

Asia: VN/22558/2020

Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

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

Suun terveydenhuollossa (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito) julkista sektoria tulee vahvistaa. COVID-19 pandemia vaikutti merkittävästi suun terveydenhuollon kykyyn suoriutua perustehtävästään. Perusterveydenhuollon hoitovelka on mittava, vuosia, käsittäen 1,1 miljoonan käynnin hoitovelan. Hoitovelan hoitamiseksi tarvitaan merkittävää julkisen rahoituspohjan lisäämistä. Yksistään sairaanhoitovakuutuksen (48 m€) siirtäminen hyvinvointialueille ei ole riittävä. Mikäli vaihtoehtoon B päädytään, niin yksityissektorin hammashoidon korvauksiin käytetty osuus tulisi käyttää julkisen perusterveydenhuollon vahvistamiseen ja hoitoon pääsyn parantamiseen. Huomioitavaa on, ettei tämä raha tule riittämään.

Monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja on selvitetty laskelmissa, joiden oletuksena on sote-esityksen rahoituskriteerit, jotka ovat lähtökohtaisesti ongelmallisia koko Uudenmaan alueelle. Kansallisesti vuonna 2019 yksityisen hoidon korvauksia maksettiin yhteensä 142,6 miljoonaa euroa, joista hammashoidon korvauksia maksettiin 48,3 miljoonaa euroa.

Maassamme on alueellisesti heterogeeninen tilanne yksityishammaslääkäripalveluiden saatavuudessa, ja sikäli yhdenvertaisuus tulisi tässäkin ottaa huomioon. Laskelmissa on katsottu rahoitusta /asukas. Uudenmaan alueella kustannustaso on korkeampi kuin muualla Suomessa. Suun terveydenhuollon osuutta ei ole THL:n tarve vakionti-laskelmissa erikseen avattu, mikä on ongelmallista, koska suun terveydenhuolto on uudistuksessa käsitelty omana kokonaisuutenaan (Häkkinen ja Holster 2020).

Tehtävänannonpohjalta raportin tekijät keskittyvät kahteen vaihtoehtoon: Sairaanhoitovakuutuskorvauksen säilyttämiseen tai sen poistamiseen yksityisestä terveydenhuollosta. Edellä mainituilla vaihtoehtoilla on vähäinen vaikutus monikanavaisuuteen, joista tärkeimmät ovat verotus, työnantajat (työterveys), vakuutukset, kotitaloudet, YTHS ja asiakasmaksut (suun terveydenhuollossa). Etenkin jälkimmäinen voidaan nähdä hyvin eriarvoistavana (Nurminen ym 2021). Esimerkiksi työterveyshuollon osuus on ollut kunnittain noin 10–40 % yhteenlasketuista kunnallisten ja työterveyshuollon palvelujen kustannuksista. Suun

terveydenhuollon rahoituksesta kotitaloudet vastaavat n. 60% rahoitusosuudella (mm. asiakasmaksut).

Raportista puuttuu tarkemmat laskelmat, mikä olisi oikea summa hoitovelasta pois pääsyyn siirtymäajalle ja mikä vaikutus sairaanhoitovakuutusrahoituksella on monikanavarahoituksen vähentämiseen ja terveydenhuollon yhdenvertaiseen tarjontaan.

Suun perusterveydenhuollossa yksityinen sektori on merkittävässä roolissa perusterveydenhuollon palvelujen turvaamisessa. Yksityissektorin Kela-korvaus on pienentynyt ollen nyt 14-15%. Yksityissektorin hinnat ovat nousseet hintaindeksiä enemmän sekä yksityissektorin toiminta on voimakkaasti ketjuuntunut palvelu- ja toimistomaksuineen. Hoito- ja tutkimuskorvausten kustannustaksat ovat kuitenkin euromääräisiä eikä niitä ole sidottu hinta- ja kustannusindeksiin. Tästä johtuen korvaustaso on jo nykyisellään matala.

Näin ollen sairausvakuutuksen Kela-korvaus suu- ja hammassairauksien tutkimuksessa ja hoidossa tulee säilyttää siirtymäajan 2021-2024 ja samalla varmistaa rahoituksen nostaminen hoitovelan kuittaamiseksi. Suun terveydenhuollon sairaanhoitovakuutuksen uudistuksen siirtymäaika olisi oltava pidempi kuin muun terveydenhuolto.

