

Asia: VN/31199/2024

Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta (Kela-korvausten valinnanvapauskokeilu)

Lausunnonantajan lausunto

Lausuttavaa korvausmallin sisällöstä?

Hyvinvointiala Hali ry pitää valmistelussa olevaa valinnanvapauskokeilua hyvänä avauksena kehittää erilaisia ratkaisuja ja rahoitusvälineitä vastaamaan erityisesti perusterveydenhoidon palvelujen saatavuuden parantamiseen yksityisten palveluntuottajien potentiaalia käyttöön ottamalla. Mallin avulla on lähtökohtaisesti mahdollisuus myös lisätä hoidon jatkuvuutta, sillä se antaa asiakkaalle vapauden valita oma lääkäriinsä. On tiedossa, että yksityisten palveluntuottajien COC-indeksi on eri palvelumuodoissa esimerkiksi terveyskeskusten tuottamaa hoidon jatkuvuutta parempi, ja tämä perustuu mm. potilaan valinnanvapauteen.

Suurimmat erikoisalat yhteen laskettuna esimerkiksi Terveystalon COC-indeksi on 0,8. Suomalaisessa perusterveydenhuollossa COC-indeksi on yleensä 0,28-0,3 välillä ja maailmalla parhaat yksiköt pääsevät 0,7-0,8:aan (<https://www.terveystalo.com/fi/artikkelit/enemman-terveytta-ja-tyytyvaisyytta-hoidon-jatkuvuus-on-terveystalossa-erinomaisella-tasolla>). Yleis- ja työterveyslääkäreillä COC-indeksi on pienempi, sillä heidän vastaanottoilleen hakeudutaan myös akuuteissa tilanteissa, joissa ammattilaisen valintaan vaikuttaa erityisesti nopeasti vapaana oleva vastaanottoaika. Jälkimmäisiä tilanteita, joissa henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuudella ei ole yhtä suurta merkitystä, on odotettavissa myös yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä.

Hali pitää myös kokeiluun valikoitua kohderyhmää eli 65 vuotta täyttäneitä hyvänä, sillä he eivät ole enää juurikaan työterveyshuollon piirissä, eikä heillä ole merkittävässä määrin vakuutuksia. Kelan tilastoista on myös nähtävissä, että tämän ikäryhmän yksityisten terveyspalvelujen käyttö on muita ikäryhmiä suhteellisesti pienempää, eli yksityisten lääkäripalvelujen käyttö tässä ikäryhmässä ei ole kasvanut samaa tahtia kuin ikäryhmän koko. Tämä vaikuttaa siten, että ikääntyneiden sekä suhteellinen osuus että absoluuttinen määrä julkisissa palveluissa kasvaa merkittävästi väestön ikääntyessä.

Korvausmalli on oikeansuuntainen ja vaikuttaa reunaehdot huomioiden realistiselta toteuttaa ja täten perustellulta. Mallin painopiste on tässä muodossa erityisesti hoidon saatavuuden parantamisessa, ja se voikin helpottaa hyvinvointialueiden paineita niin terveyskeskuksissa kuin päivystyksissä. Sillä on myös potentiaalia tukea uuden yrittäjyyden syntymistä alueille, jossa julkisen perusterveydenhuollon vastaanottoa on vedetty pois tai sen aukioloaikoja rajoitettu. Toisaalta se on korvaustasoltaan maltillinen erilaisten kattohintojen kautta ja sisältää vielä tiettyjä rajoituksia ammattilaisen työn täysipainoiselle toteuttamiselle, joten sen pohjalta ei todennäköisesti ole odotettavissa lääkäripakoa julkiselta yksityiselle.

