

Asia: VN/22558/2020

Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

Kommenttinne koskien yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten osiota (luku 3)

SuPerin näkemyksen mukaan vaihtoehto B olisi paras ja siinä selvityksen perustelut ovat mielestämme myös oikeat. Vaihtoehdossa B hyvinvointialueilla olisi mahdollisuus lisätä terveydenhuollon palveluja alueellaan, jos sairaanhoitokorvauksiin käytetty raha ohjattaisiin hyvinvointialueille. Rahoitus on kuitenkin yleiskatteellista, eikä olisi korvamerkittyä terveydenhuollon palveluihin. Sairaanhoitokorvausten päättyessä paine julkisen puolen palvelutarjonnassa lisääntyy, kun osa asiakkaista siirtyy yksityiseltä puolelta julkiselle. Julkisella sektorilla saattaisi olla vaikeuksia rekrytoida riittävästi terveydenhuollon ammattilaisia, koska tälläkin hetkellä useiden ammattiryhmien (muun muassa suuhygienistit, sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, lähihoitajat) rekrytointi on haasteellista. Ostettavilla palveluilla voitaisiin kuitenkin monin osin täydentää omaa palvelutuotantoa.

Tarvittaessa hyvinvointialue voi myöntää palveluseteleitä, jos ei itse pysty tietyssä ajassa palvelua muuten tuottamaan. Osa yksityisten palvelujen käyttäjistä käyttää palveluita kaikissa tilanteissa, eikä palvelusetelien olemassaololla ole tälle ryhmälle olennaista vaikutusta..

Korvaukset lisäävät jossain määrin kansalaisten valinnanvapautta, kun yksityisen palvelutuottajan antamasta hoidosta saa osittaisen korvauksen. Toisaalta korvausten taso on matala, jolloin pienituloisten henkilöiden kohdalla yksityisten terveyspalvelujen käyttö ja palvelutuottajan valinta ei ole tosiasiallisesti ollut mahdollista. Hyvätuloiset henkilöt käyttävät yksityisen terveydenhuollon palveluja pienituloisia enemmän. Siksi myös korvaukset kohdentuvat suurelta osin hyvätuloisille. Yksityisten terveyspalvelujen tarjonta vaihtelee alueittain ja keskittyy kaupunkialueille ja kasvukeskuksiin, vaikka korvausten toimeenpano on valtakunnallisesti yhdenvertaista eikä korvauksen saaminen tai määrä riipu asuinpaikasta.

Jos merkittävä osa asiakkaista siirtyisi julkiselle sektorille, yksityisille palveluntuottajille tulisi paineita alentaa hintoja tai hintojen kasvuvauhtia, ja lisäksi osa työntekijöistä saataisi siirtyä myös julkisen sektorin palvelukseen.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

kts edellinen

Matkakorvaukset

Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

Kaikissa valmisteluryhmän arvioimissa vaihtoehtoissa korvausten rahoitusvastuu siirtyisi osittain tai kokonaan hyvinvointialueille. Näin hyvinvointialueille tulisi taloudellinen kannuste lisätä matkojen yhdistelyä sekä lisätä lähi- ja etäpalveluja tai liikkuvien palveluiden määrää taikka ainakin huomioida näiden palvelujen järjestämisen kustannukset suhteessa niihin kustannuksiin, joita asiakkaiden matkojen korvaamisesta aiheutuu, ja sitä kautta pyrkiä kokonaistaloudellisesti edullisimpaan toimintaan. Valtion rahoitus on hyvinvointialueille laskennallista ja yleiskatteellista, joten alueet päättävät rahoituksen kohdentamisesta.

