

KANSALLINEN PROJEKTI TERVEYDENHUOLLON TULEVAISUUDEN TURVAAMISEKSI

Terveydenhuollon rahoitus, rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentaminen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksupolitiikka, valtion ohjausjärjestelmien kehittäminen

Selvityshenkilöraportti

15.1.2002

JOHDANTO

Valtioneuvosto asetti 15.09.2001 kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeen tehtävänä oli tunnistaa ja arvioida terveystalvelujärjestelmän nykyiset ja sitä uhkaavat ongelmat ja laatia suunnitelma ja toimenpideohjelma niiden poistamiseksi. Hankkeen valmistelua varten sosiaali- ja terveysministeriö kutsui selvitysmiehen ja neljä selvityshenkilöparia laatimaan tilannearviot ja toimenpideohjelmat valtioneuvoston päätöksessä luetelluista viidestä ongelmakokonaisuudesta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö kutsui jokaista kokonaisuutta varten asiantuntijaryhmän, jonka tehtävänä oli toimia selvityshenkilöiden tukena suunnitelman valmistelussa. Lopullinen vastuu selvityshenkilöraporttien sisällöstä osoitettiin selvityshenkilöille.

Tämä muistio sisältää selvityshenkilö Jussi Huttusen tekemän tilannearvion ja toimenpideehdotukset, jotka liittyvät terveydenhuollon rahoitukseen, rahoituksen tasoon ja vakauteen, rahoituskanaviin ja voimavarojen kohdentamiseen, valtionosuusjärjestelmään, kuntalaskutukseen, asiakasmaksupolitiikkaan ja valtion ohjausjärjestelmään. Muistio koostuu varsinaisista ehdotuksista ja niiden perusteluista sekä niitä tukevista muista toimenpide-linjauksista.

Selvityshenkilön tukiryhmään ovat kuuluneet varatoimitusjohtaja Pekka Alanen (Suomen Kuntaliitto), apulaisosastopäällikkö Aino-Inkeri Hansson (Sosiaali- ja terveysministeriö), neuvotteleva virkamies Raimo Jämsén (Sosiaali- ja terveysministeriö), sosiaali- ja terveysjohtaja Paavo Kaitokari (Kuopion kaupunki), budjettineuvos Raija Koskinen (Valtiovarainministeriö), toimitusjohtaja Hannu Leskinen (Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiirin ky), finanssineuvos Carin Lindqvist-Virtanen (sosiaali- ja terveysministeriö), osastopäällikkö Erkki Meriläinen (Kansaneläkelaitos) ja sosiaali- ja terveysjohtaja Tauno Telaranta (Kotkan kaupunki). Selvitystyön sihteerinä on toiminut kehittämisspäällikkö Markku Pekurinen Stakesista.

Selvityshenkilö ja tukiryhmä ovat työnsä aikana kuulleet laajasti kuntasektorin, terveydenhuoltojärjestelmän ja järjestöjen päättäjiä, toimijoita ja asiantuntijoita.

1. TAUSTA

Terveystenhuoltomenojen kasvu on Suomessa ollut vuoden 1970 jälkeen huomattavasti pienempi kuin Länsi-Euroopan maissa keskimäärin (kuvio 1). Suomi käyttää tällä hetkellä terveydenhuoltoon vähemmän rahaa asukasta kohti kuin useimmat EU-maat. Terveystenhuollon aiheuttama verorasitus on useimpia muita EU-maita alhaisempi. 1990-alussa terveydenhuollon menot olivat Suomessa lähellä OECD-maiden keskitasoa, tällä hetkellä selvästi keskitason alapuolella.

Ruotsin asukasta kohden lasketut terveydenhuoltomenot (US PPP \$/asukas/vuosi) olivat vuonna 1998 noin 15 % ja Tanskan ja Norjan noin 40 % suuremmat kuin Suomen (kuvio 2). Muissa pohjoismaissa pitkäaikaishoito sisältyy pääosin sosiaalihoitomenoihin, mutta Suomessa osaksi terveydenhuollon menoihin, mikä edelleen muuttaa Suomen asemaa vertailussa. Terveystenhuollon palveluja tuotetaan tästä huolimatta yhtä paljon tai enemmän kuin muissa Pohjoismaissa.

Terveystenhuollon rahoittajia ovat valtio, kunnat, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja kotitaloudet. Erityisesti kuntien, mutta myös Kansaneläkelaitoksen suhteellinen osuus on viime vuosina kasvanut ja valtion pienentynyt (kuvio 3). Kotitalouksien osuus (20 %) on EU-maiden korkeimpia. Erityisen suuri kotitalouksien osuus on lääkekustannuksista. Monikanavaisella rahoitusjärjestelmällä on etuja, mutta myös haittoja. Se vaikeuttaa eräiltä osin palvelujen ohjausta ja koordinointia ja aiheuttaa myös palvelutarjonnan vääristymiä.

Terveystenhuoltomenot rasittavat voimakkaasti kuntataloutta. Vaikka kuntien taloudellinen tilanne on kokonaisuudessaan parantunut, on suuri osa kunnista vaikeuksissa. Lakisääteisten palvelujen rahoitusperustaksi tarkoitettuja valtionosuuksia on leikattu, joskin samaan aikaan kuntien verotulot ovat lisääntyneet. Osa kuntien tulorahoituksesta kohdentuu epätasaisesti ja on satunnais- tai suhdanneluonteisena vaikeasti ennakoitavaa. Pienten kuntien palvelutarpeen vuosittainen vaihtelu lisää ongelmia.

Kuntayhtymien noudattama suoriteperusteinen kuntalaskutus ei parhaalla mahdollisella tavalla tue kuntien yhteistyötä, vaan kannustaa keinotekoisesti kuntia hakemaan omassa kunnassa toteutettavia ratkaisuja. Seurauksena on sekä taloudellisesti että palvelujen laadun ja saatavuuden kannalta päätarkoituksenmukaisia ratkaisuja.

Valtio on 1990-luvulla merkittävästi keventänyt terveystenpalvelujärjestelmän ohjausta. Sotavilla normeilla on ohjausmekanismina aikaisempaa vähemmän käytännön merkitystä. Laskennalliseen valtionosuusjärjestelmään siirtyminen, valtionosuuksien leikkaukset ja kunnallisten palvelujen rahoituksen painottuminen kuntien verotuloihin ovat vähentäneet resurssiohjauksen mahdollisuuksia. Informaatio-ohjaus on vasta kehittymässä. Suomi käyttää etukäite- ja jälkivalvontaan olennaisesti vähemmän voimavaroja kuin muut Pohjoismaat.

2. NYKYTILANTEEN KUVAUS JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

2.1 Terveysthuollon rahoitustarve 2002-2010

Nykytilanne ja kehittämistarpeet

Nykytilanne. Vuonna 1991 terveydenhuoltoon käytettiin noin 50 miljardia markkaa vuoden 1999 rahassa. Sen jälkeen menot vähenivät, mutta kääntyivät uudelleen nousuun vuosikymmenen jälkipuoliskolla ja saavuttivat vuonna 2000 lamaa edeltävän tason. Merkittävä osa viimeisen viiden vuoden kasvusta johtuu lääkekustannuksista.

Vuonna 1999 terveydenhuollon kokonaismenot olivat Suomessa 49.2 miljardia markkaa. Julkisen terveydenhuollon nettomääräiset menot olivat 37.2 miljardia markkaa, josta vuodeosastohoidon osuus oli 18.4 miljardia, avohoidon 11.5 miljardia, lääkkeiden 3.6 miljardia ja muiden menojen (matkat, investoinnit, muu terveydenhuolto) 3.7 miljardia. Lääkekorvausmenot olivat vuonna 2001 arviolta noin 4.5 miljardia markkaa. Kaikki lääkemenot olivat vuonna 2001 arviolta lähes 9 miljardia mk.

Valtio rahoitti terveydenhuollon kokonaismenoista vuonna 1999 18 % (8.9 miljardia markkaa), kunnat 43 % (21.0 miljardia markkaa), Kansaneläkelaitos 15 % (7.5 miljardia markkaa) ja kotitaloudet 20 % (9.8 miljardia markkaa). Muun yksityisen rahoituksen osuus oli 4 % (2.1 miljardia markkaa). Kotitalouksien rahoitusosuus terveydenhuoltomenoista on EU-maiden suurimpia.

Terveysthuollon menokehitykseen vaikuttavat tekijät. Terveysthuollon menojen tulevaan kehitykseen vaikuttavat useat tekijät. Asiakaskunta on yhä koulutetumpaa ja vaativampaa. Nopean sisäisen muuttoliikkeen takia osia palvelujärjestelmästä joudutaan rakentamaan uudelleen ja muuttotappioalueille jäävää ylikapasiteettia on vaikea purkaa. Yli 65-vuotiaiden absoluuttinen määrä kasvaa vuoteen 2010 mennessä noin 15 %:lla ja yli 80-vuotiaiden 24 %:lla.

Uuden teknologian avulla on mahdollista ehkäistä ja hoitaa sairauksia, parantaa toimintakykyä ja pidentää elämää. Tietoteknologian avulla hoitoa ja hoivaa voidaan tehostaa. Osa teknologioista on kuitenkin kallista ja lisää terveydenhuollon menoja. Lääkekustannusten ennustetaan kasvavan nopeasti. 2010-luvulla kasvu voi kuitenkin hidastua, kun suurten kansansairauksien ehkäisyyn ja hoitoon käytettyjen lääkkeiden patenttisuoja päättyy.

Palkkakustannukset vaikuttavat olennaisesti terveystmenojen tasoon. Mitä nopeammin palkkakustannukset kasvavat, sitä hitaammin terveydenhuollon henkilöstön määrää voidaan lisätä, jos terveydenhuollon menotaso tai menojen bkt-osuus pysyvät vakiona. Palkkakustannusten nousu 5 %:lla merkitsee tällä hetkellä noin 0.2 %-yksikön kasvua terveydenhuollon bkt-osuudessa.

