

Asia: VN/22558/2020

## **Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä**

### Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

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

Kiitämme mahdollisuudesta lausua asiassa.

Monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvitys luvussa kolme on asiaa taustoitettu valitettavan kevyesti ja hyvinvointialueen kannalta liian pintapuoleisesti, että lausuntomme voisi huomioida asian erityispiirteitä. Yleisenä kommenttina todettakoon, että liitteessä 4 esitetyissä laskelmissa on perustavaa laatua oleva logiikkavirhe asiakasmaksutuloista ja yleislääkäritasoisten potilaiden hoitamisesta. Uudessa asiakasmaksulaissa on poistettu käyntimaksut hoitajavastaanotoilta. Kuten liitteessä 4 s. 5-6 selvityksessä todetaan, että ”lyhyemmät vastaanottoajat selittyvät sillä, että julkisella sektorilla lääkärin vastaanotoilla hoidetaan monimutkaisempia potilastapauksia, ja julkisen sektorin sairaanhoitajavastaanottojen potilasjoukko on osittain vastaavaa kuin yksityisen puolen lääkärinvastaanotolla”. Tämän joukon asioidessa julkisessa terveydenhuollossa heistä ei hyvinvointialueelle kertyisi juurikaan asiakasmaksutuloa. Sama asia toistuu s 7 koskien lapsiasiakkaiden siirtymää – vaikka vakuuttamattomia on vain 20 % ja tästä aiheutuisi terveydenhoitajatasoista neuvontatarvetta, myös se on asiakasmaksutuloa kerryttämätöntä ylimääräistä siirtymää hyvinvointialueelle. On hyvin spekulatiivista toisaalta väittää, että heillä ei olisi edes mahdollisuutta siirtyä julkisen puolen vastaanotoille – jos sama palvelu tarjotaan maksutta, vaikkakin hoitajan toimesta, on pikemminkin oletettavaa, että siirtymää maksuttomiin palveluihin olisi, jos hoitoonpääsy vielä nopeutuu aiemmasta. Myöskään liitteen 4 sivulla 18 esitetystä tämän epäsuhdan kompensatiosta ei ole kuvattu riittävän selkeää laskentamallia.

Näkemyksemme mukaan yksityislääkäripalvelujen ja yksityisen suun terveydenhuollon palvelujen käyttöön vaikuttaa erityisesti julkisten palvelujen saatavuus ja vakuutusta käyttävien asiakkaiden määrää. Suurin vaikutus tulee olemaan suun terveydenhuollon asiakasmaksujen siirtyminen maksukattoon kuuluviksi ja siksi sivulla 22 esitetyt suun terveydenhuollon skenaariot voivat olla uskottavia ja todennäköisimmin siirtymäärion yläpäässä olevia – siten palvelujen kysyntä julkisella palveluilla tulee väistämättä kasvamaan jopa tuon 20 %. Pohjois-Karjala on valtakunnan köyhin maakunta (mittarilla verotulot asukasta kohden), jolloin oletuksena on, että korvausten poistumalla on suhteellisesti suurempi vaikutus myös yksittäisen asukkaan valintaan.

Lisäksi selvityksessä olisi toivottu kuvattavan tilastotiedoin tarkemmin vakuutusta käyttävien osuutta yksityisellä asiointissa eri palveluissa, joka olisi luotettavampi indikaattori (muut kuin vakuutusasiakkaat) koko asiointijoukon siirtymän todennäköisyydestä.

Kuten selvityksessä s 8 todetaan viitaten NHG:n selvitykseen, että noin 19 % aikoo käyttää nykyistä enemmän julkisia terveystalouksia, jos sairaanhoitokorvaukset lakkautettaisiin. Siirtymä olisi suurinta alueilla, jossa tulotaso olisi matalampaa mm Helsinkiin verraten. Siksi Pohjois-Karjalassa se suoraviivaistaen, olkoonkin että todellisuudessa määrä olisi tn pienempi, tarkoittaisi Kelaston sairaanhoitokorvausten saajien tilaston mukaan n 7500 asiakasta ja n 15 100 palvelutapahtumaa vastaanotolle lisää. Vastaavasti suun terveydenhuollossa saman suhteen (n 20 %) kasvu tarkoittaisi n 4500 asiakasta ja n 11 000 palvelutapahtumaa lisää.

