



Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet

THL:n asiantuntijaryhmä
17.11.2010

Markku Pekurinen, Marina Erhola, Unto Häkkinen,
Pia Maria Jonsson, Ilmo Keskimäki, Simo Kokko,
Jukka Kärkkäinen, Eeva Widström, Lauri Vuorenkoski

ESIPUHE

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto on murroksessa. Nykyisen järjestelmän perusteet ovat rakentuneet vaiheittain, sairausvakuutusjärjestelmä 60-luvulla, terveyskeskusjärjestelmä ja työterveyshuolto 70-luvulla sekä nykyisen kaltainen sairaanhoitopiirirakenne 80–90-lukujen taitteessa. Jälkikäteen katsoen kokonaisuudesta ei ole rakentunut kovin yhtenäistä järjestelmää. Nykyiset ja tulevat yhteiskunnalliset haasteet, julkisen talouden kehitys ja työvoiman saatavuus edellyttävät suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän perusteellista arviointia ja hallittua sekä määrätietoista uudelleen muotoilua.

Kuluneen vuosikymmenen aikana Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto on pyritty uudistamaan ja uudistettu lukuisin hankkein, on eletty hankekehittämisen aikaa. Rahoituskysymykset ovat jääneet näissä hankkeissa sivuun. Rahoitusjärjestelmän uudistaminen ei noussut esimerkiksi kansallisen terveyshankkeen asialistalle eikä se ole myöskään ollut riittävästi mukana kunta- ja palvelurakennemuutostuksessa. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa ei ole viime vuosina saatu liikkeelle riittäviä rakenteellisia uudistuksia. Perustellusti onkin esitetty, että palvelujärjestelmän uudistaminen voisi onnistua paremmin nimenomaan rahoitusjärjestelmän uudistamisen kautta.

Tässä sosiaali- ja terveysministeriön tilaamassa raportissa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) asiantuntijat selvittävät huolellisesti sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen vahvuuksia, heikkouksia ja kehittämistarpeita. Raportti perustuu tutkimustietoon, asiantuntijoiden näkemyksiin sekä muiden maiden kokemuksiin. Kansallisen järjestelmämme erityispiirteitä arvioidaan ja tarkistellaan erityisesti Euroopan muiden maiden järjestelmiin peilaten.

Raportin lopussa esitetään linjaus siitä millä tavalla palvelujärjestelmän rahoitus voitaisiin rakentaa jotta se paremmin vastaisi nykyisiin ja tuleviin haasteisiin. Esityksissä ei ole pyritty rakentamaan uutta järjestelmää minkään yksittäisen olemassa olevan organisaation näkökulmasta, vaan pyritty riippumattoman asiantuntijanäkemyksen tuottamiseen. Linjausten ja ehdotusten eräänä lähtökohtana ovat olleet THL:n vuonna 2009 käymän kuntakierroksen sekä vuonna 2010 käymän sairaanhoitopiirikierroksen perusteella kootut alueiden esille tuomat näkemykset sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisista kehittämistarpeista ja tulevaisuuden linjauksista.

THL:n näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita tulee uudistaa siten, että palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu on tulevaisuudessa merkittävästi nykyistä suuremmilla väestöpohjilla ja järjestämisvastuun tulee kattaa yhtä aikaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Keskeistä on rakentaa sellainen palvelujärjestelmä, jossa julkiset resurssit käytetään koko kansalle suunnatun terveys- ja hyvinvointihyödyn tuottamiseen mahdollisimman oikeudenmukaisesti ja tehokkaasti.

Viime vuosien PARAS-hankkeen vauhdittamien kuntaliitosten jälkeenkin sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuu on edelleen kansainvälisesti katsoen eräs maailman hajautetuimmista ja nojaa poikkeuksellisen pieniin väestöpohjiin. Tuoreen kansainvälisen tutkimustiedon mukaan rahoitusjärjestelmän mahdollisuudet turvata rahoituksen kestävyys, yhdenvertainen palvelujen saatavuus ja hallinnollinen tehokkuus ovat sitä paremmat, mitä suurempi on rahoittajan väestöpohja ja mitä vähemmän niitä on. Suomen haja-asutus sekä muut maantieteelliset näkökohdat asettavat maallemme aivan erityisiä haasteita kattavan ja asukkaiden kannalta mahdollisimman oikeudenmukaisen järjestelmän rakentamisessa. Laaja-alainen ja riittävän suuriin väestöpohjiin perustuva järjestämisen alueellinen ratkaisu luo mahdollisuuksia tuottaa

palveluita usealla toisiaan täydentävällä tavalla. Metropolialueen ratkaisut vaativat joka tapauksessa oman erillishuomionsa.

Ainutlaatuista Suomessa on myös kunnallisen järjestelmän rinnalla toimiva sairausvakuutus ja sitä kautta tuetut työterveyshuollon palvelut. Nykyisen järjestelmän haasteena on myös paikoin varsin tiukasti sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sektoreihin jakaantuneet palvelut omine päätöksentekuelimineen.

Suomalainen palvelujärjestelmä on poikkeava esimerkiksi muista Eurooppalaisista terveydenhuollon järjestelmistä myös oikeudenmukaisuuden suhteen: OECD maiden vertailussa Suomi on kärjessä siinä, kuinka hyvätuloisia suosien lääkärikäynnit jakaantuvat. Vaikka taustalla tässä on monia tekijöitä, voidaan olettaa että rahoitusjärjestelmää uudistamalla myös näihin ongelmiin voidaan vaikuttaa.

THL:n laajan kuntakierroksen yhteydessä kunnat toivoivat valtiovalalta rohkeita strategisia linjauksia palvelujärjestelmän kehittämiseksi, selkeitä lainsäädännöllisiä ratkaisuja palvelujen järjestämiseksi yhdenmukaisin periaattein koko maassa, sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä yhtenä alueellisena kokonaisuutena sekä nykyistä selvästi tiukempaa kuntien ohjausta.

THL toivoo että tämä raportti nostaa esille keskeiset kysymykset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kokonaisuudesta sekä tukee ennakkoluulotonta ja rakentavaa keskustelua sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistamisen suuntaviivoista ja luo pohjaa tulevaisuuden lainsäädännöllisille ratkaisuille. Tarvitsemme ripeästi uutta visiota sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja konkreettisia suuntauksia sekä kansallisesti johdettuja toimenpiteitä sen saavuttamiseksi.

Helsingissä 17.11.2010

Pekka Puska
pääjohtaja, THL

Marina Erhola
ylivohtaja, sosiaali- ja terveystalouden toimiala, THL

TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on Suomessa ollut perinteisesti monikanavainen. Tärkeimpiä rahoittajia ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Lukuisat kotimaiset ja kansainväliset tahot ovat viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana kiinnittäneet huomiota Suomen terveydenhuoltoa koskevissa arvioinneissaan monikanavaisen rahoitusjärjestelmän synnyttämään tehottomuuteen ja kustannusvastuun siirto-ongelmiin. Nykyisen hallitusohjelman mukaan monikanavaista rahoitusjärjestelmää arvioidaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanketta. Tämän mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö antoi Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) tehtäväksi selvittää: 1) Missä kohdin sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen vaikutukset ilmenevät. 2) Mitkä esille tulevista vaikutuksista ovat määrällisesti yleisimpiä, taloudellisilta vaikutuksiltaan suurimpia ja palvelujen toimivuuden kannalta merkittävimpiä? 3) Mitkä ovat pääpiirteissään keskeisimmät vaihtoehdot esille tuotujen ongelmien ratkaisemiseksi ja mitkä ovat kunkin vaihtoehdon vahvuudet ja heikkoudet?

Selvitys toteutettiin THL:n asiantuntijaryhmän toimesta 15.6.–31.10.2010. Selvitystyön aikana on kuultu lukuisia alan asiantuntijoita ja hyödynnetty viimeisten 20 vuoden aikana tehtyjä arvioita sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisesta rahoituksesta. Lisäksi selvitystyössä on hyödynnetty tuoreinta terveydenhuollon rahoitusta koskevaa kansainvälistä vertailevaa tutkimusta.

Selvitystyössä paikannettiin monia nykyiseen sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen liittyviä etuja, ongelmia ja kehittämistarpeita.

Monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä on palvelujen käyttäjille monia hyötyjä. Sen kautta palvelujärjestelmään saadaan käyttötarkoitukseen sidottua rahoitusta ja järjestelmä tarjoaa valinnanvapautta maksukykyisille asiakkaille. Se lisää yksityistä palvelujen tarjontaa ja tarjoaa julkisella sektorilla työskenteleville lääkäreille mahdollisuuden lisäansioihin. Lisäksi työssäkäyvät saavat joustavasti ja maksutta työterveyshuollon palveluja.

Monikanavainen rahoitus on tuonut mukanaan myös joukon ongelmia. Rahoitusjärjestelmä ylläpitää päällekkäistä palvelutarjontaa erityisesti työterveyshuollossa ja perusterveydenhuollossa, luo ylikapasiteettia erityisesti tutkimus- ja hoitopalveluissa, synnyttää henkilöstön saatavuusongelmia ja lisää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä ja kokonaiskustannuksia. Se kannustaa siirtämään hoito- ja kustannusvastuuta maksajalta toiselle ja synnyttää palvelujärjestelmään tehottomuutta. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä myös ylläpitää alueellista ja väestöryhmien välistä eriarvoisuutta.

Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän luomat haitat ovat selvästi hyötyjä suuremmat.

Monikanavainen rahoitusjärjestelmä hidastaa myös sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeisten tavoitteiden toteutumista, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, peruspalvelujen ja erityispalvelujen tasapainoista kehittämistä, painopisteen siirtämistä laitoshoidosta avohoitoon sekä korjaavista toiminnoista ehkäiseviin toimenpiteisiin.

Selvitystyön tuloksena ehdotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kehittämiseksi kahdentasoisia ehdotuksia: koko rahoitusjärjestelmää koskevia uudistuksia ja eri rahoituskanavien rajapintaa koskevia uudistuksia.

Selvitystyön yhteydessä on käynyt ilmeiseksi, että pelkästään vähäisillä, nykyisen rahoitusjärjestelmän ongelmakohtia paikkaavilla osittaisuudistuksilla ei voida poistaa monikanavaisen rahoituksen ongelmia. Ongelmat voidaan ratkaista vain uudistamalla koko sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä. Rahoitusta ei voi tulevaisuudessa tarkastella irrallaan palvelujen järjestämisestä, vaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu tulee uudistaa samanaikaisesti. Järjestelmän uudistamisessa luontevaa olisi edetä erilaisten alueellisten kokeilujen kautta, sen jälkeen kun rahoitus- ja järjestämisvastuun peruslinjauksista on päätetty.

SISÄLLYSLUETTELO

ESIPUHE

Tiivistelmä

1	SELVITYKSEN TAUSTA, TOIMEKSIANTO JA TOTEUTUS	9
2	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUSJÄRJESTELMÄ PÄÄPIIRTEITTÄIN	10
2.1	Rahoittajat	10
2.2	Rahoitustavat	11
2.3	Rahoituksen käyttö	12
2.4	Rahoituksen kanavoituminen tuottajille	13
2.5	Terveystenhuollon 2 x 2 julkista rahoituskanavaa	13
2.6	Terveysten- ja vanhustenhuollon keskeiset rahavirrat 2008	14
3	MONIKANAVAISEN RAHOITUKSEN VAIKUTUKSIA	16
3.1	Johdannoksi	16
3.2	Monikanavainen rahoitusjärjestelmä on historian tuote	17
3.3	Monikanavaisen rahoituksen etuja ja ongelmia	17
3.4	Monikanavainen rahoitus vaikuttaa toimijoiden kannusteisiin	18
3.5	Palvelujen tuottajien erilainen asema monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä	21
4	MONIKANAVAISEN RAHOITUKSEN SELKEYTTÄMISEKSI 1990- JA 2000 – LUVUILLA TEHTYJÄ ESITYKSIÄ	23
5	ASiantuntijoiden näkemyksiä monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä	27
6	SUOMEN TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS KANSAINVÄLISESTÄ NÄKÖKULMASTA	34
6.1	Järjestämisvastuu leveämmille harteille	35
6.2	Tuottajakunnan monipuolistuminen	36
6.3	Rahoitus- ja järjestämissmallit palvelujen integraation näkökulmasta	37
6.4	Rahoitusvastuun selkeyttäminen Ruotsissa	38
6.5	Entä vakuutusperusteinen rahoitusjärjestelmä?	39
6.6	EU –maiden kokemuksia terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamisesta	40
7	MONIKANAVAISEN RAHOITUKSEN EDUT, HAITAT JA KEHITTÄMISTARPEET	41
7.1	Perusterveydenhuolto ja työterveyshuolto	41
7.2	Vanhusten palvelut	48
7.3	Erikoissairaanhoido	49
7.4	Lääkehuolto	54
7.5	Lääkinnällinen kuntoutus	58
7.6	Hammashoito	60
8	MONIKANAVAINEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄ JA VÄESTÖRYHMIEN JA ALUEIDEN VÄLINEN YHDENVERTAISUUS	63
8.1	Mitä tiedetään monikanavaisen rahoituksen vaikutuksista terveyspalvelujen käytön kohdentumiseen	63
8.2	Terveysten- ja vanhustenhuollon julkisen rahoituksen alueellinen kohdentuminen	66
8.3	Tulosten merkityksen arviointi	69
8.4	Monikanavaista rahoitusjärjestelmää koskevia kehittämissuhteita	71

9	TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN UUDISTAMISEKSI ESITETTYJÄ EHDOTUKSIA	72
9.1	Terveyspiiri	72
9.2	Terveydenhuollon alueellinen rahoittaja	73
9.3	Kansallinen terveysrahasto	76
9.4	Kansallinen tilaaja-rahoittaja	76
9.5	Muita esillä olleita malleja	76
9.6	Esitettyjen rahoitusmallien arviointia	77
10	ESITYKSET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON MONIKANAVAISEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄN UUDISTAMISEKSI	80

LÄHTEET

LIITTEET

- Liite 1: Selvitystyössä tarkastellut terveyden- ja vanhustenhuollon menot toiminnoittain ja rahoittajittain 2008, miljoonaa euroa
- Liite 2: Selvitystyössä tarkasteltujen terveyden- ja vanhustenhuollon menojen rahoitusrakenne (%) toiminnoittain 2008
- Liite 3: Selvitystyön yhteydessä 15.9.–21.10.2010 haastatellut henkilöt
- Liite 4: THL:n asiantuntijaryhmän ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi

1 SELVITYKSEN TAUSTA, TOIMEKSIANTO JA TOTEUTUS

Tausta

Historiallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavainen rahoitusjärjestelmä on auttanut rakentamaan ja pitämään yllä monipuolista palvelujärjestelmää. Rahoitusjärjestelmän tuottamat kannusteet johtavat kuitenkin asiakkaiden kannalta epätarkoituksenmukaisiin hoitoratkaisuihin, hoito- ja kustannusvastuun ”pallotteluun”, synnyttävät ylikapasiteettia, heikentävät palvelutoiminnan tehokkuutta sekä ylläpitävät alueellista ja väestöryhmien välistä eriarvoisuutta. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä hidastaa myös sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeisten tavoitteiden toteutumista, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, peruspalvelujen ja erityispalvelujen tasapainoista kehittämistä, painopisteen siirtämistä laitoshoidosta avohoitoon sekä korjaavista toimista ehkäiseviin toimenpiteisiin.

Lukuisat kotimaiset ja kansainväliset asiantuntijat ja viranomaiset (esim. WHO 1991, OECD 1998, 2005), ovat kiinnittäneet huomiota Suomen terveydenhuoltoon koskevissa arvioinnissaan monikanavaisen rahoitusjärjestelmän synnyttämään tehottomuuteen ja kustannusvastuun siirto-ongelmiin. Viimeksi OECD (2005) kiinnitti huomiota muun muassa lääkekorvausjärjestelmän, muun sairausvakuutuksen sekä työterveyshuollon rahoituksen aiheuttamiin ongelmiin terveydenhuollon taloudelliselle kestävyydelle ja palvelujen kohdentumiselle. Myös eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan käynnistämän Terveydenhuollon tulevaisuus –hankkeen ohjausryhmä piti terveydenhuollon rahoituksen selkiyttämistä terveydenhuollon keskeisimpänä haasteena (TuV 2006). Vaikka monikanavaisen rahoitusjärjestelmän rakenteet ja niihin liittyviä osaoptimoiteja on kuvattu toistuvasti, syntyvien hyötyjen ja haittojen mittakaavaa taloudellisina ja hyvinvointivaikutuksina ei ole juuri tutkittu eikä yhtä kokonaiskartoitusta tehty.

Toimeksianto

Nykyisen hallitusohjelman mukaan monikanavaista rahoitusjärjestelmää arvioidaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohanketta (Hallitusohjelma 2007). Tämän mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö antoi Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) 15.6.2010 tehtäväksi laatia 31.10.2010 mennessä raportin, jossa selvitetään:

- 1) Missä kohdin sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen vaikutukset ilmenevät?
- 2) Mitkä esille tulevista vaikutuksista ovat määrällisesti yleisimpiä, taloudellisilta vaikutuksiltaan suurimpia ja palvelujen toimivuuden kannalta merkittävimpiä?
- 3) Mitkä ovat pääpiirteissään keskeisimmät vaihtoehdot esille tuotujen ongelmien ratkaisemiseksi ja mitkä ovat kunkin vaihtoehdon vahvuudet ja heikkoudet?

Toteutus

Selvityksen toteutusta varten THL:n sosiaali- ja terveyspalvelut toimialan ylijohdaja Marina Erhola nimesi THL:n asiantuntijaryhmän, johon kuuluivat puheenjohtajana tutkimusprofessori Markku Pekurinen ja jäsenenä ylijohdaja Marina Erhola (vastuualueena sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kokonaisuus), tutkimusprofessori Unto Häkkinen (talous-, tilasto- ja rekisterianalyysit), kehittämispäällikkö Pia Maria Jonsson (kansainvälinen vertailu), tutkimusprofessori Ilmo Keskimäki (jakaumavaikutukset), kehittämispäällikkö Simo Kokko (perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, vanhustenpalvelut), kehittämispäällikkö Jukka Kärkkäinen (erikoissairaanhoido), ylilääkäri Eeva Widström (hammashoito), kehittämispäällikkö Lauri Vuorenkoski (lääkkeet, kuntoutus) ja Päivi Tapiovaara (asiantuntijaryhmän sihteeri). Lisäksi selvityksen taustatyöhön ovat osallistuneet THL:n Tieto-osastolta suunnittelija Petri Matveinen, kehittämispäällikkö Esa

Arajärvi ja kehittämispäällikkö Reijo Ailasmaa, hyvinvointi- ja terveyspolitiikat toimialan Terveys- ja sosiaalitalouden yksiköstä CHESS:stä tutkuspäällikkö Jan Klavus, tutkija Timo Hujanen ja tutkija Mikko Peltola sekä ylilääkäri Matti Ojala palvelujärjestelmän kehittäminen ja ohjausyksiköstä. THL:n asiantuntijoiden lisäksi Kansaneläkelaitoksen aktuaari- ja tilasto-osasto on tuottanut selvityksessä tarvittavia tilastotietoja.

Sosiaali- ja terveysministeriö nimesi selvitystä varten ohjausryhmän johon kuuluivat puheenjohtajana ohjelmapäällikkö Juha Teperi ja jäsenenä finanssineuvos Raimo Jämsén, apulaisosastopäällikkö Olli Kerola, neuvotteleva virkamies Minna Liuttu (31.9. saakka) ja johtaja Heikki Palm (1.10. alkaen). Selvitystyön valvojana on toiminut Juha Teperi. Ohjausryhmä ohjasi selvitystyötä, keskusteli selvitystyön aikana esiin nousseista havainnoista ja kommentoi tehtyjä ehdotuksia, mutta ei ottanut ohjausryhmänä kantaa itse ehdotuksiin. Raportissa esitetyt ehdotukset ovat THL:n asiantuntijaryhmän ehdotuksia. Ohjausryhmä kokoontui selvitystyön aikana viisi kertaa.

Hankkeen lyhytkestoisuudesta (15.6.-31.10.2010) johtuen selvitystyön toteutuksessa jouduttiin turvautumaan pääosin jo olemassa oleviin aineistoihin sekä hankkeen teemasta aiemmin laadittuihin selvityksiin ja raportteihin. Osana selvitystyötä haastateltiin selvitystyön teeman kannalta keskeisiä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita (N=29) monikanavaisen rahoitusjärjestelmä eduista, haitoista ja kehittämistarpeista. Henkilökohtaiset haastattelut toteutti 15.9.–21.10.2010 tutkimusprofessori Markku Pekurinen.

Selvitystyö koskee koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Käytännössä empiirinen tarkastelu on jouduttu tietojen saatavuussyistä rajaamaan tässä selvityksessä pääosin terveyden- ja vanhustenhuoltoon, jotka kattavat yhdessä noin 80 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveystoimen (pl. lasten päivähoidon) menoista.

Raportin kirjoittamisesta on vastannut Markku Pekurinen, kaikki asiantuntijaryhmän jäsenet ovat osallistuneet raportin kirjoittamiseen ja työstämiseen.

2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUSJÄRJESTELMÄ PÄÄPIIRTEITTÄIN

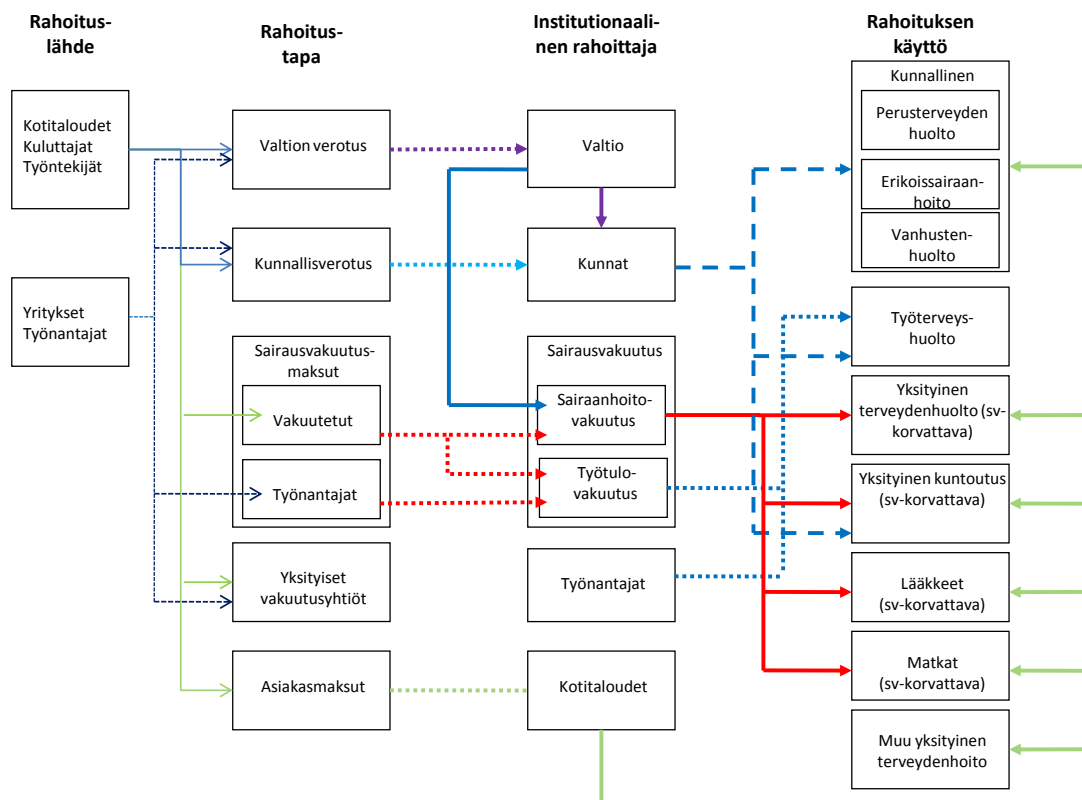
Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta voidaan tarkastella ainakin neljästä eri näkökulmasta: rahoittajien, rahoitustapojen, rahoituksen käyttökohteiden ja rahoituksen käyttöperiaatteiden kannalta. Rahoittajia tarkasteltaessa pyritään tunnistamaan keskeiset palveluja rahoittavat instituutiot ja se millä tasolla rahoitusriskit tasataan (yksilön, yrityksen, vakuutuslaitoksen, kunnan, valtion, tms. tasolla). Rahoitustapa kertoo sen, mistä lähteistä ja miten palvelujen rahoittamiseen tarvittavat varat kerätään (verotuksella, vakuutuksella, asiakasmaksuilla, työnantajamaksuilla, lahjoituksilla yms.). Rahoituksen käyttökohteet kertovat, mihin tarkoituksiin institutionaaliset rahoittajat käyttävät keräämänsä varat (terveyspalveluihin, vanhusten palveluihin, sosiaalipalveluihin, yksityisiin palveluihin, yms.). Rahoituksen käyttöperiaatteet kuvaavat sitä, miten palvelujen tuottajat saavat tulonsa institutionaalisilta rahoittajilta eli palvelujen tuottajan rahoituksen periaatteita. Terveyden- ja vanhustenhuollon keskeiset rahoittajatahot, rahoitustavat ja rahavirrat on esitetty yleisellä tasolla kuviossa 1.

2.1 Rahoittajat

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on Suomessa ollut perinteisesti monikanavainen. Tällä hetkellä järjestelmään kanavoituu rahaa vähintäänkin kahdeksan rahoittajatahon eli institutionaalisen rahoittajan kautta. Tärkeimpiä rahoittajia ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansan-

eläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt sekä Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskus ja Raha-automaattiyhdistys. Institutionaaliset rahoittajat keräävät tarvitsemansa varat eri rahoituslähteistä veroina, vakuutusmaksuina tai vapaaehtoisina avustuksina kotitalouksilta ja työnantajilta. Rahoittajatahot käyttävät keräämänsä varat kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen sekä korvaamaan yksityisten palvelujen käytön kustannuksia vaihtelevien periaatteiden mukaisesti.

Kuvio 1. Terveysten- ja vanhustenhuollon keskeiset rahoittajatahot, rahoitustavat ja rahavirrat pääpiirteittäin.



2.2 Rahoitustavat

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan Suomessa pääasiassa kuudella tavalla: valtion ja kuntien verotuloilla, pakollisilla ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla.

Valtio osallistuu palvelujen rahoittamiseen keräämällä verotuloja monista lähteistä (tulovero, pääomaverot, valmisteverot, arvonlisävero yms.). Tulovero määräytyy progressiivisesti verovelvollisen tulojen mukaan; suurituloiset maksavat prosentuaalisesti suuremman osan veronalaisista tuloistaan valtiolle veroina kuin pienituloiset. Pääomaverot ovat suhteellisia veroja, jota jokainen verovelvollinen maksaa yhtä suuren osan pääomatuloistaan. Kulutukseen sidoksissa olevat välilliset verot, kuten valmisteverot ovat regressiivisiä; pienituloiset maksavat yleensä suuremman osan tuloistaan valmisteveroina valtiolle kuin suurituloiset. Arvonlisävero on suhteellinen vero, jota jokainen maksaa vaihtelevan suuren osan tavaroiden ja palvelujen hinnasta.

Kunnat rahoittavat osuutensa sosiaali- ja terveyspalveluista pääosin kunnallisveron tuotolla. Kunnallisvero on suhteellinen vero, eli jokainen kunnan verovelvollinen, suuri- ja pienituloinen, maksaa yhtä suuren osan veronalaisista tuloistaan veroa kunnalle. Veronprosentti vaihtelee kunnasta toiseen.

Kansaneläkelaitos osallistuu sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen pääasiassa sairausvakuutusrahaston kautta. Sairausvakuutus jakautuu sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutuksen¹. Sairaanhoitovakuutus rahoitetaan vakuutettujen ja valtion yhtä suurella osuudella. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittamiseksi kerättävä sairaanhoitomaksu on kunnallisveron tapainen suhteellinen veroluonteinen maksu, jota jokainen verovelvollinen suomalainen maksaa yhtä suuren osan tuloistaan.² Sairaanhoitomaksu on luonteeltaan terveydenhoitoon käytettävä käyttötarkoitukseen sidottu terveysvero. Valtio rahoitti vuonna 2008 sairaanhoitovakuutuksesta puolet ja vakuutetut toisen puolen. Työtulovakuutuksen rahoittivat pääosin työnantajat, noin 70 prosenttia, palkansaajat ja yrittäjät runsaat 26 prosenttia ja valtion osuus työtulovakuutuksen rahoituksesta oli vajaat 4 prosenttia² (Kela 2009).

Kotitalouksien rahoitusosuus on Suomessa erityisesti terveydenhuollossa kansainvälisesti poikkeuksellisen korkea. Vain muutamissa muissa EU-maissa kotitalouksien maksama osuus terveydenhuollon menoista on suurempi kuin Suomessa (OECD 2010). Kotitalouksien suuri rahoitusosuus johtuu lähinnä lääkkeiden ja hammashoidon korkeista omavastuista, jotka yhdessä muodostavat noin puolet kotitalouksien maksuista ja omavastuista (lääkkeet 31 %, hammashoito 19 %)³.

Rahoitustapa ei ole yhdentekevä. Palvelujen rahoitusrakenteesta riippuu muun muassa se, miten rahoitus kohdentuu väestöryhmien kesken. Niinpä esimerkiksi kun asiakasmaksujen osuus ja välillisten verojen laskennallinen osuus terveydenhuollon rahoituksessa on viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana kasvanut, terveydenhuollon kokonaisrahoitus on muuttunut lievästi regressiiviseksi eli suurituloisia suosivaksi (Klavus ja Kapiainen 2008).

2.3 Rahoituksen käyttö

Valtio maksaa kunnille laskennallisin perustein valtionosuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen, valtion korvausta terveydenhuollon yksiköille opetuksesta ja tutkimuksesta aiheutuviin kustannuksiin, valtionavustusta kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeisiin sekä Kansaneläkelaitokselle valtion osuuden sairaanhoitovakuutuksesta ja työtulovakuutuksesta.

¹ Sairaanhoitovakuutuksesta korvataan reseptilääkemenoja, yksityisen terveydenhuollon lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioita, lääkärin määräämää tutkimusta ja hoitoa sekä matkakuluja. Lisäksi siitä korvataan ylioppilaiden terveydenhuollon kustannuksia ja Kansaneläkelaitoksen järjestämän kuntoutuksen kustannuksia. Työtulovakuutuksesta maksetaan sairauspäivärahaa, kuntoutusrahaa, erityishoitorahaa, äitiys- ja isyysrahaa sekä vanhempain- ja erityisäitiysrahaa. Lisäksi siitä korvataan työnantajien työterveyshuollon kustannuksia sekä vanhempainloma-ajalta kertyviä vuosilomakustannuksia.

² Vuonna 2008 sairaanhoitovakuutuksen rahoittamiseksi sairaanhoitomaksuina kaikilta palkansaajilta ja yrittäjiltä perittiin 1,24 % paitsi eläke- ja etuustulojen saajilta 1,41 % (Kela 2009). Työtulovakuutuksen rahoittamiseksi palkansaajilta ja MYEL-vakuutetuilta yrittäjiltä perittiin sairausvakuutuksen päivärahamaksua 0,70 % ja YEL-vakuutetuilta yrittäjiltä 0,79 % tuloista. Työnantajien sairausvakuutusmaksu määräytyy maksettujen palkkojen perusteella ja oli 2,00 %. Päivärahamaksu on verotuksessa vähennyskelpoinen.

³ Vuonna 2008 asiakasmaksutuottojen osuus erikoissairaanhoidon käyttökustannuksista oli runsaat 4 % ja perusterveydenhuollon käyttökustannuksista 8,5 % (THL 2010a). Samana vuonna asiakkaiden omavastuuosuus kaikista Kansaneläkelaitoksen maksamista sairaanhoitokorvauksista oli 39 %. Asiakkaiden omavastuuosuus peruskorvatuista lääkkeistä oli 58 % ja erityiskorvatuista lääkkeistä noin 13 %. Lääkärinpalveluista asiakkaiden omavastuuosuus oli 75 %, hammaslääkäripalveluista 63 % sekä tutkimuksesta ja hoidosta 69 % (Kela 2009). Työterveyshuollon palvelut ovat potilasasiakkaille maksuttomia. Vanhusten laitoshoidon menoista kunnat rahoittivat 76 %, asiakkaat 21 % ja muut yksityiset yhteisöt loput (THL 2010b).

ta. Kunnat rahoittavat järjestämänsä perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelut. Kansaneläkelaitos korvaa sairaanhoitovakuutuksesta potilaille muun muassa lääkkeitä, yksityisistä terveyspalveluista, kuntoutuksesta ja matkoista aiheutuneita kustannuksia sekä lisäksi maksaa korvauksia Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle ja EU-korvaukset sairaanhoidon kustannuksista. Kansaneläkelaitos maksaa työtulovakuutuksesta muun muassa korvauksia työnantajille työterveyshuollon järjestämisestä sekä sairauspäivärahaa, vanhempainpäivärahaa ja kuntoutusrahaa vakuutetuille.

Yksityiset vakuutusyhtiöt maksavat vapaaehtoisista sairausvakuutuksista ja pakollisista tapaturma- ja liikennevakuutuksista vakuutetuille korvauksia muun muassa asiakasmaksuista, haitasta ja vammasta. Vakuutusyhtiöt maksavat lisäksi korvauksia hoitolaitoksille annetusta hoidosta ja kuntoutuksesta.

Työnantajat maksavat osan työterveyshuollon palvelujen käytön kustannuksista. Kotitaloudet maksavat käyttämistään kunnallisista palveluista asiakasmaksuja ja yksityisten palvelujen käytöstä omavastuuosuuksia. Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskus osallistuu ikääntyneiden palveluasuntojen rahoittamiseen ja Raha-automaattiyhdistys rahoittaa vanhuspalvelujen palveluinnovaatioiden kehittämistä.

2.4 Rahoituksen kanavoituminen tuottajille

Institutionaalisilta rahoittajilta rahat kanavoituvat palvelujen tuottajille monin eri periaattein. Kunnat maksavat sairaanhoitopiireille korvauksen tuotettujen palvelujen (hoitajaksot, hoitopäivät, poliklinikkakäynnit, toimenpiteet, ym.) määrän perusteella. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista kunnat maksavat omille yksiköilleen useimmiten kiinteän kunnan budjetoiman kokonaiskorvauksen. Ulkoistetuista ja liikelaitostetuista palveluista kunnat maksavat sopimuksen mukaan, hyvin erilaisin periaattein, määräytyvän korvauksen palvelut tuottavalle yritykselle.

Kansaneläkelaitos korvaa potilaille yksityisen sektorin palvelujen käytön kustannuksia tuotettujen suoritteiden mukaan, hyväksytyyn sairausvakuutuksen taksaan perusteella ja lääkemenoja porrastetusti riippuen lääkkeelle hyväksytystä korvausluokasta. Matkat korvataan potilaalle halvinta matkustustapaa käyttäen. Työnantajalle Kansaneläkelaitos maksaa työterveyshuollon järjestämisestä osan toteutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista (korvauksilla on työntekijämäärään sidottu korvauskatto).

Työnantajat maksavat työterveyspalvelujen tuottajille tekemiensä työterveyshuoltosopimusten perusteella. Kotitaloudet maksavat käyttämistään kunnallisista terveyspalveluista korkeintaan säädetyn käyttömaksun, yksityisen sektorin palveluista suoriteperusteisen palkkion ja pitkäaikaisesta laitoshoidosta määräosan tuloistaan.

Yhteenvedo sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisistä rahoittajista, rahoitustavoista ja rahoitusperiaatteista on esitetty taulukossa 1.

2.5 Terveystuollon 2 x 2 julkista rahoituskanavaa

Suomen terveydenhuollon ulkomaiset arvioijat ovat toistuvasti kiinnittäneet huomiota erään järjestelmämme kansainvälisesti ainutlaatuiseseen ilmiöön, kahteen rinnakkaiseen julkiseen rahoituskanavaan, jotka rahoittavat osin samoja palveluja (WHO 1991, OECD 1998, OECD 2005, Mossialos ja Srivastava 2008). Tällöin viitataan kuntien ja valtion kautta kunnalliseen

terveydenhuoltoon ohjautuvaan julkiseen verorahoitukseen ja sairausvakuutuksen kautta yksityisen terveydenhuollon, lääkkeiden ja matkakulujen korvauksiin ohjautuvaan julkisen sairausvakuutuksen rahoitukseen. Tämän lisäksi on huomattava, että myös valtio rahoittaa terveydenhuoltoa kahden eri periaattein toimivan rahoituskanavan kautta⁴. Kunnille maksettava valtionosuus muodostaa 'kunta-kanavan', jonka kautta valtion rahaa ohjataan kunnallisten terveyspalvelujen järjestämiseen laskennallisin perustein. Sairaanhoidovakuutuksen rahoittamiseksi maksettava valtion rahoitusosuus muodostaa 'kela-kanavan'. Kela-kanavan kautta valtion rahaa ohjautuu käyttötarkoitukseen sidottuna suoraan yksityiseen terveydenhuoltoon, lääkkeisiin ja matkoihin. Kunta-kanavan kautta valtion rahaa ohjautuu kunnille, mutta sitä ei ole sidottu terveyspalvelujen järjestämiseen, vaan kunta voi käyttää saamansa valtionosuuden vapaasti harkintansa mukaan.

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahoittajat, rahoitustavat ja rahoitusperiaatteet

TOIMINTO	Pääasiallinen rahoittaja*	Pääasiallinen rahoitustapa	Pääasiallinen rahoitusperiaate
Terveyskeskus	Kunnat 89 % Kotitaloudet 9 %	Verotus Asiakasmaksut	Kiinteä budjetti
Työterveyshuolto	Työnantajat 49 % Sairausvakuutus 42 %	Työnantajamaksut Työtulovakuutus	Työntekijämäärä Suoritteet
Yksityinen terveydenhuolto	Kotitaloudet 49 % Sairausvakuutus 35 %	Asiakasmaksut Sairausvakuutus	Suoritteet
Erikoissairaanhoito	Kunnat 92 % Kotitaloudet 4 %	Verotus Asiakasmaksut	Hoitojaksot, suoritteet
Lääkkeet	Sairausvakuutus 56 % Kotitaloudet 44 %	Sairausvakuutus Omavastuut	
Matkat	Sairausvakuutus 89 % Kotitaloudet 11 %	Sairausvakuutus Omavastuut	Kustannukset
Vanhustenhuolto	Kunnat 80 % Kotitaloudet 20 %	Verotus Asiakasmaksut	Hoitopäivät, palvelut
Muu sosiaalitoimi	Kunnat Kotitaloudet	Verotus Asiakasmaksut	Kiinteä budjetti

* Lähteet: THL 2010a,b sekä Kela 2009 ja Kela 2010b

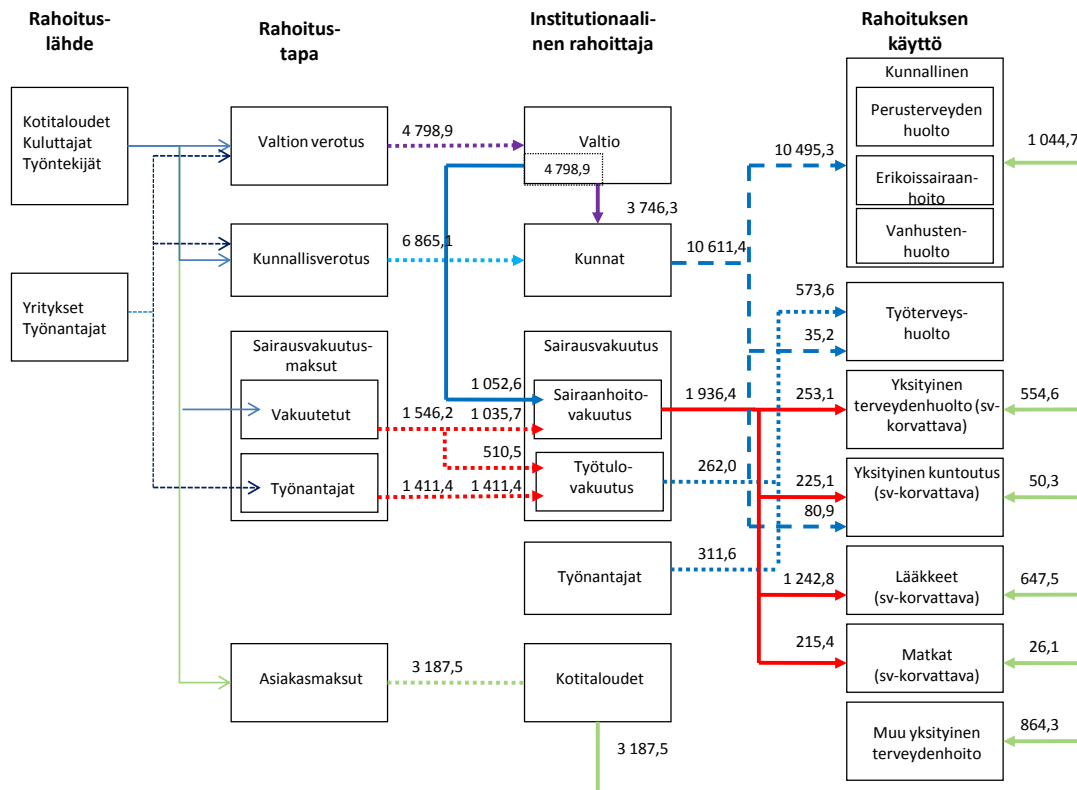
2.6 Terveyden- ja vanhustenhuollon keskeiset rahavirrat 2008

Seuraavassa esitetään terveyden- ja vanhustenhuollon rahoitusta koskevia tietoja vuodelta 2008. Selvitystyön toteuttamiseen käytettävissä olleen ajan puitteissa ei ollut mahdollista kartoittaa muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen rahoitusta ja rahavirtoja samalla tarkkuudella kuin terveyden- ja vanhustenhuoltoa.

⁴ Valtion osuus sairaanhoidovakuutuksen rahoituksesta oli vuonna 2008 yhteensä 1 052,6 miljoonaa euroa (Kela 2009). Valtionosuus sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin vuonna 2008 oli (vuoden 2009 talousarvioesityksessä esitettyjen tietojen mukaan, jolloin valtionosuudet vielä määräytyivät hallinnonaloittain) 5 075,5 miljoonaa euroa, josta arvioilta puolet suuntautuu terveydenhuoltoon eli noin 2 537,8 miljoonaa euroa (Valtion talousarvio vuodelle 2009). Siten valtion terveydenhuoltoon ohjaamasta runsaasta 3,6 miljardista eurosta, noin 30 prosenttia suuntautuu sairausvakuutuksen kautta rahoitettavaan yksityiseen terveydenhuoltoon (ml. reseptilääkkeet ja matkat) ja noin 70 prosenttia kunnalliseen terveydenhuoltoon.

Terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2008 yhteensä 17,1 miljardia euroa, josta julkisen rahoituksen osuus oli 76 prosenttia (ks. liitteet 1 ja 2). Kunnat rahoittivat menoista 40 prosenttia, valtio 22 prosenttia, kotitaloudet 19 prosenttia, Kansaneläkelaitos 14 prosenttia, työnantajat 2,5 prosenttia ja yksityiset vakuutukset 1,7 prosenttia. Keskeiset rahavirrat on esitetty kuviossa 2.

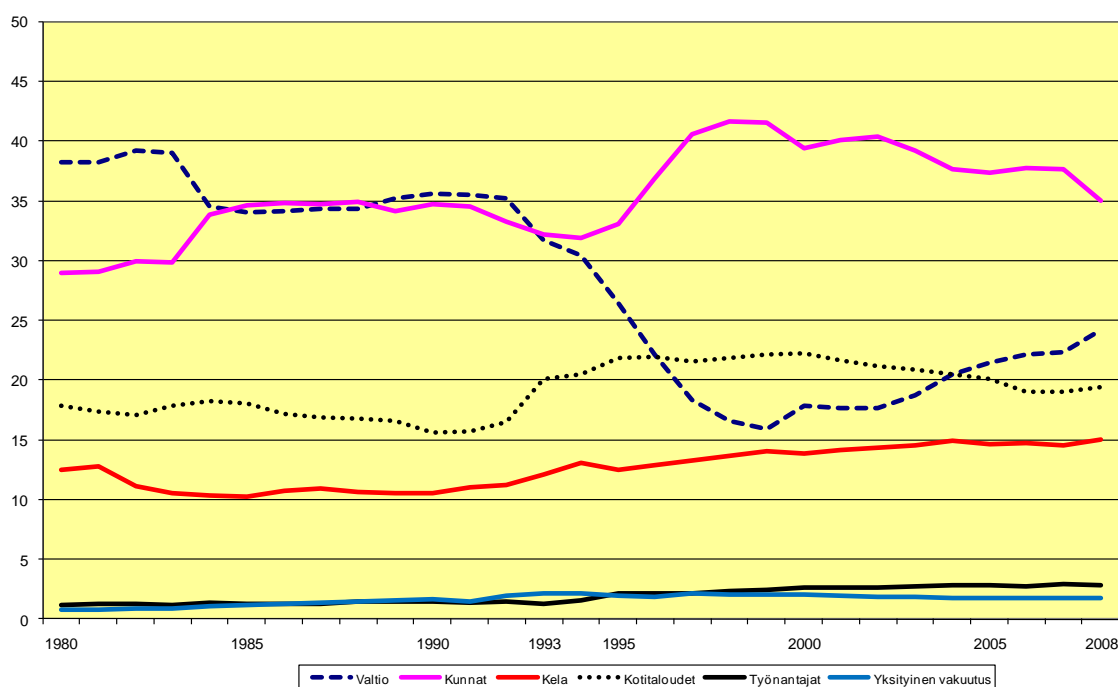
Kuvio 2. Terveyden- ja vanhustenhuollon keskeiset rahavirrat vuonna 2008, miljoonaa euroa (THL 2010a,b, Kela 2009, Kela 2010b, ks. liite 1)⁵.



Kuntien osuus terveyden- ja vanhustenhuollon rahoituksesta kasvoi merkittävästi ja samanaikaisesti valtion osuus laski 1990 -luvun alusta 2000 -luvun alkuun. Vuosituhannen taitteesta alkaen kunta-valtio -rahoitusuhteessa on tapahtunut merkittävä muutos, valtion rahoitusosuus on kasvanut ja kuntien laskenut. Valtion osuus terveydenhuollon rahoituksesta kasvoi vuosina 2000–2008 runsaat 6 prosenttiyksikköä ja kuntien väheni runsaat 4 prosenttiyksikköä (THL 2010a). Sairausvakuutuksen rahoitusosuus on kasvanut tasaisesti 1990 -luvun alusta. Kotitalouksien rahoitusosuus pysyi melko vakaana 1990- luvun alusta, mutta on selvästi laskenut 2000 -luvun alusta (kuvio 3).