Myös terveydenhuollon kustannuksia vähentäviä tekijöitä on useita. Väestön terveydentila ja toimintakyky näyttävät jatkuvasti paranevan. Elinolojen kehittyminen hidastaa palvelutarpeen kasvua. Laitoshoidon korvaavien ratkaisujen kehittäminen jatkuu. Osa uudesta teknologiasta säästää voimavaroja. Useat tutkimustulokset viittaavat siihen, että terveydenhuollon menot eivät kasva samassa suhteessa kuin vanhusten määrä.

Terveydenhuollon menoihin näyttävät vaikuttavan enemmän tarjonta- kuin kysyntäpuolen tekijät. Avainasemassa kustannusten hallinnassa on lääkärikunta. Valtaosa terveydenhuollon kustannuksiin vaikuttavista päätöksistä tehdään lääkärin ja potilaan kohdatessa. Rationaaliset hoitokäytännöt ja kohdentavan ja teknisen tehokkuuden lisääminen ovat terveydenhuollon kustannuskehityksen avainkysymyksiä.

Tärkein yksittäinen terveydenhuollon resursointiin vaikuttava tekijä on kansantalouden kehitys. Kansantalouden muutokset vaikuttavat terveydenhuollon tulevaisuuden näkyymiin enemmän kuin väestön ikärakenne. Nopea talouskasvu tekee mahdolliseksi lisävoimavarojen osoittamisen terveydenhuoltoon, mutta pitkään kestävä taantuma tai lama pakottaa uusiin leikkauksiin.

Terveydenhuollon kustannusten hallinta on palvelujärjestelmän tulevaisuuden kannalta kriittinen kysymys. Jos reaalisten työvoimakustannusten kasvu kiihtyy vuodessa 3,5 %:in, lääkekustannukset jatkavat 6,0 %:n reaalista vuosikasvua ja terveydenhuollon tuottavuus polkee paikallaan, kasvavat terveydenhuollon menot reaalisesti noin 5,4 % vuodessa ja terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta kasvaa vuoteen 2010 mennessä 9,5 %:iin jopa kohtalaisella 2,5 %:n bruttokansantuotteen kasvulla. Tähän kansantaloudella ei ole varaa. Siksi laadukkaan ja vaikuttavan palvelujärjestelmän ylläpito edellyttää palvelurakenteiden määrätietoista uudistamista, palvelutuotannon jatkuvaa tehostamista ja yksikkökustannusten tiukkaa hallintaa.

Terveydenhuoltomenojen kehitys 2001-2010. Taulukossa 1 on tarkasteltu kunnallisen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon ja Kelan korvaamien yksityislääkäripalvelujen, matkojen ja lääkkeiden aiheuttamien menojen kehitystä vuoteen 2010 asti. Laskelmassa arvioidaan, kuinka paljon terveydenhuollossa tarvitaan rahaa palvelutason pitämiseksi nykyisellä tasolla. Kantaa ei ole otettu siihen, miten menot rahoitetaan.

Arviossa on käytetty seuraavia perusoletuksia reaali muutoksista:

- väestön määrä ja ikärakenne muuttuvat Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan
- työvoimakustannukset kasvavat reaalisesti 2,0 % vuodessa
- lääkekustannukset kasvavat reaalisesti 5,0 % vuodessa
- kokonaistuottavuus kasvaa 0,5 % vuodessa
- teknologian nettokustannukset kasvavat reaalisesti 2,0 % vuodessa
- väestön terveydentilan paraneminen myöhentää kustannuksia 1 vuodella 10 vuodessa
- bruttokansantuote kasvaa reaalisesti 2,5 % vuodessa

Lisäksi on tarkasteltu kahta kansantalouden vaihtoehtoista kehitysuraa olettamalla bruttokansantuotteen reaali kasvuksi 1,5 % ja 3,5 % vuodessa.

Arvion mukaan terveydenhuollon menot kasvavat 3,5–4,0 % vuodessa ja vuonna 2010 terveydenhuollon bkt-osuus on 7,1–9,1 %. Pienempään bkt-osuuteen päästään, jos bkt:n vuosikasvu on 3,5 % ja tuottavuuden kasvu 0,5 % vuodessa. Suurempaan päästään, jos bkt:n vuosikasvu on 1,5 % ja tuottavuus ei kasva lainkaan.

Todennäköisimpänä pidetyn vaihtoehdon mukaan terveydenhuollon (ml vanhustenhuollon kustannukset) kokonaiskustannukset kasvavat vuosina 2001-2010 reaalisesti 3,5 % vuodessa ja nousevat nykyisestä 56 miljardista markasta 79 miljardiin markkaan (9,4 miljardista eurosta 13,2 miljardiin euroon) ja terveydenhuollon bkt-osuus nykyisestä 7,2 %:sta 7,9 %:in. Tällöinkin Suomen terveydenhuollon kokonaismenojen osuus bkt:sta olisi alle EU-maiden ja myös muiden Pohjoismaiden nykyisen tason.

Valtion¹ osuus menojen muutoksesta vuosina 2001-2010 on 1,76 miljardia euroa (10,5 miljardia markkaa), josta 1,24 mrd euroa (7,4 mrd mk) terveydenhuollon valtionosuuksiin ja 0,52 mrd euroa (3,1 mrd mk) sairausvakuutukseen, ja kuntien¹ osuus 1,07 miljardia euroa (6,4 miljardia markkaa).

Arviota voidaan pitää konservatiivisena, sillä lääkekustannusten ja uuden teknologian nettokustannusten kehitys on oletettu viime vuosina toteutunutta hitaammaksi. Toisaalta tuottavuus voi kasvaa oletettua enemmän, jos palvelujärjestelmän teknistä ja kohdentavaa tehokkuutta onnistutaan parantamaan.

Terveydenhuolto tarvitsee selkeästi lisää voimavaroja tulevina vuosina. Tämä vastaa myös väestön kasvavia odotuksia. Väestö on selvästi ilmaissut pitävänsä terveydenhuoltoa tärkeimpänä julkisen talouden kehittämiskohteena.

Toimenpide-ehdotukset.

1. Julkiseen terveydenhuoltoon (ml. vanhustenhuolto) lisätään voimavaroja reaalisesti 3,5 % vuodessa jaksolla 2003-2010. Tällöin Suomen terveydenhuoltomenot saavuttavat vuonna 2010 EU-maiden terveysmenojen keskimääräisen nykytason.
2. Kansallisen terveydenhuoltohankkeen ehdotukset terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan tehostamiseksi toteutetaan.

2.2 Kuntarahoituksen riittävyys, vakaus ja ennakoitavuus

Nykytilanne ja kehittämistarpeet

Kunnalliset terveystaloudet rahoitetaan pääasiassa kunnallisveron tuotolla. Kunnallisveron tuoton osuus kuntien tulopohjasta on noin 52 %, valtionosuuksien osuus on noin 15 % ja loput ovat erilaisia maksutuloja. Yhteisöverojen merkitys ei kokonaisuuden kannalta ole kovin merkittävä ja niiden merkitys kuntatalouden kannalta on vähenemässä. Kuntatalouden rahoitus pohjan riittävyyden ja vakaan kehityksen turvaaminen on terveystalouksien järjestämisen kannalta olennaista.

Kuntatalous on ollut jatkuvassa käymistilassa viimeisen viidentoista vuoden ajan. Perustalouksien laajeneminen jatkui 1990-luvun ensi vuosiin asti. Vuosikymmenen alun syvää lamaa seurasi vientiin ja yksityiseen sektoriin perustunut nopea kasvun vaihe. Kuntatalouden rakenteeseen ovat lisäksi vaikuttaneet vuosina 1993, 1996 ja 1997 toteutetut valtionosuusjärjestelmän uudistukset ja vuosikymmenen lopulla tapahtuneet kuntien tulojen rakenteen muutokset.

¹ Laskelmissa on oletettu, että valtionosuus kunnallisiin terveystalouksiin on vuodesta 2003 alkaen 33 % (ks. kohta 2.3) ja että valtio maksaa sairausvakuutuksen lääkekorvausten muutoksesta kansaneläkelaitokselle aiheutuvat lisäkustannukset.

Valtionosuuksia leikattiin 1990-luvulla yhteensä 14,3 miljardia markkaa julkisen talouden tasapainottamiseksi. Osa leikkauksista oli kuntien ja valtion välisen rahaliikenteen yksinkertaistamista. Sosiaali- ja terveyden huollon osuus varsinaisista valtionosuusleikkauksista oli noin 7 miljardia markkaa. Kuntien verotulot kasvoivat samana aikana noin 28 miljardia markkaa. Vuosina 2001 ja 2002 valtionosuuksiin tehtiin indeksikorotukset, jotka vastasivat puolta kustannustason noususta. Vuonna 2002 käyttötalouden valtionavut ovat 30,9 miljardia markkaa (5,2 miljardia euroa), joista valtionosuusjärjestelmän piirissä olevat valtionosuudet tauserineen 28,0 miljardia markkaa (4,7 miljardia euroa).

Kokonaisuutena kuntien rahoitusasema on kehittynyt suotuisasti vuoteen 2002 saakka. Kuntien talouskehitys on ollut eriytynyttä ainakin vuoteen 2000 saakka ja talousvaikeuksissa olevien kuntien määrä on jatkuvasti kasvanut. Vuodesta 2003 alkaen kuntatalouden näkymät ovat kokonaisuudessaan heikkenemässä. Monilla kunnilla on vaikeuksia tasapainottaa taloutensa kunnallislain edellyttämällä tavalla. Vuonna 2000 negatiivisten vuosikatteiden kuntien lukumäärä nousi 196:een ja kertynyttä alijäämää oli yhteensä 232 kunnassa. Alijäämäisten kuntien asukasluku oli runsaat 2 miljoonaa eli vajaat 40 % väestöstä.