Valtaosa terveydenhuollon matkoista tehdään ilman, että matkasta haetaan matkakorvausta. Matkakustannukset korvataan pääsääntöisesti matkasta sellaiseen lähimpään tutkimus- ja hoitopaikkaan, jossa vakuutettu voi saada hänen terveydentilansa vaarantumatta sairausvakuutuslaissa tarkoitettua tarpeellista tutkimusta ja hoitoa. Maksetuista matkakorvauksista kaksi kolmasosa liittyy erikoissairaanhoidon pääsemiseksi tai sieltä kotiutumiseksi tehtyyn matkaan.

Matkakorvausten omavastuuosuus on yhdensuuntaiselta matkalta 25 euroa. Jos vakuutetun maksettavaksi jäävien saman kalenterivuoden aikana syntyneiden korvattavien matkojen omavastuuosuuksien yhteismäärä ylittää 300 euron vuotuisen omavastuuosuuden (ns. matkakatto), ylittävä osa korvataan kokonaan, kuitenkin enintään vahvistetun korvaustaksan mukaiseen määrään.

Perustuslakivaliokunnan (jäljempänä myös PeVL) mukaan sairausvakuutuslaissa säädettävät korvaukset ja etuudet ovat valtiosääntöoikeudellisesti merkittäviä perustuslain 19 §:n 2 momentin kannalta ja toteuttavat perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle säädettyä velvollisuutta turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.¹⁵ Lisäksi perustuslakivaliokunnan mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen on riittävästi vastattava palvelutarvetta ja turvattava se, etteivät palveluista perittävät asiakasmaksut suuruudellaan siirrä palveluja niitä tarvitsevan ulottumattomiin.

SuPerin näkemyksen mukaan järjestelmä, missä omavastuu on 25 € / yhdensuuntainen matka on kyseenalainen kansalaisten yhdenvertaisen aseman näkökulmasta katsottuna. Jos omavastuuta ei ole ollenkaan, niin silloin tämä ongelma poistuisi. Sillä voi olla kyllä merkittävää fiskaalista vaikutusta, mikäli se lisäisi matkojen määrää merkittävästi.

Olisiko matkustamisen maksukatto mahdollista sisällyttää yhdistettyyn sote-maksujen maksukattoon? SuPerin näkemyksen mukaan sote-palvelujen käyttöön olisi tarkoituksenmukaisinta saada yhteinen hintakatto kaikille sote-maksuille. Saman hintakaton piiriin olisi hyvä laittaa myös lääke- sekä matkakorvaukset. Malli mahdollistaisi nykyistä paremmin avohoidossa ja laitoksissa käytettyjen lääkkeiden sääntelyn ja toimintamallien yhtenäistämisen. Malli parantaisi mahdollisuutta yhdistää terveydenhuollon ja lääkekustannusten maksukatot ja asettaisi sote-palveluja käyttävät asiakkaat perustuslain näkökulmasta paremmin yhdenvertaiseen asemaan asuinpaikasta tai palvelujen käytöstä riippumatta.

Tämä olisi helpommin perusteltavista kansalaisten yhdenvertaisen kohtelun näkökulmasta katsottuna. Se voisi myös kannustaa hyvinvointialueita säilyttämään kattavampaa palveluverkkoa.

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuun ulkopuolelle jäisivät esimerkiksi yksityinen terveydenhuolto, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto ja Kelan järjestämä kuntoutus. Jos matkojen korvaaminen näihin rahoitettaisiin muusta järjestelmästä kuin hyvinvointialueiden toimesta, matkojen korvaamisen rahoituslähteet eivät vähenisi. SuPerin näkemyksen mukaan tämän osalta olisi selvitettävä päällekkäisen toiminnan aiheuttamat hallinnolliset kustannukset ja harkittava sen jälkeen sitä, pitäisikö kaikki korvaukset keskittää hyvinvointialueiden hoidettavaksi. Näiden kustannusten mahdolliset korvaukset on tietysti huomioitava hyvinvointialueille myönnettävässä rahoituksessa. Matkojen yhdistelyn näkökulmasta ns. yhden luukun periaate olisi SuPerin näkemyksen mukaan kustannustehokkaampi malli.