⁵ Terveydenhuollon menot kattavat kaikki terveystalouden erät (THL 2010a). Vanhustenhuollon menot kattavat sekä terveystalouden että sosiaalihuollon menoihin laskettavat menoerät. Tässä selvityksessä tarkasteltavat kuntien menoerät kattavat noin 80 % kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista (pl. lasten päivähoito).

Kuvio 3. Terveysthuollon rahoitus vuosina 1980-2008, osuus (%) kokonaisrahoituksesta (THL 2010a)



3 MONIKANAVAISEN RAHOITUKSEN VAIKUTUKSIA

3.1 Johdannoksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisesta rahoituksesta käydään aika ajoin vilkasta keskustelua, jossa nostetaan esiin rahoitusjärjestelmän etuja ja ongelmia. Näkemyksiä ja kertomuksia yksittäisistä kokemuksista on runsaasti. Empiirisesti todennettua tutkimustietoa siitä miten merkittävästä toiminnallisesta ja taloudellisesta ongelmasta on kysymys, on niukalti. Tämä selvitys pyrkii omalta osaltaan täydentämään ja ajantasaistamaan näkemystä monikanavaisen rahoitusjärjestelmän eduista, haitoista ja uudistamistarpeista. Lisäksi selvityksessä pyritään havainnollistamaan paikannettujen etujen ja haittojen suuruusluokkaa siinä määrin kuin se on mahdollista käytettävissä olevan tutkimus- ja tilastotiedon perusteella.

Monikanavainen rahoitus on ollut päättäjille ja toimijoille tunnettu asia jo vuodesta 1963, jolloin sairausvakuutusjärjestelmä perustettiin. Siitä alkaen terveyspalveluja ovat rahoittaneet valtio, kunnat, sairausvakuutus, työnantajat ja palvelujen käyttäjät vaihtelevilla rahoitusosuuksilla.

Rahoituslähteiden monilukuisuutta sinänsä ei pidetä ongelmana. Pidetään jopa suotavana, että rahoitus palvelujen järjestämiseen voidaan kerätä mahdollisimman monesta lähteestä, jolloin rahoitusrasite jakautuu useammalle taholle. Moneen rahoituslähteeseen perustuva järjestelmä turvaa vakaamman tulovirran ja rahoitus ei ole yhtä herkkä talouden ja politiikan suhdanvaihteluille kuin yhden rahoituslähteen varaan rakentuva järjestelmä.

Ongelmaksi monikanavainen rahoitus alkaa muodostua, jos se vaikuttaa merkittävästi eri osapuolien⁶ päätöksentekoon, käyttäytymiseen ja valintoihin. Varsinainen ongelma rahoitusjärjestelmästä syntyy useimmiten silloin kun rahoitustapa alkaa ohjata hoitopäätöksiä eli jos asiakasta koskevaan hoitopäätökseen vaikuttaa enemmän se mikä taho rahoittaa annettavan hoidon kuin hoidon tarve.

Käytännön tasolla rahoituksen monikanavaisuudesta on tullut varsinaisesti ongelma vasta vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen. Ennen sitä kunnilla ”ei ollut valinnanvaraa” rahojensa käytössä, mutta ei myöskään kovin suuria kannusteita hillitä menojen kasvua, pikemminkin päinvastoin. Kunnille maksettiin kantokyvyn mukaan vaihteleva prosenttiosuus kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon menoista, mikä osaltaan kannusti kuntia investoimaan sosiaali- ja terveyspalveluihin. Valtionosuusuudistuksen myötä luovuttiin käyttötarkoitukseen sidotuista valtionosuuksista ja kunnille ryhdyttiin maksamaan laskennallisin perustein määräytyvää valtionosuutta, jonka kunnat voivat käyttää vapaasti haluamiinsa tarkoituksiin.

Valtionosuusuudistus paransi kuntien kustannustietoisuutta, mutta samalla muutti kuntien kannusteita ja suuntasi kiinnostuksen palvelujen kehittämisestä kustannuskehityksen hallintaan. Samaan ajankohtaan osunut syvä taloudellinen lama vauhditti kuntien säästöpyrkimyksiä. Uudistus myös kannusti kuntaa minimoimaan omat kustannuksensa ja etsimään keinoja siirtää kustannusvastuuta muille toimijoille erityisesti sairausvakuutukselle ja palvelujen käyttäjille. Avohoidon ja laitoshoidon epäselvästä rajanvedosta aiheutuneet kustannusten siirto-yritykset ja kiistat kuntien ja sairausvakuutuksen välillä oli 1990 – luvun puolivälissä keskeinen ongelma, mutta ratkesi sosiaali- ja terveysministeriön, Kuntaliiton ja Kansaneläkelaitoksen yhteiseen näkemykseen ja määrittelyyn siitä mikä on laitoshoidon ja mikä avohoidon sekä myöhemmin rajanvetoa tarkentaviin säädöksiin (Mattila 2006, STM 2009a). Viimevuosina ovat julkisessa keskustelussa olleet esillä muun muassa yksityisten laboratoriopalvelujen sairausvakuutusmaksat sekä eräiden avohoitolääkkeiden kustannusvastuuseen liittyvät kysymykset.

3.2 Monikanavainen rahoitusjärjestelmä on historian tuote

Nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon perusta on luotu 1960 ja 1970 -luvulla ja sen osaluokat on kehitetty eri aikoina. Suuri osa järjestelmää koskevista muutoksista, palvelujen tai etuuksien laajennuksista on toteutettu useimmiten erillisinä uudistuksina ilman että olisi selvitetty, miten kukin uudistus muuttaa eri osapuolien kannusteita ja käyttäytymistä ja millainen taloudellinen ja toiminnallinen kokonaisuus uudistuksen tuloksena muodostuu.

Esimerkiksi yksi nykyisen terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän keskeinen osapuoli sairausvakuutusjärjestelmä luotiin pääosin 1960 -luvulla, jolloin julkiset terveydenhuollon palvelut olivat kehittymättömiä ja terveydenhuollon merkitys kansantaloudessa oli vielä vaatimaton. Terveydenhuollon bruttokansantuoteosuus oli 1960 -luvun alkupuolella neljän prosentin luokkaa. Tuolloin ei ollut tarvetta pohtia rajankäyntiä julkisen ja yksityisen sektorin välillä eikä monikanavaisen rahoitusjärjestelmän vaikutuksia. Sairausvakuutus toi lisää rahaa ja voimavaroja terveyspalvelujen järjestämiseen ja osallistui myös terveyskeskustoiminnan rahoittamiseen aina vuoteen 1982.

⁶ Terveydenhuollossa keskeisiä toimijoita ovat palvelujen käyttäjät (potilaat, omaiset, väestö), järjestäjät (kunnat, sairaanhoitopiirit), tuottajat (lääkärit, hoitajat, terveyskeskukset, sairaalat, sairaanhoitopiirit, yksityinen ja kolmas sektori) ja rahoittajat (kunnat, valtio, kansaneläkelaitos, potilaat, työnantajat, yksityiset vakuutuslaitokset, sairauskassat, ym.). Vanhustenhuollossa keskeisiä toimijoita ovat palvelujen käyttäjät (asiakkaat, omaiset, väestö), järjestäjät (kunnat), tuottajat (vanhainkodit, palvelutalot, hoivakodit, kunnat, yksityinen ja kolmas sektori) ja rahoittajat (kunnat, valtio, kansaneläkelaitos, asiakkaat, ym.).

Palvelujen saatavuus on kuitenkin olennaisesti muuttunut sairausvakuutuksen perustamisen jälkeen 1970- ja 1980 -luvuilla tapahtuneen kunnallisen terveydenhuollon kehittymisen myötä sekä työterveyshuollon laajetessa ja monipuolistuessa. Siirtyminen menoperusteisesta laskennalliseen valtionosuuteen kunnallisten palvelujen rahoituksessa 1993 muutti olennaisesti kuntien taloudellisia kannusteita ja realisoi monikanavaisen rahoitusjärjestelmään jo aiemmin sisältyneen mahdollisuuden siirtää rahoitusvastuuta muille toimijoille⁷. Valtionosuusuudistuksen jälkeen, syvän taloudellisen laman siivittämänä, eri rahoittajatahoille syntyi intressi pyrkiä siirtämään rahoitusvastuuta tarpeellisistakin palveluista toisille rahoittajille. Valtionosuusuu- distus muutti toimijoiden taloudelliset ja toiminnalliset suhteet ”kertaheitolla”.

Suomalainen terveydenhuollon monikanavainen julkinen rahoitusjärjestelmä, jossa julkinen sairausvakuutus toimii toisen verorahoitteen järjestelmän rinnalla ja rahoittaa osin samoja palveluja, on kansainvälisesti ainutlaatuinen (OECD 2005, Mossialos ja Srivastava 2008). Ruotsissa sairausvakuutuksella oli aiemmin samankaltainen rooli kuin Suomessa, mutta siellä on sittemmin koordinoitu terveydenhuollon julkista rahoitusta. Ruotsissa maakunnat, joilla on terveydenhuollon järjestämistä vastuu, vastaavat julkisten palvelujen lisäksi maakuntansa väestön yksityisen sektorin palvelujen käytön ja lääkekustannusten rahoituksesta.

Eri rahoituskanavien kautta palvelujärjestelmään kulkeutuvat rahavirrat ovat asukasta kohti laskettuna valtakunnallisesti ja eri puolilla maata eri suuria. Tämä vaikuttaa sekä julkisten että yksityisten palvelujen alueelliseen tarjontaan, palvelujen saatavuuteen ja väestön yhdenvertaisuuteen.

Päätöksenteko on eri rahoituskanavissa itsenäistä ja riippumatonta muiden rahoittajien päätöksistä. Päätöksenteossa ei kiinnitetä huomiota rahoituksen kokonaisuuteen, vaan rahoittajalle itselleen koituvii taloudellisiin ja toiminnallisiin seurauksiin. Rahoitusvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on hajautunut koko maan tasolla, alueellisesti ja paikallisesti - kokonaisvastuu rahoituksesta puuttuu.

3.3 Monikanavaisen rahoituksen etuja ja ongelmia

Monikanavaisella rahoituksella on monia hyviä puolia (taulukko 2). Esimerkiksi OECD:n Suomen terveydenhuoltoa koskeneessa maa-arvioinnissa nostettiin esille monia rahoitusjärjestelmän etuja (OECD 2005). Sairausvakuutuksen kautta saadaan suoraan terveydenhuoltoon käytötarkoitukseen sidottua rahaa palvelujen toteuttamiseen. Monikanavainen rahoitus tuo valinnanvapautta maksukykyisille asiakkaille, lisää yksityistä palvelutarjontaa ja tarjoaa kunnallisella sektorilla työskenteleville lääkäreille ja hammaslääkäreille mahdollisuuksia lisäansioihin. Se säästää myös kuntien menoja osan väestöstä käyttäessä kunnallisia palveluja korvaavia yksityisiä ja työterveyshuollon palveluja. Monikanavarahoitus on myös hillinnyt yksityisen sairausvakuutusjärjestelmän kehittymistä, joka olisi lisännyt väestöryhmien välistä eriarvoisuutta ja tehottomuutta.

Monikanavarahoitus on tuonut mukanaan myös joukon ongelmia, kuten muun muassa OECD:n maa-arviointi toteaa (OECD 2005). Monikanavarahoitus ylläpitää avohoitopalveluissa päällekkäistä palvelutarjontaa erityisesti perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa sekä lisää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä ja kokonaiskustannuksia. Se lisää myös verorahoituksen (valtion ja kuntien verot, sairausvakuutusmaksut) tarvetta, koska vahvan julkisen sairausvakuutuksen olemassaolo on hidastanut yksityisen sairausvakuutuksen kehittymistä.

⁷ Menoperusteisen valtionosuusjärjestelmän aikana kustannusvastuun siirrolle ei ollut tarvetta, koska valtionosuus kattoi automaattisesti vakio-osan hyväksytyistä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon menoista.

Monikanavarahoitus hidastaa kunnallisten palvelujen kehittämistä houkuttelemalla henkilöstöä yksityiselle sektorille. Lääkärityövoiman saatavuus on ollut merkittävä ongelma, joillakin erikoisaloilla kunnallisissa sairaaloissa, mutta viime vuosina ajankohtaistunut myös perusterveydenhuollossa. Yksityiselle sektorille kohdentuvat sairausvakuutuskorvaukset synnyttävät osaltaan julkisen terveydenhuollon työvoimapulaa ja rajoittavat työvoiman joustavaa käyttöä.

Eri rahoitusjärjestelmien kautta kuntiin ohjautuu julkista rahaa yksityisiin ja julkisiin palveluihin eri perustein. Sairausvakuutuksen kautta julkinen raha ohjautuu menoperusteisesti ja käyttötarkoitukseen sidottuna yksityisen sektorin ja työterveyshuollon palveluihin. Valtionosuusjärjestelmän kautta julkista rahaa ohjautuu laskennallisin perustein kunnille, mutta valtionosuutta ei ole sidottu käyttötarkoitukseen. Kunnat ovat eriarvoisessa asemassa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä, koska esimerkiksi valtionosuuden määräytymisperusteissa ei oteta huomioon kuntaan sairausvakuutuksen kautta tulevaa julkista rahoitusta ja koska yksityisiä palveluja ei kaikkialla ole saatavilla. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä ylläpitää alueellista ja väestöryhmien välistä eriarvoisuutta.

3.4 Monikanavainen rahoitus vaikuttaa toimijoiden kannusteisiin

Taloudellisesti merkittävin rahoitusjärjestelmän rakenteesta johtuva ongelma on se, että monikanavainen rahoitus luo sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille ei-toivottuja taloudellisia kannusteita. Järjestelmä kannustaa kuntia siirtämään kustannuksia sairausvakuutuksen maksettavaksi ja päinvastoin, mistä edellä mainittu avohoidossa annettavan lääkehoidon kustannusvastuun siirtely on laajalti tunnettu. Terveydenhuollossa lääkäreillä on vähän taloudellisia kannusteita tarkoituksenmukaiseen (kustannus-vaikuttavaan) lääkkeiden määräämiseen. Järjestelmä kannustaa ylläpitämään päällekkäistä ja kannattavaa, mutta yhteiskunnan mitassa tehotonta tuotantokapasiteettia. Tästä yksityisen sektorin laboratoriotutkimusten hinnoittelu ja sairausvakuutuksen ylimitoitettut korvaustaksat ovat tunnettuja esimerkkejä (Miettinen ym. 1998, Miettinen 2000, Valtion tilintarkastajat 2001, Punnonen 2007, 2010).

Rahoituksen monikanavaisuuden johdosta sosiaali- ja terveydenhuollossa on useita eri päättäjiä ja erillisiä päätöksentekoprosesseja. Tämä näkyy myös valtioneuvoston tasolla. Monikanavaisen rahoituksen asioiden hoitovastuu on jakautunut monelle taholle, pääosin sosiaali- ja terveysministeriöön ja osin valtiovarainministeriöön. Sosiaali- ja terveysministeriössä esimerkiksi sairausvakuutusasiat kuuluvat sosiaali- ja terveysministerille ja vakuutusosastolle ja kunnalliseen järjestelmään liittyvät asiat peruspalveluministerille ja kolmelle osastolle.

Rahoituksen moninaisuus luo mahdollisuuksia siirtää kustannusvastuuta muille. Tämä synnyttää tehottomuutta ja epäoikeudenmukaisuutta. Järjestelmä kannustaa tarkastelemaan palveluratkaisuja pelkästään kunkin toimijan omasta näkökulmasta, jolloin yksittäisen asiakkaan hoidon ja hoivan kokonaisuus ja palvelujärjestelmän kokonaisuus saattaa kärsiä. Tehottomuus ilmenee päällekkäisinä investointeina, kiistoina hoidon maksamisesta, hoitokokonaisuuden pirstoutumisena ja vaikeutena hallita rahoituksen määrää ja rakennetta. Monikanavainen rahoitus lisää myös alueellista ja väestöryhmien eriarvoisuutta.

Taulukko 2. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän etuja ja haittoja. (Tämä selvitys, OECD 2005, Pekurinen 2007).

	Monikanavaisuuden etuja	Monikanavaisuuden haittoja
Asiakkuus	Valinnanvapautta maksukyisille ja julkiseen järjestelmään tyytymättömille	Terveyskeskusten kehittämisellä ei kaikkien tahojen varauksetonta tukea <i>Työnantajat, ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat</i> Yhtenäisen (kunnallinen terveydenhuolto ja sairausvakuutus) maksukaton toteuttaminen vaikeaa
Palvelujen kysyntä	Osa palveluista kysyntäjohtoista Helpottaa julkisen sektorin kysyntäpaineita	Lisää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä <i>Tuottajien luomaa kysyntää</i>
Palvelujen saatavuus	Parantaa palvelujen kokonaissaatavuutta, erityisesti työikäisille	Heikentää julkisten palvelujen saatavuutta
Palvelujen tarjonta	Lisää yksityistä palvelutarjontaa	Ylläpitää avohoito palveluissa päällekkäistä palvelutuotantoa, ylikapasiteettia ja synnyttää turhia kustannuksia <i>Lisää alueellista ja väestöryhmien välistä eriarvoisuutta</i>
Rahoitus ja menot	Tuo lisää käyttötarkoitukseen sidottua rahaa palvelujärjestelmään Tuo vakautta palvelujärjestelmän rahoitukseen Säästää kuntien menoja <i>Osa väestöstä käyttää julkisia palveluja korvaavia yksityisiä palveluja ja työterveyshuollon palveluja</i>	Lisää verorahoituksen tarvetta <i>Yksityinen sairausvakuutus kehittämätön</i> <i>Osa rahoituksesta elinkeinotukea</i>
Kannusteet		Kannustaa kuntia siirtämään kustannuksia sairausvakuutuksen maksettavaksi ja päinvastoin, sama pyrkimys kuntasektorin sisällä kuntien ja sairaanhoitopiirien kesken <i>Osoptimointia</i> Kannustaa ylläpitämään tehotonta yksityistä tuotantokapasiteettia (esim. laboratoriotointia) Lääkäreillä vähän taloudellisia kannusteita tarkoituksenmukaiseen (kustannus-vaikuttavaan) lääkkeiden määräämiseen <i>Heikentää mahdollisuuksia alentaa potilaiden omavastuuosuuksia</i>
Henkilöstö	Lisää virkalääkäreiden työ- ja ansiomahdollisuuksia	Hidastaa kunnallisten palvelujen kehittämistä houkuttelemalla henkilöstöä yksityiselle sektorille Synnyttää rooliristiriitaa lääkärien toimissa yhtä aikaa julkisella ja yksityisellä sektorilla
Tehokkuus ja oikeudenmukaisuus	Hidastanut yksityisen sairausvakuutuksen kehittymistä <i>Oikeudenmukaisuus ja tehokkuus nyt parempi</i>	Lisää alueellista ja väestöryhmien eriarvoisuutta <i>Pienituloisilla heikommat mahdollisuudet hyötyä järjestelmästä kuin suurituloisilla</i>

Tuottajien välinen kilpailu parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon tehokkuutta rajallisesti. Nykymuotoinen monikanavarahoitus heikentää kilpailuttamisen käyttömahdollisuuksia. Kilpailu terveydenhuollon markkinoilla ei voi toimia tehokkaasti, jos lääkäriellä on mahdollisuus kilpaila itsensä kanssa toimiessaan samanaikaisesti virassa kunnallisessa sairaalassa ja yksityisenä ammatinharjoittajana yksityisellä sektorilla. Erityisesti vuonna 2005 voimaan tullut hoitotakuu on nostanut esiin lääkäreiden kaksoisroolista aiheutuvia ongelmia varsinkin yliopistosairaalaapaikkakunnilla.

Kilpailutuksella todennäköisesti saavutettaisiin taloudellisuusetuja ja pystyttäisiin parantamaan sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellisuutta ja tehokkuutta, jos palvelujen tuottajat ja ostajat olisivat "samalla viivalla" läpi koko toimialan markkinoiden. Nyt kunta ei saa (ei myöskään potilas) sairausvakuutuskorvausta, jos kunta hankkii lääkäripalveluja väestölleen yksityiseltä sektorilta. Samoin sairausvakuutuskorvausta ei makseta, jos kunnallinen laboratorio myy palveluja yksityiselle asiakkaalle.

Rahoituksen hajautuminen monille tahoille heikentää järjestelmän läpinäkyvyyttä, hallintaa, ohjattavuutta ja tehokkuutta sekä synnyttää katkoksia asiakkaan palveluketjuihin. Toimijoilla on kannusteet optimoida omia kuluja, mutta ei ottaa huomioon kokonaiskustannuksia. Asiakkaalle ja potilaalle rahoitusjärjestelmän monimuotoisuus tekee vaikeaksi varautua ja hahmottaa etukäteen omaa maksuosuuttaan ja sitä kautta asiakkaat joutuvat tarpeettomasti monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä syntyneiden ongelmien maksajiksi.

Rahoitusjärjestelmän ollessa monikanavainen on hyvin vaikeaa toteuttaa esimerkiksi terveydenhuollon yhtenäinen maksukatto, joka kattaisi sekä kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksut että sairausvakuutuksen maksamat lääke- ja matkakorvaukset.

3.5 Palvelujen tuottajien erilainen asema monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä

Rahoitusjärjestelmän kehittämisvaihtoehtoja pohdittaessa on syytä todeta, miten erilaisessa asemassa eri sektoreiden palvelujen tuottajat ovat monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä. Taulukossa 3 on eritelty millaisia erilaisia seuraamuksia monikanavaisen rahoitusjärjestelmän luomat kannusteet (insentiivit) tuottavat joillekin keskeisille sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreille.

Valtio rahoittaa yksityistä ja kunnallista palvelutuotantoa eri periaattein. Valtio osallistuu epäsuorasti yksityisten terveyspalvelujen käytön rahoittamiseen maksamalla puolet sairaanhoitovakuutuksen kuluista. Tämä valtion rahoitus on käyttötarkoitukseen sidottua eli korvamerkitty terveyden- ja sairauden hoitoon. Valtion rahoittaa kunnallisia sosiaali- ja terveyspalveluja maksamalla kunnille laskennallisin perustein valtionosuutta, joka ei ole käyttötarkoitukseen sidottua. Sairausvakuutuksen ja työnantajien kautta tapahtuva rahoitus on suoraan korvamerkitty käytettäväksi terveyspalveluihin.

Kustannuskehityksen hallinta on ongelmallista kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla. Kunnat pyrkivät säätelemään aktiivisesti sosiaali- ja terveystoimen kustannuskehitystä budjettitalouden kautta. Yksityisessä terveydenhuollossa kannusteet tuottajapuolella kustannuskehityksen hallintaan ovat heikommat, koska kolmas osapuoli maksaa suuren osan kuluista, tosin kasvava kilpailu terveyspalveluyritysten kesken voi muuttaa tilannetta vastaisuudessa.

Työvoiman saatavuudesta eri sektorit käyvät ajoittain melko kovaakin kilpailua. Työterveys- huolto ja yksityisen terveydenhuolto ovat viime vuosina pärjänneet työvoimasta kilpailtaessa

kuntasektoria paremmin. Tästä huolimatta kunnallisia palveluja on saatavissa eri puolilla maata selvästi kattavammin kuin yksityisen terveydenhuollon tai työterveyshuollon palveluja.

Hoitoon pääsy kiireettömissä tapauksissa on kunnallisessa terveydenhuollossa ajoittain hidasta. Yksityisessä terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa ei vastaavia hoitoon pääsyongelmia ole. Yksityisiä erikoislääkäripalveluja saa myös joustavasti ilman lähetettä, kun julkisen sektorin erikoislääkärille tarvitaan aina lähete.

Asiakas voi valita vapaasti hoitopaikan ja hoitavan lääkärin yksityisessä terveydenhuollossa, kunnalliseen terveydenhuoltoon valinnanvapaus on vasta tulossa. Työterveyshuollossa valinnanvapaus koskee lähinnä työnantajaa, joka voi vapaasti valita työterveyspalvelujen tuottajan. Kansallinen ohjaus on sekä koko sosiaali- ja terveydenhuollon osalta, mutta myös eri sektoreiden osalta vähäistä ja heikkoa. Ohjauksen heikkouteen vaikuttaa osaltaan se, että ministeriötasolla monikanavaisen rahoituksen kehittämis-, valmistelu- ja ohjausvastuut ovat jakautuneet esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriössä 2-3 osastolle ja kahden eri ministerin vastuulle.

Taulukko 3. Palvelujen tuottajien erilainen asema monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä.

	PALVELUN TUOTTAJA		
	Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto*	Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen terveydenhuolto	Työterveyshuolto
Rahoituslähde			
Valtio	Ei korvamerkitty (32 %)		
Kunta	Korvamerkitty (59 %)		
Sairausvakuutus		Korvamerkitty (31 %)	Korvamerkitty (46 %)
Työnantajat			Korvamerkitty (54 %)
Asiakkaat	Asiakasmaksut (9 %)	Omasvastuut (69 %)	Maksuton
Kustannusten kasvun sääätely	Melko vahva	Heikko	Heikko
Työvoiman saatavuus	Haasteellinen	Hyvä	Erinomainen
Alueellinen palvelujen saatavuus	Melko hyvä	Epäyhtenäinen	Epäyhtenäinen
Hoitoon pääsy	Osin hidasta	Hyvä	Hyvä
Lähetteen tarve erikoislääkärille	Tarvitaan	Ei tarvita	Tarvitaan
Valinnan mahdollisuus	Tulossa	Hyvä	Työnantajalla
Kansallinen ohjaus	Heikko	Ei ohjausta	Heikko

* Tässä selvityksessä tarkastelluista menoista, jotka olivat noin 80 % kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista vuonna 2008

4 MONIKANAVAISEN RAHOITUKSEN SELKEYTTÄMISEKSI 1990- JA 2000 –LUVUILLA TEHTYJÄ ESITYKSIÄ

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuus ei ole uusi asia. Terveydenhuollon monikanavainen julkinen rahoitusjärjestelmä on ollut voimassa vuodesta 1963 sairausvakuutusjärjestelmän käynnistymisestä alkaen. Siitä lähtien terveyspalveluja ovat rahoittaneet valtio, kunnat, sairausvakuutus, työnantajat ja palvelujen käyttäjät vaihtelevilla rahoitusosuuksilla. Käytännön tasolla rahoituksen monikanavaisuudesta on tullut varsinaisesti ongelma vasta vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen, jolloin sekä valtionosuuden määräytymisperusteet että kuntien taloudelliset kannusteet muuttuivat perusteellisesti.

Julkisen rahoituksen monikanavaisuus on noussut toistuvasti esille erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskeissa selvityksissä ja arvioinneissa 1990 – luvun alusta alkaen. Eduskunta, sosiaali- ja terveysministeriö, valtiontalouden tarkastusvirasto, valtioneuvoston tarkastajat, WHO, OECD sekä erilaiset työryhmät ja ulkomaiset ja kotimaiset asiantuntijat ovat kiinnittäneet huomion otteeseen huomiota erityisesti terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuuteen. Myös kuntoutuksen julkisen rahoituksen monimuotoisuus on noussut usein esille. Vanhusten palveluissa monikanavainen rahoitus on ollut esillä erityisesti investointeja koskien. Sosiaalipalvelujen monikanavainen rahoitus ei ole toistaiseksi noussut laajempaan keskusteluun.

Seuraavassa on esitetty kooste valikoiduista asiakirjoista ja kannanotoista, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta on käsitelty. Useimmiten varsinainen tarkastelun kohde on ollut muu kuin monikanavainen rahoitus, mutta se on nostettu esille merkittävänä taustatekijänä moniin järjestelmän toimivuuden ongelmiin. Katsaus ei välttämättä ole täysin kattava, mutta antaa silti yleiskuvan siitä millaiseksi monikanavaisen rahoituksen rooli on nähty viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana sosiaali- ja terveydenhuollossa.

1

WHO:n Euroopan aluetoimiston arviointiryhmä kiinnitti vuonna 1991 Suomea koskevassa maa-arviossaan huomiota tarpeeseen sovittaa aiempaa paremmin yhteen julkisen ja yksityisen sektorin toimintaa ja rahoitusta (WHO 1991).

2

Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämää palvelurakennemuutosta valmisteleva työryhmä nosti palvelujärjestelmän toimivuutta arvioidessaan esille sen, että terveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja sairausvakuutusjärjestelmän kustannuksia ei tarkastella kokonaisuutena vaan erillään toisistaan (STM 1992). Tämä aiheuttaa työryhmän mukaan tarpeetonta laitostumista ja eläkkeellesiirtymistä. Työryhmä esitti muun muassa selvitetäväksi sairausvakuutusjärjestelmän kautta tapahtuvan yksityislääkäritoiminnan rahoittamisen suhdetta terveyskeskustoimintaan. Palvelurakennehankkeen yhteenvetoraportissa nostettiin esiin jatkokehittämistä edellyttävänä ehdotuksena sairausvakuutusjärjestelmän osalta muun muassa, että sairausvakuutuskorvaukset tulisi laskennallisesti sisällyttää suoraan kunnille maksettavaan valtionosuuteen (STM 1993). Tämä olisi omiaan ehdotuksen mukaan edistämään sairausvakuutuskorvausten asianmukaista käyttöä.

3

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus selvitti markkinaperusteisten ratkaisujen hyödyntämistä hyvinvointipalveluissa ja esitti selvitetäväksi mahdollisuutta siirtyä terveyspalvelujen rahoituksessa järjestelmään, jossa kuntien oman rahoituksen lisäksi olisi vain yksi muu julkinen rahoituskanava (VATT 1995).

4

Työterveyshuollon tarkastuksen pohjalta Valtiontalouden tarkastusvirasto katsoi, että työterveyshuollon palvelujen painottuminen sairaanhoitoon on keskeinen syy päällekkäisrahoitusongelman syntyyn ja laajuuteen (VtV 1995). Tarkastusviraston mukaan terveydenhuoltoon on kehittynyt kolme rinnakkaista palvelujärjestelmää eli kunnan valtionosuudella tuettu järjestelmä sekä sairausvakuutuksella tuetut yksityinen sairaanhoitojärjestelmä ja työnantajien järjestämä työterveydenhuoltojärjestelmä. Tarkastusvirasto korosti rinnakkaisten järjestelmien aiheuttavan päällekkäisinvestointeja, toiminnan koordinoimattomuutta ja tehottomuutta. Tarkastusvirasto kiinnitti huomion myös siihen, että kunta saa terveydenhuollon laskennallisen valtionosuuden täysimääräisenä vaikka huomattava osa kunnan asukkaiden perusterveydenhuollosta hoidetaan työterveyshuollon toimesta. Tarkastusvirasto esitti, että terveydenhuollon erilliset järjestelmät tulisi yhteen sovittaa ja päällekkäisrahoitus purkaa. Rahoituksen päällekkäisyys voitaisiin tarkastusviraston mukaan ehkä poistaa ottamalla huomioon työterveyshuollon tuottamasta sairaanhoidosta maksetut sairausvakuutuskorvaukset kuntakohtaisessa valtionosuudessa. Tarkastusvirasto esitti myös harkittavaksi asteittaista luopumista työterveyshuoltona tuotetun sairaanhoidon rahoittamisesta sairausvakuutuksen kautta. Tarkastusvirasto kiinnitti myös huomiota siihen, että työterveyshuollosta ei saada kunta- ja aluekohtaisia tietoja. Puutteelliset aluetiedot eivät anna pohjaa työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon toiminnan ja rahoituksen yhteensovittamiseen.

5

Terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuuden ongelma on tuotu esiin myös lukuisissa sosiaali- ja terveysministeriön strategisissa asiakirjoissa. Sosiaaliturvan strategiassaan ministeriö totesi, että palvelujen rahoituslähteiden ja -tapojen valikoituminen kunkin organisaation kapeiden intressien mukaan aiheuttaa merkittäviä ongelmia (STM 1995). Kokonaiskustannusten hallinnan asemasta kukin toimija pyrkii minimoimaan omaa osuuttaan kustannuksista. Strategiassa tuodaan esille rahoituksen perusteiden virtaviivaistaminen, mutta etenemistietä ei yksilöidä tarkemmin.

6

Kunnallisen terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen tehtäväjako ja yhteistyön ongelmia vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisessä selvittäneet selvitysmiehet totesivat, että hoito-, järjestämis- ja taloudellisen vastuun jakaminen kunnan ja Kansaneläkelaitoksen kesken synnyttää päällekkäistä toimintaa, yhteistyöongelmia ja kiistoja kustannusten maksajasta kunnan ja Kansaneläkelaitoksen kesken, mutta myös kunnan ja sairaanhoitopiirin kesken (STM 1996a). Selvitysmiehet esittivät muun muassa, että rahoitus- ja toteutusvastuu siirretään kunnalliselle terveydenhuollolle ja rahoitus hoidetaan kohdennetulla valtionosuudella.

7

Psykoteraapiaa selvittäneet asiantuntijat havaitsivat, että asiakkaita ohjataan lisääntyvästi Kansaneläkelaitoksen kuntoutukseen jopa akuuttisairaanhoitona kunnan säästösyistä eli kunta pyrkii siirtämään hoito- ja kustannusvastuuta Kansaneläkelaitokselle (STM 1996b).

8

Terveydenhuollon strategiaa vuosituhannen taitteeseen linjatessaan sosiaali- ja terveysministeriö totesi monikanavaisen julkisen rahoituksen aiheuttavan toimintojen ja investointien päällekkäisyyttä ja muita ongelmia ja aikoi kartoittaa mahdollisuudet selkeyttää terveydenhuollon julkista rahoitusta ja purkaa monikanavaisen rahoitukseen liittyvät ongelmat asteittain (STM 1996c).

9

Kuntaliitto arvioi vuoden 1997 alussa kattavasti kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen korvaaman toiminnan yhteensovittamista ja paikansi lukuisia kahdesta rinnakkaisesta julkisesta rahoitusjärjestelmästä johtuvia ongelmia (Kuntaliitto 1997). Kuntaliitto totesi rahoitusjärjestelmän lisänsen palvelujen ylläpitäjätahojen kustannustietoisuutta siten, että oman toiminnan säästöjen saavuttamista pidetään yhteiskunnan kokonaishyötyä tärkeämpänä. Kuntaliitto piti verovaroin ylläpidettävien järjestelmien yhteen sovittamista välttämättömänä ja että erilaisten korvausjärjestelmien tulee tukea kansalaisia tasapuolisesti. Kuntaliitto esitti sosiaali- ja terveysministeriölle laajapohjaista työryhmää selvittämään sairausvakuutuslain mukaisten etuuksien ja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän yhteensovittamista.

10

Sosiaaliturvan kestävä rahoitusta selvittänyt sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä katsoi rahoitusjärjestelmän tarvitsevan muutoksia, jotta useasta julkisen sektorin rahoituslähteestä johtuvasta tehottomuudesta aiheutuvia kustannuksia voidaan vähentää ja samalla selkeyttää rahoituksen rakennetta (STM 1998a). Työryhmän mukaan rahoitusta tulisi uudistaa niin, ettei asiakkaan saama etuus tai maksuvelvoite riipu siitä, hoidetaanko asiakasta avohoidossa vai laitoshoidossa. Lisäksi julkista rahoitusta tulisi uudistaa siten, että rahoitusjärjestelmä ei kannusta siirtämään kustannuksia toisen julkisen rahoittajan maksettavaksi.

11

Terveydenhuollon toimivuutta selvittäneet selvitysmiehet paikansivat arviointinsa tuloksena suuren joukon suomalaisen terveydenhuollon vahvuuksia mutta myös ongelmia (STM 1998b). Terveydenhuollon ongelmiksi selvitysmiehet havaitsivat muun muassa monikanavaisen rahoituksen, kustannusvastuun siirtopyrkimyksen, toiminnallisen vastuun ja rahoitusvastuun hajautumisen usealle taholle sekä kokonaisvastuun puuttumisen rahoituksesta. Lisäksi selvitysmiehet kiinnittivät huomioita intressiristiriitaan, joka syntyy lääkärin toimiessa kaksoisroolissa yksityisen ja julkisen terveydenhuollon palveluksessa.

12

Vanhustenhuollon rahoitusta koskeneessa tarkastuskertomuksessaan Valtiontalouden tarkastusvirasto totesi, että vanhustenhuollon rahoitusjärjestelmä on koordinoimaton (VtV 2000). Järjestelmä mahdollistaa kustannusten siirtämisen yhdeltä osapuolelta toiselle, ilman, että merkittävää kokonaistaloudellista etua tai säästöä syntyy. Valtio voi vaikuttaa vain epäsuorasti järjestelmän sisältämiin kannustimiin. Tarkastuksen keskeinen johtopäätös oli että voimassa olevalla vanhustenhuollon rahoitusjärjestelmällä ei ole mahdollista täysipainoisesti tukea vanhustenhuollon palvelutavoitteiden saavuttamista.

13

Valtiontilintarkastajat käsittelivät kertomuksessaan vuodelta 2000 laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuudesta aiheutuvia ongelmia (Valtiontilintarkastajat 2001). Valtiontilintarkastajat kiinnittivät huomiota monikanavaisen rahoitusjärjestelmän synnyttämään kokonaistaloudelliseen tehottomuuteen ja voimavarojen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Valtiontilintarkastajat paikansivat rahoitusjärjestelmästä johtuviksi ongelmakohdiksi erityisesti kuntien pyrkimyksen siirtää kustannusvastuuta asiakkaille ja sairausvakuutukselle, laboratoriopalvelujen ylituotannon ja sairausvakuutuksen ylimitoitettut korvaustaksat laboratoriotutkimuksista. Lisäksi valtiontilintarkastajat kiinnittivät huomiota lääkäreiden kaksoisrooliin ja sen vaikutukseen julkisen sektorin lääkäripulaan. Valtiontilintarkastajien mielestä rahoitusjärjestelmä kaipaa kokonaisvaltaisempaa korjausta.

14

Sosiaali- ja terveysministeriö piti sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 asiakirjassaan nykyjärjestelmän heikkouksina muun muassa palvelujen rahoituskanavien moninaisuutta, rahoituksen heikkoa läpinäkyvyyttä ja järjestelmän ohjauksen vaikeutta (STM 2001). Ratkaisukeinoja mainittuihin ongelmiin ei kuitenkaan esitetty.

15

Kansallisen terveyshankkeen rahoitusryhmä arvioi monipuolisesti monikanavaisen rahoituksen etuja ja ongelmia ja ryhmän suosituksissa sairausvakuutuksen kehittäminen oli monin tavoin esillä. Esitettiin muun muassa kuntien ja sairausvakuutuksen keskinäisten rahoitusvastuiden selkeyttämistä, sairaanhoitokorvausten tason uudelleenarviointia (laboratorio ja kuvantaminen), kustannusvaikuttavien hoitojen säilyttämistä korvattavina ja vähäisten kustannusten rajaamista korvausten ulkopuolelle sekä lääkevaihdon toteuttamista (STM 2002a). Myös hankkeen johtoryhmä totesi loppuraportissaan rahoitusjärjestelmän ongelmat, mutta rajasi ehdotuksensa sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän eräiden epäkohtien tarkistamiseen (STM 2002b).

16

OECD:n toteuttamassa Suomen terveydenhuollon maa-arvioinnissa otettiin kantaa myös terveydenhuollon kahteen rinnakkaiseen julkiseen rahoitusjärjestelmään (OECD 2005). OECD oli kiinnittänyt jo aiemmin huomiota rinnakkaisen rahoitusjärjestelmän synnyttämään tehottomuuteen ja kustannusvastuun siirto-ongelmiin (OECD 1998). OECD:n mukaan rinnakkaisessa rahoitusjärjestelmässä on monia etuja, mutta myös runsaasti epäkohtia. Havaittujen epäkohtien poistamiseksi OECD esitti muun muassa harkittavaksi lääkkeiden korvausvastuun siirtämistä sairausvakuutukselta kunnille, yksityislääkäripalkkiosta maksettavan sairausvakuutuskorvauksen saamisen edellytykseksi yleislääkärin lähetettä ja myös harkittavaksi luopumista yksityislääkärikäytien korvaamisesta sairausvakuutuksesta.

17

Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta piti terveydenhuollon rahoituksen selkeyttämistä terveydenhuollon keskeisimpänä haasteena pohtiessaan terveydenhuollon valtakunnallista järjestämistä tulevaisuudessa. (TuV 2006). Kannanotossa käsitellään laajasti palvelujen järjestämistä, mutta ei oteta suoranaisesti kantaa, miten terveydenhuollon rahoitus tulisi toteuttaa tulevaisuudessa.

18

Pääministeri Matti Vanhasen II hallitus käynnisti hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohankkeen, joka kohdistuu monien muiden ohella päätöksenteon ja järjestelmien läpinäkyvyyden lisäämiseen, monikanavaisen rahoitusjärjestelmän arviointiin ja ohjauksen tehostamiseen (Hallitusohjelma 2007).

19

Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmia selvittänyt selvitysmies paikansi useita monikanavaisen rahoitusjärjestelmään liittyviä ongelmia lääkehoidolle ja esitti ratkaisuehdotuksia tilanteen korjaamiseksi (Huttunen 2007). Yhteenvetonaan selvitysmies totesi, että lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat voidaan ratkaista onnistuneesti vain uudistamalla koko rahoitusjärjestelmä. Monikanavaista rahoitusjärjestelmää paikkailemalla voidaan joitakin ongelmia poistaa tai niiden aiheuttamia haittoja vähentää, mutta ilman järjestelmän perusteellista uudistamista ratkaisut jäävät aina puolitiehen.

20

Suomen lääkepolitiikkaa laajasti arvioineet European Observatoryn asiantuntijat kiinnittivät lääkehuollon rahoitusta tarkastellessaan huomiota rahoituksen monikanavaisuudesta johtuviin vastuun ja kustannusten siirto-ongelmiin (Mossialos ja Srivastava 2008). Arvioijat totesivat suomalaisen lääkkeiden monikanavaisen rahoituksen olevan ainutlaatuisen Länsi-Euroopassa.

21

Suun terveydenhuoltoa selvittänyt selvitysmies tarkasteli kattavasti muun ohella suun terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen vaikutuksia ja totesi muun muassa että rahoitusjärjestelmä johtaa väistämättä jonoihin ja voimavarojen vajaakäyttöön, so. tuottaa ylikapasiteettia (Soininvaara 2008). Selvitysmies esitti lukuisia vaihtoehtoisia etenemisreittejä monikanavaisen rahoituksen selkeyttämiseksi suun terveydenhuollossa.

22

Kuntoutuslaitosten tilaa selvittäneiden selvitysmiesten työssä ilmeni, että kuntoutuspalveluissa monikanavainen rahoitus mahdollistaa kuntoutus- ja kustannusvastuun siirtoa kuntien ja sairausvakuutuksen kesken, heikentää kuntoutusprosessin toimintaa, aiheuttaa tarpeettomia viiveitä kuntoutumisessa ja aiheuttaa lisäksi tarpeetonta resurssikilpailua tuottajien kesken (STM 2009a). Yhdeksi keskeiseksi ongelmaksi nähtiin järjestelmän kokonaisuohjauksen puute.

5 ASIANTUNTIJOIDEN NÄKEMYKSIÄ MONIKANAVAISESTA RAHOITUSJÄRJESTELMÄSTÄ

Osana selvitystyötä haastateltiin 29 sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisiä intressitahoja edustanutta toimijaa ja asiantuntijaa monikanavaisen rahoitusjärjestelmän eduista, haitoista ja kehittämistarpeista 15.9.–21.10.2010 (haastattelut on lueteltu liitteessä 3). Seuraavassa raportoidaan yhteenvedonomaaisesti haastateltavien esiin ottamia näkökohtia ja argumentteja monikanavaisen rahoituksen puolesta ja vastaan. Esiin tuotuja näkemyksiä ei ole pyritty millään tavalla painottamaan niiden yleisyyden tai näkemystä puoltavien tai vastustavien määrän mukaan, vaan tavoitteena on ollut raportoida haastatteluissa esille tuodut keskeiset näkemykset. Silloin kun useimpien näkemykset ovat olleet yhdensuuntaisia, asia on todettu tekstissä.

Järjestelmän kokonaisuus

Monikanavaisen rahoitukseen liittyy melkein kaikkien haastateltujen mukaan sekä etuja että haittoja. Useimmat haastateltavat nostivat esille enemmän järjestelmän ongelmia kuin etuja. Vain muutamat suhtautuivat nykyjärjestelmään voittopuoleisesti niin myönteisesti, ettei järjestelmässä ole heidän mielestään mainittavia, korjaamista edellyttäviä ongelmia. Toisaalta monien mielestä ei ole aivan yksiselitteisesti aina pääteltävissä johtuuko esiin nostettu ongelma monikanavaisesta rahoituksesta vai julkisen ja yksityisen sektorin rinnakkaisesta toiminnasta, jota on rahoitusjärjestelmästä ja -tavasta riippumatta.

Rahoituksen monikanavaisuudessa nähdään monia myönteisiä puolia. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä ei ole yhtä haavoittuvainen taloudellisille vaihteluille kuin yksikanavainen järjestelmä. Jos talous ajautuu ongelmiin, kaikki rahoituslähteet eivät ajaudu kriisiin samanaikaisesti, vaikka talouden ongelmat toki heijastuvat ajan mittaan kaikkiin rahoituslähteisiin. Kokonaisuuden kannalta myönteistä on, että palvelujärjestelmään saadaan rahaa monista eri lähteistä, jolloin rahoitusrasite jakautuu useamman tahon kesken.

Rahoitusvastuun hajautuminen monelle taholle tuo myös ongelmia. Yhtenä keskeisimpänä ongelmana nostettiin esille vaikeus hallita ja ohjata palvelu- ja rahoitusjärjestelmän kokonaisuutta. Rahoituksen kokonaisuus on vaikeasti hallittavissa kunkin rahoittajatahon vastatessa

vain omista kustannuksistaan ja pyrkiessä etsimään keinoja hoito- ja kustannusvastuun siirtämiseksi muille toimijoille. Kokonaisuus on vaikeasti hahmotettavissa sekä järjestelmän että kansalaisten kannalta. Kansallinen tason ohjaus ja kokonaisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta ja toiminnasta puuttuu, useimmat haastateltavat olivat tästä yhtä mieltä.

Palvelujen saatavuus

Yksityisten palvelujen parempi saatavuus on monikanavaisuuden selvä etu. Nykyjärjestelmä tarjoaa valinnanvapautta sitä haluaville ja mahdollistaa hoidon saamisen jonottamatta. Potilaalla on mahdollisuus saada joustavasti ja vaivattomasti erikoislääkärin palveluja maksamalla itse osan hoitokuluista. Sairausvakuutuksen kautta yksityiselle sektorille kanavoituva rahoitus helpottaa julkisen terveydenhuollon kysyntäpaineita tarjoamalla väestölle mahdollisuuden käyttää yksityisiä terveyspalveluja julkisista varoista tuettuna.