Negatiivisen tai heikon vuosikatteen kunnat ovat tyypillisesti asukasluvultaan keskimääräistä pienempiä. Alle 10 000 asukkaan kunnissa vuosikatteen näyttävät muodostuvan pieniksi peruspalvelujen järjestämisen kannalta. Noin 20 000 asukkaan ja sitä suuremmissa kunnissa vuosikate näyttäisi myös tulevaisuudessa riittävän peruspalvelujen järjestämiseen.

Kuntien terveysmenojen kannalta tärkeän erikoissairaanhoidon vuosittaiset menovaihtelut vähenevät olennaisesti yli 20 000 asukkaan väestössä. Terveyspalvelujen joustava ja tehokas järjestäminen sekä mittakaavaetujen hyödyntäminen edellyttävät myös nykyistä suurempia tuottajaorganisaatioita. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa on arvioitu, että 8-10 lääkärin terveyskeskus on palvelujen tehokkaan tuottamisen kannalta riittävän suuri ja samalla riittävän kokoinen turvaamaan toimivat päivystys- ja sijaisjärjestelyt.

Kun eräät kuntien tulopohjaa heikentävät (työikäisen väestön poismuutto, korkeana pysyvä työttömyys) ja vahvistavat tekijät (koulutetun työvoiman keskittyminen kasvukeskuksiin, yhteisövero ja työsuhdeoptiot) kohdentuvat hyvin epätasaisesti, pysyvät kuntakohtaiset erot suurina, vaikka väestörakenteeseen perustuva valtionosuusjärjestelmä kohdentaa resursseja objektiivisten tarpeiden mukaan.

Nykyisellä kuntien rahoitusrakenteella ei ole mahdollista korjata syntynyttä tulovääristymää valtion toimin. Vaikeasti ennakoitavat, suhdanneherkät ja epätasaisesti kohdentuvat yhteisövero ja työsuhdeoptiot soveltuvat huonosti vakaata rahoitusta vaativien peruspalvelujen rahoitukseen. Niiden merkitystä perus palvelujen rahoituksessa tulisi vähentää ja korvata vastaavalla valtionosuudella. Kuntien rahoituspohjaa on kokonaisuudessaan vahvistettava ja kuntien toimintatapoja tehostettava. Valtion tulee pidättyä uusien kustannuksia lisäävien tehtävien antamisesta kunnille.

Toimenpide-ehdotukset.

1. Terveyspalvelujen saatavuuden ja tason turvaamiseksi varmistetaan kuntien palvelujen rahoituksen yleinen riittävyys ja peruspalvelujen riittävä valtionosuustaso.
2. Laskennallisia valtionosuuksia kunnallisten terveyspalvelujen järjestämiseen lisätään vuosina 2003-2010 reaalisesti yhteensä 1,13 miljardia euroa (6,7 miljardia markkaa) eli reaalisesti keskimäärin 140 miljoonaa euroa (840 miljoonaa markkaa) vuodessa.
3. Terveyspalvelujen tehokkaaksi ja tarkoituksenmukaiseksi järjestämiseksi luodaan väestöpohjaltaan nykyistä suurempia toimintayksiköitä, muutetaan nykyistä kuntajakoa ja otetaan käyttöön uusia toimintatapoja.
4. Kuntien peruspalvelujen rahoituksen vakautta ja ennustettavuutta sekä kunnittaista ja alueellista tasapuolisuutta parannetaan vähentämällä kuntien riippuvuutta suhdanneherkistä yhteisöverotuloista ja korvaamalla ne kokonaan tai osittain valtionosuuksien lisäyksillä tai ottamalla muutos muuten huomioon valtion ja kuntien välisissä rahoitussuhteissa.

2.3 Valtionosuusjärjestelmän kehittäminen

Nykytilanne ja kehittämistarpeet

Vuoden 1993 valtionosuuusuudistuksen tavoitteena oli siirtyä palvelujen tarvetta kuvaavien kriteerien perusteella määriteltyihin laskennallisiin, suoraan kunnille maksettaviin valtionosuuksiin. Järjestelmä on kuitenkin edelleen sekajärjestelmä. Yleisenä rahoitustukena maksettavien laskennallisten valtionosuuksien lisäksi siihen sisältyy suoriteperusteisia valtionosuuksia ja kustannusperusteisia sekä harkinnanvaraisia valtionapuja. Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenoihin sovelletaan yleisen rahoitustuen mallia.

Kaikille kunnille on säädetty toisaalta sosiaali- ja terveystoimeen, toisaalta opetustoimeen sama markkamääräinen omarahoitusosuus asukasta kohden. Tämä määrää valtion ja kuntien kustannustenjaon näiden palveluryhmien osalta. Valtionosuuksiin katetaan jokaisen kunnan osalta täysimääräisesti omarahoitusosuuden ylittävät laskennalliset kustannukset. Lisäksi kuntien taloudellista tilannetta voidaan tasapainottaa tasaamalla verotuloja vahvan tulopohjan ja heikon tulopohjan omaavien kuntien kesken.

Valtionosuus palvelujen yhteenlasketuista laskennallisista käyttömenoista on erilainen opetustoimessa (57 %) kuin sosiaali- ja terveystoimessa (25.3 %). Porrastus vääristää valtion ja kuntien välistä kustannustenjakoa yleisen rahoitustuen piiriin kuuluvien tehtävien osalta.

Valtionosuuusuudistusten keskeisenä tavoitteena on ollut parantaa toiminnan tehokkuutta, lisätä kuntien kustannusvastuuta ja toimintavapautta ja siirtää päätäntävaltaa palvelujen järjestämisvastuussa oleville kunnille. Paineet korvamerkittyihin valtionosuuksiin ovat uudelleen lisääntymässä. Korvamerkityt rahat ovat kuitenkin ristiriidassa järjestelmän tavoitteiden ja periaatteiden kanssa. Rahoitusjärjestelmän tulee jättää paikalliselle päätöksenteolle liikkumavaraa sen suhteen, miten palvelut voimassa olevan lainsäädännön puitteissa toiminnallisesti järjestetään.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmässä tarvitaan ainakin kaksi kohdennetun tuen muotoa: erityisvaltionavustus terveydenhuollon tutkimuksen ja koulutuksen järjestämiseksi (EVO) ja palvelujärjestelmän rakenteellista ja toiminnallista kehittämistä tukeva valtionavustus. EVO:a tulee kehittää siten, että se tukee tehokkaasti palvelujärjestelmän koulutus- ja kehittämistarpeita. Valtionosuutta tulee käyttää joustavasti palvelujärjestelmän kehittämistarpeiden ja suhdannetilanteen mukaan. EVO-rahoituksella tulisi lähivuosina tukea erityisesti lääkäreiden perus- ja jatkokoulutusta. EVO-rahoitusta tulee nostaa toiminnan kustannusten muutosta vastaavasti. Palvelujärjestelmän rakenteellista ja toiminnallista kehittämistä tukeva valtionavustus tulee luoda asteittain perustamishankkeiden valtionosuusjärjestelmästä.

Nykyiset historiaan perustuvat eri suuruiset valtionosuudet (sosiaali- ja terveysterveyst 25,2 %; opetus- ja kulttuuritoimi 57 %) vääristävät kustannustenjakoa ja johtavat epätarkoituksenmukaiseen päätöksentekoon. Erityisen tärkeää valtion rahoitusosuuden yhdenmukaisuus on väestön ikääntyessä ja palvelujen painopisteen siirtyessä nuorista ikäluokista vanhusväestöön.

Vakuutusyhtiöiden kollektiivinen kustannusvastuu terveydenhuollolle työ- ja liikennetapaturmien hoidon kustannuksista on toteutettu ns. täyskustannusvastuumaksulla ("laastarivero") vuodesta 1993 lähtien. Korvaukset maksetaan valtiolle ja ne ohjataan Kansaneläkelaitokselle. Menettelyä on pidetty kilpailua vääristävänä ja kunnallista terveydenhuoltoa rasittavana. Järjestelmä tulee ensitilassa muuttaa siten, että tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmiltä perittävä julkisen terveydenhuollon kustannuksiin perustuva ns. täyskustannusvastuumaksu korvataan valtion ja kuntien kannalta kustannusneutraalilla menettelyllä.

Julkisen terveydenhuollon rahoitustarvetta vuosina 2003-2010 tarkastellaan kohdassa 2.7. Osa lisärahoitustarpeesta joudutaan kattamaan sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisella valtionosuudella.

Toimenpide-ehdotukset

1. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisia valtionosuuksia lisätään vuosina 2003-2010 siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen riittävä määrä ja laatu voidaan turvata (ks. myös kohdat 2.1 ja 2.2).
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus nostetaan 33 %:iin laskennallista käyttömenoista.
3. Palvelujärjestelmän strategisten ja määräaikaisten rakenteellisten ja toiminnallisten kehittämishankkeiden tukemiseksi luodaan nykyistä tuntuvasti suurempi valtionavustusjärjestelmä yhdistämällä perustamishankejärjestelmän uudistamisen seurauksena syntyviä ja muita kehittämistoimintaan tarkoitettuja varoja ja lisäämällä näiden määrärahojen volyymin ym m €.
4. Sosiaali- ja terveystoimen ja opetustoimen valtionosuuksien osuus (%) palvelujen yhteenlasketuista laskennallisista käyttömenoista ja valtionosuuksien määräytymisperusteita yhtenäistetään.
5. Tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmiltä perittävä julkisen terveydenhuollon kustannuksiin perustuva ns. täyskustannusvastuumaksu ("laastarivero") korvataan valtion ja kuntien kannalta kustannusneutraalilla menettelyllä.