Huomio valtakunnallisesta työvoimapulasta on merkittävä ja huomionarvoinen – jo nyt työvoimapulasta kärsivillä alueilla jokainen lisäystarve palvelujen tuottamiselle lisää olemassa olevien työntekijöiden kuormaa ja vaikeuttaa rekrytointia. Julkinen terveydenhuolto hoitaa hoitohaasteellisia ja monimutkaisia potilastapauksia, eikä ole oletettavaa, että asiakasmäärän siirtymän ollen prosentuaalisesti matalaa, se olennaisesti vaikuttaisi yksityisten työntekijöiden halukkuuteen siirtyä julkiselle palveluntuottajalle. Siten julkinen toimija saisi lisää työtä, mutta tn rekrytointi ei siitä helpottuisi. Siten kustannuslaskelmissa tulisi huomioida se todennäköisyys, että julkinen palveluntuottaja joutuisi ostamaan enemmän merkittävästi kalliimpaa yksityisen palveluntuottajan palvelua, johtaen tilanteeseen, jossa korvausten kohdentaminen ei riittäisi kattamaan aiheutuneita kustannuksia. Tämä skenaario on selvityksessä jäänyt huomiotta. Suurin huoli kohdistuu yleislääkäripalveluihin, jossa myös vastaanottokäynnin hinta on viimeisten vuosien aikana ollut merkittävästi kasvussa.

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

Em kommenttien perusteella pidämme liitteen 4 sivun 23 skenaarioista todennäköisimpinä, jos sairaanhoitokorvaukset poistettaisiin

- yksityisten lääkärikäyntien toteutumisen arviosta skenaario 3 (5-10 %) esitetyistä vaihtoehtoista mahdollisena, mutta todennäköisemmin se on skenaario 4, jota ei ole esitetty ja olleen mahdollisesti jopa 20 %. Tämä perustuu oletamaan, että muutokseen voi liittyä riski, että työterveyshuollon kustannukset maksavat työnantajat ovat todennäköisesti haluttomia maksamaan nykyisin ns korvausluokkaan II kuuluvia palveluita. Järjestämisvastuulle kuuluva asiakasmäärä väistämättä lisääntyisi, tuotetaanpa palvelu itse tai ostetaan yksityiseltä
- fysioterapian, sädehoito, sytostaattihoido skenario 2 (1 % siirtymä) lienee todennäköisin
- yksityisen hammashoidon osalta skenaario 3 (19 % siirtymä) maksukaton myötä on mahdollinen toteuta

Jos halutaan luopua yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksista (valmisteluryhmän vaihtoehto B), se tulisi tapahtua asteittain ensin suun terveydenhuollosta ja käytetyt korvaukset tulisi siirtää hyvinvointialueelle, jotta ne kykenisivät huolehtimaan järjestämistehtävänsä

hoitamisessa tosiasiallisesta palvelutarpeen kasvusta aiheutuvista lisämenoista. Vaihtoehto B esitettyssä muodossa kuitenkin omaa suuren riskin hyvinvointialueen järjestämistehtävän epäonnistumiseen edellä kuvatuin perustein, siksi erityinen huomio tulisi kiinnittää asteittaiseen siirtymään sekä riittävään rahoituksen ohjaamiseen hyvinvointialueille, jotta palvelutuotantoa voidaan tarvittaessa täydentää ostopalveluin. Tällöin hyvinvointialueille rahoitukseen kuuluvaksi tulisi ohjata myös Kelan hallinnointitehtävästä poistuvia rahoituseriä – yksityiseltä täydentävän lääkäripalvelun ostaminen on omaan tuotantoon verraten yli kaksi kertaa kalliimpaa. Vaihtoehdossa B luvussa 3.3.3 esitetyn sairaanhoitomaksun aleneman logiikkaa ei selvityksessä kuvata riittävän tarkasti. Lisäksi matkakustannusten korvaaminen tulisi olla mahdollista alueemme pitkät etäisyydetkin huomioiden silloin, kun hyvinvointialue ostaa palvelua yksityissektorin toimipisteistä. Tämä siksi, että korvauskäytänteiden muuttuessa voi yksityisten palvelutuottajien palveluverkkokin supistua alueellisesti.

