

Lausunto

VATT/73/07.01/2018

29.3.2018

Eduskunnan valtiovarainvaliokunta

stv@eduskunta.fi**HE 16/2018 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi**

Lausunnossa arvioidaan edellä mainittua hallituksen esitystä asiakkaan valinnanvapaudesta erityisesti taloudellisten vaikutusten ja rahoituksen näkökulmasta sekä uudistukseen liittyvien keskeisten haasteiden ja riskien kannalta.

Valinnanvapautta koskeva lakiesitys on hyvin laaja ja sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen toteuttamiseen liittyviä yksityiskohtia, joihin lyhyessä lausunnossa ei ole mahdollista paneutua. Keskitymme lausunnossamme erityisesti palveluntuottajien rahoituskorvauksiin, koska sitä voidaan pitää uudistuksen keskeisten tavoitteiden ja riskien kannalta yhtenä tärkeimpinä uudistuksen toteuttamiseen liittyvänä elementtinä. Kommentoimme lausunnossamme palveluntuottajille maksettavien rahoituskorvausten yhteyttä uudistuksen keskeisiin tavoitteisiin, kapitaatiomallia ja kannustinkorvauksia sekä niiden mahdollisia vaikutuksia. Lisäksi kommentoimme rahoituskorvausten yhteyttä sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatioon ja miten tähän voidaan vaikuttaa sekä kapitaatio- että kannustinkorvauksilla.

Yleistä palveluntuottajien rahoituskorvauksista

Valinnanvapautta koskevassa hallituksen esityksessä (HE 16/2018) vähintään 2/3 suoran valinnan palveluntuottajien (pois lukien suun terveydenhuolto) saamista korvauksista tulee ns. kapitaatiomaksun eli asiakasmäärän perusteella tuottajille maksettavan tarve- tai riskivakioidun kiinteän maksun kautta. Enimmillään 1/3 korvauksesta voidaan maksaa suorite- ja kannustinperusteisesti (fee-for-service; pay-for-performance).

Tutkimusten pohjalta voidaan yleisesti todeta, ettei yhdellä rahoitusmuodolla ole mahdollista saavuttaa kaikkia haluttuja tavoitteita. Rahoitusmalleja tuleekin yhdistää ns. sekamalleiksi (engl. mixed models), jotta voidaan taata kulukuri sekä hoidon riittävä laatu yhtäaikaaisesti (ks. esim. Eggleston, 2005). Esimerkiksi Brosig-Koch et al. (2017) tulosten mukaan, sekamalli vähensi kannusteita yli- ja alihoitoon suhteessa puhtaasti suorite- ja kapitaatioperusteisiin malleihin.

Koska korvausinstrumenttien toimivuus voi kuitenkin olla tapauskohtaista ja vaihdella esimerkiksi alueesta tai palvelusta toiseen, on hyvä, että lainsäädäntö jättää maakunnille liikkumavaraa korvausmuotoja valittaessa.

Kapitaatorahoitus

Lakiesityksessä valtaosa korvauksista maksetaan kapitaation kautta. Kapitaatiojärjestelmässä tuottajat ovat vastuussa potilaan hoidon kustannuksista ja niihin liittyvistä riskeistä, mikä kannustaa tuottajia kustannustehokkaaseen toimintaan. Kun kapitaatio-osuus on alhaisempi ja rahoitus pohjautuu enemmän palvelusuoritteiden määrään, riskinä on, että tuottajat lisäävät korvauksiin ja kustannuksiin nähden kannattavien suoritteiden määrää, potilaita ylihoitetaan ja kustannukset kasvavat (Pauly, 1970, Häkkinen & ja Seppälä, 2016). Useimmat empiiriset tutkimukset ovatkin löytäneet näyttöä siitä, että suurempi kiinteään korvauksen osuus kannustaa tuottamaan vähemmän kustannuksia aiheuttavia suoritteita tai palveluita (ks. esim. Devlina ja Sarma, 2008, Gaynor & Gertler, 1995, Hennig-Schmidtin ym., 2011). Korkea kapitaatio-osuus on siten linjassa uudistukselle asetetun kustannusten hillinnän tavoitteen kanssa.

