

Ohjeistus korvausmalleihin

Vastaaja:

-

Vastaus:

15.02.2019, 10:38 - 15.02.2019, 14:41

1. Vastaajan tiedot	<table border="1"><tr><td data-bbox="810 367 1058 465">Vastaajatahon virallinen nimi</td><td data-bbox="1058 367 1497 465">Hyvinvointiala HALI ry</td></tr><tr><td data-bbox="810 465 1058 600">Vastauksen kirjanneen henkilön nimi</td><td data-bbox="1058 465 1497 600">Eveliina Vigelius</td></tr><tr><td data-bbox="810 600 1058 741">Vastauksen vastuuhenkilön sähköposti</td><td data-bbox="1058 600 1497 741">eveliina.vigelius@hyvinvointiala.fi</td></tr><tr><td data-bbox="810 741 1058 875">Vastauksen vastuuhenkilön puhelinnumero</td><td data-bbox="1058 741 1497 875">0445114411</td></tr></table>	Vastaajatahon virallinen nimi	Hyvinvointiala HALI ry	Vastauksen kirjanneen henkilön nimi	Eveliina Vigelius	Vastauksen vastuuhenkilön sähköposti	eveliina.vigelius@hyvinvointiala.fi	Vastauksen vastuuhenkilön puhelinnumero	0445114411
Vastaajatahon virallinen nimi	Hyvinvointiala HALI ry								
Vastauksen kirjanneen henkilön nimi	Eveliina Vigelius								
Vastauksen vastuuhenkilön sähköposti	eveliina.vigelius@hyvinvointiala.fi								
Vastauksen vastuuhenkilön puhelinnumero	0445114411								
2. Onko vastaaja	järjestö								
3. Ovatko sosiaali- ja terveyskeskustoiminnan järjestämisen lähtökohdat ymmärrettävät tuottajakorvausten näkökulmasta (Luku 2)?	kyllä pääosin								
4. Vapaamuotoiset huomiot kysymykseen 3	<p>Luku 2 avaa lähtökohtia järjestäjän oikeuksille ja velvollisuuksille koskien sote-keskusten korvausmalleja varsin hyvin. Kahden sivun mittainen luku ehtii kuitenkin vain lyhyesti luetella lakiesitysten lähtökohtia menemättä syvemmin ohjeistukseen siitä, mitä vaihtoehtoja maakunnilla lain puitteissa on. Sitäkään ei avata, millaisia vaihtoehtoisia seurauksia näillä ratkaisuilla on.</p> <p>VAIKUTTAVUUSTAVOITTEET MÄÄRITELTÄVÄ Luvun 2 sivulla 5 (sekä kappaleessa 6.3, sivulla 29) mainitaan korvaukset keinoina vaikuttavuustavoitteiden toteutumiseen. Äärimmäisen tärkeät vaikuttavuustavoitteet jäävät kokonaan käsittelemättä. Olisi hyvä avata, missä ja millä tavalla nämä vaikuttavuustavoitteet määritellään – mitä on suunnitteilla valtakunnallisesti, mitkä jäävät maakuntien itsensä päätettäväksi.</p> <p>YHDENVERTAISUUS: EI SUBVENTIOTA Hyvä, että jo raportin alussa muistutetaan siitä, että maakunnan on kohdeltava palveluntuottajia yhdenvertaisesti korvausten määrittelyssä, ja siitä, että maakunnan liikelaitoksen omien sote-keskusten toiminta on katettava samoilla korvauksilla. Kohtaa</p>								

voisi täydentää muistutuksella siitä, että maakunnan liikelaitos ei saa asettaa omia sote-keskuksiaan parempaan asemaan subventoimalla niitä millään tavalla. Kielletyksi subventioksi voidaan laskea esimerkiksi tukipalvelujen, diagnostiikan tai vuokratilojen toimittaminen alle markkinahintaan.

