

Asia: VN/22558/2020

Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

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

Asiakkaan saama Kela-korvaus yksityisen sairaanhoidon hoidosta ja tutkimuksista on varsin pieni; usein pienempi kuin palveluntuottajan perimä toimistomaksu. Asiakkaiden saamat Kela-korvaukset ohjaavat todennäköisesti melko vähän hakeutumista yksityissektorin palveluihin. Selvityksessä arvioidaan, että sairaanhoitokorvauksen poistaminen (vaihtoehto B) lisäisi suun terveydenhuollon asiakaskäyntejä julkisella sektorilla (10-20 prosenttia yksityissektorin asiakkaista siirtyisi julkiselle puolelle), mutta vaikutus asiakassiirtymiin yksityisistä lääkäripalveluista julkiseen terveydenhuoltoon olisi varsin vähäinen.

Valtion rahoitusosuus yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksista oli vuonna 2019 95,5 miljoonaa euroa ja tämän summan arvioidaan alenevan noin 58 miljoonaan euroon vuonna 2023 sairaanhoitokorvauksiin kohdennettujen säästöpäätösten johdosta. Toisaalta sairaanhoitokorvauksiin kohdentuvien Kelan hallintokulujen arvioidaan olevan 14 miljoonaa euroa vuodessa. Vaihtoehdossa A hallinnollisten kulujen arvioidaan vielä lisääntyvän yhden lisätoimijan (hyvinvointialue) myötä.

Sairaanhoitokorvausten ohjautuminen hyvinvointialueiden käyttöön (vaihtoehto B) loisi mahdollisuuksia parantaa julkisia terveydenhuollon palveluita. Palveluiden saatavuuden parantuminen hyvinvointialueella edistäisi suomalaisten yhdenvertaisuutta. Toisaalta yksityisen sairaanhoitokorvausten määrä on tällä hetkellä verrattain pieni, ja tämän määrän on ennustettu edelleen pienenevän, joten merkitys hyvinvointialueiden kokonaisrahoituksessa on marginaalinen. Vaihtoehdossa B asiakkaiden siirtyminen etenkin suun terveydenhuollon osalta julkiselle puolelle vähentäisi edelleen tätä hyvinvointialueille jäävää ”ylimääräistä” rahoitusta ja saattaisi myös tuoda lisäongelmia resurssien riittävyyteen. On myös huomioitava, että sairaanhoitokorvausten ohjautuminen hyvinvointialueille olisi yleiskatteellista rahoitusta, ei korvamerkittyä terveydenhuollon palveluihin. Julkinen terveydenhuolto kärsii tällä hetkellä huomattavasta resurssipulasta ja koronapandemian myötä hoitovelka on kasvanut huolestuttavasti. Sairaanhoitokorvausten ohjautuminen hyvinvointialueille olisi positiivinen signaali, mutta terveystalouden saatavuuden turvaamiseksi hyvinvointialueilla tarvitaan paljon järeämpiä keinoja.

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

Työterveyslaitos näkee vaihtoehdon B järkevänä toimintamallina tulevaisuudessa. Kuitenkin tällä hetkellä julkisessa terveydenhuollossa on merkittävä resurssipula, ja pienikin asiakasvirta yksityiseltä julkiselle puolelle voisi pahentaa tilannetta. Vaihtoehto B on kannatettava siinä vaiheessa, kun sote-uudistuksen rakennemuutokset on tehty, toiminta hyvinvointialueella on vakiintunutta, ja julkisen terveydenhuollon resurssit ovat korjaantuneet.

Matkakorvaukset

Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

-

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

-

Vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

Työikäisen väestön ja nykyisen mielenterveysperusteisen työkyvyttömyystrendin kannalta on oleellista, että niin matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden kuin kuntoutuspsykoterapian saatavuus turvataan. Kuten selvityksessä todetaan, saattaa nykyisen kaltainen rahoitusmalli ylläpitää osaoptimointia siten, että kunnilla (tulevilla hyvinvointialueilla) ei ole riittävää insentiiviä kehittää matalan kynnyksen palveluita, lyhytterapiaa ja muita omana toimintana tuotettavia palveluita.