2.4 Kuntalaskutuksen kehittäminen

Nykytilanne ja kehittämistarpeet

Nykytilanne. Valtionosuusuudistuksen jälkeen kehitetyillä uusilla kuntalaskutusmalleilla pyrittiin parantamaan toiminnan tuottavuutta ja varauduttiin markkinaperusteisiin ohjaus- ja toimintamenettelyihin. Tärkeimmiksi ongelmiksi ovat kuitenkin nousseet kustannusten hallinnan vaikeus, yksittäisten kuntien mahdollisuudet ennakoida erikoissairaanhoidon menoja sekä vaikeudet kustannusten tasaamisessa ja oikeudenmukaisessa jakamisessa.

Kaikki sairaanhoitopiirit ovat siirtymässä avoimista järjestelmistä kohti sopimusohjausta. Kunnat ovat hyödyntäneet erittäin vähän mahdollisuutta ostaa palveluja muilta sairaanhoitopiireiltä tai yksityissektorilta. Sairaanhoitopiirit vakauttavat talouttaan ensisijaisesti palveluhintoja muuttamalla ja harvoin tarjontaa sopeuttamalla.

Terveystalouden käytännöstä saatujen kokemusten mukaan suoriteperusteinen kuntalaskutus ei tue kuntien yhteistyötä, vaan kannustaa keinotekoisesti kuntia hakemaan ”omassa kunnassa” toteutettavia ratkaisuja. Seurauksena on sekä taloudellisesti että palveluiden laadun ja saatavuuden osalta kyseenalaisia ratkaisuja.

Kehittämistavoitteet. Kuntalaskutusta on mahdollista kehittää siten, että se parantaa kustannusten vakautta ja ennakoitavuutta ja tekee mahdolliseksi kilpailutettavaksi soveltuvien palvelujen kilpailuttamisen. Tätä varten kehitetyssä vaihtoehtoisessa mallissa palvelut jaetaan kolmeen ryhmään. Kahdessa ryhmässä kuntalaskutus sovitaan etukäteen vuositasolla kiinteäksi. Kolmannessa ryhmässä laskutus tapahtuu toteutuneen käytön perusteella. Tärkein muutos on nykyisin hallitsevan suoritepohjaisen kuntalaskutuksen osuuden väheneminen 10-25 %:n tasolle. Ehdotetun mallin kaltaista menettelyä sovelletaan mm. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä ja Riihimäen seudun terveystalouden kuntayhtymässä.

Välittömistä, aina kaikille annettavista palveluista syntyvät kustannukset jaetaan tasan järjestelyyn osallistuvien kuntien kesken. Jakaminen voi tapahtua asukaslukujen suhteessa tai painottaen suhdelukuja tarvekertoimilla. Tähän ryhmään sisältyvät sairaanhoitopiirin tuotanto-/hoitovalmiuden ylläpitämisestä aiheutuvat peruskustannukset sekä sairaanhoitopiirien erityisvelvoitteiden kustannukset. Ryhmään voidaan sisällyttää kliinisten palveluiden lisäksi kustannuksia, jotka aiheutuvat yhteistyöverkon ylläpitämisestä, seudullisesti tarpeellisesta yhteistyöstä ja koulutuksesta.

Toisen ryhmän muodostavat palvelut, joihin terveystalouden ja kuntien palveluilla ja olosuhteilla (esim. etäisyys päivystyspisteestä, vanhustenhuolto) on vaikutusta. Tähän ryhmään kuuluvat kaikki ensimmäiseen ryhmään kuulumattomat ei-elektiiviset, päivystysluonteiset ja muuten välttämättömät palvelut. Ryhmään voidaan sijoittaa myös tavalliset polikliniset palvelut sekä vakiintuneissa oloissa myös elektiiviset operatiiviset ja diagnostiset toimenpiteet. Laskutus voidaan järjestää esimerkiksi siten, että kunnat kattavat sitovaksi budjetoidut kustannukset kolmen tai neljän edellisen vuoden toteutuneen käytön suhteessa.

Kuntien toteutuneen käytön mukaiset maksusuoritteet voidaan määritellä somaattisessa erikoissairaanhoidossa esimerkiksi Drg-pohjaisesti ja muissa palveluissa yksittäisten suoritteiden perusteella. Laskentaperusteisiin tarvitaan kehittynyt ja hyvin toimiva kustannuslaskenta, mutta sitä ei sovelleta suoraan kuntalaskutukseen.

Kolmanteen ryhmään kuuluvat kilpailutettavaksi soveltuvat palvelut kuten tekonivelkirurgia tai kaihileikkaukset. Palvelut hinnoitellaan ja laskutetaan yksittäisinä suoritteina. Ryhmään voivat kuulua terveyskeskusten sairaanhoitopiireiltä ostamat palvelut, sairaanhoitopiirien muille piireille ja niiden jäsenkunnille tuottamat palvelut sekä hoitopäivien laskutus silloin, kun potilasta joudutaan hoitamaan erikoissairaanhoidon yksikössä, vaikka erikoissairaanhoidon tarvetta ei ole. Kilpailutettavaksi soveltuvien palvelujen osuus kuntien erikoissairaanhoidon menoista on 10-25 %.

Ehdotettava kuntalaskutusmalli parantaa pienten ja keskisuurten kuntien terveydenhuollon menojen ennakoitavuutta ja luo lisäksi edellytykset parantaa kuntien välistä yhteistyötä.

Toimenpide-ehdotukset.

- 1 Kuntalaskutusta kehitetään tavoitteena malli, joka parantaa kustannusten ennakoitavuutta ja vakautta, edistää kustannusten oikeudenmukaista jakoa kuntien kesken, parantaa edellytyksiä kuntien väliselle yhteistyölle ja tekee mahdolliseksi palvelujen kilpailuttamisen.
- 2 Terveydenhuollon toimintayksiköiden kustannuslaskentaa ja laskutusperusteita kehitetään kustannustietoisuuden ja palvelujen kilpailutettavuuden parantamiseksi.

2.5 Asiakasmaksut

Nykytilanne ja kehittämistarpeet

Valtaosa julkisista terveystalouksista on Suomessa maksullisia. Asiakasmaksujen osuus julkisten terveystalouksien kokonaismenoista on noin 9 % (perusterveydenhuollossa 10.5 %, erikoissairaanhoidossa 6.7 % ja hammashuollossa 22 %). Kotitaloudet maksoivat vuonna 1999 julkisten ja yksityisten terveystalouksien käyttömaksuina sairaalahoidosta 1.6 miljardia markkaa, hammashoidosta 1.9 miljardia markkaa, avohoidosta (pl. hammashoito) 2.2 miljardia markkaa ja lääkkeistä 3.7 miljardia markkaa.

Asiakasmaksuilla voi periaatteessa olla kahdenlaisia tavoitteita, rahoittaa palveluja ja ohjata niiden käyttöä. Suomessa, toisin kuin muissa Länsi-Euroopan maissa, asiakasmaksuja on ajateltu lähinnä rahoituslähteenä. Näin siitä huolimatta, että maksutulojen rahoitusmerkitys on pieni mutta kustannusrasitus kotitalouksille suuri ja kohtaanto voimakkaasti regressiivinen (pienituloiset maksavat suhteellisesti eniten). Missään muussa EU-maassa ei asiakasmaksutulojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista ole yli 5 %.

Ohjausfunktion kannalta on olennaista asettaa ja mitoittaa asiakasmaksut palveluketjussa niin, että ne ohjaavat potilasta hakeutumaan tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan, mutta eivät estä palvelujen käyttöä. Tehokkaimmin asiakasmaksuilla pystytään vaikuttamaan ensikäynteihin, joissa potilaalla on aitoa päätäntävaltaa. Palveluketjun myöhemmissä vaiheissa lääkärin rooli on ratkaiseva palvelujen käyttöpäätöksissä. Eräissä terveystalouksissa, esimerkiksi hammashuollossa, asiakkaiden päätäntävalta on suurempi.

Asiakasmaksuihin liittyy useita ongelmia. Tärkeitä terveydenhuollon rahoituksen periaatteita ovat, että palvelujen tarve ja palvelujen rahoitus pidetään erillään ja että palvelujen rahoitus perustuu maksukykyyn, ei palvelujen tarpeeseen. Asiakasmaksut rikkovat näitä periaatteita. Asiakasmaksut kohtelevat eri väestöryhmiä eri tavalla. Pienituloisilla niiden vaikutus palvelujen käyttöön on suuri, mutta suurituloisilla pieni. Maksut eivät ole luonteeltaan valikoivia, sillä ne vähentävät sekä tarpeellisten ja vaikuttavien että tarpeettomien palvelujen käyttöä. Maksujen hallinnointikulut ovat tuottoihin nähden suuria.

Terveyskeskusten ja kunnallisten sairaaloiden asiakasmaksut ovat, EVO-rahojen ohella, ainoita terveydenhuollon korvamerkittyjä rahoituslähteitä: maksut menevät suoraan palvelujen tuottajille. Kuntien kannalta asiakasmaksut ovat osa kunnan kokonaisrahoitusta. Terveyskeskusmaksujen hallinnointikuluja pidetään suurina ja nettotuottoa pienenä. Sairaalamaksujen kokoaminen ei aiheuta merkittäviä erilliskustannuksia. Asiakasmaksujen kannattavuusraja on todennäköisesti 50-60 markkaa (8-10 euroa).

Maksujärjestelmän perusta on pääosin luotu 1980-luvulla ja sitä aikaisemmin. 1990-luvun alussa asetettu maksupolitiikkatoimikunta linjasi yhteiset perusteet asiakasmaksuille, jotka kirjattiin vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen yhteydessä voimaan tulleeseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin ja asetukseen. Maksuihin on sen jälkeen tehty lukuisia yksittäisiä muutoksia. Muutosten myötä aiemmin tehdyt maksupoliittiset linjatukset ovat hämärtyneet. Asiakasmaksukatto otettiin käyttöön vuonna 2000. Syntynyt normisto on muuttunut hyvin vaikeaselkoiseksi sekä asiakkaille että muille toimijoille.