Samalla kun monikanavainen rahoitus parantaa erityisesti lääkäripalvelujen kokonaissaatavuutta sen nähdään heikentävän julkisten terveyspalvelujen saatavuutta. Yksityinen palvelujen tarjonta keskittyy pääosin kasvukeskuksiin ja palvelujen saatavuus on alueellisesti epätasaista. Väestöryhmien taloudelliset edellytykset käyttää yksityisiä palveluja vaihtelevat merkittävästi vaikka palveluja olisi tarjolla.

Kustannusvastuun siirto

Monikanavainen rahoitusjärjestelmä edistää pyrkimyksiä siirtää hoito- ja kustannusvastuuta rahoittajalta toiselle, tästä ollaan jokseenkin yhtä mieltä. Järjestelmä luo eri tahoille kannusteet pyrkiä minimoimaan omat kustannuksensa muiden tahojen ja kokonaisuuden kustannuksella. Jokainen toimija vastaa omasta osastaan potilaan hoitoprosessissa, mikään taho ei vastaa koko hoitoprosessin toimivuudesta ja kokonaiskustannuksista. Tästä seuraa hoitoprosessiin tarpeettomia katkoksia, tehottomuutta sekä potilaalle ja tuottajalle rahojen tuhlausta.

Kuntien ja sairausvakuutuksen väliset kiistat lääkeshoidon maksajasta avo- ja laitoshoidon rajapinnassa ovat tunnettuja kaikille haastatelluille. Samanlaista hoito- ja kustannusvastuun siirtopyrkimystä esiintyy myös kunnallisten toimijoiden, sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen, välillä silloin kun ratkotaan potilaan hoidon järjestämiseen liittyviä vastuukysymyksiä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä kustannusten ”pallottelua” pidetään taloudellisesti ja toiminnallisesti merkittävämpänä kuin kunnallisen toimijan ja sairausvakuutuksen välistä kustannusvastuun siirtopyrkimystä.

Kustannusvastuun siirto on selvästi kyseessä myös silloin kun julkisen sairaalan potilasta kehoitetaan hakemaan hoidossa tarvittavat lääkkeet apteekista tai magneettikuvaus yksityiseltä sektorilta ja tulemaan lääkkeen tai kuvan kanssa takaisin sairaalaan. Sairaala pyrkii säästämään omia kustannuksiaan ja siirtämään kustannuksia potilaan ja sairausvakuutuksen maksettavaksi. Tämä mainittiin haastatteluissa useampaan kertaan, eri intressiosapuolien toimesta, tosin ongelman suuruusluokkaa ei osattu arvioida.

Aika ajoin nousee esiin kysymys yksityisen sektorin hoito- ja kustannusvastuusta silloin kun yksityisellä sektorilla tehty toimenpide johtaa komplikaatioihin, jotka hoidetaan julkisen sektorin toimesta. Yksityisellä sektorilla annettuun hoitoon liittyvä toiminnallinen riski siirtyy julkisen terveydenhuollon kannettavaksi ja taloudellinen riski siirtyy kunnan maksettavaksi. Toiminnallisten ja taloudellisten riskien ulkoistamista ei pidetä hyväksyttävänä, vaan komplikaatioiden hoitokulut tulisi useimpien haastateltujen mielestä sisällyttää yksityisen sektorin hoitojen hintoihin.

Henkilöstö

Monikanavainen rahoitus vaikuttaa merkittävästi henkilöstön hakeutumiseen yksityisen ja julkisen terveydenhuollon palvelukseen, yksityisen sektorin kannalta myönteisesti ja julkisen sektorin kannalta haitallisesti. Haastateltavat näkivät tähän monta syytä. Yksityisen sektorin ja työterveyshuollon asiakaskunta on valikoitunut, työ on paremmin palkattua ja myös ”siistimpää” kuin terveyskeskuksessa. Erikoislääkäripalveluissa monikanavainen rahoitus vaikuttaa henkilöstön ja palvelujen saatavuuteen julkisella sektorilla kaikilla erikoisaloilla, eniten silmätaudeissa, naistentaudeissa, kirurgiassa ja psykiatriassa.

Erityisesti yliopistosairaalapaiikkakunnilla on runsaasti yksityistä palvelutarjontaa, josta vastavat suurelta osin julkisella sektorilla työskentelevät virkalääkärit vapaa-ajallaan. Tästä syntyvät haastateltujen mukaan joskus rooliristiriita erityisesti silloin kun julkinen sairaala hankkii ostopalveluja yksityisiltä terveydenhoitoalan yrityksiltä. Tämä ongelma ei välttämättä ole sidoksissa rahoitustapaan, vaan pikemminkin kuntien ja muiden julkisten toimijoiden muuttuneisiin käytäntöihin käyttää ostopalveluja oman toiminnan aukkojen paikkaamiseen, kuten esimerkiksi hoitotakuun määrärahojen saavuttamiseen. Joidenkin haastateltavien mukaan hoitotakuu on osaltaan kärjistänyt tilannetta, koska lääkäreiden kaksoisrooli mahdollistaa jonojen pitämisen pitkinä ja tarjoaa sitä kautta mahdollisuuden vaikuttaa potilasohjaukseen yksityiselle sektorille. Ongelman suuruusluokasta ei kuitenkaan esitetty arvioita.

Toisaalta henkilöstön ja palvelujen saatavuuteen liittyvät ongelmat julkisella sektorilla eivät haastateltujen mukaan johdu yksin rahoituksen monikanavaisuudesta vaan osin julkisen sektorin rakenteellisista ongelmista ja osin siitä että terveyspalvelujen tuotannossa toimii rinnakkain kaksi eri sektoria. Yksityistä palvelutarjontaa on merkittävästi erikoisaloilla, joilla se on taloudellisesti kannattavaa, mikä mahdollistaa houkuttelevat ansaintamahdollisuudet päteville tekijöille rahoitusjärjestelmästä riippumatta.

Kuntoutus

Kuntoutuksen rahoitusjärjestelmä on haastateltujen asiantuntijoiden mukaan tarkastelluista toiminnoista monimuotoisin ja kokonaisuus vaikeasti hahmotettavissa. Kuntoutuksen rahoituksen yksityiskohtaista arviointia ehdotetaan erillisen jatkoselvitystyön kohteeksi.

Kuntoutuksen kohdalla tuotiin esille samankaltainen ilmiö kuin työterveyshuollossa. Kansaneläkelaitoksen korvaama laituskuntoutus päättyy 65 vuotta täyttäneiltä, jolloin kuntoutus siirtyy kunnan kustannettavaksi. Kunnat järjestävät ja päättävät kuntoutuksesta eri perusteilla, mikä asettaa kansalaiset eriarvoiseen asemaan kuntoutuksen saatavuudessa.

Vaikeavammaisten kuntoutuksessa esiintyy myös pyrkimyksiä siirtää kuntoutus- ja kustannusvastuuta sairausvakuutuksen ja sairaanhoitopiiriin kesken. Esimerkkinä kerrotaan tilanteesta, jossa sairausvakuutus ei hyväksy suunniteltua kuntoutusta korvattavaksi, asiakas palaa sairaanhoitopiiriin kuntoutusvastuulle, jossa todetaankin, ettei asiakas enää tarvitse lisää kuntoutusta (kun sairausvakuutus ei sitä korvaa). Tietoa tällaisen tapahtuman yleisyydestä ei ole, mutta useat haastateltavat esittivät esimerkin kaltaisia näkemyksiä.

Yksityinen tutkimus ja hoito

Monikanavaisen rahoituksen myötä yksityisten tutkimus- ja hoitopalvelujen tuotantoa ohjaavat paikoin epätarkoituksenmukaiset taloudelliset kannusteet, jotka ovat synnyttäneet päällekkäistä ja taloudellisesti tehotonta palvelutuotantoa. Esimerkkinä rahoitusjärjestelmästä johtuvasta julkisten varojen tuhlauksesta monet haastateltavat mainitsivat diagnostiset palve-

lut (laboratoriot, kuvantaminen). Diagnostisissa palveluissa skaalaedut ovat merkittäviä, tämä ei kuitenkaan näy yksityisen sektorin hinnoissa, mutta ei myöskään sairausvakuutuksen määrittelemässä korvaustaksoissa. Yksityisten lääkäriasemien potilaalta perimä hinta laboratoriotutkimuksista ylittää tuotantokustannukset moninkertaisesti. Samoin sairausvakuutuksen laboratoriotutkimuksille määrittelemät taksat ylittävät tutkimusten yksikkökustannukset. Monet haastateltavat pitävätkin sairausvakuutuksen maksamia tutkimus- ja hoitokorvauksia puhtaasti yrittäjienä.

Erikoislääkäripalvelut

Monikanavainen rahoitus parantaa erikoislääkäripalvelujen kokonaissaatavuutta, mutta heikentää palvelujen saatavuutta julkisessa terveydenhuollossa. Yksityislääkärikäyntien korvaaminen sairausvakuutuksesta on joidenkin mielestä julkiselle sektorille edullinen ja joustava tapa tarjota erikoislääkäripalveluja. Suurissa kaupungeissa yksityinen sektori ”paikkaa” julkisen järjestelmän puutteita tarjoamalla erikoislääkärin palveluja sellaisilla erikoisaloilla, joilla julkisen sektorin tarjonta on kysyntään nähden vähäistä. Julkiselle sektorille koituvat menot ovat suhteellisen pienet, käyttäjien maksaessa valtaosan yksityisten lääkäripalvelujen (noin 75 %) sekä tutkimuksen ja hoidon (noin 70 %) kustannuksista.

Monikanavainen rahoitusjärjestelmä parantaa myös palvelujen saatavuutta siellä missä yksityisiä lääkäripalveluja on tarjolla. Tosin useimmat tarkensivat ”samaan hengenvetoon”, ettei kaikilla ole taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisiä palveluja, edes tuettuina. Tämä lisää monien mielestä väestön eriarvoisuutta. Yksityisen erikoislääkärin vastaanotolle potilas voi hakeutua suoraan, julkisella sektorilla tämä ei ole mahdollista, erikoislääkärille pääsy vaatii aina lähetteen. Yksityisellä sektorilla erikoislääkärin palveluja saa lievemmillä indikaatiolla kuin julkisella sektorilla. Toisaalta myös kunnallisella puolella palvelujen saamisen perusteet vaihtelevat, koska palvelujen tarjonta on epäyhtenäistä ja epätasaista eri puolilla maata.

Hammaslääkäripalvelut

Monikanavainen rahoitus tukee useimpien mukaan hammashuollon kaksien palvelumarkkinoiden toimintaa. Sairausvakuutuskorvaukset ovat kasvaneet 2000 -luvulla nopeasti, mikä on osaltaan vahvistanut markkinoiden eriytymistä ja jakanut väestön selkeästi yksityisen ja julkisen hammashuollon käyttäjiin. Tämä vaikuttaa myös palvelujen saatavuuden ja käytön sosiaaliryhmittäiseen jakautumiseen. Hammashuollossa rahoituksen monikanavaisuuden vaikutus on merkittävä.

Monet haastateltavat totesivat lääkärinpalkkioista maksettavien sairausvakuutuskorvausten pikemminkin nostavan kuin laskevan palvelujen hintatasoa. Esimerkkinä monet mainitsivat hammaslääkäripalkkioiden sairausvakuutustaksan noston vuoden 2008 alussa. Tuolloin suuri osa korvaustason nostosta siirtyi suoraan hintoihin, eikä hyödyttänyt lainkaan potilaita. Tähän esimerkkiin viitaten, monet haastateltavat pitävät myös sairausvakuutuksen maksamia korvauksia yksityisestä hammashuollosta selkeästi yrittäjienä.

Työterveyshuolto

Monikanavainen rahoitus edistää työssäkäyvien terveyspalvelujen saatavuutta, mutta samalla useimpien mielestä osaltaan eriarvoistaa väestöä. Työssäkäyvät ja työelämän ulkopuolella olevat, kuten eläkeläiset ja työttömät, ovat lääkäripalvelujen saatavuuden suhteen eriarvoisessa asemassa. Työterveyshuolto on työssäkäyville merkittävä maksuton työsuhte-etu. Se tarjoaa myös pienituloisille mahdollisuuden saada maksutta hyvälaatuisia lääkäripalveluja.

Työterveyshuollon kehittyminen on haastateltujen mukaan osaltaan hidastanut kunnallisen perusterveydenhuollon kehittymistä lieventämällä kysyntäpaineita terveyskeskusten avosairaanhoidossa. Asia nähdään myös niin, että työterveyshuollosta on tullut kansanterveystyölle rinnakkainen järjestelmä. Työterveyshuolto hoitaa nykyisin monilla paikkakunnilla suuren osan väestöstä. Työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon tavoitteiden katsotaan olevan pitkälti identtisiä ja palveluissa on paljon päällekkäisyyttä. Näin siksi että myös työterveyshuolto on aikojen kuluessa painottunut entistä enemmän sairaanhoitoon.

Nykyistä asiantilaa pidetään toisaalta hyvänä kuntien kannalta, koska työterveyshuollon kautta varmistetaan että ”ainakin työikäiset saavat palveluja”. Toisaalta työterveyshuolto eriarvoistaa väestöä ja on siten väestöryhmien yhdenvertaisuuden kannalta ongelmallinen. Työterveyshuolto on nähty myös yhdeksi keskeiseksi tekijäksi (yksityislääkärikäyntien ohella), joka on vaikuttanut siihen, että sosioekonominen eriarvoisuus lääkäripalvelujen käytössä on Suomessa OECD – maiden suurinta. Tosin työterveyshuollon asiantuntijat tulkitsevat OECD:n päätelmiä niin, että eriarvoisuus ei johdu työterveyshuollosta, vaan perusterveydenhuollon toimimattomuudesta.

Henkilöstön, erityisesti lääkärien, saatavuus terveyskeskuksiin on muodostunut paikoin pitkäkestoiseksi ongelmaksi. Yhtenä syynä tähän nähdään työterveyshuollon suurempi kiinnostavuus työpaikkana. Työterveyshuolto ja perusterveydenhuolto kilpailevat samankaltaisista osaajista. Työterveyshuolto on lääkäreille ja hoitajille paremmin palkattua ja työnä ”kevyempää” kuin työ terveyskeskuksessa. Työterveyshuollon ja terveyskeskusten potilasrakenne on erilainen. Kärjistäen asian voi ilmaista erään haastateltavan luonnehdintaa lainaten ”työterveyshuollossa hoidetaan maksutta perusterveitä työssäkäyviä ja terveyskeskuksissa maksua vastaan monisairaita vanhuksia”. Työntekijät pääsevät työterveyshuollossa nopeasti hoidattamaan myös pieniä terveysongelmia, mikä lisää tarpeetonta palvelujen käyttöä.

Usein toistuu myös näkemys työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon erilaisista taloudellisista kannusteista ja niistä johtuvista erilaisista toimintatavoista. Taloudellisten kannusteiden erilaisuudesta johtuu esimerkiksi se, että työterveyshuollossa teetetään selvästi enemmän rutiinimaisesti erilaisia tutkimuksia kuin terveyskeskuksissa. Kärjistäen asiantilaa voi kuvata erään haastateltavan luonnehdintaa lainaten ”perusterveille ihmisille tehdään enemmän (laboratorio- ja kuvantamis)tutkimuksia työterveyshuollossa kuin sairaille ihmisille terveyskeskuksissa”. Tämä johtuu useimpien mukaan jo edellä mainitusta tutkimusten hintojen ja tuotantokustannusten epäsuhdasta, mikä tekee tutkimusten teettämisestä palvelujen tuottajille hyvin kannattavaa liiketoimintaa.

Vanhustenhuolto

Vanhustenhuollossa monikanavaista rahoitusta, siten kuin se tässä selvityksessä ymmärretään, ei tällä hetkellä pidetä kovin merkittävänä ongelmana. Merkittävimmät rahoitusta sivuavat ongelmat koskevat lähinnä vanhustenhuollon maksupolitiikkaa ja siinä erityisesti palveluasumista. Palveluasumisesta nähdään vanhusten kannalta asuinpaikasta riippuvaa eriarvoisuutta.

Aiemmin 1990 –luvulla rahoituksen monikanavaisuudesta aiheutui selvästi enemmän ongelmia, jotka koskettivat erityisesti lääkehoidon kustannusten maksamista. Kunnat ryhtyivät 1990 – luvulla aktiivisesti purkamaan vanhusten laitoshoidon ja kehittämään avopalveluja muun muassa perustamalla palveluasuntoja. Laitoshoidossa annettavat lääkkeet kustantaa kunta. Avohoidossa (ml. palveluasuminen) lääkkeet maksaa potilas, jolle sairausvakuutus korvaa menot osaksi tai kokonaan. Kuntien muuntaessa laitoshoidon avohoidoksi syntyi monia kiistoja erityisesti lääkekulujen maksajasta, kunnan ja sairausvakuutuksen erilaisista tulkinnoista siitä, mikä on laitoshoidon ja mikä avohoidon. Haastateltujen mukaan korvauskysymys saatiin ratkaistua

sosiaali- ja terveysministeriön, Kuntaliiton ja Kansaneläkelaitoksen neuvottelujen kautta ja ministeriön laadittua yhtenevän ohjeistuksen ja määritelmät avohoidolle ja laitoshoidolle.

Pitkäaikaisen laitoshoidon kustannukset maksavat asiakas ja kunta. Palveluasumisen kustannukset, mukaan lukien asumisen, hoivan, valinnaiset tukipalvelut ja lääkkeet maksaa asukas. Asukas voi saada kuluihinsa Kansaneläkelaitokselta asumistukea ja korotettua hoitotukea. Lääkkeisiin asukas saa sairausvakuutuskorvausta ja maksukaton ylitettyään lääkkeet ovat asukkaalle maksuttomia.

Palveluasumisessa palvelujen hinnoittelua pidetään kirjavana, kuntien käytännöt maksuperusteissa ovat epäyhtenäiset ja kuntien väliset erot asukkailta perittävissä maksuissa ovat suuria. Sama koskee omaishoidon tukea. Asukkaat ovat palveluasumisen maksujen suhteen eriarvoisessa asemassa riippuen asuinkunnasta. Tätä ei pidetä oikeudenmukaisena. Suotavana pidetään, että palveluasumisen laskutusperiaatteet olisivat ympäri maata kaikissa kunnissa yhtenevät.

Yhdenvertaisuus

Näkemykset monikanavaisen rahoituksen vaikutuksesta väestöryhmien ja alueiden yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudessa vaihtelevat laidasta laitaan. Oikeudenmukaisuuskysymys nousee monikanavaisuuden yhteydessä esille joko rahoitusjärjestelmään liittyvänä merkittävänä taloudellisena ja toiminnallisena ongelmana tai kysymystä ei pidetä tässä yhteydessä olennaisena.

Yhden näkemyksen mukaan väestöryhmien ja alueiden välinen eriarvoisuus on monikanavaisen rahoituksen merkittävin ongelma. Eriarvoisuus johtuu osin rahoitusjärjestelmän luomista taloudellisista kannusteista palvelujen tuottajille, osin kuntien erilaisesta kyvystä tarjota ja rahoittaa väestön tarvitsemia terveyspalveluja. Kaikilla kansalaisilla ei ole samanlaisia taloudellisia tai tarjonnasta riippuvia mahdollisuuksia käyttää sairausvakuutuksen tuella yksityisiä palveluja, vaikka halua olisi. Monilla alueilla väestömäärät ovat niin pieniä, ettei perinteinen ammatinharjoittamiseen perustuva yksityislääkäritoiminta ole taloudellisesti kannattavaa. Yksityiset erikoislääkäripalvelut ovatkin keskittyneet suurempiin taajamiin, joissa on riittävästi maksukykyisiä asiakkaita. Myös hiljattain käyttöön otetun palvelusetelijärjestelmän uskotaan hyödyttävän eniten kasvukeskusten asukkaita, koska erikoislääkäreiden ja terveydenhoitoalan yritysten odotetaan edelleen keskittyvän ensisijaisesti alueille, joissa on maksukykyisiä asiakkaita.

Toisen näkemyksen mukaan monikanavaisesta rahoituksesta ei aiheudu merkittäviä oikeudenmukaisuusongelmia. Väestön yhdenvertaisuuden kannalta tärkeänä myönteisenä seikkana pidetään sitä, että sairausvakuutus korvaa palvelut ja lääkkeet yhtenäisin perustein koko maassa. Sairausvakuutus tarjoaa myös vähävaraisille mahdollisuuden käyttää yksityisiä palveluja ja lisäksi mahdollistaa yksityisten erikoislääkäreiden palveluja myös syrjäseuduille.

Alueellisen yhdenvertaisuuden puute ei myöskään ole joidenkin näkemysten mukaan kovin merkittävä ongelma. Sairausvakuutuskorvaukset yksityislääkäripalkkioista kohdentuvat alueellisesti epätasa-arvoisesti, lääkekorvaukset tarpeen mukaan, mutta kokonaisuutena sairausvakuutuskorvaukset kohdentuvat tarpeen mukaan. Lisäksi matkakorvaukset ”paikkaavat” mahdollista alueellista eriarvoisuutta.

Monikanavaisen rahoituksen merkitys

Näkemykset monikanavaisen rahoitusjärjestelmän taloudellisesta ja toiminnallisesta merkityksestä sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta vaihtelevat laidasta laitaan.

Yhden näkemyksen mukaan monikanavaisesta rahoituksesta aiheutuu, oikeudenmukaisuusongelmien lisäksi, merkittäviä taloudellisia ja tehottomuusongelmia koko sosiaali- ja terveydenhuollolle, etenkin palvelutarjonnan päällekkäisyyden, ei toivottujen kannusteiden ja kustannusvastuun siirtopyrkimysten kautta. Voimavarat kohdentuvat osin väärin, ne eivät kohdennu väestön palvelutarpeen vaan tuottajien taloudellisten kannusteiden ohjaamana. Monikanavaisuuden ongelmat koskettavat tämän näkemyksen mukaan osaa terveyskeskusten avosairaanhoidoa, työterveyshuoltoa, erikoislääkäripalveluja, hammashuoltoa, tutkimusta ja hoitoa, reseptilääkkeitä sekä matkoja eli kokonaisuudessaan taloudellisesti merkittävää osaa terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista (arviolta runsaat 3 miljardia euroa eli noin 20 % kokonaismenoista vuonna 2008).

Vastakkaisen näkemyksen mukaan monikanavaisella rahoituksella ei ole kovin suurta taloudellista merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden kannalta, tällöin kuitenkin viitataan lähinnä lääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon sairausvakuutuskorvauksiin (noin 134 miljoonaa euroa eli 0,8 % terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista vuonna 2008).

Melko pitkälle ollaan kuitenkin yhtä mieltä siitä, että rahoituksen monikanavaisuudesta aiheutuu merkittäviä toiminnallisia ongelmia ja myös väestöryhmien ja alueelliseen yhdenvertaisuuteen liittyviä ongelmia.

Merkittävänä ongelmana koko palvelujärjestelmän kannalta pidetään järjestelmän kokonaisohjauksen vaikeutta. Ohjauksen vaikeus ei haastateltavien mukaan riipu yksin monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä, vaan myös riittämättömistä ohjausvälineistä valtion luovuttua 1990-luvun alussa aktiivisesta rahaohjauksesta.

Rahoitus- ja järjestämisvastuu tulevaisuudessa

Haastatellut sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat odottavat poliittisilta päättäjiltä selkeää ratkaisua siitä, mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa tulevaisuudessa kehitetään. Kaivataan selkeästi vahvempaa valtakunnallista palvelujen rahoituksen ja järjestämisen ohjausta.

Haastateltujen asiantuntijoiden melko yhtenäinen näkemys on, että vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta tulee vastaisuudessa olla nykyistä kuntaa suuremmalla alueellisella tai valtakunnallisella taholla.

Rahoituksen yksikanavaisuus alueellisella tai valtakunnallisella tasolla toteutettuna toisi järjestelmään ohjattavuutta saman tahon vastatessa sekä palvelujen rahoituksesta että järjestämisestä. Samalla vastuu asiakkaan koko hoitoprosessista ja sen kustannuksista olisi yhdellä selkeästi tunnistettavalla taholla.

Näkemykset siitä miten laajasti alueellisen tai kansallisen toimijan tulisi vastata nykyisestä julkisesti rahoitetusta sosiaali- ja terveydenhuollosta tulevaisuudessa vaihtelevat.

Kapeimmillaan rahoitus- ja järjestämisvastuu olisi alueellisella toimijalla, jonka rahoitusvastuu kattaisi nykyisen valtion ja kuntien rahoituksen, mutta jättäisi sairausvakuutuksen ennalleen. Järjestämisvastuu kattaisi nykyisen kunnallisen terveydenhuollon eli perusterveydenhuollon ja

erikoissairaanhoidon. Alueellisten toimijoiden yhteenlaskettu julkisen rahoituksen määrä olisi vuoden 2008 kustannustasossa noin 9,1 miljardia euroa.

Laajimmillaan alueellisen tai kansallisen toimijan rahoitusvastuu kattaisi kaiken nykyisen valtion, kunnan ja sairausvakuutuksen kautta palvelujärjestelmään kanavoituvan julkisen rahoituksen. Järjestämisvastuu kattaisi vähintäänkin kaikki terveyden- ja vanhustenhuollon palvelut. Alueellinen tai kansallinen toimija vastaisi laajimman näkemyksen mukaan kaikesta kunnalliseen terveyden- ja vanhustenhuoltoon, työterveyshuoltoon, yksityiselle sektorille, lääkkeisiin, sairauspäivärahoihin ja matkakustannusten korvaamiseen tällä hetkellä ohjautuvien julkisten varojen käytöstä. Alueellisen tai kansallisen toimijan yhteenlaskettu julkisen rahoituksen määrä olisi laajimmillaan noin 13 miljardia euroa.

Näkemykset yksikanavaisen rahoitusjärjestelmän toteuttajasta vaihtelivat odotetusti. Useimpien haastateltujen mukaan yksikanavainen rahoitusjärjestelmä olisi luontevinta toteuttaa ohjaamalla sairausvakuutuksen nykyinen rahoitus kuntien kautta rakentuvalla alueelliselle rahoittajalle ja järjestäjälle. Osa haastateltavista piti harkitsemisen arvoisena vaihtoehtona esille nostettua ajatusta kansallisesta terveysrahastosta.

Riippumatta siitä minkä mallin mukaista yksikanavaista rahoitusta pidetään tavoiteltavana, laajalti ollaan yhtä mieltä siitä, että yksikanavaista rahoitusjärjestelmää kohti kannattaisi edetä alueellisten kokeilujen kautta.

6 SUOMEN TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS KANSAINVÄLISESTÄ NÄKÖKULMASTA⁸

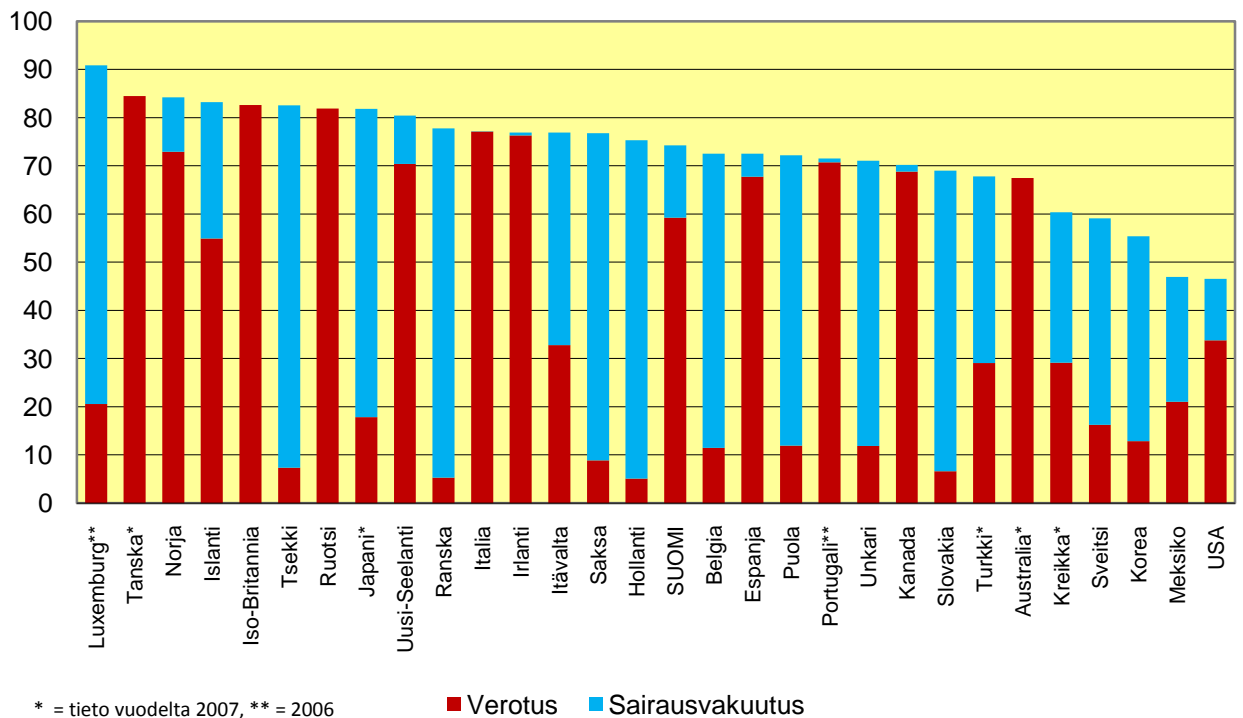
Useimmissa Suomen kanssa vertailukelpoisissa maissa terveydenhuoltoa rahoitetaan useamman rahoituskanavan kautta. Useamman rahoituskanavan taustalla on yleensä pitkä historiallinen kehitys, jonka aikana eri rahoitusmuodot ovat vähitellen kehittyneet ja terveydenhuollon rahoituspohja on näin laajentunut. Suomen monikanavainen rahoitusjärjestelmä poikkeaa kuitenkin useimmista maista siinä, että meillä on rinnan kaksi julkista rahoituskanavaa, jotka rahoittavat osin samoja palveluja. Tämä on kansainvälisesti ainutlaatuista (OECD 2005, Mattila 2006, Mossialos ja Srivastava 2008).

Pohjoismaissa terveydenhuolto rahoitetaan pääosin julkisista varoista. Paikallisen ja/tai alueellisen tason julkisen rahoituksen rinnalla valtio on keskeinen rahoittaja, yksityisen rahoituksen osuus on selvästi näitä vähäisempi (Kuvio 4). Yksityisen rahoituksen osuus on Suomessa hie- man suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. Valtion osuus julkisesta rahoituksesta on Suomessa suurempi kuin Ruotsissa, mutta pienempi kuin Norjassa ja Tanskassa (Rehnberg ym. 2009).

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusvastuu, järjestämisvastuu ja tuottamisvastuu on toteutettu eri Pohjoismaissa eri tavoin (Taulukko 4). Suomessa järjestämisvastuu on kunnilla, Ruotsissa maakäräjillä, Tanskassa alueilla ja Norjassa järjestämisvastuu on jaettu valtion (erikoissairaanhoidon) ja kuntien (perusterveydenhuolto) kesken. Kysymystä rahoitusvastuusta ei ole mahdollista ratkaista irrallaan järjestämisvastuusta tai siitä, millä pelisäännöillä järjestämisvas- tuussa olevat tahot toimivat suhteessa palvelujen tuottajiin.

⁸ Tämän luvun kirjoittamisesta on vastannut Pia Maria Jonsson.

Kuvio 4. Julkisen rahoituksen osuus (%) terveydenhuollon kokonaismenoista OECD –maissa vuonna 2008 (OECD 2010)



6.1 Järjestämisvastuu leveämmille harteille

Pohjoismaisten terveydenhuoltojärjestelmien kehityksessä on viime vuosien aikana ollut nähtävissä kaksi selkeää trendiä: järjestämisvastuu on siirtymässä tahoille, joiden väestöpohja on merkittävästi aikaisempaa suurempi ja taloudelliset ”hartiat leveämmät” sekä pyrkimys tuottajakunnan monipuolistamiseen. Näihin kehityskuluihin liittyvät uudistukset ovat tuoneet myös muutoksia palvelujen rahoitukseen.

Paitsi taloudellisesti leveämpiä hartioita on pyritty luomaan järjestäjätahot, joiden asiantuntemus ja osaaminen riittävät niin lääketieteellisesti vaativaan hoitoon kuin palveluiden järjestelmälliseen seurantaan ja ohjaukseen (Jonsson ym. 2006). Tällä hetkellä erikoissairaanhoidon järjestämisen väestöpohjat ovat Norjassa ja Tanskassa miljoonan asukkaan luokkaa ja Ruotsin vanhassa maakäräjäjärakenteessakin keskimäärin yli 200 000 asukasta. Jos Ruotsin Ansvarskommittén (2007) ehdotukset toteutuvat, maahan luodaan 6-9 aluekuntaa, joista kukin toimii noin miljoonan asukkaan väestöpohjalla. Tässä vertailussa Suomen palvelujärjestelmä on etenkin erikoissairaanhoidon osalta väestöpohjaltaan ja taloudelliselta kantokyvyltään varsin heikoissa rakenteellisissa kantimissa, suurimpia yliopistollisia sairaanhoitopiirejä lukuun ottamatta. Erikoissairaanhoidon osalta kansainvälinen kehityskulku näyttää johtavan kohti entistä suurempia järjestäjätahoja, joihin verrannollisia väestöpohjia Suomessa on lähinnä ERVA-tasolla.

Taulukko 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja rahoitus Pohjoismaissa pääpiirteis-
sään.

	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska
Järjestämis- vastuu				
Erikoissairaan- hoito	342 kuntaa (21 sairaanhoito- piiriä)	18 maakäräjää + 2 aluetta +1 kunta*	4 aluetta	5 aluetta
Perustervey- denhuolto	342 kuntaa	18 maakäräjää + 2 aluetta +1 kunta*	430 kuntaa	5 aluetta
Sosiaalihuolto	342 kuntaa	290 kuntaa	430 kunta	98 kuntaa
Terveyden- huollon koko- naisrahoitus 2008 (OECD 2010)	Valtion ja kuntien verotus (59 %), sairausvakuutus (15 %), yksityisen rahoituksen osuus 26 %	Maakäräjävero (70%), lisäksi valtion kapitaa- tioperusteinen tuki ja korvamere- kittyjä tukia (12%), yksityisen rahoituksen osuus 18 %	Valtion ja kuntien verotus (73 %), sosiaalivakuutus (11 %), yksityisen rahoituksen osuus 16 %	Valtion ja kuntien verotus (85%), yksityisen rahoi- tuksen osuus 15%
Tuottajien kor- vausperusteet				
Erikoissairaan- hoito	Kunnat korvaavat suoriteperusteis- esti (drg, toi- menpide, suorite- teet)	Korvausperiaat- teet vaihtelevat, tilaaja-tuottaja- mallit yleisiä, laatubonukset ja tulospalkkiot (p4p) saaneet alaa	Valtion rahoitus alueille kapitaa- tioperiaatteella, sairaalat alueelli- sen emoyhtiön ”tytäryhtiöitä”, korvauksista 40 % suoriteperusteis- esti	Valtion rahoitus (80 %) kapitaatio- ja suoriteperus- teista, kunnilla osarahoitusvas- tuu (20 %) kapi- taatio- ja suorite- peusteista
Perustervey- denhuolto	Kunnat rahoitta- vat budjettiperus- teisesti	Julkisia ja yksityi- siä tuottajia, maakäräjien sisäl- lä yhtenäiset tuottajien hyväk- symiskriteerit, raha seuraa poti- lasta, korvauspe- riaatteet vaihte- levat alueittain	Kapitaatioperiaa- te (kunnat), suori- teperuste (valtio), asiakasmaksut	Kapitaatio-/ suori- teperiaate

* 18 maakäräjää, 2 suurempaa alueellista järjestäjää (Västra Götaland ja Skåne) ja 1 kunta (Gotlanti)

6.2 Tuottajakunnan monipuolistuminen

Tuottajakunnan monipuolistamisen taustalla on ollut monia tekijöitä – muun muassa halu vahvistaa potilaiden oikeuksia lisäämällä valinnanvapautta sekä tuottajien väliseen kilpailuun liitetty positiiviset odotukset palveluiden tuotantokustannusten, hinnan ja laadun suhteen (Häkkinen ja Jonsson 2009). Lisäksi Pohjoismaissa koetut ongelmat palveluiden saatavuudessa ovat tukeneet kehityskulkua, jossa markkinat on haluttu avata myös yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille.

Tanskassa perusterveydenhuollon lääkärit ovat jo vuosia olleet yksityisiä ammatinharjoittajia. Norjan listalääkäri uudistuksessa 2001 entisistä julkisen sektorin työntekijöistä tuli niin ikään yksityisiä ammatinharjoittajia, jotka toimivat sopimuksella perusterveydenhuollon järjestäjätalon, kuntien, kanssa (Ot.prp.nr. 99, 1998-99). Uudistuksessa säädettiin potilaan valinnanvapaudesta siten, että kunnilla on velvollisuus taata kullekin asukkaalle kohtuullisella maantieteellisellä etäisyydellä ainakin kaksi vaihtoehtoista lääkäriä, joilla on avoin potilaslista.

Norjan terveyskeskuslääkärit siirtyivät helposti listalääkärijärjestelmään muun muassa sen tarjoamien edullisten taloudellisten ehtojen ja henkilökohtaisten vaikutusmahdollisuuksien takia (Norges forskningsråd 2006). Uudistuksen onkin arvioitu parantaneen perusterveydenhuollon saatavuutta. Lisääntynyt palvelutuotanto lisäsi odotetusti kustannuksia, jotka rasittavat valtiota osittain suoritepohjaisen korvausmenettelyn kautta. Kuntien maksuosuus sen sijaan on kapitaatiopohjainen eli jokainen kunta maksaa perusterveydenhuollon palveluista tuottajille samansuuruisen korvauksen asukasta kohti.

Ruotsissa vuoden 2010 alusta lakisääteisesti voimaan tullut perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistus edellyttää, että maakäräjäalueet hyväksyvät perusterveydenhuollon tuottajat neutraalilla hyväksymismenettelyllä, jonka jälkeen potilaat voivat valita palvelujen tuottajista itselleen sopivimman (Prop. 2008/09:74). Ruotsissa raha seuraa potilasta ja korvaukset ovat kaikille tuottajille samat. Kun tuottajat saavat potilasta kohti yhtä suuren korvauksen, tuottajien odotetaan kilpailevan palvelujen laadulla ja attraktiivisten tuottajien hyötyvän taloudellisesti hyvälaatuisten palveluiden tuottamisesta.

Ruotsin uudistuksesta on käynnissä monitahoinen seuranta. Ennen valinnanvapausuudistuksen läpiviemistä esiin tuotuja pelkoja palveluiden epäoikeudenmukaisesta jakautumisesta väestöryhmien välillä (esim. Burström 2008) ei ole ainakaan toistaiseksi näytetty toteen (Konkurrensverket 2009, Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2010, Konkurrensverket 2010). Toinen valinnanvapautteen liitetty ongelma on palvelujen käyttäjien tiedonpuute tarjoutuvista palveluista ja niiden laadusta. Tiedon puuttuessa kuluttajien valintojen ei voida odottaa suuntautuvan järkiperäisesti ja tukevan laadukkaita palveluja (Socialdepartementet 2010). Tiedonpuutetta ollaankin nyt korjaamassa kansalaisille suunnitellulla riippumattomalla tiedontuotannolla ja verkkopalveluilla (Budgetproposition 2010/11).

Myös Suomessa hallituksen ehdottaman valinnanvapausuudistuksen sisältöön tulee liittyä kansalaisille suunnattua asianmukaista tietoa valittavista palveluista sekä rahavirtoihin liittyviä päätöksiä, jotka suosivat hyvien palveluiden tuottamista. Jolleivät resurssit ja raha seuraa joustavasti potilaita heidän valitsemiinsa hoitoyksiköihin, potilaiden suosio saattaa muodostua tuottajille pikemminkin taakaksi kuin tavoiteltavaksi hyödyksi.

6.3 Rahoitus- ja järjestämismallit palvelujen integraation näkökulmasta

Jokaisella pohjoismaisella rahoitus- ja järjestämismallilla on omat integraatio-ongelmansa – joko erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tai perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välillä.

”Suomen mallin” mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon integrointi kuntatasolla voidaankin nähdä suomalaisen järjestelmän vahvuutena, joka ainakin periaatteessa tarjoaa mahdollisuuden myös järkevään resursointiin ja priorisointiin. Käytännössä pienet kunnat joutuvat kuitenkin usein toimimaan taloudellisesti ahtaissa olosuhteissa ja niukoin henkilöstöresurssein. Paitsi

taloudellinen niukkuus myös toiminnan järjestelmällisen seurannan ja ohjauksen vähäisyys voi hidastaa palvelujen laadullista kehittymistä.

Ruotsissa, missä sosiaalipalvelujen järjestämisvastuu on kunnilla ja terveydenhuollon maakäräjillä, ongelma esimerkiksi psyykkisesti sairaiden ja vanhuspotilaiden palvelujen koordinoinnissa ja integroinnissa ovat olleet jatkuvana ongelmana.

Norjassa ja Tanskassa ongelmaksi on koettu terveyden edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eriytyminen kaksitahoisen rahoitus- ja järjestämisvastuun seurauksena. Vaikka integroitua ”Suomen mallia” on Norjassa tutkittu, siellä kuntia pidetään aivan liian pieninä kantamaan erikoissairaanhoidon järjestämisvastuuta (Stortingsmelding nr 47 2008-2009). Norjassa onkin nyt valmisteilla seuraava uudistus, yhteistyöuudistus, *Samhandlingsreform*. Sillä pyritään parantamaan terveydenhuollon toimivuutta lisäämällä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä sekä siirtämään kunnille osavastuuta erikoissairaanhoidon rahoituksesta.

Periaatteessa attraktiivinen rahoitus- ja järjestämismalli olisi sellainen, joka integroisi niin sosiaalipalvelut kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon järjestäminen vaatii näistä toiminnoista suurimman väestöpohjan, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämisen väestöpohja erillisesti toteutettuina voi olla selvästi pienempi rahoituksen vakauden ja riittävän ammattitaitoisen henkilöstön saatavuuden kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamiseksi palvelujen järjestäjän ja rahoittajan tulisi olla väestöpohjaltaan niin suuri, että se pystyy toteuttamaan kaikki toimialan palvelut.

6.4 Rahoitusvastuun selkeyttäminen Ruotsissa

Ruotsissa institutionaalista rahoitusvastuuta on keskitetty palvelujen järjestämisvastuussa oleville maakäräjille sangen määrätietoisesti. Esimerkkinä tästä voidaan mainita Ruotsissa vuodesta 1997 lähtien toteutettu lääkereformi (SFS 1996:1157 mm). Ennen uudistusta Ruotsin sairausvakuutus hoiti kansallista lääkekorvausjärjestelmää. Uudistuksen seurauksena lääkkeiden rahoitusvastuu siirrettiin maakäräjille (valtio maksoi kuitenkin edelleen maakäräjille sovitun korvaussumman), joiden vastuulle terveyspalveluiden rahoitus ja järjestäminen muutoinkin jo kuului.

Seurantatutkimukset viittaavat siihen, että uudistus hidasti lääkekustannusten kasvua ja paransi lääkehoidon laatua (Andersson ym. 2006). Tosin reformi oli varsin laaja ja siihen sisältyi muun muassa velvollisuus perustaa maakäräjäkohtaiset lääkekomiteat. Näiden toiminta painottuu suurelta osin hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen, muun muassa listaamalla maakäräjäalueella suositellut tai sallitut lääkevalmisteet. Samanaikaisesti myös mahdollisuudet seurata lääkkeenmääräämiskäytäntöjä toimintayksikötasolla paranivat.

Ruotsin lääkereformin eri osatekijöiden vaikutuksia ei ole mahdollista erotella toisistaan, mutta yksi uudistuksen keskeinen viesti on kuitenkin se, että kun rahoitusvastuu ja järjestämisvastuu yhdistyvät mielekkäästi, järjestämistahon intressissä on seurata ja ohjata toimintaa kohti kustannus-vaikuttavuutta.

Samaan päämäärään pyrki Ruotsin toinen 1990-luvulla toteutettu uudistus, jossa vastuu yksityisille ammatinharjoittajille (lääkäreille, fysioterapeuteille) maksettavista korvauksista siirtyi kansalliselta sairausvakuutukselta maakäräjille (SFS 1993:1651 ja SFS 1993:1652). Korvaus uudistus koski yksityisiä ammatinharjoittajia, jotka toimivat julkisella rahoituksella ns. kansallisen taksan puitteissa (SFS 1994:1121). Vuonna 2009 Ruotsin koko lääkärikunnasta (noin 33 000

työikäistä lääkäriä) näitä kansallisella taksalla toimivia lääkäreitä oli noin 1 100, ja maakäräjien heille maksamat korvaukset vastasivat noin 1,7 miljardia SEK (Sveriges Kommuner och Lands-ting 2010). Lisäksi lääkäreillä on oikeus ottaa potilasmaksu korvauksena hoidosta.

Vaikka taksalääkärien merkitys on Ruotsin terveydenhuollon kokonaisuuden kannalta margi-naalinen, se on viime aikoina saanut osakseen paljon huomiota. Maakäräjät ovat katsoneet, että niillä ei ole mahdollisuutta lopettaa vanhoja taksalääkärisopimuksia ja siten kaikilta osin hallita omien varojensa käyttöä. Lääkäriliitto taas on ajanut oikeutta siirtää vanhat sopimukset (*etableringsrätt*) eläkkeelle siirtyviltä taksalääkäreiltä uusille ammatinharjoittajille (*ersättnings-etablering*). 2008-vuoden alussa EU:n komissio kritisoi järjestelmää siitä, että oli epäselvää, millä perustein ammatinharjoittajat olivat aikanaan saaneet sopimuksensa, monet lääkärit kun olivat olleet järjestelmässä mukana sen alusta asti ilman, että sopimuksia oli missään vaiheessa kilpailutettu (Dagens Medicin 2008). Jatkossa todennäköinen Ruotsin valinnanvapausjärjestel-mien laajeneminen koskemaan erikoissairaanhoidoa edesauttaneen vanhan järjestelmän ka-toamista ja luo uusia korvausperiaatteita (Utredningen om patientens rätt 2009).

6.5 Entä vakuutus pohjainen rahoitusjärjestelmä?

Keski-Euroopassa vakuutusrahoitukseen perustuva terveydenhuoltojärjestelmä on vallitseva. Esimerkkejä vakuutusjärjestelmän toteutuksesta löytyy Saksasta, Hollannista ja entisistä itä-blokin maista kuten Virossa. Vakuutus pohjaista järjestelmää voidaan pitää joustavana ja se pystyisi verorahoitteista järjestelmää paremmin reagoimaan tuottajakunnan monipuolistumi-seen, hoidon kansainvälistymiseen sekä EU-säädöksiin palveluiden vapaasta liikkumisesta (Mi-nistry of Health, Welfare and Sport 2005). Jotkut nykyisen suomalaisen terveydenhuollon jär-jestämistä vastuuseen liittyvät ongelmat voisivat vakuutusperusteisen järjestelmän myötä pois-tua tai yksinkertaistua, kuten sairaanhoitopiirien ja kuntien välinen köyden veto kustannuksista ja niiden jaosta. Tosin terveydenhuollon kokonaismenot ja osuus bruttokansantuotteesta näyt-tävät vakuutukseen perustuvissa järjestelmissä olevan pääsääntöisesti korkeammat kuin vero-rahoitteisissa järjestelmissä (OECD 2010).