Edelleen vaihtoehto B ei näkemyksemme mukaan sellaisenaan ole soveltuva ja looginen mm. rajat ylittävän hoidon korvausmallin osalta ja olemme samaa mieltä, että tälle tulisi luoda vaihtoehtoinen korvausmalli. Omaehtoisen ulkomaille hoitoon hakeutumisen korvauskäsittely tulisi olla kansallisesti toteutettua, kuten nytkin.

Vaihtoehto A puolestaan aiheuttaisi maksatukseen liittyen hyvinvointialueelle tarpeettomia hallinnointikustannuksia, tietojärjestelmäkustannuksia ja uuden henkilöstön lisäämistarvetta sellaiseen tehtävään, joka ei kuulu sote-uudistuksessa hyvinvointialueelle annettuun perustehtävään. Vaihtoehdossa A ei myöskään Kelalle sairausvakuutuskorvausten maksamiseen liittyvien tehtävien vähentämiseen oteta riittävän selkeästi, eikä niitä tulkintamme mukaan ole korvauslaskelmiinkaan esitetty sisältyvän. Vaihtoehto A todennäköisimmin toisi siten vain lisäkustannuksia.

## Matkakorvaukset

### Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

Luvussa 4 pohditaan vaihtoehtoja ensin ensihoidon palvelujen osalta. Pohjois-Karjalassa ensihoitopalvelut tekevät jo nykyisellään paljon yhteistyötä muun terveydenhuollon kanssa, lisäksi ensihoito hoitaa potilaita jo kohteessa, eikä aina potilasta kuljeteta. Nykyisessä rahoitusmallissa selvityksenkin mukaan noin kolmasosa tarvittavasta rahoituksesta muodostuu Kelan matkakorvauksista ja omavastuuosuuksista. Tämä summa tulisi siirtää täysimääräisenä hyvinvointialueille rahoituksen siirtymää edeltävältä vuodelta, mutta samalla on huomattava, että korvaustaso on vuoden 2018 tasoon asetuksella määritettynä melko alhainen ja siksi samalla tulisi tarkastella mahdollisuutta edes kertaluontoiseen korvaustason tarkistamiseen hyvinvointialueiden järjestämistehtävän onnistumisen turvaamiseksi siirtymävaiheessa. Jatkossa asiakasmaksujen periminen tulisi olla mahdollista yhdenmukaisella tavalla kuten myös muun sairaanhoidon matkakorvausten osalta.

Alueilla, jossa etäisyydet ovat pitkiä, matkakorvausten omavastuun jälkeisen todellisen esim. kuljetusyritykselle korvattavan summan osuus on luonnollisesti suurempaa kuin lyhyiden etäisyyksien alueilla. Mikäli rahoitus siirtyisi hyvinvointialueille, tulisi rahoitusmalli olla sellainen, että se mahdollistaa tosiasiallisten kulujen korvaamisen. Asiointihistoriaan tai keskimääräiseen korvaustasoon perustuvat laskennalliset korvausmallit voivat johtaa yleiskatteellisessa rahoituksessa hyvinvointialueelle suurta vuotuista variaatiota, riippuen matkojen käytön alueellisesta vaihtelusta.