Asiakas maksaa sairautensa aikana lukuisia erillisiä suoriteperusteisia maksuja useille tahoille. Osa maksuista tulee suoraan hänen kotikunnalleen, osa perusterveydenhuollon kuntayhtymälle ja osa erikoissairaanhoidon kuntayhtymälle. Lisäksi potilaalle syntyy kustannuksia matkoista sairaalaan tai terveyskeskukseen sekä avohoidon lääkkeistä. Tilanne yksinkertaistuisi, jos asiakas maksaisi käyttämistään palveluista omalle kunnalleen eikä palvelun tuottajalle kuten sairaalalle.

Terveydenhuollossa on tällä hetkellä useita maksukattoja. Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa on varsinaisen perhekohtaisen maksukaton lisäksi välikatot terveyskeskusmaksussa, sarjahoidon maksussa sekä alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Kelan kuntoutusmatkakustannuksissa ja sairausvakuutusjärjestelmän matka- ja lääkekustannuksissa on vuosikatto. Maksukattojen yhdistäminen olisi asiakkaan näkökulmasta perusteltua. Ensimmäisessä vaiheessa tulisi selvittää, miten erillisiä kuntasektorin maksukattoja voitaisiin selkeyttää ja yhdistää.

Hammashuollon uudistuksen jälkeen väestöllä on mahdollisuus saada sairausvakuutuskorvausta yksityishammaslääkärillä käynnistä ja toisaalta oikeus hakeutua terveyskeskuksen hammashoittoon, josta voidaan periä asetuksen määrittelemä maksu 18 vuotta täyttäneiltä. Yksityishammaslääkärillä käyvä asiakas maksaa hoidosta itse noin 60 % ja terveyskeskuksessa noin 35 %. Terveyskeskuksen alhaisempi omavastuu ohjaa asiakkaita yksityissektorilta julkiseen hoitoon. Hammaslääkäripalvelujen omavastuut tulisi yhtenäistää nostamalla terveyskeskuksissa perittäviä asiakasmaksuja ja/tai korottamalla Kansaneläkelaitoksen maksamia sairausvakuutuskorvauksia.

Sosiaali- ja terveyshuollon maksupolitiikan tavoitteet tulisi perusteellisesti arvioida uudelleen. Maksupolitiikan suhdetta muuhun sosiaaliturvaan ja verotukseen tulisi täsmentää, maksuja koskevia säädöksiä selkiyttää ja maksujen läpinäkyvyyttä lisätä. Samassa yhteydessä tulisi selvittää sairausvakuutuksen omavastuut ja niiden suhde kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen maksupolitiikkaan. Kunnallisen terveydenhuollon erilliset maksukatot tulisi yhdistää.

Toisessa vaiheessa tulisi tutkia mahdollisuudet kunnallisen terveydenhuollon ja SV-järjestelmän maksukattojen yhdistämiseksi.

Edellä esitetyt arviot asiakasmaksuista eivät koske sosiaali- ja terveydenhuollon muuta maksupolitiikkaa, kuten esimerkiksi pitkäaikaishoitoa ja lasten päivähoitoa, joissa maksuilla on huomattava rahoitus- ja ohjausmerkitys.

Toimenpide-ehdotukset

1. Sosiaali- ja terveysministeriö arvioi vuoden 2003 loppuun mennessä yhteistyössä Kuntaliiton kanssa uudelleen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan tavoitteet kansalaisten ja palvelujärjestelmän kannalta, täsmentää maksupolitiikan suhteen muuhun sosiaaliturvaan ja uudistaa maksut siten, että ne muodostavat yhden kokonaisuuden.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää valmistelutyön kunnallisen terveydenhuollon maksukattojen yhdistämiseksi sekä selvitystyön kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän maksukattojen yhdistämisestä. Kunnallisen ja sairausvakuutusjärjestelmän maksukattojen yhdistämiseksi käynnistetään valmistelu kansallisen terveydenhuollon maksukortin käyttöön ottamiseksi vuoteen 2006 mennessä.
3. Selvitetään mahdollisuudet saattaa lähemmäksi toisiaan hammashuollon asiakkaiden omavastuut korottamalla terveyskeskusten hammashoidon asiakasmaksuja ja / tai nostamalla yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvausten tasoa.
4. Terveydenhuollon muita asiakasmaksuja korotetaan kustannustason nousua vastaavasti kunnes edellä kohdissa 1 ja 2 ehdotettu arviointi- ja selvitystyö on tehty.

2.6 Monikanavainen rahoitusjärjestelmä

Nykytilanne ja kehittämistarpeet

Terveydenhuollon päärahoittajia ovat kunnat, valtio, Kansaneläkelaitos ja kotitaloudet. Raha-automaattiyhdistys myöntää lisäksi avustuksia kansanterveysjärjestöille ehkäisevään ja kuntouttavaan toimintaan. Monikanavaisella rahoitusjärjestelmällä on joukko etuja. Se on kattava ja monipuolinen, sillä terveydenhuollon rahoitukseen osallistuu useita eri tahoja. Monikanavaisella rahoitusjärjestelmällä on myös haittoja. Se vaikeuttaa palvelujen ohjausta ja koordinointia ja voi aiheuttaa palvelutarjonnan vääristymiä. Rahoituksen kokonaisuus hämärtyy ja järjestelmä kannustaa siirtämään kustannuksia toisten maksettavaksi.

Terveydenhuollon eri rahoittajien rahoitusosuuksissa on 1990-luvulla tapahtunut muutoksia. Kuntien rahoitusosuus on kasvanut 35 %:sta 43 %:in ja Kelan hallinnoiman sairausvakuutusjärjestelmän osuus runsaasta 10 %:sta 15 %:in². Valtion rahoitusosuus on pienentynyt run-

² Valtion ja kansaneläkelaitoksen rahoitusosuuksien muutoksia kuvaavat luvut eivät ole suoraan vertailukelpoisia rahoitusjärjestelmässä tapahtuneiden muutosten vuoksi.

saasta 35 %:sta 18 %:in². Kotitalouksien osuus on noussut runsaasta 15 %:sta noin 20 %:in ja on tällä hetkellä EU-maiden korkeimpia.

Sairausvakuutusjärjestelmä rahoitetaan periaatteessa vakuutettujen ja työnantajien sairausvakuutusmaksuilla. Rahoitusrakenne on kuitenkin muuttunut, kun vakuutusmaksuperusteita on alennettu (mm. eläkeläisten sv-maksu) samaan aikaan kun sairausvakuutuksen menot ovat kasvaneet (lääkekorvaukset ja päivärahat). Valtio maksaa takuusuorituksena menojen ja tulojen erotuksen, joka oli vuonna 2000 noin 2 miljardia markkaa ja vuonna 2001 lähes 3 miljardia markkaa. Jos kehitys jatkuu samanlaisena, vajeus tulee lähivuosina kasvamaan noin neljännekseen sairausvakuutuksen menoista siitä huolimatta, että vuodesta 2002 lähtien arvonnalisäveron tuotosta ohjataan 200 miljoonaa euroa sairausvakuutuksen rahoitukseen. Vuonna 2002 vakuutusmaksutuottojen arvioidaan kattavan noin kaksi kolmasosaa sairausvakuutuskorvauksista³.

Sairausvakuutuskorvaukset jakautuivat vuonna 2000 seuraavasti: sairauspäivärahat 2937 miljoonaa markkaa, lääkekorvaukset 4030 miljoonaa markkaa, yksityislääkäripalvelut 356 miljoonaa markkaa, yksityinen tutkimus ja hoito 343 miljoonaa markkaa, yksityishammaslääkäripalvelut 245 miljoonaa markkaa ja matkat 640 miljoonaa markkaa. Työterveydenhuollon korvaukset olivat tilivuonna 1999 työnantajille noin 700 miljoonaa markkaa ja noin 100 miljoonaa markkaa ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle.

Lääkekorvausten määrä on jatkuvasti noussut ja niiden ennustetaan kasvavan lähes 6 miljardiin markkaan vuoteen 2006 mennessä. Myös työterveyshuollon, sairauspäivärahojen ja matkakorvausten korvausmenot ovat kasvaneet. Lääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvaukset eivät ole viime vuosina muuttuneet, mutta hammaslääkäripalkkioiden korvaukset ovat vuonna 2001 kasvaneet ennakkodusti uusien ikäluokkien tullessa korvattavan hoidon piiriin. Hammashuollon ulottaminen koko väestöön lisää hammashuollon korvausmenoja lähivuosina.

Sairausvakuutusjärjestelmällä on monia etuja. Yksityissektori ja työterveyshuolto ovat julkisen sektorin kannalta edullisia tapoja tuottaa lääkäripalveluja. Yksityislääkärikorvausten määrä (noin 350 miljoonaa markkaa/vuosi) on vähemmän kuin 1 % julkisista terveydenhuoltomenoista ja tuotettujen palvelujen kokonaiskustannukset ovat noin 1 miljardi markkaa. Järjestelmä täydentää kunnallista terveydenhuoltoa ja lisää asiakkaan valinnanvapautta.

Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksia saa vuosittain noin kaksi kolmannesta suomalaisista. Alueellisesti korvaukset jakautuvat siten, että asukasta kohti kaikkia korvauksia (lääkekorvaukset, yksityislääkäripalvelut, yksityinen tutkimus ja hoito, matkat) maksetaan eniten Kainuussa ja Pohjois-Savossa ja vähiten eteläisessä Suomessa. Vakuutettujen sairausvakuutusmaksuja kerätään asukasta kohti eniten Etelä-Suomesta ja vähiten Oulun ja Itä-Suomen lääneistä. Kaikilla alueilla käytetään eniten psykiatrian, silmätautien, gynekologian ja korvaustautien avohoitopalveluja.

