosta ja yhteistyösopimuksesta

5

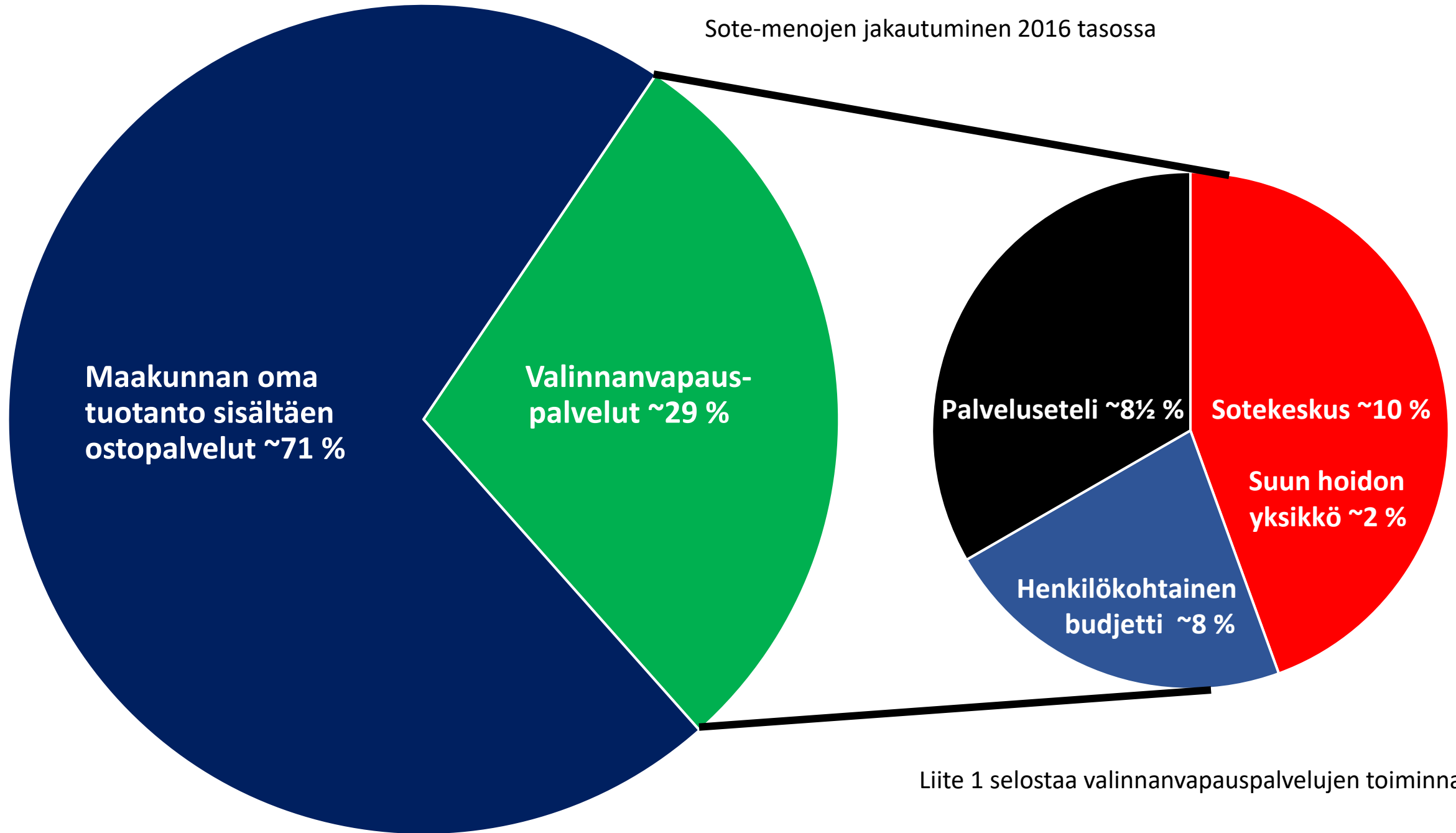
SOTE-YHTEISTYÖ -ALUEET



Soten järjestäminen ml. valinnanvapaus

- Yhden tahon vastuulla
- Selkeä vastuu tukee palvelujen laatua, saatavuutta ja tuottavuutta
- Suora kansanvalta, ei äänileikkureita