Esimerkiksi vuosina 2019 ja 2020 matkojen määrä ero alueellamme väheni, mutta vastaavasti korvausten määrä kasvoi merkittävästi. Ehdotettuja malleja ei myöskään kuvata riittävän selkeästi luvussa 4.2.2.2. Selvityksessä vaihtoehtojen kuvauksiin jää vielä paljon tulkinnanvaraa ja epäselvyyksiä, erityisesti tilanteessa, jossa hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluu mm. erityistason hoidon kustannuksista vastaaminen tai keskinäiseen työnjakosopimuksen perusteella, järjestämislain mukaisen yhteistoiminta-alueen (nykyinen ERVA) sisällä tai vaikkapa valtakunnallisesti toiselle hyvinvointialueelle keskitetyn hoidon perusteella annettavasta hoidon kustannuksista vastaaminen. Miten malleissa matkakustannusten korvaaminen aluerajojen yli suuntautuvassa matkojen korvaaminen tosiasiallisesti toteutettaisiin, jää epäselväksi.

Lisäksi taksivuudistuksen myötä taksipalvelujen saatavuus myös hyvinvointialueen harvaan asutuilla alueilla on heikentynyt aiemmasta. Hyvinvointialueen järjestämisvastuulle tällaisten kuljetusten kilpailutus vaatisi lisää osto- ja kilpailuttamisosaamista sekä hallinnointikuluja, joita pelkästään korvaussummien keskimääräisellä siirrolla hyvinvointialueille yleiskatteellisena rahoituksena ei kustannuksia saataisi todennäköisesti edes katettua, varsinkaan malleissa HH ja HM. Lisäksi kaikissa malleissa Kela ei enää osallistuisi korvausten maksamiseen, jolloin tämän tehtävän siirtoon hyvinvointialueille tulisi osoittaa riittävä rahoitus sekä tietojärjestelmien, että henkilöstön palkkaamiseen. Onko myöskään realismia, että tällaista osaamista syntyisi nopealla aikataululla hyvinvointialueille? Huomioiden myös merkittävä Kelan käyttämä panostus järjestelmien ja yhteistyön rakentamiseen kuljetuskokonaisuuden hallintaan, voimavarat tulisi suunnata enemmän olemassa olevan järjestelmän kehittämiseen ja toiminnan sujuvoittamiseen. Pelkän rahoituksen kierrättäminen hyvinvointialueen kautta lisäisi hallinnointikustannuksia. Todennäköisesti toiminnan siirtäminen kokonaisuudessaan hyvinvointialueiden vastuulle lisäisi sekä kansalaisten eriarvoisuutta että hyvinvointialueiden tapa ja kyky järjestää tällaisia palveluita vaihtelisi eri hyvinvointialueiden välillä suuresti. Jos vastuu siirtyisi kokonaan hyvinvointialueiden yleiskatteellisesta rahoituksesta korvattavaksi, sillä olisi vaikutuksia myös kuljetusyrittäjien toimintaan ja erilaisia tapoja ja järjestelmiä hallita tätä kokonaisuutta syntyisi väistämättä. Siksi pyrkimykset yhdenmukaistaa kansallista toimintamallia olisi toivottavampi kehitys, joka olisi paremmin ennakoitavissa myös kuljetusyrittäjien ja palvelun saamisen näkökulmasta, koska tavat maksaa korvaukset ja taksipalvelujen tilaaminen vaihtelisivat todennäköisesti suuresti. Tällainen riski hinnoiteltaisiin myös tarjouskilpailuissa mitä todennäköisemmin, eikä toivottu kustannusten hillitseminen olisi realismia.

Matkakorvauksien muutoksia arvioitaessa tulee huomioida myös vaikutukset vammaispalvelulain ja sosiaalihuoltolain mukaisten matkojen käyttöön. Mikäli terveydenhuollon matkojen omavastuuosuus (nyt 25 e) on merkittävästi suurempi kuin em. muiden matkojen käytön omavastuuosuus (nyt julkisen liikenteen mukainen), voi muodostua tilanne, jossa vpl- ja shl-matkoja käytetään terveydenhuollon matkojen sijasta. Tämä voi johtaa siihen, että vpl- ja shl-matkoihin varatut matkamäärät ja resurssit eivät riitä siihen, mihin ne on tarkoitettu.