³ Kansaneläkelaitoksen hoitama sairausvakuutus rahoitetaan vakuutettujen ja työnantajien sairausvakuutusmaksuilla. Jos sairausvakuutuksen tuotot eivät riitä rahoitusomaisuuden vähimmäistason saavuttamiseen, puuttuva osa suoritetaan valtion varoista takuusuorituksena (sairausvakuutuslaki 32 ja 59 §). Vuonna 2000 sairausvakuutuksen kokonaismenoista 14,8 mrd markasta vakuutettujen osuus oli 5,9 mrd mk (40%) ja työnantajien osuus 5 mrd mk (34 %). Muiden tuottojen ja siirron Kansaneläkerahastosta osuus oli 1,9 mrd mk (13 %). Valtion takuusuoritus oli 2 mrd mk (13 %).

Sosiaali- ja terveysministeriön talousarvio- ja vakuutusosaston mukaan valtio rahoittaa vuonna 2002 sairausvakuutusta arviolta noin 879 milj. euroa (valtion takuusuoritus noin 627 milj. euroa, arvonnalisäveron tuotto noin 200 milj. euroa ja täyskustannusvastuu (ns. laastarivero) 52 milj. euroa. Arvio perustuu marras-joulukuun 2001 tilanteen mukaisiin tietoihin.

Sairaanhoitokorvauksiin liittyy myös ongelmia. Järjestelmä luo sosiaaliryhmittäistä ja alueellista eriarvoisuutta. Ylimpään tuloviidennekseen kuuluvat saavat lähes kolme kertaa enemmän korvauksia yksityislääkäri- ja yksityisen hoidon ja tutkimuksen palveluista kuin alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat. Kaikilla maan alueilla ei ole tarjolla yksityisiä lääkäri-, tutkimus- tai hoitopalveluja ja siksi näiden palvelujen korvaukset jakautuvat epätasaisesti maan eri osien välillä.

Sairausvakuutuskorvauksilla voi olla epäsuoria negatiivisia vaikutuksia kunnalliseen terveydenhuoltoon. Lääkäripulan aikana yksityisen sektorin tukeminen voi ohjata lääkäreitä julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille ja näin edelleen pahentaa kunnallista lääkärripulaa. Kunnallisen sektorin psykiatri- ja silmälääkäripulan on arveltu johtuvan osaksi Kelan korvauspolitiikasta.

Kunnallisella sektorilla työskentelevien lääkäreiden toimiminen yksityissektorilla työajan jälkeen voi luoda jääviyso ongelmia. Näitä ongelmien ehkäisemiseksi tarvitaan selkeät ja yksiselitteiset pelisäännöt. Terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee valvoa, että sekä sääntöjen kirjainta että niiden henkeä noudatetaan. Johtavassa asemassa olevien lääkäreiden tulee pitää kaikesta oman sairaalansa/terveyskeskuksensa kanssa kilpailevasta toiminnasta.

Tutkimus- ja hoitokorvaukset saattavat synnyttää päällekkäistä kapasiteettia ja pitää yllä epätarkoituksenmukaista tuotantorakennetta. Äskettäin tehty kustannusselvitys viittaa siihen, että osa laboratoriotutkimusten SV-korvauksista rahoittaa laboratorioyritysten toimintaa eikä niinkään potilaiden palvelujen käyttöä. Laboratorio- ja kuvantamistutkimusten korvausten saattaminen kustannusten tasalle vapauttaisi varoja muiden palvelujen rahoittamiseen sairausvakuutuksen kautta.

Kela ei korvaa julkisen sektorin itse maksaville potilaille tai lääkärikeskuksille tuottamia palveluja eikä julkisen terveydenhuollon tiloissa tai laitteilla tuotettuja palveluja silloinkaan kun ne tulisivat potilaalle selvästi edullisemmaksi kuin yksityissektorin tuottamat palvelut. Poikkeuksen muodostavat erikoissairaanhoidon erikoismaksuluokkakorvaukset. Korvauksia ei myöskään makseta kunnallisten liikelaitokseen tai osakeyhtiöiden itse maksaville asiakkaille tuottamista palveluista.

Kela käyttää kuntoutusta koskevan lainsäädäntöön perustuen runsaasti voimavaroja kuntoutukseen. Kuntoutustoiminnan vaikuttavuutta ja sen tuottamaa terveyshyötyä muihin terveydenhuollon palveluihin verrattuna ei ole kaikilta osiltaan huolellisesti arvioitu.

Eri maksajat eri terveydenhuollon toiminnoille johtaa osaoptimointiin: omissa menoissa säästetään kantamatta vastuuta kokonaiskustannuksista. Peruspalveluista vastuussa olevat kunnat ja kunnalliset palvelutuottajat eivät ota huomioon hoidon viivästymisestä johtuvia päiväraha-kustannuksia. Leikkaus jätetään tekemättä, koska vaihtoehtoisesta lääkeshoidosta koituvat kustannukset korvaa Kela. Kunnat eivät järjestä laitos- ja avohoitoa tarkoituksenmukaisella tavalla pyrkiessään siirtämään mahdollisimman paljon kustannuksia Kelalle.

Toimenpide-ehdotukset.

1. Sairausvakuutuksen rahoitusrakennetta tulee kehittää siten, että eri tahojen rahoitusvastuut määritellään selkeästi ottaen huomioon terveystaloudelliset tavoitteet ja kannustevaikutukset sekä turvaamalla sairausvakuutuksen kokonaisrahoituksen vakaus.
2. Sairausvakuutusjärjestelmän sairaanhoitokorvaustasot arvioidaan uudelleen ottaen huomioon palveluiden nykyinen tuotantokustannustaso ja käyttäen hyväksi julkisen sektorin kustannuslaskentaa. Yksityisen hoidon ja tutkimuksen korvauksia voidaan alentaa (esim. eräät laboratorio- ja kuvantamistutkimukset), jolloin muita korvauksia voidaan korottaa vastaamaan paremmin nykyistä kustannustasoa. Julkisilla hintavertailuilla edistetään palvelujen tuottajien hintakilpailua.
3. Hoito- ja tutkimuskorvauksissa on myös kustannuksiltaan pieniä korvattavia tapahtumia. Järjestelmää kehitettäessä päämääränä on taata kustannus-vaikuttavuudeltaan hyviksi todettujen hoitojen säilyminen korvattavina ja huolehtia siitä, että järjestelmä ei tarpeettomasti lisää kalliiden mutta tehottomien hoitojen ja tutkimusten käyttöä. Vähäisimpiä kustannuksia ei kuitenkaan ole tarpeen korvata. Mahdolliset säästöt kohdistetaan tarpeellisiin kalliisiin ja kustannus-vaikuttaviin hoitoihin.
4. Lääkekustannusten kasvua hillitään kehittämällä lääkkeiden sairausvakuutuskorvausjärjestelmää, edistämällä rationaalista lääkehoitoa jatko- ja täydennyskoulutuksen avulla ja ottamalla Tanskan tavoin käyttöön geneerinen lääkemääräyskäytäntö.
5. Sairausvakuutus- ja kuntoutusrahojen kannustevaikutukset arvioidaan huolellisesti sekä julkisen että yksityisen palvelutuotannon kannalta (esimerkkeinä mielenterveyspalvelut, ja silmä lääkärikorvaukset sekä fysikaalinen hoito).
6. Selvitetään, voidaanko kunnallisten tilojen ja laitteiden tehokasta käyttöä edistää saattamalla varsinaisen työajan ulkopuolella itse maksaville potilaille tuotettavat palvelut sairausvakuutuskorvausten piiriin. Selvityksessä otetaan huomioon investointien käyttöasteeseen, lääkäreiden sitoutumiseen ja Euroopan Yhteisön ja Suomen kilpailulainsäädäntöön liittyvät näkökohdat.
7. Selvitetään, onko tarkoituksenmukaista saattaa kunnallisesta terveydenhuollosta erilliseen liikelaitokseen tai osakeyhtiöön ulkoistettuja palveluita sairausvakuutuskorvausten piiriin.
8. Eduskunnalle vuonna 2002 annettavan kuntoutusselonteon käsittelyn jälkeen arvioidaan tarve tehdä lisäselvityksiä kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja kehittämis- ja muutostarpeista.
9. Kuntien ja Kelan yhteistyönä lisätään terveydenhuollon toimijoiden ja rahoittajien vastuullisuutta terveydenhuollon aiheuttamista kustannuksista. Tavoitteena on laadukas ja kustannustehokas toiminta, joka ottaa huomioon kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset niiden maksajasta riippumatta.

2.7 Valtion ohjauskeinot

Nykytilanne ja kehittämistarpeet

Valtionhallintoa kehitettiin 1980- ja 1990-luvuilla vähentämällä valtion ohjausta, vahvistamalla kuntien itsehallintoa ja purkamalla normeja. Uudistukset ovat tehostaneet kuntien toimintaa, mutta samalla on syntynyt uusia ongelmia. Valtion on keventänyt huomattavasti terveyspalvelujen ohjausta. Ongelmia on ilmennyt erityisesti sellaisten väestöryhmien palveluissa, jotka eivät saa ääntään kuuluville. Ohjaustarvetta lisää kuntakentän pirstaleisuus.

Terveysterveystenhuollon ohjaus- ja valvontakeinot voidaan jakaa neljään ryhmään: normiohjaus, resurssiohjaus, informaatio-ohjaus ja etu- ja jälkikäteinen valvonta. Tuomioistuimen päätösten kautta tapahtuva oikeudellinen ohjaus on suomalaiselle hallinnolle vieras ja peruspalveluihin huonosti soveltuva.

Normiohjaus. Normi- ja säädösohjaus tarkoittaa laeilla ja asetuksilla ja muilla säädöksillä säänneltyä ohjausta, joka velvoittaa organisaatiota tai henkilöä toimimaan tietyllä tavalla. Normin noudattamatta jättäminen on yleensä sanktioitu. Kuntien tehtäviä määrittelevä lainsäädäntö on muuttunut sitovuudeltaan väljäksi ja normin noudattamatta jättämisen raja voi olla tulkinnanvarainen.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuuta määritteleviä säädöksiä on tällä hetkellä noin neljäkymmentä. Lainsäädäntö on pääosin väljää puitelainsäädäntöä. Poikkeuksen muodostavat ns. subjektiiviset oikeudet, joista yhtenä esimerkkinä on vanhempien ja huoltajien oikeus saada lapselle kunnan järjestämä päivähoitopaikka tai vaihtoehtoinen oikeus yksityisen hoidon tukeen.