YHDENVERTAISUUS: OTETTAVA KORVAUKSISSA HUOMIOON VALINNANVAPAUDEN ENSIMMÄISTEN VUOSIEN AJAN

Tässä yhteydessä pitää myös teroittaa, että euromääräisesti sama korvaus yksityisille ja julkisille ei riitä tasapuolisuuden osoitukseksi, elleivät myös muut olosuhteet ole tasavertaiset. Ensimmäisten vuosien ajan näin ei ole. Se tulee ottaa korvausmalleissa huomioon.

Ensimmäisten kahden vuoden ajan (ja lisäksi koko kokeilujen ja pilottien käynnissä olon ajan) kaikki alueen asukkaat ovat lähtökohtaisesti julkisten sote-keskusten asiakkaita. Vain aktiivisesti pois vaihtamalla asiakas voi mennä yksityisen sote-keskuksen asiakkaaksi. Vasta kahden vuoden kuluttua niille asiakkaille, jotka eivät ole tehneet aktiivista valintaa, osoitetaan maantieteellisesti lähin sote-keskus riippumatta käytön määrästä. Järjestäjän on huomioitava tämä ero korvausta määriteltessään ensimmäisten vuosien ja pilottien aikana.

Kapitaatiokorvauksen idea on se, että kaikki asiakkaat eivät koskaan ns. "nosta rahojaan pankista samalla kertaa", eli käytä palveluja laajasti yhtäaikaaisesti. Koko väestöstä osa jää aina käyttämään muita yksityisiä palveluja tai ylipäätään tarvitsevat sote-keskusten palveluja hyvin vähän. Kokeilut ovat osoittaneet, että aktiiviset vaihtajat lähes aina myös käyttävät palveluja. Näin ollen liikelaitosten sote-keskuksille jää asiakkaiksi huomattavasti enemmän heitä, jotka eivät käytä palveluja tai käyttävät niitä hyvin vähän. Silti liikelaitoksen sote-keskus saa myös heistä saman korvauksen, kuin yksityinen sote-keskus.

Ei siis riitä, että liikelaitosten sote-keskukset ja yksityiset sote-keskukset saavat euromääräisesti asiakkaistaan saman korvauksen. Tämän kompensoimisesta on jo kokemuksia esimerkiksi Espoosta, jossa osa kaupungin terveyskeskuksista ulkoistettiin, osaa ei. Ulkoistusasemat saivat vaihtajista alkuun hieman suurempaa korvausta. Tällöin myös muut, ulkoistamattomat asemat alkoivat parantaa toimintaansa. Valinnanvapaus toimi, kuten pitää. Tätä problematiikkaa tulee tässä raportissa teroittaa. Se puuttuu siitä nyt kokonaan.