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

Ehdotuksessa pohditaan vain KELA:n maksaman sairaanhoitovakuutusrahoituksen poistamista. Raportin mukaan rahoituksen poistaminen koskisi vain yksityisen terveydenhuollon palveluita (kohta 3. vaihtoehto B). Rahoitus jäisi matkakorvauksiin, kuntoutukseen sekä lääkekorvauksiin. Tämä ei tue otsakkeen mukaista päämäärää eli monikanavarahoituksen purkamista. Laskelmissa esiintyvä säästö KELAn hallintokulujen poistumisen myötä, n. 14 m€, on vähäinen ja puuttuva rahoitus olisi kanavoitava joko valtion tai hyvinvointialueen kautta.

Kummassakin vaihtoehdossa riskinä on, että kotitalouksien rahoitusosuus nousee. Raportin mukaan vaihtoehdossa B hyvinvointialueille tulisi ohjata rahoitusta, koska julkisen terveydenhuollon kustannukset nousisivat siltä osin kuin asiakkaat siirtyisivät yksityisiltä palveluntuottajilta julkiselle. Tämä joudutaan rahoittamaan valtion rahoituksella. Potilaiden siirtyminen laajemmassa määrin johtaa julkisen sektorin lisäresurssoinnin tarpeeseen (tilat ja työvoima), jotta hoitokuormasta on mahdollista selvitä. Yksityissektorilla on kuitenkin resursseja, joita voidaan hyödyntää ostopalvelu- ja palveluseteli-toiminnan kautta. Hoitojonojen ja -velan hoitaminen edellyttävät kuitenkin julkisen puolen vahvaa otetta ja valvontaa (perälauta), jotta myös kaikkein haavoittumissa oleva väestö tulisi hoidetuksi.

Raportissa todetaan, että, jos merkittävä osa asiakkaista siirtyisi julkiselle sektorille, yksityisille palveluntuottajille tulisi paineita alentaa hintoja tai hintojen kasvuvauhtia, ja lisäksi osa työntekijöistä saattaisi siirtyä töihin julkiselle sektorille. Tästä ei ole tutkimustietoa. Lisäksi raportissa todetaan riskinä olevan, että hyvinvointialueen julkinen suun terveydenhuolto joutuisi nostamaan asiakasmaksuja talouden tasapainottamiseksi. Asiakasmaksut ovat jo nyt suun terveydenhoidossa muuta terveydenhoitoa korkeammat. Asiakasmaksujen korotus ei ole ratkaisu, koska omavastuun nostaminen tulee lisäämään eriarvoisuutta entisestään (Nurminen ym. 2021).

Vaihtoehdossa 67% valtion rahoitusuudistuksen siirrossa hyvinvointialueille (Hyte) koko Uusimaan osuus muutos +16 MKR ja 100% siirrossa muutos on + 71 MKR

Raportissa todetaan, että vaihtoehtoon A liittyen on myös noussut ajatuksia lainsäädännön keinoin ja sopimuksin toteutettavasta Kelan ja hyvinvointialueiden yhteistyöstä, jossa sovittaisiin hyvinvointialueella tarvittavien yksityisten palvelujen käytöstä ja kohdentamisesta. Näitä ajatuksia ei ole kuitenkaan selvitystyön yhteydessä selvitetty, koska ne eivät sisälly valmisteluryhmän toimeksiantoon.

Tämän vaihtoehdon selvittäminen on mielestämme tärkeä. Raportissa todetaan, että lainsäädännön ollessa kesken, ei hyvinvointialueiden määräysvalta ja samalla rahoitusvelvollisuus ole tiedossa. Raportissa ei ole myöskään pohdittu uudistuksen vaikutusta (vaihtoehto B) rajat ylittävään terveydenhuoltoon ja sen rahoitukseen.

Raportin perusteella ei voida ottaa kantaa vaihtoehto A tai B puolesta. Pitkällä tähtäimellä 100% rahoitusosuuksien siirto hyvinvointialueille olisi kannatettavin. Tämä pitää tehdä kuitenkin laajemman uudistuksen myötä, jossa kaikkien kuuden kanavan rahoituksen yhdistämistä on pohdittu

Ostopalvelu- ja palveluseteli toimintaa kehittämällä voitaisiin saada aitoa, tervettä kilpailua ja voitaisiin hyödyntää yksityissektorin kapasiteettia paremmin. Nämä edellyttävät yhteisten tietojärjestelmien / tietopohjien kehittämistä, jota voidaan tehdä siirtymäajalla.