Sitovilla normeilla on eräitä harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta vaikea ohjata palvelujärjestelmän käytännön toimintaa. Valtion tehtävänä on säännellä normien tavoitetaso. Vähimmäisnormien tulee muodostaa johdonmukainen kokonaisuus eivätkä ne saa ehkäistä kuntia hakemasta tehokkaita ja joustavia ratkaisuja palvelujen järjestämiseen. Palvelujen saatavuutta ja laatua koskevat tavoitteet voivat toteutua vain, jos palveluihin on osoitettu riittävästi resursseja. Siksi tavoitetaso on aina otettava huomioon resursseja koskevissa päätöksissä.

Resurssiohjaus. Valtion tärkein resurssiohjausväline on valtionosuusjärjestelmä. Laskennallisiin valtionosuuksiin siirryttäessä tavoitteena oli lisätä kuntien kustannusvastuuta ja siirtää päättäväiseltä palvelujen järjestäjille ja tuottajille. Paineet korvamerkittyihin valtionosuuksiin ovat uudelleen kasvamassa. Korvamerkityt rahat ovat kuitenkin ristiriidassa järjestelmän tavoitteiden kanssa ja niitä tulee käyttää vain poikkeustilanteissa. Parhaiten palvelujärjestelmää voitaisiin ohjata kehittämällä perustamishankkeiden valtionosuuksista ja muista kehittämistoimintaan tarkoitetuista varoista valtionavustusjärjestelmä, jolla määräraikaisesti tuetaan terveyspolitiikan mukaisia rakenteellisia ja toiminnallisia strategisia kehittämishankkeita (ks. myös kohta 2.3).

Informaatio-ohjaus. Palvelujen järjestäjän tulee käyttää tehokkaasti hyväkseen kansallista ja paikallista informaatiota ja muiden toimijoiden kokemuksia. Informaatio-ohjauksessa lainsäätäjällä, valtion viranomaisella, kunnalla, järjestöillä ja kansalaisilla on kaikilla tehtävänsä. Ohjaus voi olla esimerkiksi koulutusta, tilasto- tai tutkimustiedon levittämistä, asiantuntijapalvelujen välittämistä, hoito- ja laatusuosituksen laatimista ja välittämistä. Kuntien sekä kansalaisten tietämystä ja mahdollisuuksia arvioida eri terveydenhuollon palvelujen tuottajien toimintaa ja sen tuloksia voidaan lisätä käyttämällä hyväksi mm. Internetiä.

Informaatio-ohjauksen mahdollisuuksia ei ole riittävästi käytetty hyväksi palvelujen ohjauksessa. Stakes on aktiivisesti kehittänyt terveystietojärjestelmää. Lisää voimavaroja tarvitaan mm. terveydenhuollon teknologian arviointiin, perusterveydenhuollon tietojärjestelmän ja tietojärjestelmän hyödyntämisvälineiden kehittämiseen.

Terveydenhuollon käytännön kehittämistyötä tulee tukea tietoon ja hyviksi todettuihin käytäntöihin tukeutuvilla valtakunnallisissa suosituksilla. Duodecim-seuran ja erikoislääkäriyhdistysten laatimat kansalliset hoitosuositukset muodostavat lähtökohdan alueellisille hoito-ohjelmille. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman osana on valmisteltu useita laatusuosituksia. Rohto-projektin avulla edistetään rationaalista lääkahoitoa. Kaikki hankkeet ovat osoittautuneet vaikuttaviksi, mutta niiden jatkuminen on voimavarojen puutteessa epävarmaa.

Terveydenhuollossa tarvitaan sekä kunta- että tuottajatasolla käytännön johtamista tukevaa monipuolista vertailuarviointiin ja -kehittämiseen soveltuvaa benchmarking-tietoa. Tämä edellyttää panostamista kuntatason toimintaa ja taloutta kuvaavien tietojen vertailtavuuden ja ajantasaisuuden parantamiseen ja niiden hyväksikäytön edistämiseen.

Valvonta. Sosiaali- ja terveystietojärjestelmien yleinen valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Ministeriön yhteyteen asetettu perusturvalautakunta arvioi kunnallisen palvelujärjestelmän asianmukaisuutta. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtävänä on terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjaus ja valvonta. Lääninhallitukset valvovat alueellaan kunnallisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon lainmukaisuutta ja asianmukaisuutta ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Kunnan monijäseniset toimielimet valvovat viranhaltijoiden ja muun kunnallisen henkilöstön toimintaa. Tarkastuslautakunta arvioi muun ohessa, ovatko valtuuston asettamat toiminnalliset tavoitteet toteutuneet.

Sosiaali- ja terveystietojärjestelmien etukäteis- ja jälkivalvontaan Suomessa huomattavasti vähemmän voimavaroja kuin muissa Pohjoismaissa. Keskusvirastojen purkaminen ja lääninuudistus ovat vähentäneet valvontaa ja siihen käytettyjä voimavaroja. Ongelmia lisää valvontajärjestelmän pirstaleisuus. Järjestelmä tulisi perusteellisesti arvioida uudelleen. Samalla tulisi selvittää sosiaali- ja terveysministeriön, terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen, läänin sosiaali- ja terveysosastojen, perusturvalautakunnan ja kunnan elinten työnjako.

Toimenpide-ehdotukset.

1. Korvamerkittyjä valtionosuuksia ei käytetä sosiaali- ja terveystietojärjestelmien ohjaamiseen ilman erityisiä perusteluja.
2. Terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämiseen osoitetaan kolmen vuoden määräajaksi lisävoimavaroja ja teknologian arviointitoimintaan vuotuinen lisämääräraha. Laadunhallinta- ja arviointimenetelmien käyttöönottoa ja benchmarking-vertailujen käyttöä edistetään kuntien ja palvelujen tuottajien toiminnan arvioinnissa ja toiminnan kehittämisessä. Tarkoitusta varten osoitetaan valtion talousarviossa lisämääräraha.
3. Kansallisten hoitosuosituksien laatimista ja päivittämistä varten osoitetaan valtion talousarviossa lisämääräraha. Hoitosuositukset laaditaan sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa.

4. Rationaalisen lääkehoidon edistämiseen tähtäävä Rohto-projekti vakinaistetaan.
5. Sosiaali- ja terveystalvelujen etukäteis- ja jälkivalvontajärjestelmä arvioidaan perusteellisesti uudelleen.
6. EVO-rahoista osoitetaan vuosittain 10 % terveystalvelujärjestelmän kehittämistä palvelemaan tutkimukseen.

TAULUKKO 1.*Terveystenhuollon menojen ennakoitu muutos 2000-2010, perusvaihtoehtoon mukaan*

	Vain Ikärakenne muuttuu	Perus- vaihtoehto Muutos (%) vuodessa
Ikärakenteen lisäksi muuttuvat tekijät		
- Työvoimakustannukset	0,0	2,0
- Lääkekustannukset	0,0	5,0
- Tuottavuus	0,0	0,5
- Teknologian nettokustannus*	0,0	2,0
- Terveystentilan muutos **		
		Miljardia markkaa
Terveystenhuollon menot ***		
- Vuonna 2000	56,0	56,0
- Vuonna 2010	61,7	78,7
- Muutos 2000-2010	5,7	22,7
		Muutos (%)
Menojen muutos, %		
- Yhteensä 2000-2010	10,2	40,5
- Vuodessa	1,0	3,5
		Miljardia markkaa
Bruttokansantuote, mrd mk		
- Vuonna 2000	782,9	782,9
- Vuonna 2010		
-- Jos bkt:n vuosikasvu 1,5 %	908,5	908,5
-- Jos bkt:n vuosikasvu 2,5 %	1 002,2	1 002,2
-- Jos bkt:n vuosikasvu 3,5 %	1 104,3	1 104,3
		Bkt-osuus (%)
Terveystenhuollon bkt-osuus (%)		
- Vuonna 2000	7,2	7,2
- Vuonna 2010		
-- Jos bkt:n vuosikasvu 1,5 %	6,8	8,7
-- Jos bkt:n vuosikasvu 2,5 %	6,2	7,9
-- Jos bkt:n vuosikasvu 3,5 %	5,6	7,1