Hyvinvointiala Hali ry pitää hyvänä myös sitä, että kokeilu tukee asiakkaan hoitoon pääsyä matalalla kynnyksellä. Yksityisillä palveluntuottajilla on käytössään jo nyt erilaisia hoidon tarpeen arvioinnin työkaluja, joista voi nähdä olevan hyötyä myös käsillä olevan kokeilun puitteissa. Vaikka hoidon tarpeen arviointi vaatimuksena tai rakenteena kokeilusta puuttuukin, se ei estä palveluntuottajia hyödyntämästä ja kehittämästä näillä jo olemassa olevia työkaluja hoidon tarpeen arviointiin myös tämän kokeilun puitteissa. Toisaalta on odotettavissa, että kokeilun piiriin tiedottamisen onnistuessa hakeutuu pääasiassa sellaisia henkilöitä, jotka tarvitsevat nimenomaan lääkäripalveluja. Ihmisten omaa ymmärrystä tilanteestaan ja tarvitsemansa hoidon tasosta ei pidä myöskään aliarvioida.

Mallin jatkovalmistelussa tulisi kiinnittää huomiota mm. moniammatillisuuden tukemiseen perustason palveluissa ja ottaa mukaan vähintäänkin sairaanhoitajien työpanoksen korvaaminen. Tämä edistäisi ammattilaisten työnjakoa ja potilaiden ohjautumista oikean tason hoitoon ja tätä kautta vähentäisi potentiaalisesti tarpeettomia lääkärikäyntejä. Se mahdollistaisi myös toimijoilla jo olemassa olevien hoidon tarpeen sähköisten työkalujen paremman hyödyntämisen.

Jatkovalmistelussa tulisi kiinnittää huomiota myös siihen, että vastaanoton pituuden lähtökohdaksi otettu 20 minuuttia rajaa hoidon tarjottavuutta ja saatavuutta, koska vain yksi vastaanottoaika palvelee parempikuntoisia 65 vuotta täyttäneitä. Monisairaat ja ikääntyneet tarvitsisivat usein tätä pidempiä käyntiaikoja. Mikäli ammattilaiset arvelevat, että 20 minuuttia, jonka pohjalta käynnin kompensatio on laskettu, ei riitä vastaanottoajaksi asiakasryhmälle, vain yhden pituuden taksa voi vähentää kokeiluun osallistuvien ammattilaisten määrää. Toisaalta vain yhden pituuden voidaan nähdä lisäävän kokeiluun kilpailun elementtiä, jolloin palveluntuottaja voi kilpailla tarjoamalla pitempiä käyntejä. Käytännössä vain yhden käyntipituuden taksan vaikutukset esimerkiksi saatavuuteen nähdään vasta kokeilun astuttua voimaan ja niitä on hyvä siinä vaiheessa arvioida myös tästä näkökulmasta.

Koska korvausmalli on rakennettu lähtien lääkärin työpanoksen hyödyntämisestä ja potilas-lääkäri -suhteen vahvistamisesta, myös mallin erilaisten reunaehtojen koskien potilaan hoitoa ja hoitoketjuja tulisi tukea tätä lähtöajatus. Jotta kokeiluun saadaan riittävästi ammattilaisia, heidän käytettävissään olevan keinotyökalupakin tulee olla riittävä. Käytännössä tämä tarkoittaa mahdollisuutta määrätä asiakkaille yleisimpien diagnoosien tekemiseen ja sairauksien poissulkemiseen tarvittavat laboratoriokokeet ja -tutkimukset. Toisaalta palveluketjun laboratorio/tutkimustulosten ja palveluntuottajan välillä on oltava ehyt ja tiedon kuljettava, jotta hallinta asiakkaan hoidosta on aidosti mahdollista säilyttää hoitavalla lääkäriellä. Tämän takia on