Yksi vakuutus pohjaisen järjestelmän attraktiivinen piirre on mahdollisuus yhdistää julkista ja yksityistä rahoitusta luomalla esimerkiksi ns. peruspaketti ja siihen liitettäviä vapaaehtoisia lisävakuutuksia. Samantapaista lähestymistapaa eri rahoitusmahdollisuuksien yhdistämiseen edustaa Suomessa vuonna 2009 käynnistynyt palveluseteliuudistus.

Maissa, joissa terveydenhuollon rahoitus pohjautuu vakuutus pohjaiseen järjestelmään, se on yleensä vuosikymmenien historiallisen kehityksen tulosta. Suomessa tällaisen järjestelmän luominen edellyttäisi varsin suurta, vuosia kestävästä lainsäädännöllistä ponnistusta. Järjestel-män hienosäätö, muun muassa vakuutusyhtiöiden ja vakuutettujen moraalisten vaarojen mi-nimointia edellyttävät toimenpiteet, vaatisivat myös uutta lainsäädäntöä (LIF 2008, Schut ym. 2005).

Vaikka monien vakuutukseen perustuvien järjestelmien on arvioitu toimivan varsin hyvin, eri-tyisesti palvelujen saatavuuden kannalta, ne ovat osoittautuneet sekä terveydenhuollon koko-naismenojen, terveydenhuollon hallintomenojen että terveydenhuollon rahoituksen kannalta ongelmallisiksi. Esimerkiksi Viron terveystakuutus on laman seurauksena ajautumassa rahoituskriisiin. Vakuutusjärjestelmä rahoittaa tällä hetkellä palveluja osittain kasvuvuosina kerätyil-lä varannoilla, mutta niiden on arvioitu riittävän vain vuoden 2011 loppupuolelle. Tämä tiedet-tään hyvin mutta poliittisista syistä (vaalit keväällä 2011) rahoitus pohjaa on vaikea korjata. Vaihtoehdot ovat vakuutusmaksujen nostaminen, mikä käytännössä vastaa verojen korotusta,

tai palaaminen järjestelmän alkuvuosina käytettyyn terveysvakuutuksen vajeiden kattamiseen suoraan valtion budjetista.

6.6 EU –maiden kokemuksia terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamisesta

London School of Economicsin kansainvälisesti arvostetut tutkijat julkaisivat hiljattain EU:n parlamentin toimeksiannosta laatimansa raportin terveydenhuollon rahoituksesta EU –maissa (Thomson, Foubister ja Mossialos 2009). Viimeisten 20 vuoden aikana terveydenhuollon rahoitusta on uudistettu paikoin hyvin radikaalistikin, erityisesti EU:n uusimmissa Itä- ja Keski-Euroopan jäsenmaissa, mutta myös muualla. Tutkijat arvioivat rahoitusuudistusten vaikutuksia erityisesti terveydenhuollon julkisen rahoituksen kestävyuden kannalta, ottaen huomioon järjestelmän kyvyn turvata palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus.

Useimmissa EU:n jäsenmaissa terveydenhuollon rahoituksesta vastaa yksi taho eli rahoitusriski tasataan kansallisella tasolla. Suomi poikkeaa ratkaisevasti kaikista muista EU-maista. Suomessa rahoitusvastuu julkisesta terveydenhuollosta on 342 kunnalla. EU –maista lähimmäksi meitä rahoittajien määrässä pääsevät Saksa, Itävalta ja Ruotsi. Saksassa yli 200 sairaskassaa ja Itävallassa 21 vakuutusrahastoa vastaavat terveystalvelujen rahoituksesta (taulukko 5). Suomessa rahoitusvastuussa olevan kunnan keskikoko on noin 15 500 asukasta (mediaani 6 000), kun EU-maissa rahoittajan väestöpohja on vähintäänkin noin 400 000 asukasta, mutta useimmiten reilusti yli miljoona asukasta. Samoin palvelujen tilaajan väestöpohja on muissa maissa monikymmenkertainen Suomen kuntiin verrattuna. EU –maissa selkeänä suuntana näyttää kirjoittajien mukaan olevan pyrkimys vähentää terveystalvelujen rahoittajien määrää (Thomson, Foubister ja Mossialos 2009).

Analysoituaan kaikkien EU:n 27 jäsenmaan rahoitusuudistukset, tutkijat päätyivät jakamaan ne kolmeen ryhmään: 1) uudistukset jotka todennäköisesti parantavat rahoituksen kestävyyttä, 2) uudistukset joiden vaikutus on epävarma ja 3) uudistukset jotka mahdollisesti vaarantavat rahoituksen kestävyuden.

Julkisen rahoituksen kestävyttä parantavat muun muassa terveydenhuollon rahoittajien määrän vähentäminen tai rahoitusvastuun siirtäminen yhdelle kansalliselle toimijalle. Rahoituksen kestävyuden kannalta epävarmoja uudistuksia ovat muun muassa paikallisten rahoittajien (esim. kunta) rahoitusroolin vahvistaminen sekä perusterveydenhuollon ja sairaaloiden korvausperusteiden muuttaminen suoriteperusteiseksi. Rahoituksen kestävyuden kannalta riskialttiita ovat uudistukset, joilla rahoituksen painopistettä siirretään sairausvakuutusmaksujen, yksityisen vakuutuksen tai asiakasmaksujen suuntaan.

Yhteenvedona kirjoittajat toteavat että mitä suurempi on rahoittajan väestöpohja ja mitä vähemmän niitä on, sitä paremmat mahdollisuudet rahoitusjärjestelmällä on turvata rahoituksen kestävyys, yhdenvertainen terveystalvelujen saatavuus ja hallinnollinen tehokkuus.

Taulukko 5. Terveyspalvelujen rahoittajat ja tilaajat EU-maissa (Lähde: Thomson, Foubister ja Mossialos 2009).

	RAHOITTAJIA		TILAAJIA	
	Luku- määrä	Asukkaita/ rahoittaja	Luku- määrä	Asukkaita/ tilaaja
SUOMI	342	15 518	342	15 518
Kreikka	30	374 000	30	374 000
Itävalta	21	397 000	21	397 000
Malta	1	406 000	1	406 000
Saksa	200	411 000	200	411 000
Ruotsi	21	439 000	21	439 000
Luxemburg	1	471 000	9	52 000
Kypros	1	793 000	1	793 000
Slovakia	6	899 000	6	899 000
Tanska	5	1 098 000	5	1 098 000
Tsekki	9	1 140 000	9	1 140 000
Viro	1	1 340 000	4	335 000
Slovenia	1	2 010 000	1	2 010 000
Espanja	20	2 216 000	20	2 216 000
Latvia	1	2 271 000	8	284 000
Italia	20	2 943 000	20	2 943 000
Liettua	1	3 366 000	5	673 000
Irlanti	1	4 250 000	1	4 250 000
Bulgaria	1	7 538 000	28	269 000
Unkari	1	10 035 000	1	10 035 000
Belgia	1	10 517 000	7	1 502 000
Portugali	1	10 620 000	5	2 124 000
Hollanti	1	16 390 000	19	863 000
Romania	1	22 215 000	42	529 000
Puola	1	38 116 000	1	38 116 000
Iso-Britannia	1	60 520 000	152	398 000
Ranska	1	61 840 000	3	20 613 000

7 MONIKANAVAISEN RAHOITUKSEN EDUT, HAITAT JA KEHITTÄMISTARPEET

7.1 Perusterveydenhuolto ja työterveyshuolto⁹

Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon järjestäminen

Monikanavaisen rahoituksen peruskysymyksiä ei voi rajata erikseen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon, koska yksityisen sektorin sairausvakuutuskorvauksista valtaosa (86 %) kohdistuu erikoislääkäripalveluiden käyttöön (Kela 2009). Yksityisten yleislääkäreiden osuus ja merkitys palvelutuotannossa on erikoislääkäripalveluiden rinnalla vähäinen. Yksityiset yleislääkärit ovat usein joko kokeneita yleislääkäreitä tai yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Lisäksi jotkut lääkärit tarjoavat erityisiä palveluja, joille on kysyntää. Tällaisia ovat esimerkiksi ns. täydentävän lääketieteen palvelut tai eräät erityishoidot.

⁹ Tämän luvun kirjoittamisesta on vastannut Simo Kokko.

Terveyskeskusten palvelut tuottaa Suomessa kansainvälisessä vertailussa poikkeuksellisen laaja moniammatillinen työryhmä, jossa keskeisiä avosairaanhoidon ammattilaisia ovat yleislääkärit ja vastaanottotyötä tekevät sairaanhoitajat. Yksityisten lääkäriasemien palvelut tuottaa yleensä yksittäinen erikoislääkäri. Yksityinen ja julkinen palvelu eroavat siksi perusasetelmiltaan. Yksityiset erikoislääkärit hoitavat runsaasti sellaisia terveysongelmia, joita terveyskeskuksissa hoitavat yleislääkärit ja myös muut työryhmän jäsenet. Terveyspalvelupoliittisesti moniammatillisuus ja palveluiden organisointi hoidon porrastuksen periaatteiden mukaan ovat olleet perinteisesti kulmakiviä suomalaisessa terveydenhuollossa. Tässä suhteessa yksityiset palvelut eivät noudata samoja periaatteita.

Työterveyshuollossa tarjotaan kahteen eri kategoriaan kuuluvia palveluja: 1) lakisäätöisiä ennalta ehkäisyyn tähtäviä palveluja ja 2) sairaanhoidollisia palveluja. Sairaanhoitoon sisältyy yleensä työterveydenhuollossa työskentelevän lääkärin yleislääkäritasoinen tutkimus ja hoito sekä työterveyshoitajan palvelu. Työterveyshoitajan palvelu on verrattavissa varsin pitkälle terveyskeskusten avosairaanhoidon sairaanhoitajien työhön silloin, kun heillä on omaa vastaanotto toimintaa. Osalla työterveyshuollon sairaanhoidon asiakkaista palveluetuihin sisältyy oikeus esimerkiksi erityistutkimuksiin, erikoislääkäreiden konsultaatioon, fysioterapiaan ja joissakin tapauksissa myös hammashoittoon.

Työterveyshuollon sairaanhoito on kansainvälisesti ainutlaatuinen ilmiö, jota ei tavata Suomen laajuudessa ainakaan muissa Euroopan maissa (European Observatory 2010). Suomessa sairaanhoidon sijoittuminen yleiseksi osaksi työpaikkaterveydenhuoltoa selittyy 1970-luvun palveluiden kehityshistorialla. Terveyskeskusten palveluita ryhdyttiin kehittämään Itä- ja Pohjois-Suomen maaseutupaikkakunnilta käsin. Maan kaupunkien väestö ja erityisesti näiden työssä käyvä väestö vaati ja sai tavallaan vastapainoksi työterveyshuollon palvelun, jonka esimerkit ja mallit olivat jo toiminnassa suurten teollisuusyritysten omassa työpaikkaterveydenhuollossa. Monikanavainen rahoitus tarkoittaa työterveydenhuollosta puhuttaessa sitä, että palvelut rahoitetaan työnantajan ja sairausvakuutuksen toimesta. Kunnallinen palvelujärjestelmä ei osallistu (kunnallisten työnantajien työntekijöiden työterveyshuoltomaksujen lisäksi) rahoitukseen, ei edes silloin, kun työterveyshuollon palvelut työnantajalle tuottaa terveyskeskuksen työterveyshuoltoyksikkö.

Palvelujen käyttö, menot ja rahoitus

Kunnallisen perusterveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2008 noin 2,8 miljardia euroa, josta avohoidon osuus oli vajaat 1,6 miljardia euroa eli 56 prosenttia (THL 2010a). Kunnallisen perusterveydenhuollon osuus terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista oli vajaa viidennes. Kunnat ja valtio rahoittivat perusterveydenhuollon kokonaismenoista 89 prosenttia. Potilaat, yksityiset vakuutusyhtiöt ja avustuskassat rahoittivat loput. Terveyskeskusten avohoitomenoista potilaat rahoittivat 5 prosenttia, yksityinen vakuutus vajaat 3 prosenttia (fysioterapia) ja valtio ja kunta loput.

Sairausvakuutuksen korvaaman yksityislääkäritoiminnan kustannukset olivat vuonna 2008 yhteensä 269 miljoonaa euroa, josta 86 prosenttia syntyi erikoislääkäripalveluista ja loput yleislääkäripalveluista (Kela 2009). Yksityisen tutkimuksen ja hoidon kustannukset olivat yhteensä 221 miljoonaa euroa. Sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen terveydenhuollon osuus terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista oli noin kolme prosenttia. Kansaneläkelaitos maksoi yksityislääkärin palveluista sekä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta sairausvakuutuskorvauksia yhteensä noin 135 miljoonaa euroa eli 27 prosenttia kokonaiskustannuksista.

Työterveyshuollon (ml. opiskeluterveydenhuolto) kokonaismenot olivat vuonna 2008 noin 632 miljoonaa euroa. Tästä työterveyspalvelujen käytön kustannuksista sairausvakuutus maksoi 262 miljoonaa euroa eli 42 prosenttia ja työnantajat 49 prosenttia (THL 2010a, Kela 2010b). Työterveyshuollossa sairaanhoito painottuu selvästi, menoista 355 miljoonaa euroa eli kaksi kolmannesta syntyi sairaanhoidosta ja kolmannes ennaltaehkäisevästä toiminnasta. Työtulo- vakuutuksesta, josta sairausvakuutuksen osuus työterveyshuollon menoista rahoitetaan, työn- antajat rahoittivat 71 prosenttia ja palkansaajat ja yrittäjät 26 prosenttia, valtion rahoittaessa loput (Kela 2009). Työterveyshuollon palvelut ovat henkilöasiakkaille maksuttomia. Työterve- yshuollon piiriin kuului vuonna 2008 yhteensä 1,877 miljoonaa työntekijää, näistä 92 prosentil- la sairaanhoito sisältyi palveluun (Kela 2010b).

Viimeisimmän kattavan Työterveyslaitoksen tekemän tutkimuksen mukaan Suomessa oli vuonna 2007 työterveysyksiköiden tuottamien palvelujen piirissä 1,87 miljoonaa henkilöasia- kasta, joista vajaat 50000 oli yrittäjiä (Työterveyslaitos 2009). Henkilöasiakkaista 32 prosenttia oli terveyskeskusten tai kunnallisten liikelaitosten työterveyspalveluiden piirissä ja loput (1,27 miljoonaa) joko yksityisten lääkäriasemien tai yritysten yksin tai yhdessä omistamien yksiköi- den asiakkaina.

Työterveyshuollon henkilöasiakkaista sairaanhoitopalvelut sisältyvät Työterveyslaitoksen (2009) tutkimuksen mukaan palveluun 80 prosentilla. Kunnallisten yksiköiden henkilöasiakkail- la sairaanhoito sisältyy kyselyn mukaan palveluun 60 prosentilla ja lääkärikeskusten ja yritysten omien työterveysyksiköiden asiakkaila 89 prosentilla. Tämä merkitsee sitä, että 1,13 miljoonal- la työkäisellä suomalaisella on tarjolla yksityisessä työpaikkaterveydenhuollossa sairaanhoito- palvelu ja 0,36 miljoonassa terveyskeskusten tai kunnallisten liikelaitosten työpaikkatervey- denhuollossa. Maassa on työkäistä väestöä runsaat 3 miljoonaa, joten joka toisella työkäisellä on työterveyshuollon kautta tarjolla perustason sairaanhoitopalvelu ainakin jossakin laajuus- dessa. Joka kolmannella työkäisellä tämä palvelu on kunnallisen perusterveydenhuollon ulko- puolella.

Monikanavaisen rahoituksen etuja

Yksityisten terveyspalveluiden sairausvakuutuskorvausta on perusteltu Suomessa pääasiassa seuraavilla argumenteilla:

1

Yksityiset lääkäripalvelut tarjoavat sairausvakuutuksen tuella mahdollisuuden saada joustavasti palveluja paikkakunnasta riippumatta, esimerkiksi työssäkäyntipaikkakunnalta tai paikka- kunnalta, jolla muutoin oleskelee pitkiä aikoja loma-asunnon tai muun syyn vuoksi. Kunnalliset palvelut on sidottu kotikuntaan ensiapuluonteisia päivystystilanteita ja opiskelun vuoksi vie- raalla paikkakunnalla oleskelua lukuun ottamatta.

2

Yksityiset lääkäripalvelut ovat käytettävissä yksittäiselle palvelujen käyttäjille tai perheille sopiviin aikoihin myös tavallisen työajan ulkopuolella. Kaikilla ei ole joustavia mahdollisuuksia asioida työajalla terveydenhuollossa. On tilanteita, joissa esimerkiksi lähiomaisen mukana olo on tarpeen, mutta omaisella ei ole perustetta olla työstä pois esimerkiksi yli 10-vuotiaan per- heenjäsenen lääkärisikäynnin vuoksi.

3

Yksityiset lääkäripalvelut tarjoavat mahdollisuuden valinnanvapauteen ja myös hankkia ”se- cond opinion” silloinkin kun muutoin käyttää terveyskeskuksen palveluja.

4

Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö vähentää julkisten terveystalouden käyttöä ja siten keventää kysyntäpainetta. Jos yksityisten palvelujen käytöstä ei maksettaisi sairausvakuutuskorvauksia, kysyntä suuntautuisi nykyistä paljon runsaammin julkisiin palveluihin.

5

Yksityisiä palveluja käyttävät kattavat joko suoraan omista varoistaan tai vapaaehtoisten vakuutusten kautta huomattavan osan (73 %) palvelujen kuluista. Tämä merkitsee noin 200 miljoonan euron suuruusluokkaa olevaa yksityistä panostusta lääkäripalkkioihin ja noin 150 miljoonan euron panostusta muuhun tutkimukseen ja hoitoon¹⁰ (Kela 2009). Potilaiden omavastuu on noin 30–40 euroa asukasta kohti vuodessa, sairausvakuutuskorvauksen ollessa noin 12 euroa lääkäripalkkioista ja 13 euroa tutkimuksesta ja hoidosta. Jos yksityinen rahoitus poistuisi, syntyisi paineita lisätä julkista rahoitusta yksityisten palvelujen käyttöön esimerkiksi palvelusetelien kautta.

Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut kattavat siis noin puolet koko työikäisestä väestöstä. Sille, miksi työikäisistä joka toiselle on perusteltua rahoittaa pääosa tai ainakin tuntuva osa perustason sairaanhoitopalveluista eri kanavaa pitkin kuin muulle vastaavanikäiselle väestölle, esitetään yleensä seuraavia perusteluja:

1

Suuri osa työssä käyvän väestön terveyteen, sairauteen ja toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä on peräisin työstä ja työolosuhteista. Sen vuoksi on merkittävää etua siitä, että perustason terveystalouden tuottava yksikkö ja sen ammattihenkilöt tuntevat työolot ja työtehtävien vaatimukset.

2

Työterveyshuollon toimiminen sairaanhoidon palvelujen tuottajana ja koordinoijana asettaa työkyvyn, sen vaalimisen ja palauttamisen sairauden tai vammautumisen jälkeen, harkitusti tärkeäksi prioriteetiksi. Tällä oletetaan olevan merkittäviä yhteiskunnallisia ja taloudellisia vaikutuksia työurien jatkumisen sekä ikääntyvän työvoiman työpanoksen säilyttämisen kannalta.

3

Työpaikkaterveydenhuollon sairaanhoitopalvelut tuottavat työterveyshuollolle, työsuojelulle ja työn johdolle tärkeää tietoa mahdollisesti vaarallisista, haitallisista tai kuormittavista tekijöistä itse työssä ja sen prosesseissa. Näin tieto välittyy ilman viiveitä korjaaviksi toimiksi työssä.

4

Työterveyspalvelujen saatavuus on voitu pitää hyvänä ja joustavana. Kun vastaanottoaikojen odotusajat pysyvät lyhyinä, terveysongelmat eivät ehdi vaikeutua. Kun vastaanottopalvelujen tuottaja on usein valittu niin, ettei synny pitkää matkaa työpaikalta palvelupisteeseen, säästy sekä työnantajan että työntekijän aikaa.

5

Työpaikkaterveydenhuollossa on tehty paljon kehittämistyötä ja sen tuloksena on syntynyt palvelukokonaisuus, jota pidetään kansallisesti hyvin laajalti hyvänä ja hyväksyttävänä palveluna. Työterveyshuoltoon jopa viitataan eräänlaisena kultaisena standardina, jonka tasoiseksi muiden palvelujen toivottaisiin kehittyvän. Työterveyshuollon palvelujen tason tai saatavuus-

¹⁰ Luvut eivät sisällä yksityistä hammashuoltoa. Yksityisen hammashuollon kustannukset olivat vuonna 2008 yhteensä noin 310 miljoonaa euroa, mistä potilaat maksoivat lähes 200 miljoonaa euroa eli 63 prosenttia (Kela 2009).

den heikentämistä ei pidetä perusteltuna, pikemminkin toivotaan kunnallisten terveyspalvelujen kehittämistä työterveyspalvelujen tasolle.

Monikanavaisen rahoituksen ongelmia

On tärkeää erottaa toisistaan ne vaikutukset, jotka seuraavat yksityisen sektorin olemassa olosta ja ne vaikutukset ja näkökohdat, jotka nousevat siitä, että sairausvakuutuskorvaukset rahoitetaan veroluonteisella maksulla. Sekä Ruotsin että viime vuosina lisääntyvästi myös Suomen kokemukset osoittavat, että kunta voi hankkia verovaroin yksityisiä palveluja täydentämään tai paikkaamaan kunnallisia palveluja ja myös ratkaisemaan kunnallisten palvelujen viiveitä tai joustavuuden puutteita. Perimmäiseksi kriittiseksi kysymykseksi pitäisikin nousta: onko oikein, oikeudenmukaista ja perusteltua käyttää julkisesti säädeltyä veroluonteisilla maksuilla koottua rahoitusta muun terveydenhuollon kunnallisesta ohjauksesta irrallisella tavalla.

Tässä merkityksessä voidaan yksityislääkäreiden sekä yksityisen tutkimuksen ja hoidon sairausvakuutuskorvauksesta nostaa esille seuraavia kriittisiä argumentteja:

1

Perusterveydenhuollon palveluja tuottaa julkisella sektorilla moniammatillinen työryhmä, jonka sidosorganisaatio on terveyskeskus. Työryhmään sisään on rakennettu työnjako ja hoidon porrastus ammattitaidon ja kulloistenkin tehtävien luonteen ja vaativuuden mukaan. Yksityisessä työterveyshuollossa työ on melko pitkälle lääkärin ja työterveyshoitajan työtä. Yksityisellä lääkäriasemalla pääasiallinen toimija on yksityispraktiikkaa pitävä lääkäri. Yksittäisten lääkäreiden ja moniammatillisen työryhmän palveluiden vertailu johtaa epäreiluun ja maan terveyspalvelupolitiikan kannalta epäjohdonmukaisiin asetelmiin. Monet keskeiset osat julkisen terveydenhuollon palvelua perustuvat eriasteisten hoitotyön koulutuksen saaneiden työpanokseen – esimerkiksi neuvoloissa, mielenterveyspalveluissa, kotisairaanhoidossa sekä viime aikoina nopeasti lisääntyneessä määrin avosairaanhoidon vastaanottotyössä.

2

Suomalainen palvelujärjestelmä on vuosikymmenien ajan perustunut vahvasti hoidon porrastuksen periaatteelle. Perusterveydenhuollossa ja sen ammattilaisten toimesta tutkitaan ja hoidetaan yleisiä ja tavallisia terveysongelmia. Tällä pyritään säästämään erityis- ja erikoislääkäritason kapasiteettia ja osaamista harvinaisten, mutkistuneiden tai erityistä teknistä asiantuntemusta vaativien ongelmien hoitoon. Yksityispraktiikka on voittopuolisesti erikoislääkäreiden palvelua – toki oman erikoisalan mukaisesti, mutta usein tavallisiin sairauksiin. Tämä murtaa hoidon porrastusta ja luo yleisen kulttuurin, jonka mukaan on tavallista ja hyväksyttävää, että hoidon porrastuksen ”portaatiot” voi ohittaa maksamalla enemmän.

3

Perusterveydenhuollon palvelujen (lähinnä ei-kiireellisten) saatavuus on suomalaisen terveyskeskusjärjestelmän pitkäaikainen pullonkaula. Rahoituksen monikanavaisuus merkitsee sitä, että julkisista varoista sairausvakuutuksen kautta tuettuna, mutta itse tuntuvasti maksaen, voi ohittaa julkisella puolella olevat jonot. Tätä argumenttia vastaan on perustellusti kysytty, eikö olisi hyvä jos julkisella puolella syntyisi paineita päästä eroon tai ainakin lyhentää jonoja siedettäväksi. Tässä suhteessa on tehty paljon. Perusterveydenhuollon voimavarat ovat etenkin kaupunkipaikkakunnilla kysyntään verrattuna niukat. Se, että huomattava osa työikäisestä väestöstä löytää omat palvelunsa vaivattomasti muualta, vähentää paineita tehdä terveyskeskuspalveluita turvaavia päätöksiä ja ohjata voimavaroja julkiseen palveluun.

4

Lääkäri- ja hammaslääkäri työvoiman saatavuus on terveyskeskuksissa ollut 2000-luvulla ongelma, vaikka ainakin lääkäreiden lukumäärä on koko ajan kasvanut. 1990-luvulta lähtien suunnitellut lääkärikoulutukseen sisään otettavien määrät näkyvät jonkin verran tarjonnassa, mutta eivät kuitenkaan laskennallisesti odotetussa määrin. Sekä sairaalalaitos että yksityiset palveluntuottajat houkuttelevat työvoimaa. Tähän on esitetty vasta-argumenttina, että terveyskeskuksissa pitäisi ”panna työolot kuntoon” ja harjoittaa kilpailukykyistä ja joustavaa palkkaus- ja työsuhteiden politiikkaa. Näitä keinoja onkin otettu käyttöön, mutta eroksi jää silti se, että terveyskeskusten työ on perusasetelmaltaan raskasta ja vaativaa, koska yksityiset palvelut ”kuorivat päältä” ne potilaat, joiden ongelmat ovat terveyskeskusten potilaita helppohoitaisempia tai yksinkertaisempia. Olisi lähdeittävä siitä, että perusterveydenhuollon perustehtäviin kuuluu huolehtiminen ikääntyneistä, monisairaista ja sosiaalisesti moniongelmaisista kansalaisista. Se, että julkisin varoin ja toimin luodaan kilpailu- ja vertailuasetelmia, joilla jo rakenteellisesti raskaalle työlle tarjotaan työvoimaa muualle houkuttelevia vaihtoehtoja, ei ole hyvä terveyspalvelupolitiikkaa.

5

Vaikka lääkärin valintaa voidaan perustella potilaan oikeudella valinnanvapauteen ja mahdollisuuteen saada ”second opinion”, tätä perustelua ei voi pitää pätevänä laboratoriotutkimusten kohdalla. Näissä automatisaatio, pitkien analyysisarjojen käyttö ja tiedonvälityksen siirtyminen elektroniseksi suoraan analysointilaitteilta tapahtuvaksi, ovat alentaneet merkittävästi tutkimusten yksikkökustannuksia. Ei ole perusteltua tarjota ”second opinionia” laboratoriotutkimuksille, joiden laadunvalvonta on jo nyt korkeatasoista ja näytteenotto toiminnassakaan ei ole merkittäviä pullonkauloja.

6

Usein esitetään, että terveydenhuollon kannalta on vain myönteistä, jos maksukykyinen osa väestöstä sijoittaa merkittävästi omia varojaan palvelujen rahoittamiseen kuntien ohella tuoden näin lisää rahaa terveydenhuoltoon. Yksityisen rahoituksen rinnalla sairausvakuutuksen maksamien sairaanhoitokorvausten merkitys on kokonaisuuden kannalta vaatimaton. Näitä näkemyksiä voidaan tarkastella myös kriittisesti. Ei ole mitään mahdollisuutta arvioida, onko nykytasoisella sairausvakuutuskorvauksella (25 % kustannuksesta) sellaista palvelujen käyttöä ohjaavaa roolia, että korvauksen poistaminen johtaisi väitettävään julkisten palvelujen kysynnän kasvuun. Toisaalta, jos suhteellisen pieni korvaus ei ole palvelujen käyttäjien kannalta olennainen yksityisten palvelujen käyttöön vaikuttava tekijä, sairausvakuutus korvaus toimii hiljaisena subventiona palvelujen tuottajille, nostaa palkkiotasoa ja kasvattaa välillisesti kokonaiskustannuksia ja lisäksi vähentää kuluttajien hintatietoisuutta ja heikentää palveluntuottajien kilpailua.

7

Nykyinen sairausvakuutusjärjestelmä ei ole seurannut aikaansa kansainvälisessä terveydenhuollon rahoituksen kehityksessä. Jo 1990-luvun alusta lähtien passiivista rahoitusta, johon ei sisälly täsmähankintaa tai -ohjausta, on pidetty ajastaan jälkeen jääneenä ja tuhlaavaisena (ks. esim. Figueras ym. 2005). Suomalaisen sairausvakuutuksen kuuluu lain mukaan vain tarkistaa, että palvelujen käytön muodolliset ehdot täyttyvät. Sen toiminnassa ei ole mahdollista kysyä yksittäisten palvelujen tai palvelukäytäntöjen tarkoituksenmukaisuutta, tärkeisiin terveysongelmiin kohdistumista, rationalisointihyötyjen toteutumista tai esimerkiksi tarpeettoman päällekkäisyyden poistumista. Jos sairausvakuutus haluttaisiin saattaa 2010-luvulle, sen käyttöön pitäisi sisällyttää terveyspalvelupoliittista ohjausta, jota on yritetty monin keinoin tuoda kunnalliseen porrasteiseen terveydenhuoltoon. Samoin myös Kansaneläkelaitoksen rooli suhteessa palvelujen tuottajiin on ajastaan jäljessä. Kansaneläkelaitos ei pyri, eikä se lain mukaan saa, kilpailuttaa palveluntuottajia, vaan tuottajat saavat periä itse asettamansa maksut, mikä jälkeen Kansaneläkelaitoksen rooli rajoittuu vain palkkioiden korvaamiseen taksan mukaan.

Se, että taksa on kutistunut lain tarkoittamasta tasosta 25-30 prosentin tasolle voisi antaa kuvan siitä, mihin Kansaneläkelaitoksen potentiaalisesti vahvan ostovoiman avulla olisi todellisessa hinnoittelussa voitu päästä. Jos sairausvakuutuskorvaus olisi tarjolla vain Kansaneläkelaitoksen neuvottelemia enimmäistaksoja noudattaville palveluntuottajien palveluita käyttäneille, todellinen korvausprosentti voisi olla lähempänä sairausvakuutuslaissa säädettyä tasoa.

8

Kunnallisten päättäjien joukossa on usein hyvin suuri osuus niitä, joiden omat perusterveydenhuollon palvelut eivät toteudu pääsääntöisesti terveyskeskusten kautta. Tämä merkitsee sitä, että kunnallisesta perusterveydenhuollosta tulee ”noiden” eikä ”meidän” palvelu. Tässä suhteessa suomalainen perusterveydenhuolto on Euroopassa vähemmistön joukossa, verrattuna esimerkiksi muihin Pohjoismaihin tai muihin verorahoitteisesti palvelut järjestäviin maihin. Useimmissa muissa Suomen kaltaisissa maissa kansan valtaenemmistö käyttää samaa perusterveydenhuollon palvelua, samaan tapaan kuin Suomessa käydään samaa peruskoulua. Jos päättäjät olisivat perusterveydenhuollon kehitykseen ja sen toiminnassa esiintyviin ongelmiin ja pullonkauloihin nykyistä tiiviimässä yhteydessä, maan terveyskeskukset eivät ehkä kulkisi vaikeuksista toisiin niin syvällä kuin kuluneina vuosikymmeninä on tapahtunut.

9

Työpaikkaterveydenhuollosta on vaikea esittää muita kriittisiä näkemyksiä kuin, että se näyttää varsin tehokkaasti haravoivan ainakin kokenutta yleislääkärikuntaa terveyskeskuksista. Suomalaiset eivät todennäköisesti ole halukkaita kyseenalaistamaan työterveyshuoltoa ja sitä kautta saatavaa sairaanhoitoa. Sen sijaan olisi varsin perusteltua julkiselta vallalta edellyttää, että työpaikkaterveydenhuollon sairaanhoidon perustiedot pitäisi voida tuoda aggregoituina numeerisina tietoina avuksi julkisen sektorin kuntiin ja yhteistoiminta-alueisiin perustuvan perusterveydenhuollon ja sille yhdessä sairaanhoitopiirien kanssa säädettyjen tai säädettyjen (tuleva terveydenhuoltolaki) veloitteiden täyttämiseksi. Laissahan lähdetään siitä, että perusterveydenhuollossa tulisi seurata väestön terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä ja käyttää tätä tietoa hyväksi terveystalouden suunnittelussa ja kohdentamisessa. Kunnallisessa perusterveydenhuollossa pitäisi olla ajantasaisesti selvillä siitä mikä osa väestöstä saa sairaanhoitopalvelut toista julkisesti tuettua kanavaa pitkin sekä myös pääpiirteissään selvillä siitä, mitä palvelukokonaisuuksia työpaikkaterveydenhuollon sairaanhoitopalveluihin sisältyy.

Etujen ja haittojen suuruusluokka ja merkitys

Edellä esitettyjen ongelmien suuruusluokkaa ja merkitystä ei ole syytä yliarvioida. Oikeastaan on selkeämpää ajatella, että osa kriittisistä näkökohdista on sellaisia, joista ei voida millään ajateltavissa olevilla keinoilla päästä kokonaan eroon. On ilmeistä että olipa terveystalouden järjestämis- ja rahoitustapa mikä tahansa aina tulee olemaan vaikeahoitoisia potilaita ja väestöjä, joiden hoitamisesta ammattilaiset tai organisaatiot voivat yrittää siirtyä syrjään. Ongelmia voi myös seurata julkisen sektorin rahoituskanavien sisällä, mikä näkyy jo selvästi nykyisin lääkäreiden ja hammaslääkäreiden rekrytointiongelmina ja tulee näkymään tulevaisuudessa näitä paljon syvemmin hoitotyön koulutuksen saaneiden rekrytoinnissa.

Terveystaloudessa on tärkeää synnyttää ja säilyttää tasapaino erilaisten yhdenvertaisuuspyrkimysten ja tiukasti tutkittuun tietoon perustuvan terveystaloudellisen ja terveystaloustieteellisen ohjauksen sekä kansalaisten valinnanvapauksien välillä. Suomessa on perinteisesti ankkuroitu yhdenvertaisuuteen ja julkisen sektorin oikeuteen ohjalla terveystaloudellisesti asetetuilla perusteilla palvelujärjestelmän toimintaa ja aikaisempina vuosina jopa palvelulaitosten ja henkilöstöresurssien sijoittumista. Uuden terveydenhuoltolain myötä kansalaisille avataan valinnanvapauksia julkisten palveluntuottajien välille. Hiljattain voimaan tullut palvelusetelilaki tekee kunnallisille päättäjille mahdolliseksi avata analogisella tavalla – ja jopa kunnallisen pal-

velun asiakasmaksulain monista rajauksista välittämättä – valinnanvapauksia. Näiden kehitysten rinnalla sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausten määrä on vaatimaton. Asukasta kohti käytetään yksityislääkäreiden sekä yksityisen tutkimuksen ja hoidon sairaanhoitokorvauksiin noin 25 euroa (Kela 2009). Tämä on runsaat 8 prosenttia kunnallisten terveyskeskusten avosairaanhoidon kustannuksista (THL 2010a).

7.2 Vanhusten palvelut¹¹

Vanhusten palveluissa kunnallisen rahoituksen rinnalla on ollut ja on edelleenkin useita muita palvelujen rahoittajia. Eniten huomiota sai Raha-automaattiyhdistyksen rahoitus rakennusinvestointeihin, joita tehtiin kyseisellä rahoituksella useiden vuosikymmenien ajan. Investointien määrä ja rahallinen volyyymi kasvoivat jyrkästi 1990-luvulla, jolloin 5000–6000 vanhainkotipaikkaa poistui palveluiden kartalta ja tilalle tuli pääasiassa ns. tehostetun palveluasumisen yksiköitä. Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan yksinkertaistaen sitä, että palveluasumiseen kuuluu ympärivuorokautisesti asumisyksikössä paikalla oleva henkilökunta.

Sittemmin 2000-luvulla, kun osoittautui, että palveluasumisen kasvu näyttää toteutuvan suurelta osin järjestöjen tai palveluyritysten tuottamina palveluina, syntyi ristiriitoja siitä, että Raha-automaattiyhdistyksen rahoitus voi tukea ja suosia kilpailutilanteessa yhtä palveluiden tuottajaa ja näin vääristää kilpailua. Raha-automaattiyhdistys onkin lopettanut tästä syystä investointirahoituksen palveluasumiseen. Raha-automaattiyhdistys toki rahoittaa edelleen vanhuspalveluissa erilaisia palveluinnovaatioiden kehittelyä merkittäväillä tavoilla.

Vuonna 2005 perustettu Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA on noussut viidessä vuodessa merkittäväksi sosiaalisen asumisen pääomamenojen rahoittajaksi. ARA on osallistunut avustusrahoituksellaan yli 7000:n vanhusikäisille tarkoitetun palveluasunnon rahoitukseen. Näistä valtaosa on ollut uudiskohteita. ARA edellyttää kilpailun vääristymien estämiseksi, että asunnot rakentaa tai peruskorjaa kunnallinen yhteisö tai sellainen yleishyödyllinen asumispalveluiden alalla toimiva yhteisö, jonka ARA on arvioinnin perusteella hyväksynyt tukikelpoisten asumispalveluyhteisöjen joukkoon. Asumisen ja palveluiden rahoitus on ARAn periaatteiden mukaan pidettävä selkeästi toisistaan erillään. Näin on toteutumassa strateginen linjanmuutos. Palveluasumisen kehityksen alkuvuosina edellytettiin, että jokaiseen asuntoon kytketään omistuksen ja hallinnan yhdistämisen muodossa myös palvelut. Tällä haluttiin varmistaa, että palveluasuntoja voidaan todella käyttää palveluja tarvitsevien asumistarpeisiin. Nyt asuminen ja palvelut voidaan pitää erillään.

Tärkeää on huomata, että palveluasumisen piirissä on jo toteutunut tai hyvää vauhtia toteutumassa asumisen ja palvelujen eriytyminen siten, että asumisen kulut pääomakuluja myöten peritään asukkailta omana prosessinaan ja palvelut mitoitetaan ja niiden asiakasmaksut määritellään taas kunnallisissa palvelu- ja päätösprosesseissa. Vanhuspalveluissa on jonkin verran kulut kokonaan itse maksavia asiakkaita, mutta tällaisten asiakkaiden osuutta pidetään yleensä vähäisenä. Itse maksavien asiakkaiden raportoidaan monissa tapauksissa siirtyvän hoidon tarpeen pitkittyessä ja varojen ehtyessä kunnallisen järjestelmän puolelle.

Vanhuspalveluissa on myös itse maksettavia kotihoidon palveluja, joko ainoana palveluna tai kunnallisen palvelun rinnalla tai lisänä. Nämä voivat olla luonteeltaan sellaisia, joita kunta ei tarjoa lainkaan tai tarjoaa vain valikoiduissa tilanteissa tai sellaisille asiakkaille, joille kyseinen apu tulisi joka tapauksessa maksettavaksi toimeentulotukena. Yksi esimerkki tällaisista palveluista on siivouspalvelu. Kotisairaanhoidon palveluissa on sellaisia, jotka voidaan järjestää lää-

¹¹ Tämän luvun kirjoittamisesta on vastannut Simo Kokko.

kärin määräyksellä siten, että asiakas saa niistä sairausvakuutuskorvauksen. Tällä hetkellä yksityisen kotisairaanhoidon merkitys lienee vähäinen.

Vanhustenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2008 noin 3 miljardia euroa, josta laitospalvelujen osuus oli 1,3 miljardia euroa eli 43 prosenttia (THL 2010b). Kunnallisten palvelujen osuus vanhustenhuollon kokonaismenoista oli 70 prosenttia ja yksityisten 30 prosenttia. Kunnat ja valtio rahoittivat vanhustenhuollon kokonaismenoista 80 prosenttia ja asiakkaat 20 prosenttia.

Mitä monikanavaisessa rahoituksessa on myönteistä?

Tätä selvitystä varten tiedusteltiin epävirallisesti useilta kunnallisten sosiaali- ja terveystalouden tai vanhustalouden johtajilta näkemyksiä monikanavaisen rahoituksen vanhustaloudessa synnyttämistä myönteisistä tai kielteisistä vaikutuksista. Monet arvioivat, että vaikutukset ovat olleet vahvasti myönteisiä, koska palvelujen rakennemuutosvaiheessa – siirrettäessä pääpainoa laitoshoidosta palveluasumiseen ja kotihoitoon – tavoiteltua muutosta on vauhdittanut ja tukenut monelta kanavalta tuleva laitoshoidon vaihtoehtojen käyttöönottoa edistävä taloudellinen tuki asiakkaille. Tämä tuki on tullut Kansaneläkelaitoksen maksamien hoitotukien ja lääkekorvausten muodossa. Samalla palveluasuminen on osalle ikäihmisiä muodostunut kannustimeksi sijoittaa omia varoja oman elämänlaadun parantamiseen sekä asumisessa että palveluissa. Moni vanhustenhuollon asiantuntija on arvioinut, että kunnat eivät olisi tulleet sijoittaneeksi juuri kyseisiin saumakohtiin rakennemuutoksen toteuttamista edistävää rahoitusta, jos samat eri rahoituskanavien kautta asiakkaiden saamat tuet olisivat olleet osa kunnille maksettua käyttötarkoitukseen sitomatonta valtionosuutta.

Se, että asumiseen saadaan valtakunnallista asumistukea, on myös tukenut ja vauhdittanut sekä palveluasumisen että kotihoidon kehitystä. Tätä tukea pidetään myös alueellisesti oikeudenmukaisena, kun myös vähävaraiset kunnat ovat voineet kehittää kyseisiä palveluita.

Mitä monikanavaisessa rahoituksessa on ongelmallista vanhusten palveluissa?

Näyttää siltä, että monikanavainen rahoitus ei muodosta tällä hetkellä kovinkaan merkittävää ongelmaa vanhustenhuollossa. Vanhustenhuollon ”kentän” asiantuntijat toivat esille kielteisenä kehityksenä Raha-automaattiyhdistyksen tai muun vastaavan rahoittajan kokeilutoiminnan, joka käynnistetään ja pidetään toiminnassa esimerkiksi kokeiluprojektin ajan 2-3 vuotta. Kun projektirahoitus loppuu, toiminta halutaan siirtää kuntien vastuulle ja maksettavaksi, vaikkei kuntien kanssa tällaisesta ole sovittu eikä kunnilla ole taloudellista liikkumavaraa.

7.3 Erikoissairaanhoido¹²

Erikoissairaanhoidon järjestäminen ja tuottaminen

Suomessa erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on kunnilla ja sairaanhoitopiireillä. Kunnat järjestävät erikoissairaanhoidon pääosin ostopalveluna sairaanhoitopiireiltä. Kunnan on pakko kuulua johonkin sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiireillä on vastuu erikoissairaanhoidon kokonaisuuden järjestämisestä (ml. myös muut palvelut kuin sairaanhoitopiiriin itse tuottamat) ja yhdenvertaisesta saatavuudesta alueillaan. Monilla kunnilla on omaa erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa. Eniten ”omaa” erikoissairaanhoidoa kunnilla on psykiatrian avohoidossa, josta noin puolet on järjestetty kuntien omana toimintana ja toinen puoli sairaanhoitopiirin kautta. Sairaanhoitopiirit tuottavat psykiatrian sairaalapalvelut muutamaa kaupunkia (Turku,

¹² Tämän luvun kirjoittamisesta on vastannut Jukka Kärkkäinen

Oulu, Imatra) lukuun ottamatta. Lisäksi eräillä suurilla kaupungeilla on myös muuta erikoissairaanhoidon palveluita (esim. sisätauteja ja kirurgiaa) omassa sairaalassa vanhan kaupunkisairaalan perinteiden pohjalta.

Kunnat ja sairaanhoitopiirit voivat järjestää erikoissairaanhoidon palveluita myös ostopalveluina yksityissektorilta. Erikoissairaanhoidon ulkoistaminen on lisääntynyt viime vuosina. Sairaanhoitopiirit ovat ostaneet yksityissektorilta palveluita erityisesti jonojen lyhentämiseksi hoitotakuuajankohden ylittyessä. Sairaanhoitopiirien ostopalvelujen määrät ja kustannukset vaihtelevat vuosittain jonotilanteen mukaan. Lisäksi yksittäiset kunnat ovat voineet ostaa yksityissektorilta erikoislääkäripalveluita asukkaalleen, jolloin potilasta ei ole tarvinnut lähettää sairaalan poliklinikalle. Tarkkoja lukuja ostopalvelujen kehityksestä ei ole käytettävissä, mutta trendi on ollut edellä kuvattu (kehityspäällikkö Heikki Punnonen, Suomen Kuntaliitto, henkilökohtainen tiedonanto 25.10.2010). Psykiatrisia palveluita tuotetaan myös valtion mielisairaaloissa (Vanha Vaasa ja Niuvanniemi), joista palvelut laskutetaan kunnilta sairaanhoitopiiriin kautta. Julkisen järjestämistä varten piiriin kuuluvat erikoissairaanhoidon palvelut rahoitetaan pääosin verovaroin ja kuntien valtionosuuksien sekä pieneltä osin asiakasmaksuilla. Kunnat maksavat ostopalvelut sairaanhoitopiireille palvelujen käytön mukaan.