Matkakorvaukset

Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

Sairaanhoitovakuutuksen matkakorvauksia maksettiin vuonna 2020 noin 284 m€, noin 3,7 miljoonasta yhdensuuntaisesta matkasta. Korvausprosentti oli 89,1. Eniten matkakorvauksia maksettiin taksilla (noin 170 miljoonaa euroa) ja ambulanssilla (noin 78 m€) tehdyistä matkoista.

Työryhmän raportissa analysointiin neljää vaihtoehtoa matkakorvauksien rahoituksen järjestämiseksi. Yhdessä sairaanhoitovakuutuskorvaus säilyisi ja kolmessa vaihtoehtoisessa ehdotuksessa korvaus poistettaisiin ja rahoitus tulisi kokonaisuudessaan tai osittain hyvinvointialueen vastuulle.

Matkakorvauksien rahoituksen siirtäminen hyvinvointialueille aiheuttaa useita ongelmia. Tämä tulee esille raportissa. Hyvinvointialueiden järjestämisvastuun ulkopuolelle jäisivät esimerkiksi yksityinen terveydenhuolto, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto ja Kelan järjestämä kuntoutus. Hyvinvointialueiden rahoitusvastuulle esitetään vain sellaista toimintaa, johon niille tulee myös järjestämisvastuu. On epäselvää, voidaanko hyvinvointialueille säätää järjestämisvastuuta matkoista.

Perustettavilla hyvinvointialueilla ei ole kaikkia erikoissairaanhoidon toimintoja, ei myöskään suun erikoissairaanhoitoa. Korvatuista matkoista noin puolet matkojen lukumäärästä on aiheutunut matkasta erikoissairaanhoitoon ja maksettujen korvausten määrästä erikoissairaanhoitoon suuntautuvat matkat muodostavat noin kaksi kolmasosaa. Edellä mainituista m syystä matkoista osa suuntautuu nykyisten maakunnallisten rajojen ja tulevien hyvinvointialueiden rajojen yli. Raportissa ei esitetä, miten aluerajat ylittävien matkojen rahoitus ilman sairaanhoitovakuutuskorvausta saumattomasti toteutetaan. Pahimmassa tapauksessa matkakustannusten suuruus voi muodostaa

esteen terveystalvelujen käyttämiselle ja siten vaarantaa perusoikeuden toteutumisen. Vaihtoehtoissa, joissa Kela ei olisi osallisena matkojen korvaamisessa, muutoksenhaku olisi ohjattava hallintotuomioistuimiin. Muutos lisäisi hallinnollisia kustannuksia.

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

Raportin tekijät ehdottavat matkakorvausmallin kehittämisen siirtämistä jatkovalmisteluun. He toteavat, että siirtymäajan tulisi olla riittävän pitkä ja sen osalta nykyisen matkakorvausjärjestelmän tulisi toimia täysimääräisesti, sillä asiakkaiden hoitoon pääsyssä ei voi olla katveaikoja.

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuun lainvalmistelu on kesken. Taloudellisista vaikutuksista mukaan lukien uusien tietojärjestelmien kustannuksista raportissa on annettu vain arvioita. Koska kysymyksessä on suoraan potilaiden hoitoon liittyvä suunnitelma, ei annettujen tietojen perusteella voida ottaa kantaa vaihtoehtojen paremmuuteen

Vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

-

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

-

Lääkekorvaukset

Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

Lääkkeiden kokonaismyynti oli 3 460 miljoonaa euroa vuonna 2019. Avohoidon reseptilääkkeiden osuus kokonaismyynnistä oli 66 prosenttia (2 284 miljoonaa euroa), itsehoitolääkkeiden osuus 10 prosenttia (357 miljoonaa euroa) ja sairaaloihin myytyjen lääkkeiden osuus 24 prosenttia (818 miljoonaa euroa tukkuhinnoin).

Yksityisessä terveydenhuollossa määrättyjen reseptien osuus kaikista määrättyistä resepteistä vaihteli maakunnittain 13 ja 31 prosentin välillä vuonna 2020.