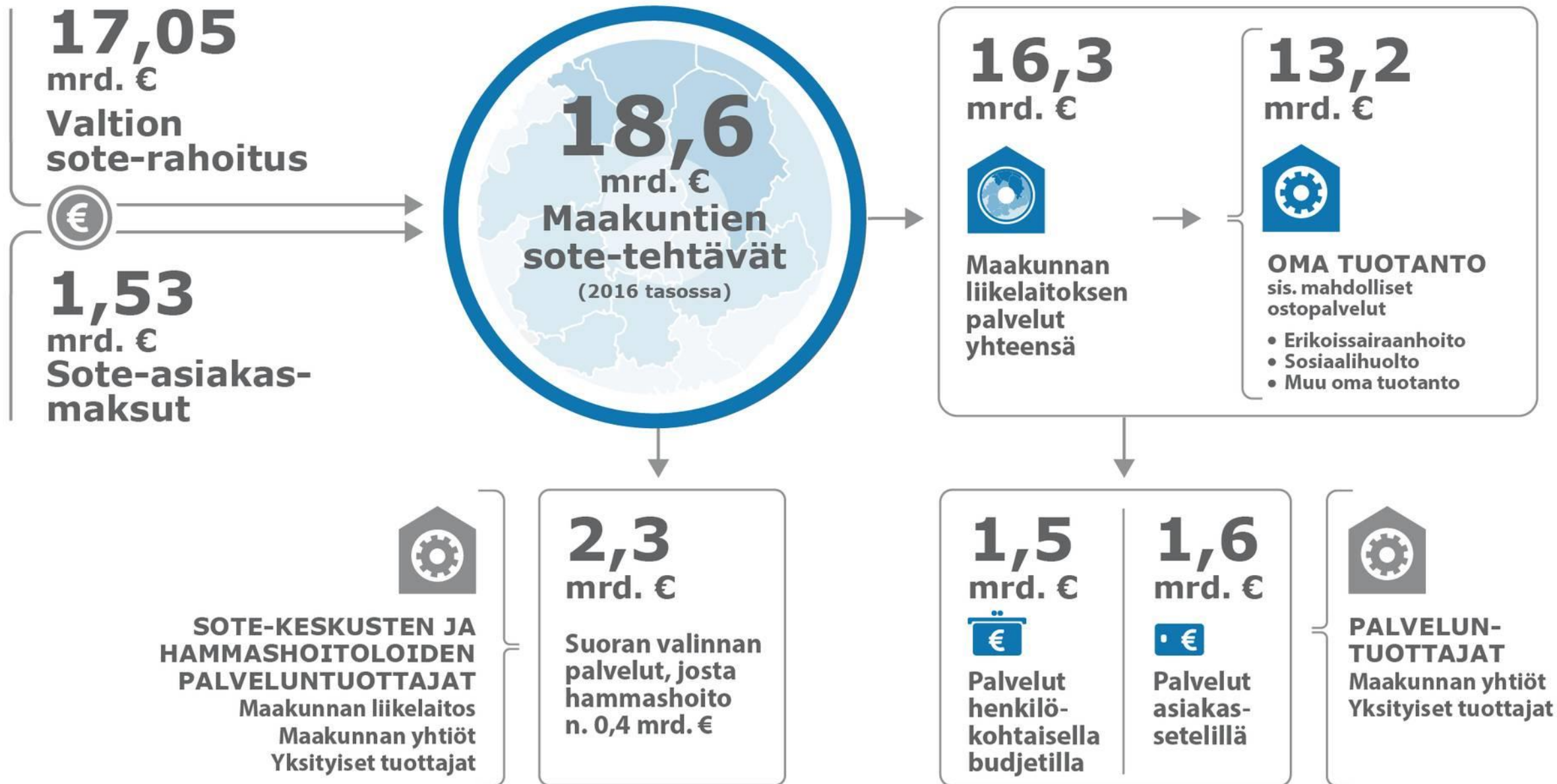
Sote-menojen jakautuminen 2016 tasossa



Liite 1 selostaa valinnanvapauspalvelujen toiminnan

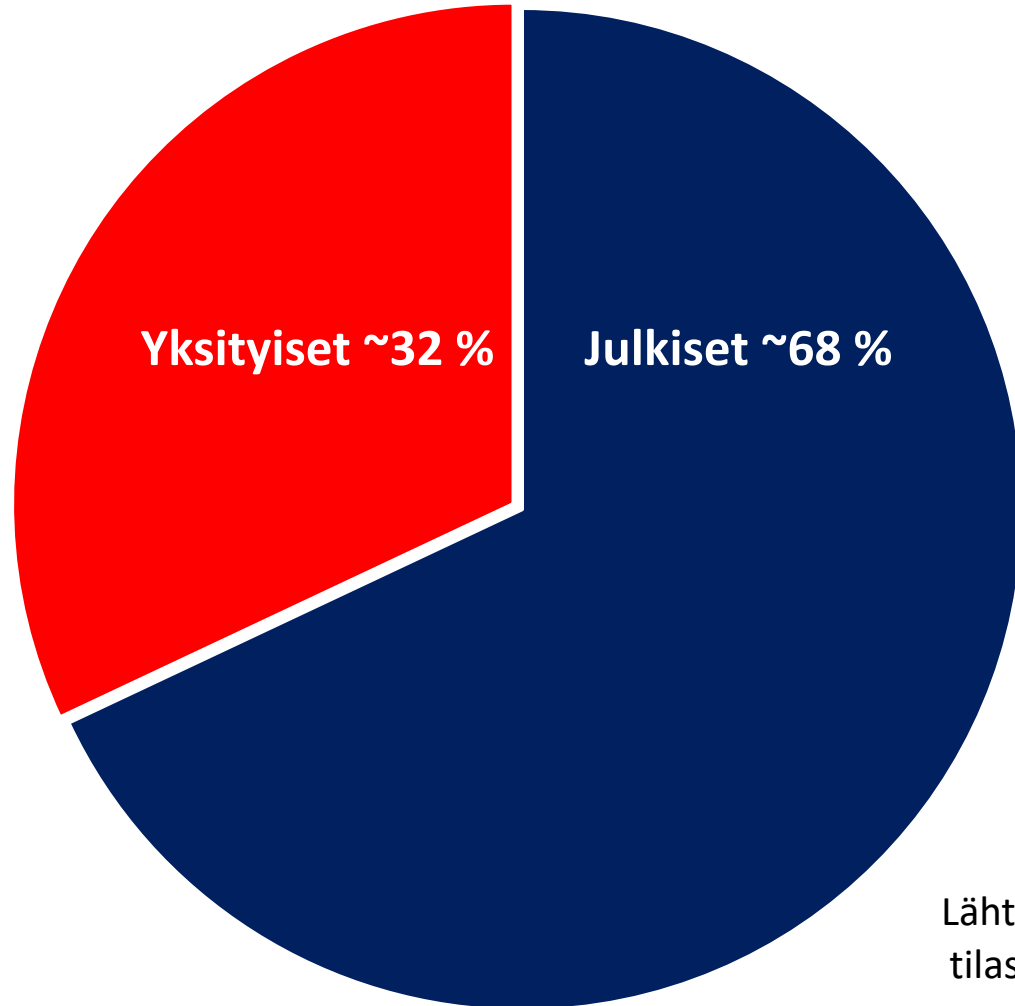
MAAKUNTIEN SOTE-MÄÄRÄRAHOJEN JAKAUTUMINEN

STM 22/01/2018

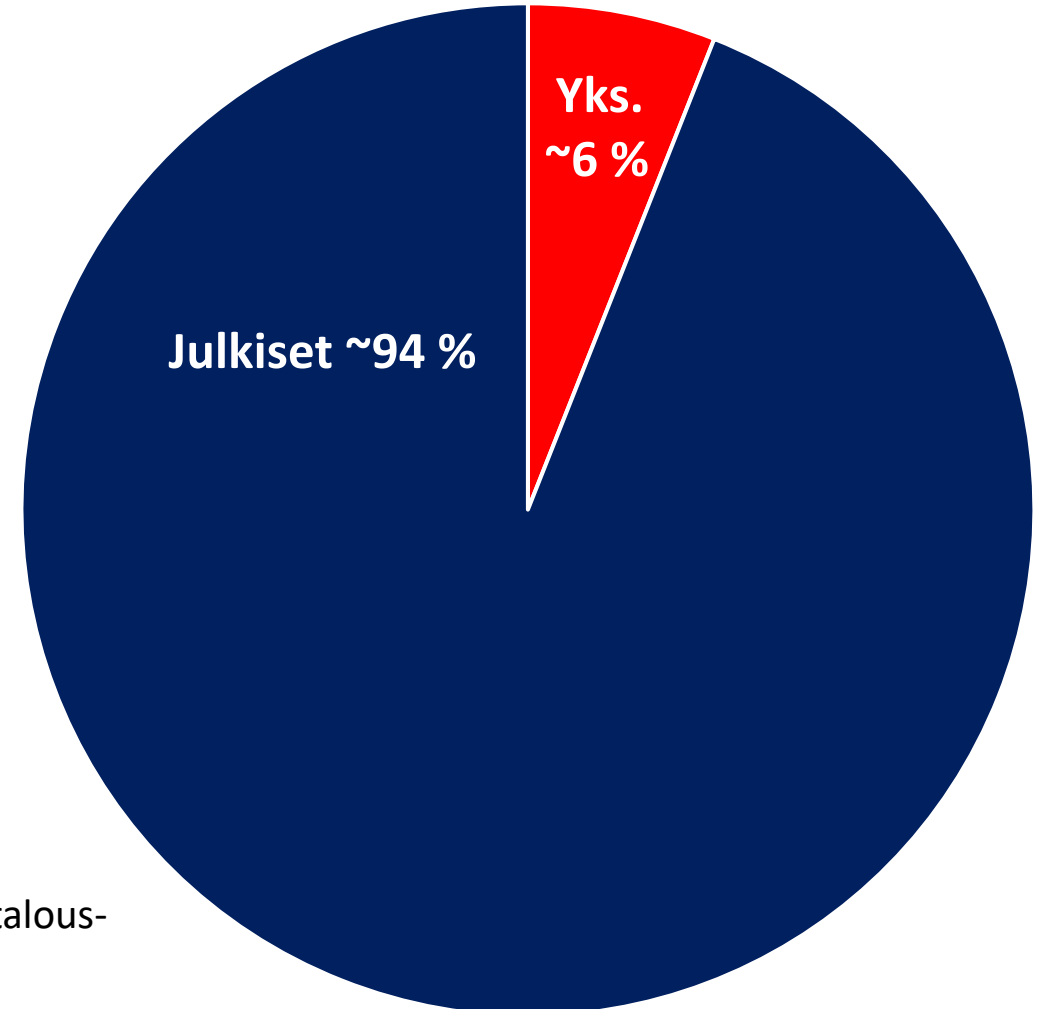


Julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveysten palvelujen osuudet 2016

Sosiaalipalvelut



Terveyspalvelut



Lähteet: Kuntatalous-
tilasto ja THL

PILOTTI- VAIHE

1.1.2017 valinnanvapauspilotit
viidellä alueella

Eduskunnan hyväksyttyä valinnanvapaus-HE:n
valinnanvapauspilotit voivat alkaa kaikissa maakunnissa

