

Asia: VN/22558/2020

Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

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

Raportissa esitetään kaksi vaihtoehtoa. Vaihtoehdon A mukaan korvauksia maksetaan edelleen, mutta valtion rahoitusvastuu siirtyisi hyvinvointialueille. Kela maksaisi edelleen korvaukset. Tämä vaihtoehto pitäisi tilanteen jokseenkin ennallaan nykyiseen verrattuna, mutta saattaisi onnistuessaan asettaa hyvinvointialueille taloudellisen insentiivin pyrkiä vähentämään yksityisen sairaanhoidon käyttöä. Vaihtoehdon B mukaan yksityisen terveydenhuollon, lääkäripalkkioiden, hammashoidon palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon sairaanhoitokorvaukset lakkautettaisiin. Tämä vaihtoehto edellyttäisi todennäköisesti hyvinvointialueille lisärahoitusta, koska osa yksityisiä palveluja käyttävistä siirtyisi käyttämään julkisia palveluja.

Raportin annettujen tietojen perusteella ei voida ottaa kantaa vaihtoehto A tai B puolesta. Pitkällä tähtäimellä ja järjestelmän kokonaisuohjattavuuden näkökulmasta selkeintä olisi lakkauttaa yksityisten palvelujen julkinen rahoitus kokonaan. Tämä tulee kuitenkin toteuttaa laajemman uudistuksen myötä, jossa kaikkien kuuden kanavan rahoituksen yhdistämistä on pohdittu. Varsinkin alkuvaiheessa tämä vaihtoehto myös todennäköisesti lisäisi julkisen sektorin kustannuspainetta, mikä tulisi huomioida.

Tässä selvityksessä taustalle ovat jääneet yksityiset omavastuu- ja asiakasmaksut. Esimerkiksi suun terveydenhuollossa ne kattavat rahoituksesta lähes 60 %. Tämä voidaan nähdä hyvin eriarvoistavana (Nurminen ym 2021, Plos One). Raportissa todetaan riskinä olevan, että hyvinvointialueen julkinen suun terveydenhuolto joutuisi nostamaan asiakasmaksuja talouden tasapainottamiseksi. Asiakasmaksut ovat jo nyt kansainvälisessä vertailussa korkealla tasolla. Asiakasmaksujen korotus ei siten voi olla ratkaisu, koska omavastuun nostaminen tulee lisäämään eriarvoisuutta entisestään.

Tehtyjen laskelmien mukaan hyvinvointialueiden rahoituksessa asukaskohtaisen rahoituksen muutos olisi vaihtoehdossa A enintään +/- 10 euroa ja vaihtoehdossa B +/- 14 euroa (keskimääräinen rahoitus 3 660 euroa / asukas). Raportin arvion mukaan molempien vaihtoehtojen osalta suurten kaupunkien alueet häviävät ja syrjäisten seutujen alueet hyötyvät taloudellisesti. Saman suuntainen muutos on tapahtumassa myös sote-uudistuksen yhteydessä tarvevakiointiin perustuvassa rahoitusmallissa. Ei ole kestävä, että kaikissa rahoitusuudistuksissa kärsijöinä ovat samat alueet ja niiden asukkaat.

Suun terveydenhuolto poikkeaa rahoituksen osalta monin tavoin muusta terveydenhuollosta ja sen kohdalla rahoituslaskelmat ja sairaanhoitovakuutuksen uudistus tulisi tarkastella omana kokonaisuutenaan COVID-19-panpidemian jäljiltä olevan mittavan hoitovelan, alueellisen tarvevakioinnin ja mahdollisen siirtymäajan osalta. Yksistään sairaanhoitovakuutuksen (48 m€) siirtäminen hyvinvointialueille ei ole riittävä, vaan tarvitaan laskelmia, mikä olisi oikea summa suun terveydenhuollon hoitovelasta pois pääsyyn siirtymäajalle ja mikä vaikutus sairaanhoitovakuutusrahoituksella on monikanavarahoituksen vähentämiseen ja terveydenhuollon yhdenvertaiseen tarjontaan. On huomioitavaa, että vuosien 2021–2024 julkisen talouden suunnitelman yhteydessä on linjattu, että korvauksen poisto ei koske suun terveydenhoitoa (ns. siirtymäaika), joten monikanavarahoituksen purku konkretisoituu vasta tämän jälkeen.