Pelkkään aktiiviseen valintaan perustuvan mallin

	riskejä voi olla mahdollista hallita THL:n tarvekertoimin. Näiden käyttöönottoon tulee kannustaa heti, kun yksilö- tai väestökohtaiset tarvekertoimet kohtuudella määritelty.
5. Auttaako raportti hahmottamaan järjestäjän tavoitteiden ja niiden seurannan suhdetta korvausmallin suunnitteluun (erityisesti luku 3)?	ei pääosin
6. Vapaamuotoiset huomiot kysymykseen 5	<p>Samoin kuin luvussa 2, myös luvussa 3 luetellaan varsin pääpiirteittäin, vailla syvempää uutta informaatiota, lakiesitysten reunaehtoja. Tärkeitä asioita, kuten tietojohdantamista ja mittarointia mainitaan, mutta maininnat jäävät yleistasoiksi vailla konkretiaa. Epäselväksi jää jälleen, mikä tietojohdantamisen tueksi kehitettävä osa on kansallisella tasolla valmisteilla tai aikeissa valmistella, ja mikä osa työstä jää maakuntien itse luotavaksi.</p> <p>Järjestämislain ja valinnanvapauslain tavoitteita ei ole perusteltua tulkita niin jäykästi, kuin sivuilla 6 ja 7 tehdään. Kolme tärkeintä koko sote-uudistuksen tavoitetta mainitaan yksinomaan järjestämislain tavoitteiksi. Järjestämislaki on kuitenkin vain yksi uudistuksen laeista. Myös valinnanvapauslaki mitä suurimmassa määrin tavoittelee ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista (paremman saatavuuden kautta), palvelujen yhdenvertaisuutta ja parempaa saatavuutta (valinnanvara olisi jatkossa vähemmän kiinni ihmisen omasta varallisuudesta ja kilpailu toisi odotettavasti lisää palveluntuottajia julkiseen järjestelmään parantamaan palvelujen saatavuutta), sekä kustannusten hillintää (pakottamalla myös julkisen palvelutuotannon valinnanvapauden kilpailun kautta tehokkuuteen).</p> <p>Erinomaista, että huomataan palveluntuottajien osallistaminen jo järjestelmän suunnitteluvaiheessa (sivulla 8). Kirjaus on kuitenkin varsin kevyt: tavoitteen tulisi olla ennemminkin yhdessä kehittämistä kuin yhden osapuolen osallistamista. Kokeilujen ja pilottien aikana on mitä parhain mahdollisuus kokeilla näitä käytäntöjä. Siihen tulee kannustaa jo tässä raportissa.</p>
7. Onko tuottajakorvausten rooli tuottajaverkon ohjauksen kokonaisuudessa selkeä (Luku 4)?	kyllä pääosin
8. Vapaamuotoiset huomiot kysymykseen 7	Tässä osiossa on jo enemmän konkretiaa. Erittäin hyvä, että tässä mainitaan vuoropuhelun ja luottamuksen merkitys. Samoin se, että maakuntia kannustetaan vaikuttamaan asiakkaiden valinta-aktiivisuuteen.

	<p>Niin tässä kuin edellisessäkin luvussa 3 tulee ohjeistaa selkeämmin siitä, että tavoitteiden määrittely, mittarointi ja ohjaus on ensisijaista. Tuottajille tulee antaa selkeä tavoite, jonka mittaamisen ja ohjauksen on oltava tärkeintä. Vähemmälle huomiolle tulee jättää se, miten palveluntuottajat ovat lopputulokseen päässeet. Innovaatioille ja luovuudelle on annettava lakien puitteissa tilaa.</p>
<p>9. Onko suoran valinnan sosiaali- ja terveyskeskusten palveluista maksettavien korvausten yleiset periaatteet kuvattu raportissa riittävän selkeästi (Luvut 5 ja 6)?</p>	<p>kyllä pääosin</p>
<p>10. Vapaamuotoiset huomiot kysymykseen 9</p>	<p>Yleiset periaatteet on kuvattu jälleen varsin yleisellä tasolla.</p> <p>Eräitä yksityiskohtaisempia, mutta merkittäviä huomioita kappaleista:</p> <p>TYÖTERVEYSHUOLTO JA "KERMANKUORINTA" Sivun 14 lopussa on kirjauksia työterveyshuollon käyttäjistä ja oletusta kermankuorinnasta näiden osalta. On erikoista ja perustelematonta, miksi tämä mediassa ja mielipiteissä toisteltu asia kirjataan tämän tyyppiseen viralliseen ohjeistusraporttiin, jonka tulee olla neutraali. Asia ylikorostuu ja vahvistaa lukijan mielikuvia, joilla ei ole totuuspohjaa. Sanana "kermankuorinta" on epäasiallinen ja halveeraava paitsi korkealla riskillä toimintaan lähteneitä isoja ja pieniä tuottajia, myös potilaita kohtaan. "Epäasiallinen pyrkimys potilaiden valikointiin" kuvaa ilmiötä neutraalimmin.</p> <p>Valinnanvapauskokeilujen nojalla tiedetään, etteivät termin tarkoittamat riskit ole toteutuneet. Päinvastoin, aktiivinen listaus suosii erittäin vahvasti kunnallisia toimijoita, joiden potilaiksi suurin osa julkisia palveluita korkeintaan harvakseltaan käyttämästä väestöstä on jäänyt. Kokemus on, että työterveyshuollon asiakkailla, jotka saavat tarvitsemansa palvelut työterveyshuollosta, ei yleensä ole tarvetta käyttää julkisia palveluja. Kokeilujen perusteella voidaan todeta, että ihminen yleensä vaihtaa palveluntuottajaa tarpeesta, ei ns. muuten vain.</p> <p>Jälleen on myös tunnistettava sote-keskusten käynnistymisen ensimmäiset vuodet, jolloin juurikin mainitut työterveyshuollon asiakkaat ovat liikelaitosten sote-keskusten asiakkaita automaattisesti ilman, että näiden edes tarvitsee heitä sanottavasti houkutellessa.</p> <p>ENIMMÄISASIAKASMÄÄRÄ</p>