Mikäli kuntoutustoiminnasta puretaan kokonaan Kelan osuus, on vaarana, että menetetään samalla Kelan kuntoutuksen koordinaatio-osaaminen ja jo olemassa olevat toimivat järjestelmät. Toisaalta sekä järjestämis- että rahoitusvastuun siirtäminen hyvinvointialueille tarkoittaisi sitä, että kuntoutukseen suunnattu raha olisi yleiskatteellista ja pelkona on, että tätä rahaa ei riittävän tehokkaasti ohjattaisi kuntoutuksen järjestämiseen ja kehittämiseen. Lisäksi vaihtoehtoon 3 liittyen herää kysymys siitä, kuinka isoja hyvinvointialueita koskevia muutoksia kannattaa tehdä nyt yhtä aikaa sote-uudistuksen kanssa? Esimerkiksi Kelalle kuuluvien tehtävien siirto, mm. kuntoutusjärjestelmään liittyvä kokonaisuus voisi olla tässä rakenneuudistuksen keskellä iso lisätyö hyvinvointialueille. Tulevaisuudessa myös järjestämisvastuun siirto hyvinvointialueille voi tulla perusteltua.

Muita huomioita: Selvityksessä mainitaan, että Myös työterveyshuolto ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (jäljempänä YTHS) tarjoavat psykoterapiaa osana lääkinnällistä kuntoutusta. Työterveyshuollot voivat yritysten kanssa tehdä sopimuksia esim. lyhytterapian järjestämisestä, mutta on hyvä huomioida, että Kela-korvattavaa työterveyshuoltoa tämä toiminta ei ole, ja volyyymi on kokonaisuuden näkökulmasta pieni.

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

Työterveyslaitos kannattaa vaihtoehtoa 2b: Vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja/tai kuntoutuspsykoterapia säilyy Kelassa siten, että rahoitusvastuu (sekä valtion että vakuutettujen rahoitusosuus) siirtyisi hyvinvointialueille, jotka päättäisivät vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluvalikosta, kriteereistä ja kehittämisestä. Päätöksenteko palveluista säilyisi Kelalla. Tämä vaihtoehto turvaa nykyisen, Kelan vastuulla olevan kuntoutuksen koordinoinnin ja järjestelmät. On ensiarvoisen tärkeää, että monen tasoisten mielenterveyspalveluiden saatavuus turvataan, ja jatkossa niitä tulee myös laaja-alaisesti kehittää. Kuten selvityksessäkin todetaan, työllisyystavoitteiden saavuttamisen kannalta lakisääteisen, valtakunnallisesti ohjatun kuntoutuspsykoterapian korvausjärjestelmän lakkauttaminen saattaisi olla ongelmallista. Rahoitusvastuun siirtäminen hyvinvointialueille voisi motivoida hyvinvointialueita kehittämään nykyistä enemmän myös matalan kynnyksen mielenterveyspalveluita. Järjestämisvastuun ja rahoitusvastuun ollessa eri organisaatioilla on välttämätöntä, että Kela ja hyvinvointialueet tekevät tiivistä yhteistyötä toiminnan suunnittelussa ja seuraamisessa esimerkiksi selvityksessä esitetyn yhteistyöelimen kautta.

Lääkekorvaukset

Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

Lääkekorvauskustannukset Suomessa ovat vuositasolla huomattavat. Työikäisten terveydenhuollon tuottamisessa työterveyshuollolla on varsin merkittävä rooli. Työterveyshuolto osallistuu noin kahden miljoonan suomalaisen terveydenhuollon järjestämiseen, ja valtaosalla työterveyshuollon asiakkaista työterveyshuoltosopimukseen kuuluu myös sairaanhoitopalveluita. Työterveyshuolto on merkittävässä osin yksityisten palveluntuottajien järjestämää. Jotta suomalaiset saavat tasa-arvoista lääkehoitoa, on tärkeää, että jatkossakin yksityisestä terveydenhuollosta ja työterveyshuollosta kirjoitettujen lääkkeiden korvausperusteet ovat yhteneväiset hyvinvointialueiden julkisesta terveydenhuollosta kirjoitettujen lääkkeiden kanssa. Myös lääkkeiden korvausjärjestelmän tulee olla yhteneväinen eri palveluntuottajien välillä. Malli, jossa työterveyshuollosta määrättyjen lääkkeiden rahoitusvastuu olisi erilainen kuin julkisesta terveydenhuollosta määrättyjen lääkkeiden (malli B) lisäksi monimutkaisuutta rahoitusjärjestelmään.