Edellä kuvattujen julkisen järjestelmän ulkopuolelta erikoissairaanhoidon palveluita on mahdollista saada suoraan yksityissektorilta. Henkilö voi omatoimisesti hakeutua erikoislääkärin vastaanotolle ja edelleen tutkimuksiin tai saada työterveyslääkäriltä ohjauksen erikoislääkärille. Edellisessä tilanteessa potilas saa yksityissektorin erikoislääkäripalvelusta sairausvakuutuksen palautustaksan mukaisen sairaanhoitokorvauksen, jonka osuus koko palvelun hinnasta on nykyisin noin neljännes. Vastaavasti erikoislääkärin määräämistä tutkimuksista ja hoidosta maksetaan sairaanhoitokorvaus, joka kattaa vajaan kolmanneksen palvelun hinnasta. Työterveyslääkärin läheteellä erikoislääkärin palvelu on yleensä potilaalle maksuton ja kustannukset katetaan työnantajan maksuosuuden ja työtulovakuutuksen kautta. Kaikki työnantajat eivät kuitenkaan järjestä muita kuin lakisääteisiä työterveyshuollon palveluita. Silloin erikoislääkärikonsultaatiot eivät yleensä kuulu työntekijälle korvattaviin palveluihin.

Erikoislääkäripalvelujen käyttö, menot ja rahoitus

Kunnallisen erikoissairaanhoidon kokonaismenot olivat vuonna 2008 noin 5,1 miljardia euroa (85 % somaattinen, 12 % psykiatrinen), josta avohoidon osuus oli vajaat 2 miljardia euroa eli 39 prosenttia (THL 2010a). Erikoissairaanhoidon osuus terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista oli vajaa kolmannes. Kunnat ja valtio rahoittivat erikoissairaanhoidon kokonaismenoista yli 90 prosenttia. Potilaat, yksityiset vakuutusyhtiöt ja avustuskassat rahoittivat yhteensä runsaat 8 prosenttia. Erikoissairaanhoidon avohoitomenoista potilaat rahoittivat 4,7 prosenttia ja valtio ja kunta loput.

Sairausvakuutuksen korvaaman yksityislääkäritoiminnan kustannukset olivat vuonna 2008 yhteensä 269 miljoonaa euroa, josta 86 prosenttia syntyi erikoislääkäripalveluista ja loput yleislääkäripalveluista (Kela 2009). Yksityisen tutkimuksen ja hoidon kustannukset olivat yhteensä 221 miljoonaa euroa. Sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen terveydenhuollon osuus terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista oli vajaat 6 prosenttia. Kansaneläkelaitos maksoi yksityislääkärin palveluista sekä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta sairausvakuutuskorvauksia yhteensä noin 135 miljoonaa euroa eli 27 prosenttia kokonaiskustannuksista.

Kunnallisessa erikoissairaanhoidossa avohoitokäyntejä tehtiin vuonna 2008 lähes 7,5 miljoonaa ja yksityisiä erikoislääkärikäyntejä oli 2,9 miljoonaa (THL/CHESS 2010a). Yksityisten erikoislääkärin palveluita käytetään suhteellisesti eniten silmätautien, naistentautien ja synnytysten, kirurgian, korva-, nenä- ja kurkkutautien sekä psykiatrian erikoisalajoilla. Nämä viisi erikoisaloaa

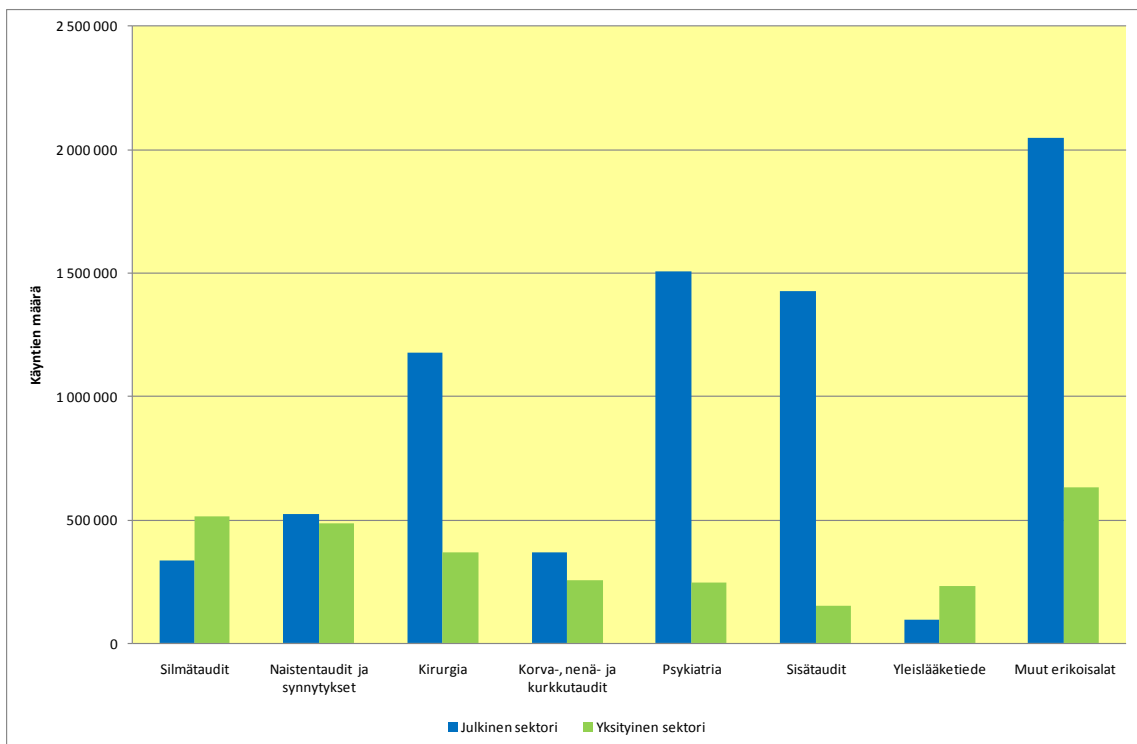
muodostavat yli kaksi kolmannelle kaikista yksityisen sektorin erikoislääkärikäynneistä. Silmätaudeissa valtaosa erikoislääkärikäynneistä suuntautuu yksityiselle sektorille, naistentautien ja synnytyksen kohdalla yksityisen ja julkisen sektorin käyntimäärät ovat lähes tasan (kuvio 5).

Yksityisen sektorin palveluja käyttävät ovat selvästi suurituloisempia kuin julkista sektoria käyttävät (kuvio 6). Kaikilla erikoisaloilla yksityisten erikoislääkäripalvelujen käyttäneiden mediaanitulo on lähes 19 prosenttia korkeampi kuin julkisia palveluja käyttäneillä (THL/CHESS 2010a). Palvelujen käyttäjien tulotaso vaihtelee merkittävästi erikoisaloittain. Pienimmillään ero yksityisen ja julkisen sektorin palveluja käyttäneiden mediaanitulossa on sisätaudeissa (10 %) ja suurimmillaan kirurgiassa (24 %) ja psykiatriassa (42 %).

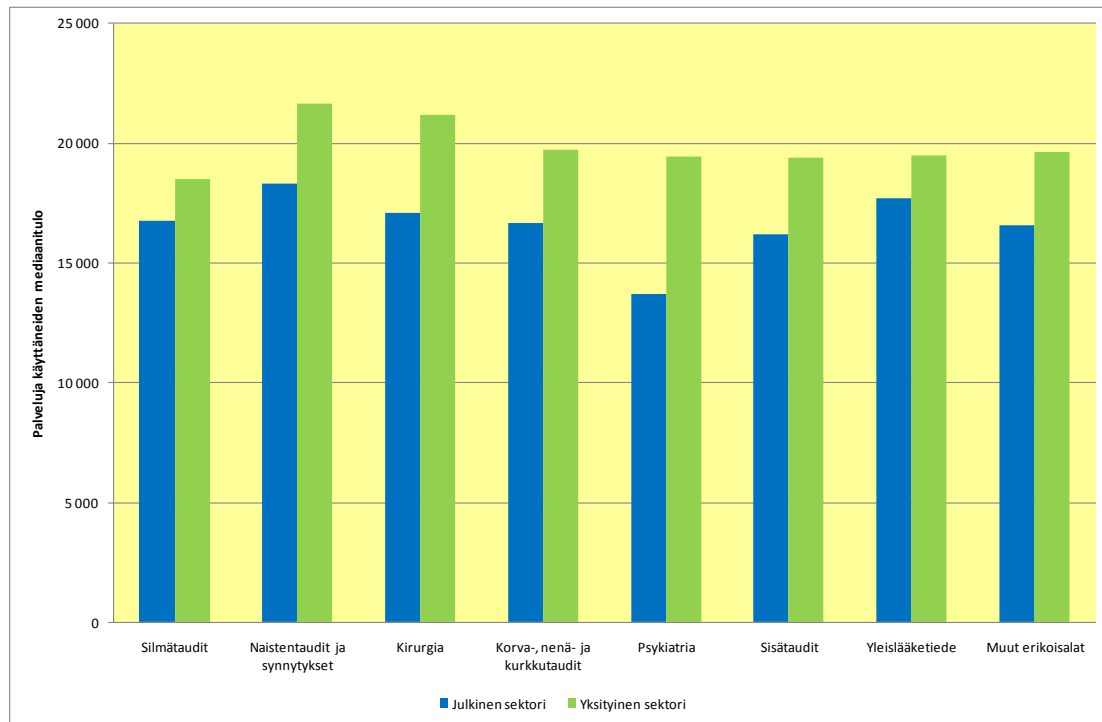
Monikanavaisen rahoituksen etuja

Monikanavaisen rahoituksen etuna voidaan pitää sitä, että väestöllä on mahdollisuus saada erikoissairaanhoidon palveluja myös julkisen sektorin ulkopuolelta, usein myös joustavammin ja nopeammin. Yksityissektorin kustannuksista katetaan huomattava osuus potilaan omalla tai työnantajan maksuosuudella, jolloin yhteiskunnan rahoitusosuus jää merkittävästi pienemmäksi kuin julkisella sektorilla. Yksityissektorin käyttö vähentää julkisen sektorin kysyntäpainetta ja mahdollisesti myös kustannuksia.

Kuvio 5. Kunnallisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ja yksityisen terveydenhuollon erikoislääkärikäynnit vuonna 2008 erikoisaloittain (THL/CHESS 2010a).



Kuvio 6. Kunnallisen erikoissairaanhoidon avohoitopalveluja käyttäneiden ja yksityisiä erikoislääkäripalveluja käyttäneiden mediaanitulo vuonna 2008 erikoisaloittain (THL/CHESS 2010a).



Monikanavaisen rahoituksen ongelmia

Monikanavaisen rahoituksen haittoja voidaan arvioida oikeudenmukaisuuden sekä palvelujärjestelmän kokonaisuuden ja hoidon porrastuksen hallinnan näkökulmista.

1

Epätasa-arvoisuus hoitoon pääsystä. Yksityissektorin palvelut keskittyvät kasvukeskuksiin. Lisäksi hoitoon pääsyyn vaikuttaa henkilön taloudellinen tilanne (itsenäinen hoitoon hakeutuminen) tai työllisyys/työpaikkastatus (työterveyshuollon kautta hoitoon pääsy). Asetelma luo merkittävää epätasa-arvoisuutta väestön keskuudessa. Hoitoon pääsy erikoislääkärille nopeutuu yleensä merkittävästi, kun henkilön on mahdollista käyttää yksityissektorin palveluja. Yksityissektorin palveluiden kautta voidaan myös nopeuttaa pääsyä julkisen sektorin hoitoon, esim. leikkaukseen pääsyä, kun erikoislääkäri laatii lähetteen sairaalaan. Näin voidaan mahdollisesti ohittaa sairaalan erikoislääkärin poliklinikkavastaanotto ja potilas pääsee suoraan leikkaukseen.

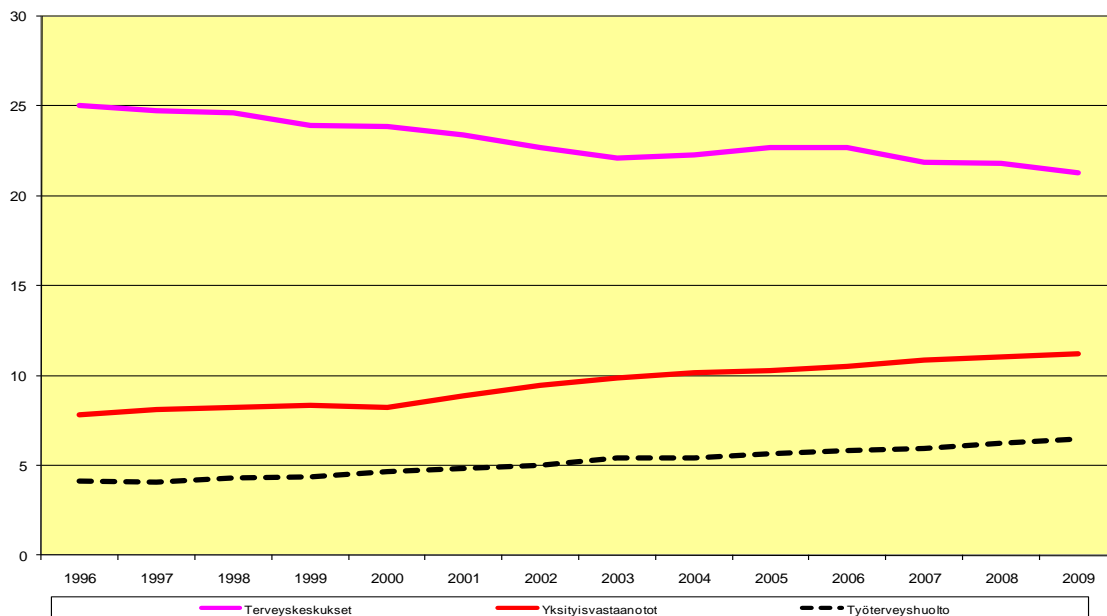
2

Palvelujärjestelmän porrastuksen ongelma. Potilas voi hakeutua suoraan erikoislääkärille yksityissektorilla ilman yleislääkärin arviointia ja lähetettä toisin kuin julkisessa terveydenhuollossa. Tämän vuoksi yksityisillä erikoislääkäreillä käy potilaita, jotka hoidon porrastuksen perusteella kuuluisivat yleislääkärin tai terveyskeskuslääkärin hoitoon (esim. tavallisen silmätulehduksen hoitaminen silmälääkärillä). Näin yhteiskunta tukee sairausvakuutuksen rahoituksella hoidon porrastuksen näkökulmasta epätarkoituksenmukaista toimintaa.

3

Kilpailu työvoimasta. Yksityissektorin sairausvakuutusrahoitus tukee erikoislääkärien siirtymistä julkiselta yksityiselle sektorille. Myös sairaanhoitopiirien ostopalveluilla, jotka lisäävät yksityissektorin kysyntää, on samansuuntainen, todennäköisesti vielä edellistä suurempi vaikutus. Erityisesti silmälääkäreitä, gynekologeja ja psykiatreja on siirtynyt julkiselta yksityiselle sektorille. Tähän viittaa epäsuorasti tiedot vuoden 2009 lääkärikyselystä (Suomen Lääkäriliitto 2009), jonka mukaan yksityislääkärien määrä on kasvanut voimakkaasti 1990-luvun puolivälistä lähtien ja viimeisen kymmenen vuoden aikana yli 50 prosenttia (kuvio 7). Päätoimisesti yksityislääkärien vastaanottoa pitävien lääkärien määrä on nyt runsaat 11 prosenttia työssä käyvistä lääkäreistä (1850 lääkäriä). Näistä noin 85 prosentilla on erikoislääkärien oikeus, yleisimmin silmätautien, psykiatrian, naistentautien ja synnytysten tai yleislääketieteen spesialiteetti. Erikoislääkärien rekrytoinnin helpottamiseksi, on myös voitu perustaa osa-aikaisia virkoja sairaaloihin (erikoislääkäri voi tällöin toimia myös yksityissektorilla osa-aikaisesti).

Kuvio 7. Lääkärien päätoimen työskentelysektori (terveyskeskus, yksityisvastaanotot, työterveyshuolto) vuosina 1996-2009, osuus (%) kaikista lääkäreistä (Suomen Lääkäriliitto 2009).



4

Jatkohoitoon ohjaus yksityissektorille ilman maksuosoitusta. Julkiselle sektorille kuuluvia hoitoja voidaan siirtää ilman maksusitoumusta yksityissektorille neuvottelematta siitä potilaan kanssa. Asiasta tehtyihin kanteluihin on valvovien viranomaisten ratkaisuja (esim. EOA 676/2002 koskien glaukoomapotilaita ja Etelä-Suomen aluehallintovirastosta tietoja ratkaisuisista koskien kirurgisten, silmätautien ja gynekologisten hoitojen jälkikontrollien siirtoa yksityissektorille).

5

Psykoteraapian saatavuuden ongelma. Mielenterveyshäiriöiden keskeinen hoitomuoto lääkityksen ohella on psykoterapia eri muodoissaan. Intensiivisempi psykoterapia toteutetaan usein Kansaneläkelaitoksen osaksi rahoittamana harkinnanvaraisena kuntoutuksena (muuttui lakisääteiseksi vuoden 2010 alusta). Kansaneläkelaitos ei rahoita psykoterapiaa, jos meneillään on

vielä hoitovaihe. Käytännössä hoidon ja kuntoutuksen raja on kuitenkin ”veteen piirretty viiva”. Ongelmana on, että kunnat eivät järjestä riittävästi psykoterapiapalveluja. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusrahaa kohdennetaan vain työssä käyville tai opiskelijoille. Nyt väestö ei saa psykoterapiapalveluja yhdenvertaisesti ja osalle väestöstä, työelämän ulkopuolella oleville, palveluja ei ole riittävästi saatavilla.

Erikoissairaanhoidon kehittämisehdotukset ja perustelut

1

Sairausvakuutuskorvaus yksityisen sektorin lääkäripalveluilta sekä tutkimukselta ja hoidolta poistetaan. Sairausvakuutuskorvaus jakautuu eriarvoisesti maan eri osiin. Hoidon porrastus yleislääkäri-erikoislääkäri ei toimi kuten julkisessa terveydenhuollossa, mistä koituu tarpeettomia erikoislääkärikäyntejä. Kynnys tutkimuksiin on alempi kuin julkisessa terveydenhuollossa. Sairausvakuutuskorvausta voidaan pitää myös elinkeinotukena yksityiselle sektorille. Yksityisen sektorin hintakilpailu voi piristyä korvauksen poistamisen seurauksena. Sairausvakuutuskorvauksia vastaava rahoitus ohjataan kuntien valtionosuuksiin.

2

Psykoterapiapalvelujen (hoito ja kuntoutus) järjestäminen ja rahoitus keskitetään yhteen paikkaan. Monikanavainen rahoitus kohdentuu alueellisesti ja väestöryhmittäin epäoikeudenmukaisesti. Psykoterapiapalveluja on järjestetty riittämättömästi koko väestölle. Psykoterapia on lääkehoidon lisäksi toinen keskeinen hoitomuoto mielenterveyshäiriöissä. Hoidon (järjestäjänä kunta) ja kuntoutuksen (järjestäjänä Kansaneläkelaitos) rajapinta on epäselvä. Kansaneläkelaitoksen kautta kanavoitua rahoitusta kohdentuu vain työssä käyviin ja opiskelijoihin.

7.4 Lääkehoito¹³

Lääkehuollon rahoituksessa on kaksi pääasiallista julkista rahoituskanavaa, kunnallinen terveydenhuolto ja sairausvakuutus. Kunnallisen terveydenhuollon kustannusvastuulle lääkehoidon kustannukset kuuluvat silloin, kun potilas on laitoshoidossa. Lisäksi julkisen sairaalan tai terveyskeskuksen tuottamaan polikliiniseen hoitoon liittyvät lääkkeet kuuluvat pääsääntöisesti kunnallisen järjestelmän rahoitusvastuulle. Sairausvakuutuslain mukaan sairausvakuutuksesta ei korvata kunnallisen sairaanhoidon yhteydessä avovastaanotolla annetusta lääkehoidosta aiheutuneita kustannuksia eikä sairaanhoidon kustannuksia ajalta, jonka vakuutettu on julkisessa laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa. Sairausvakuutus sen sijaan korvaa osan avohoidon lääkekustannuksista, jotka syntyvät lääkärin määräämistä avohoidon lääkkeistä ja yksityisessä terveydenhuollossa käytetyistä lääkkeistä.

Lääkkeiden kokonaismyynti oli vuonna 2008 lähes 2,7 miljardia euroa (THL 2010a). Tästä julkisessa terveydenhuollossa käytettävien lääkkeiden (ns. sairaalalääkkeet) osuus oli 438 miljoonaa euroa (16 %), avohoidon reseptilääkkeiden osuus 1,9 miljardia euroa (71 %) ja käsikauppalääkkeiden osuus 290 miljoonaa euroa (11 %). Vuonna 2008 sairausvakuutus maksoi lääkekorvauksia yhteensä 1,2 miljardia euroa. Terveydenhuollon kokonaismenoista lääkkeiden osuus on runsaat 17 prosenttia.

Julkisessa terveydenhuollossa potilaalle annettavat lääkkeet ovat käyttäjälle maksuttomia sisältäen käyttäjämaksuihin. Sairausvakuutuksen korvaamissa lääkkeissä korvausprosentti vaihtelee korvausluokittain (42%, 72% ja 100%) ja on keskimäärin 66 %. Korvausprosentti on varsin pieni verrattuna moniin muihin eurooppalaisiin maihin.

¹³ Tämän luvun kirjoittamisesta on vastannut Lauri Vuorenkoski

Lääkkeiden monikanavaisen rahoituksen keskeiset ongelmat

Lääkehuoltoon liittyy monia monikanavaiseseen rahoitukseen kytkeytyviä ilmiöitä ja ongelmia. Useimmat näistä ilmiöistä liittyvät siihen, että monikanavainen rahoitus vaikeuttaa hoidon kokonaisuuden ja kokonaiskustannusten optimointia ja johtaa paikoin epätarkoituksenmukaisiin kannusteisiin ja käytäntöihin. Nykyinen järjestelmä luo kannusteita siirtää lääkeshoidon kustannuksia ja rahoitusvastuuta toisen osapuolen maksettavaksi ilman että se kokonaisuuden kannalta olisi rationaalista tai potilaan edun mukaista.

Monikanavaisen rahoituksen voidaan ajatella kytkeytyvän kuusi keskeistä ongelmaa.

1

Kunnallisilla terveyspalveluiden tuottajilla ei ole taloudellista kannusteita tarkastella ja ottaa päätöksissään huomioon avohoidon lääkekustannuksia, toisin kuin muita hoidosta aiheutuneita kustannuksia. Esimerkiksi leikkaushoitajien kohdalla kunnallisen terveydenhuollon toimijoilla on taloudellinen kannuste arvioida, milloin potilas on hoidollisessa ja myös taloudellisessa mielessä tarkoituksenmukaista lähettää jatkohoitoon ja millä hinnalla näitä hoitoja tuotetaan. Kunnalliselle perusterveydenhuollolle ei ole esimerkiksi yhdentekevää lähetetäänkö potilas jatkohoitoon kalliiseen yksityissairaalaan vai edullisempaan hoitoon omaan sairaanhoitopiiriin. Ei ole myöskään yhdentekevää se, kuinka marginaalisen hyödyn potilas jatkohoidosta saa. Avohoidon lääkkeiden kohdalla kunnallisilla toimijoilla ei ole vastaavia kannusteita. Kunnallisen terveydenhuollon kannalta ei ole merkitystä sillä määrätäänkö avohoidossa hoidoksi kallis alkuperäisvalmiste vai saman hoidollisen arvon omaava vastaava rinnakkaisvalmiste. Puuttuvia taloudellisia kannusteita on pyritty osaltaan kompensoimaan muun muassa lääkevaihdoilla (2003) ja viitehintajärjestelmällä (2009). Ensimmäisen vuoden aikana viitehintajärjestelmä on tuonut jopa 109 miljoonan euron säästöt (Kela 2010a).

Tämä voi vaikuttaa terveydenhuollon tehokkuuteen monella eri tavalla. Lääkehoidoksi määrätään tarpeettomasti kalliita valmisteita vaikka yhtä hyvään hoitotulokseen päästäisiin halvemminkin lääkevalmisteella. Potilaalle määrätään lääkeshoito, vaikka ei-lääkkeellinen hoito olisi halvempi ja/tai tehokkaampi. Voi myös olla niin että sairaalassa annettavan halvemmän yhtä tehokkaan suonensisäisesti käytettävän valmisteen asemesta potilaalle määrätään apteekista ostettava kalliimpi avohoidon lääkevalmiste, jotta sairaala voi siirtää kustannuksen pois oman toimintayksikön kustannusvastuusta potilaan ja sairausvakuutuksen kannettavaksi (Huttunen 2007).

2

Nykyjärjestelmässä on ollut paikoin epäselvää, milloin julkisessa terveydenhuollossa annettuun hoitoon liittyvät lääkkeet ovat kunnallisen järjestelmän korvattavia ja milloin sairausvakuutuksen korvattavia. Esimerkiksi hyytymistekijä, solunsalpaaja, interferoni ja tuumorinekroositekijä alfa valmisteiden joukossa on useita pistoksina annettavia valmisteita joiden osalta kustannusvastuu ei ole aina selvä. Vuonna 2009 näistä maksettiin sairausvakuutuksen korvauksia 65 miljoonaa euroa (Kela 2010c). On raportoitu (Huttunen 2007) että potilaita on julkisen terveydenhuollossa pyydetty hakemaan terveydenhuollon toimintayksikössä annosteltavat lääkkeet apteekista sen sijaan että ne olisi annettu terveydenhuollon toimipisteessä. Esimerkiksi joidenkin implanttien suhteen tämä on melkein vakiintunut käytäntö. Tämä on selkeästi sairausvakuutuksen periaatteiden vastaista.

3

Kunnan vanhustenhuollon menoihin lääkekustannukset vaikuttavat siitä riippuen onko ikäännytynyt laitoshoidossa vai palveluasunnossa. Kunnan ei tarvitse kustantaa palveluasunnossa asu-

van lääkehoitoa, vaan asukas ja sairausvakuutus maksavat lääkekulut. Tämä voi luoda kunnalle kannusteen valita ikääntyneen hoitopaikka muiden tekijöiden kuin ikääntyneen toimintakyvyn, terveyden ja palvelutarpeen perusteella.

Näihin kolmeen edellä mainittuun ilmiöön liittyvät vaihtelevat toimintatavat eri terveydenhuollon toimintayksiköissä ja eri alueilla lisäävät potilaiden välistä asuinpaikasta riippuvaa alueellista eriarvoisuutta. Eri tavat siirtää kustannuksia kunnalliselta järjestelmältä sairausvakuutuksen maksettavaksi ovat ongelmallisia senkin takia, että lääkkeet ovat potilaalle sairausvakuutuksen tuella hankittuina useimmiten merkittävästi kalliimpia kuin julkisessa terveydenhuollossa saatuina, jossa ne ovat potilaalle maksuttomia. Osaoptimoinnin mekanismit ovat siis potilaiden edun vastaisia.

4

Kustannusten siirtoa voi tapahtua toiseenkin suuntaan. Lääkkeiden korvattavuudesta päättävällä Lääkkeiden hintalautakunnalla ei ole riittäviä kannusteita tai mahdollisuuksia tarkastella päätöstensä terveydenhuollossa aiheuttamia kokonaisvaikutuksia. Vaikka uuden lääkkeen käyttöönotto saattaisi aiheuttaa huomattaviakin lisäkustannuksia sairausvakuutukselle, lääkkeen käyttö voi merkittävästi alentaa esimerkiksi laitoshoidon kustannuksia. Siten lääkkeen käyttöönotto voi olla kokonaistaloudellisesti edullista ja säästää kokonaiskustannuksia vaikka se lisäksi sairausvakuutuksen menoja.

5

Monikanavaisesta rahoituksesta johtuen lääkeyritykset hinnoittelevat hyvin eri periaattein kunnallisessa terveydenhuollossa ja avohoidossa käytettävät valmisteet. Usein laitoshoidossa potilaalle aloitettu lääkitys voi jatkua pitkään myös avohoidossa potilaan kotiuduttua. Tällöin ongelmaksi voi muodostua se, että erilaisesta hinnoittelusta johtuen laitoksessa valittu lääkevalmiste voi olla kyseiselle toimintayksikölle muita vaihtoehtoja edullisempi, kun taas avohoidossa valmiste voi olla huomattavasti muita vaihtoehtoja kalliimpi ja siten kokonaistaloudellisesti huonompi vaihtoehto.

Tutkimusnäyttöä edellä kuvatuista ilmiöistä ja niiden aiheuttamista ongelmista ei juuri Suomesta ole. Tästä johtuen niiden taloudellista ja toiminnallista merkitystä on vaikea täsmällisesti arvioida. Kuitenkaan lääkehuollon rahoituksen monikanavaisuuteen liittyvät ongelmalliset ilmiöt eivät varmasti ole vähäpätöisiä tai yhdentekeviä. Näitä ongelmia on ulkomaisten ja kotimaisten asiantuntijoiden puheenvuoroissa tuotu säännöllisesti esille (esim. OECD 2005, Huttunen 2007, Mossialos ja Srivastava 2008). Taloudellista merkitystä voidaan arvioida esimerkiksi tarkastelemalla viitehintajärjestelmän käyttöönoton merkittävää positiivista vaikutusta lääkeshoidon kustannustehokkuuteen. Aivan mahdotonta tutkimusnäytön saaminen näistä ilmiöistä ei kuitenkaan ole. Tämän mahdollistaa kansallinen kattava lääkekorvausrekisteri. Ongelman mittaluokan selvittäminen edellyttää erillistä tutkimushanketta.

Mitä hyötyjä monikanavaisesta rahoituksesta?

Mitään rationaalista periaatteellista syytä lääkkeiden monikanavaiseseen rahoitukseen ei liene olemassa. Toisin sanoen syytä miksi avohoidon lääkkeiden rahoitus pitäisi ylipäättään kytkeä irti muusta terveydenhuollon rahoituksesta, kun asiaa katsotaan nykyisen kunnallisen järjestämisvastuun näkökulmasta. Kansainvälisesti tämä ei ole kovin yleistä. Esimerkiksi Ruotsissa ja Tanskassa avohoidon lääkekorvauksista vastaa sama rahoittajataho kuin terveydenhuoltopalveluista muutenkin. Syyt suomalaiseen järjestelmään ovat pääosin historialliset.

Tästä huolimatta voidaan löytää monia etuja siitä, että meillä on kansallinen lääkekorvausjärjestelmä verrattuna tilanteeseen että avohoidon lääkkeiden korvaaminen tapahtuisi kunta- tai

kuntayhtymätasolla. Ensinnäkin nykyinen lääkekorvausjärjestelmä mahdollistaa kansallisesti yhtenäisen käytännön, joka takaa yhdenvertaisen kohtelun riippumatta potilaan asuinpaikasta. Toiseksi kansallinen järjestelmä ei altista pieniä kuntia erityisen kalliiden lääkkeiden aiheuttamalla kohtuuttomalle kustannusten satunnaisvaihtelulle. Kolmanneksi sairausvakuutus luo selkeät priorisointi- ja päätöksenteon periaatteet avohoidon lääkkeiden korvattavuuteen. Vastaavaa päätöksentekomekanismia ei ole kunnallisessa terveydenhuollossa.

Ehdotetut muutokset koskien lääkkeiden monikanavaista rahoitusta

Professori Jussi Huttusen selvityshenkilöraportissa (Huttunen 2007) esitetään ratkaisu osaoptimoitongelmiin koskien julkisen terveydenhuollon polikliinisessa toiminnassa käytettäviä lääkkeitä. Selvityksessä esitetään avovastaanotolla annettua lääkehoitoa sairausvakuutusjärjestelmän korvattavaksi silloin, kun lääkkeellä muutoinkin on sairausvakuutuslain mukainen korvattavuus. Sairaala ja terveystakeskus toimittaisi lääkkeitä, myös kansalliseen rokotusohjelmaan kuulumattomat rokotteet, ja hakisi Kansaneläkelaitokselta korvauksen korvausjärjestelmän piiriin kuuluvista lääkkeistä. Kunnallinen terveydenhuolto vastaisi edelleenkin kaikista niiden lääkkeiden kustannuksista, jotka sisältyvät polikliiniseen hoitoon ja joilla ei ole Lääkkeiden hintalautakunnan antamaa korvattavuutta ja sen edellytyksenä olevaa kohtuullista tukkuhintaa. Tällöin jäisi kuitenkin vielä polikliinisten lääkkeiden rahoittajaksi kaksi tahoa, sairausvakuutus ja kunnallinen terveydenhuolto.

OECD:n tekemässä terveydenhuollon maa-arvioinnissa (OECD 2005) ehdotettiin että avohoidon lääkkeiden korvausvastuu siirrettäisiin kunnille (kunnallinen terveydenhuolto) ja työnantajille (työterveyshuolto). Tässä järjestelmässä Kansaneläkelaitos kuitenkin päättäisi lääkkeiden korvattavuudesta. Toisena vaihtoehtona ehdotettiin julkisen terveydenhuollon lääkäreille lääkemääräysbudjetteja. Mossialosin ja Srivastavan (2008) Suomen lääkepolitiikkaa koskeneessa kokonaisarvioinnissa tätä ehdotusta ei kuitenkaan kannatettu.

Ehdotus monikanavaisen rahoituksen ongelmien korjaamiseksi

1

Avohoidon lääkkeiden rahoituksen eriyttämiselle muusta terveydenhuollosta ei löydy vahvoja perusteita, vaan se päinvastoin luo monia tehokkuuteen ja tasa-arvoon kytkeytyviä ongelmia. Tästä johtuen lääkkeiden rahoitusvastuu tulisi yhdistää samaan ”koriin” muiden terveydenhuollon hoito- ja toimintomuotojen ohella. Lääkehoidon rahoitusta ei ole kuitenkaan tarkoituksenmukaista hajottaa kuntatasolle nykyisessä kuntarakenteessa, vaan tämä edellyttää huomattavasti vahvempia rahoitusvastuuissa olevia organisaatioita. Uudessakin järjestelmässä lääkkeiden korvattavuuden kriteereiden tulee olla yhtenäisiä koko maassa.

2

Aiemmin esillä ollut esitys avovastaanotolla annetun lääkehoidon korvaamiseksi sairausvakuutuksesta silloin, kun lääkkeellä muutoinkin on sairausvakuutuslain mukainen korvattavuus (Huttunen 2007), korjaisi osittain yhtä lääkkeiden rahoituksen monikanavaisuuden aiheuttamaa ongelmaa, mutta ei täysin poistaisi polikliinisesti annettuja lääkehoitoja koskevia osaoptimoitongelmia. Tämä johtuu siitä, että mallissa kunnallinen terveydenhuolto vastaisi edelleenkin kaikista niiden lääkkeiden kustannuksista, jotka sisältyvät polikliiniseen hoitoon ja joilla ei ole Lääkkeiden hintalautakunnan antamaa korvattavuutta ja sen edellytyksenä olevaa kohtuullista tukkuhintaa.

7.5 Lääkinnällinen kuntoutus¹⁴

Lääkinnällinen kuntoutus on yksi kuntoutuspalvelun muoto. Muut kuntoutuspalvelut ovat ammatillinen, kasvatuksellinen ja sosiaalinen kuntoutus. Lääkinnällisestä kuntoutuksesta annettun asetus (1015/1991) määrittää lääkitäntällisen kuntoutuksen eri muodot. Kunnallinen terveydenhuolto rahoittaa nämä palvelut kokonaisuudessaan, muut kuntoutusta rahoittavat tahot vain osan näistä toiminnoista. Näitä rahoittajatahoja ovat muun muassa valtio, Kansaneläkelaitos, vakuutusyhtiöt (liikenne- ja tapaturmavakuutus), Valtiokonttori (sotainvalidien ja sotaveteraanien kuntoutus), Raha-automaattiyhdistys, työnantajat ja kuntoutuja itse.

Kunnallisen terveydenhuollon lääkitäntällisen kuntoutuksen volyymistä tai kustannuksista ei ole tilastotietoja. On kuitenkin arvioitu, että lääkitäntällisen kuntoutuksen asiakkaita on vuosittain noin 500 000 (HE 90/2010). Tietojen kerääminen on myös ongelmallista sosiaalipalvelun ja koulutoimen osalta.

Kansaneläkelaitos ei korvaa lääkitäntällistä kuntoutusta mikäli se liittyy välittömästi sairaanhoitoon. Tällöin kuntouttajana on julkinen terveydenhuolto. Vuonna 2008 Kansaneläkelaitos korvasi vaikeavammaisten lääkitäntällistä kuntoutusta 113 miljoonalla eurolla, mikä on runsas kolmannes maksetuista kuntoutusetuuksista. Kaikkiaan Kansaneläkelaitos maksoi kuntoutuskorvauksia vuonna 2008 yhteensä 295 miljoonaa euroa, mistä noin 95 miljoonaa euroa (32 %) käytettiin harkinnanvaraiseen kuntoutukseen, 29 miljoonaa euroa (10 %) vajaakuntoisten ammatilliseen kuntoutukseen ja lisäksi kuntoutusrahaa maksettiin noin 59 miljoonaa euroa (20 %) (Kela 2009).

Sairausvakuutuksen korvaamina hoitoina korvattiin fysioterapiakustannuksia vuonna 2006 vajaat 18 miljoonaa euroa. Työpaikkakassat maksoivat fysioterapian korvauksista 1,35 miljoonaa euroa. Vakuutetuille fysioterapiasta aiheutui yhteensä noin 67 miljoonan euron kustannukset (STM 2007).

Valtiokonttorin ja osin Raha-automaattiyhdistyksen ja kuntien rahoittama sotainvalidien ja sotaveteraanien kuntoutus on myös merkittävä sekä laajuudeltaan että kustannuksiltaan. Järjestelmä sisältää lääkitäntällisten kuntoutustoimenpiteiden lisäksi muun muassa asumisen tukemista ja haittakorvaukset. Valtion korvaus sotainvalidien laitosten käyttökustannuksia varten on varattu vuoden 2011 valtion budjetissa 65 miljoonaa euroa. Valtionapuna sotainvalidien leskille on kuntoutusta varten varattu kolme miljoonaa euroa ja eräissä Suomen sotiin liittyvissä tehtävissä palvelleiden kuntoutukseen 3,5 miljoonaa euroa ja rintamaveteraanikuntoutukseen 31 miljoonaa euroa (HE 126/2010 vp).

Raha-automaattiyhdistys rahoittaa myös järjestöjen kuntoutusohjausta 2,4 miljoonalla eurolla ja kuntoutukseen liittyvää toimintakyvyn edistämistyötä vajalla 15 miljoonalla eurolla sekä kuntoutusta ja hoitoa 16 miljoonalla eurolla.

Monikanavaisen palvelun järjestämiseen ja rahoitukseen liittyviä ongelmia

Lääkitäntälliseen kuntoutukseen liittyy useita rahoituksesta johtuvia rajanveto-ongelmia ja mahdollisuuksia osioptimointiin. Asiakkaan kannalta kuntoutuksen palveluketjun toteutus voi muodostua ongelmalliseksi, mikäli palvelun rahoittajien välillä on erimielisyyksiä tarvittavasta palvelusta, sen määrästä ja toteuttamispaikasta.

¹⁴ Tämän luvun kirjoittamisesta ovat vastanneet Lauri Vuorenkoski ja Matti Ojala

Ongelmallista on myös se, että esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen kielteisistä kuntoutuspäätöksistä sosiaaliturvan muutoslautakunnasta saatava päätös saattaa viedä yli vuoden, mikä viivästyttää merkittävästi kuntoutuksen aloittamista.

Tyypillistä rajankäyntiä tapahtuu esimerkiksi silloin kun Kansaneläkelaitos katsoo, että vaikeavammaisen alle 65-vuotiaan henkilön kuntoutus ei ole enää tuloksellista ja kuntoutus siirtyy kunnalliseksi terveyspalveluksi, tai kun aiemmin korotettua alle 16-vuotiaiden hoitotukea saaneen lapsen hoitotuki muutetaan alimmaksi hoitotueksi. Tällöin loppuu myös Kansaneläkelaitoksen maksama lääkinnällisen kuntoutuksen tuki. Kuntoutujan kannalta rahoitusvastuun muuttuminen tarkoittaa lisäksi usein palveluntarjoajan muuttumista ja joskus pitkäaikaisen terapiasuhteen päättymistä.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyy myös mahdollisuuksia palvelun rahoituksen osaoptimointiin. Keskeinen rajanveto-ongelma kytkeytyy muun muassa kunnallisen kuntoutuksen ja Kansaneläkelaitoksen rahoittaman kuntoutuksen välillä arviointiin siitä, milloin kuntoutus liittyy välittömästi sairauden hoitoon ja milloin ei. Käytännössä tämä on varsin vaikea määrittellä ja johtaa tilanteisiin, jossa kunnallinen järjestelmä ja sairausvakuutus kummatkin toteavat lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeelliseksi, mutta kumpikin järjestelmä pyrkii siirtämään kuntoutuksen rahoitusvastuun toiselle osapuolelle. Kuntoutujille nämä tilanteet ovat hyvin hankalia.

Kunnan velvollisuus on järjestää tarvittavat fysioterapiapalvelut, mutta kuitenkin sairausvakuutuksen kautta korvataan myös julkisen terveydenhuollon läheteellä annettua fysioterapiaa (STM 2007). Julkisen terveydenhuollon lääkärin antamat fysioterapiamääräykset muodostavatkin huomattavan osan (37 %) Kansaneläkelaitoksen korvaamasta fysioterapiasta. Tämä siitä huolimatta, että Korkein hallinto-oikeus on antanut ratkaisun, jossa on korostettu kunnan velvollisuutta järjestää kansanterveystilain perusteella lääkinnällinen kuntoutus sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa edellyttää (KHO 2002).

Nykyistä lähetekäytäntöä voidaan pitää palvelujen tuottamisen kannalta ongelmallisena, sillä se ei kannusta julkista sektoria tuottamaan tarvittavia fysioterapiapalveluja. Ongelmia syntyy myös alueellisen yhdenvertaisuuden suhteen. Sairausvakuutuksen maksamat fysioterapiakorvaukset vaihtelevat alueiden välillä varsin paljon (STM 2007), minkä perusteella voidaan olettaa että myös julkisen terveydenhuollon käytännöt fysioterapian järjestämisessä vaihtelevat.

Hallituksen esityksessä uudeksi terveydenhuoltolaiksi (HE 90/2010) on todettu kuntoutusjärjestelmän monialaisuus. Siinä todetaan, että kuntoutusjärjestelmän kehittämisen haasteet liittyvät työelämässä olevien työkyvyn ylläpitämiseen, päihde- ja mielenterveyskuntoutujiin, työmarkkinoilta syrjäytyvien työllistymiseen, sosiaalisen kuntoutuksen tarpeessa oleviin, oppimisvaikeuksissa oleviin lapsiin ja syrjäytymisuhan alaisiin nuoriin sekä ikääntyvään väestöön. Lisäksi kaivataan tehostamista kuntoutukseen ohjautumisessa ja varhaista kuntoutuksen käynnistymisessä sekä selkiennyttämistä kuntoutuksen järjestämisvastuun ja kuntoutuksen koordinaation kohdalla.

Eri toimijoiden välistä yhteistyötä on kuntoutuksen alalla pyritty tiivistämään lailla kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä, jossa muun muassa säädetään kuntatason kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmästä, sairaanhoitopiiritason kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunnasta ja valtakunnantason kuntoutusasian neuvottelukunnasta.

Käytännössä järjestämisvastuussa on todettu olevan epäselvyyksiä (STM 2009a), kun prosessin omistajuus kuuluu julkiseen terveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon, mutta rahoitusvastuu jakautuu usealle rahoittajalle. Tämä on omiaan heikentämään kuntoutusprosessien toimivuutta ja aiheuttamaan tarpeettomia viiveitä.

Ehdotus monikanavaisen rahoituksen ongelmien korjaamiseksi

Lääkinnällinen kuntoutus on osa kuntoutusprosessia, johon kuuluu myös ammatillinen, kasvatuksellinen ja sosiaalinen kuntoutus. Näiden kuntoutusmuotojen toimijat ovat sosiaali-, koulutus- ja työvoimahallinnossa.

Asiakkaan kannalta kuntoutusprosessi tulisi olla yhtenäinen tapahtumaketju ja näin kuntoutuksen kentän eri toimijoiden välinen yhteistoiminta palveluketjun saumattomuuden turvaamiseksi on välttämätöntä.

Lääkinnällisen kuntoutuksen palvelun kysyntä ja tarjonta muuttuvat seuraavan kymmenen vuoden kuluessa tuntuvasti. Sotainvalidien ja sotaveteraanien kuntoutusjärjestelmä voidaan lopettaa nykyisessä muodossaan, toisaalta suuret ikäluokat lähestyvät vanhuusikää. Suomessa on varsin mittava kuntoutuslaitoskapasiteetti. On tarpeen myös tunnistaa, että lääkinnällisen kuntoutuksen piirissä on useita erityyppisiä asiakasryhmiä ja osin vakiintuneita, pitkäaikaisia terapiasuhteita, joita on hankala kilpailuttaa. Näin lääkinnälliseen kuntoutukseen sidotut voimavarat, niin rakennukset, laitteet ja välineet, hallinnon organisointi kuin kuntoutushenkilökunnalta edellytettävä asiantuntemus, kuntoutuksen asiakaskunnan muutokset ja monikanavainen rahoitus luovat järjestelmän kehittämislle useita epävarmuustekijöitä.

1

Lääkinnällinen kuntoutuksen julkinen rahoitus ja järjestämisvastuu on erittäin hajautunut ja osittain hyvin epäselvä. Tästä johtuen vastuu lääkinnällisestä kuntoutuksesta tulisi keskittää yhteen ja samaan kansalliseen tai alueelliseen organisaatioon, jolloin kuntoutuksen järjestäminen voidaan suunnitella kokonaisvaltaisesti ja kansalaisten kannalta ymmärrettävällä tavalla. On myös perusteltua, että lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaa sama taho kuin muistakin terveyspalveluista. Näin kuntoutus voidaan nivoa saumattomaksi osaksi muuta terveydenhuoltoa. Uudistuksessa varmistetaan, että lääkinnällisen ja muun kuntoutuksen välille ei synny haitallisia raja-aitoja, vaan kuntoutus muodostaa saumattoman kokonaisuuden.

2

Kuntoutuksen rahoitusjärjestelmä on tämän selvitystyön yhteydessä haastateltujen asiantuntijoiden mukaan tarkastelluista toiminnoista monimuotoisin ja kokonaisuus vaikeasti hahmotettavissa. Kuntoutuksen rahoituksen yksityiskohtaista arviointia ehdotetaan erillisen jatkoselvitystyön kohteeksi.

7.6 Hammashoito¹⁵

Hammashoitopalvelut olivat Suomessa 1950-luvun puoliväliin saakka lähes kokonaan yksityisiä ja yksityinen sektori tuotti suurimman osan aikuisten palveluista aina 2000-luvulle saakka. 1950-luvulla käynnistetty kunnallinen kouluhammashoito ja 1970-luvulla aloitettu lasten ja nuorten järjestelmällinen hammashoito terveyskeskuksissa toivat nuorimman väestön julkisen hammashoidon piiriin. 1980-luvun puolivälistä myös nuoria aikuisia ja joitakin erityisryhmiä alettiin hoitaa terveyskeskuksissa. Samaan aikaan nuorten aikuisten yksityistä hammashoitoa alettiin korvata sairausvakuutuksesta. Vasta vuosina 2001–2002 toteutettu hammashoitouudistus poisti ikärajoitukset ja avasi kaikille aikuiselle pääsyn terveyskeskushammashoittoon. Samalla myös iäkkäämmät aikuiset alkoivat saada sairausvakuutuskorvausta yksityisten hammashoitopalvelujen käytöstä.