Vaiheittainen toteutus

TOTEUTUS- VAIHE

1.1.2020



Vastuu
sote-palvelujen
järjestämisestä
siirtyy kunnilta
maakunnille

1.7.2020



Henkilökohtainen
budjetti otetaan
viimeistään
käyttöön



Asiakasseteli
otetaan
viimeistään
käyttöön

1.1.2021



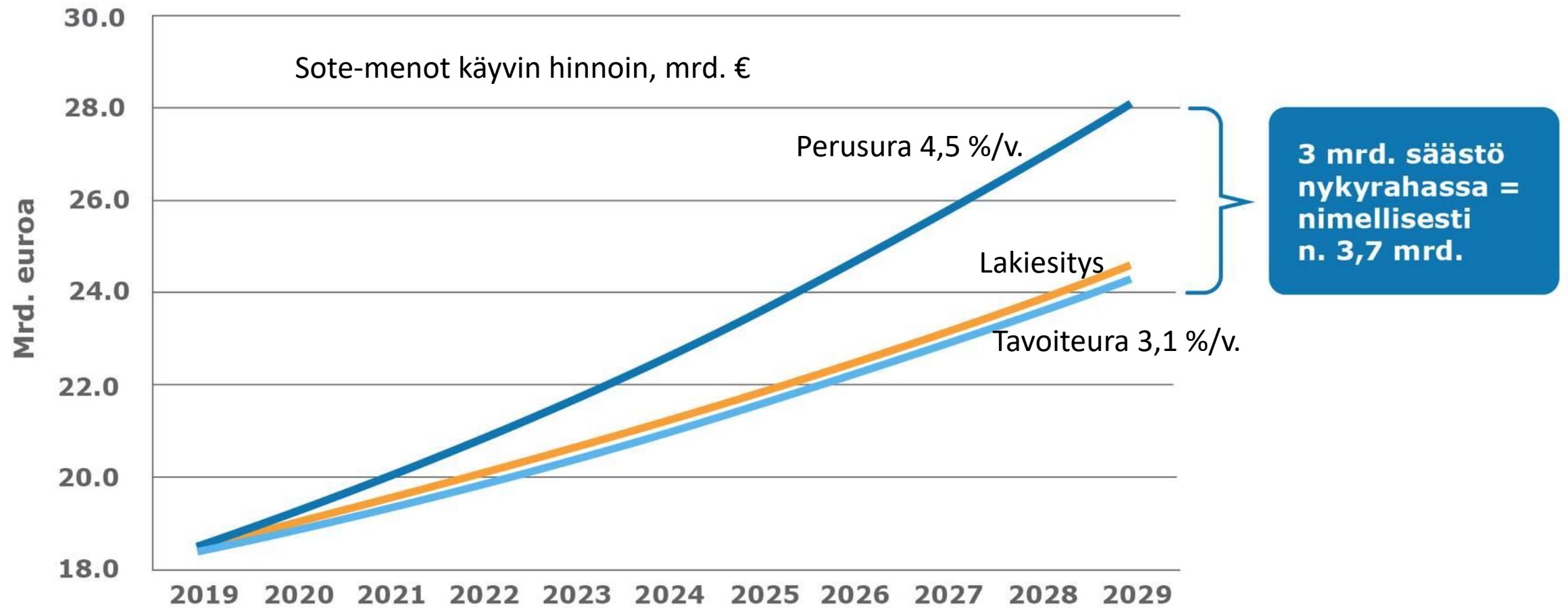
Sote-keskukset
aloittavat
toimintansa

1.1.2022



Suunhoidon
yksiköt aloittavat
toimintansa

Maakuntaindeksin ennuste 2,6 % (painot: ATI = 45 %, sotu-maksut = 15 %, KHI = 40%)



- Perusura: 1,5 % palvelutarve + 1 % reaali-palkat + 2 % inflaatio**
- Lakiesitys (säästö 2,9 mrd.): Maakuntaindeksi + 1 % v. 2020–2021; + 0,5 % v. 2022–2029**
- Tavoiteura (3 mrd. säästötavoite): Maakuntaindeksi + 0,5 % v. 2020–2029**

16.3.2018

Keskeisiä indeksilukuja ja niiden ennusteita ¹⁾

Lähde: Tilastokeskus, ennusteet VM

Vuosi	Kuluttajahinta- indeksi, 2000=100		Rakennus- kustannusindeksi, 2000=100		Tukkuhinta- indeksi ²⁾ , 2000=100		Palkansaajien ansiotasoindeksi, 2000=100				Peruspalvelujen hintaindeksi ³⁾ , 2000=100	
							Kaikki palkansaajat		Kuntasektori			
	piste- luku	vuosi- muutos %	piste- luku	vuosi- muutos %	piste- luku	vuosi- muutos %	piste- luku	vuosi- muutos %	piste- luku	vuosi- muutos %	piste- luku	vuosi- muutos %
2000	100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	
2001	102,6	2,6	102,5	2,5	99,1	-0,9	104,5	4,5	103,5	3,5	103,5	3,5
2002	104,2	1,6	103,3	0,8	97,7	-1,5	108,2	3,5	106,8	3,2	106,5	2,9
2003	105,1	0,9	105,2	1,8	97,4	-0,3	112,6	4,0	110,7	3,7	109,8	3,1
2004	105,3	0,2	107,8	2,5	98,3	0,9	116,8	3,8	115,1	4,0	113,5	3,4
2005	106,2	0,9	111,7	3,6	101,6	3,3	121,4	3,9	119,9	4,2	117,5	3,5
2006	107,9	1,6	115,9	3,8	107,6	5,9	124,9	2,9	123,5	3,0	121,4	3,3
2007	110,6	2,5	122,8	5,9	111,4	3,5	129,2	3,4	128,1	3,7	125,6	3,5
2008	115,1	4,1	127,6	3,9	116,5	4,6	136,3	5,5	135,1	5,5	132,3	5,2
2009	115,1	0,0	126,2	-1,1	108,8	-6,6	141,8	4,0	139,8	3,5	135,0	2,0
2010	116,5	1,2	127,6	1,1	115,0	5,7	145,5	2,6	144,5	3,4	138,5	2,6
2011	120,4	3,4	131,8	3,3	124,7	8,5	149,4	2,7	148,9	3,0	143,1	3,3
2012	123,8	2,8	135,0	2,4	128,5	3,0	154,2	3,2	154,2	3,6	148,0	3,4
2013	125,6	1,5	136,4	1,0	129,9	1,1	157,4	2,1	156,8	1,7	150,6	1,8
2014	126,9	1,0	137,7	1,0	128,5	-1,1	159,6	1,4	157,9	0,7	151,4	0,5
2015	126,7	-0,2	138,4	0,5	124,9	-2,8	161,9	1,4	159,2	0,8	152,3	0,6
2016	127,1	0,4	139,1	0,5	123,4	-1,2	163,3	0,9	160,6	0,9	153,5	0,8
2017*	128,0	0,7	139,5	0,3	129,4	4,9	163,7	0,2	158,8	-1,1	150,3	-2,1
2018**	129,8	1,4	142,5	2,1	132,7	2,6	166,9	2,0	161,8	1,9	151,2	0,6
2019**	131,8	1,5	145,6	2,2	136,2	2,6	170,3	2,0	165,1	2,0	153,1	1,3
2020**	134,2	1,8	148,5	2,0	138,9	2,0	174,4	2,4	171,0	3,6	156,7	2,3
2021**	136,8	2,0	151,5	2,0	141,7	2,0	178,9	2,6	175,0	2,3	160,1	2,2

1) Tässä taulukossa on vertailun helpottamiseksi käytetty muunnettuja indeksejä, joiden perusvuodeksi on merkitty 2000=100

Jäljempänä esitettävissä sarjoissa perusvuosi vaihtelee ja muutosprosentit voivat hieman poiketa
tässä taulukossa esitetyistä muutosprosentteista.

2) Tukkuhintaindeksin ennusteissa on käytetty kotimarkkinoiden perushintaindeksiä

3) Peruspalvelujen hintaindeksissä on huomioitu lomarahojen leikkaus vuonna 2017 ja niiden palautuminen vuonna 2020

Reunahuomautus:

- Maakuntaindeksi (=0,6xtyövoimakustannus-
indeksi+0,4xkuluttajahintaindeksi) ei välttämättä
ole maakuntien rahoituksen kannalta epäedullinen.

Liite 1: Valinnanvapauspalvelujen toiminta pelkistään

ASIAKKAAN ERILAISET VALINTATILANTEET

STM 23/10/2017

Sote-keskuksen ja hammashoitolan valinta



Asiakas voi valita julkisen tai yksityisen sote-keskuksen ja hammashoitolan sekä näiden toimipisteen kaikkialta Suomesta.

Palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma

Maakunnan liikelaitoksen valinta



Asiakas voi valita maakunnan liikelaitoksen kaikkialta Suomesta ja sen palvelualueen.



**Maakunta vastaa
palvelujen järjestämisestä,
raha seuraa asiakasta**

Maakunnan liikelaitoksen myöntämä asiakasseteli



Asiakas voi valita asiakassetelillä palveluntuottajan kaikkialta Suomesta. Palveluntuottajat ovat yksityisiä.