Selvityksessä tuodaan esille nykyisen järjestelmän mahdollistama osaoptimointi, eli erillisten rahoituskanavien vaikutus lääkkeiden määräyskäytäntöihin (laitoshoidon vs. avohoidon lääkitykset). Kaikissa selvityksessä esitellyissä malleissa pyritään tätä osaoptimointia vähentämään ja luomaan kannustimia ratkaisemaan nykytilaa paremmin rajapintaongelmia, joita syntyy esimerkiksi potilaiden siirtyessä laitoshoidosta avohoitoon tai päinvastoin. Kaikissa malleissa rahoitusvastuun siirtäminen hyvinvointialueille todennäköisesti kannustaisi alueita ottamaan huomioon myös lääkehoidon kustannukset palveluita järjestäessään. Vaihtoehdossa A lääkehoitojen järjestämisvastuut säilyisivät ennallaan. Korvausjärjestelmä säilyisi Kelan toimeenpanemana, mutta valtion rahoitusosuus siirtyisi hyvinvointialueiden vastuulle. Vaihtoehdoissa B ja C myös järjestämisvastuu siirtyisi hyvinvointialueille. Vaihtoehtojen B ja C etuna olisi lääkekorvausjärjestelmän yksinkertaistaminen (pois lukien edellä mainittu yksityisten toimijoiden erillinen kohtelu mallissa B). Vaihtoehdot B ja C tarkoittaisivat kuitenkin isoja muutoksia mm. kansallisen lääkekorvausten tieto- ja toimeenpanojärjestelmiin. Kuten selvityksessäkin todetaan, näin mittavien muutosten tekeminen vaatisi pitkäaikaista ja laajaa valmistelua.

Huomioita koskien selvitystä lääkekorvauksista: Osiossa todetaan (malli B): Hyvinvointialueen rahoitusvastuulle ei voida siirtää sellaisten palvelujen kustannuksia, joita se ei järjestä. Kuitenkin kuntoutusosiossa on kuvattuna malli, jossa hyvinvointialue rahoittaa, mutta Kela järjestää. Ovatko virkamiesselvityksen työryhmät eri mieltä sote-lakien tulkinnasta?

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

Tällä hetkellä Työterveyslaitos kannattaa vaihtoehtoa A, jossa lääkehoitojen järjestämisvastuut säilyisivät ennallaan. Korvausjärjestelmä säilyisi Kelan toimeenpanemana, mutta valtion rahoitusosuus siirtyisi hyvinvointialueiden vastuulle. Mallien B ja C toteuttaminen vaativat niin mittavia muutoksia, että näitä vaihtoehtoja tulee harkita vasta, kun sote-uudistuksen rakennemuutokset on tehty ja toiminta hyvinvointialueella on vakiintunutta.

Muita kommentteja ja huomioita

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

Monikanavarahoituksen iso ongelma on sairausvakuutuksen työtulovakuutusosion sairauspäivärahoissa, joita tässä selvityksessä ei käsitellä lainkaan. Koska nykyisessä sairauspäivärahakäytännössä sairastamisen kustannukset ovat Kelan, työnantajien ja työntekijöiden vastuulla, ei kunnilla ja sairaanhoitopiireillä (jatkossa hyvinvointialueilla) ole välttämättä tarpeeksi kannustimia hoitaa työikäisten sairauksia työkykyasiat huomioiden ja riittävän nopealla aikataululla. Työkyvyttömyyden kustannukset Suomessa ovat huomattavat. STM:n selvitys vuodelta 2014 (Rissanen & Kaseva) osoitti, että menetetyn työpanoksen kokonaiskustannukset Suomessa ovat n. 24 miljardia euroa vuodessa. Mikäli sairauspäivärahakorvausten rahoitus olisi hyvinvointialueiden vastuulla, loisi se kannustimia vähentää hoitojonoja ja todennäköisesti parantaisi myös integraatiota työikäisten palveluja tuottavien organisaatioiden välillä (mm. erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välillä).

Yksi sote-uudistuksen keskeisistä tavoitteista on edistää asiakkaiden palveluiden integrointia. Työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon yhteistyötä tulee lisätä, vaikka rahoitus säilyykin erillisenä. Ns. toiminnallisen integraation edistäminen tulisi huomioida myös monikanavarahoitukseen liittyvissä pohdinnoissa.

Monikanavaisesti rahoitettu terveydenhuoltojärjestelmä on toteutettu erillisinä uudistuksina, ja on vaara, että yhteisvaikutukset on arvioitu puutteellisesti.

Koivula Antti
Työterveyslaitos

Saarni Leena

Työterveyslaitos - Ylilääkäri Pauliina Kangas, Työterveys, Työterveyslaitos