Hyvä, että sivulla 19 kannustetaan aloittamaan yksinkertaisella mallilla, ja huomaamaan, että järjestelmää tulee muokata jatkuvasti. Sivun 19 taulukossa keinona ehkäistä kermankuorinta esitetään sitä, että tuottajat eivät voisi asettaa enimmäisasiakasmäärää, vaan tuottajien olisi otettava vastaan kaikki listautuvat asiakkaat.

On huomattava, että mitä enemmän asiakkaita palveluntuottajalle hakeutuu, sitä pidemmäksi muodostuvat mahdollisesti myös jonot kyseisellä palveluntuottajalla. Tuottajaa ei voi edellyttää kasvattamaan kapasiteettiaan samassa suhteessa äkillisesti. Etenkin pienen, mutta myös ison toimijan on hankala arvioida tarvittavaa henkilöstö- ja tilatarvetta tilanteessa, jossa ensimmäisen kuukauden aikana listautuvia potilaita voi olla 100, 1000, tai 15 000. Tästä syystä tuottajilla tulisi olla mahdollisuus porrastaa potilaiden listaamismahdollisuutta, jos lainsäädäntö mahdollistaa tämän.

Muun muassa tästä syystä olemme esittäneet mahdollisimman lyhyttä, esimerkiksi kuukauden välein tapahtuvaa vaihto-oikeutta. Tällöin asiakas voisi välittömästi vaihtaa palveluntuottajaa, havaitessaan esimerkiksi jonojen vuoksi heikentyneitä saatavuutta valitsemassaan palveluntuottajassa.

ENNAKOITAVUUS

Hyvä, että korostetaan korvausmallien rakentamisen ennakoitavuuden tärkeyttä. Se vaikuttaa palveluntuottajien tuloon valinnanvapausjärjestelmään ja toimimiseen siellä.

VALINNANVAPAUSKOKEILUT

On varsin erikoista, että valinnanvapauskokeilut kuitataan raportissa näin lyhyellä, reilun sivun mittaisella kohdalla (esimerkkilätkä 5, ss. 20-21). Laatikossa esitetyt kokemukset ovat lyhytensä vuoksi hyvin yksioikoisia päätelmiä. Kokeilujen tulokset ansaitsisivat laajempaa huomiota raportissa.

Muutamia huomioita tähän liittyen:

Siihen nähden, että kokeilut on perustettu yksinomaan sitä varten, että niistä voidaan oppia esimerkiksi korvausmalleja luotaessa, vielä erikoisempaa on, että itse esimerkkilätkä aloitetaan vähättelemällä kokeilujen oppeja ("...on toteutettu voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti ja ne koskevat varsin rajattua ryhmää, eikä niistä sen vuoksi voi tehdä suoria johtopäätöksiä tai yleistyksiä...").

Sivulla 21 mainitaan, että tietojärjestelmät ja raportointi ovat olleet ainoa syy sille, että pienet yritykset / uudet yritykset eivät ole löytäneet kokeiluihin. Asia kaippaa

tarkempaa avaamista.