kohtuullista ja välttämätöntäkin edellyttää, että kokeiluun osallistuvalla lääkäriillä/palveluntuottajalla on käytössään joko omana toimintana tai alihankintasopimuksen kautta laboratorio- ja kuvantamispalvelut. Mikäli tässä kohdin palveluketjua tulee katkos ja lääkäri menettää hallinnan asiakkaan hoidon kokonaisuuteen, seurauksena voi olla tarpeettomia viivästyksiä sekä pahimmillaan potilasturvallisuuden vaarantuminen, jos tiedot tarvittavista laboratoriotuloksista eivät tavoita lääkäriä oikea-aikaisesti. Kanta-palvelun tai muiden järjestelmäratkaisujen kautta ei tällä hetkellä ole olemassa riittävän ajantasaisia tiedon siirron mahdollisuuksia saatikka prosesseja, jotka tukisivat riittävästi palveluketjuja, joissa lähtökohtaisesti potilas kävisi esimerkiksi julkisella laboratoriossa ja yksityisen palveluntuottajan lääkäri saisi sieltä tulokset ilman viivästyksiä.

Samasta potilas-lääkäri -suhteen ja hoidon tarkoituksenmukaisuuden lähtökohdasta näemme perustelluksi myös sen, että hoidon piirissä olevien palveluntuottajien tulisi tarjota aina vähintäänkin läsnävastaanottoja. Kohderyhmä huomioiden kokeilun reunaehtojen kautta ei pidä syntyä sellaista insentiiviä, että asiakkaalle tarjottaisiin vain etävastaanottoa, vaikka tarve olisi läsnävastaanotolle. Kohderyhmään kuuluvista asiakkaista moni tarvitsee läsnävastaanottoa erityisesti ensimmäisellä tutkimuskerralla. Hali pitää kuitenkin perusteltuna mahdollisuutta tarjota myös video- ja puhelinvastaanottoa. Kokeilussa tulisi silti pohtia myös sellaista tilannetta, että mikäli etävastaanottokäynnillä heti alkuun todetaan, että tilanne vaatii läsnäkäyntiä, kuluttaako tämä käynti kolmen käyntikerran kiintiötä ja miten kompensatio eri osapuolille on kohtuullinen tässä tilanteessa.

Tiedon ja tätä kautta hoidon jatkuvuuden sekä palveluketjujen kehittämisen näkökulmasta on myös tärkeää, että Kanta-palveluihin saataisiin koontinäkökulma asiakkaiden perustiedoista. Toisaalta palveluntuottajilla tulisi olla mahdollisimman ajantasainen tieto asiakkaan Kela-korvattavuuden tilanteesta – onko asiakkaalla ylipäättään oikeus Kela-korvauksiin, ja onko se mahdollista kyseisen kokeilun piirissä. Yksittäisten palveluntuottajien on mahdotonta itse seurata sitä, onko kokeilun piiriin kuuluva henkilö jo käyttänyt kokeilun piiriin kuuluvan vuosirajoitteensa.

Korvausmallissa ei huomioida materiaalikuluja ja käyntien sisältöön mahdollisesti tarvittavia lisävälineitä. Tämä rajaa käytännössä esimerkiksi tapaturmat kokeilun ulkopuolelle (haavan suturaatio, ihonäytteet/poistot, katetroinnit ja lisätutkimukset). Rajausta voi sinänsä pitää perusteltuna.

Lausuttavaa vaikutustendarviinnista?

Hyvinvointiala Hali ry yhtyy vaikutustendarviinnin näkemykseen, että tarkkojen vaikutusten arviointi on tässä vaiheessa vaikeaa. Keskeinen muuttuja saatavuuden ja sitä kautta mallin käyntiin lähtemisen näkökulmasta on viime kädessä se, miten toteuttamiskelpoisena yksittäiset ammatinharjoittajat näkevät mallin ja miten he lähtevät kokeiluun mukaan. Tässä vaiheessa näyttäisi siltä, että todennäköisesti malliin olisi kiinnostusta ja palvelujen tarjontaa tätä kautta tulisi. Mikäli näin käy, myös asiakassiirtymää julkiselta yksityisille palveluntuottajille on odotettavissa. Yksityisillä palveluntuottajilla on kuitenkin mahdollisuus skaalata omaa vastaanottokapasiteettiaan ylöspäin lisäämällä vastaanottoaikoja, joten on todennäköistä, että merkittäviä ammattilaisten siirtymiä

julkiselta yksityiselle sektorille ei kokeilun näköpiirissä olevan keston aikana tulisi. Sen sijaan paine hyvinvointialueiden terveystalouden osalta saattaa keventyä, kuten esityksessäkin arvioidaan.