¹⁵ Tämän luvun kirjoittamisesta on vastannut Eeva Widström.

Perinteisesti yksityinen sektori on hoitanut parhaiten toimeentulevan osan väestöstä ja muut ovat hankkineet hammashoitonsa erikoishammasteknikoilta ja terveyskeskuksista tai jääneet palveluja paitsi. Korkeasti koulutetut ja hyvätuloiset ovat käyttäneet hammashoitopalveluja suhteellisesti eniten, hoidon tarve on kuitenkin ollut suurinta perusasteen koulutuksen saaneilla ja pienituloisilla (Nguyen ja Häkkinen 2004, Nihtilä ja Widström 2005, Poutanen ja Widström 2008).

Pohjoismainen hammashoitomalli

Suurimmassa osassa EU-maita hammashoito toimii erillään muusta terveydenhuollosta. Tyypillisesti hammashuollon menoista rahoitetaan selvästi suurempi osa asiakasmaksuilla kuin muusta terveydenhuollosta. Useimmissa maissa hammashoito on yksityissektorin järjestämää. Vain pohjoismaissa ja Englannissa toimii rinnakkain julkinen ja yksityinen sektori. Keski-Euroopan maissa sairausvakuutuksen merkitys hammashoidon rahoituksessa on merkittävä, mutta toiminta- ja ohjauksmekanismit ovat erilaiset kuin meillä (Widström ja Eaton 2004).

Pohjoismaisessa hammashoitomallissa julkinen sektori hoitaa lapsia ja nuoria, Tanskassa lisäksi myös vanhuksia ja Norjassa vanhuksia ja erityisryhmiä. Ruotsissa ja Suomessa koko väestö voi käyttää julkisia palveluja. Hammashuollon menot asukasta kohti olivat vuonna 2008 Suomessa merkittävästi alhaisemmat kuin muissa Pohjoismaissa. Tanskassa hammashuoltoon käytettiin 209 euroa (vuonna 2007), Ruotsissa 256 euroa ja Norjassa 290 euroa asukasta kohti, Suomessa menot olivat 184 euroa asukasta kohti (OECD 2010). Ero johtuu osittain hammaslääkärimäärän vähenemisestä Suomessa viime vuosina ja osittain siitä että meillä on enemmän hampaattomia, jotka eivät tarvitse hoitoa yhtä paljon kuin hampaalliset.

Väestöryhmien väliset sosioekonomiset erot palvelujen käytössä ja suun terveydessä ovat EU – maista vähäisimmät Ruotsissa ja Saksassa (Widström ja Eaton 2004). Tanskassa päästään parhaisiin tuloksiin lasten ja nuorten suun terveydessä. Kaikissa näissä kolmessa maassa hammashoitokustannukset ovat korkeammat kuin Suomessa. Ruotsissa ja Saksassa kustannukset ovat korkeat myös muihin EU - maihin verrattuina.

Hammashoitopalvelujen tarve ja käyttö

Väestön hoidon tarpeessa on tapahtunut viimeisten vuosikymmenten aikana suuri muutos. 2000-luvun alussa työikäisillä aikuisilla oli enemmän omia hampaita kuin koskaan 1900-luvulla ja myös eläkeikäisten hampaattomuus on vähentynyt. Samalla kun omien hampaiden säilyminen parantaa väestön elämänlaatua, se lisää korjaavan hammashoidon tarvetta.

Suun terveys ja hoidon tarve ovat selvästi yhteydessä sosioekonomiseen taustaan. Korkeasteen koulutuksen saaneilla ja hyvätuloisilla suut ovat hyvässä kunnossa, kun taas perusasteen koulutuksen saaneilla ja pienituloisilla hammassairauksia esiintyy runsaammin (Suomen-Taipale ym. 2004). Ylempien sosiaaliryhmien saama hoito on yleensä vielä teknologisesti kehittyneempää (kruunuja, siltoja, implantteja) kuin alemmissa (puuttuvia hampaita näkyvillä alueilla, irtoproteeseja)(Nihtilä ja Widström 2005). Osasyynä tähän on ollut se, että proteettisen hoidon saatavuus terveyskeskuksissa on ollut heikkoa ja yksityissektorilla hoidot ovat olleet kalliita eikä niitä ole korvattu sairausvakuutuksesta.

Aikuiset käyvät aikaisempaa enemmän hammashoidossa. Terveyskeskusten hammashoitopalvelujen käyttäjämäärä on hammashoitouudistuksen jälkeen kasvanut vajaat 7 prosenttia vuosina 2003–2008 (THL/Sotkanet 2010). Yksityissektorilla käyttäjien määrä on samana aikana kasvanut runsaat 3 prosenttia.

Vuonna 2009 terveyskeskuksissa kävi 1,9 miljoonaa henkilöä, noin 1,1 miljoonaa aikuista ja 0,8 miljoonaa lasta eli suurempi osa väestöstä kuin yksityisellä sektorilla. Yksityinen sektori hoiti noin 1,0 miljoonaa aikuista ja 10 000 lasta (THL/Sotkanet 2010). Molempien sektoreiden yhteiskäyttö on harvinaista, vain noin kahden prosentin luokkaa. Eniten yhteiskäyttöä on pääkaupunkiseudulla, noin 4 % (THL/CHESS 2010b), johtuen siitä että terveyskeskukset järjestävät päivystyspalvelut koko väestölle (Turunen ja Widström 2008), joita myös yksityissektorin potilaat käyttävät.

Erikoissairaanhoidon osuus suun terveydenhuoltopalvelujen tuottamisessa ei ole volyymiltään kovin suuri eikä se tilastoidu suun terveydenhuollon kustannuksiin. Vuonna 2005 vuodeosastoilla oli 6700 potilasta suusairauksien takia ja avohoidon käyntejä oli 85 000. Hammaslääkäreistä erikoissairaanhoidon työllistää pari prosenttia (Widström ym. 2007).

Hammashoidon kustannukset ja rahoitus

Vuonna 2008 hammashoidon kokonaismenot olivat 937 miljoonaa euroa eli 5,5 prosenttia tässä selvityksessä tarkastelluista terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista (THL 2010a, THL 2010b, Kela 2009, Kela 2010b)). Yksityisen sektorin osuus menoista oli 62 prosenttia ja terveyskeskusten osuus 36 prosenttia. Hammashuollon kokonaismenoista palvelujen käyttäjät rahoittivat valtaosan (55 %), kunnat 30 prosenttia ja sairausvakuutus 13 prosenttia. Sairausvakuutus korvasi vuonna 2008 hammashuoltomenoja yhteensä 119 miljoonaa euroa. Yksityissektoria käyttäneet maksoivat sairausvakuutuskorvauksen piirissä olevasta hoidosta selvästi suuremman osan itse (63 %) kuin terveyskeskuksessa käyneet (26 %). Hammasproteettiseen hoitoon, jonka potilaat maksavat kokonaan itse, käytettiin vuonna 2008 noin 73 miljoonaa (THL 2010a).

Mitä etua ja haittaa monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä on

Monikanavainen rahoitus on mahdollistanut yksityisten hammashoitopalvelujen käytön julkisen rahoituksen tukemana. Sairausvakuutuskorvauksen on oletettu alentavan palvelujen käytön kustannuksia käyttäjälle. Tätä pidettiin erityisen tärkeänä hammashoitouudistusta toteuttaessa vuosituhannen vaihteessa, kun pelättiin erityisen tärkeänä hammashoitopalvelujen kysynnän ylittävän terveyskeskusten vastaanottokapasiteetin ja kysyntää haluttiin ohjata myös yksityiselle sektorille, jottei julkisella sektorilla tarvittaisi suuria lisäinvestointeja ja lisäresursseja. Palvelujen käyttäjien kokemukset eivät kuitenkaan yksiselitteisesti tue oletusta yksityisen hammashoidon hintojen alenemisesta sairausvakuutuskorvausten laajennuttua koskemaan koko väestön hammashoittoa (Nihtilä ja Widström 2005).

Kuntarahoittajan näkökulmasta monikanavaisen rahoituksen selvä etu on, että palvelujen käyttäjän kannalta melko pienellä sairausvakuutuskorvauksella käyttöä voidaan ohjata yksityiselle sektorille ja suuri osa kustannuksista voidaan siirtää yksittäisen palvelujen käyttäjän maksettavaksi. Yksityisten palvelujen tukeminen yhteiskunnan varoista tarjoaa palvelujen järjestämisvastuussa oleville kunnille kannusteita olla järjestämättä riittävästi julkisia hammashoitopalveluja ja kannustaa siirtämään kunnalle kuuluvaa rahoitusvastuuta sairausvakuutukselle ja potilaille. Toisaalta yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset tukevat jo ennen hammashoitouudistuksen toteuttamista hyvin kannattanutta yksityistä liiketoimintaa (Mikkola ym. 2005, Mikkola ym. 2007).

Yhteenvedon edellä esitetystä voidaan todeta että hoitopalvelujen järjestämisen ja rahoituksen kannalta suun terveydenhuollossa on ongelmallisinta se, että valtaosa kustannuksista ja merkittävä osa henkilöstöresursseista kohdistuu pienen, suhteellisen hyvähampaisen väestöryhmän hoitoon, eikä muulle huonompihampaiselle väestölle ole riittävästi tarpeenmukaisia

palveluita. Nykyinen järjestelmä on syntynyt pitkällä aikavälillä ja niukoilla resursseilla ja suun terveydenhuollon ongelmat poikkeavat selvästi muun terveydenhuollon tämänhetkisistä ongelmista.

Ehdotus monikanavaisen rahoituksen ongelmien korjaamiseksi

Suun terveydenhuollossa palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuun tulee olla samalla toimijalla kuin muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Rahoitus- ja järjestämisvastuun uudistamisella tulee varmistaa että uudistus luo kannusteita kohdistaa hoitopalvelut nykyistä paremmin koko väestön hoitotarpeitten mukaisesti. Rahoitusta ja järjestämistä koskevien uudistusten tulee turvata myös erityisryhmien asema suun terveydenhuollon palvelujen saamisessa.

8 MONIKANAVAINEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄ JA VÄESTÖRYHMIEN JA ALUEIDEN VÄLINEN YHDENVERTAISUUS¹⁶

8.1 Mitä tiedetään monikanavaisen rahoituksen vaikutuksista terveyspalvelujen käytön kohdentumiseen

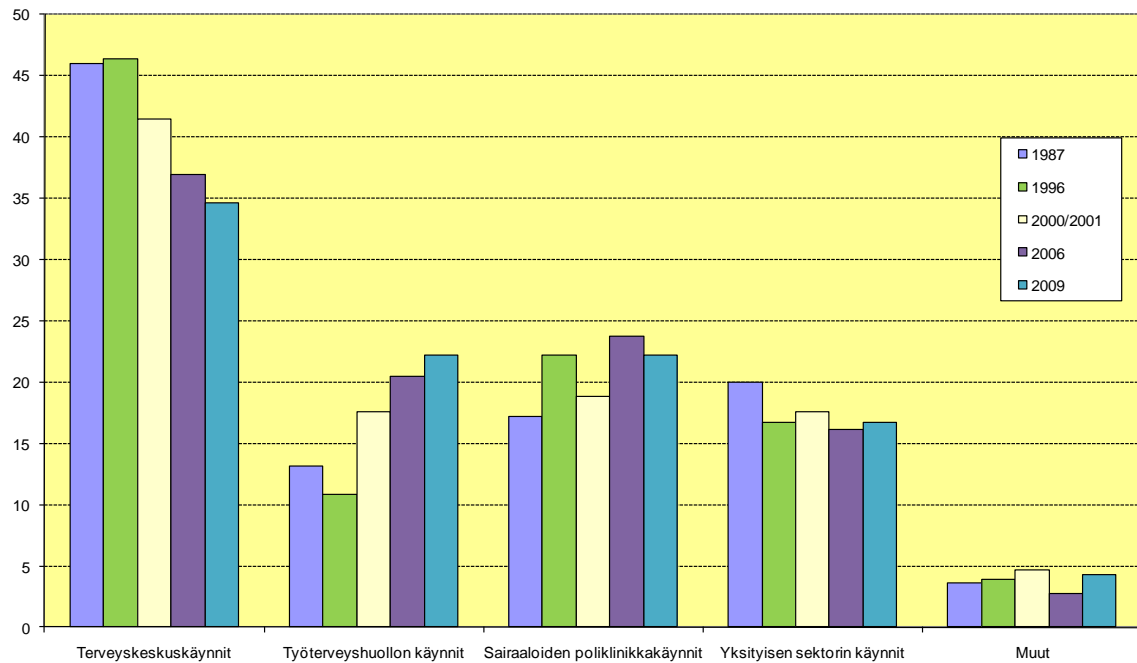
Avohoidon lääkäripalvelut

Terveyspalvelujen käytön jakautumisesta väestöryhmittäin on pitkäaikaista ja vertailukelpoista tietoa lähinnä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluista. Eri tutkimusten tulokset voidaan tiivistää seuraavasti. Terveysturvan väestötutkimussarjan mukaan sosiaaliryhmien väliset erot palvelujen käytössä supistuivat sairausvakuutusuudistuksen ja terveyskeskusverkoston perustamisen seurauksena 1960-luvulta lähtien. Sen sijaan 1980-luvulta viime vuosiin saakka erot näyttäisivät säilyneen kutakuinkin vakaina (Manderbacka ym. 2007, Häkkinen ja Nguyen 2010). Aiemasta erojen supistumisesta huolimatta kansainvälisessä vertailussa lääkäripalvelujen käyttö painottuu Suomessa kansainvälisesti tarkastellen poikkeuksellisen voimakkaasti keskimääräistä hyvätuloisempiin, kun pyritään ottamaan huomioon palvelujen tarve (van Doorslaer ym. 2004). Tuloksen selittää yksityisten- ja työterveyspalvelujen suuri osuus lääkäripalvelujen kokonaiskäytössä (kuvio 8). Työterveyspalvelujen ja yksityissektorin palvelujen käyttö jakautuvat selvästi painottuen keskimääräistä hyvätuloisimpiin, kun taas julkiset terveyskeskusten ja sairaalapoliklinikkojen lääkäripalvelut jakautuvat kutakuinkin neutraalisti (kuvio 9).

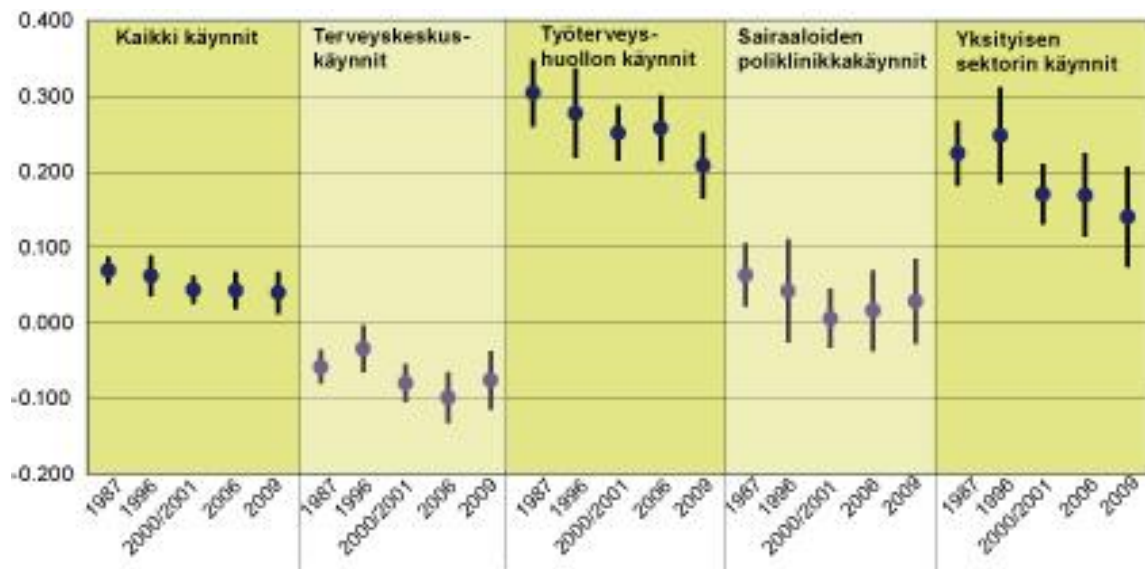
Yksityisten palvelujen ja työterveyspalvelujen käytön painottuminen ei ole yllätys koska molempien käyttö ehdollistuu sosiaaliseen aseman mukaan. Yksityisistä palveluista potilaan maksettavaksi jäävä osuus on huomattavan korkea; lääkäripalkkioista 75 prosenttia ja tutkimuksesta ja hoidosta 69 prosenttia (Kela 2009). Sairausvakuutuskorvauksen osuus palkkioista on myös vähitellen pienentynyt, vuonna 1990 potilaan omavastuuosuus lääkäripalkkioista sekä tutkimuksesta ja hoidosta oli noin 60 prosenttia. Työterveyshuolto rajautuu työllisiin ja yrittäjiin, mikä parantaa näiden ryhmien lääkäripalvelujen saatavuutta suhteessa työvoiman ulkopuolella tai työttömänä oleviin. Työterveyshuollon vaikutusta palvelujen käytön jakaumaan lisää se, että palvelujen kattavuus ja sisältö vaihtelevat. Yleisesti voidaan todeta, että työterveyshuollon kattavuus ja palvelut ovat parhaimpia hyvässä työmarkkina-asemassa olevilla työntekijöillä. Puutteita on muun muassa pienyritysten ja esimerkiksi rakennusalan yritysten tarjoamissa palveluissa sekä epätyypillisissä työsuhteissa työskentelevien palveluissa.

¹⁶ Tämän luvun kirjoittamisesta on vastannut Ilmo Keskimäki.

Kuvio 8. Lääkärissäkäyntien jakautumien (%) sektoreittain vuosina 1987–2009 (Häkkinen ja Nguyen 2010).



Kuvio 9. Lääkärissäkäyntien oikeudenmukaisuusindeksit ja niiden 95 % luottamusvälit sektoreittain vuosina 1987–2009 (Häkkinen ja Nguyen 2010)¹⁷.



¹⁷ Lääkäripalvelujen käytön oikeudenmukaisuutta tuloluokittain arvioidaan indeksillä, jossa palvelujen käyttö suhteutetaan arvioituun hoidon tarpeeseen. Hoidon tarvetta arvioidaan pitkäaikaisen sairastavuuden, koetun terveydentilan, iän ja sukupuolen perusteella ottaen huomioon henkilön tulot. Mitä lähempänä indeksin arvo on nollaa, sitä paremmin lääkäripalvelujen käyttö vastaa tarvetta. Jos arvo on +1 (-1), suurituloiset (pienituloiset) käyttävät kaikki palvelut. Mitä positiivisempi (negatiivisempi) indeksin arvo on, sitä enemmän suurituloiset (pienituloiset) käyttävät palveluja suhteessa hoidon tarpeeseen. (Häkkinen ja Nguyen 2010)

Yksityiset terveystalot kattavat noin viidenneksen kaikista lääkärivastaanottokäynneistä ja yksittäisillä erikoisaloilla osuus on vielä huomattavasti suurempi (THL/CHESS 2010a,b). Alueellisesti yksityisistä palveluista on erityisesti tarjolla Etelä-Suomessa ja kaupunkipaikkakunnilla. Työterveyshuollon lääkärikäyntien osuus on noin 18 prosenttia kaikista aikuisväestön lääkärikäynneistä. Työterveyshuollon lääkärikäyntien syynä on pääosin sairaudenhoito. Vuonna 2008 työterveydenhuollon kustannuksista 62 prosenttia kohdistui varsinaisen työterveydenhoidon sijasta sairaanhoitoon ja muuhun terveydenhoitoon (Kela 2010b).

Suun terveydenhuollon palvelut

Hammaslääkärikäynnit ovat perinteisesti painottuneet selvästi ylimpiin sosiaaliryhmiin. Vuonna 2002 toteutetun hammashuoltouudistuksen, joka velvoitti kunnat järjestämään palvelut koko väestölle ja laajensi sairausvakuutuskorvaukset koko väestöön, ennakoitiin tasoittavan hammaslääkäripalvelujen käytön sosiaaliryhmittäisiä eroja. Terveyskeskushammaslääkärikäyntien osuuden kasvu pienituloisilla onkin jossain määrin tasoittanut käynneissä olevia eroja (Manderbacka ym. 2007).

Somaattiset sairaalapalvelut

Sairaalapalveluissa yksityisten sairaaloiden osuus on edelleen suhteellisen pieni. Vuonna 2008 yksityissairaaloiden tuottamien vuodeosastohoitojaksojen määrä vastasi 5,2 prosenttia kaikista sairaaloiden hoitojaksoista (THL/HILMO 2010). Eräissä toimenpiteissä kuten kaihileikkauksissa yksityissektorin osuus on merkittävämpi.

Monikanavarahoituksen on arvioitu vaikuttavan sairaalapalvelujen käytön sosiaaliryhmittäisiin eroihin välillisesti yksityissektorin ja työterveyshuollon lähetepaineen kautta. Yksityisen sektorin läheteet kohdistuvat erityisesti toimenpideoille ja yksittäisissä toimenpiteissä jopa yli puolet kunnallisten sairaaloiden läheteistä voi tulla yksityissektorilta. Tämä yksityissektorin lähetepaine vaihtelee alueellisesti. Esimerkiksi vuonna 2008 yksityissektorin osuus kaikkien gynekologian ja obstetriikan toimenpiteellisten hoitojaksojen läheteistä vaihteli sairaanhoitopiireittäin 6-47 prosenttiin (THL/HILMO 2010).

Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalveluissa palvelujen käytön sosiaaliryhmäerojen arviointi on vaikeaa, koska pitkäaikainen psykiatrinen sairastavuus on merkittävä sosiaaliseen laskuun ja syrjäytymiseen vaikuttava tekijä työkyvyn ja sosiaalisten taitojen heikentymisen seurauksena. Mielenterveyspalvelut ovat myös monimuotoisia ja sisältävät erilaisia palveluita perusterveydenhuollossa, psykiatrisille poliklinikoilla ja mielenterveystoimistoissa, sekä pitkäaikaissairaiden päivätoimintaan liittyviä tukipalveluita ja kuntouttavaa ja hoitavaa psykoterapiaa. Keskeisesti monikanavaisen rahoitukseen liittyvät ongelmat tulevat esiin psykoterapiapalveluissa sekä toisaalta välillisesti osin yksityissektorin toimintaan liittyvissä palvelutarjonnan alueellisissa eroissa.

Aiemmin hoitavaa psykoterapiaa on ollut tarjolla myös osana kunnallista terveydenhuoltoa, mutta 1990-luvun puolivälin jälkeen mielenterveyspalvelujen rakenne on näiltä osin muuttunut ja psykoterapiapalvelut tuotetaan nykyisin pääosin yksityissektorilla. Palvelujen käyttöä tuetaan Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraisena kuntoutuksena tai rahoitetaan erillismäärärahoihin ja rajoitetusti yksityisillä terveystaloksilla. Palvelujen käytön sosiaaliryhmittäisestä kohdentumisesta ei ole tutkimustietoa, mutta on todennäköistä että potilaiden valikoitumiseen psykoterapiapalvelujen piiriin vaikuttavat samanlaiset tekijät kuin yleensä selviytymiseen työ- ja sosiaalisessa elämässä. Kansaneläkelaitoksen psykoterapiaa varten myöntämien kuntoutustuen yhtenä perusteena on työkyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen, joten ikääntyneiden

ja työelämästä syrjäytyneiden päätyminen kuntouttavaan psykoterapiaan on käytännössä epätodennäköistä. (Manderbacka ym. 2006)

Mielenterveyspalveluissa on paitsi sosiaalista myös alueellista eriarvoisuutta. Eriarvoisuutta lisää mielenterveysalan asiantuntijoiden epätasainen alueellinen jakautuminen. Psykiatrian erikoislääkärit ja psykoterapeutit sijoittuvat maantieteellisesti pääasiassa yliopistollisten keskussairaaloitten läheisyyteen. Alue-erot näkyvät esimerkiksi harkinnanvaraisen psykoterapiakuntoutukseen pääsyssä. Esimerkiksi vuonna 2002 Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneiden 0-64-vuotiaiden osuuksien erot olivat kolminkertaisia eniten ja vähiten psykoterapiaa käyttäneiden sairaanhoitopiirien välillä (Wahlbeck 2005). Alueellista eriarvoisuutta esiintyy myös muiden etuuksien suhteen. Niitä psykoosilääkkeitä, jotka eivät ole sairausvakuutuksen erityiskorvauksien piirissä, korvataan eri kunnissa eri kriteerein ja erilaisessa mittakaavassa. Suurissa kaupungeissa maksusitoumuskäytäntö vaihtelee jopa sosiaalihuollon piirijaon mukaisesti, ja täten asiakkaan asuinpaikka jopa kunnan sisällä saattaa ratkaista, korvataanko lääkehoitoa vai ei.

8.2 Terveyden- ja vanhustenhuollon julkisen rahoituksen alueellinen kohdentuminen

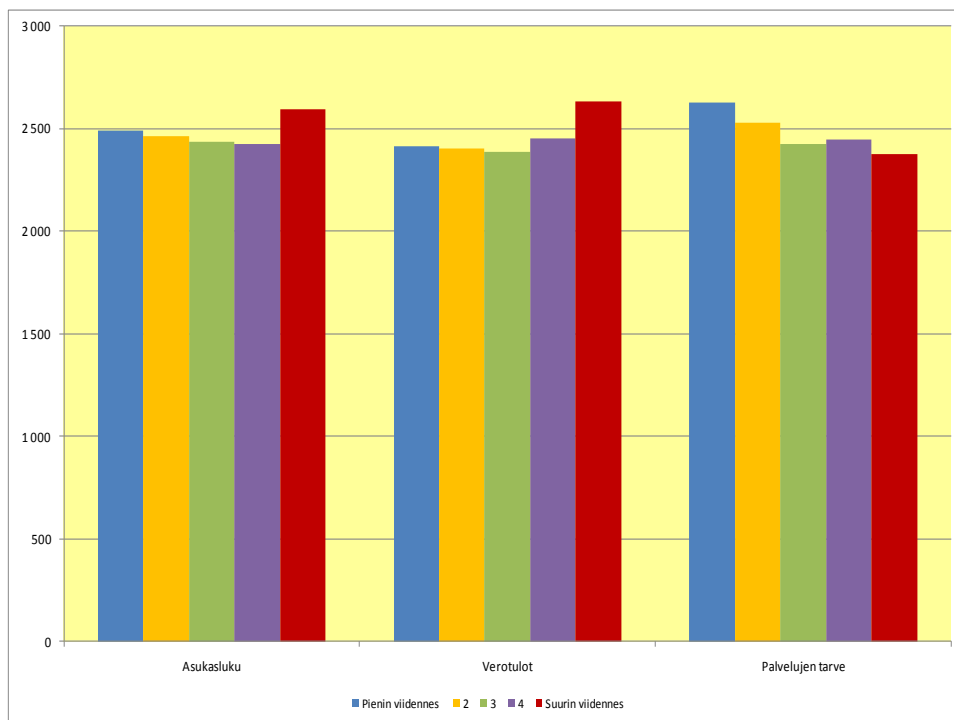
Tätä selvitystyötä varten THL:n Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö CHES analysoi terveyden- ja vanhustenhuollon julkisen rahoituksen kohdentumista kuntakohtaisesti. Tavoitteena oli arvioida, osin laskennallisesti, kuinka paljon valtion, kunnan ja sairausvakuutuksen rahaa kohdentuu yksittäiseen kuntaan, so. kuinka paljon julkista rahaa kunnassa on käytössä väestön terveys- ja vanhusten palveluihin, ml. kuntalaisten palveluihin itse käyttämä raha¹⁸. Analyysi kattoi kaikki kunnan terveyden- ja vanhustenhuollon menot sekä sairausvakuutuksen kattaman yksityisen terveydenhuollon vuonna 2008. Tarkastelua varten Manner-Suomen kunnat luokiteltiin viiteen yhtä suureen ryhmään kunnan asukasluvun, verotulojen ja palvelujen suhteellisen tarpeen mukaan. Jokaisessa ryhmässä oli siis 20 prosenttia eli 64 kuntaa. Kaikki menot vakioitiin kunnan väestön suhteellista palvelujen tarvetta kuvaavilla tekijöillä, eli kaikki kunnat ovat tarkastelussa väestön palvelujen tarpeen suhteen periaatteessa ”samalla viivalla” (ks. Häkkinen ym. 2009).

Suurilla, vaurilla ja palvelutarpeiltaan vähäisillä kunnilla on käytössään muita enemmän julkista rahaa palveluihin

Väestöltään ja verotuloiltaan kaikkein suurimmalla kuntaviidenneksellä (64 kuntaa) on käytettävissään noin 6-9 prosenttia enemmän julkista rahaa asukasta kohti terveys- ja vanhustenpalvelujen järjestämiseen kuin muilla kunnilla. Samoin viidennes kunnista, joilla väestö palvelujen tarve on muita kuntia vähäisempää käyttää 7 prosenttia muita kuntia enemmän rahaa palveluihin (kuvio 10).

¹⁸ Tarkastelu kattoi kunnan järjestämän perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon sekä sairausvakuutuksesta korvatut yksityislääkärikäynnit, yksityisen tutkimuksen ja hoidon, yksityishammaslääkärikäynnit ja lääkkeet. Tarkastelu kattoi kokonaisrahoituksen, so. kuntien, sairausvakuutuksen ja potilaiden rahoitusosuudet. Valtion ja kunnan rahoitusosuus kustannuksista arvioitiin laskennallisesti. Kunnan saama laskennallinen valtionosuus terveyden- ja vanhustenhuollon palveluihin arvioitiin soveltamalla sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskriteereitä kuntakohtaisesti. Kunnan rahoitusosuus saatiin vähentämällä kunnan nettomenoista kunnan saama laskennallinen valtionosuus. Kuntakohtaiset tiedot sairausvakuutuksen maksamista korvauksista ja potilaiden omavastuista saatiin Kansaneläkelaitoksesta. Asiakasmaksut kunnallisista terveyden- ja vanhustenhuollon menoista arvioitiin kotitalouksien rahoitusosuuksien perusteella. Kaikki tiedot ovat vuodelta 2008. (THL/CHES 2010c)

Kuvio 10. Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti vuonna 2008 kuntaviidenneksittäin (so. jokainen pylväs kattaa 64 kuntaa). Kunnat suuruusjärjestyksessä asukasluvun, verotulojen ja suhteellisen palvelutarpeen mukaan (THL/CHESS 2010c).



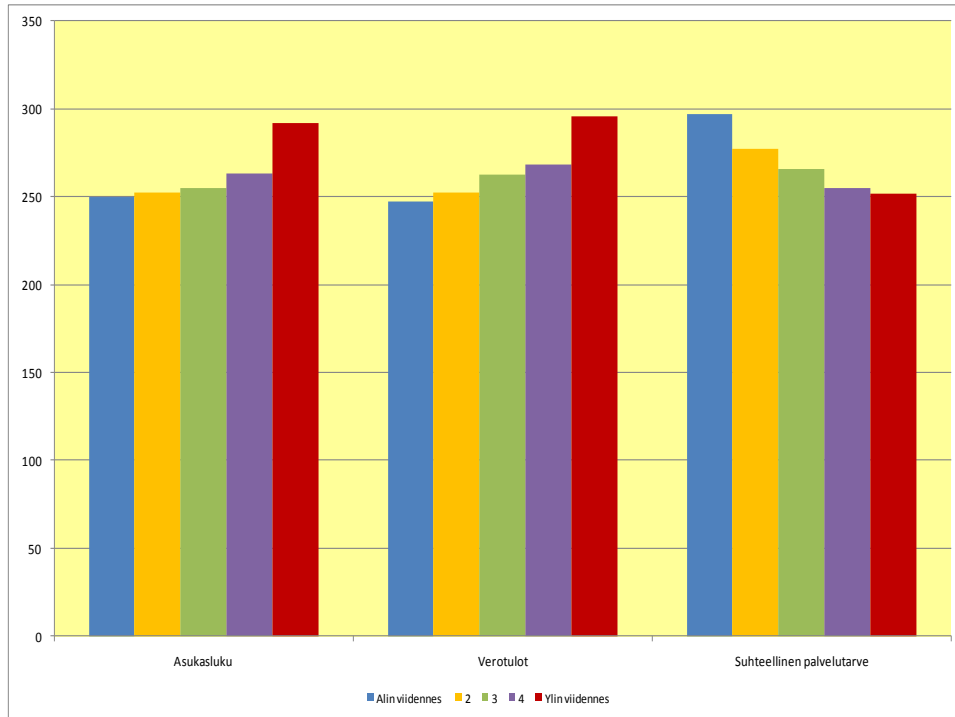
Valtionosuus tasaa tehokkaasti kuntien välisiä eroja

Kuntien saama valtionosuus tasaa tehokkaasti ja johdonmukaisesti kuntien välisiä eroja. Mitä pienempi ja vähemmän verotuloja saava kunta sitä enemmän kunta saa valtionosuutta. Kunnan saama valtionosuus kasvaa myös hyvin jyrkästi palvelutarpeen mukaan: mitä suurempi palvelujen tarve sitä enemmän kunta saa valtionosuutta terveyden- ja vanhustenhuollon palveluihin. Tämä vastaa aiempaa tulosta, jonka mukaan valtionosuus vastaa yleisesti ottaen suhteellisen hyvin palvelutarvetta, joskin yksittäisten kuntien kohdalla on huomattavia eroja (Häkkinen ym. 2009).

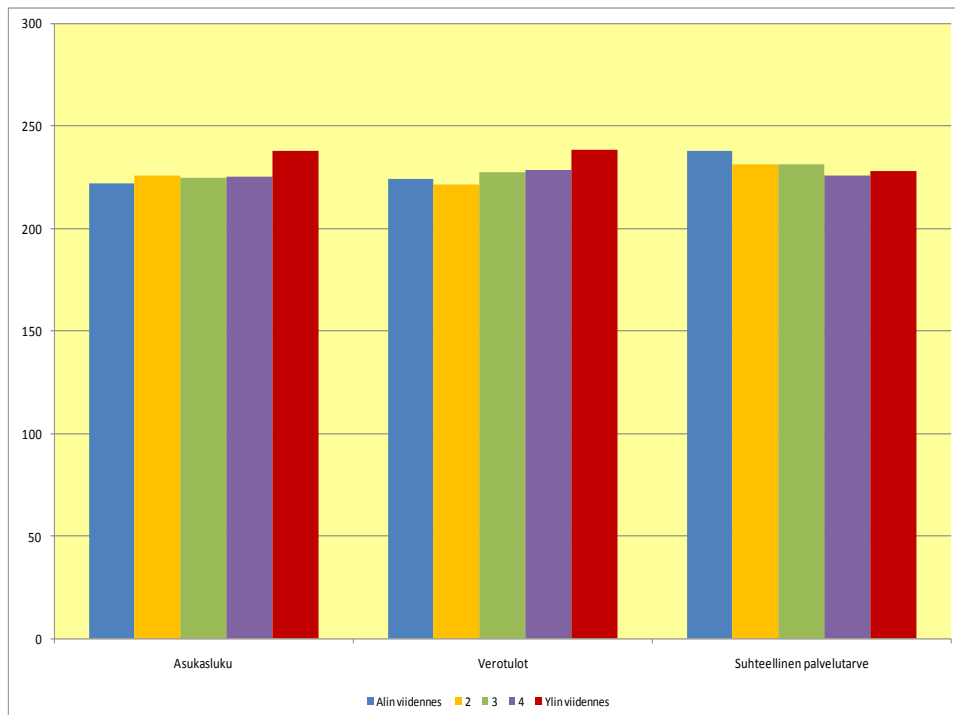
Sairaanhoitovakuutus suosii suuria, vauraita ja palvelutarpeiltaan vähäisiä kuntia

Sairaanhoitovakuutuksesta ohjautuu noin 13-15 prosenttia enemmän rahaa sairausvakuutuskorvauksina asukasta kohti väestöltään ja verotuloiltaan kaikkein suurimmalle ja palvelutarpeiltaan kaikkein pienimmälle kuntaviidennekselle kuin muille kunnille (kuvio 11). Lääkekorvaukset kohdentuvat suurin piirtein tarpeen mukaan (kuvio 12), tosin myös ne suosivat 4-6 prosenttia enemmän väestöltään ja verotuloiltaan suurempia ja palvelutarpeiltaan pienempiä kuntia. Muut sairausvakuutuskorvaukset kohdentuvat käänteisesti palvelutarpeisiin nähden; mitä pienempi palvelujen tarve sitä enemmän sairausvakuutuskorvauksia asukasta kohti (kuvio 13). Sairausvakuutuskorvaukset kohdentuvat siis alueellisesti epäoikeudenmukaisesti.

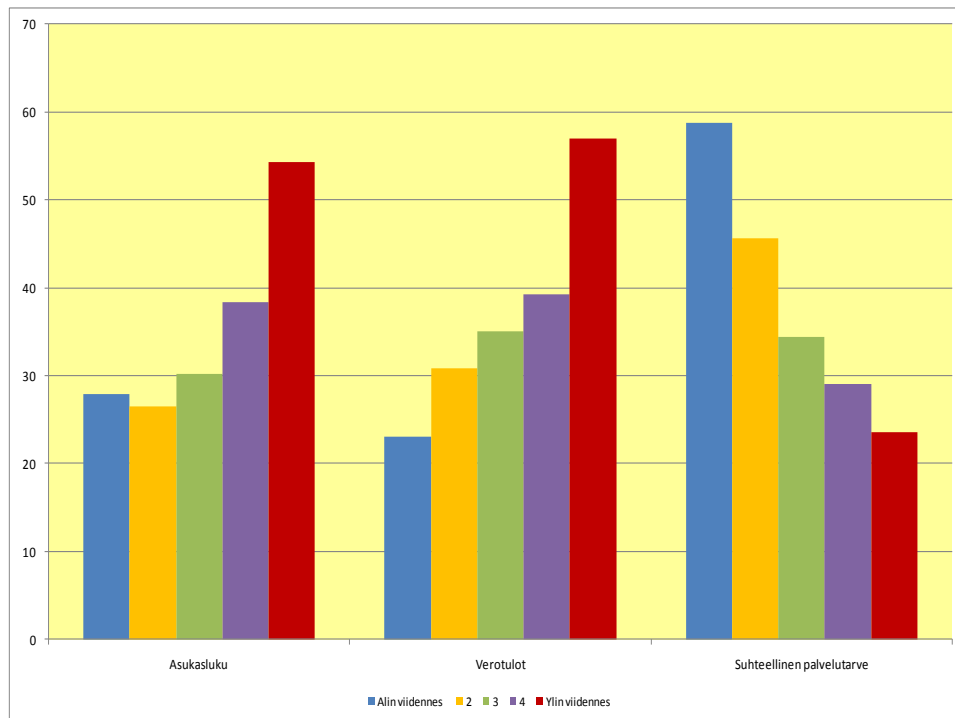
Kuvio 11. Kunnan asukkaiden saamat korvaukset sairaanhoitovakuutuksesta (pl. matkakorvaukset) tarvevakioiduna asukasta kohti vuonna 2008 kuntaviidenneksittäin (so. jokainen pylväs kattaa 64 kuntaa). Kunnat suuruusjärjestyksessä asukasluvun, verotulojen ja suhteellisen palvelutarpeen mukaan (THL/CHESS 2010c).



Kuvio 12. Kunnan asukkaiden saamat lääkekorvaukset tarvevakioiduna asukasta kohti vuonna 2008 kuntaviidenneksittäin (so. jokainen pylväs kattaa 64 kuntaa). Kunnat suuruusjärjestyksessä asukasluvun, verotulojen ja suhteellisen palvelutarpeen mukaan (THL/CHESS 2010c).



Kuvio 13. Kunnan asukkaiden saamat sairausvakuutuskorvaukset lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioista sekä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta tarvevakuoituna asukasta kohti vuonna 2008 kuntaviidenneksittäin (so. jokainen pylväs kattaa 64 kuntaa). Kunnat suuruusjärjestyksessä asukasluvun, verotulojen ja suhteellisen palvelutarpeen mukaan (THL/CHESS 2010c).



8.3 Tulosten merkityksen arviointi

Tietopohja monikanavarahoituksen vaikutuksista palvelujen käytön jakaumaan on puutteellinen eikä tutkimuksia, joissa olisi suoraan selvitetty rahoitusjärjestelmän vaikutusta terveyspalvelujen saatavuuteen tai palvelujen käyttöön, ole tehty. Koska rahoitusjärjestelmä on koko maan kattava ja toiminut pitkään, olisi tällainen tutkimus vaikea toteuttaa. Ylläkuvatut tiedot monikanavarahoituksen jakaumavaikutuksista perustuvat tutkimuksiin, joissa on tarkasteltu sektorikohtaisesti palvelujen käyttöä, sekä tutkimuksiin ja tilastoihin, jossa on selvitetty rahoituksen kohdentumista eri väestöryhmiin. Osittain myös monikanavarahoituksen tilastopohja on puutteellista. Sairausvakuutuksen kohdentumisesta on tarkkoja alueellisia ja ikäryhmittäisiä tilastotietoja, mutta työterveyshuollosta alueellisia tietoja on lähinnä yrittäjistä ja työntekijöistä jaoteltuna toimialoittain sekä muiden yrityksiä kuvaavien tietojen mukaan. Sairausvakuutuskorvausten ja työterveyshuollon kohdentumisesta sosioekonomisista eroista ei ole juuri tietoja. Näiltä osin tiedot perustuvat palvelujen käytöstä tehtyihin väestötutkimuksiin. Alueellisesti yksityispalvelujen käyttö on keskittynyt Etelä-Suomeen ja kaupunkikeskuksiin. Elinkeino- rakenteen perusteella on ilmeistä, että myös työterveyspalvelut kohdistunevat suhteellisesti enemmän samoille alueille.

Vaikka tiedot monikanavarahoituksen vaikutuksista palvelujen käyttöön ovat epäsuoria, viittaavat tutkimustulokset perustellusti siihen, että monikanavainen rahoitusjärjestelmä liittyy palvelujen käytössä ja saatavuudessa oleviin väestöryhmien välisiin eroihin. Vakuuttava osoitus monikanavarahoituksen yhteydestä palvelujen käytön eroihin on OECD:n julkaisema tutkimus lääkäripalvelujen jakautumasta sekä vastaavilla menetelmillä tehty tutkimus, jossa suomalais- ten väestökyselyiden tuloksia on analysoitu 1980-luvulta viime vuosiin saakka (van Doorslaer ym. 2004, Häkkinen ja Nguyen 2010). Näiden tutkimusten mukaan Suomen sijoitus lääkäripal-

velujen kohdentumisen tuloryhmittäisen oikeudenmukaisuuden kansainvälisessä vertailussa näyttäisi johtuvan monikanavarahoitukseen liittyvästä avopalvelujen rakenteesta, jossa työterveyshuolto ja yksityis palvelut vastaavat noin 40 prosentista lääkärin avopalvelujen tarjonnasta (Häkkinen ja Nguyen 2010).

On vaikea arvioida määrällisesti kuinka suuri merkitys rahoitusjärjestelmällä on palvelujen käytön erojen synnyssä. Palvelujen käytön eroihin vaikuttavat muutkin tekijät kuin rahoitusjärjestelmä. Osa näistä tekijöistä liittyy esimerkiksi eri potilasryhmien erilaisiin terveystietoihin, henkilökohtaisiin arvostuksiin tai muihin vastaaviin tekijöihin ja osassa taustalla saattavat olla palvelujärjestelmän diskriminoivat toimintakäytännöt. Erityisesti erikoissairaanhoidon palveluissa (erikoislääkäripalveluissa ja kirurgisissa toimenpiteissä) useissa maissa on todettu samantapaisia sosioekonomisia eroja kuin Suomessa.

Monikanavaista rahoitusta on pidetty kunnallisia palveluja täydentävänä osana terveydenhuoltojärjestelmää. Sairausvakuutuksen kautta korvatut yksityis palvelut ovat tarjonneet maksukykyisille ja asutuskeskuksissa asuville potilaille yksinkertaisen ja joustavan tavan päästä terveyspalvelujen piiriin. Aiemmin korvaustaso oli myös korkeampi, mutta on ajan myötä laskenut. Vastaavasti muusta terveydenhuollosta eriytetty työterveyshuolto on taannut työssäkäyvälle väestölle sujuvan palvelujen saannin. Järjestelmän kokonaisuuden kannalta tämä ei ole vastannut terveystavoitteita, mutta yksittäisten potilaiden ja asiakkaiden kannalta eriytyneet palvelut ovat toimineet joustavasti ja vastanneet palvelutarpeita.

Terveystavoitteiden kannalta monikanavaisen rahoitusjärjestelmän etu on saattanut olla se, että sairausvakuutuksen tukemat yksityissektorin ja työterveyshuollon palvelujen tarjonta on todennäköisesti hillinnyt aikuisväestön yksityisten terveystavoitteiden yleistymistä ja tästä johtuen estänyt palvelujen eriytymisen kaksitasoiseen järjestelmään; varattomia palvelemaan kunnalliseen palvelujärjestelmään ja varakkaampia palvelemaan yksityisin vakuutusin rahoitettuihin terveyspalveluihin. Tällainen eriytyminen olisi todennäköisesti merkinnyt kansantalouden kannalta korkeampia terveydenhuoltomenoja. Esimerkiksi Iso-Britanniassa yksityisiä terveystavoitteita on selvästi Suomea suuremmalla osalla aikuisväestöstä. Jo 1990-luvun puolivälissä 10 prosentilla Englannin väestöstä oli yksityisvakuutus.

Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän vaikutus sosioekonomiseen ja alueelliseen palvelujen käytön jakautumaan on muodostunut vuosikymmenten aikana muovautuneen palvelurakenteen kautta. Yksityis palvelut ja työterveyshuolto ovat vaikuttaneet julkisen sektorin palvelujen kehittymiseen suoraan ja epäsuorasti ja toimineet disinsentiivinä erikoissairaanhoidon avopalvelujen kehittymiselle ja vaikeuttaneet perusterveydenhuollon palvelujen kehittämistä. Tämä on heikentänyt julkisen sektorin palvelukykyä ja luonut palvelujen saatavuuteen väestöryhmäeroja. Erityisesti eräillä erikoisaloilla, kuten psykiatriassa ja silmätaudeilla, laaja yksityissektorin palvelujen tarjonta on vaikeuttanut julkisen sektorin henkilöstön saatavuutta.