ENNAKKO-ODOTUKSET JA LÄHETTEIDEN MÄÄRÄ
Sivulla 21 sanoilla ”Kokeiluissa on saatu myös joitakin ennako-odotusten vastaisia tuloksia...” alkava kappale pikemminkin vankistaa lukijan ennako-odotuksia kuin pyrkii kumoamaan niitä. Se olettaa lukijan ennako-odotuksen olevan, että yksityiset palveluntuottajat suorittavat vain kermankuorintaa, ja kykenevät siten välttämään paljon palveluja käyttävät asiakkaat, ja että yksityiset laatisivat enemmän lähetteitä erikoissairaanhoidon.

Perusterveydenhuollon potilaita ei ole nykyiselläänkään mahdollista lähettää ”erikoissairaanhoidon hoidettavaksi” ilman asianmukaista kysymyksenasettelua. On varsin erikoista, että tämä itse asiassa turha pelko edes vielä esiintyy tässä raportissa. Esimerkiksi STM:n laatimat kiireettömän hoidon kriteerit ohjaavat lähettävää lääkäriä tehokkaasti.

Hienoa, että lopussa sanotaan, ettei korvausjärjestelmää tule kehittää pelkkien ennako-odotusten perusteella, mutta lausahdus on hieman naiivi. Tietenkään järjestelmää ei tule kehittää pelkästään ennako-odotusten perusteella. Juuri siksi kokeilujen todellisista tuloksista tulee ottaa opiksi. Epäselväksi jää myös, miksi kirjoittaja on halunnut sanoa, että vaikka todelliset tulokset ovat ennako-odotuksiin verraten päinvastaiset, kyseisistä asioista pitää silti olla huolissaan? (”Näiden havaintojen syyt eivät ole selviä, eivätkä ne sinänsä poista kokonaan huolta kermankuorinnasta ja lähetemäärien kasvusta yksityisillä.”). Tällainen huomautus nimenomaan tukee sitä, että päätöksiä tuleekin tehdä ennako-olettamuksiin, eikä faktoihin perustuen.

JATKOLÄHETTEIDEN TARPEELLISUUS HUOMIOITAVA
Jatkohoidon lähettämisen suhteen raportissa tulee alleviivata ilmeistä, mutta äärimmäisen tärkeää asiaa: vähäinen lähetteiden määrä ei voi olla yksiselitteinen tavoite. Silloin, kun ihminen tarvitsee jatkohoidoa, hänen on sitä saatava. Esimerkiksi kuntoutuksen, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen tarve on tunnistettava sote-keskuksissa varhaisessa vaiheessa. Tällöin kyseessä on palvelujen kokonaisvaltaisesta vaikuttavuudesta ihmisen toimintakykyyn, terveyteen ja elämänlaatuun. Oireita voidaan saada hoidettua tai hillittyä samaan aikaan, kun itse ongelma jää ja pahenee.

Raportti painottuu nyt liikaa korostamaan vähäisten lähetteiden määrän paremmuutta. Hyvä toimintatapa (jota raportissa voisi järjestäjille ohjeistaa) voisi olla