- Perustaso esim. kotipalvelu ja kotisairaanhoito
- Erikoistaso esim. polikliiniset kirurgiset toimenpiteet ja hammasproteettiset hoidot

Maakunnan liikelaitoksen myöntämä henkilökohtainen budjetti

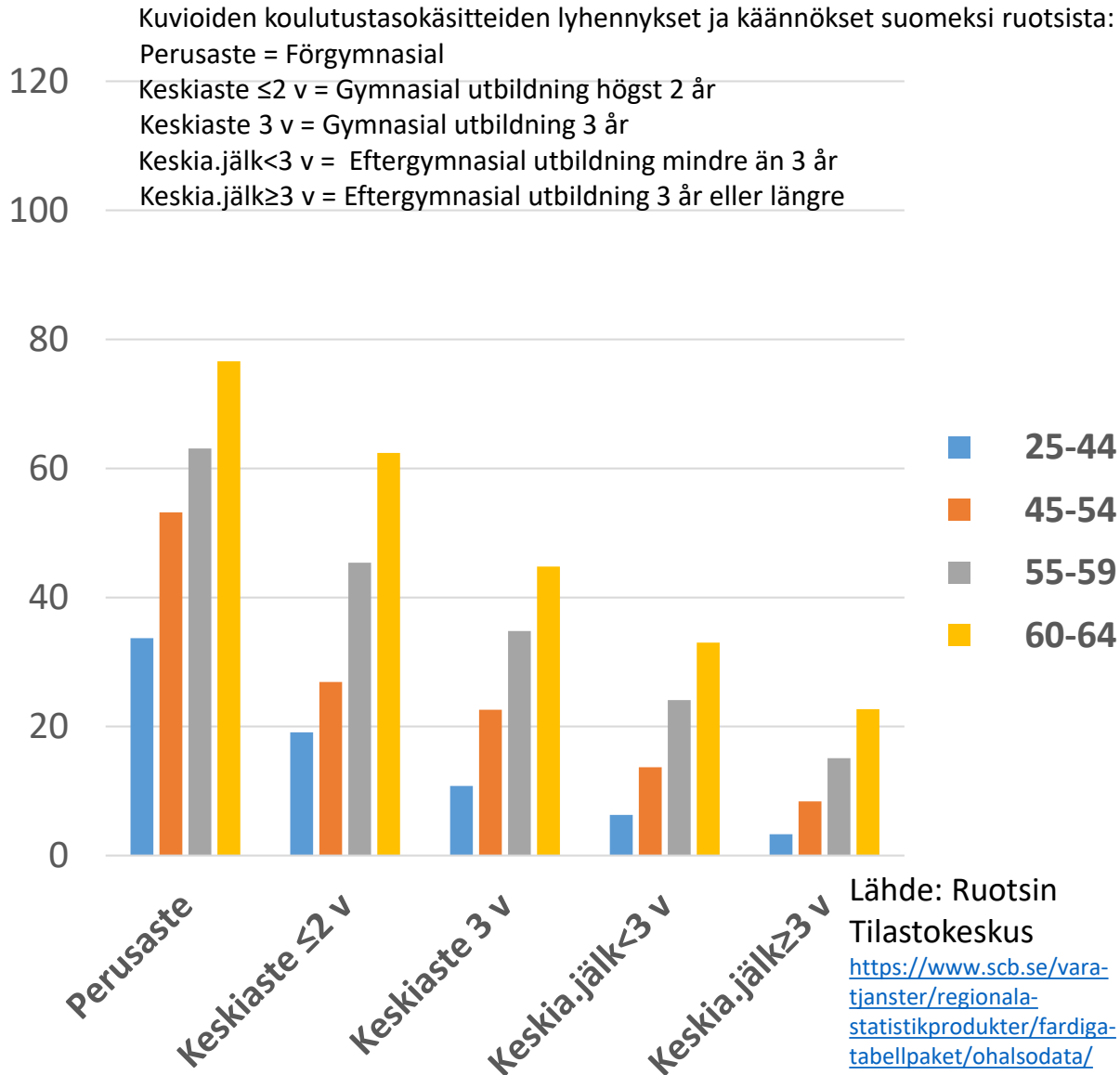


Asiakas voi valita henkilökohtaisella budjetilla palveluntuottajan kaikkialta Suomesta. Palveluntuottajat ovat yksityisiä.

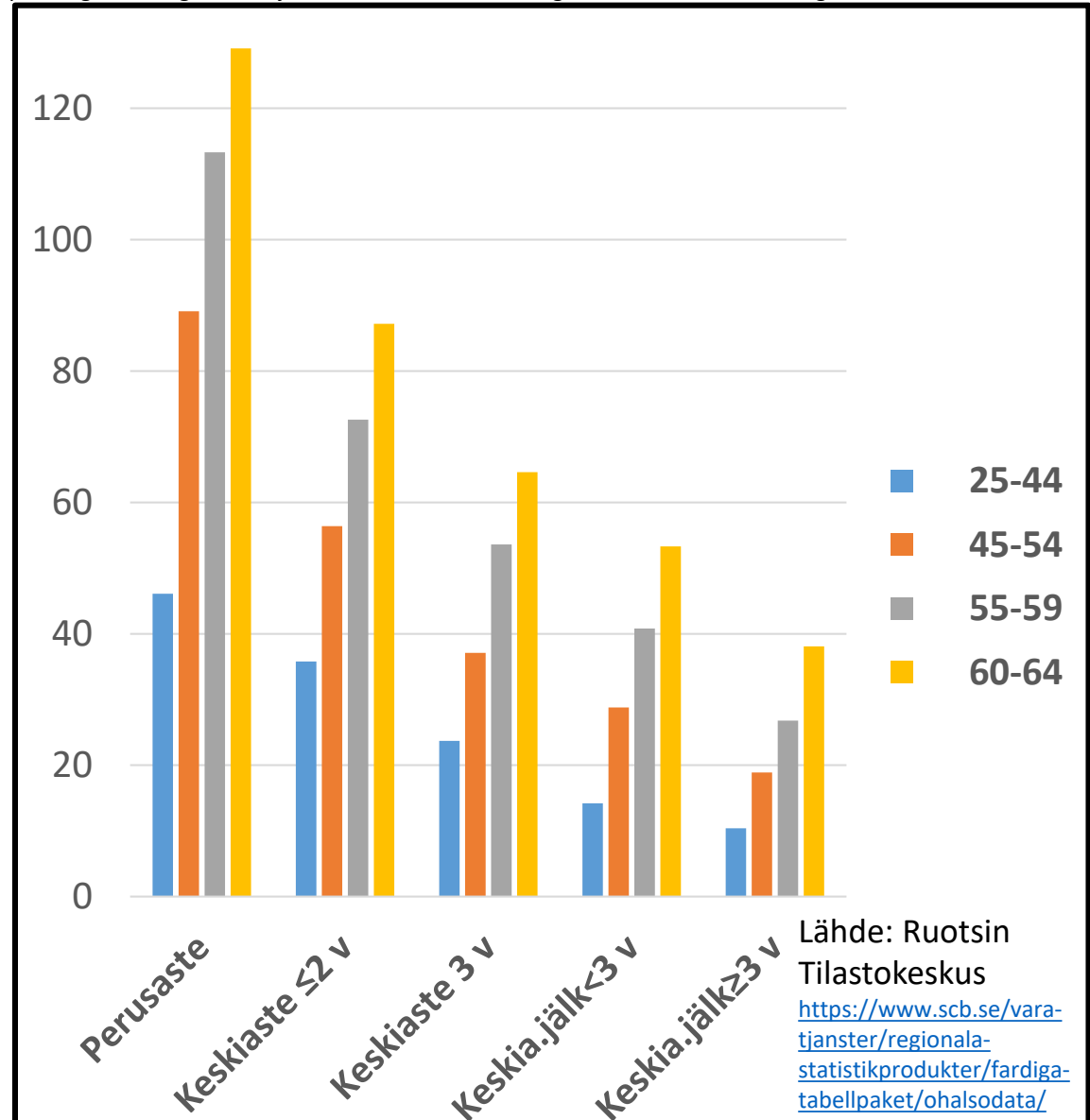
Sairastavuusluku (ohälsotal*) Ruotsissa sukupuolen, iän ja koulutustason mukaan vuoden 2016 lopussa

Miesten sairastavuusluku

*Ohälsotalet beräknas genom att summan av dagar med utbetald sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt dagar med sjuk- och aktivitetsersättning divideras med befolkningen 16-64 år.