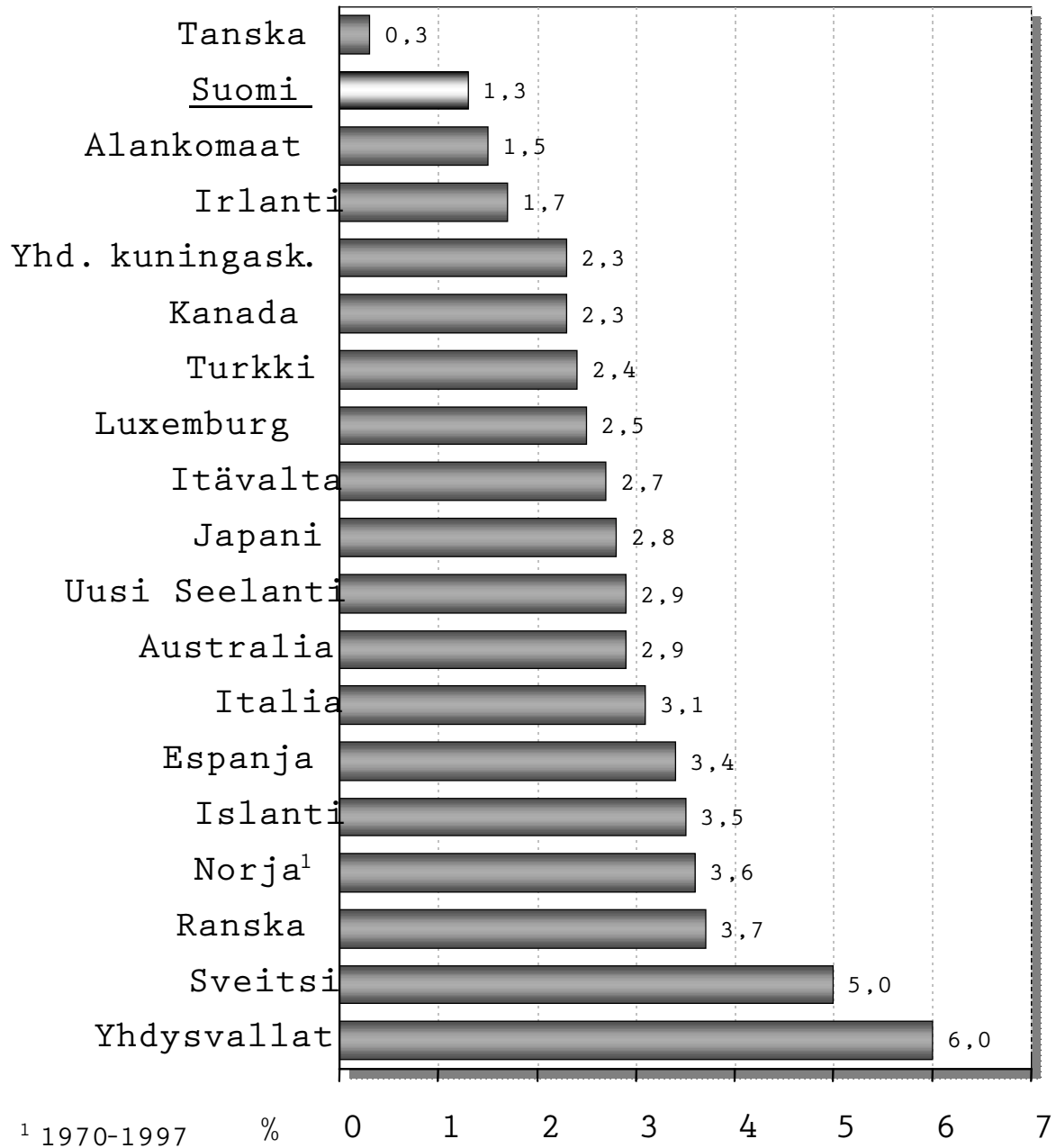
* Teknologian käyttöönotto sekä lisää että vähentää terveystenhuollon kustannuksia. Teknologian nettokustannus on kustannusten lisäysten ja kustannussäästöjen erotus.

** Väestön terveystentilan muutoksen oletetaan siirtävän terveystenhuollon menoja yhdellä vuodella eteenpäin. Tällä ei ole vaikutusta kokonaismenoihin.

*** Sisältää ikäryhmittäin arvioituna kunnallisen terveystenhuollon ja vanhustenhuollon (pl. omaishoidon tuki, ei-
ympäri vuorokautinen palveluasuminen) sekä Kelan korvaamat (ml. omavastuuosuudet) lääkärinpalkkiot, tutkimuksen ja
hoidon, matkat sekä hammaslääkärinpalkkiot. Sisältää asukasta kohti arvioituna lääkinnälliset laitteet, käsikauppalääk-
keet, ympäristöterveystenhuollon, yksityisen työterveystenhuollon, opiskelijaterveystenhuollon, terveystenhuollon hallinnon
sekä julkiset investoinnit

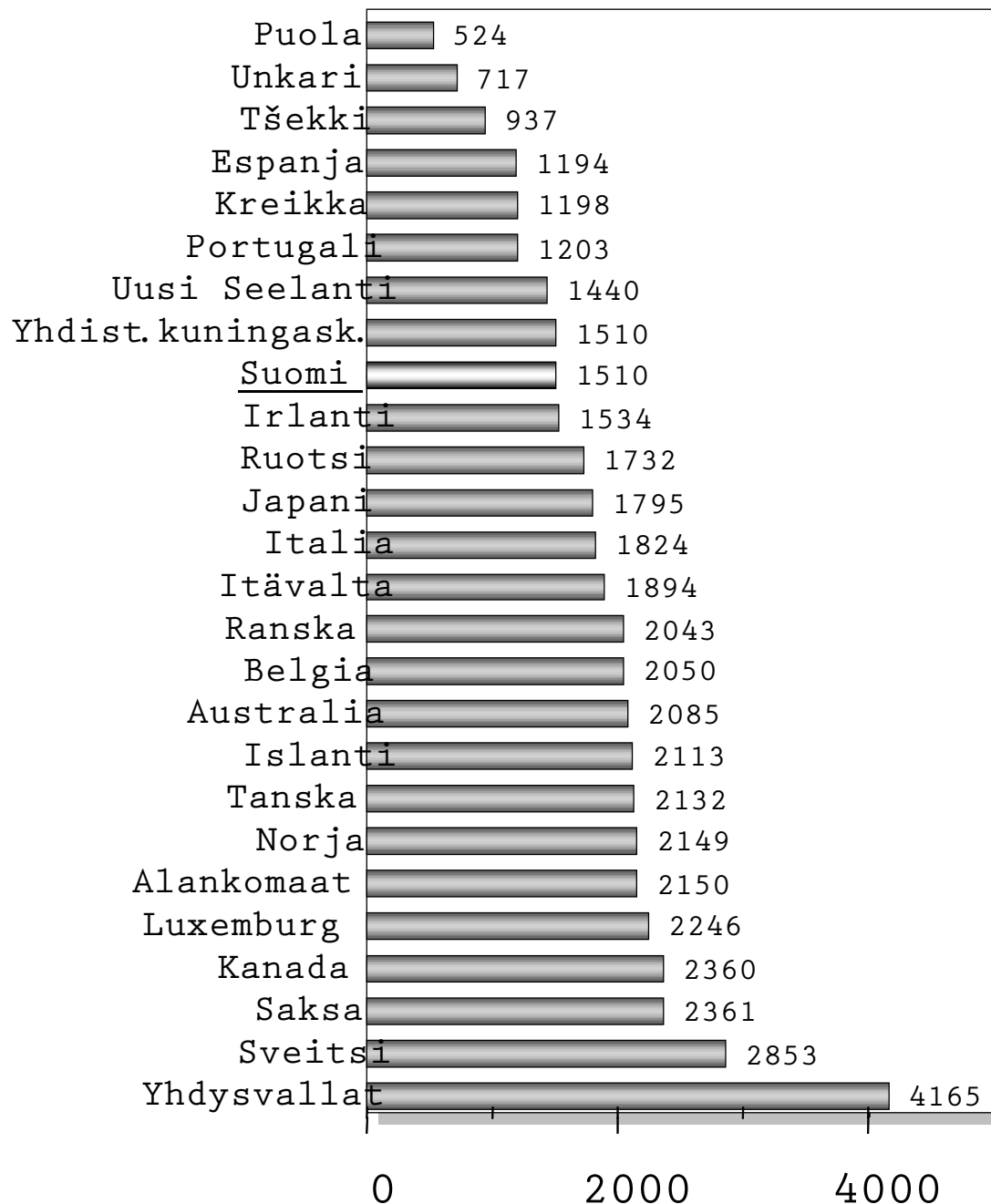
Kuva 1

Terveydenhuoltomenojen kansantuoteosuuden muutos (prosenttiyksikköä¹ 1970 - 1998)



Kuva 2

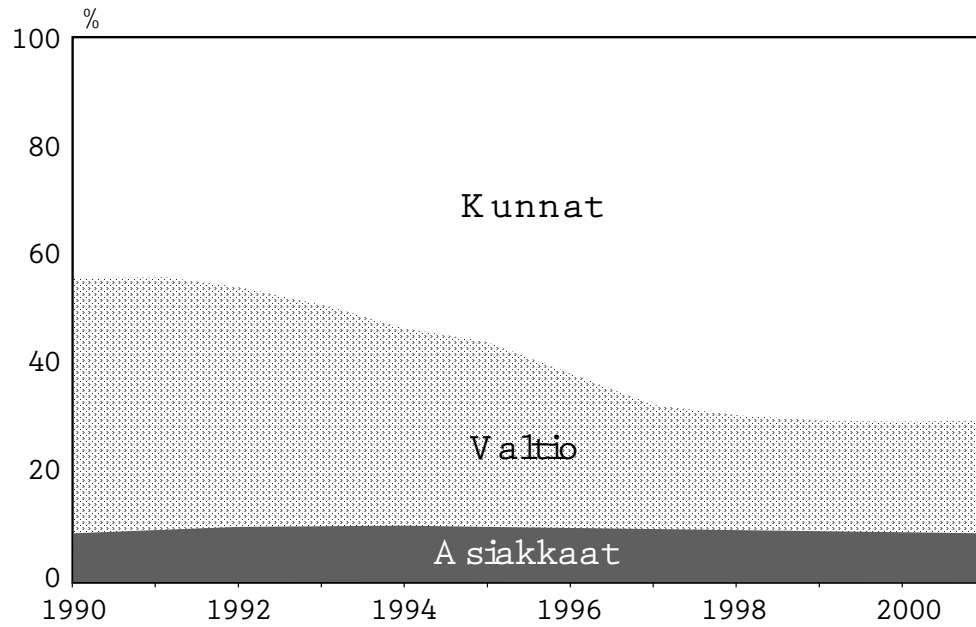
Terveydenhuollon kustannukset eräissä maissa vuonna 1998 (US\$ PPP per capita)



Lähde: OECD Health at a glance 2000

Kuva 3

Kuntien sosiaali- ja terveysten palveluiden rahoitusosuudet vuosina 1990 - 2001



Lähde: STM, Sosiaaliturvan suunta 200 - 2001