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

-

Matkakorvaukset

Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

Kohdassa käsitellään erikseen ensihoidon matkakorvaukset ja muut matkakorvaukset.

Ensihoidon osalta työryhmän työskentelyn aikana ”on vahvistunut käsitys”, että 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. Asiakkaiden omavastuu tulisi toteuttaa jatkossa asiakasmaksun muodossa ja tuolloin se voisi kerryttää terveydenhuollon maksukattoa. Muiden matkakorvausten osalta esitetään seuraavat vaihtoehdot: 1. Vakuutettujen rahoitusosuus säilyisi sairausvakuutuksessa, mutta valtion rahoitusosuus siirtyisi hyvinvointialueiden vastuulle, ja 2. sairaanhoitovakuutus lakkaisi matkakorvausten osalta ja rahoitusvastuu matkakorvauksista siirtyisi kokonaan hyvinvointialueille. Vaihtoehdossa kaksi esitetään lisäksi eri vaihtoehtoja sille, kuka vastaisi korvausten maksamisesta: Kela, hyvinvointialueet vai perustettava valtakunnallinen matkakeskus.

Ensihoidon osalta ehdotettu ratkaisu on aika selkeä ja kannatettava. Kelan rahoitusta vastaavan suuruinen rahoitus tulee kuitenkin kohdistaa ensihoitoon suoraan valtionrahoituksena. Nyt sitä ei

ole mitenkään huomioitu hyvinvointialueiden rahoituskriteereissä. Ensihoitoon liittyen tulee kuitenkin vielä jatkossa huomioitavaksi ja arvioitavaksi se, että säädetäänkö potilaille asiakasmaksu nykyisen Kelan omavastuuosuuden tilalle. Sen voi uudistun lain mukaan periä vain sairaanhoitopiiri (jatkossa hyvinvointialue) eikä palveluntuottaja ja edellyttää laskutusorganisaation perustamista shp:iin. Nykyisin Kelan omavastuuosuuden perii palveluntuottaja, koska se ei ole asiakasmaksulain mukainen maksu vaan liittyy sairaskorvauslakiin. Jos asiakasmaksu säädetään, tulee sen koskea kaikkia ensihoidon potilaita. Nykyinen SV-lain mukainen omavastuu (25 eur) voidaan periä vain, jos potilas kuljetetaan tai hän menehtyy kohteessa elvytyksestä huolimatta tai annetun hoidon ansiosta välttyään kuljetukselta.

Muiden matkakorvausten osalta kokonaisuutta tulee arvioida mallin asettaminen insentiivien näkökulmasta. Kokonaisuutta arvioiden paras vaihtoehto lienee se, että matkakorvaukset tulisivat hyvinvointialueiden maksettavaksi, mikä tukisi kokonaisajattelua palveluverkosta ja lähipalveluista. Tässä tavoitteena olisi kannustaa hyvinvointialueita lisäämään matkojen yhdistelyä sekä toisaalta lähi- ja etäpalvelujen kehittämistä palvelujen keskittämisen sijaan. Toisaalta erityisesti HUSin näkökulmasta merkittävä osa korvatuista matkoista oletettavasti tulee muiden kuin Uudenmaan hyvinvointialueiden alueelta. Perustettavilla hyvinvointialueilla ei ole samanarvoisesti erikoissairaanhoitoa, ei myöskään suun erikoissairaanhoitoa. Tästä syystä korvausvastuun siirtäminen hyvinvointialueille saattaisi myös tässä kannustaa ”lähipalveluun”, eli potilaiden hoitamiseen oman hyvinvointialueen sairaalassa. Tämä ei välttämättä olisi kuitenkaan paras vaihtoehto erityisesti sellaisissa hoitomuodoissa, joissa hoidon keskittäminen parantaa sen laatua. Valittavaa mallia tulisi insentiivimelessä kyetä tasapainottamaan näiden kahden erisuuntaisen tavoitteen välillä. Maksettujen korvausten määrästä erikoissairaanhoitoon suuntautuvat matkat muodostavat noin kaksi kolmasosaa, jolloin kyseessä on merkittävä asia. Raportissa ei esitetä, miten aluerajat ylittävien matkojen rahoitus ilman sairaanhoitovakuutuskorvausta saumattomasti toteutetaan. Pahimmassa tapauksessa matkakustannusten suuruus voi muodostaa esteen terveystalouden käyttämiselle ja siten vaarantaa perusoikeuden toteutumisen.