	<p>aluksi esimerkiksi se, että jatkuva, verrokitoimijoihin suhteutettuna epätavallisen suuri määrä läheteitä antaisi aiheen maakunnalle lähemmin tarkastella sitä, onko toiminnassa epäselvyyksiä.</p>
<p>11. Auttaako raportti hahmottamaan, millaisia tekijöitä korvausmallin suunnittelussa täytyy ottaa huomioon?</p>	<p>kyllä pääosin</p>
<p>12. Vapaamuotoiset huomiot kysymykseen 11</p>	<p>No answers</p>
<p>13. Ovatko kiinteän korvauksen peruseriaatteet selkeät ja ymmärrettävät (Luku 6.1)?</p>	<p>ei pääosin</p>
<p>14. Vapaamuotoiset huomiot kysymykseen 13</p>	<p>Kappaleessa on joitakin mainintoja, jotka eivät aukene. Esimerkiksi lause ”Valinnanvapauslain 65 § mukaisen kiinteän korvauksen laskemista ja maksamista varten maakunnat toimittavat Kelalle keskimääräisen asiakaskohtaisen euromäärän.” Raportti ei selvennä, miten maakuntien on tullut tähän euromäärään päätyä. Kelan, THL:n ja järjestäjien tehtävänjaot tulee selventää yksityiskohtaisesti, mutta yksinkertaisesti. Esimerkiksi kuviosta tai taulukkomuodosta voisi olla tässä kohtaa hyötyä. Esimerkkilaatikko 6 kapitaatiokorvauksen euromääräisestä laskemisesta on selkeä.</p>
<p>15. Ovatko suoriteperusteisten korvausten peruseriaatteet selkeät ja ymmärrettävät (Luku 6.2)?</p>	<p>kyllä pääosin</p>
<p>16. Vapaamuotoiset huomiot kysymykseen 15</p>	<p>Hyvä, että lukijan huomio kiinnitetään pienten tuottajien kustannusriskien eroihin suuriin nähden. Vastausta ongelmaan ei kuitenkaan tarjota, sillä tuottajia ei voi kohdella korvausten suhteen eri tavalla koosta riippuen.</p> <p>Tärkein vastaus on ensimmäisten vuosien korvauskompensaatio yksityisille tuottajille silloin, kun vaihto tapahtuu vain ihmisen oman aktiivisen valinnan kautta. Tällöin julkisille sote-keskuksille ”jää” myös niiden ihmisten kapitaatiokorvaus, jotka eivät käytä palveluja tai käyttävät niitä hyvin vähän. Eli lähtötilanteessa julkisilla sote-keskuksilla on suuri asiakasmassa ja jokaisesta laskettu korvaus, yksityisillä nolla asiakasta ja nolla euroa korvauksia. Tässä tilanteessa pienillä yksityisillä on huomattavasti heikommat lähtökohdat kuin isoilla yksityisillä, joiden riskinsietokyky on parempi.</p> <p>Ensisijaisesti kaikki asiakkaat tulisi allokoida tasaisesti</p>

	<p>alueen sote-keskuksiin (yksityiset ja julkiset). Lakiesitys sanoo kuitenkin, että tähän ryhdytään vasta kahden vuoden päästä valinnanvapauden aloittamisesta. Näin ollen yksityisille siirtyneistä asiakkaista tulee alkuvaiheessa maksaa korkeampaa korvausta, jotta tilanne tasoittuu, ja jotta erityisesti pienillä yksityisillä on mahdollisuus olla markkinassa mukana. On erittäin tärkeää huomata, että päätös tästä on tehtävä ja informoitava tuottajille ennen valinnanvapauden alkua: markkinat luodaan heti. Pienen toimijan on vaikeampi päästä myöhemmin mukaan. Lisää asiasta vastauksessamme kysymykseen 4.</p> <p>Sivulla 25 on hyvä maininta kilpailun voimaan luottamisesta: "...tuottajien kustannusriskiä ei ole syytä myöskään täysin poistaa, sillä kustannusriski toimii kannustimena kustannusten hillintään ja palveluiden tehostamiseen." On huomattava, että korvausmallin on oltava riittävä toiminnan pyörittämiseen niin yksityisellä kuin julkisella. Julkiset sote-keskukset eivät voi mennä konkurssiin, vaikka niiden saamat korvaukset asiakkaista eivät olisikaan riittävät toiminnan pyörittämiseen. On siis pidettävä huoli siitä, että myös julkiset sote-keskukset todella tulevat toimeen vain näillä korvauksilla, eivätkä liikelaitokset tai maakunta subventoi niitä millään tasolla. Tämän asian valvominen olisi syytä mainita raportissa järjestäjän tehtäväksi.</p> <p>Kuten sivun 21 esimerkkilätkössä 5 todetaan, valinnanvapauskokeilujen houkuttelevuutta pienille toimijoille on vähentänyt kokeilujen vaatimat tietojärjestelmät ja raportointi. Tämä olisi hyvä huomioida mahdollisessa riskien tasoittamisessa.</p>
<p>17. Ovatko kannustinperusteiden korvausten peruseriaatteet selkeät ja ymmärrettävät (Luku 6.3)?</p>	<p>ei pääosin</p>
<p>18. Vapaamuotoiset huomiot kysymykseen 17</p>	<p>Sinänsä korvausten jakautuminen kapitaatio-, suorite-, kannustin- ja olosuhdekorvaukseen on hyvä jaottelu. Se antaa järjestäjälle välineitä ohjaukseen.</p> <p>Kannustinperusteisten korvausten ehdoton edellytys on, että on olemassa selkeät rakenteet vaikuttavuuden mittaamiselle. Niiden tulee olla edes perustaltaan kansallisesti määritellyt. Raportti on laadittu ohjeeksi järjestäjille. Siksi on hieman erikoista, että sivun 29 alussa mainitaan näkemyksiä siitä, millaisia kansallisia mittareita esimerkiksi vaikuttavuudelle tarvitaan. Kappaleessa jää epäselväksi, mitä mittareita maakunnan tulee laatia, ja mitä laaditaan kansallisesti. Jos päätöksiä ei ole vielä tehty, sekin tulee tässä vaiheessa sanoa selkeästi.</p>

