

Asia: VN/31199/2024

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

Lausunnonantajan lausunto

Lausuttavaa korvausmallin sisällöstä?

Pidämme myönteisenä, että erilaisten kokeiluiden kautta pyritään etsimään ratkaisuja ja rahoitusvälineitä vastaamaan erityisesti perusterveydenhoidon palvelujen saatavuuden parantamiseen yksityisten palveluntuottajien potentiaalia käyttöön ottamalla. Tämän nyt käsillä olevan mallin avulla voi olla mahdollisuus myös lisätä hoidon jatkuvuutta, joskin vain potilas-lääkärisuhteen osalta. Pidämme perusterveydenhuollon potilaan valinnanvapautta arvokkaana tavoitteena, ja käsityksemme mukaan tällä on suotuisia vaikutuksia myös hoidon jatkuvuuden kannalta.

Mehiläinen 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.

Korvausmalli on oikeansuuntainen ja vaikuttaa reunaehdot huomioiden realistiselta kokeiltavaksi. 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 vastaanottotoimintaa on vedetty pois tai sen aukioloaikoja rajoitettu. Toisaalta se on korvaustasoltaan maltillinen erilaisten kattohintojen kautta ja sisältää vielä tiettyjä rajoituksia ammattilaisen työn täysipainoiselle toteuttamiselle.

Mallin jatkovalmistelussa tulisi kiinnittää huomiota mm. moniammatillisuuden tukemiseen perustason palveluissa ja ottaa mukaan vähintäänkin sairaanhoitajien työpanoksen korvaaminen. Tämä edistäisi ammattilaisten työnjakoa ja potilaiden ohjautumista oikea-aikaisesti oikealle

ammattilaiselle. Se mahdollistaisi myös jo olemassa olevien ja jatkuvasti kehitettävien hoidon tarpeen arvion tai ratkaisun sähköisten työkalujen paremman hyödyntämisen.

Jatkovalmistelussa tulisi kiinnittää huomiota myös siihen, että lääkärivastaanoton pituuden lähtökohdaksi otettu 20 minuuttia voi rajata hoidon tarjottavuutta ja saatavuutta. Ammattilaiselle aiemmin tuntemattoman 65-v täyttäneen potilaan tilanteeseen tutustuminen ja asianmukainen vastaanotto kirjauksineen vie usein selvästi enemmän aikaa myös kokeneelta ja ammattitaitoiselta (yleislääketieteen) erikoislääkäriltä. Hoitosuhteen jatkuessa ajankäyttö vastaanotoilla tehostuu ja vastaanottoaikoja on mahdollista tiivistää tai samassa ajassa ottaa kantaa useampaan asiaan.

Mikäli ammatinharjoittajalääkärit tämän kokeilun osalta 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 lääkärien työpanoksen hyödyntämisestä ja potilas-lääkärisuhteen vahvistamisesta, myös mallin erilaisten reunaehtojen koskien potilaan hoitoa ja hoitoketjuja tulisi tukea tätä lähtöajatusta. 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 lääkäriellä/palveluntuottajalla on käytössään joko omana toimintana tai alihankintasopimuksen kautta laboratorio- ja kuvantamispalvelut.

Potilas-lääkärisuhteen ja hoidon tarkoituksenmukaisuuden lähtökohdasta näemme perustelluksi myös sen, että hoidon piirissä olevien palveluntuottajien tulisi tarjota aina vähintäänkin lähivastaanottoja. Kohderyhmä huomioiden kokeilun reunaehtojen kautta ei pidä syntyä sellaista insentiiviä, että asiakkaalle tarjottaisiin vain etävastaanottoa, vaikka tarve olisi lähivastaanotolle. Kohderyhmään kuuluvista asiakkaista moni tarvitsee lähivastaanottoa erityisesti ensimmäisellä tutkimuskerralla tai uuden ammattilaisen kohdatessaan. Pidämme kuitenkin perusteltuna mahdollisuutta tarjota myös etävastaanottoja. Kokeilussa tulisi silti pohtia myös sellaista tilannetta, että mikäli etävastaanottokäynnillä heti alkuun todetaan, että tilanne vaatii fyysistä vastaanottokäyntiä, 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 vuorajaitteensa.

Korvausmallissa ei huomioida materiaalikuluja ja käyntien sisältöön mahdollisesti tarvittavia lisävälineitä. Tämä rajaa käytännössä esimerkiksi monet tapaturmat kokeilun ulkopuolelle, samoin mm. ihomuutosten poistot näytteineen ym tavanomaiset perusterveydenhuollon toimenpiteet. Rajausta voi sinänsä pitää perusteltuna tämän kokeilun osalta.

Lausuttavaa vaikutustenarvioinnista?

Yhdymme vaikutustenarvioinnin 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. Kanssamme kumppanuussuhteessa toimivilla palveluntuottajilla (ammatinharjoittajilla) 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 terveyskeskusten osalta saattaa keventyä, kuten esityksessäkin arvioidaan.

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 säättäminen 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 ammattilaisten aika. Toisaalta etävastaanotto voi olla hoidollisesti aivan yhtä arvokas kuin läsnäkäynti niissä tilanteissa, joihin se soveltuu, joten sekä arvio hoidollisesti vähemmän arvokkaasta käynnistä että pienemmästä kustannuksesta ovat erikoisia. Tätä kautta asiaa on lähestytty myös Kelan nykyisessä korvauskäytännössä jossa videovastaanotosta korvataan yhtä paljon kuin läsnäkäynnistä. Näin tulisi olla myös kokeilun osalta, mutta palveluntuottajia olisi veloitettava tarjoamaan aina myös kivijalkavastaanottoa. Näin ei synny väärää motiivia ohjata asiakasta pysymään vain etävastaanotolla silloinkin, kun se ei hoidollisesti ole perusteltua. Vaikka uusien toimijoiden tulo markkinalle on tärkeää ja sitä pitää edistää, palveluntarjonnan ei pidä syntyä vääristä 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 resursseja ja lisäämään kaikkien yksityisten palveluntuottajien työmäärää erilaisiin kysymyksiin vastatessa. Epätarkoituksenmukainen kysyntä ja eteenpäin ohjaaminen asioissa, jotka eivät ole palvelujen piirissä, todennäköisesti lisääntyvät. Tässä tulisi huomioida erityisen hyvin myös yksittäisen palveluja käyttävän henkilön (potilas / asiakas / kansalainen) asema, jotta tarpeetonta ja kiusallista luukulta toiselle ohjaamista ei pääsisi liiaksi tapahtumaan.

Yhdymme 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.

Muut kommentit:

-

1. Näkemyksenne vastaanottotyyppejä 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.

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

En kannata tätä koskevaa veloitetta.

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 pitä syntyä vääristä hoidollisista kannusteista käsin.

3. Näkemyksenne siitä, että kokeilun mukaisia lääkärinvastaanottokäyntejä 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, mikäli 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 edellä kysymys 3 ja vaikutusten arviointi

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

En kannata tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Ks edellä kysymys 3 ja vaikutusten arviointi

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.

Heikkilä Iiro
Mehiläinen