Mikäli päädytään vaihtoehtoon 2, korvausten maksamisen vastuutahon määrittelyssä keskeisintä lienee se, kuka tai miten hallinnolliset prosessit saadaan toimimaan sujuvimmin ja kustannustehokkaimmin.

Yhteenvedon voidaan todeta, että matkakorvausmallin kehittäminen vaatii vielä jatkovalmistelua ottaen huomioon hyvinvointialueiden järjestämisvastuun lainvalmistelu ja mahdollisten uusien tietojärjestelmien kustannuksien tarkempi selvitys.

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

-

Vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

Raportissa esitetään seuraavat vaihtoehdot: A. Nykytila, jossa Kela järjestää vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ja korvaa kuntoutuspsykoterapiaa, säilyy ennallaan; B. Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja/tai kuntoutuspsykoterapia säilyy Kelassa siten, että rahoitusvastuu siirtyisi hyvinvointialueille, joka päättäisi vaativan lääkinällisen kuntoutuksen palveluvalikosta, kriteereistä ja kehittämisestä. Päätöksenteko palveluista säilyisi Kelalla. Hyvinvointialueiden rahoitusvastuulle siirtyy joko vain valtion rahoitusosuus tai sekä valtion että vakuutettujen rahoitusosuus; tai C. Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja/tai kuntoutuspsykoterapia siirtyisivät kokonaisuudessaan hyvinvointialueen järjestämisvastuulle.

Kuten raportissakin tuodaan esiin, nykytilan säilyessä negatiivisten kannustinvaikutusten potentiaali säilyisi, kun hyvinvointialueilla ei olisi rahoitusvastuuta Kelan järjestämästä tai korvaamasta kuntoutuksesta. Tämä negatiivinen kannustinvaikutus voisi näkyä esimerkiksi osa-optimointina, liian vähäisenä varhaisen tuen määränä, tai palveluketjujen katkeiluna. Nykytilan säilyminen korostaisi myös hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuuden painopisteen säilymistä Kelan kuntoutuksissa. Raportissa on koitettu etsiä tälle vaihtoehtoja, mutta työ on selvästi vielä kesken ja ehdotetut ratkaisut jäävät monelta osin epäselviksi.

Kokonaisuuden kannalta paras vaihtoehto lienee joka tapauksessa rahoitusvastuun siirtäminen kokonaisuudessaan hyvinvointialueille. Tämä myös tukisi tavoitteita kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta.

Raportissa tuodaan esiin osin merkillinen näkemys siitä, että vastuun siirto hyvinvointialueille muuttaisi lääkärin roolia siten, että osa lääkärin päätöksistä olisi jatkossa hallinnollisia valituksenalaisia päätöksiä. Esitetty näkemys on perin outo, koska tälläkin hetkellä tässä kyseessä olevia kuntoutuspäätöksiä vastaavia päätöksiä tehdään kunnissa ja sairaanhoitopiireissä puhtaasti hoidollisina päätöksinä määritelyihin kriteereihin perustuen. Näiden kriteerien määrittely puolestaan voisi olla joko valtakunnallista tai paikallista hyvinvointialueella. Sen, että Kela on tehnyt omat hoitopäätöksensä valituksenalaisina hallinnollisina päätöksinä, ei suinkaan tarvitse tarkoittaa, että päätökset olisivat edelleen hallinnollisia, jos ne tekisi hyvinvointialueen lääkäri. Pikemminkin tavoitteena tulisi olla tämän tyyppisestä kankeasta hallinnollisesta prosessista eroon pääseminen, mikä kokonaisuutenaan olisi myös lääkinällistä kuntoutusta tarvitsevan potilaan etu. Kyse on täysin lainsäädännöllä ratkaistavissa olevasta asiasta. Mikäli nämä päätökset kuitenkin katsottaisiin hallinnollisiksi päätöksiksi, asia olisi mahdollista ratkaista esim. siten, että kuntoutuspäätökset keskitettäisiin hyvinvointialueilla tietyille virkavastuulla toimiville johtajille.

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

-

Lääkekorvaukset

Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

Raportissa esitetään lääkekorvausten osalta kolmea vaihtoehtoa: A. Järjestämisvastuu on nykytilan mukainen, hyvinvointialueilla osittainen rahoitusvastuu, B. Hyvinvointialueilla on järjestämis- ja rahoitusvastuu, ja C. Hyvinvointialueilla on järjestämisvastuu ja osittainen rahoitusvastuu.