Naisten sairastavuusluku



Tavoite	Keino	Sote-tuottajien korvausmallit*	Kannustinrahoitus	Henkilökohtainen budjetti
Paljon palveluja tarvitsevat		15 Ruotsin 21:stä maakunnasta on käyttänyt ns. riski-perusteista Care Need Indeksiä, joka lisää kapitaatiokorvausta terveyskeskuksille, joiden asiakkaista suuri osa on sosioekonomisten tai demografisten tekijöiden perusteella paljon palveluja tarvitsevia. Tämä on lisännyt yksityisiä terveyskeskuksia alueilla, joilla asuu paljon palveluja tarvitsevia. Korvausjärjestelmä on siis ohjannut tuottajia sijoittumaan alueille, joilla on palvelujen tarve on suuri.**		Erityisesti harvemmin asutuilla alueilla henkilökohtainen budjetti, ml. siihen kuuluvat kuljetuskustannukset ovat paljon palveluja tarvitsevien kannalta tärkeä mahdollisuus.
Yli- ja alihoidon rajoitus		Alihoidon rajoittamiseksi osa korvauksista on syytä maksaa suorite- tai kannustinperusteisesti. Palvelujen laadusta on myös oltava tieto asiakkaalle ja maakunnalle. Asiakkaan tieto tuottajien laadusta lisää valinnanvapauden tuomaa tuottajien painetta laadun ylläpitoon.	Kannustinrahoitus ja sen perustana oleva tieto voivat rajoittaa yli- ja alihoitoa.	
Kustannusten vyörytyksen rajoitus			Kannustinrahoituksella on mahdollista rajoittaa sote-keskusten kannustinta vyöryttää kustannuksia maakunnan liikelaitokselle. Sen voi toteuttaa esim. tuottajan ja liikelaitoksen riskinjaolla.	
Palvelu-integraatio		Palveluintegraatio usean tuottajan mallissa edellyttää, että: • Korvausmallit tukevat tuottajien yhteistyötä • Tieto kulkee tuottajien kesken (esim. Kanta-palvelun kautta)	Hyvin määritelty kannustinrahoitus tukee myös palveluintegraatiota.	Henkilökohtaisen budjetin yksi lähtökohta on paljon palveluja tarvitsevan palvelujen integraatio.
Kustannusten hillintä		Kustannusten hillinnän kannalta on olennaista, että korvausmallit perustuvat riittävän yksityiskohtaiseen tietoon terveysriskitekijöistä.	Kannustinrahoituksen tehokas käyttö edellyttää ennen muuta hyviä tietoja.	

*VATT:n lausunto eduskunnan valtiovarainvaliokunnalle hallituksen esityksestä soten valinnanvapaudesta kuvaa lähemmin korvausmallien tavoiteltavia ominaisuuksia.

http://vatt.fi/documents/2956369/7549916/73_07_01_2018_lausunto_ei_alle.pdf/267409fe-82ac-4ef3-a4a3-6d68d08acbeb/73_07_01_2018_lausunto_ei_alle.pdf.pdf

**Anell, A., M. Dachag & Dietrichson, J. (2018), Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? BMC Health Services Research. 18, 1, 179.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2983-3>

Sote-menojen rakenne

Terveysmenot ~53-60 % sote-menoista riippuen maakunnasta

2000-2016 sosiaalipalvelumenot nousivat reaalisesti 67 % ja terveyspalvelumenot 29 %

Erikoissairaanhoidon menot/Perusterveydenhuollon menot olivat ~1.5 2000 ja ~2 2016

Maakuntien reaalisten menojen/asukas kasvuerot isot 2000-2016

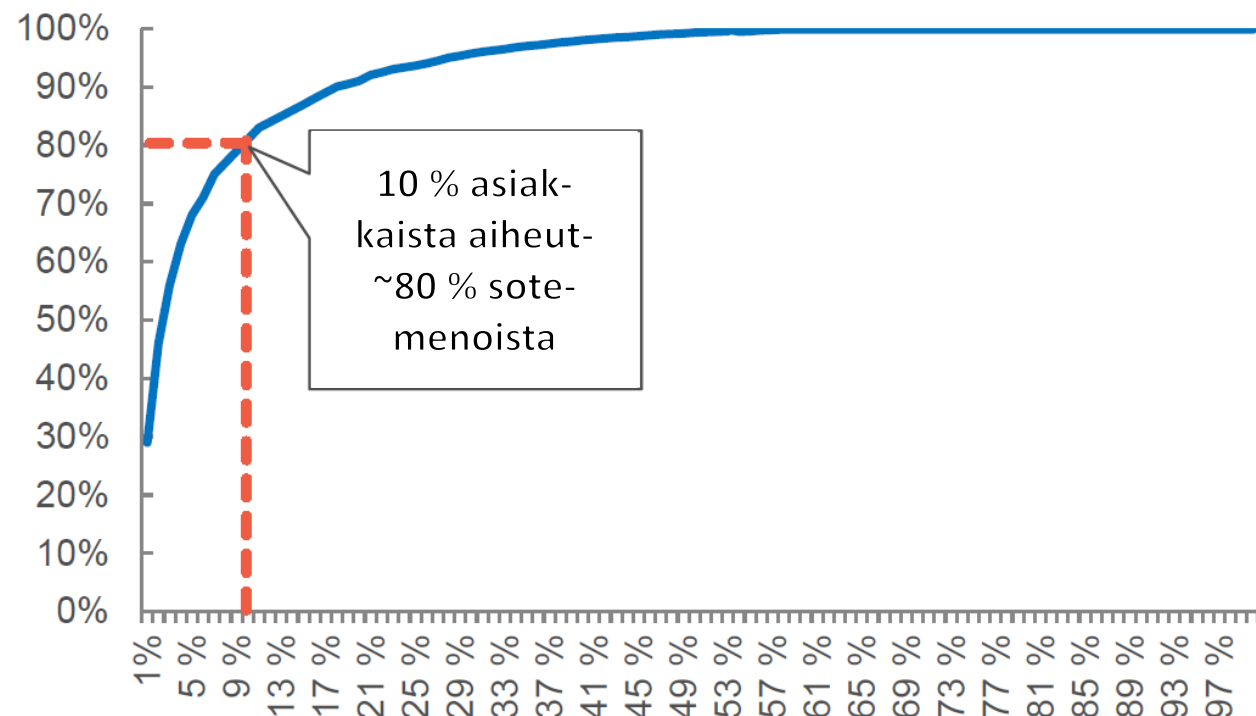
- Terveyspalvelumenot 10-30 %:sta 50-60 %:iin
- Sosiaalipalveluissa 40 %:sta 100 %:iin

2016 maakuntien tarvekertoimet 0.87-1.21 (koko maa=1)