Korkea kapitaatio-osuus ja sen myötä tuleva vastuu kustannuksista voi kannustaa tuottajia vähentämään sekä tarpeettomien (kustannustehottomien) että hyödyllisten toimenpiteiden tai hoitojen määrää kustannusten hillitsemiseksi (ks. Melichar, 2009, Brent ja Poulsen, 2016). Korkea kapitaatio-osuus voi toisaalta kannustaa tuottajia tarjoamaan potilaille ennaltaehkäiseviä palveluita, jos se merkitsee alhaisempia kustannuksia tulevaisuudessa (Porter ja Kaplan, 2015, Balkrishnan ym., 2002). Näiden tekijöiden, ja viimeaikaisten empiiristen tutkimustulosten (ks. esim. Ho ja Pakes, 2014) perusteella ei ole ilmiselvää, että korkeampi kapitaatio-osuus välttämättä heikentäisi laatua potilaiden terveyttä vaarantavalla tavalla, ja vaikutukset riippuvat osittain myös siitä, kuinka hyviksi korvaus- ja informaatiojärjestelmät onnistutaan käytännössä toteuttamaan.

Hyvin toteutetussa kapitaatiomallissa tuottajille jää kannustimet tehdä kustannussäästöjä karsimalla turhia toimenpiteitä ja tehostamalla toimintaansa ilman, että potilaan tarvitsema, aidosti hyödyllinen hoito kärsii merkittävästi (ks. Brent ja Poulsen, 2016). Jottei tuottajalla olisi merkittäviä kannustimia vähentää potilaan tarvitsemaa, kustannustehokasta hoitoa, on tärkeitä, että osa korvauksista maksetaan suorite- ja kannustinperusteisesti (ks. Izzetti ym., 2014, Brent ja Poulsen, 2016) ja että palveluiden laadusta on olemassa tietoa palveluiden järjestäjille ja asiakkaille. Kun asiakkaille on tietoa palveluista, he voivat vaihtaa toiselle tuottajalle laadun heikentyessä, mikä voi puolestaan vähentää tuottajan kannustimia heikentää hoidon laatua (ks. Saxell, 2014). Järjestäjät voivat puolestaan puuttua huonoon laatuun esimerkiksi tuottajien hyväksymis- ja sopimusmenettelyissä.

Laajan terveystaloustieteellisen kirjallisuuden (Kortelainen ym., 2017) perusteella on toisaalta myös selkeää näyttöä siitä, että korkea kapitaatio-osuus voi kannustaa tuottajia kermankuorintaan eli valikoimaan asiakkaita, joiden keskimääräiset

hoitokustannukset ovat korvauksiin nähden mahdollisimman alhaiset. Mikäli korvaukset huomioivat huonosti asiakkaan henkilökohtaisen kustannusriskin, sairaampien ja hoitoa eniten tarvitsevien voi olla vaikeampi saada palvelua voittoa tavoittelevilta, kilpailullisilta tuottajilta. Tämä olisi ristiriidassa uudistuksen keskeisten tavoitteiden – hyvinvointierojen kaventamisen ja palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden parantamisen – kanssa.

Lakiesityksen mukaisessa korvausmallissa riski potilaiden kermankuorintaan voikin olla merkittävä, joskin käytännössä riskin suuruus riippuu korvausjärjestelmän yksityiskohdista. Vaikka vähintään 2/3 suoran valinnan tuottajien rahoituksesta perustuisi kiinteään kapitaatiokorvaukseen, maakunta voisi kuitenkin asettaa kapitaatio-osuuden vielä vähimmäistasoa korkeammalle tasolle.

Kapitaatiokorvausten riskivakiointi eli potilaan tarvetekijöiden huomiointi voi kuitenkin hyvin toteutettuna vähentää kannustimia kermankuorintaan ja myös ylläpitää tuottajien kannustimia kustannussäästöihin (ks. Kortelainen ym. 2017). Lisäksi riskivakioinnilla voidaan vaikuttaa myös palvelujen tasa-arvoiseen saatavuuteen. Rahoituskorvausten tarvevakioinnilla on havaittu olevan vaikutusta esimerkiksi siihen, mille alueille tai kaupunginosiin palveluntuottajat ja/tai palveluyksiköt sijoittuvat. Esimerkiksi Ruotsissa havaittiin, että tarvevakioitu kapitaatorahoitus kasvatti yksityisten tuottajien määrää eniten niillä alueilla, joissa asukkaiden sosioekonominen asema on heikompi ja siten odotettu sairastavuus keskimääräistä korkeampaa. Toisin sanoen rahoitus kannusti tuottajia sijoittumaan alueille tai kaupunginosiin, joissa oli suhteessa enemmän sairaampia ja todennäköisesti hoitokustannuksiltaan kalliimpia asiakkaita (Anell ym. 2018).