	<p>Kappaleen todellinen hyöty jää tavoittamatta, sillä teksti liikkuu varsin yleistasoisessa pohdinnassa, jota maakuntien voi olla vaikea hahmottaa konkreettisiksi toimenpiteiksi.</p> <p>Koko sote-uudistuksen tavoitteiden ja integraation toteutumisen kannalta on äärimmäisen tärkeää, että asiakkaan hoitopolku on saumaton. Sote-keskus on ensisijainen paikka, johon asiakkaat hakeutuvat käytännössä missä tahansa sote-palveluihin liittyvässä asiassa. Korvausmalleilla on mahdollista vaikuttaa siihen, määrätäänkö asiakkaalle oireen poistavaa hoitoa, vai kokonaisvaltaisesti vaikuttavaa hoitoa. Vaikuttavuudesta on palkittava ja huolehdittava. Siksi myös vaikuttavuusmittaristojen luominen on ensisijaisen tärkeää, eikä korvausmalleja voi luoda ilman niitä.</p>
<p>19. Onko muiden korvausten rooli selkeä (Luku 6.4)?</p>	<p>kyllä pääosin</p>
<p>20. Vapaamuotoiset huomiot kysymykseen 19</p>	<p>Korvauksilla tai muilla hallinnollisilla päätöksillä ei saa rajoittaa sote-keskusten alueellista sijoittumista, joskin kannustavat olosuhdekorvaukset esimerkiksi hyvin syrjäisen sijainnin perusteella ovat mielekkäitä. Maakunnissa tunnetaan tilanne ja realiteetit paremmin. Esimerkiksi Jyväskylässä on viitteitä siitä, että jo 30-40 km välimatkan päähän (keskustasta) on selvästi hankalampi rekrytoida erityisesti lääkäreitä.</p>
<p>21. Mistä suoran valinnan palvelujen sosiaali- ja terveyskeskusten tuottajakorvauksiin liittyvistä asiakokonaisuuksista tarvittaisiin lisää tietoa tai mihin ohjeistusta?</p>	<p>Kapitaatiokorvauksen tarvekerrointyöstä.</p> <p>Työterveyshuollon osuus siinä tulee harkita tarkoin. Työterveyshuollon ns. Kela II - osuuden, eli vapaaehtoisen sairaanhoidon osuus vaihtelee suuresti työntajittain ja työntekijöittäin. Lisäksi työtilanteen muuttuessa muutoksia tapahtuu yksilöittäin jatkuvasti. Vaikka kapitaatiokorvauksen oikeaan osumisen vuoksi on toisaalta tärkeää määritellä tarvekertoimet mahdollisimman tarkasti, työstä ei saa aiheutua kohtuutonta byrokratiaa järjestelmän ollessa käynnissä. On pohdittava tarkoin, kuka tiedot työntekijöiden työterveyshuollosta (ja niiden alati muuttuvista tilanteista) toimittaa eteenpäin, ja millaisin aikavälein. On myös pohdittava tarkoin sitä, kuinka alhaiseksi työterveyshuollon piirissä olevien kapitaatio voidaan laskea ilman, että samalla julkisen vallan perustuslaillista vastuuta näiden ihmisten palvelujen saannista säilytetään työnantajien vapaaehtoisesti tarjoamien palvelujen piikkiin.</p>