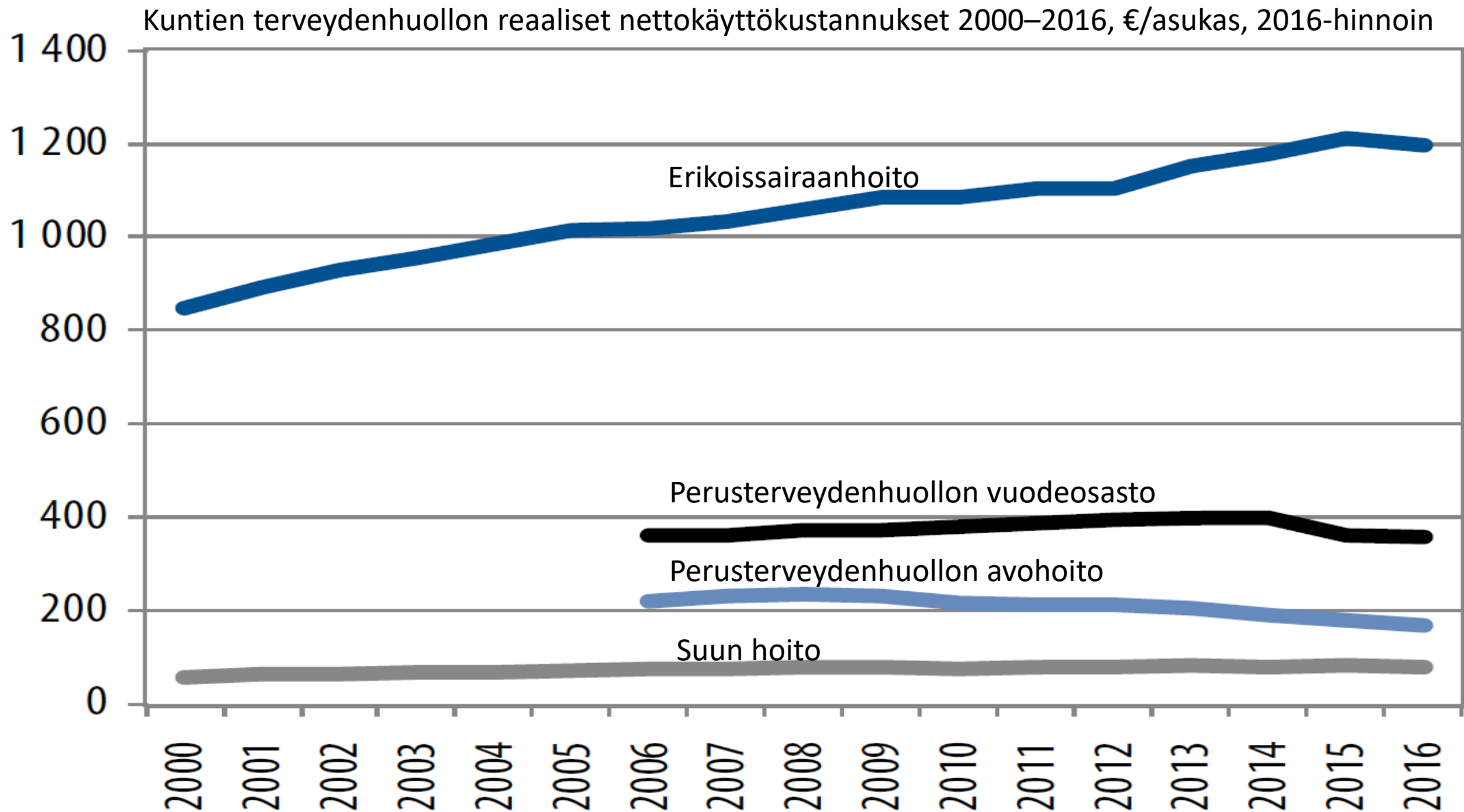
- Tarve-erojen muutokset tuskin selittävät menojen kasvuerot

Lähde: Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta: Peruspalvelujen tila 2018.

<http://vm.fi/documents/10623/307653/13+2018+VM+Peruspalvelujen+tila+2018.pdf/4d73f35d-a3a3-4ffd-a2c9-f9c3b6fdb841?version=1.0>



Lähde: R.-L. Leskelä, V. Komssi, S. Sandström, S. Pikkujämsä, A. Haverinen, S.-L. Olli, K. Ylitalo-Katajisto (2013), Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Lääkäri lehti 48/2013.



Lähde: Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta: Peruspalvelujen tila 2018.

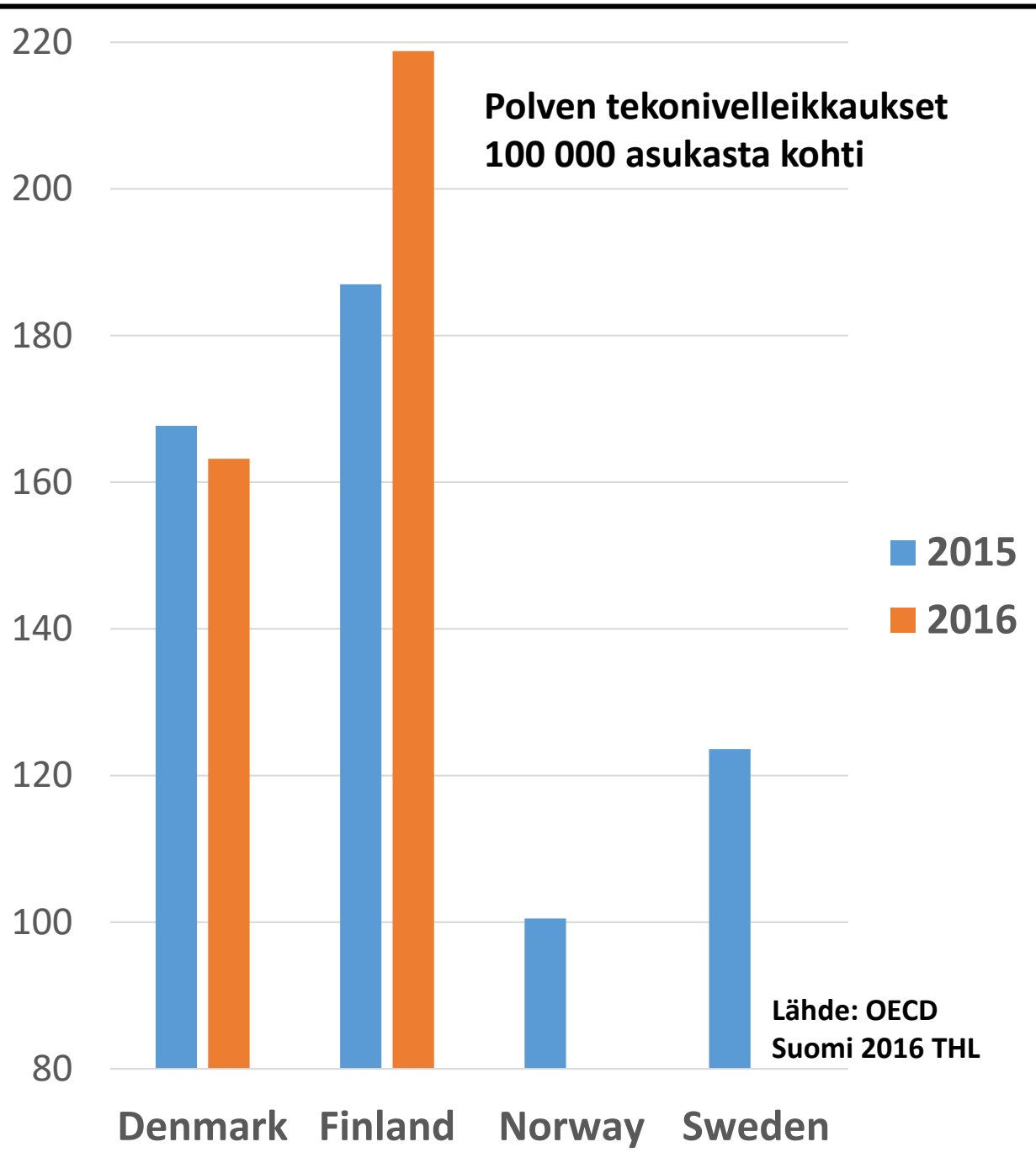
<http://vm.fi/documents/10623/307653/13+2018+VM+Peruspalvelujen+tila+2018.pdf/4d73f35d-a3a3-4ffd-a2c9-f9c3b6fdb841?version=1.0>

Palkkaharmonisointi ja ICT-investoinnit

- Palkkaharmonisointi-asia ei liity soten valinnanvapauteen
- Tuore työtuomioistuimen päätös, joka pelkistäen ja yksinkertaistaen edellyttää harmonisointia korkeimpiin palkkoihin
- Päätös jättää kuitenkin auki aikataulun, jolla harmonisointi toteutettaisiin
- Aiemmin VM ja Kunnallinen työmarkkinalaitos todenneet, että harmonisointi mediaanipalkkoihin hallittavissa

ICT-investoinnit

- Soten tietojärjestelmiin panostettava uudistuksesta riippumatta
- Muuten mm. tietoon perustuvan sote-johtamisen edellytykset heikot
- Investoinnit ovat kertaluonteisia
- Nykyisen sirpaleisten monien rinnakkaisten järjestelmien ylläpito kallista



Muita Pohjoismaita matalammat terveystaloudet/BKT ei tue tehokkuudesta

- ~35-120 % enemmän polven tekonivelleikkauksia, vaikka Suomen väestön ikärakenne ei vielä poikkea olennaisesti muista Pohjoismaista
- Nykyistä erikoissairaanhoidon kustannuksia lisäävää järjestelmää, jossa palvelun tuottaja markkinoi palvelujaan, arvioi palvelun tarpeen, veloittaa asiakkaalta julkisen palvelun maksun ja lähettää laskun asiakkaan kotikunnalle ovat perustellusti arvostelleet Martti Kekomäki (Lääkärilehti 2018/6) ja Aki Lindén (Aamulehti 22.12.2017).

