

Asia: VN/22558/2020

Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

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

Parhaillaan toimeenpantava sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistus on mittava sekä rakenteellinen että rahoituksellinen uudistus, ja tässä vaiheessa ensisijainen tavoite on hyvinvointialueiden käynnistyminen ja palvelujen jatkuvuuden turvaaminen. Helsingin kaupunki on useasti esittänyt huolensa uudistuksen liian tiukasta aikataulusta, joten samassa yhteydessä ei ole perusteltua toteuttaa muita mittavia rakenteellisia tai rahoituksellisia uudistuksia. Helsingin kaupunki korostaa priorisoinnin tärkeyttä, jotta sote-uudistuksen rakenteet ja toiminnot saadaan toteutettua.

Monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksen vaikutusarvio on puutteellinen. Se keskittyy vain monikanavarahoituksen sairaanhoitovakuutusosuuteen, joka on vain osa kokonaisrahoituksesta. Muita asiaan vaikuttavia tekijöitä, kuten verotus, asiakasmaksut ja työtulovakuutus, ei ole kokonaisuutena arvioitu.

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

Edellä mainittuun viitaten Helsinki ei tällä hetkellä kannata mitään esitetystä vaihtoehtoista, mutta kommentoi niitä seuraavasti.

Mikäli vaihtoehtoon B päädytään, tulisi muutoksen tapahtua riittävän siirtymäajan puitteissa, jotta palvelujärjestelmää voidaan sopeuttaa uusien vaatimusten mukaiseksi. Kyse ei ole puhtaasti lisääntyvistä kustannuksista ja niiden kattamisesta, vaan sote-henkilöstöä tulisi saada lisää julkisen

sektorin palvelukseen, jotta uudet asiakkaat eivät ruuhkauta jo valmiiksi erittäin kuormitettuja palveluja.

Vaihtoehdossa B on ehdottomasti turvattava riittävä valtion rahoitus Helsingin kaupungille ja hyvinvointialueille, koska julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset nousisivat siltä osin kuin asiakkaat siirtyisivät yksityisiltä palveluntuottajilta julkiselle sektorille. Helsingin kaupunki esittää vakavan huolensa, ettei rahoitus kata palvelutarpeen lisäyksestä aiheutuvia kustannuksia, jolloin vaihtoehto heikentäisi merkittävästi asiakkaiden hoitoon pääsyä ja asemaa. Huolta lisäävät kokemukset aiemmista vastaavista muutoksista, kuten aikuisväestön suun terveydenhuollon palvelujen uudistus 1.12.2002 alkaen, jolloin julkisesti rahoitetut suun terveydenhuollon palvelut laajennettiin koko väestöä koskeviksi. Muutos ei ollut kustannusneutraali, ja hoitoon hakeutuminen terveyskeskuksiin oli huomattavasti suurempaa kuin laajennusta suunniteltaessa arvioitiin. Seurauksena moniin terveyskeskuksiin muodostui pitkät hoitojonot, ja ongelma on yhä lähes kahden vuosikymmenen jälkeen olemassa.

Edellä oleva esimerkki osoittaa, että asiakasvirtojen muutoksen arviointi on vaikeaa. Hyvätuloiset voivat edelleen maksaa itse hoidostaan ja ottaa vakuutuksen. Ne pienituloiset, joilla ei ole sairaanhoitoa työterveyshuollon kautta, jäisivät Kela-korvausten poistuttua julkisten palvelujen varaan lisäten painetta hoito-jonojen kasvuun.

Jos sairaanhoitokorvausten lakkauttamisen myötä asiakkaita siirtyisi merkittävässä määrin julkiselle sektorille, se loisi lisää paineita hoitotakuun osalta.

Korona on kerryttänyt hoito- ja palveluvelkaa, joka tulee heijastumaan sosiaali- ja terveystalouteen vielä useita vuosia. Muutokset, jotka lisäävät asiakasmääriä ennestään kuormittuneissa palveluissa eivät ole kannatettavia, vaan monikanavarahoituksen purkamista tulee uudelleenarvioida myöhemmin.