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

Valmisteluryhmän vaihtoehdot kaikki ovat huonoja hyvinvointialueen kannalta, pois lukien ensihoidon rahoitukseen liittyvät ehdotukset, jossa pidetään kannatettavana nykyisen, noin kolmanneksen muodostavan Kelan rahoitusosuuden siirtämistä täysimääräisesti hyvinvointialueelle, edellyttäen että tässä yhteydessä säädettäisiin mahdollisuudesta omavastuuosuuden sijaan periä asiakasmaksu samaan tapaan kuin muusta terveydenhuollon asioinnista.

Sen sijaan muiden sairaanhoidon matkakorvausten korvaaminen jatkossakin edelleen Kelan toimesta, sekä siihen liittyen kansallinen matkojen tilaamisen ratkaisu olisivat toimivimmat vaihtoehdot. Liitteen 6 mukaisista vaihtoehdoista nykytilan säilyminen olisi kannatettavin, koska esitetyissä vaihtoehtomalleissa kaikissa hyvinvointialueille vaikuttaa siirtyvän vain enemmän tehtäviä ja kustannuksia, joita esitetyt korvausmallit valtiolta eivät kompensoi riittävästi. Edes vaihtoehdoista SV mallia emme kannata, koska rahan kiertäminen hyvinvointialueen kautta toisi väistämättä hyvinvointialueelle seuranta- ja hallinnointikustannuksia. Se lisäksi loisi mallin, jossa tosiasiallisesti hyvinvointialue ei voisi vaikuttaa kustannusten korvausten kehittymiseen, kun se ei itse täysin järjestä tai hallinnoi palvelua ja sen korvauksien maksamista. Se loisi alueen sisäistä ja alueiden väistä epätasa-arvoa, koska alueet, joissa etäisyydet pitkät kärsisivät kustannusten kasvusta ikääntyvän väestön hoitamisessa eniten ja johtaisi palveluverkon optimointiin volyyymien perusteella, jolloin pienet taajamat olisi kannattavampaa järjestää vaikka suurempia matkakorvauksia maksamalla kuin paikanpäällä kokonaisuutena kalliimpaa palvelukeskusta käyttäen tuottaa. Yhteiseen kokonaisrahoitukseen kuuluen näin pakotettaisiin hyvinvointialueita reagoimaan ja osaoptimoimaan tuotantonsa. Nykyistä mallia pitäisi kehittää enemmän kansalliseen malliin suuntaan, jonka tulisi myös johtaa järjestämisvastuuseen kansalliselle toimijalle.

Lisäksi selvityksessä mm. korvauksen maksuun liittyvien määrittelyjen puute ja mallien ylimalkaiset kuvaukset eivät yksikään tuo hyvinvointialueen ja sen asukkaiden konkreettista etua näkyväksi. Mallit, joissa edellytetään luotavan uusia korvaus- ja maksatusjärjestelmiä eivät ole kustannustehokkaita, koska todennäköisimmin jo olemassa olevaa mallia kehittämällä ja tehostamalla saataisiin valtion kannalta kokonaistaloudellisesti paras vaihtoehto aikaiseksi.

## Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

### Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

Luvussa 5 ei juurikaan oteta kantaa vaativan kuntoutuksen ja psykoterapian palvelujen tuottamiseen tarvittavan henkilöstön saatavuuden ongelmiin. Erityisesti Itä-Suomen alueella on jatkuva pula mm. puhe- ja toimintaterapeuteista, vaativan kuntoutuksen psykoterapeuteista ja neuropsykologisen kuntoutuksen asiantuntijoista. Selvityksessä keskitytään kuvamaan mekanismeja, joilla ”kannustettaisiin” hyvinvointialueita tuottamaan palveluita riittävästi. Jos hyvinvointialueille tulisi järjestämis- ja rahoitusvastuu, alueiden välinen epätasa-arvo lisääntyisi ja asiakkaiden matkakulukorvausten määrä kasvaisi merkittävästi hyvinvointialueiden ostaessa palveluita sieltä mistä niitä saisi. Hyvinvointialue ei voi kilpailla esitetyllä rahoitusmallilla yksityisten palveluntuottajien palkkatason kanssa, eikä myöskään alueensa maantieteellistä sijaintiaan muuttaa – siten tosiasiallisia ja nopeita keinoja korjata työvoimavajetta ei ole tarjolla.