Korkeatasoinen tutkimus polven tekonivelleikkausten hyödyistä Tanskassa:
“This randomized, controlled trial showed that total knee replacement followed by nonsurgical treatment is more efficacious than nonsurgical treatment alone in providing pain relief and improving function and quality of life after 12 months in patients with knee osteoarthritis who are eligible for unilateral total knee replacement. However, clinically relevant improvements were noted in both groups, and patients who underwent total knee replacement had a higher number of serious adverse events.”

S.T. Skou, E.M. Roos, M.B. Laursen, M.S. Rathleff, L. Arendt-Nielsen, O. Simonsen, S. Rasmussen, (2015), A randomized, controlled trial of total knee replacement. New England Journal of Medicine, 2015; 373:1597-1606.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1505467>

Miten parantaa hoitoon pääsyä ja hillitä kustannuksia samanaikaisesti?

Valinnanvapaus parantaa hoitoon pääsyä
(esim. Ylä-Savon ensihavainnot diat 25-26)

Kapitaatio- ja kannustinkorvaukset

- Vähentävät osaoptimointia
- Tehostavat henkilökohtaisen budjetin kanssa kalliiden asiakkaiden (10 % vie ~80 % sote-menoista) palveluja

18 järjestäjää ja keskitetyt tieto- ja tukipalvelut tukevat

- Tietoon perustuvaa tehokasta sote-kokonaisuuden johtamista

**Tietoon perustuva
korkeatasoinen johtaminen
avainasemassa**

Soten taloushallintaa tukee

- Yhden vastuullisen järjestäjän malli
- Monivuotiset sitovat menokehykset
- Menettelyt maakunnan joutuessa taloudellisiin ongelmiin

Tiedon käyttö johtamisessa tukee

- Hyvien käytäntöjen (esim. Eksote) nykyistä parempaa hyödyntämistä
- Monen tuottajan käyttöä kustannusten hillitsemiseksi (dia 28)

Lopuksi

Suomi useimpia muita OECD-maita edellä väestön sähköisessä terveystiedossa (Kanta) tiedon laajuudessa (rekisteritieto), mutta

- Järjestelmä pystyy huonosti hyödyntämään näitä vahvuuksia hajanaisen järjestäjäjoukon takia
 - Samoin 295 kunnan edustajien asiantuntemus ei välttämättä riitä soten kokonaisjohtamiseen
- ⇒ Siirtyminen kuntapohjoisesta järjestelmästä 18 maakuntaa mahdollistaa tiedon käytön ja johtamisen selvän parantamisen

10 % sote-asiakkaista aiheuttaa ~80 % sote-menoista

- Heidän palveluja tehostaa henkilökohtainen budjetti, kapitaatiokorvaukset
- Jos esim. vanhusten toimintakykyä pystytään parantamaan, seurauksena suuret kustannussäästöt

Uudistuksen aikataulu vaativa, mutta sen ei pitäisi olla liian tiukka

- Eksote, Siun sote jne. pitkälti jo uudessa rakenteessa, ne tarjoavat muille valmiin mallin, joka ei vaikea toteuttaa
- Valinnanvapautta voidaan pilotoida 2½ vuotta ennen kuin sote-keskukset aloittavat (kaikki 18 osallistumassa pilotteihin)
- Monilla alueilla kokemuksia palveluseteiden käytöstä, jotka käyttöön ennen sote-keskuksia
- Henkilökohtainen budjetti tarkoittaa käytännössä vanhuksen tai vammaisen kanssa palvelujen suunnittelua, joka ei uusi asia

Liite1: Kapitaatiokorvausmallien ja valinnanvapauden vaikutuksista

Kaikki maakunnat hakeneet valinnanvapauspilotteihin, jotka tuovat tärkeitä kokemuksia mm. kapitaatiokorvausmallien ja valinnanvapauden vaikutuksista

Kiinteä korvaus (osuus väh. 2/3)

PERUSTUU ASIAKKAIDEN MÄÄRÄÄN JA OMINAISUUKSIIN

- Maakunnan asukas valitsee haluamansa sote-keskuksen. Jokaisesta sote-keskukseen listautuneesta asiakkaasta maksetaan tuottajalle kapitaatiokorvaus.
- Kapitaatiokorvauksia painotetaan asiakkaiden ominaisuuksiin perustuen kansallisten tarvetekijöiden mukaan.

Yleisten mallien puitteissa maakunta määrittää tuottajien saamat korvaukset

Korvauksilla maakunta ohjaa mm. asiakassiirtymien vauhtia ja määrää

Maakunta pystyy hallitsemaan kehitystä kunhan sillä on vain riittävät tiedot mm. kapitaatiokorvausten asettamiseksi

Yli 2 vuotta aikaa saada kokemuksia sote-keskusten ennen niiden alkua 2021

Muut korvaukset (osuus maks. 1/3)

- **SUORITEPERUSTEISET KORVAUKSET:**
Maksetaan maakunnan valitsemista palveluista.
- **KANNUSTINPERUSTEISET KORVAUKSET:**
Maksetaan tuottajalle ennalta määriteltujen kriteerien mukaan (esim. laatumittarit ja kokonaisvastuu koko palveluketjun vaikuttavuudesta ja kustannuksista).
- **MUUT KORVAUKSET:**
Muilla kriteereillä maksettavat korvaukset (esim. sijainnin syrjäisyys).

Suunhoidon yksikön saamat korvaukset

Kiinteä korvaus (osuus väh. 1/2)

PERUSTUU ASIAKKAIDEN MÄÄRÄÄN JA OMINAISUUKSIIN

- Maakunnan asukas valitsee haluamansa suunhoidon yksikön. Jokaisesta suunhoidon yksikköön listautuneesta asiakkaasta maksetaan tuottajalle kapitaatiokorvaus.
- Kapitaatiokorvauksia painotetaan asiakkaiden ominaisuuksiin perustuen kansallisten tarvetekijöiden mukaan.

Muut korvaukset (osuus maks. 1/2)

- **SUORITEPERUSTEISET KORVAUKSET:**
Maksetaan maakunnan valitsemista palveluista. Pohjana käytettävä kansallisesti laadittua hinnastoa.
- **KANNUSTINPERUSTEISET KORVAUKSET:**
Maksetaan tuottajalle ennalta määriteltujen kriteerien mukaan (esim. laatumittarit ja kokonaisvastuu koko palveluketjun vaikuttavuudesta ja kustannuksista).
- **MUUT KORVAUKSET:**
Muilla kriteereillä maksettavat korvaukset.