Rahoitus:

Yleiskatteellisella valtionrahoituksella on ongelmallista rahoittaa käyttötarkoitussidonnaisia korvausmenoja, koska määräytymistekijöissä ei pystytä esimerkiksi huomioimaan riittävästi alueellisia eroja.

Helsinki on korostanut sote-uudistusta koskevissa lausunnoissa, että yleiskatteellisen rahoituksen perusteena olevat palvelutarvearvioon perustuvat määräytymistekijät ovat puutteellisia eivätkä huomioi riittävästi suurten kaupunkien erityispiirteitä. Palvelutarvearvioon perustuvien rahoituksen määräytymistekijöitä tulisi kehittää vastaamaan paremmin Helsingin ja suurten kaupunkien

asukkaiden tarpeita. Rahoituksen perusteena oleviin palvelutarvearvioon perustuviin määräytymistekijöihin ei tule tehdä muutoksia käyttötarkoitussidonnaisten korvausmenojen osalta, koska yleiskatteellinen rahoitus ei sovellu ko. menojen rahoittamiseen.

Aiemmat kokemukset ovat osoittaneet, että valtion lupaukset täysimääräisestä korvattavuudesta eivät ole toteutuneet. Kustannusvaikutusta tarkastellaan koko maan tasolla ja kuten selvityksessäkin todetaan, yleensä ratkaisuisia suuret kaupungit häviävät.

Helsingille ja hyvinvointialueille siirtyvän rahoituksen taso vastaisi selvityksen mukaan nykyisiä kustannuksia ja alustavat laskelmat on tehty sillä perusteella, että kaikki esitetyt toiminnot siirtyisivät hyvinvointialueiden yleiskatteellisen rahoituksen piiriin. Korvausmenojen välillä on suurta vaihtelua sen suhteen, mikä taloudellinen vaikutus hyvinvointialueelle olisi ko. korvausmenon siirtyessä hyvinvointialueen rahoitettavaksi. Yhdenkin korvausmenon muutos aiheuttaisi merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Sote-uudistuksen palvelutarvetekijöihin perustuvan rahoituksen kokemuksen perusteella on hyvin todennäköistä, että jatkossakin rahoituksen määräytymistekijöitä säädetään tavalla, joka on epäedullinen suurille kaupunkiseuduille. On hyvin todennäköistä, että esitetyistä laskemista huolimatta malli muotoutuisi suurten kaupunkiseutujen hyvinvointialueiden näkökulmasta epäedulliseksi ja kiristäisi Helsingin kohdalla jo valmiiksi niukkaa valtion rahoitusta.

Valtio voi taloustilanteesta riippuen kohdentaa leikkauksia yleiskatteellisiin valtionosuuksiin ja sitä kautta heikentää kokonaisrahoitusta. Mitä enemmän valtion rahoitukseen liittyy käyttötarkoitussidonnaisia osia, jotka huomioidaan yleiskatteellisen rahoituksen määräytymistekijöissä ja joita säätelee eriytyislainsäädäntö, sitä sidotummat hyvinvointialueen kädet ovat rahoituksen kohdentamisessa ja sitä todennäköisemmin muiden sote-palvelujen rahoitus pienenee.

Hallinnollisten kustannusten lisäämistä ei voida pitää kannatettavana, oli malli mikä tahansa.

Matkakorvaukset

Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

Uudenmaan erillisratkaisussa HUS-yhtymä on järjestämisvastuussa ensihoidon osalta koko Uudenmaan alueella. HUS-yhtymän omistajat eli Uudenmaan neljä hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki rahoittavat HUS-yhtymän lakisääteisten tehtävien hoidon. Tässä kontekstissa on toivottavaa, että rahoitusjärjestelmä on mahdollisimman yksinkertainen, jotta hyvinvointialueet voivat arvioida HUS-yhtymän lakisääteisten tehtävien kustannuksia ennustettavilla kriteereillä. Hallinnollisesta näkökulmasta ehdotus kuljetuskorvausten ja asiakkaan omavastuun siirtämisestä hyvinvointialueiden rahoitukseen on kannatettava.