Korvattavien matkojen kustannustehokkaan järjestämisen näkökulmasta matkakorvaukset olisi tarkoituksenmukaista keskittää yhdelle kunkin viiden yliopistollisen keskussairaalan yhteistyöalueen hyvinvointialueista.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

kts edellinen

Vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

Palveluiden asiakaslähtöiselle ja varhaisen tuen painopistettä tukevalle kehittämiselle voisi olla paremmat mahdollisuudet, jos rahoitusvastuu ei olisi jakaantunut usealle taholle.

Matalan kynnyksen palvelujen tarjoaminen varhaisessa vaiheessa vähentää merkittävästi kalliimpien korvaavien hoitojen tarvetta, vähentää sairauspoissaolojen aiheuttamia kustannuksia ja jopa pidentää työuria. Mielen terveyden häiriöiden perusteella myönnettävät sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat nousseet koko 2000-luvun ajan hyvin voimakkaasti ja niihin on pystyttävä puuttumaan.

Hyvinvointialueiden vastuulla olevat kuntoutusmallit tukevat SuPerin näkemyksen mukaisesti parhaiten resurssien oikeaa jakautumista ja sote-toiminnan painopisteen siirtymistä ennaltaehkäisevien palveluiden suuntaan.

Mikäli hyvinvointialueiden lisäksi olisi jokin toinen vastuutaho kuntoutuspalvelujen järjestämiseen ja rahoitukseen, niin pelkona on se, että näitä palveluja osaoptimoinnin nimissä siirretään herkästi myös näille muille toimijoille, jotka puolestaan tulevat resurssien rajallisuuden vuoksi ruuhkautumaan. Se johtaa väistämättä palvelujen saamisen viivästymiseen ja kalliimpiin kokonaiskustannuksiin.

Hyvinvointialueille on annettava myös mahdollisuus määritellä asukkailleen heidän tarvitsemiaan kuntoutuspalveluja tarkoituksenmukaisella tavalla ja tasolla. Se esimerkiksi voi tarkoittaa maksusitoumusten myöntöä myös matalammin koulutetuille terapeuteille kuin mitä nykyisin tapahtuu. Valtiovallalla olisi kuitenkin vastuu palvelujen valvonnasta. Tämä purkaisi tehokkaasti

hoitojonoja ja jättäisi vaativimmalle kuntoutukselle myös paremmat toimintaedellytykset, mikäli helpoimpia asiakaskuntoutuksia voitaisiin hoitaa kevyemmillä hoitoratkaisuilla.

Myös esimerkiksi vanhusten kotihoidossa työskenteleville hoitajille olisi tarkoituksenmukaista ja järkevää antaa mahdollisuus toteuttaa asiakkaiden toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta. Tällä voitaisiin lykätä vaativamman laitoshoidon tai palveluasumisen tarvetta monissa tapauksissa ja saada yhteiskunnalle merkittäviä säästöjä. Se parantaisi myös asiakkaiden saaman palvelun laatua merkittävästi ja vähentäisi näiden kokemaa turvattomuuden tunnetta fyysisen toimintakyvyn paranemisen lisäksi.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

kts edellinen

Lääkekorvaukset

Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

SuPer kannattaa malli, missä hyvinvointialue vastaisi avo- ja laitoshoidon lääkehoitojen järjestämisestä ja rahoituksesta. Nykyinen lääkekorvausjärjestelmä lakkautettaisiin ja tilalle tulisi hyvinvointialueiden järjestämis- ja rahoitusvastuulle kuuluvien lääkekustannusten korvausjärjestelmä, jonka toimeenpano järjestettäisiin kansallisesti.

Rahoitusvastuun osittainen siirto hyvinvointialueille kannustaisi hyvinvointialueita jossain määrin nykyistä vahvemmin ottamaan huomioon palveluja järjestäessään sekä lääkehoidon kustannusten että oman toimintansa vaikutukset julkiselle taloudelle aiheutuviin kokonaiskustannuksiin. Lisäksi se lisäisi tarvetta ohjata alueella lääkkeiden käyttöä ja määräämistä.