Myöskin on huomioitava, että lääkkeiden erityiskorvattavuudet selittävät vain pienen osan sote-keskuksen suoran valinnan palvelujen kustannuksista. Toimivan kapitaatorahoituksen kehittäminen edellyttää tarkempaa sairastavuuden mittaamista käyttäen monipuolisemmin henkilöiden diagnoosi- ja lääketietoja. Korvauskriteerien kehittäminen edellyttää panostusta diagnoosien hyvään ja yhtenäiseen kirjaamiseen erityisesti perusterveydenhuollossa.

22. Muut vapaamuotoiset huomiot raportista

Raportti on varsin yleisluontoinen. Se vaikuttaa ennemminkin pyrkimykseltä valinnanvapauslain referointiin, kuin selkeisiin ohjeistuksiin. Sinänsä tällekin on varmasti tarvetta. Suoria ohjeita, neuvoja tai tukea maakunnille siitä, miten varsinaisesti määritellä korvauksia, on vähän.

Kokeilut on pantu toimeen tätä tarkoitusta varten. Niiden tuloksia tulisi avata yksityiskohtaisemmin. Myös pilottien merkitystä tulee korostaa.

Vaikka parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen on pyrittävä heti ensimmäisellä kerralla, voisi olla paikallaan todeta, että myös muutosten mahdollisuus tulee hyväksyä olennaisena osana korvausjärjestelmän jatkuvaa kehittämisprosessia.

Toimiva ja oikeilla perusteilla kannustava rahoituskorvausmalli rakennetaan järjestäjän ja tuottajien välisellä tiiviillä ja dynaamisella yhteistyöllä. Maakunnallisissa piloteissa rahoituskorvausmallia tulee olla mahdollista päivittää tarvittaessa nopeallakin (kuukausien) aikataululla, mikäli valittu malli tulkitaan alimitoitetuksi. Näin voi tapahtua esimerkiksi tilanteessa, jossa aktiivisesti listautuvia potilaita on suhteellisen vähän samalla kun heidän palvelutarpeensa on suuri.

Kaikkien palveluntuottajien pitää olla tasavertaisessa asemassa. Julkisen toimijan pitää pystyä tuottamaan samat palvelut samalla käyttöasteella ja mitatulla laadulla kuin yksityisen palveluntuottajan. Kapitaatiokorvauksiin pitää osata sisällyttää (jyvittää) kaikki vertailukelpoisen toiminnan eli laskennan perusteena olevat keskimääräiset kulut lähtien hallinnon palkoista, IT-kuluista, tilavuokrista ym. Maakuntia tulee kannustaa raportissa mielekkääseen yhteistyöhön erityisesti mittariston ja raportointitapojen kehittämisessä ja käyttöönotossa, jotta vältämme tilanteen, jossa kullakin maakunnalla on täysin erilaiset kriteerit arvioida toimintaa.

Paitsi että kapitaatiokorvauksen laskentaperusteita

	<p>tarkastetaan tarvittaessa, tulisi korvaus myös sitoa soveltuvaan indeksiin, joka huomioi palveluntuottajien nousevat kustannukset.</p>
23. Millaista tuottajakorvauksiin liittyvää toimeenpanon tukea jatkossa tarvittaisiin?	<p>Maakuntia tulee ohjeistaa selkeästi siitä, mikä on niiden tehtävää, ja mikä tullaan määrittelemään kansallisesti (esimerkiksi vaikuttavuustavoitteet ja niiden mittaaminen).</p> <p>Maakunnille tulee huolellisesti ohjeistaa yhteistyö palveluntuottajien kanssa korvauksia määritellessä, ja niiden oikean tason löytämisessä. Tämä on jatkuva prosessi.</p>