Ensimmäisiä havaintoja Ylä-Savon valinnanvapauskokeilusta*

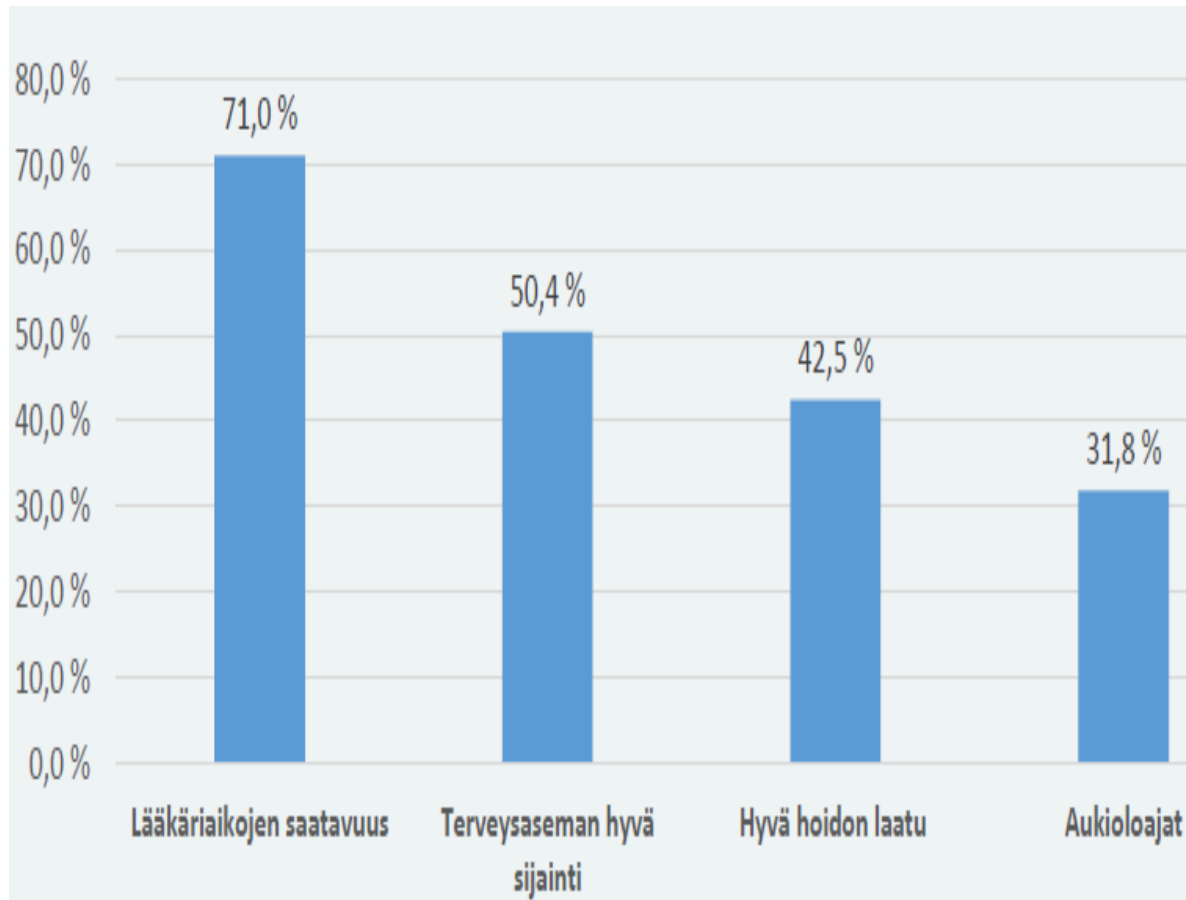
- Ylä-Savossa valinnanvapauskokeilun piirissä on ollut 2017 alusta perusterveydenhuolto ja eräät muut palvelut. Hankkeen projektipäällikön mukaan tärkein syy yksityisiin palveluihin vaihtamiseen siellä on ollut lääkäriaikojen saatavuus.
- Ensimmäisen vuoden aikana 12 % alueen asukkaista vaihtoi yksityisiin palveluihin. Eniten vaihtajia oli Kiuruvedellä, jossa 31 % kunnan asukkaista vaihtoi yksityiselle palvelijalle. Kiuruvedellä on ollut aiemmin vaikeuksia saada lääkäriaikaa.
- 80 % yksityiselle rekisteröityneistä asiakkaista on myös käyttänyt palveluja.
- Ylä-Savon kapitaatiokorvausmalli on mahdollisimman yksinkertainen. Yksityinen terveyskeskus saa asiakkaasta kiinteän 21,9 euron kuukausikorvauksen. Asiakas maksaa myös saman terveyskeskusmaksun kuin julkisella puolella.
- Pienten toimijoiden mahdollisuuksia lisää alihankintapalvelujen käyttö. Esim. Kunnanlääkärit Kiuruvesi oy hankkii laboratorio- ja röntgenpalvelut Itä-Suomen laboratoriokeskuksen liikelaitoskuntayhtymältä.

*Lähde: Ylä-Savon soten valinnanvapauskokeilun projektijohtaja Laura Vuorensolan esitys

https://www.labqualitydays.fi/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/Laura-Vuorensola_Kokemuksia-valinnanvapaudesta.pdf

Yläsavon valinnanvapauskokeilun ensimmäisiä havaintoja (jatkoa)*

Yksityiselle vaihtamisen tärkeimmät syyt Ylä-Savossa



Oman henkilökunnan ja asiakkaiden kokemuksia Ylä-Savossa

Omat työntekijät

- Ensin kokeiluun otettiin varovaisen positiivisesti tai neutraalisti vastaan, ei suurta kiinnostusta
- ”Ei yksityiset jaksu/halua/pysty hoitamaan tk-potilaita”
- Seuraavaksi voimakas vastareaktio: huoli omasta toiminnasta ja virheiden etsiminen uusien tuottajien toiminnasta, asiakkaiden syyllistäminen ”tyhmistä” valinnoista
- Nyt: ymmärrys uudesta ”maailmanjärjestyksestä”
- ”Tämä on asiakaspalvelutyö. Houkutellaan rohkeasti asiakkaita takaisin”
- Passiivisesta sote-uudistuksen odottajasta sen tekijäksi

Asiakkaat

- ”Kermakuorintaa”: asiakkailla, ei niinkään palveluntuottajilla
- Kuntalaiset toivovat laajempaa palvelukokonaisuutta valinnanvapauden piiriin
- Koska suppea kokonaisuus, vaikea ymmärtää missä valinnan rajat kulkevat
- Toisaalta laaja kokonaisuus heikentää pienten toimijoiden mahdollisuuksia tulla markkinoille
- Asiakkaat arvostavat pääsyä *lääkärin vastaanotolle*
- Epäselvyyksiä siitä mistä diagnostiset palvelut saadaan
- Epäselvyyksiä omasta palveluntuottajasta (erityisesti iäkkäiden kohdalla)

*Lähde: Ylä-Savon soten valinnanvapauskokeilun projektijohtaja Laura Vuorensolan esitys:

https://www.labqualitydays.fi/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/Laura-Vuorensola_Kokemuksia-valinnanvapaudesta.pdf

Tarpeeksi suuri kapitaatiokorvausten osuus näyttää lisäävän peruspalvelujen tehokkuutta

ABSTRACT Capitated payments in the form of fixed monthly payments to cover all of the costs associated with delivering primary care could encourage primary care practices to transform the way they deliver care. Using a microsimulation model incorporating data from 969 US practices, we sought to understand whether shifting to team- and non-visit-based care is financially sustainable for practices under traditional fee-for-service, capitated payment, or a mix of the two. Practice revenues and costs were computed for fee-for-service payments and a range of capitated payments, before and after the substitution of team- and non-visit-based services for low-complexity in-person physician visits. The substitution produced financial losses for simulated practices under fee-for-service payment of \$42,398 per full-time-equivalent physician per year; however, substitution produced financial gains under capitated payment in 95 percent of cases, if more than 63 percent of annual payments were capitated. Shifting to capitated payment might create an incentive for practices to increase their delivery of team- and non-visit-based primary care, if capitated payment levels were sufficiently high.

S. Basu, R.S. Phillips, Z. Song, A. Bitton, B.E. Landon (2017), High Levels Of Capitation Payments Needed To Shift Primary Care Toward Proactive Team And Nonvisit Care. Health Affairs 36, NO. 9 (2017): 1599–1605.

<https://primarycare.hms.harvard.edu/wp-content/uploads/2017/09/Shifting-Primary-Care-Delivery-with-Capitated-Payments.pdf>

Kapitaatiokorvaukset alentavat kustannuksia hoidon laatua heikentämättä. Tuottajien vertikaalinen integraatio lisää kustannuksia.

"The results of this paper indicate that the prices paid by insurers to hospitals for obstetric care: (i) affect allocations of patients across the hospitals in the network, and (ii) have an impact which is greater the more highly capitated the insurer. Our second major finding relates to the trade-offs made between price, quality, and patient convenience. We find that, in the more highly capitated insurers, price reductions are achieved by sending patients to relatively far-off hospitals. There is no evidence that quality of care, or health outcomes, suffer as a result of this behavior: the trade-off between quality and price is constant across plans while that between convenience and price is not. Our estimates summarize the preferences generated by a complicated decision-making process which involves both physician and patient choices. The data do not allow us to investigate the extent to which particular mechanisms drive the estimates, so we have to leave that question to future research.

At least in the context of obstetrics, these findings have obvious implications for the impact of the ongoing institutional changes in the health care sector. Most importantly, the use of capitation payments in accountable care organizations is likely to reduce costs and is unlikely to result in a reduction in quality of care. There are also several other possible implications. For example, as noted earlier, currently just under one-half of accountable care organizations include a member hospital. There may be a benefit to such vertical integration through improvements in coordination of care. However, if providers favor within-ACO hospitals, vertical integration is likely to limit the cost reductions that would otherwise result from capitation. This is one of several trade-offs which merit further investigation. Also the capitation incentives used to reimburse ACOs are supposed to condition on quality, and the right measure of quality is unclear. Our methods result in a measure of hospital quality that reflects patient and physician preferences. There is a question worth exploring about whether our quality measure would be helpful in this context."

Ho, Kate, and Ariel Pakes. 2014. "Hospital Choices, Hospital Prices, and Financial Incentives to Physicians." *American Economic Review*, 104 (12): 3841-84.
<https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/aer.104.12.3841>