Lääkärin määräämän lääkehoidon toteutus ei saa vaarantua siksi, että lääkekorvausjärjestelmän pirstaleisuudesta, tiedonkulun puutteesta yms seikoista. Suunniteltu lääkkeiden käyttö ja hyvä hoitotasapaino vähentävät myös päivystyskäyntien ja jopa erikoissairaanhoidon hoitovuorokausien määrää ja on siten kokonaistaloudellisesti tarkasteltuna paras vaihtoehto.

Hyvinvointialueiden ulkoistamat palvelut kuuluisivat alueiden järjestämisvastuun piiriin ja siten ulkoistetuissa palveluissa käytetyt ja määrätyt lääkkeet kuuluisivat myös hyvinvointialueiden rahoitusvastuulle. Hyvinvointialueilla on oltava merkittävä ohjausvalta myös yksityisen sektorin toimijoiden määräämiin lääkehoitoihin, koska hyvinvointialue rahoittaa pääosan näistäkin lääkehoitokuluista. Jos tämä ohjausvalta puuttuu, niin riskinä on silloin se, että yksityinen toimija voi määrätä sairauden hoitoon sellaisia kalliita lääkkeitä, joita hyvinvointialueen palveluksessa olevat lääkärit eivät taloudellisista syistä johtuen käytä.

Hyvinvointialueen järjestämisvastuun ulkopuolelle jäävien toimijoiden osalta, kuten esimerkiksi työterveyshuollon, lääkekorvausjärjestelmä olisi selvitetävä erikseen.

SuPerin näkemyksen mukaan myös sote-palvelujen käyttöön olisi tarkoituksenmukaisinta saada yhteinen hintakatto kaikille sote-maksuille. Saman hintakaton piiriin olisi hyvä laittaa myös lääke- sekä matkakorvaukset. Malli mahdollistaisi nykyistä paremmin avohoidossa ja laitoksissa käytettyjen lääkkeiden sääntelyn ja toimintamallien yhtenäistämisen. Malli parantaisi mahdollisuutta

yhdistää terveydenhuollon ja lääkekustannusten maksukatot ja asettaisi sote-palveluja käyttävät asiakkaat perustuslain näkökulmasta paremmin yhdenvertaiseen asemaan asuinpaikasta tai palvelujen käytöstä riippumatta.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

kts edellinen

Muita kommentteja ja huomioita

Onko teillä muita kommentteja tai huomiota monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun jatkotyössä huomioitavaksi?

SuPerin näkemyksen mukaan rahoitusmalleja valittaessa on pyrittävä löytämään kokonaistaloudellisesti kustannustehokkaimmat mallit. Se voi tarkoittaa jonkun korvaustenmaksujärjestelmän kohdalla toiminnallisesti tai kustannustehokkuuden kannalta tarkasteltuna nykyistä heikompaa mallia.

Korvausjärjestelmät ja hintakatot eivät saa aiheuttaa nykyisen mallin kaltaisia ongelmia, missä kansalaiset jättävät lääkkeitä ottamatta lääkärin määräämien ohjeiden mukaisesti taloudellisista syistä johtuen. Lääkekorvausten leikkauksista ja kansalaisten maksuvalmiuksista johtuvista syistä aiheutuu myös yhteiskunnalle merkittävät lisäkustannukset, kun sote-palveluja käyttävien asiakkaiden hoitotasapaino ei ole kunnossa. Yhteiskunta joutuu tällöin kustantamaan merkittävästi kalliimmat terveydenhoitokustannukset.

Toimintamalleiksi on valittava sellaiset mallit, missä hyvinvointialueet pystyisivät seuraamaan ja arvioimaan lääkehoidon kuin myös koko hoitoketjujen kustannuksia sekä eri ohjaustoimien vaikutuksia.