Yritysten osalta on mahdollista, että kokeilu voisi tuoda jossain määrin kiinnostusta uusille palveluntuottajille. Tämä olisi tervetullut vaikutus markkinan monipuolisuuden näkökulmasta. Jotta näin voisi tapahtua, olisi kuitenkin tärkeää, että Soteri-rekisterin ruuhka erityisesti Etelä-Suomen avin alueella saataisiin purettua nykyisestä noin viiden kuukauden käsittelyajasta kohtuullisemmaksi (<https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/hakemusten-kasittelyn-tilanne>). Kuukausien odottelu voi käytännössä hillitä uusien yrittäjien tuloa markkinalle ja vaikuttaa osaltaan kokeilun onnistumiseen. On totta, että helmikuusta 2025 alkaen sosiaali- ja terveydenhuollon yksin toimiva palveluntuottaja voi aloittaa toimintansa jätettyään rekisteröintihakemuksen Soteriin, mikä nopeuttanee näiden toimijoiden osalta toiminnan aloittamista. Kuitenkin vähintään kaksi ihmistä työllistävien yritysten osalta menettely on edelleen merkittävästi raskaampi. Lisäksi myös yksinyrittäjien osalta voi edelleen olla erilaisia viiveitä aloittamisen osalta.

Hyvinvointiala Hali ry yhtyy myös siihen esityksen vaikutusarviointiin, että hintakaton tason määrittely on tärkeä elementti kokeilussa: liian matalat hintakatot voivat estää kokeilun mukaisten palvelujen tarjontaa. Kuitenkin hintakatoista ja monesta muusta keskeisestä kokeilun elementistä Kelan taksaluettelon tasolla säätäminen antaa mahdollisuuden joustavasti säädellä erilaisia kokeilun muuttujia myös kokeilun aikana.

Vaikutustenarvioinneissa todetaan että, "Videovastaanoton tai puhelinvastaanoton hoidollisen arvon ei lähtökohtaisesti katsota vastaavan läsnävastaanottoa, joten etäpalveluille on oletettu matalammat hintakatot." Olennaista kustannusten kannalta palveluntuottajan näkökulmasta on ennen kaikkea palveluun käytettävä ammattilaisen aika. Toisaalta videovastaanotto on hoidollisesti aivan yhtä arvokas kuin läsnäkäynti niissä tilanteissa, joihin se soveltuu, joten sekä arvio hoidollisesti vähemmän arvokkaasta käynnistä että selvästi pienemmästä kustannuksesta ovat erikoisia. Tätä kautta asiaa on lähestytty myös Kelan nykyisessä korvauskäytännössä eli videovastaanotosta korvataan yhtä paljon kuin läsnäkäynnistä. Näin tulisi olla myös kokeilun osalta, mutta palveluntuottajia olisi veloitettava tarjoamaan aina myös kivijalkavastaanottoa. Näin ei synny väärää insentiiviä ohjata asiakasta pysymään vain etävastaanotolla silloinkin, kun se ei hoidollisesti ole perusteltua. Vaikka uusien toimijoiden tulo markkinalle on tärkeää ja sitä pitää edistää, palveluntarjoajien ei pidä syntyä väärinä hoidollisista kannusteista käsin.

Vaikutusarvioissa kiinnitetään huomiota myös Kelan lisääntyviin tehtäviin muun muassa tiedottamisen osalta. Tämän lisäksi on keskeistä, että kaikki kokeiluun osallistuvat palveluntuottajat tiedottavat selkeästi kokeilun reunaehdoista ja että myös kaikki muut olennaiset tahot, kuten sosiaali- ja terveysministeriö, jakavat aktiivisesti tietoa kokeilusta. On tärkeää, että asiakkaille ja laajemmin kansalaisille ei synny vääriä mielikuvia kokeilusta tai sen piirissä olevasta kohderyhmästä. Joka tapauksessa on ennakoitavissa, että paitsi Kelalle, myös ennen kaikkea palveluntuottajille tulee suuri määrä kysymyksiä kokeiluun liittyen, mikä tulee viemään merkittävän määrän resurssia ja lisäämään kaikkien yksityisten palveluntuottajien työmäärää erilaisiin kysymyksiin vastatessa.