Raportissa käsitellyistä korvausmalleista lääkekorvaukset on selkeästi haasteellisin kokonaisuus sen moniulotteisuuden vuoksi. Lääkekorvausten osalta keskeisenä ongelmana on nykyinen osaoptimointiin kannustava järjestelmä, jossa laitoshoidon lääkekustannusvastuu on julkisella järjestäjällä ja avohoidon lääkityksen kustannusvastuu Kelalla. Valittavan rahoitusmalli tulee nykyistä paremmin varmistaa potilaiden lääkityksen jatkuvuus ja huomioida tilanteet, joissa potilas liikkuu laitos- ja avohoidon rajapinnan yli tai rajapinnalla. Samalla on syytä huomata, että ”out-of-pocket” -lääkekustannukset ovat Suomessa huomattavasti muita OECD maita korkeammalla tasolla ja yksi keskeinen Suomen terveydenhuoltojärjestelmän eriarvoisuutta selittävä tekijä. Potilaiden tasa-arvon näkökulmasta tulee lisäksi ehdottomasti huomioida myös tulevaisuuden vaativa ja yksilöllinen lääkehoito, joka ei kalliiden lääkkeiden osalta toteudu nykyisessä rahoitusjärjestelmässä.

Paras malli voisi olla sellainen, jossa sekä laitos- että avohoidon lääkehoidon järjestäminen ja rahoitus olisi hyvinvointialueiden vastuulla. Tämä sitoisi lääkehoidon osaksi muuta hoidon kokonaisuutta ja tukisi täten sekä hoidon kokonaisvaltaisuutta että osaltaan myös ei-lääkkeellisten hoitomuotojen käyttöä. Korvausjärjestelmän tulisi olla hyvinvointialuekohtaisen, mutta esim. tarvittavien tietojärjestelmien osalta voitaisiin tehdä kansallista yhteistyötä.

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuun ulkopuolelle jäävät yksityiset terveydenhuoltopalvelut, työterveyshuolto ja YTHS:n palvelut. Lainsäädännöllisesti on epäselvää, miten järjestämisvastuun ulkopuolelle jäävä lääkekorvaus rahoitettaisiin. Järjestelmä, jossa julkinen sektori subventoi yksityisellä sektorilla syntyviä lääkekustannuksia olisi joka tapauksessa julkisen sektorin kannalta haasteellinen, koska näihin kustannuksiin on julkisen terveydenhuollon kovin vaikea vaikuttaa. Mikäli edelleen haluttaisiin subventoida yksityissektorin lääkehoidon kustannuksia, olisi yksi vaihtoehto esimerkiksi säilyttää nykyinen järjestelmä tätä varten.

Raportin laatijat toteavat itse, että kaikki tarkastellut vaihtoehdot edellyttävät merkittäviä muutoksia sairausvakuutuksen ja hyvinvointialueiden rahoitusta koskeviin säännöksiin sekä erityislainsäädäntöön. Raportin perusteella ei voida ottaa kantaa eri vaihtoehtoihin. Lääkekorvausuudistusta voidaan kehittää vasta laajemman uudistuksen yhteydessä, jossa on pohdittu sairausvakuutuksen ja hyvinvointialueiden rahoitusta koskevia säännöksiä sekä lääkehoitoon liittyvää erityislainsäädäntöä. Samanaikaisesti on pohdittava kaikkien kuuden kanavan rahoituksen yhdistämismalleja.

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

-

Muita kommentteja ja huomioita

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

Monikanavarahoituksen purkaminen on tärkeä ja tulee tehdä osana nyt aloitettavaa sote-uudistusta. On erinomaista, että monikanavarahoituksen yksinkertaistamista on nyt lähdetty arvioimaan. Raportti on keskustelun pohjana hyvä, mutta jättää kuitenkin vielä paljon jatkovalmistelun varaan.

Ehdotuksessa pohditaan vain Kelan maksaman sairaanhoitovakuutusrahoituksen poistamista. Raportin mukaan rahoituksen poistaminen koskisi vain yksityisen terveydenhuollon palveluita, sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan kuitenkin tällä hetkellä Suomessa pääasiassa kuudella tavalla: valtion ja kuntien verotuloilla, pakollisilla (lakisääteisillä) ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla. Tämä ei tue otsakkeen mukaista päämäärää eli monikanavarahoituksen purkamista. Monikanavarahoituksen uudistuksessa olisi edettävä huomioiden kaikki monikanavaisuuden rahoitustavat, -lähteet ja rahoituksen käyttö.