SuPerin näkemys on sama kuin mitä selvitysraportissa on todettu rajapintaongelmista. Nämä rajapintaongelmat, joita syntyy esimerkiksi potilaiden siirtyessä laitoshoidosta avohoitoon tai päinvastoin samoin kuin yksilöllisiin tilanteisiin liittyvät haasteet olisivat mallissa todennäköisesti nykyjärjestelmää helpommin ratkaistavissa, koska sekä vastuu hoidon järjestämisestä että hoidon rahoitusvastuu ovat hyvinvointialueella. Tällä on suuri merkitys koko soten kokonaistaloudellisuuden kannalta.

Yksityisen sektorin tarjoamat palvelut painottuvat suurimpiin kaupunkeihin ja tästä näkökulmasta katsottuna malli ei tue yhdenvertaisten palvelujen tarjoamista maassa.

Yksityisen sektorin palveluihin myönnettävä tuki nostaa myös hintatasoa. Jos tuki poistuu, niin hinnat todennäköisesti jonkin verran laskevat.

Julkisen tuen poisto lisää myös vakuutusten kysyntää.

Yksityissektorin asiakasmäärät laskevat ja tämän vuoksi osa yksityissektorin toimijoista todennäköisesti hakeutuu julkiselle sektorille töihin.

Hyvinvointialueet voivat myöntää ostopalveluseleitä, jos eivät pysty itse tuottamaan riittävästi jonkin sektorin palveluja.

Selvityksessä todetaan ensihoidon rahoituksesta seuraavaa ja myös SuPer tukee tätä näkemystä: ”Nykyinen rahoitusmalli ei tue ensihoitopalvelun parasta vaikuttavuutta eikä palvelujärjestelmän resursseja saada käytettyä tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. Ensihoidon rahoituksen muuttaminen siten, että palveluiden kokonaisuus, sisältö ja valmius korostuvat kuljettamisen sijaan, edistäisi nykyistä rahoitusmallia paremmin ensihoidon tavoitteellista ja tarkoituksenmukaista kehittämistä ja oletettavasti vähentäisi epätarkoituksenmukaisia ensihoidon kuljetuksia. Valtiontalouden tarkastusvirasto on tuoreessa (2019) tarkastuskertomuksessaan todennut, että ensihoidon sairausvakuutuksen matkakorvausjärjestelmän uudistusta tulee jatkaa. Ratkaisuja ensihoitopalvelun rahoituksen muuttamisesta ovat hidastaneet sosiaali- ja terveydenhuollon ja monikanavarahoituksen kokonaisuudistusten keskeneräisyys. Valmisteluryhmän työskentelyssä on vahvistunut näkemys, jonka mukaan ensihoidon rahoitusvastuu olisi perusteltua siirtää kokonaisuudessaan nykyisten sairaanhoitopiirien ja tulevien hyvinvointialueiden vastuulle. Tämä olisi perusteltua toteuttaa huolimatta siitä, miten muiden matkakorvausten, koko monikanavarahoituksen tai sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksen ratkaisut etenevät. Sairausvakuutuslain kautta nykytilanteessa kanavoituneet ensihoidon kuljetuskorvaukset ja asiakkaiden omavastuut tulisi siirtää täysimääräisenä osaksi hyvinvointialueiden (/kuntien) saamaa rahoitusta.”

Asiakkaiden omavastuu tulisi toteuttaa jatkossa asiakasmaksun muodossa ja tuolloin se voisi kerryttää terveydenhuollon maksukattoa. Muutos edistäisi ensihoitopalvelun kehittämistä osana terveydenhuollon päivystysjärjestelmää, vahvistaisi periaatetta viedä palvelut potilaan luo sekä varmistaisi resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä.

Salo Jussi

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry - Puheenjohtaja Silja Paavola