”Häiriökysyntä” ja eteenpäin ohjaaminen asioissa, jotka eivät ole kokeiluun kuuluvien palvelujen piirissä, todennäköisesti lisääntyvät.

Hyvinvointiala Hali ry yhtyy esityksen arvioon siitä, että palveluiden saatavuuden parantuminen sekä julkisella että yksityisellä sektorilla kokeilun myötä voi madaltaa kynnystä hakeutua palveluiden piiriin ja siten kattaa osan tyydyttämättömästä palvelutarpeesta 65 vuotta täyttäneiden osalta, mikä edelleen voi edesauttaa sairauksien nopeampaa havaitsemista ja tarpeellisen hoidon aloittamista ehkäisten erikoissairaanhoidon tarvetta.

Hyvinvointiala Hali korostaa sitä, että kokeilun piirissä olevalla palveluntuottajalla on tärkeä olla tieto asiakkaan Kela-korvattavuudesta jo siinä vaiheessa, kun asiakas hakeutuu palveluntuottajalle (ks. myös edellinen kohta Korvausmallin sisältö).

Muut kommentit:

Ks. edelliset vastaukset

1. Näkemyksenne vastaanottotyyppistä koskevista velvoitteista palveluntuottajille?

Kannatan läsnävastaanottojen tarjoamista koskevan velvoitteen asettamista.

Avoin kenttä perusteluille:

Potilas-lääkäri -suhteen ja hoidon tarkoituksenmukaisuuden lähtökohdasta on perusteltua, että hoidon piirissä olevien palveluntuottajien tulisi tarjota aina vähintäänkin läsnävastaanottoja. Kohderyhmä huomioiden kokeilun reunaehtojen kautta ei pidä syntyä sellaista insentiiviä, että asiakkaalle tarjottaisiin vain etävastaanottoa. Kohderyhmään kuuluvista asiakkaista moni tarvitsee läsnävastaanottoa erityisesti ensimmäisellä käyntikerralla. Palveluntuottajan on pystyttävä hoitamaan aidosti potilaan tarpeen mukaisia asioita, ja näihin voidaan tarvita läsnäkäyntiä. Vaikka uusien toimijoiden tulo markkinalle on tärkeää ja sitä pitää eri tavoin edistää, palveluntarjonnan ei pidä syntyä vääristä hoidollisista kannusteista käsin.

Etävastaanottoja koskevan viranomaisten ohjeen mukaan jokaisen vastaanoton kohdalla on tehtävä potilaskohtainen arvio siitä, voidaanko tämä hoitaa etänä. Mikäli ei, potilas on hoidettava läsnäkäynnillä. Tämä korostuu erityisesti pilotin ikäryhmässä. Heillä usein paljon kroonisia perussairauksia, jotka usein vaativat lääkärin tutkimusta läsnäkäynnillä. Potilas itse ei voi aina tietää, milloin hänen asiansa soveltuu läsnä / etänä hoidettavaksi.

2. Näkemyksenne siitä, että kokeiluun osallistuvan palveluntuottajan olisi sitouduttava tarjoamaan myös toisella kokeiluun osallistuvalla palveluntuottajalla määrätyt tutkimukset kokeilun mukaisilla hinnoilla?