Koko maan tasolla yksityisellä sektorilla määrättyjen lääkkeiden osuus sairausvakuutuksen lääkekustannuksista oli noin 20 prosenttia ja lääkekorvauksista 19 prosenttia.

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

Mallivaihtoehtossa A on arvioitu vaikutuksia tilanteessa, jossa valtion rahoitusosuus siirtyisi hyvinvointialueille ja muuten lääkekorvausjärjestelmä Kelan toimeenpanemana

Mallivaihtoehtojen B ja C ero liittyy rahoitukseen eli mallissa B rahoitusvastuu olisi kokonaan hyvinvointialueilla ja mallissa C avohuollon lääkekustannukset rahoitettaisiin hyvinvointialueiden rahoitusosuudella ja vakuutettujen sairausvakuutusmaksuilla

Tulevien hyvinvointialueiden järjestämisvastuu on laatimatta. Järjestämisvastuun ulkopuolelle jäävät yksityiset terveydenhuoltopalvelut (lukuun ottamatta alueiden ulkoistamia palveluja), työterveyshuolto ja YTHS:n palvelut.

Lisäksi lääkkeillä ja lääkehuollolla on erilaiset hankintamenettelyt, korvattavuus- ja hintasääntely, hinnoittelu, päätöksentekomenettelyt ja päätöksiä tekevät viranomaiset.

Lääkekorvausten monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaikutusten yksityiskohtainen arviointi ei ole mahdollista ilman laajempaa erityislainsäädännön tarkastelua ottaen huomioon, että laitoshoidossa ja avohoidossa käytettäviä lääkkeitä koskeva sääntely eroaa merkittävästi toisistaan.

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 vaihtoehto A tai B puolesta. Lääkekorvaus uudistusta voidaan kehittää vasta laajemman uudistuksen yhteydessä, jossa on pohdittu sairausvakuutuksen ja hyvinvointialueiden rahoitusta koskevia säännöksiä sekä lääkehuoltoon liittyvää erityislainsäädäntöä. Samanaikaisesti on pohdittava kaikkien kuuden kanavan rahoituksen yhdistämismalleja.

Muita kommentteja ja huomioita

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

Yksityinen rahoitus (mm. kotitaloudet ja työnantajien työterveyshuolto) suorana rahoituksena on olennainen osa järjestelmän monikanavaisuutta. Tavoitteet yksikanavaisuudesta voivat ovat kalliita, jos rahoituksen lähteet ja määrät vähenevät. Timo Hujasen väitöskirjatyössä (Monikanavarahoituksen ongelma terveydenhuollossa, 2019) todetaan että väitöskirjatyön esimerkkianalyyseissa julkisen rahoituksen tarve kasvaisi avosairaanhoidossa noin 30 %, ja koko maan tasolla vaikutus saattaisi olla vajaa 300 miljoonaa euroa. Johtopäätöksenä oli, että monikanavarahoitusta ei voida kokonaan poistaa, koska valtio osallistuu terveydenhuoltoon ja yksityinen rahoitus on oma rahoituskanavansa.

100% valtion rahoitusosuuden siirrossa Hyte-alueille edellytys on, että suun terveydenhuollon rakenneuudistus toteutuu, oikein kohdennettu tarvevakioitu rahoitus varmistetaan ja virkojen määrää lisätään Hyte-alueilla merkittävästi. Yksityissektorin resurssia hyödynnetään täydentävästi mm. palveluseteli- ja ostopalvelutoimintaa kehittämällä.

Toteamme, että raportin ehdotuksien perusteella sairaanhoitovakuutuskorvauksen poistamista tosiasiallisesti ehdotetaan vain yksityisen terveydenhoidon osalta. Annettujen tietojen ja olemassa olevan lainsäädännön perusteella ei voida ottaa kantaa eri kohdissa esitettyjen vaihtoehtojen paremmuuteen.

Mielestämme monikanavarahoituksen uudistuksessa olisi edettävä huomioiden kaikki monikanavaisuuden rahoitustavat, -lähteet ja rahoituksen käyttö. Ehdotamme monikanavarahoituksen uudistuksen siirtämistä uuteen valmisteluun. Suun terveydenhuollon sairaanhoitovakuutuksen uudistuksen siirtymäaika olisi oltava pidempi kuin muun terveydenhuolto.

Kontio Risto

HUS Kuntayhtymä - Pää- ja kaulakeskus / Suu- ja leukasairauksien linja