Valtion rahoitus maksetaan Uudellamaalla Helsingille ja hyvinvointialueille, jotka kanavoivat rahoituksen HUSille. Valtio ei voi lisätä HUSille kohdennettavan rahoituksen lainsäädäntösidonnaisuutta, koska järjestämisvastuu on Helsingillä ja hyvinvointialueilla.

Matkoista merkittävä osa tehdään erikoissairaanhoidon, jonka perusratkaisu sote-uudistuksessa ja siten toimintoihin vaikuttamisen keinot poikkeavat Uudellamaalla muusta maasta. Hyvinvointialueiden rajat ylittäviä matkoja tulee myös todennäköisesti runsaasti, ja yksinkertaisin korvausmalli lienee tällaisessa järjestelmässä paras.

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)

Hyvinvointialueen rahoitus on yleiskatteellista ja hyvinvointialueella tulee tosiasiallisesti olla mahdollisuus vaikuttaa palvelujen järjestämiseen ja kehittämiseen. Tästä syystä yleiskatteellista rahoitusta ei tule sitoa käyttötarkoitussidonnaisiin korvauksiin, varsinkaan jos niihin on subjektiivinen oikeus. Uudellamaalla tilanne olisi lisäksi erillISRatkaisun myötä muusta maasta poikkeava HUS-yhtymän aseman vuoksi.

Helsinki ei kannata vaihtoehtoa, jossa järjestämisvastuullisia tahoja tulisi lisää, järjestäjän ohjausmahdollisuudet heikentyisivät (tai olisivat olemattomat esim. suhteessa KELA:aan) tai verotus kiristyisi. Nykyiselläänkään valtion osuusjärjestelmän kautta tuleva korvaus ei vastaa aiheutuneita kustannuksia.

Kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian järjestäminen ja rahoitus ovat kansalaisten kannalta sote-uudistuksessa tärkeitä. Nykytilanteessa on runsaasti parannettavaa esim. kuntoutujien tasa-arvoisuuden lisäämisessä. Tarvitaan yhtenäiset kriteerit ja lakien tulkinnat palvelujen myöntämiseen. Samoin tarvitaan ajantasaiset terapiamuodot (esim. KELA:n kolmen vuoden terapian sijasta moni voisi hyötyä lyhytinterventiosta tai lyhyemmästä esim. yhden vuoden hoitojaksosta). Tällaisen yhtenäistämisen tulee tapahtua hallitusti. Tästä syystä muutosta ei tule tehdä sote-uudistuksen kanssa samaan aikaan eikä Helsinki tässä vaiheessa ota kantaa ehdotettuihin malleihin, mutta kommentoi niitä alla.

A. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja/tai kuntoutuspsykoterapian säilyttäminen Kelan lakisääteisen järjestämisvelvollisuuden piirissä

KUNTOOUTUS: Kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus pysyvät pirstaleisena sekä vastuunjako epäselvänä. Kuntoutuja joutuu asioimaan ”monella” luukulla, kukaan ei johda prosessia.

KUNTOOUTUSPSYKOTERAPIA: Pystytään säilyttämään nykytila, jossa ainakin osa väestöstä saa näyttöön perustuva hoitoa psykiatriseen sairauteen. Ei kuitenkaan toisi parannusta nykytilaan. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja/tai kuntoutuspsykoterapian säilyttäminen Kelan lakisääteisen järjestämisvelvollisuuden piirissä siten, että hyvinvointialueet osallistuisivat palvelujen rahoitukseen;

B. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja/tai kuntoutuspsykoterapian säilyttäminen Kelan lakisääteisen järjestämisvelvollisuuden piirissä siten, että hyvinvointialueet osallistuisivat palvelujen rahoitukseen;

KUNTOOUTUS: Sama ongelma, kuin vaihtoehdossa A: Kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus pysyvät pirstaleisena sekä vastuunjako epäselvänä. Kuntoutuja joutuu asioimaan ”monella” luukulla, kukaan ei johda prosessia. Ongelmallista, että järjestämisvastuu ja rahoitus ovat eri taholla.