Kela on asettanut kansalliset, yhdenvertaiset laatuksiteerit, sekä kyennyt hallinnoimaan varsin menestyksekkäällä tavalla vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kokonaisuutta, johon on kuulunut koulutuksia sekä tuottajille että palveluihin ohjaaville tahoille. Tällaisen laajan kokonaisuuden järjestäminen hyvinvointialueiden toimesta vaatisi merkittäviä panostuksia tietojärjestelmiin ja lisähenkilöstöön kaikilla hyvinvointialueilla ja loisi päällekkäisiä hallinnointitapoja ja yksiköitä, jotka voitaisiin järjestää kansallisesti pienemmällä resurssoinnilla kuin maakuntiin hajauttaen. Hyvinvointialueille hajauttaen syntyisi väistämättä myös erilaisia tapoja tulkita ja tuottaa näitä palveluita ja palvelujen taso vaihtelisi alueiden välillä ajan kuluessa ja saavutettu kansallinen yhtenäisyys menetettäisiin.

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

Pidämme kannatettavimpana vaihtoehtoa 1, nykytilan säilyttämistä, edellisessä kohdassa mainituin perustein. Esitämme myös, että muiden kuin ensihoidon matkakulukorvausten käsittely pitää sitoa käsiteltäväksi kuntoutuspalvelujen järjestämisen ja tuottamisen ratkaisun kanssa yhteen. Sellainen vaihtoehto, jossa matkakulukorvaukset tulisi hyvinvointialueen järjestettäväksi ja korvattavaksi, mutta kuntoutuspalvelut eivät, ei ole hyvinvointialueiden edun mukaista.

## Lääkekorvaukset

**Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)**

Näkemyksemme mukaan luvussa 6 esitetyt vaihtoehdot ovat kiinnostavia pohdintoja, mutta on todettava, että nykyinen lääkkeiden korvausjärjestelmä viitehintoineen on ollut kuitenkin toimiva ja varsin kustannustehokas. On valitettava tosiasia, että hyvinvointialueet ovat aloittamassa vasta toimintaansa, joka tulee olemaan suuri muutos itsessään. Monikanavarahoituksen purkamiseen liittyvät muutostarpeet ovat sinänsä ymmärrettäviä, mutta tulisi käyttää suurta harkintaa siinä, missä vaiheessa Suomessa on riittävästi tutkimuksellista näyttöä siitä, että hyvinvointialueilla on keinoja ja mahdollisuuksia toiminnallaan vaikuttaa siihen millaista lääkekorvauksiin kuuluvaa hoitoa asukkailleen tarvitaan. Pelkän rahoituksen kiertäminen hyvinvointialueiden kautta lisää vain hallinnointikustannuksia. Hyvinvointialue ei voi myöskään vaikuttaa alueensa perinnöllisten sairauksien ilmentymiseen. Mm. Pohjois-Karjalassa tyyppin I diabeteksen esiintyvyys on maailman korkeimpien joukossa ja kansallisesti mm. psykoosisairastavuus on ilmaantuvuudeltaan korkeaa, jotka molemmat vaativat tehokkaita ja nykyaikaisia lääkehoitoja komplikaatioiden välttämiseksi.

Nykyisen mallin ongelmat ovat enemmän erityisen kalliiden lääkkeiden ja harvinaisten sairauksien lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä, joilla on valtakunnallisesti suurta merkitystä kokonaistaloudellisesti. On hyvä ymmärtää, että kansallisesti on neuvoteltu lääkkeiden viitehintajärjestelmästä ja lääkkeiden markkinoille saattamisesta jne. Toimivia järjestelmiä ei pitäisi muuttaa, ennen kuin on riittävällä huolellisuudella luotu myös mekanismit, joilla niihin voidaan vaikuttaa.