Sairaanhoitovakuutuksen lopettaminen ei poista monikanavarahoitusta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmästä. Yksityinen rahoitus kotitalouksien asiakasmaksuina ja työnantajien työterveyshuollon suorana rahoituksena on olennainen osa järjestelmän monikanavarahoitusta. On huomioitavaa, että tavoitteet yksikanavaisuudesta voivat ovat kalliita, jos rahoituksen lähteet ja määrät vähenevät (Timo Hujanen 2019, väitöskirja). Raportin tekijät ovat huomioineet tämän vain vähäisessä määrin.

Raportissa tuodaan esiin usean eri ratkaisuvaihtoehdon yhteydessä, ettei se vähennä eri rahoituskanavia kokonaisuudessaan. Vastaavasti useammassa kohdassa tuodaan esille, että voivatko hyvinvointialueet rahoittaa sellaisia tehtäviä, joista ne eivät ole järjestämisvastuussa. Kyse ei ole kuitenkaan välttämättä siitä, että rahoituskanavia itsessään on liikaa, vaan siitä, että julkisen järjestämisvastuun piirissä olevaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan liian monen rahoituskanavan kautta. Vaikka kokonaistavoitteena tulee olla koko terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän yksinkertaistaminen, erityishuomio tulisi kohdistaa nimenomaan julkisen rahoituksen ja järjestämisvastuun piirissä olevan järjestelmän yksinkertaistamiseen. Mikäli julkisen järjestelmän rinnalle nähdään tarpeellisenä, esimerkiksi välivaiheena, jättää joitain hyvin perusteltuja rahoituskanavia yksityisen sektorin palvelujen käytön tukemiseksi, tämä on periaatteellisella tasolla mahdollista, kunhan nämä rahoituskanavat eivät merkittävässä määrin luo insentiivejä järjestämis- tai hoitovastuun siirtämiselle toiselle järjestäjälle tai rahoittajalle. Tästä esimerkkinä voisi olla esim. lääkekorvaukset, joissa voisi olla järkevää antaa julkisen järjestämisen piirissä olevan lääkeshoidon rahoitusvastuu kokonaisuudessaan hyvinvointialueille, mutta pitää edelleen rinnalla nykyisenkaltainen korvausjärjestelmä muiden järjestelmien piirissä annetuille lääkemääräyksille. Toinen vastaavasti harkittava rinnalle (osin) jätettävä järjestelmä voisi olla matkakorvausjärjestelmä joissain perustelluissa tilanteissa (ja riippuen myös toisaalla tehtävistä ratkaisuista esim. kuntoutuksen rahoitus- ja järjestämisvastuun osalta).

Kokonaisuuden kannalta parempi vaihtoehto kuin yksityisen sektorin subventoiminen Kela-korvauksin olisi se, että kaikki potilaiden palveluja ja hoitoa koskeva julkinen rahoitus ohjattaisiin

hyvinvointialueiden kautta. Hyvinvointialueet voisivat käyttää yksityistä sektoria tarvittaessa ”varoventtiilinä” esim. palvelusetelin, hankintojen tai ulkoistusten kautta. Tällöin kokonaisuus kuitenkin pysyisi paremmin julkisen järjestäjän hallinnassa, eikä olisi niin hallitsematon kuin tällä hetkellä.

Järjestelmämuutokseen voi joiltain osin liittyä tietty riski julkisen palvelujärjestelmän ylikuormittumisesta, jos kysyntä siirtyy ennakoitua nopeammin yksityiseltä sektorilta julkiselle (etenkin suun terveydenhuollossa). Julkisella sektorilla on kuitenkin keinoja tämän lievittämiseen mm. palvelusetelit ja ostopalvelutoiminta, joiden toimintaa kehittämällä yksityissektorin resursseja voidaan hyödyntää.

Raportissa jää osin luonnollisestikin tässä vaiheessa epäselväksi, miten uudistukset suhtautuvat sote-uudistuksen tarvevakiointimalliin. Tämä koskee erityisesti HUSia, jonka rahoitus tulee jatkossa Uudenmaan hyvinvointialueiden kautta. Esimerkiksi ensihoidon osalta tämä saattaa pahimmillaan tarkoittaa sitä, että sen rahoituksesta häviää Kela-osuus, mutta HUS ei saakaan vastaavaa rahoitusta ensihoidon järjestämiseen hyvinvointialueiden kautta, mikäli asiaa ei huomioida. Sama koskee myös muita korvausmalleja.