KUNTOOUTUSPSYKOTERAPIA: On vaikeaa arvioida, miten käytännössä toteutettaisiin ja siksi myös vaikutusten arviointi on vaikeaa. Vaihtoehdossa B toteutuisivat todennäköisesti vain sekä vaihtoehdon A että C huonot puolet.

C. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja/tai kuntoutuspsykoterapian siirtäminen hyvinvointialueiden järjestämis- ja rahoitusvastuulle.

KUNTOOUTUS: Kuntoutusketjun koordinointi saadaan sujuvaksi, kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus saadaan tasavertaiseksi. Kuntoutuksen laadun ja vaikuttavuuden seuranta helpottuu, mahdollisuus ristiriitaisiin suosituksiin ja päätöksiin poistuu. Ongelmana rahoituksen riittävyys.

KUNTOOUTUSPSYKOTERAPIA: Yksi järjestäjä ja rahoittaja eli hyvinvointialue voisi ohjata resurssien käyttöä sinne, missä siitä koituisi suurin hyvinvointihyöty. Mahdollistaisi psykoterapiajaksojen joustavamman räätälöinnin mm. ajoituksen ja keston osalta. Ihmisten erilaiset tarpeet voisivat tulla paremmin kohdatuiksi ja he olisivat tasavertaisemmassa asemassa keskenään. Tässä onnistuminen vaatii kuitenkin riittävän syvällistä ymmärrystä substanssista yhdistettynä kykyyn johtaa. On epävarmaa, löytyykö sellaista resurssia mistään, ainakaan Suomen jokaiselle hyvinvointialueelle. Eli tässäkin ongelmana rahoituksen ja muiden resurssien riittävyys.

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

-

Lääkekorvaukset

Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

Valtion tulisi jatkossa rahoittaa lääkekorvaukset erillisenä osan hyvinvointialueiden rahoituksesta eikä lisätä hyvinvointialueiden tehtäviä eikä rahoitusvastuita.

Esitetyistä vaihtoehtoista turvallis ja toteuttamiskelpoisin on malli A, jossa hyvinvointialueille siirtyisi laitoshoidon ja osittain avohoidon lääkehoitojen rahoitusvastuu kuten nykyään on kunnilla ja sairaanhoitopiireillä. Avohoidon lääkekorvausjärjestelmä säilyisi kattavuudeltaan nykyisen laajuisena ja Kelan toimeenpanemana.

Muut esitetyt mallit, joissa avo- sekä laitoshoidon lääkehoidon järjestämisvastuu olisi hyvinvointialueilla, edellyttäisivät lääkekustannusten (yli kaksi miljardia euroa vuodessa) korvaamisen rahoitusjärjestelmän uudistamisesta kokonaisuudessaan. Tämän mittaluokan uudistukseen ei ole syytä lähteä ainakaan ennen uuden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja tuotantorakenteen vakiintumista.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista 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?

Kaikessa soten rahoitusjärjestelmää koskevassa arviointityössä tulisi ottaa huomioon Uudenmaan erilliskorvaus ja alueen muusta maasta poikkeava palvelujärjestelmä. Yhtä mallia ei välttämättä voida soveltaa tosiasiallisesti koko maahan. Lisäksi kaikissa vaihtoehtoissa asiakkaiden oikeusturvan toteutumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Miettinen Marja
Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala - Juha Jolkkonen,
toimialajohtaja, sosiaali- ja terveystoimiala, Helsingin kaupunki