Hallituksen esityksen mukaan kapitaatiomallin tarvetekijöinä huomioitaisiin ikä, sukupuoli, sairastavuus, työssäkäynti sekä muut sosioekonomiset tekijät. Tässä vaiheessa on kuitenkin vielä epäselvää, mitä sairastavuus- ja sosioekonomisia tekijöitä tarvevakioinnissa tullaan tarkkaan ottaen käyttämään. Käytännössä kannustimet potilaiden valikointiin voivat vaihdella maakunnittain ja alueittain sen mukaan, kuinka hyvin lain pohjalta määritellyt tarvetekijät onnistuvat selittämään potilaiden henkilökohtaista kustannusriskiä. Joka tapauksessa korvauksissa on tärkeää huomioida aluekohtaisten tekijöiden ohella yksilökohtaiset tekijät (Kortelainen ym. 2017).

On syytä myös korostaa, että työterveyshuollon asiakkaista olisi välttämätöntä maksaa erisuuruiset korvaukset kuin asiakkaista, jotka eivät ole työterveyshuollon piirissä. Lisäksi korvausmallissa tulisi huomioida se, mitä palveluja työterveyshuolto kattaa kullakin asiakkaalla. Mikäli työterveyshuollon palveluita käyttäviä asiakkaita ei voida erottaa kapitaatiomallissa riittävän hyvin muista asiakkaista, tämä voi johtaa merkittävään asiakkaiden valikointiin sekä mahdollisesti myös kustannusten kasvuun.

Kannustinrahoitus

Mahdollisen kannustinrahoituksen rooli voi olla tärkeä, koska sen avulla voidaan pienentää kapitaatiomallin riskiä siitä, että tuottajat tinkivät potilaalle tarpeellisen hoidon laadusta, sekä kannustaa tuottajia panostamaan palvelujen vaikuttavuuteen ja laatuun.

Kannustinrahoitusta suunniteltaessa on kuitenkin otettava huomioon lukuisia tekijöitä, jotta voidaan varmistaa, että kannustimet toimivat toivotulla tavalla (ks. Eijkenaar, 2013, Doran et al., 2017). Keskeinen tekijä liittyy kannustinmittareiden valintaan. Esimerkiksi liian kapeasti asetetuilla mittareilla saatetaan ohjata toimintaa liiaksi mittarien osoittamaan suuntaan muiden, ei-mitattujen asioiden kustannuksella. Toisaalta mittarien suuri määrä tai monimutkaisuus voi vaikeuttaa tuottajien ymmärrystä tavoitelluista kannustinvaikutuksista. Lisäksi mittaushaasteista johtuen kannustinmuotoiset korvausjärjestelmät ovat usein painottuneet mittaamaan prosesseja vaikeammin mitattavien terveyshyötyjen kustannuksella. Tämä voi olla ongelmallista, jos prosessien ja halutun lopputuleman (terveyshyöty) yhteys jää epäselväksi.

Kannustinrahoituksen näkökulmasta on myös keskeistä, että terveydenhuollon IT-järjestelmät saatetaan sellaiselle tasolle, että vertailukelpoista tietoa tuottajien toiminnasta on saatavilla. Olennaista on myös määritellä, ketä palkitaan. Eijkenaar (2013) mukaan tutkimuskirjallisuudessa on yleisesti nähty, että integraation näkökulmasta on parempi palkita yksilöiden (esim. lääkärit) sijaan suurempia ryhmiä, sillä terveyslopputulemat saavutetaan usein lukuisten toimijoiden yhteistyönä (ks. yksityiskohtaisempi keskustelu alla). Olennaisia ovat lisäksi muut käytännön palkitsemismekanismit, joiden yhteydessä tulisi tarkastella esimerkiksi palkkioiden ja sanktioiden suhdetta, kannustimen kokoluokkaa, ja sitä käytetäänkö absoluuttista vai suhteellista suoritusta kuvaamaan toimintaa.