Lääkekorvausten hallinnointiin liittyen hyvinvointialueille tulisi tarve resursoida lisää henkilöstöä ja hankkia uusia tietojärjestelmiä, jotta se pystyisi suoriutumaan vastuustaan. Lisäksi käytännössä lääkekorvausjärjestelmä on takautuvaa korvaamista, jolloin hyvinvointialue olisi riippuvainen viiveellä tulevasta maksatuksesta ja kantaisi viiveellä riskin vuosittaisesta vaihtelusta mm. globaalin lääkkeiden saatavuuden tms aiheuttaman hintavaihtelun osalta.

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

Näkemyksemme mukaan tässä vaiheessa selvityksessä esitettyjen suppeiden pohdintojen ja perustelujen perusteella olisi mukautettu nykyjärjestelmä, jossa kunnille kuuluneet vastuut siirtyisivät hyvinvointialueelle.

Mallien A, B ja C ongelma on pelkästään siinä, että selvityksessä ei ole esitetty niitä hyötyjä, joita hyvinvointialue niistä asukkailleen saisi. Sellainen vaihtoehto, että hyvinvointialueella olisi järjestämisvastuu, mutta ei mahdollisuuksia vaikuttaa mm. lääkkeiden apteekkihintojen kehitykseen, ei ole hyvinvointialueiden kannalta hyväksyttävää. Epäselväksi jäisi, miten lääkkeiden hintakehitys tulevaisuudessa mallissa huomioitaisiin ja miten hyvinvointialueiden edustus lääkkeiden viitehintajärjestelmästä neuvoteltaessa muodostuisi jne jne – muutoin hyvinvointialueille ei syntyisi tosiasiallista mahdollisuutta vaikuttaa korvausmenojen kasvuun, kuten valtiolla itsellään nyt on. Se voisi myös heikentää uusien ja kokonaistaloudellisesti edullisempien lääkehoitojen käyttöönottoa alueella ja vaikuttaa jopa ammattilaisten autonomiaan lääkehoitoa toteutettaessa, jos hyvinvointialueelle tulisi tarve reguloida lääkkeiden tai lääkeryhmien käyttöä yleiskatteellisen rahoituksen käytön optimoimiseksi. Niistä syntyisi väistämättä myös investointitarpeita nyt hyvinvointialueelle annettujen perustehtävien ulkopuolelle kuuluvien toimintojen ylläpitämiseksi ja toteuttamiseksi – ongelmaksi muodostuisi myös riittävän osaamisen ja analytiikan tarpeiden täyttäminen. Pelkkä rahoituksen kierrättäminen hyvinvointialueiden kautta ”kannustimien” muodostamiseksi ei ole hyvää ohjauspolitiikkaa.

## Muita kommentteja ja huomioita

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

Monikanavarahoituksen purkamista koskeva selvitystyö joiltakin osin on valitettavan puutteellinen, tiedostaen aiemmin tehdyt linjaukset, sillä sen ulkopuolelle jäävät edelleenkin mm. YTHS:n rahoitus, työterveyshuolto, eikä se huomioi riittävässä määrin alueellisia erityispiirteitä mm. harvan asutuksen ja työvoiman heikon saatavuuden sekä hyvinvointialueiden asukasluvuun suhteutettua tulotasoa ja kykyä käyttää julkista palvelua täydentävää yksityistä palveluntuotantoa. Vaikka nykyinen korvaustaso ei ole korkea, sillä on ollut kuitenkin selvityksenkin mukaan osalle merkitystä yksityisten palvelujen omaehtoiseen käyttöön. Kuten selvityksen kirjoittajat toteavat monessa kohdassa, ei ole varmaa tietoa, miten vaikutukset kehittyisivät ja mahdolliset seuraamukset kaatuisivat hyvinvointialueille ja aika tällaisen mittavan uudistuksen toteuttamiseen on aivan liian lyhyt. Tämä tulee aiheuttamaan merkittävää riskiä siihen, että hyvinvointialueiden sote peruspalvelujen järjestäminen saataisiin huolellisesti ja ilman suuria riskejä toteutetuksi. Olisi kannattavampaa seurata riittävän pitkä aika hyvinvointialueiden vaikutusten saamista alueensa asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden lisäämiseen, ennen monikanavarahoituksen purkamista. Se olisi kaikille osapuolille riskittömin vaihtoehto.