Mikäli nyt esitettyihin muutoksiin lähdetään, tulee ehdottomasti huolehtia siitä, että sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisrahoitus säilyy vähintään ennallaan, mieluummin kasvaa. Tämän tyyppisissä uudistuksissa on aikaisemmasta valitettavasti huonoja kokemuksia siitä, että rahoitusvastuun siirtyessä myös rahoituksen kokonaistaso samalla syystä tai toisesta pienenee. Näin tapahtui esimerkiksi suun terveydenhuollossa, jossa COVID-19-pandemia heikensi merkittävästi suun terveydenhuollon kykyä suoriutua perustehtävistään käsittäen tällä hetkellä 1,1 miljoonan käynnin hoitovelan. Tähän ei tällä hetkellä ole varaa tilanteessa, jossa julkisen palvelujärjestelmän resursointi on jo muutenkin pahasti alimitoitettu. Hoitovelan hoitamiseksi tarvitaan merkittävää julkisen rahoituspohjan lisäämistä. Tavoitteena tulee pikemminkin olla samalla kokonaisrahoituksen lisääminen.

Uudistettaessa terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää on keskeistä muistaa, että rahoituksen kokonaistaso Suomessa on muita Pohjoismaita alhaisempi ja että potilaat maksavat Suomessa terveystuloista suuremman osuuden kuin useimmissa muissa Länsi-Euroopan maissa. Vuosien 2017–2019 OECD aineiston mukaan Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannus asukasta kohti on 4578 eur, joka on alhaisempi kuin kaikissa muissa Pohjoismaissa. Ennenaikaisesti menetettyjen elinvuosien (Potential years of life lost) osalta Suomi on huonoin Pohjoismaista. Eliniänodotteessa Suomi on Pohjoismaista toiseksi viimeinen, Tanskan edellä.

Terveydenhuollon kustannusten osuus Suomen bruttokansantuotteesta (BKT) oli OECD:n mukaan v. 2015 oli noin 9,7 %, Ruotsissa vastaava luku on 11,0 %. OECD:n ennusteen mukaan Suomen terveydenhuollon osuus BKT:sta vuonna 2030 on 11,6 % ja Ruotsissa 13 %. Bruttokansantuotteen ja väestön ennustetun kasvun huomioon ottaen terveydenhuollon kustannus asukasta kohti kasvaa

Suomessa ilman uuden sote-lainsäädännön mukaista palvelutarpeen leikkuria noin 5400 euroon, sote-lakiesityksen mukaisen kustannuskasvun leikkurin huomioiden noin 5300 euroon, mutta vertailumaa Ruotsissa jo 7200 euroon.

Jos oletuksena on OECD:n ennuste terveydenhuollon kustannusten kasvusta, johtaa sote-uudistuksen mukainen ehdotettu rahoitusmalli siihen, että Suomessa yksityisen rahoituksen osuus kaikesta sote-rahoituksesta tulee lisääntymään. Ei ole oletettavissa, että väestön Suomessa vanhetessa palvelutarve vähenisi. Samalla ero julkisen terveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen käyttäjien välillä syvenee, mikä todennäköisesti entisestään lisää terveyseroja. Suomessa uuden sote-rahoitusmallin mukainen julkisen terveydenhuollon rahoituksen asukasta kohti ennakoidaan vuonna 2030 olevan 3987 euroa, kun vastaava luku Ruotsissa on 6144 euroa. Kun v. 2019 julkisen rahoituksen osuus terveystuloista on Ruotsissa 43 % Suomea suurempi, olisi julkisen rahoituksen osuus soten rahoitusmallin toteutuessa vuonna 2030 Ruotsissa jo 54 % Suomea suurempi. Palvelutarve (arvioituna mm. ennenaikaisesti menetettyjen elinvuosien määrän perusteella) on kuitenkin Suomessa Ruotsia suurempi. Monikanavarahoitusta suurempi ongelma Suomessa onkin riittämätön terveyspalvelujen julkinen rahoitus.

Niinivaara Jaana
HUS -kuntayhtymä - Vt. toimitusjohtaja