Yksityissektorilla vapaa hakeutuminen erikoislääkärin vastaanotolle saattaa johtaa epätarkoituksenmukaiseen palvelujen käyttöön, minkä takia hyvässä taloudellisessa asemassa olevia ylihoitetaan ja potilaita lähetetään yleisiä julkisella sektorilla sovellettavia kriteereitä välttämättömmin perusteisiin tutkimuksiin ja sairaalahoitoon. Tämänkaltaista ylihoitoa saattaa heijastaa Suomessa muun muassa kohdunpoistojen yleisyydessä todetut sosiaaliryhmien väliset erot (Manderbacka ym. 2009). Suomessa yleisemmille sosiaaliryhmille tehdään eniten kohdunpoistoja, kun taas monissa muissa maissa on havaittu päinvastaisia eroja.

Vaikka valtionosuusjärjestelmä selvästi tasaakin kuntien välisiä kustannuseroja, käyttävät suuret, vauraat ja pienimmän palvelutarpeen kunnat muita enemmän rahaa kunnallisiin tervey-

den- ja vanhustenhuollon palveluihin. Kunnan asukkaiden saamat sairaanhoitokorvaukset lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioista kärjistävät näitä eroja.

Eräissä viimeaikaisissa tutkimuksissa on arvioitu, miten yksityissektorin ja lääkkeiden käyttö vaikuttavat kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menoihin (Nguyen ym. 2009) tai kunnallisten terveyspalvelujen käyttöön ja kustannuksiin (Häkkinen ym. 2009). Lääkkeiden käytöllä näyttäisi olevan kuntien menoja lisäävä vaikutus, minkä on tulkittu johtuvan siitä, että runsas lääkitys heijastaa suurempaa palvelutarvetta, jonka mittaaminen kuntatason tiedoilla on puutteellista. Sairausvakuutuksen korvaaman yksityisten hammaslääkäripalvelujen käytön lisääntyminen näyttäisi vähentävän kunnallisen hammashoidon menoja eli yksityisen sektorin palvelujen käyttö korvaa kunnallisia palveluja. Sen sijaan yksityislääkäripalvelujen käytön ja yksityisen tutkimuksen ja hoidon kohdalla vastaavaa kunnallisten palvelujen korvaavuutta ei havaittu (Nguyen ym. 2009). Yksilötason aineistossa tulos oli jopa päinvastainen: yksityisen sektorin käyttö näytti jopa lisäävän kunnallisten palvelujen käyttöä ja kustannuksia. Tämä vaikutus oli suurin erikoissairaanhoidossa (Häkkinen ym. 2009). Tämä havainto asettaa kyseenalaiseksi laskelmat, joissa yksityisen sektorin palvelujen lisäämisen oletetaan merkittävästi vähentävän kunnallisten lääkäripalvelujen kysyntää (Holm ja Laiho 2010).

8.4 Monikanavaista rahoitusjärjestelmää koskevia kehittämisehdotuksia

Mikäli hyväksytään ajatus, että monikanavaiseen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmään liittyvät hoidon kohdentumisen ongelmat eivät ole yksinomaan seurausta rahoitusjärjestelmästä, vaan pikemminkin kyse on sen pitkällä aikavälillä aikaansaamista rakenteellisesta vääristymästä terveydenhuollossa, niin silloin yksinomaan rahoitusjärjestelmään kohdistuvat uudistukset eivät korjaa ainakaan lyhyellä aikavälillä palvelujärjestelmän ongelmia. Tarvitaan uudistuksia, joissa puututaan palvelujärjestelmän rakenteeseen. Tarvittavia rahoitusjärjestelmän uudistuksia ei voida myöskään tarkastella pelkästään jakaumavaikutusten näkökulmasta, koska ratkaisut, joilla luultavasti voitaisiin yksinkertaisesti puuttua jakaumavaikutuksiin, saattaisivat johtaa ei-toivottuihin seurauksiin koko järjestelmän tasolla. Kärjistetty esimerkki on sairausvakuutus-ten korvaustason nosto tai niiden tulosisällön nostaminen siten, että myös vähävaraisilla olisi yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää yksityissektorin palveluita, saattaisi johtaa terveydenhuollon hintainflaatioon, kustannusten voimakkaaseen kohoamiseen ja voimavarojen epätarkoituksenmukaiseen alueelliseen kohdentumiseen.

Palvelujen käytön kohdentumiseen voidaan vaikuttaa joko kattavilla koko rahoitus- ja palvelujärjestelmään kohdistuvilla uudistuksilla tai osittaisuudistuksilla.

On luultavaa, että yksikanavainen rahoitusjärjestelmä ainakin pitkällä tähtäimellä loisi mahdollisuudet vähentää väestöryhmien välisiä ja alueellisia eroja palvelujen kohdentumisessa. Tämä edellyttäisi kuitenkin, että järjestelmä sisältää riittäviä ohjauskeinoja, joiden avulla voidaan tehokkaasti suunnata palvelujärjestelmän kehitystä toteuttamaan terveyspoliittisia tavoitteita. Keskeisenä reunaehtona on se, että palvelujärjestelmää kehitettäessä tehostetaan perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta, parannetaan lähetekäytäntöjen tarkoituksenmukaisuutta ja löydetään keinoja, joilla alueellisesti tasapainotetaan työvoiman saatavuutta ja palvelujen tarjontaa erikoisaloilla, joilla on julkisen sektorin palvelujen tarjonnassa vajeita.

Mikäli mahdollisia rahoitusjärjestelmän kokonaisuudistuksia arvioidaan pelkästään jakaumavaikutusten näkökulmasta, saattaisivat keskitetyt rahasto- ja sairausvakuutusmallit vähentää sosioekonomisia eroja palvelujen kohdentumisessa. Tämän edellytyksenä olisi, että järjestelmät sisältäisivät selkeitä yhdenvertaisuutta korostavia piirteitä useiden keskieuropalaisten

vakuutusjärjestelmien tavoin. Tämän tyyppiset järjestelmät loisivat kuitenkin uusia haasteita, jotka liittyvät muun muassa kustannusten hallintaan ja palvelukokonaisuuksien integrointiin.

Palvelujen kohdentumista on luultavasti mahdollista tehdä tarkoituksenmukaiseksi myös useilla osittaisuudistuksilla. Esimerkkejä tällaisista toimista ovat ylipäättään erilaiset perusterveydenhuollon saatavuutta ja palvelukykyä parantavat toimet sekä toisaalta kunnallisen erikoissairaanhoidon avohoitopalvelujen tarjonnan kehittäminen. Mikäli meneillään olevissa kehittämishankkeissa onnistutaan, tämän tyyppisistä uudistuksista on kyse sosiaali- ja terveydenhuoltoalueissa, jotka yhdistävät perusterveydenhuollon ja peruserikoissairaanhoidon palvelut ja parantavat näiden integraatiota.

9 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN UUDISTAMISEKSI ESITETTYJÄ EHDOTUKSIA

Vuonna 1993 voimaan tulleen valtionosuusuudistuksen jälkeen on tehty monia ehdotuksia terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän muuttamiseksi (esim. Häkkinen ym. 1995, Suomen Lääkäriliitto 2001, Huuhtanen 2003, Aronkytö ym. 2010a,b). Ehdotukset liittyvät laajempiin aloitteisiin terveydenhuollon uudistamiseksi.¹⁹ Kaikissa uudistusehdotuksissa tavoitellaan palvelujen järjestämisen ja rahoituksen yhdistämistä sekä riittävän rahoituspohjan synnyttämistä palvelujen joustavaksi järjestämiseksi ja pienten kuntien taloudellisten riskien tasaamiseksi. Ehdotuksilla tavoitellaan myös asiakkaiden valinnanvapauden lisäämistä. Yhteenvedo eräistä uudistusehdotuksista on esitetty taulukossa 6.

Kaikissa ehdotuksissa keskeinen ajatus on ollut palvelujen tilaajan ja tuottajan roolien selkeyttäminen ja eriyttäminen sekä asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen. Varhaisimmassa, tutkijoiden ns. Unelma -mallissa perusterveydenhuollon palvelujen tuottajana ja erikoissairaanhoidon tilaajana toimisi noin 20 000 asukkaan palvelujen järjestämisestä vastaava terveystiimi (Häkkinen ym. 1995). Myöhemmissä ehdotuksissa palvelujen järjestäjän ja tilaajan väestöpohja on ollut huomattavasti suurempi ja toimijat ovat selvästi itsenäisempiä.

Terveydenhuollon alueellisen rahoittajan mallissa (ns. Lääkäriliiton malli) palvelujen tilaajana toimisi kuntien muodostama alueellinen terveydenhuollon rahoituksen hoitaja ja tuottajina kilpailumahdollisuuksiltaan yhdenvertaiset julkiset ja yksityiset palvelujen tuottajat (Suomen Lääkäriliitto 1999, 2001). Kansallisessa terveystalouksimallissa (ns. Kela -malli) palvelujen tilaajana toimisi valtakunnallinen terveystalouksilaitos ja tuottajina ja tasaveroisina kilpailijoina toimisivat kunnalliset yksiköt ja yksityiset palvelujen tuottajat (Huuhtanen 2003, Forss ja Klaukka 2003, Forss 2008). Kansallinen tilaaja-rahoittaja -malli (ns. Sitran malli) on päälinjoiltaan samansuuntainen kuin terveystalouksimalli (Aronkytö ym. 2010a,b).

9.1 Terveystiimi

Terveystiimimallissa, joka tunnetaan myös Terveydenhuollon Unelma -mallina, terveydenhuollon rahoitus säilyy pääosin verorahoitteisena (Häkkinen ym. 1995). Kaikki terveydenhuollon järjestämiseen tarkoitetut julkiset varat ohjataan terveystiimille, joka vastaa palvelujen julkisesta rahoittamisesta, mukaan lukien yksityislääkäripalvelut, lääkekulut ja vanhusten palvelut. Kunnat maksavat rahoitusosuutensa terveystiimille kapitaatioperiaatteen mukaan. Kuntien valtionosuus maksetaan kunnille kuten nyt. Terveystiimi päättää asiakasmaksuista valtakunnal-

¹⁹ Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta linjasi esittämässään kannanotossa terveydenhuollon valtakunnallista järjestämistä vuonna 2015 (TuV 2006). Kannanotossa ja sen taustaraportissa (Kuusi ym. 2006) käsitellään laajasti palvelujen järjestämistä, mutta ei suoranaisesti oteta kantaa terveydenhuollon rahoitukseen.

listen enimmäismäärien rajoissa. Hoitopäivämaksu kattaa potilaan ylläpitokustannukset sairaalassa. Tuottajalle maksetaan perusterveydenhuollossa kapitaatioperiaatteen (tarvekorjattu) mukaan ja erikoissairaanhoidossa suoritteiden (riskikorjattu) mukaan. Yksityisen hoidon tukeminen julkisen sairausvakuutuksen kautta loppuisi.

Terveyspiiri kattaisi periaatteessa kaikki nykyiset terveyden- ja vanhustenhuollon palvelut sekä päihde- ja mielenterveyspalvelut eli valtaosan sosiaali- ja terveydenhuollosta. Käytännössä piiri voi kattaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Terveyspiirimallin toteuttaminen purkaisi terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen, mikä selkeyttäisi palvelujen rahoitusta poistamalla rahoitustavasta johtuvan potilaiden hoidon kustannusvastuun "pallottelun". Ehdotus vähentäisi rahoittajan moraalista vaaraa²⁰ olennaisesti. Kuluttajan moraalinen vaara todennäköisesti kasvaisi lisääntyvän valinnanvapauden myötä. Terveyspiiri voisi aktiivisesti ohjata palvelujen käyttöä säätelemällä asiakasmaksujen hintasuhteita. Ehdotus ei todennäköisesti vaikuttaisi merkittävästi tuottajan moraaliseen vaaraan.

9.2 Terveydenhuollon alueellinen rahoittaja

Terveydenhuollon alueellisen rahoittajan mallissa kunnat vastaavat edelleen pääosasta terveydenhuollon rahoituksesta, mutta muodostavat riittävän väestöpohjan saavuttamiseksi yhteisen julkisen rahoituksen hoitajan, joka vastaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä (Suomen Lääkäriliitto 1999, 2001). Ehdotus kokoaa kuntien ja valtion rahoituksen yhteen alueelliselle toimijalle. Kuntien rahoitusosuus kootaan rahoituksen hoitajalle kapitaatioperiaatteella. Kuntien valtionosuus maksetaan suoraan alueelliselle rahoittajalle nykyisen kaltaisin laskennallisin perustein. Kansaneläkelaitoksen hallinnoima sairausvakuutus jatkaa nykyisellään ja sen rahoituspohja säilyy ennallaan. Julkinen verorahoitus kulkee potilaan mukana palvelusetelinä tai maksusitoumuksena kuten nykyisin. Alueellinen rahoittaja määrittelee palvelukohtaisesti asiakasmaksun, joka vaihtelee nykyistä joustavammin. Potilas voi vähentää korkeat, erikseen määrätyn rajan ylittävät, henkilökohtaiset sairauskulut verotuksessa. Tuottajalle maksetaan suoritteiden mukaan.

Terveydenhuollon alueellinen rahoittaja kattaisi periaatteessa kaikki nykyiset kunnalliset terveydenhuollon palvelut. Terveydenhuollon alueellisen rahoittajan toteuttaminen lisäisi rahoituskanavien määrää, mutta sen vaikutus rahoittajan moraaliseen vaaraan on epäselvä. Rahoitustavasta johtuva potilaiden hoidon kustannusvastuun "pallottelu" luultavasti jatkuisi, koska sairausvakuutus hoitaisi edelleen yksityisen sektorin ja lääkkeiden julkisen rahoituksen. Ehdotuksen toteuttaminen todennäköisesti lisäisi kuluttajan moraalista vaaraa lisäämällä asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia ja mahdollistamalla verovähennyksen korkeista kuluista. Samois- ta syistä johtuen myös tuottajan moraalinen vaara saattaisi kasvaa.

²⁰ Kaikille kollektiivisille rahoitusmuodoille on yhteistä se, että ne vaikuttavat sekä kuluttajan että palvelujen tuottajan käyttäytymiseen. Kun kolmas osapuoli (valtio, kunta tai sairausvakuutus) maksaa suurimman osan palvelujen käytön kustannuksista kuluttajan ja tuottajan kiinnostus annettavan hoidon määrään ja kustannuksiin heikkenee. Tätä kutsutaan terveystaloustieteellisessä kirjallisuudessa moraaliseksi vaaraksi tai myös moraalikadoksi (moral hazard). Joissakin terveydenhuoltojärjestelmissä kuten Suomessa voidaan paikantaa myös rahoittajan moraalinen vaara. Rahoittajan moraalinen vaara syntyy silloin kun terveydenhuollon institutionaalisina rahoittajina on useampia tahoja kuten Suomessa kunnat, valtio ja Kansaneläkelaitos. Tällöin rahoittajilla on taipumus pyrkiä vähentämään omia menojaan siirtämällä hoidollisesti tarpeellistenkin palvelujen rahoitusvastuuta muille osapuolille. Suomessa Kansaneläkelaitoksen ja kuntien kiistat hoitojen rahoitusvastuusta ovat yksi ilmaus monikanavaisen rahoitusjärjestelmän synnyttämästä moraalisesta vaarasta. Moraalisesta vaarasta ks. esim. Sintonen ja Pekurinen (2006) ja Pekurinen (2007).

Taulukko 6. Terveydenhuollon uudistamiseksi tehtyjä ehdotuksia, joissa on kosketeltu myös rahoitusjärjestelmää.

	Terveyspiiri^{a)} 1995	Terveydenhuollon alueellinen rahoittaja^{b)} 2001	Kansallinen terveysrahasto^{c)} 2003	Kansallinen tilaaja-rahoittaja^{d)} 2010
Perusajatus	Terveyspiiri järjestää ja vastaa kaikkien terveyden- ja vanhus-tenhuollon palvelujen rahoituksesta piirin alueella	Kuntien muodostama alueellinen toimija vastaa perusterveydenhuollon ja erikois-sairaanhoidon järjestämisestä ja rahoituksesta alueellaan	Kunnat ottavat asukkailleen terveysvakuutuksen kansalliselta terveysrahastolta. Rahasto vastaa palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta valtakunnallisesti	Valtion ja kuntien rahoitus terveyden- ja vanhustenhuoltoon kootaan yhteen kansalliselle rahoittajalle. Rahoittaja vastaa palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta valtakunnallisesti
Järjestäjä	Terveyspiiri	Alueellinen rahoittaja	Kansallinen terveysrahasto	Kansallinen tilaajarahojittaja
Rahoitus	Verorahoitus. Piirin rahoitus kunnilta kapitaatioperiaatteella palvelujen tarve ja kunnan kantokyky huomioiden. Laskennallinen valtionosuus kunnille. Kuntakoh- taisia sairausvakuutus- korvauksia vastaavat rahat piirille	Verorahoitus. Rahoitus kunnilta kapitaatioperiaat- teella. Laskennallinen valtionosuus alueelliselle rahoit- tajalle	Verorahoitus. Vakuutusmaksu kunnilta kapitaatioperiaatteella, palvelujen tarve, käyttö ja kunnan kantokyky huomioiden. Valtion- osuudet ja sairaus- vakuutusmaksut terveysrahastolle	Verorahoitus. Rahoitus kunnilta kapitaatioperiaat- teella, palvelujen tarve ja kunnan kantokyky huomioiden. Valtion- osuudet joko kun- tien kautta tai suoraan rahoitta- jalle. Työntajien työterveyspalvelu- jen tuottajille mak- sama rahoitus kansalliselle tilaa- jarahoittajalle
Rahoituksen kattavuus	Terveydenhuolto (ml. lääkkeet) ja vanhus- tenhuolto	Kunnallinen ter- veydenhuolto	Terveydenhuolto (ml. lääkkeet)	Kunnallinen ter- veydenhuolto, vanhustenhuolto ja osa työterveys- huoltoa
Sairausva- kuutus yksi- tyisen sekto- rin rahoitta- jana	Ei roolia	Ei muutosta nykyi- seen	Ei periaatteessa muutosta nykyi- seen – terveysra- hasto rahoittaa	Epäselvä – ei muu- tosta nykyiseen (?)
Lääkekulujen rahoitus	Piiri rahoittaa muiden palvelujen tapaan	Ei muutosta nykyi- seen	Ei periaatteessa muutosta nykyi- seen - terveysra- hasto rahoittaa	Epäselvä – ei muu- tosta nykyiseen (?)

a) Häkkinen ym. (1995) – ns. Unelma – malli

b) Suomen Lääkäriliitto (1999, 2001) – ns. Lääkäriliiton malli

c) Huuhtanen (2003), Forss ja Klaukka (2003), Forss (2008) – ns. Kela – malli

d) Aronkytä ym. (2010a,b) – ns. Sitran malli

	Terveyspiiri^{a)} 1995	Terveydenhuol- lon alueellinen rahoittaja^{b)} 2001	Kansallinen terveysrahas- to^{c)} 2003	Kansallinen tilaaja-rahoittaja^{d)} 2010
Asiakasmaksut	Piiri päättää valtakunnallisten enimmäismäärien rajoissa. Hoitopäivämaksu kattaa potilaan ylläpitokustannukset	Alueellinen rahoittaja määrittelee palvelukohtaisesti. Tietyn rajan ylittävät sairauskulut verovähennykselpoisia. Palveluseteli	Potilaiden omavastuuosuus vaihtelee palveluittain	Omvastuissa otetaan huomioon asiakkaan maksukyky
Rahoituskanavien määrä	Yksi julkinen rahoituskanava	Kaksi julkista rahoituskanavaa	Yksi tai kaksi julkista rahoituskanavaa	Yksi tai kaksi (?) julkista rahoituskanavaa
Perusterveydenhuollon palvelujen tuottaja	Terveyskeskus tai yksityinen palveluntuottaja sopimuksella piirin kanssa. Piiri voi toimia tuottajana. Ensisijaisesti omalääkäri, toimipaikana terveyskeskus, työterveyshuolto tai yksityinen sektori	Terveyskeskus tai yksityinen palvelujen tuottaja. Ensisijaisesti omalääkäri, jonka valinnassa kuntaraja ei ratkaiseva	Julkinen tai yksityinen terveyskeskus tai vastaava	Julkinen tai yksityinen palvelujen tuottaja
Erikoissairaanhoidon palvelujen tuottaja	Itsenäiset kuntien omistamat sairaalat (liikelaitos, osakeyhtiö) tai yksityiset sairaalat	Asiantuntijajohdotiset sairaalat. Kuntayhtymä omistaa kiinteistöt, jotka se vuokraa tuottajille	Julkkiset tai yksityiset sairaalat	Julkkiset tai yksityiset sairaalat
Tuottajien korvauseriaate	Perusterveydenhuollossa kapitatioperiaate (tarvekorjattu), erikoissairaanhoidossa ja vanhustenhuollossa suoriteperiaate (riskikorjattu)	Suoriteperiaate	Suoriteperiaate	Perusterveydenhuollossa kapitatioperiaate (tarvekorjattu), erikoissairaanhoidossa ja vanhustenhuollossa suoriteperiaate (riskikorjattu)
Asiakkaiden valinnanvapaus	Asiakas voi valita omalääkärin kerran vuodessa ja sairaalan piirin sopimus-sairaaloista	Asiakas voi valita palvelujen tuottajan	Asiakas voi valita palvelujen tuottajan	Asiakas voi valita omalääkärin kerran vuodessa
Moraalinen vaara				
– Kuluttajan	Saattaa kasvaa	Kasvaa	Kasvaa	Saattaa kasvaa
– Tuottajan	Ei merkittävää muutosta	Kasvaa	Kasvaa	Vaikutus epäselvä
– Rahoittajan	Vähenee	Vaikutus epäselvä	Vähenee, jos Kansaneläkelaitos toteuttaa terveystakuun, muutoin ei	Vaikutus epäselvä

9.3 Kansallinen terveysturvarahasto

Kansallisen terveysturvarahaston mallissa kunnat ottavat asukkailleen terveysturvakassan valtakunnalliselta terveysturvarahastolta (Huuhtanen 2003, Forss ja Klaukka 2003, Forss 2008). Turvakassalla rahoitetaan nykyinen kunnallinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon ja niiden järjestämistä siirtäen kunnilta kansalliselle terveysturvarahastolle. Kunnat maksavat terveysturvarahastolle turvakassamaksua kapitaatioperiaatteen mukaan, jossa otetaan huomioon myös palvelujen tarve ja käyttö sekä kunnan kantokyky. Kuntien valtionosuutta vastaava summa ohjataan suoraan terveysturvarahastolle. Potilaan omavastuuosuus vaihtelee palvelusta toiseen. Kansaneläkelaitoksen hallinnoima nykyinen sairausvakuutus ja kuntoutus sulautetaan terveysturvarahastoon. Tuottajalle maksetaan suoritteiden mukaan.

Kansallinen terveysturvarahasto kattaisi periaatteessa kaikki nykyiset kunnalliset ja yksityiset terveyspalvelut. Kansallisen terveysturvarahaston myötä terveydenhuollon monikanavainen rahoitus purkautuisi, jos rahasto toteutettaisiin yhden kansallisen toimijan toimesta kattamalla koko julkisen rahoituksen. Jos nykyinen sairausvakuutusjärjestelmä jäisi terveysturvarahaston rinnakkaiseksi rahoituskanavaksi, terveydenhuollon monikanavainen rahoitus säilyisi. Edellisessä vaihtoehdossa rahoittajan moraalinen vaara vähenisi olennaisesti ja jälkimmäisessä pysyisi ennallaan. Kummassakin vaihtoehdossa kuluttajan ja tuottajan moraalinen vaara voi kasvaa, näin siksi että myös perusterveydenhuollon palvelujen tuottajille maksettaisiin suoritteiden mukaan.

9.4 Kansallinen tilaaja- rahoittaja

Kansallisessa terveydenhoidon ja vanhustenhuollon tilaaja ja rahoittaja mallissa valtion ja kuntien rahoitus terveyden- ja vanhustenhuoltoon kootaan yhdelle kansalliselle taholle, jolle ohjataan myös työnantajien työterveyspalvelujen tuottajille nyt maksama rahoitus (Aronkytö ym. 2010a,b). Mallissa nykyisen kunnallisen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon järjestämistä siirtäen kunnilta kansalliselle tilaaja-rahottajalle. Kunnat maksavat asukkaidensa palvelujen järjestämisestä maksun tilaaja-rahottajalle kapitaatioperiaatteen mukaan, jossa otetaan huomioon myös palvelujen tarve ja kunnan kantokyky. Kuntien valtionosuutta vastaava summa ohjataan joko suoraan tai kuntien kautta tilaaja-rahottajalle. Potilaan omavastuuosuus riippuu potilaan maksukykyä. Kansaneläkelaitoksen hallinnoiman nykyisen sairausvakuutuksen asemaa ja roolia ei ole mallissa tarkemmin määritelty. Tuottajalle maksetaan perusterveydenhuollossa kapitaatioperiaatteen (tarvekorjattu) mukaan ja erikoissairaanhoidossa ja vanhustenhuollossa suoritteiden (riskikorjattu) mukaan.

Kansallinen tilaaja-rahottaja kattaisi periaatteessa nykyiset kunnalliset terveyden- ja vanhustenhuollon palvelut sekä osan työterveyshuollosta. Mallissa ei ole otettu suoraan kantaa nykyiseen sairausvakuutukseen, joten sen rooli ja rahoituskanavien määrä ehdotuksessa jää epäselväksi. Kuluttajan moraalinen vaara todennäköisesti kasvaisi lisääntyvän valinnanvapauden myötä.

9.5 Muita esillä olleita malleja

Kunta- ja palvelurakennemuutoshankkeen (PARAS –hanke) käynnistymisvaiheessa vuonna 2005 oli esillä kolme päävaihtoehtoa rakenteiden uudistamiseksi: peruskuntamalli, palvelupiirimalli ja aluekuntamalli (Peruspalveluohjelman ministeriryhmä 2005).

Peruskuntamalli perustuu vahvoihin vähintäänkin 20 000–30 000 asukkaan kuntiin, jotka muodostuvat työssäkäyntialueesta tai muusta kokonaisuudesta. Peruskunta vastaa sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja osan erikoissairaanhoidon peruspalvelujen järjestämisestä. Erikois-

sairaanhoidon vaativimmat palvelut ja sosiaalitoimen erityispalvelut, jotka edellyttävät laajempaa väestöpohjaa, kunnat tilaavat sairaanhoitopiireiltä tai muilta palvelujen tuottajilta. Peruskuntia olisi noin 80–100.

Palvelupiirimallissa sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido integroidaan samaan organisaatioon - palvelupiiriin. Piirimalli voi kattaa myös muita palveluja, kuten ope-
tustoimen palveluja. Piirin väestöpohja olisi vähintäänkin 100 000 asukasta, mieluummin 150 000-200 000 asukasta. Erityisen vaativa sairaanhoito keskitetään muutamaan valtakunnal-
liseen yksikköön. Palvelupiirejä olisi noin 15–20.

Aluekuntamallissa Suomeen muodostetaan 20–25 aluekuntaan, jotka vastaavat kaikkien kun-
nallisten palvelujen, ml. sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta. Vero-
tusoikeus ja valtionosuudet siirtyvät aluekunnalle. Aluekuntien myötä maakuntien liitot ja suuri
osa kuntayhtymiä lakkautetaan.

PARAS –hankkeen alkuvaiheessa esillä olleet mallit koskettavat lähinnä kuntien järjestämisvas-
tuulla olevien palvelujen järjestämistä, eivät varsinaisesti palvelujen rahoitusta, eivätkä
siten ota myöskään kantaa sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitukseen.

Kainuun hallintokokeilussa on vuodesta 2005 alkaen sovellettu palvelupiiri –mallin mukaista
toimintatapaa. Maakunta vastaa sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta
lukuun ottamatta lasten päivähoitoa. Sairausvakuutuksen korvaama toiminta ei ole kuulunut
maakunnan toimialaan. Kainuun maakunta –kuntayhtymän ohjausryhmä on esittänyt maa-
kunnan olevan valmis kokeilemaan sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavaista rahoitusmallia,
jossa merkittävä osa Kainuuseen nyt ohjautuvista sairausvakuutuskorvauksista irrotettaisiin
Kainuun maakunnalle (Kainuun maakunta –kuntayhtymä 2010). Kokeilussa sosiaali- ja terveystal-
ouden palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu yhdistyisivät laaja-alaisemmin kuin koskaan aiemmin
Suomessa.

9.6 Esitettyjen rahoitusmallien arviointia

Edellä kuvatut ehdotukset terveydenhuollon rahoituksen uudistamiseksi tarjoavat monia vaih-
toehtoisia lähtökohtia pohtia keinoja terveydenhuollon rahoituksen turvaamiseksi tulevaisuu-
dessa. Ehdotukset ovat paljolti samansuuntaisia. Ne pyrkivät yhdistämään palvelujen järjestä-
misen ja rahoituksen sekä laajentamaan terveystalouden palvelujen järjestämisen väestöpohjaa ja sitä
kautta vakauttamaan palvelujen rahoitusta ja parantamaan kuntien menojen ennakoitavuutta.

Kaikille ehdotetuille malleille yhteistä on tilaajan ja tuottajan roolien selkeyttäminen ja eriyt-
täminen, asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien lisääminen sekä julkisten ja yksityisten palvelu-
jen tuottajien asettaminen periaatteessa ”samalle viivalle”.

Kuntien rooli väestön ja potilaiden etujen valvonnassa korostuu kaikissa tarkastelluissa malleis-
sa. Kunnille jää edelleen merkittävä rooli terveydenhuollon perusrahoittajana, mutta järjestä-
misvastuu palveluista siirtyy kuntia suuremmalle alueelliselle tai valtakunnalliselle palvelujen
järjestäjälle ja rahoittajalle. Kuntien rahoitusosuus määräytyy kaikissa malleissa kapitaatioperi-
aateen mukaan, ottaen huomioon kuntalaisten palvelujen tarve ja kunnan taloudellinen kan-
tokyky. Valtio osallistuu kaikkien mallien mukaan edelleen terveydenhuollon rahoitukseen,
mutta valtionosuuden saajataho vaihtelee malleittain ja ohjautuu palvelujen järjestäjälle joko
suoraan tai kuntien kautta.

Taloudellisten riskien tasaus toteutuu malleissa järjestämisvastuusta riippuen alueellisella tai
kansallisella tasolla. Kaikissa malleissa ehdotetaan tuottajien rahoitukselle valtakunnallisesti

yhtenäisiä periaatteita, perusterveydenhuoltoon kapitaatio- tai suoriteperiaatetta ja erikoissairaanhoidon suoriteperiaatetta. Yksityiskohdissa tuottajille ehdotetut korvauseriaatteen vaihtelevat, mutta päälinjoiltaan ehdotukset ovat samansuuntaisia. Asiakasmaksujen rooli terveydenhuollon rahoituksessa saattaisi muuttua olennaisesti. Asiakasmaksuja käytettäisiin nykyistä aktiivisemmin palvelujen käytön ohjaamiseen kaikissa malleissa.

Monikanavaiseen julkiseen rahoitukseen ehdotukset suhtautuvat vaihtelevasti. Valtion ja kuntien roolia rahoituksessa käsitellään pääpiirteissään yhdenmukaisesti. Sairausvakuutuksen kautta terveydenhuoltoon kanavoituva raha integroidaan malleissa kokonaisrahoitukseen eri tavoin. Terveyspiiri -malli purkaisi monikanavaisen julkisen rahoituksen samoin kuin kansallinen terveysrahasto, jos nykyisen kaltainen sairausvakuutus olisi osa terveysrahastoa. Muussa tapauksessa monikanavainen julkinen rahoitus säilyisi terveysrahastomallissa. Alueellisen rahoittajan malli lisäisi rahoituskanavien määrää nykyisestä. Kansallisessa tilaaja-rahoittajamallissa ei oteta suoraan kantaa sairausvakuutuksen nyt rahoittamiin toimintoihin, joten ehdotuksen vaikutus monikanavaiseen julkiseen rahoitukseen jää epäselväksi.

Mallien toteuttaminen muuttaisi olennaisesti terveydenhuollon toimijoiden kannusteita sekä vaikuttaisi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön ja keskinäiseen painotukseen, mahdollisesti perusterveydenhuollon roolia vahvistaen. Se miten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhde ajan mittaan kehittyisi, riippuu järjestäjän ja tilaajan terveyspoliittisista painotuksista ja eri toimijoille rakennettavista taloudellisista kannusteista. Kaikki tarkastellut mallit vahvistavat merkittävästi palvelujen järjestäjän asemaa suhteessa tuottajiin verrattuna nykytilanteeseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation edistäminen ei ole ollut rahoitusmallien pohdinnan keskiössä. Mallit keskittyvät pääasiassa terveydenhuollon rahoituksen tarkasteluun. Pisimmälle koko toimialan integraation suuntaan ovat ehdotuksista edenneet terveyspiiri – malli ja kansallinen tilaaja-rahoittaja –malli. Terveyspiiri ja kansallinen tilaaja-rahoittaja kattavat periaatteessa koko terveydenhuollon ja vanhustenhuollon. Terveyspiirimalli sisältää myös lääkekulujen rahoituksen, tilaaja-rahoittajamallissa lääkekulujen ja yksityislääkäripalvelujen rahoitusvastuu jää epäselväksi. Terveysrahasto koskettaa koko terveydenhuoltoa (ml. lääkkeet) ja alueellisen rahoittajan kunnallista terveydenhuoltoa. Periaatteessa kaikkia malleja voidaan ”jatkojalostaa” kattamaan koko sosiaali- ja terveydenhuolto.

Terveyspiiri ja alueellisen rahoittajan edustavat jatkumoa nykyisestä ”kuntavetoisesta” toimintamallista kohti laajempaa alueellisesti integroitua sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuuta. Piiri- ja aluemalli voidaan myös nähdä välivaiheena tiellä kunnallisesta palvelujen järjestämisvastuusta kohti kansallista järjestämisvastuuta.

Terveysrahaston ja kansallisen tilaaja-rahoittajan myötä palvelujen järjestämisvastuu siirtyisi kunnilta suoraan ilman välivaiheita kansalliselle toimijalle ja ”kuntavetoisesta” terveydenhuollosta siirryttäisiin kansalliseen terveydenhuoltoon. Terveysrahaston myötä vaihdettaisiin terveydenhuollon rahoituskonsepti täysin toiseksi ja siirryttäisiin perinteisestä verorahoitteisesta järjestelmästä pakollista julkista sairausvakuutusta muistuttavaan kansalliseen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmään. Näin ilmeisesti kävisi myös siirryttäessä kansalliseen tilaaja-rahoittaja -malliin.

Rahoituksen uudelleen järjestämiseksi esitetään kaikissa malleissa nykyiseen verrattuna hyvinkin suuria muutoksia. Julkisen rahoituksen kokoaminen väestöltään nykyistä mediaanikuntaa suuremmalle yhdelle alueelliselle tai kansalliselle toimijalle on kaikissa ehdotuksissa terveydenhuollon tulevan rahoituksen ja järjestämisen lähtökohta.

Terveydenhuollon, ja myös koko sosiaali- ja terveydenhuollon, kannalta syvällisimmät ja radikaaleimmat ehdotukset koskettavat kuitenkin palvelujen järjestämisen ja samalla tilaamisen eriyttämistä palvelujen tuottamisesta. Tilaamisen ja tuottamisen eriyttämisen myötä kilpailu- ja hankintalainsäädännön rooli palvelujen järjestämistä ohjaavana ja rajoittavana säädöstönä korostuu merkittävästi nykyistä enemmän. Tämä voi heikentää olennaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölakien tehoa palvelujärjestelmän sisällöllisessä uudistamisessa.

Tässä tarkastellut rahoitusmallit eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen ja järjestämisen kannalta sinänsä hyviä tai huonoja tai toteuttamiskelpoisia tai -kelvottomia. Kaikki tarkastellut mallit sisältävät yleisellä tasolla hyvin samansuuntaisia ehdotuksia ja ”maalailevat isolla pensselillä samalta vivahtavaa suurta kuvaa”, mutta edellyttävät runsaasti jatkotyöstämistä toteuttamis- ja kokeilukelpoisten vaihtoehtojen hahmottamiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta tässä tarkasteltujen rahoitusmallien jatkojalostaminen edellyttää selkeää kansallista linjausta siitä mikä taho vastaa tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta. Onko tavoitteena kunnallinen, alueellinen vai kansallinen järjestämis- ja rahoitusvastuu. Järjestämisvastuun ja samalla taloudellisten riskien tasaustason (kunnallinen, alueellinen, kansallinen) määrittely helpottaa ratkaisevasti myös sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen järjestämistä koskevaa pohdintaa.

10 ESITYKSET SOSIAALI – JA TERVEYDENHUOLLON MONIKANAVISEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄN UUDISTAMISEKSI

Tässä selvitystyössä on paikannettu monia nykyiseen sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitukseen liittyviä etuja, ongelmia ja kehittämistarpeita. Monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä on sosiaali- ja terveydenhuollolle ja palvelujen käyttäjille monia kiistatonta hyötyjä. Monikanavaisen rahoituksen kautta palvelujärjestelmään saadaan käyttötarkoitukseen sidottua rahoitusta ja järjestelmä tarjoaa valinnanvapautta maksukykyisille asiakkaille. Monikanavainen rahoitus lisää yksityistä palvelujen tarjontaa ja tarjoaa julkisella sektorilla työskenteleville lääkäreille mahdollisuuden lisäansioihin. Lisäksi työssäkäyvät saavat joustavasti ja maksutta työterveyshuollon palveluja.

Monikanavainen rahoitus on tuonut mukanaan myös joukon ongelmia. Rahoitusjärjestelmä ylläpitää päällekkäistä palvelutarjontaa erityisesti työterveyshuollossa ja perusterveydenhuollossa, luo ylikapasiteettia erityisesti tutkimus- ja hoitopalveluissa, synnyttää henkilöstön saata- vuusongelmia ja lisää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä ja kokonaiskustannuksia. Se kannustaa siirtämään hoito- ja kustannusvastuuta maksajalta toiselle ja synnyttää palvelujärjestelmään tehottomuutta. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä myös ylläpitää alueellista ja väestöryhmien välistä eriarvoisuutta. Kansallisella tasolla monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ohjaus on vähäistä ja hajaantunut usealle taholle.

Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän selkeyttämiseksi on viimeisten kahdenkymmenen vuoden kuluessa esitetty lukuisia yksityiskohtaisia ja laajempia ehdotuksia, jotka pyrkivät parantamaan rahoitusjärjestelmän kannustavuutta ja toimivuutta yhden rahoituskanavan sisällä tai lisäämään rahoitus- ja tuotantokanavien yhteistyötä ja koordinaatiota.

Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmia on ratkottu yksitellen ja hitaasti. Sairausvakuutusta koskevista ehdotuksista monet on jo toteutettu. Sairausvakuutuksen etuuksien ja rahoituksen suhdetta on selkeytetty, mutta uudistukset on rajattu sairausvakuutusjärjestelmän piiriin. Sairausvakuutuksen ja verorahoituksen suhdetta ei ole koordinoitu. Monikanavaisen rahoituksen yksittäisiä, mutta kokonaisuuden kannalta pieniä ongelmia on ratkottu osittaisuuksilla, mutta rahoitusjärjestelmän keskeisiä ongelmia ei ole toistaiseksi ratkaistu.

On ilmeistä että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisessä on tultu vaiheeseen, jossa järjestelmän uudistaminen paremmin väestön muuttuvia odotuksia ja tarpeita vastaavaksi, asiakkaan aseman vahvistamiseksi ja kestäväen rahoituksen turvaamiseksi edellyttää syvällisempää muutosta palvelujen järjestämisen, rahoituksen ja tuotantotapaan kuin mihin järjestelmän osia vähitellen uudistamalla voidaan päästä.

Tämän selvitystyön yhteydessä haastatellut sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat ovat tuoneet esille samansuuntaisia odotuksia poliittisille päättäjille kuin THL:n kuntakierroksen kuntapäätäjät (THL 2009). Poliittisilta päättäjiltä odotetaan selkeää ratkaisua siitä, mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa tulevaisuudessa kehitetään. Kaivataan selkeästi vahvempaa valtakunnallista palvelujen rahoituksen ja järjestämisen ohjausta.

Yksikanavainen rahoitus toisi sosiaali- ja terveydenhuoltoon ohjattavuutta saman tahon vastassa sekä palvelujen rahoituksesta että järjestämisestä. Samalla vastuu asiakkaan koko palveluprosessista ja sen kustannuksista olisi yhdellä selkeästi tunnistettavalla taholla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavainen rahoitus olisi luontevinta toteuttaa kuntien kautta rakentuvan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen rahoittajan ja järjestäjän toimesta. Vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta tulee vastaisuudessa olla nykyistä kuntaa suuremmalla alueellisella taholla.

Julkisuudessa esillä ollut ajatus järjestämisen ja rahoituksen keskittämisestä yhdelle valtakunnalliselle toimijalle veisi päätöksenteon kauas palveluja käyttävistä asukkaista ja palvelut pääosin rahoittavista kunnista sekä synnyttäisi sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoille monopsonin, yhden valtakunnallisen palvelujen ostajan. Siksi rahoitus- ja järjestämisvastuun keskitämistä yhdelle kansalliselle toimijalle ei pidetä ensisijaisena vaihtoehtona.

Tämän selvitystyön perusteella lupaavimpana etenemistienä kohti sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavaista rahoitusjärjestelmää pidetään asteittaista etenemistä alueellisten rahoitus- ja järjestämiskokeilujen kautta.

Rahoitusjärjestelmää koskevat uudistusehdotukset

Seuraavassa esitettävät ehdotukset perustuvat, paitsi tämän selvitystyön tuloksiin, myös THL:n asiantuntijoiden kuntiin ja sairaanhoitopiireihin tekemän laajan aluekierroksen (THL 2009) ja asiantuntijoiden aikaisemman tutkimuksen ja käytännön kentän kokemuksen kautta muodostamaan kokonaisnäkemykseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämistarpeista. Koko rahoitusjärjestelmää koskevat ehdotukset ovat myös sopusoinnussa tuoreen kansainvälisen tutkimustiedon kanssa, jonka mukaan rahoituskanavien ja palvelujen järjestäjätahojen määrän vähentäminen todennäköisesti parantavat myös terveydenhuollon julkisen rahoituksen kestävyttä (Thomson, Foubister ja Mossialos 2009).

Selvitystyön tuloksena ehdotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kehittämiseksi kahdentasoisia ehdotuksia:

- A) koko rahoitusjärjestelmää koskevia uudistuksia ja
- B) monikanavaisen järjestelmän eri rahoituskanavien rajapintaa koskevia uudistuksia.

Selvitystyön yhteydessä on käynyt ilmeiseksi, että pelkästään vähäisillä, nykyisen rahoitusjärjestelmän ongelmakohtia paikkaavilla osittaisuudistuksilla (ehdotukset B) ei voida poistaa monikanavaisen rahoituksen ongelmia. Ongelmat voidaan ratkaista vain uudistamalla koko sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä (ehdotukset A). Rahoitusta ei voi tulevaisuudessa tarkastella irrallaan palvelujen järjestämisestä, vaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu tulee uudistaa samanaikaisesti. Järjestelmän uudistamisessa luontevaa olisi edetä erilaisten alueellisten kokeilujen kautta, sen jälkeen kun rahoitus- ja järjestämisvastuun peruslinjauksista on päätetty.

Kokeilun aikana tai jo ennen sitä monikanavaista rahoitusjärjestelmää voidaan paikata osittaisuudistuksilla (ehdotukset B), joilla voidaan poistaa joitakin vähäisiä ongelmia ja vähentää nykyjärjestelmän haittoja, mutta näillä uudistuksilla monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmia ei voida riittävästi poistaa.

A) Koko rahoitusjärjestelmää koskevat uudistusehdotukset

1

Käynnistetään valmistelu sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi tavoitteena:

- a) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu on alueellisesti yhdellä toimijalla (=alueellisella palvelujen järjestäjällä ja rahoittajalla).
- b) Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus kootaan yhteen alueelliselle palvelujen järjestäjälle, joka vastaa sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta alueensa asukkaille (ehdotusta on kuvattu tarkemmin liitteessä 4).
- c) Raha seuraa asiakkaan mukana palvelujen järjestäjältä ja rahoittajalta palvelujen tuottajalle.

Ehdotus tukee i) sosiaali- ja terveydenhuollon nykyistä syvällisempää integraatiota alueellisella tasolla siirtämällä järjestämisvastuun kaikista sosiaali- ja terveystalouden palveluista yhdelle alueelliselle toimijalle, ii) toteuttaa yksikanavaisen rahoituksen alueellisella tasolla kokoamalla kaikki nykyiset julkiset rahoituskanavat yhdeksi alueelliseksi rahoituskanavaksi, iii) parantaa asiakkaan asemaa lisäämällä valinnanmahdollisuuksia ja vähentämällä riskiä jäädä hoitamatta maksukiistojen takia, iv) parantaa palvelujärjestelmän tehokkuutta ja asiakassuuntautuneisuutta luodessaan palvelujen tuottajille tähän kannusteita ja v) luo aiempaa paremmat mahdollisuudet laaja-alaiselle väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Ehdotetun alueellisen palvelujen järjestäjän ja rahoittajan väestöpohjan tulisi olla mielellään vähintäänkin 200 000 asukasta ja koko maassa alueita voisi olla esimerkiksi 12–15.

2

Toteutetaan ehdotuksen peruslinjausten (a-c) hyväksymisen jälkeen alueellinen rahoitus- ja järjestämiskokeilu vähintään kahdella väestöpohjaltaan riittävän suurella alueella. Kokeilun valmistelu käynnistetään pikaisesti.

B) Monikanavaisen järjestelmän eri rahoituskanavien rajapintaa koskevat uudistusehdotukset

Seuraavat ehdotukset tukevat ja ovat osa rahoitusjärjestelmän kokonaisuudistusta koskevaa ehdotusta. Yksittäin toteutettuina näillä ehdotuksilla voidaan poistaa joitakin ongelmia ja vähentää nykyjärjestelmän haittoja mutta osittaisuudistusten toteuttaminen ei olennaisesti vähennä monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä aiheutuvia ongelmia.

3

Vapaaehtoisen työterveyshuollon palvelujen sairausvakuutuskorvaus poistetaan (korvausluokka II). Työterveyshuollon volyymi on viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana kasvanut nopeasti ja noin 1,7 miljoonaa työntekijää on työterveyshuollossa tarjottavan sairaanhoidon piirissä. Kuitenkaan 3,6 miljoonalla suomalaisella ei ole mahdollisuutta käyttää näitä palveluja. Järjestelmään liittyy useita monikanavarahoitukselle tyypillisiä yhdenvertaisuus- ja tehokkuusongelmia. Samalla kun sairaanhoidollisten palvelujen korvaamisesta luovutaan, vahvistetaan työterveyslain mukaisia ehkäiseviä työterveyshuollon palveluja (korvausluokka I) sekä julkista perusterveydenhuoltoa ohjaamalla säästyneet rahat näiden palvelujen tuottamiseen ja laadun parantamiseen. Työntekijöiden itse työntekijöilleen maksamien terveystalouden palvelujen verotomuus säilytetään myös jatkossa.