Terveystaloustieteelliset tutkimukset eivät ole yleisesti antaneet vahvoja ja yksiselitteisiä viitteitä siitä, että kannustinpohjaisella mallilla olisi saavutettu merkittäviä hyötyjä (ks. esim. Ryan ym., 2016 ja 2017; Eijkenaar ym., 2013). Ryan ym. (2017) tosin toteavat, että todennäköisesti tämä johtuu järjestelmän ominaisuuksista, ja että toisin suunnitelluilla kannustimilla voidaan mahdollisesti saavuttaa parempia tuloksia. Lisäksi rahoituksen kannustavuuteen ja yhteiskunnallisiin hyötyihin voi vaikuttaa myös se, kuinka muu järjestelmä on rakennettu.

Kannustinrahoitukseen liittyvien haasteiden, ja jossain määrin epäselvän tutkimusnäytön vuoksi kyseinen rahoitus tuleekin nähdä täydentävänä osana rahoituksen kokonaisuutta.

Rahoituskorvaukset ja palvelujen integraatio

Yhdeksi keinoksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi on uudistuksen yhteydessä mainittu palveluiden integraation parantaminen. Pohjalla on ajatus, että saumattomilla palvelukokonaisuuksilla voidaan laadukkaammin ja kustannustehokkaammin tuottaa asiakkaan palveluntarpeita vastaavia palveluita. Erityisesti toimiva integraatio on nähty olevan oleellista palveluita tarvitsevien näkökulmasta.

Yleisesti on nähty, että kilpailulliset kvasimarkkinat ja valinnanvapaus luovat jo itsessään haasteita integraatiolle (Ahgren, 2010; Leichsenring ym., 2015). Palvelujen toimivan integraation kannalta keskeistä onkin se, millaiset kannustimet käytettävä tuottajien korvausjärjestelmä antaa integraation toteutumiseen.

Kapitaatiopohjaisella rahoituksella voi olla kahdensuuntaisia vaikutuksia hoidon integraatioon ja tuottajien väliseen koordinaatioon. Koska kapitaatorahoitus käytännössä niputtaa (bundle) yhden ja saman korvauksen alle erilaisia palveluita, voidaan sen nähdä etenkin horisontaalisen integraation kannalta järkevänä rahoituskeinona ainakin kyseisen sote-keskuksen palveluiden osalta (Kalseth ym., 2015).

Toisaalta kapitaatorahoitus luo kannustimia kustannusten siirtoon vaikeampien potilaiden kohdalla. Selkeään yhteisvastuun puuttuessa, perustason tuottajilla on kannustimet lähettää asiakkaat maakunnan liikelaitoksen hoidettavaksi. Tämä luo haasteen vertikaalisen integraation näkökulmasta.

Kustannustensiirto-ongelmaa voidaan osittain korjata onnistuneella riskivakioinnilla. Toisaalta kuten edellä todettiin, riskivakiointikaan ei kokonaan välttämättä ratkaise tätä ongelmaa. Jatkovalmistelussa olisikin tärkeää pohtia voitaisiinko suoran valinnan palveluiden tuottajien ja maakunnan liikelaitoksen välistä integraatiota toteuttaa esimerkiksi erilaisten riskinjakomekanismien (risk-sharing, cost-sharing) ja edellä käsitellyn kannustinrahoituksen avulla. Kannustinrahoitus tulisi rakentaa niin, että rahoituksella kannustetaan myös hoidon integraatioon, koordinointiin, ja yhteistyöhön. Tällöin esimerkiksi yksittäistä lääkäriä tai yksikköä koskeva kannustinpalkkio voi toimia hoidon koordinoitua vastaan sillä jokainen yksikkö voi tällöin ajautua ajamaan omia kapeita tavoitteitaan (ks. esim. Robinson, 2001). Toisaalta tulee ottaa huomioon, että jos palkitaan suurempaa kokonaisuutta, voi syntyä vapaamatkustamisen ongelma, jossa tietyt osat kokonaisuutta tulevat palkituksi ilman merkittävää kontribuutiota lopputulemaan.