Ensihoidon rahoitus tulisi kuitenkin kokonaisuutena siirtyä hyvinvointialueille ja samalla mahdollistaa myös asiakasmaksun periminen muiden sotepalvelujen tapaan.

Lisäksi kokonaisuutena arvioiden järjestämisvastuu on kasvamassa suuremmaksi, kuin siihen laskennallisesti osoitettava rahoituslisäys – jotta kasvavaa palvelutarvetta voidaan lisähenkilöstöä hankkien täydentää, se edellyttää riittävää rahoitusta. Maakunnissa, joissa on jo toteutettu vapaaehtoisesti tuottavuutta parantavia toimia ja joissa hyvinvointialueiden rahoitusleikkuri vielä vaikeuttaa palvelutuotannon täydentämistä tarvetta vastaavaksi, tulee jokaisesta lisäyksestä asiakasmäärässä suhteellisesti suurempi tehtävä. Toimet, joilla lisätään nykyisistä keskitetyistä kansallisista toimintamalleista hajautettuun malliin, lisätään samalla paikallista hallintoa ja järjestämistehtävän toteuttamisen kustannuksia päällekkäisellä työllä, mitä ei voi pitää kansalaisten

edun mukaisena. Jo nyt hyvinvointialueiden tehtävät ovat laajat ja monitahoiset vaikutuksiltaan ja tällaisten kokonaisuuksien toimintakäytänteiden optimointi tulee viemään vuosia.

Myös rahoituslain 36 § siirtymäsäännökset leikkaavat käyttökustannusten vuotuisaa kasvua. Siksi ole myöskään realismia, että nykyinen työvoiman saatavuus huomioiden monikanavarahoituksen purkamaisella nopealla aikataululla saavutettaisiin edes nykyisen palvelutason säilymistä hyvinvointialueilla. On hyvinkin tavanomaista, että mm. lääkärit sopivat töistään jo 1,5-2 vuodeksi eteenpäin, minkä vuoksi oman tuotannon nopeat työvoiman saatavuuden parantaminen ei ole mahdollista, johtaen merkittävästi kalliimpaan ostopalvelun käyttöön kasvaneen järjestämistä vastuun aiheuttaman palvelutarpeen ja saatavuuden velvoittamana. Siten vain perustuslain 19 § 3 momentissa säädetyn velvollisuuden mukaiset edellytykset luovat hyvinvointialueen riittävän rahoituksen turvaaminen, mikä selvityksessä on arvioitu kautta linjan valitettavan kevyesti ja keskitytty enemmän valtion tuloksellisuuteen tähtäävien keinojen käyttöön saamiseksi, valitettavasti hyvinvointialueiden järjestämistehtävän onnistumisen mahdollistamisen kustannuksella. Kela on ollut merkittävä tiedon tuottaja valtiolle ja alueellisille tiedon hyötykäyttäjille, mikä menetettäisiin suurelta osin tiedon pirstaloituessa hyvinvointialueille.

Siksi esitämme, että monikanavarahoituksen purkamiseen tähtäävissä valmisteluissa olisi malttia arvioida kokonaisuudet uudelleen, miten toimivia käytänteitä ensin kehitettäisiin hyvinvointialueiden tarpeita palveleviksi, sen sijaan että hyvinvointialueiden järjestämistehtävää vaikeutettaisiin tällaisella laajalla ja monitahoisella uudella vastuulla, jolla on ulottuvuuksia aina kansainvälisestä normistosta aina alueelliseen verotusoikeuteen saakka.

Felin Elina

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue - Väliaikainen valmistelutoimielin 30.8.2021  
§ 35