4

Sairausvakuutuskorvaus yksityisiltä lääkäripalveluilta sekä tutkimukselta ja hoidolta poistetaan. Sairausvakuutuskorvaus jakautuu eriarvoisesti maan eri osiin. Hoidon porrastus yleislääkäri-erikoislääkäri ei toimi kuten julkisessa terveydenhuollossa, mistä koituu tarpeettomia erikoislääkärikäyntejä. Kynnys tutkimuksiin on alempi kuin julkisessa terveydenhuollossa. Sairausvakuutuskorvausta voidaan pitää myös elinkeinotukena yksityiselle sektorille. Yksityisen sektorin hintakilpailu voi piristyä korvauksen poistamisen seurauksena. Sairausvakuutuskorvauksia vastaava rahoitus ohjataan kuntien valtionosuuksiin ja käytetään perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseen.

5

Avohoidon lääkkeiden rahoitusvastuu yhdistetään samalle taholle muiden terveydenhuollon hoito- ja toimintomuotojen kanssa. Avohoidon lääkkeiden rahoituksen eriyttämiselle muusta terveydenhuollosta ei löydy vahvoja perusteita, vaan se luo monia tehokkuuteen ja yhdenvertaisuuteen kytkeytyviä ongelmia. Lääkehoidon rahoitusvastuuta ei ole kuitenkaan tarkoituksenmukaista siirtää kuntatasolle nykyisessä kuntarakenteessa, vaan ehdotuksen toteuttaminen edellyttää huomattavasti vahvempia alueellisia toimijoita. Lääkkeet korvataan myös vastaisuudessa yhtenäisin kriteerein koko maassa.

6

Suun terveydenhuollossa palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuun tulee olla samalla toimijalla kuin muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Rahoitus- ja järjestämisvastuun uudistamisella tulee varmistaa että uudistus luo kannusteita kohdistaa hoitopalvelut nykyistä paremmin koko väestön hoitotarpeitten mukaisesti. Rahoitusta ja järjestämistä koskevien uudistusten tulee turvata myös erityisryhmien asema suun terveydenhuollon palvelujen saamisessa.

7

Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvastuu keskitetään alueellisesti yhteen organisaatioon. Tällöin kuntoutus voidaan suunnitella kokonaisvaltaisesti ja kansalaisten kannalta ymmärrettävällä tavalla. Lääkinnällisen kuntoutuksen julkinen rahoitus ja järjestämisvastuu on erittäin hajautunut ja osin hyvin epäselvä. On myös perusteltua, että lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaa sama taho kuin muistakin sosiaali- ja terveyspalveluista. Näin kuntoutus voidaan nivoa saumattomaksi osaksi muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Uudistuksessa varmistetaan, että lääikinnällisen ja muun kuntoutuksen välille ei synny haitallisia raja-aitoja, vaan kuntoutus muodostaa saumattoman kokonaisuuden.

8

Psykoterapiapalvelujen järjestäminen (hoito ja kuntoutus) ja rahoitus keskitetään alueellisesti yhteen organisaatioon. Monikanavainen rahoitus kohdentuu nyt alueellisesti ja väestöryhmittäin epäoikeudenmukaisesti. Psykoterapiapalveluja on järjestetty riittävästi koko väestölle. Hoidon (järjestäjänä kunta) ja kuntoutuksen (järjestäjänä Kansaneläkelaitos) rajapinta on epäselvä. Kansaneläkelaitoksen kautta kanavoituva rahoitus kohdentuu työssä käyviin ja opiskelijoihin.

9

Avovastaanotolla annettu lääkehoito korvataan sairausvakuutuksesta silloin, kun lääkkeellä muutoinkin on sairausvakuutuslain mukainen korvattavuus. Tämä jo aiemmin esillä ollut esitys (Huttunen 2007) korjaisi osittain yhtä lääkkeiden rahoituksen monikanavaisuuden aiheuttamaa ongelmaa, mutta ei täysin poistaisi polikliinisesti annettuja lääkehoitoja koskevia osioptimointiongelmia. Kunnallinen terveydenhuolto vastaisi edelleenkin kaikista niiden lääkkeiden kus-

tannuksista, jotka sisältyvät polikliiniseen hoitoon ja joilla ei ole Lääkkeiden hintalautakunnan antamaa korvattavuutta ja sen edellytyksenä olevaa kohtuullista tukkuhintaa.

10

Kuntoutuksen monikanavaisesta rahoituksesta toteutetaan erilliselvitys. Kuntoutuksen rahoitusjärjestelmä on tämän selvitystyön yhteydessä haastateltujen asiantuntijoiden mukaan tarkastelluista toiminnoista monimuotoisin ja kokonaisuus vaikeasti hahmotettavissa ja hallittavissa.

LÄHTEET

Andersson K, Petzold MG, Sonesson C, Lönnroth K, Carlsten A. Do policy changes in the pharmaceutical reimbursement schedule affect drug expenditures? Interrupted time series analysis of cost, volume and cost per volume trends in Sweden 1986-2002. *Health Policy* 2006;79:231-43.

Ansvarskommitténs huvudbetänkande. Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Statens offentliga utredningar (SOU 2007:10). Stockholm 2007.

Aronkytö T, Hallipelto A, Kangasharju A. Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Sitran selvityksiä 24. Helsinki 2010a.

Aronkytö T, Hallipelto A, Kangasharju A. Uusi terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. *Talous & Yhteiskunta* 3/2010, 31-36. Helsinki 2010b.

Budgetproposition 2010/2011, utgiftsområde 9, s.66. Myndigheten för vårdanalys.

Burström B. Vårdval: evidens och effekter för 'vård på lika villkor'. *Läkartidningen* 2008, 105:2992-94.

Dagens Medicin. EU-twist hotar taxeläkare. 2008-01-16

EOA. Eduskunnan oikeusasiamies. Helsinkiläisten glaukoomapotilaiden hoito. EOA 676/4/02. 25.10.2010.

European Observatory. European Observatory, Health Systems in Transition maakuvaukset. ([www.euro.who.int/country information](http://www.euro.who.int/country_information)). 25.10.2010.

Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (eds.). Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. London 2005.

Forss M, Klaukka T. Yleinen terveysvakuutus - idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. *Suomen lääkirlehti* 2003, 16-17, 1939-1940.

Forss M. Terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: muutamia näkökohtia. Muistio 5.11.2008.

Hallitusohjelma. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma, 19.4.2007. Helsinki 2007.

HE. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta. HE 90/2010 vp

HE. Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2011. HE 126/2010 vp

Holm P, Laiho V. Sairaanhoitovakuutus – sairaus vai mahdollisuus. PTT-raportteja 224. Helsinki 2010.

Huttunen J. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:2. Helsinki 2007.

Huhtanen J. Kunnallinen terveystakuutus - ratkaisu terveydenhuollon rahoitukseen? Yksityislääkäri -lehti 2003, 5.

Häkkinen U, Jonsson PM. Harnessing diversity of provision. In: Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges pp.198-213. European Observatory on Health Systems and Policies Series 2009.

Häkkinen U, Keskimäki I, Linnakko E, Pekurinen M. Terveydenhuollon UNELMA-malli. Teoksessa: Rissanen P, Valtonen H (toim.). Terveystaloustiede 1995. STAKES, Aiheita 4/1995, 8-10. Helsinki 1995.

Häkkinen U, Nguyen L, Pekurinen M, Peltola M. Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. THL, Raportti 3/2009. Helsinki 2009.

Häkkinen U, Nguyen L. Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää useammin. Optimi 2/1010.

Jonsson PM, Agardh E, Brommels M. Hälso- och sjukvårdens strukturreformer: Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Ansvarskommitténs skriftserie. Statens offentliga utredningar. Stockholm 2006.

Kainuun maakunta –kuntayhtymä. Kainuun ohjausryhmä, pöytäkirja 19.3.2010. Kajaani 2010.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm - redovisning av de två första årens erfarenheter. (Rapport 2010:12). Stockholm 2010

Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2008. Helsinki 2009.

Kela. Kelan tiedote 20.4.2010a.

Kela. Työterveyshuolto 2008: yhteenveto. Ennakkotieto (Timo Partio 20.10.2010). Helsinki 2010b.

Kela. Kelan toimittama tieto 25.10.2010. Kela 2010c.

KHO. Korkein hallinto-oikeus 19.6.2002. Dnro 1257/3/00. Helsinki 2002.

Klavus J, Kapiainen S. Health care in Finland 1990-2006: Progressivity, incidence and socio-economic determinants. Technical Report to the World Health Organization, October 2008.

Konkurrensverket. Uppföljning av vårdval i primärvården – förutsättningar och hinder. Delrapport 1. (Konkurrensverkets rapportserie 2009:5). Stockholm 2009

Konkurrensverket. Uppföljning av vårdval i primärvården. Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2. (Konkurrensverkets rapportserie 2010:2) Stockholm 2010

Kuntaliitto. Kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen toiminnan ja rahoituksen yhteen sovittamiseen liittyvät ongelmat. Aloite sosiaali- ja terveysministeriölle 8.1.1997. Helsinki 1997.

Kuusi O, Rynnänen O-P, Kinnunen J, Myllykangas M, Lammintakanen J. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006. Edita Prima Oy, Helsinki 2006.

LIF. Sjukvården kan reformeras – lär av nederländerna! (LIF rapport 2008:5). Stockholm 2008.

Manderbacka K, Gissler M, Husman K, Husman P, Häkkinen U, Keskimäki I, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A, Wahlbeck K, Widström E. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveystalouden käytössä. Teoksessa: Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I, toim. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes, Helsinki 2006, s 42-55.

Manderbacka K, Häkkinen U, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A, Keskimäki I. Terveystaloudet. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E, toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007, s 179-196.

Manderbacka K, Arffman M, Leyland AH, McCallum A, Keskimäki I. Change and persistence in health care inequities. Access to elective surgery in Finland 1992-2003. *Scandinavian Journal of Public Health* 2009, 37, 2, 131-138.

Mattila Y. Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat ”yhteisestä pohjasta eri poluille”. Turun yliopiston Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja, Sarja D:2/2006 Sosiaalivakuutuksen ammatilliset lisensiaattitutkimukset. Turku 2006.

Miettinen A, Seppälä E, Moilanen L, Mattelmäki-Rimpelä U, Willman K. Monikanavaisen rahoituksen vaikutukset kliinisten laboratoriotutkimusten hinnoitteluun, laboratorio-organisaation tuotantorakenteeseen ja kokonaiskustannuksiin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauskirja* 1998, 35, 94-102.

Miettinen A. Irti suunnitelmataloudesta laboratorioalalla. *Suomen lääkirilehti* 2000, 34, 3373-3374.

Mikkola H, Widström E, Jauhiainen S, Vesivalo A. Yksityiset hammashoitopalvelut Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa - toimialan kehitys ja haasteet. *Yhteiskuntapolitiikka*. 2005, 70, 1, 15-27.

Mikkola H, Vesivalo A, Jauhiainen S, Widström E. An Outlook of Dental Practices - Drivers, Barriers and Scenarios. *Liiketaloudellinen aikakauskirja* 2007, 56, 2, 167-192.

Ministry of Health, Welfare and Sport. Health Insurance in the Netherlands. The new health insurance system from 2006. The Hague: Netherlands, 2005.

Mossialos E, Srivastava D. Pharmaceutical policies in Finland – Challenges and opportunities. *Observatory Studies Series No 10*. European Observatory on Health Systems and Policies 2008.

Nguyen L, Häkkinen U. Income-Related Inequality in the Use of Dental Services in Finland. *Applied Health Economics and Health Policy* 2004, 3, 4, 251–262.

Nguyen L, Häkkinen U, Pekurinen M, Rosenqvist G, Mikkola H. Determinants of Health Care Expenditure in a Decentralized Health Care System. National Institute for Health and Welfare. Discussion Papers 21/2009.

Nihtilä A, Widström E. Haasteena oikeudenmukaisuus - keski-ikäisten kokemuksia hammashoitoudistuksesta pääkaupunkiseudulla. Yhteiskuntapolitiikka 2005, 70, 3, 323-33.

Norges forskningsråd. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo 2006.

OECD. OECD Economic Surveys 1998. Finland. Special features – Structural Policies, Health Care Reform. Paris 1998.

OECD. OECD Reviews of Health Systems. Finland. 2005.

OECD. Health Data 2010. Paris 2010.

Ot.prp.nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Ot.prp.nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).

Pekurinen M. Terveysthuollon menoihin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä. Teoksessa "Terveysthuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys". Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Helsinki 2007. ss. 9-67.

Peruspalveluohjelman ministeriryhmä. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Peruspalveluohjelmaa valmistelevalle ministeriryhmän linjaukset aluevaiheeseen. Muistio 28.9.2005. Helsinki 2005.

Poutanen R, Widström E (2008). Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö. Katsaus 1950-luvulta nykypäivään. Yhteiskuntapolitiikka 2008, 66, 3, 248–255.

Prop. 2008/09:74. Vårdval i primärvården.

Punnonen H. Osto- ja myyntihinnoilla on konkreettisesti väliä – niistä syntyy parhaimmillaan erinomainen kate. Sairaalaviesti 3/2007, 12-14.

Punnonen H. Laboratoriotutkimusten huimat – jopa hirveät hinnat. Sairaalaviesti 1/2010, 10-12.

Rehnberg C, Magnussen J, Luoma K. Maintaining fiscal sustainability in the Nordic countries. In: Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges pp.180-197. European Observatory on Health Systems and Policies Series 2009.

Schut FT, van de Ven WPM. Rationing and competition in the Dutch health care system. Health Economics 2005;14:59-74.

SFS 1993:1651. Lagen om läkarvårdsersättning

SFS 1993:1652. Lagen om ersättning för sjukgymnastik.

SFS 1994:1120. Förordningen om ersättning för sjukgymnastik.

SFS 1994:1121 Förordningen om läkarvårdsersättning.

SFS 1996:1157 mm. Läkemedelsreform

Sintonen H, Pekurinen M. Terveystaloustiede. WSOY. Juva 2006.

Socialdepartementet. Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förslag till uppdrag och plattform. Ds 2010:3. Stockholm 2010.

Soininvaara O. Suun terveydenhuolto tasapainoa etsimässä. Selvitysmiesraportti elokuussa 2008. Suomen Hammaslääkäriliitto. Helsinki 2008.

STM. Palvelurakennetyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1992:17. Helsinki 1992.

STM. Tavoitteena laatupalvelut kohtuukustannuksin: Yhteenveto palvelurakenneselvityksistä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1993:7. Helsinki 1993.

STM. Sosiaaliturvan strategiat – viisi vuotta 2000 –luvulle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1995:1. Helsinki 1995.

STM. Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen tehtäväjako. Selvitysmiesten raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:5. Helsinki 1996a.

STM. Psykoterapiapalvelut. Selvitys terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen välisestä työnjaosta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:11. Helsinki 1996b.

STM. Terveysturvallisuuden suuntaviivat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:16. Helsinki 1996c.

STM. Sosiaaliturvan kestävään rahoitukseen – rahoituksen uusia linjauksia. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 1998:27. Helsinki 1998a.

STM. Terveysturvallisuuden kehittämisselvityksen selvitysmiesraportti 2. Terveysturvallisuuden toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 1998:2. Helsinki 1998.

STM. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2001.

STM. Terveysturvallisuuden rahoitus, rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentaminen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksu-politiikka, valtion ohjausjärjestelmien kehittäminen. Selvityshenkilöraportti 14.1.2002, Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2002a.

STM. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki 2002b.

STM. Sairaanhoidon vakuutuksen kehittämien. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:34. Helsinki 2007.

STM. Kuntoutus selvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:61. Helsinki 2009a.

STM. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista (1806/2009). Annettu Helsingissä 29 päivänä joulukuuta 2009. Helsinki 2009b.

STM. Laitoshoitomaksut 1.1.2010 alkaen. Kuntainfo 22.12.2009. Helsinki 2009c.

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

Suomen Lääkäriliitto. Terveyspalvelujen rahoitus tienhaarassa. Muistio 4.3.1999.

Suomen Lääkäriliitto. Terveystienrahoituksen rahoitus, alueellisen rahoittajan malli. Muistio 4.5.2001.

Suomen Lääkäriliitto. Lääkärikysely 2009. Suomen Lääkäriliiton tilastoja. Helsinki 2009.

Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). Suomalaisten aikuisten suunterveys.

Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16. Helsinki 2004.

Sveriges Kommuner och Landsting. Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2009. Stockholm 2010.

THL. THL kuntien tukena. Raportti kuntakierrokselta 2009. THL, Avauksia 26/2009. Helsinki 2009.

THL. Terveystienrahoituksen menot ja rahoitus 2008. Terveystienrahoituksen laitos, Terveystienrahoitus 12/2010. Helsinki 2010a.

THL. Vanhustenhuollon menot ja rahoitus 2008. Terveystienrahoituksen laitos. Henkilökohdallinen tiedonanto Petri Matveinen ja Esa Arajärvi 28.10.2010. Helsinki 2010b.

THL/CHESS. Monikanavarahoitusta koskevaa selvitystä varten tuotetut tiedot erikoissairaanhoidon avohoitopalvelujen ja yksityisten erikoislääkärien palvelujen käytöstä. THL:n terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö CHESS, Benchmarking –tietokanta (Mikko Peltola 1.10.2010). Helsinki 2010a.

THL/CHESS. Monikanavarahoitusta koskevaa selvitystä varten tuotetut tiedot lääkäripalvelujen ja hammaslääkäripalvelujen käytöstä. THL:n terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö CHESS, HYPÄ –aineisto (Jan Klavus 1.10.2010). Helsinki 2010b.

THL/CHESS. Monikanavarahoitusta koskevaa selvitystä varten tuotetut kuntakohtaiset rahoitustiedot valtion, kunnan, sairausvakuutuksen ja asiakkaiden osuuksista. THL:n terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö CHESS, Kuntakohtainen menoaineisto (Timo Hujanen 1.10.2010). Helsinki 2010c.

THL/HILMO. Hoitoilmoitusrekisteri, NettiHILMO, julkaisematon tieto. Helsinki 2010.

THL/Sotkanet. www.sotkanet.fi. Helsinki 2010.

Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series No 17. EU 2009.

TuV. Terveystuon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006. Helsinki 2006.

Turunen S, Widström E. Arkipäivystykseen ei hakeuduta suotta. Suomen Hammaslääkärilehti 2008, 15, 9, 20-26.

Työterveyslaitos. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007 ja kehitystrendi 1997-2007. Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2009.

Utredningen om patientens rätt. Slutbetänkande. Regler för etablering av vårdgivare. Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar, 2009 (SOU 2009:84)

Valtion talousarvio vuodelle 2009. Helsinki 2008.

Valtiontilintarkastajat Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 2000. Helsinki 2001.

van Doorslaer E, Masseria C, OECD Health Equity Research Group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. In: The OECD Health Project. Towards high-performing health systems. OECD, Paris 2004.

VATT. Hyvinvointipalvelut – kilpailua ja valinnanvapautta. VATT-julkaisuja 19. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki 1995.

WHO. Health for all policy in Finland. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen 1991.

VtV. Työterveyshuollon järjestäminen ja päällekkäisyys julkisen terveydenhuollon kanssa. Valtiontalouden tarkastusvirasto, tarkastuskertomus 6/95. Helsinki 1995.

VtV. Vanhustenhuollon rahoitus. Valtiontalouden tarkastusvirasto, tarkastuskertomus 6/2000. Helsinki 2000.

Wahlbeck K Mielenterveyspalvelut. Teoksessa: Heikkilä M, Roos M, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes, Helsinki 2005

Widström E, Eaton K.A. Oral health care systems in the Extended European Union. Oral Health and Preventive Dentistry 2004; 2: 155-194.

Widström E, Niskanen T, Forss H. Erikoissairaanhoidon annettu suu- ja leukasairauksien hoito vuosina 2000-2005. Suomen Hammaslääkärilehti 2007;14(17):1110-1115.

LIITE 1: Selvitystyössä tarkastellut terveyden- ja vanhustenhuollon menot toiminnoittain ja rahoittajittain 2008, miljoonaa euroa (THL 2010a, THL 2010b, Kela 2009, Kela 2010b)

	Julkinen rahoitus	Valtio ja kunnat	Kela	Yksityinen rahoitus	Avustus-kassat	Yksityinen vakuutus	Kotitaloudet	Kotitalouksia palvelevat voittoa tavoittelemattomat yhteiset	Työnantajat	Yhteensä
1. Erikoissairaanhoito	4 635,2	4 634,6	0,6	428,5	3,2	206,7	211,8	6,8		5 063,7
1.1 Somaattinen erikoissairaanhoito	3 901,4	3 901,4		390,3		206,7	183,6			4 291,6
1.1.1 Vuodeosastoahoito	2 192,5	2 192,5		296,6		206,7	89,9			2 489,1
1.1.2 Päiväkirurgia	157,3	157,3		29,5			29,5			186,8
1.1.3 Avohoito	1 551,5	1 551,5		64,2			64,2			1 615,7
1.2 Psykiatrinen hoito	563,4	563,4		33,6			26,8	6,8		597,1
1.2.1 Vuodeosastoahoito	381,2	381,2		26,8			26,8			408,0
1.2.1.1 Pitkäaikainen psykiatrinen vuodeosastoahoito (yli 180 vrk)	81,2	81,2		9,5			9,5			90,7
1.2.1.2 Muu psykiatrinen vuodeosastoahoito (enintään 180 vrk)	300,0	300,0		17,3			17,3			317,3
1.2.2 Avo- ja päiväosastoahoito	181,5	181,5								181,5
1.2.3 Muu psykiatrinen hoito	0,7	0,7		6,8				6,8		7,5
1.3 Kuntien ja kuntayhtymien erikoissairaanhoitojen ostopalvelut yksityisiltä (ja muu yksityinen sairaanhoito)	170,4	169,8	0,6	4,6	3,2		1,4			175,0
2. Perusterveydenhuolto (pl. Vanhustehn-, työterveys-, opiskelu- ja hammashuolto)	2 121,3	2 121,3		227,9	17,9	44,5	165,5			2 349,2
2.1 Perusterveydenhuollon vuodeosastoahoito	493,4	493,4		85,7			85,7			579,1
2.1.1 Pitkäaikaishoito (vähintään 90 vrk, alle 65 vuotiaat)*	40,6	40,6		7,5			7,5			48,1
2.1.2 Lyhytaikainen vuodeosastoahoito	452,9	452,9		78,1			78,1			531,0
2.1.2.1 Lyhytaikainen (alle 21 vrk) vuodeosastoahoito	203,1	203,1		35,7			35,7			238,8
2.1.2.2 Muu lyhytkestoinen (21-89 vrk) vuodeosastoahoito	249,8	249,8		42,4			42,4			292,2
2.2 Perusterveydenhuollon avohoito (pl. hammashuolto)	1 467,7	1 467,7		124,3		44,5	79,8			1 592,0
2.2.1 Fysioterapia	24,6	24,6		49,3		44,5	4,8			73,9
2.2.2 Mielenterveyshoito	83,2	83,2								83,2
2.2.3 Äitiys-, lasten- ja perhesuunnittelun neuvolatoiminta	128,7	128,7								128,7
2.2.4 Kouluterveydenhuolto	64,4	64,4								64,4
2.2.5 Kotisairaanhoito	247,7	247,7		17,0			17,0			264,7
2.2.6 Laboratoriotutkimus	42,6	42,6								42,6
2.2.7 Kuvantamistutkimus	25,5	25,5								25,5
2.2.8 Terveyskeskuslääkäreiden muu avohoitotoiminta	639,1	639,1		43,5			43,5			682,6
2.2.9 Terveyskeskusten hoitohenkilökunnan muu avohoitotoiminta	211,8	211,8		14,5			14,5			226,4
2.3 Kuntien ja kuntayhtymien perusterveydenhuollon ostopalvelut yksityisiltä	160,2	160,2		17,9	17,9					178,1
3. Suun terveydenhuolto	398,0	279,4	118,6	538,9	9,3		518,4	11,2		937,0
3.1 Perusterveydenhuollon suun terveydenhuolto	249,7	249,7		89,6			89,6			339,3
3.2 Yksityinen suun terveydenhuolto (SV:n ulkopuolinen)	27,7	27,7		165,9			165,9			193,6
3.3 Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen suun terveydenhuolto**	118,6		118,6	198,9	9,3		189,6			317,5
3.4 YTHS:n ja Puolustusvoimien suun terveydenhuolto	2,0	2,0		11,2				11,2		13,3
3.5 Hammaspoteetikka				73,3			73,3			73,3
4. Työterveys- ja opiskeluterveydenhuolto	297,5	35,2	262,2	334,8			0,9	22,3	311,6	632,3
4.1 Perusterveydenhuollon työterveyshuolto***	73,0	21,5	51,5	48,6				48,6		121,6
4.2 Yksityisten palveluntuottajien työterveyshuolto***	210,7		210,7	263,0				263,0		473,7
4.3 Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuolto	13,8	13,8		0,9			0,9			14,7
4.4 YTHS:n opiskeluterveydenhuolto (pl. hammashuolto)				22,3				22,3		22,3
5. Vanhustenhuollon käyttömenot	2 353,6	2 353,6	0,0	608,1			577,8	30,3		2 961,8
5.1 Vanhusten laitoshoitopalvelut	964,8	964,8	0,0	298,3			267,9	30,3		1 263,1
5.1.1 Julkisten palveluntuottajien tuottamat palvelut	429,8	429,8		170,3			170,3			600,1
5.1.2 Yksityisten palveluntuottajien tuottamat palvelut**	117,5	117,5		50,4			20,1	30,3		168,0
5.1.3 Julkiset perusterveydenhuollon pitkäaikaishoidon palvelut (vähintään 90 vrk) (väh. 65-vuotiaat)	417,4	417,4		77,5			77,5			495,0
5.2 Kotipalvelut	474,3	474,3		90,0			90,0			564,3
5.2.1 Julkisten palveluntuottajien tuottamat palvelut*	439,3	439,3		83,3			83,3			522,6
5.2.2 Yksityisiltä palveluntuottajilta ostetut palvelut*	35,0	35,0		6,7			6,7			41,7
5.3 Muut vanhusten palvelut	914,5	914,5		219,9			219,9			1 134,4
5.3.1 Julkisten palveluntuottajien tuottamat palvelut*	363,5	363,5		87,4			87,4			450,9
5.3.2 Yksityisiltä palveluntuottajilta ostetut palvelut*	551,0	551,0		132,5			132,5			683,5
6. Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen terveydenhuolto	440,6	80,9	359,6	406,0			308,8	97,2		846,6
6.1 Yksityislääkäripalvelut**	66,2		66,2	203,2			203,2			269,4
6.2 Yksityinen tutkimus ja hoito**	68,3		68,3	152,5			55,3	97,2		220,8
6.3 Yksityinen kuntoutus	306,1	80,9	225,1	50,3			50,3			356,4
7. Muu terveydenhuolto	232,7	232,7		14,4			14,4			247,1
7.1 Kunnallinen kehitysvammalaitoshoidon ostopalvelut	161,3	161,3		12,2			12,2			173,6
7.2 Kuntien ja kuntayhtymien kehitysvammalaitoshoidon ostopalvelut yksityisiltä	25,2	25,2		2,2			2,2			27,3
7.3 Puolustusvoimien ja Vankeinhoidon terveydenhuolto (pl. hammashuolto)	46,1	46,1								46,1
8. Lääkkeet ja muut lääkinälliset kulutustavarat	1 242,8		1 242,8	989,5	13,7		975,8			2 232,3
8.1 Reseptilääkkeet	1 242,8		1 242,8	647,5	13,7		633,8			1 890,3
8.1.1 Peruskorvatut	395,5		395,5	546,4	13,7		532,7			941,9
8.1.2 Erityiskorvaukset	700,6		700,6	101,1			101,1			801,7
8.1.3 Lisäkorvaukset	146,7		146,7							146,7
8.2 Käsi- ja kappaläläkkeet				290,0			290,0			290,0
8.3 Muut lääkinälliset kulutustavarat				52,0			52,0			52,0
9. Hoitolaitteet ja muut lääkinälliset kestokulutustavarat				393,9	6,2		387,6			393,9
9.1 Silmälasit ja muut optiset laitteet				360,0	6,2		353,8			360,0
9.2 Ortopediset ja muut proteettiset apuvälineet (pl. hammaspoteetikka)				33,9			33,9			33,9
10. Terveydenhuollon hallintomenot	340,4	203,2	137,2	30,8	10,5	16,4	0,3	3,6		371,1
10.1 Julkisen sektorin terveydenhuollon yleishallinto	295,8	158,6	137,2	3,9			0,3	3,6		299,7
10.2 Terveydenhuollon hallinto ja sairausvakuutus: yksityissektori				26,8	10,5	16,4				26,8
10.3 Terveyden edistäminen ja terveysvalvonta	44,6	44,6								44,6
11. Matkat	215,4		215,4	26,1			26,1			241,4
11.1 Sairausvakuutuksen korvaamat matkat: ambulanssi	77,3		77,3	9,4			9,4			86,7
11.2 Sairausvakuutuksen korvaamat matkat: muut	138,0		138,0	16,7			16,7			154,7
12. Terveyden- ja vanhustenhuollon bruttoinvestoinnit	670,5	670,5		176,0				52,0	124,0	846,5
12.1 Terveydenhuollon investoinnit	598,1	598,1		176,0				52,0	124,0	774,1
12.1.1 Julkiset terveydenhuollon bruttoinvestoinnit	598,1	598,1								598,1
12.1.2 Yksityiset terveydenhuollon bruttoinvestoinnit				176,0				52,0	124,0	176,0
12.2 Vanhustenhuollon investoinnit	72,5	72,5								72,5
12.2.1 Kuntien vanhusten laitoshoidon investoinnit	72,4	72,4								72,4
12.2.2 Vanhainkotikuntayhtymien investoinnit	0,1	0,1								0,1
TERVEYDEN- JA VANHUSTENHUOLLON MENOT YHTEENSÄ, m€	12 947,9	10 611,4	2 336,4	4 174,9	60,8	267,6	3 187,5	223,5	435,6	17 122,9
- Asukasta kohti, €										3 229,5
- Bkt-osuus (%)										9,3

* = THL 2010b, ** = Kela 2009, *** = THL 2010a tieto täydennetty tiedolla Kela 2010b

**LIITE 2: Selvitystyössä tarkasteltujen terveyden- ja vanhustenhuollon menojen rahoitusra-
kenne (%) toimintoittain 2008 (THL 2010a, THL 2010b, Kela 2009, Kela 2010b)**

	Julkinen rahoitus	Valtio ja kunnat	Kela	Yksityinen rahoitus	Avustus-kassat	Yksityinen vakuutus	Kotitaloudet	Kotitalouksia palvelevat voitto- tai voittoa tavoittelemattomat yhteisöt	Työnantajat	Yhteensä
1. Erikoissairaanhoito	91,5	91,5		8,5	0,1	4,1	4,2	0,1		100,0
1.1 Somaattinen erikoissairaanhoito	90,9	90,9		9,1		4,8	4,3			100,0
1.1.1 Vuodeosastohoito	88,1	88,1		11,9		8,3	3,6			100,0
1.1.2 Päiväkirurgia	84,2	84,2		15,8			15,8			100,0
1.1.3 Avohoito	96,0	96,0		4,0			4,0			100,0
1.2 Psykiatrinen hoito	94,4	94,4		5,6			4,5	1,1		100,0
1.2.1 Vuodeosastohoito	93,4	93,4		6,6			6,6			100,0
1.2.1.1 Pitkäaikainen psykiatrinen vuodeosastohoito (yli 180 vrk)	89,5	89,5		10,5			10,5			100,0
1.2.1.2 Muu psykiatrinen vuodeosastohoito (enintään 180 vrk)	94,5	94,5		5,5			5,5			100,0
1.2.2 Avo- ja päiväosastohoito	100,0	100,0								100,0
1.2.3 Muu psykiatrinen hoito	9,6	9,6		90,4				90,4		100,0
1.3 Kuntien ja kuntayhtymien erikoissairaanhoitojen ostopalvelut yksityisiltä (ja muu yksityinen sairaanhoito)	97,4	97,0	0,4	2,6	1,8		0,8			100,0
2. Perusterveydenhuolto (pl. Vanhustehn-, työterveys-, opiskelu- ja hammashuolto)	90,3	90,3		9,7	0,8	1,9	7,0			100,0
2.1 Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	85,2	85,2		14,8			14,8			100,0
2.1.1 Pitkäaikaishoito (vähintään 90 vrk, alle 65 vuotiaat)*	84,3	84,3		15,7			15,7			100,0
2.1.2 Lyhytaikainen vuodeosastohoito	85,3	85,3		14,7			14,7			100,0
2.1.2.1 Lyhytaikainen (alle 21 vrk) vuodeosastohoito	85,0	85,0		15,0			15,0			100,0
2.1.2.2 Muu lyhytkestoinen (21-89 vrk) vuodeosastohoito	85,5	85,5		14,5			14,5			100,0
2.2 Perusterveydenhuollon avohoito (pl. hammashuolto)	92,2	92,2		7,8		2,8	5,0			100,0
2.2.1 Fysioterapia	33,3	33,3		66,7		60,2	6,5			100,0
2.2.2 Mielen- ja mielenterveyshoito	100,0	100,0								100,0
2.2.3 Äitiys-, lasten- ja perhesuunnittelun neuvolatoiminta	100,0	100,0								100,0
2.2.4 Kouluterveydenhuolto	100,0	100,0								100,0
2.2.5 Kotisairaanhoito	93,6	93,6		6,4			6,4			100,0
2.2.6 Laboratoriotutkimus	100,0	100,0								100,0
2.2.7 Kuvantamistutkimus	100,0	100,0								100,0
2.2.8 Terveystieteiden tutkimus ja avohoitotoiminta	93,6	93,6		6,4			6,4			100,0
2.2.9 Terveystieteiden tutkimus ja hoitohenkilökunnan muu avohoitotoiminta	93,6	93,6		6,4			6,4			100,0
2.3 Kuntien ja kuntayhtymien perusterveydenhuollon ostopalvelut yksityisiltä	89,9	89,9		10,1	10,1					100,0
3. Suun terveydenhuolto	42,5	29,8	12,7	57,5	1,0		55,3	1,2		100,0
3.1 Perusterveydenhuollon suun terveydenhuolto	73,6	73,6		26,4			26,4			100,0
3.2 Yksityinen suun terveydenhuolto (SV:n ulkopuolinen)	14,3	14,3		85,7			85,7			100,0
3.3 Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen suun terveydenhuolto**	37,4		37,4	62,6	2,9		59,7			100,0
3.4 YTHS:n ja Puolustusvoimien suun terveydenhuolto	15,3	15,3		84,7				84,7		100,0
3.5 Hammaspoteettikka				100,0			100,0			100,0
4. Työterveys- ja opiskeluterveydenhuolto	47,0	5,6	41,5	53,0			0,1	3,5	49,3	100,0
4.1 Perusterveydenhuollon työterveyshuolto***	60,0	17,7	42,4	40,0				40,0		100,0
4.2 Yksityisten palveluntuottajien työterveyshuolto***	44,5		44,5	55,5				55,5		100,0
4.3 Perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuolto	93,9	93,9		6,1			6,1			100,0
4.4 YTHS:n opiskeluterveydenhuolto (pl. hammashuolto)				100,0				100,0		100,0
5. Vanhustenhuollon käyttömenot	79,5	79,5		20,5			19,5	1,0		100,0
5.1 Vanhusten laitoshoidon palvelut	76,4	76,4		23,6			21,2	2,4		100,0
5.1.1 Julkisten palveluntuottajien tuottamat palvelut	71,6	71,6		28,4			28,4			100,0
5.1.2 Yksityisten palveluntuottajien tuottamat palvelut**	70,0	70,0		30,0			12,0	18,1		100,0
5.1.3 Julkiset perusterveydenhuollon pitkäaikashoidon palvelut (vähintään 90 vrk) (väh. 65-vuotiaat)	84,3	84,3		15,7			15,7			100,0
5.2 Kotipalvelut	84,1	84,1		15,9			15,9			100,0
5.2.1 Julkisten palveluntuottajien tuottamat palvelut*	84,1	84,1		15,9			15,9			100,0
5.2.2 Yksityisiltä palveluntuottajilta ostetut palvelut*	83,9	83,9		16,1			16,1			100,0
5.3 Muut vanhusten palvelut	80,6	80,6		19,4			19,4			100,0
5.3.1 Julkisten palveluntuottajien tuottamat palvelut*	80,6	80,6		19,4			19,4			100,0
5.3.2 Yksityisiltä palveluntuottajilta ostetut palvelut*	80,6	80,6		19,4			19,4			100,0
6. Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen terveydenhuolto	52,0	9,6	42,5	48,0			36,5	11,5		100,0
6.1 Yksityislääkäripalvelut**	24,6		24,6	75,4			75,4			100,0
6.2 Yksityinen tutkimus ja hoito**	30,9		30,9	69,1			25,0	44,0		100,0
6.3 Yksityinen kuntoutus	85,9	22,7	63,2	14,1			14,1			100,0
7. Muu terveydenhuolto	94,2	94,2		5,8			5,8			100,0
7.1 Kunnallinen kehitysvammalaitoshoidon ostopalvelut	92,9	92,9		7,1			7,1			100,0
7.2 Kuntien ja kuntayhtymien kehitysvammalaitoshoidon ostopalvelut yksityisiltä	92,1	92,1		7,9			7,9			100,0
7.3 Puolustusvoimien ja Vankeinhoitolaitoksen terveydenhuolto (pl. hammashuolto)	100,0	100,0								100,0
8. Lääkkeet ja muut lääkinälliset kulutustavarat	55,7		55,7	44,3	0,6		43,7			100,0
8.1 Reseptilääkkeet	65,7		65,7	34,3	0,7		33,5			100,0
8.1.1 Peruskorvatut	42,0		42,0	58,0	1,5		56,6			100,0
8.1.2 Erytiskorvatut	87,4		87,4	12,6			12,6			100,0
8.1.3 Lisäkorvatut	100,0		100,0							100,0
8.2 Käsi- ja ihonlääkkeet				100,0			100,0			100,0
8.3 Muut lääkinälliset kulutustavarat				100,0			100,0			100,0
9. Hoitolaitteet ja muut lääkinälliset kestopulustustavarat				100,0	1,6		98,4			100,0
9.1 Silmälasit ja muut optiset laitteet				100,0	1,7		98,3			100,0
9.2 Ortopediset ja muut proteettiset apuvälineet (pl. hammasproteettikka)				100,0			100,0			100,0
10. Terveydenhuollon hallintomenot	91,7	54,7	37,0	8,3	2,8	4,4	0,1	1,0		100,0
10.1 Julkisen sektorin terveydenhuollon yleishallinto	98,7	52,9	45,8	1,3			0,1	1,2		100,0
10.2 Terveydenhuollon hallinto ja sairausvakuutus: yksityissektori				100,0	39,0	61,0				100,0
10.3 Terveyden edistäminen ja terveysvalvonta	100,0	100,0								100,0
11. Matkat	89,2		89,2	10,8			10,8			100,0
11.1 Sairausvakuutuksen korvaamat matkat: ambulanssi	89,2		89,2	10,8			10,8			100,0
11.2 Sairausvakuutuksen korvaamat matkat: muut	89,2		89,2	10,8			10,8			100,0
12. Terveyden- ja vanhustenhuollon bruttoinvestoinnit	79,2	79,2		20,8				6,1	14,6	100,0
12.1 Terveydenhuollon investoinnit	77,3	77,3		22,7				6,7	16,0	100,0
12.1.1 Julkiset terveydenhuollon bruttoinvestoinnit	100,0	100,0								100,0
12.1.2 Yksityiset terveydenhuollon bruttoinvestoinnit				100,0				29,5	70,5	100,0
12.2 Vanhustenhuollon investoinnit	100,0	100,0								100,0
12.2.1 Kuntien vanhusten laitoshoidon investoinnit	100,0	100,0								100,0
12.2.2 Vanhainkotikuntayhtymien investoinnit	100,0	100,0								100,0
TERVEYDEN- JA VANHUSTENHUOLLON MENOT YHTEENSÄ (%)	75,6	62,0	13,6	24,4	0,4	1,6	18,6	1,3	2,5	100,0

* = THL 2010b, ** = Kela 2009, *** = THL 2010a tieto täydennetty tiedolla Kela 2010b

LIITE 3: Selvitystyön yhteydessä 15.9.–21.10.2010 haastatellut henkilöt

Heikki Bothas, toiminnanjohtaja, Rinnakkaislääketeollisuus ry
Anja Eerola, apulaistoiminnanjohtaja, Suomen hammaslääkäriliitto
Marina Erhola, ylijohtaja, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Mikael Forss, johtaja, Kansaneläkelaitos
Aino-Inkeri Hansson, ylijohtaja, Sosiaali- ja terveysministeriö
Kaj Husman, professori, Työterveyslaitos
Rauno Ihalainen, sairaanhoitopiirin johtaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Anja Kairisalo, johtaja, Sosiaali- ja terveysministeriö
Juha Kinnunen, professori, Itä-Suomen yliopisto
Vesa Kämäräinen, toimitusjohtaja, Nordic Health Care Group Oy
Pirkko Karjalainen, toiminnanjohtaja, Vanhustyön keskusliitto
Päivi Laajala, ylijohtaja, Valtiovarainministeriö
Juhani Lehto, professori, Tampereen yliopisto
Aki Lindén, toimitusjohtaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Minna Liuttu, neuvotteleva virkamies, Sosiaali- ja terveysministeriö
Kati Myllymäki, johtava ylilääkäri, Kouvolan kaupunki
Jouko Narikka, budjettineuvos, Valtiovarainministeriö
Kari Nenonen, varatoimitusjohtaja, Suomen Kuntaliitto
Ismo Partanen, toiminnanjohtaja, Lääkäripalveluyritykset ry
Lauri Pelkonen, johtaja, Lääkkeiden hintalautakunta
Heikki Punnonen, kehityspäällikkö, Suomen Kuntaliitto
Heikki Pälve, toiminnanjohtaja, Suomen lääkäriiliitto
Matti Pöyry, toiminnanjohtaja, Suomen hammaslääkäriliitto
Sirpa Rinta, johtaja, Lääketeollisuus ry
Pekka Rissanen, professori, Tampereen yliopisto
Hannu Valtonen, professori, Itä-Suomen yliopisto
Päivi Voutilainen, neuvotteleva virkamies, Sosiaali- ja terveysministeriö
Kari Välimäki, kansliapäällikkö, Sosiaali- ja terveysministeriö

LIITE 4: THL:n asiantuntijaryhmän ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi

Käynnistetään sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistusta koskeva valmistelu

A Rahoitusuudistuksen päämäärä

- a. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu on alueellisesti yhdellä toimijalla (=alueellisella palvelujen järjestäjällä ja rahoittajalla)
- b. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus kootaan yhteen alueelliselle palvelujen järjestäjälle, joka vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta alueensa asukkaille
- c. Raha kulkee asiakkaan mukana palvelujen järjestäjältä ja rahoittajalta palvelujen tuottajalle

B Terveys- ja hyvinvointitavoitteet

1. Turvata koko väestölle sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävä saatavuus asuinpaikasta riippumatta
(⇔ järjestämis- ja rahoitusvastuu voimavaroiltaan riittävän suurella ja joustavalla toimijalla)
2. Tuottaa väestölle enemmän terveyttä ja hyvinvointia kohtuukustannuksin
(⇔ järjestämis- ja rahoitusvastuun yhdistäminen + taloudelliset kannusteet palvelujen järjestäjille ja tuottajille)
3. Parantaa väestöryhmien ja alueiden välistä yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa
(⇔ järjestämis- ja rahoitusvastuu voimavaroiltaan riittävän suurella ja joustavalla toimijalla)
4. Parantaa asiakkaan asemaa ja lisätä asiakkaan valinnanmahdollisuuksia
(⇔ raha seuraa asiakkaan mukana palvelujen järjestäjältä ja rahoittajalta palvelujen tuottajalle)

C Järjestelmätavoitteet

5. Parantaa palvelujärjestelmän toimivuutta (saatavuutta, yhdenvertaisuutta, taloudellisuutta, tuottavuutta, kustannus-vaikuttavuutta, ym.)
(⇔ järjestämis- ja rahoitusvastuun yhdistäminen + raha seuraa asiakasta)
6. Kannustaa peruspalvelujen kehittämiseen sekä terveys- ja hyvinvointiongelmien ennaltaehkäisyyn
(⇔ rahoitusjärjestelmän kautta rakentuvat kannusteet palvelujen järjestäjille)
7. Tukee sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota
(⇔ järjestämis- ja rahoitusvastuun yhdistäminen)

D Keinot

- i. Palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu aluetasolla yhdelle alueelliselle toimijalle

- ii. Järjestämis- ja rahoitusvastuu riittävän suurelle alueelliselle toimijalle
- iii. Järjestämis- ja rahoitusvastuu kattaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkisesti rahoitetut palvelut
- iv. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus ohjataan alueelliselle toimijalle
- v. Taloudelliset kannusteet järjestäjille ja tuottajille käyttää kustannus-vaikuttavia menetelmiä ja painottaa peruspalveluja ja ongelmien ennaltaehkäisyä
- vi. Raha seuraa asiakasta

E Käytäntö

Alueellinen palvelujen järjestäjä ja rahoittaja:

1. On väestöpohjaltaan riittävän suuri kantamaan kaikki nyt julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä aiheutuvat taloudelliset ja toiminnalliset riskit
2. Vastaa kaikkien nykyisten kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä alueensa asukkaille sekä asukkaidensa hoitamisesta aiheutuvista lääkemenosta
3. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nykyiset valtiosuudet ohjataan alueelliselle toimijalle esimerkiksi palvelujen suhteellista tarvetta kuvaavien kriteerien perusteella
4. Kunnat maksavat alueelliselle palvelujen järjestäjälle ja rahoittajalle korvauksen palvelujen järjestämisestä asukasluvun mukaan (euroa per asukas)
5. Kansaneläkelaitoksen hallinnoiman sairausvakuutuksen maksamia korvauksia vastaava rahamäärä ohjataan alueelliselle järjestäjälle ja rahoittajalle
(⇔ sairaanhoito- ja työtulovakuutuksesta maksettavat korvaukset yksityislääkärin ja hammaslääkärin tuottamista palveluista, yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta, lääkkeistä ja matkoista ja työterveydenhuollon sairaanhoidosta)
6. Käynnistetään ehdotuksen mukainen rahoituskokeilu vähintään kahdella väestöpohjaltaan riittävän suurella alueella