Lähteet

Ahgren, B. (2010). Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy*, 96, 91-97.

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

Balkrishnan, R., Hall, M. A., Mehrabi, D., et al. (2002) Capitation payment, length of visit, and preventive services: Evidence from a national sample of outpatient physicians. *The American Journal of Managed Care*, 8: 332–340.

Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., & Wiesen, D. (2017). The effects of introducing mixed payment systems for physicians: Experimental evidence. *Health Economics*, 26(2), 243-262.

Brent, J., Poulsen, G. (2016) The case for capitation. *Harvard Business Review*, heinäkuu-elokuu 2016, 102–111.

Devlina, R. & Sarma, S. (2008). Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics* 27, 1168–1181.

Doran, T., Maurer, K. A., & Ryan, A. M. (2017). Impact of provider incentives on quality and value of health care. *Annual Review of Public Health*, 38, 449-465.

Eggleston, K. (2005). Multitasking and mixed systems for provider payment. *Journal of Health Economics*, 24(1), 211-223.

Eijkenaar, F. (2013). Key issues in the design of pay for performance programs. *The European Journal of Health Economics*, 14(1), 117-131.

Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 110(2), 115-130.

Gaynor, M. & Gertler, P. (1995). Moral hazard and risk spreading in partnerships. *Rand Journal of Economics* 26(4), 591–613.

Hennig-Schmidt, H., Selten, R., Wiesen, D. (2011). How payment systems affect physicians' provision behavior — An experimental investigation. *Journal of Health Economics* 30, 637–646.

Häkkinen, U., & Seppälä, T. (2016). Tuottajiin kohdistuvien taloudellisten kannustimien käyttömahdollisuudet terveyspalveluissa. Teoksessa Keskimäki I., Moisio A, Pekurinen M. Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja

koulutuksen rakenneuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016: 66–80.

Ho, K., & Pakes, A. (2014). Hospital Choices, Hospital Prices, and Financial Incentives to Physicians. *American Economic Review* 104: 3841–3884.

Iezzi, E., Bruni, M. L., Ugolini, C. (2014) The role of GP's compensation schemes in diabetes care: Evidence from panel data. *Journal of Health Economics*, 34, 104-120.

Kalseth, J., Kasteng, F., & Borgemans, L. (2015). Project INTEGRATE - Financial Models for Care Integration, Saatavilla: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2453640> (Viimeksi käyty: 23.3.2018).

Kortelainen, M., Saastamoinen, A. & Saxell, T. (2017) Kapitaatiomalli terveydenhuollon tuottajien korvausmuotona. *Suomen Lääkärilehti* 72: 1502–1506.

Leichsenring, K., Rodrigues, R., Winkelmann, J. & Falk, R. (2015). Integrated Care, Choice and Competition - Challenges and strategies of care coordination in the context of market-oriented governance in Germany and Sweden. *European Center for Social Welfare Policy and Research*, Vienna 2015, saatavilla: http://www.euro.centre.org/data/1449489294_15493.pdf (Viimeksi käyty: 23.3.2018).

Melichar, L. (2009). The effect of reimbursement on medical decision making: Do physicians alter treatment in response to a managed care incentive? *Journal of Health Economics* 28, 902-907.

Pauly, M.V. (1970) Efficiency, incentives and reimbursement for health care. *Inquiry* 7(1), 115–131.

Porter, M., Kaplan, R. (2015) How should we pay for health care? Harvard Business School Working Paper, 15-041: 1-26.

Robinson, J. C. (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 149-177.

Ryan, A. M., Krinsky, S., Maurer, K. A., & Dimick, J. B. (2017). Changes in hospital quality associated with hospital value-based purchasing. *New England Journal of Medicine*, 376(24), 2358-2366.

Ryan, A. M., Krinsky, S., Kontopantelis, E., & Doran, T. (2016). Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *The Lancet*, 388(10041), 268-274.

Saxell, T. (2014) Terveystenhoitopalvelujen kilpailu voi johtaa kilpavarusteluun. *VATT Policy Brief*, 17.12.2014.

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus VATT

Anni Huhtala
ylijohtaja

Mika Kortelainen
johtava tutkija
tutkimusohjaaja

Antti Saastamoinen
erikoistutkija

Tanja Saxell
erikoistutkija