En kannata tätä koskevaa velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Sen, joka osallistuu kokeiluun, tulisi pystyä joko itse tai alihankintana tarjoamaan diagnostiikan ja tulosten analysoinnin. Palveluntuottaja voisi kuitenkin ottaa halutessaan muilta tulevia diagnostiikka-asiakkaita. Emme pidä perusteltuna, että palveluntuottaja voisi tulla pelkällä diagnostiikalla kokeiluun, mutta ei myöskään pelkällä vastaanotolla. Hoidon jatkuvuuden katkeaminen heikentäisi potilasturvallisuutta. Myöskään tiedot eivät siirry riittävän nopeasti Kantaan ja kytkeydy kyseiseen palvelutapahtumaan, eli lääkärikäyntiin. Jos taas pitäisi tehdä uusi lähete, se olisi tuplatyötä, eikä taitaisi soveltua pilotin käyntimäärärajoitteeseen.

3. Näkemyksenne siitä, että kokeilun mukaisia lääkäriin vastaanottokäyntejä tarjoavan palveluntuottajan olisi sitouduttava tarjoamaan lääkärikäyntien lisäksi myös kokeilun piiriin kuuluvia tutkimuksia, mikäli palveluntuottajalla olisi laboratorio käytössään (oma tai alihankinta)?

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Palveluketjun laboratorio/tutkimustulosten ja palveluntuottajan välillä on oltava ehyt ja tiedon kuljettava, jotta hallinta asiakkaan hoidosta on aidosti mahdollista säilyttää hoitavalla lääkäriellä. Tämän takia on kohtuullista ja välttämätöntäkin edellyttää, että kokeiluun osallistuvalla lääkäriellä/palveluntuottajalla on oltava käytössään joko omana toimintana tai alihankintasopimuksen kautta laboratorio- ja kuvantamispalvelut. Mikäli tässä kohdin palveluketjua tulee katkos ja lääkäri menettää hallinnan asiakkaan hoidon kokonaisuuteen, seurauksena voi olla tarpeettomia viivästyksiä sekä pahimmillaan potilasturvallisuuden vaarantuminen, jos tiedot tarvittavista laboratoriotuloksista eivät tavoita lääkäriä oikea-aikaisesti. Järjestely tiiviistä lääkärin työn ja tutkimusten hoitoketjusta tukee hoidon jatkuvuutta. Vaatimus ei myöskään estä uusien laboratorio- tai lääkäripalvelujen tuloa, mutta kannustaa näitä rakentamaan kumppanuuksia keskenään.

4. Näkemyksenne siitä, että kokeiluun voisi osallistua vain sellainen palveluntuottaja, jolla ylipäänsä olisi käytettävissään laboratorio (omana tai alihankintana)? Tämä tarkoittaisi sitä, että lääkärikäyntejä ei voisi tarjota, mikäli palveluntuottajalla ei olisi käytettävissään laboratoriopalveluita.

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Ks. edellisen kysymyksen perustelut ja kohta Korvausmallin sisältö

5. Näkemyksenne siitä, tulisiko kokeiluun voida osallistua myös pelkästään laboratoriotutkimuksia tuottavana palveluntuottajana?

En kannata tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Ks. kysymyksen 3 perustelut ja kohta Korvausmallin sisältö

6. Näkemyksenne siitä, tulisiko palveluntuottajia edellyttää tekemään suorakorvaussopimus Kelan kanssa?

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Asiakkaan kannalta saattaisi olla taloudellisesti ja käytännön näkökulmasta vaikeaa ja suuri pettymys, mikäli korvausta ei saisi heti paikan päällä ja käynnin yhteydessä maksettava osuus nousisi paljon ajateltua suuremmaksi. Tämä voisi vähentää jopa malliin osallistumisen halukkuutta muilla palveluntuottajilla, mikäli mallin ympärille syntyisi ikäviä asiakaskokemuksia ja huonoa mainetta heti alkuun. Kokeilun kohderyhmän osalta on erityisen perusteltua, että kaikki asiakkaan kannalta hankala byrokratiaa pyritään minimoimaan.

Myös Kelan pitää pystyä tuottamaan palveluntuottajalle reaaliaikaisesti tieto käynnin korvattavuudesta.

Kause Hanna-Maija
Hyvinvointiala HALI