

Sosiaali- ja terveydenhuollon

MONIKANAVARAHOITUKSEN PURKAMISEN VAIHTOEHTOJA KOSKEVA SELVITYS

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveystministeriö	26.3.2015
Tekijät	Toimeksiantaja
Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavara- hoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvityksen työryhmä	Sosiaali- ja terveystministeriö HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä STM011:00/2014

Muiston nimi

Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys

Tiivistelmä

■ Sosiaali- ja terveystministeriö asetti maaliskuussa 2014 sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamisen vaihtoehtoja koskevaa selvitystä varten työryhmän ja sille valmisteluryhmän. Asettaminen perustuu hallituksen elokuussa 2013 laatimaan rakennepoliittiseen ohjelmaan, jonka mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamisen vaihtoehdot ja niiden vaikutukset asiakkaan asemaan ja oikeuksiin, palvelujen saatavuuteen, etuuksiin, sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään ja kansantalouteen selvitetään laajapohjaisesti.

Selvityksen tavoitteena on tehdä ehdotuksia, joilla selkiytetään sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta, poistetaan sen ongelmia ja vähennetään osaoptimoinnin mahdollisuuksia. Työryhmän tehtävänä oli laatia sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen purkamiseksi vaihtoehtoja, joiden avulla voitaisiin poistaa rahoituksen ongelmia. Toimeksiannon mukaisesti vaihtoehtojen tulee vähentää osaoptimointia ja luoda oikeansuuntaisia kannusteita sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannusten vähentämiseksi.

Toimeksiannon mukaisesti selvitystyössä tuli ottaa huomioon myös hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 324/2014 vp). Selvityksen laatimisen aikana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan hallituksen esityksen käsittely eduskunnassa kuitenkin raukesi perustuslakivaliokunnan antamien lausuntojen (PeVL 67/2014 vp; PeVL 75/2014 vp) johdosta. Toimeksiannon mukaisesti selvitystyössä on tullut huomioida myös kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituskanavat.

Työryhmä on laatinut viisi erilaista vaihtoehtoa rahoitusmalliksi. Vaihtoehdot esittelevät päällinjoja valinnoista, joita rahoitusratkaisun laatimisessa tulee tehdä. Lisäksi mallit esittävät esimerkkejä siitä, millä tavoin rahan keräämisen ja kohdentamisen erilaisia elementtejä voidaan yhdistellä. Työryhmä on myös alustavasti arvioinut kunkin mallin mahdollisia vaikutusmekanismeja. Mallivaihtoehtoisissa käsitellään rahoituksen keräämistä ja kohdentamista, mutta rahoituksen ohjautuminen palvelutuotantoon on jätetty tarkastelun ulkopuolelle, koska se on yhtäältä pitkälti riippuvainen järjestämisestä koskevasta ratkaisusta ja toisaalta mahdollista ratkaista työryhmän kuvaamista päällinjoista erillisenä.

Asiasanat

Monikanavarahoitus, rahoitus, rahoitusuudistus, sairausvakuutus, sosiaali- ja terveydenhuolto

Sosiaali- ja terveystministeriön
raportteja ja muistioita 2015:19

Muut tiedot
www.stm.fi

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (verkkójulkaisu)
ISBN 978-952-00-3579-2
URN:ISBN:978-952-00-3579-2
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3579-2>

Kokonaissivumäärä
89

Kieli
Suomi

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	26.3.2015
Författare	Uppdragsgivare
Arbetsgruppen för att utreda alternativa sätt att avveckla finansieringen via flera kanaler inom social- och hälsovården	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	SHM011:00/2014

Rapportens titel

Utredning om alternativa sätt att avveckla finansieringen via flera kanaler inom social- och hälsovården

Referat

■ Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte i mars 2014 en arbetsgrupp och en beredningsgrupp för en utredning som gäller alternativa sätt att avveckla den finansiering som baserar sig på flera kanaler inom social- och hälsovården. Tillsättandet baserar sig på ett strukturpolitiskt program, som regeringen utarbetade i augusti 2013, enligt vilket olika alternativ ska utredas på bred bas för att avskaffa systemet med att finansieringen av social- och hälsovården distribueras via flera kanaler samt den inverkan detta har på klientens ställning och rättigheter, tillgången på tjänster, förmåner, social- och hälsovårdssystemet och samhällsekonomin.

Målet för utredningen är att lägga fram förslag med vilka man kan förtydliga finansieringen av social- och hälsovården, avlägsna problemen i den och minska möjligheterna till deloptimering. Arbetsgruppen hade till uppgift att utarbeta alternativ för att avveckla den finansiering av social- och hälsovården som baserar sig på flera kanaler, och genom vilka man kunde minska problemen med finansieringen. I enlighet med uppdraget ska alternativen minska deloptimeringen och skapa incitament i rätt riktning för att minska de totala kostnaderna inom social- och hälsovården.

I enlighet med uppdraget skulle man i utredningsarbetet även beakta regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ordnandet av social- och hälsovården samt till vissa lagar som hänför sig till den (RP 324/2014 rd). Under den tid som utredningen utarbetades förföll dock regeringens proposition som gäller ordnandet av social- och hälsovården under riksdagens behandling till följd av grundlagsutskottets utlåtanden (GrUU 67/2014 rd; GrUU 75/2014 rd). I utredningsarbetet ska också samtliga kanaler för finansiering av social- och hälsovården ha beaktats i enlighet med uppdraget.

Arbetsgruppen har utarbetat fem olika alternativ till finansieringsmodell. Alternativen föreställer huvudlinjerna för de val som ska göras när man utarbetar en finansieringslösning. Modellerna presenterar också exempel på hur olika element i fråga om insamling och tilldelning av medel kan kombineras. Arbetsgruppen har också bedömt eventuella verkningmekanismer preliminärt för varje modell. Modellalternativen behandlar insamling och tilldelning av finansieringen, men styrning av finansieringen mot serviceproduktion har lämnats utanför granskningen. Anledningen är att detta å ena sidan i hög grad är beroende av avgörandet om ordnandet av social- och hälsovården, och å andra sidan är möjligt att avgöra separat från de huvudlinjer som arbetsgruppen beskrivit.

Nyckelord

Finansiering via flera kanaler, finansiering, finansieringsreform, sjukförsäkring, social- och hälsovård

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus
raportteja ja muistioita 2015:19

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (online)
ISBN 978-952-00-3579-2
URN:ISBN:978-952-00-3579-2
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3579-2>

Övriga uppgifter

www.stm.fi/svenska

Sidoantal

89

Språk

Finska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

SISÄLLYS

Kuvailulehti.....	2
Presentationsblad.....	3
Sosiaali- ja terveysministeriölle.....	5
1 JOHDANTO.....	9
2 TYÖRYHMÄN SELVITYKSEN KESKEINEN SISÄLTÖ	11
3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN NYKYTILA.....	14
3.1 Rahoitusjärjestelmä.....	14
3.2 Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän haasteita ja vahvuuksia	18
3.2.1 Kannustimet sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	20
3.3 Monikanavarahoituksen virtuaalikokeiluista	22
4 TYÖRYHMÄN LAATIMAT RAHOITUSVAIHTOEHDOT	24
4.1 Rahoitusuudistuksen tavoitelinjaukset	24
4.2 Rahoitusuudistuksen lähtökohtia	25
4.2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos.....	25
4.2.2 Rahoituksen keräämisen ja kohdentamisen vaihtoehtoja ja tapoja.....	26
4.3 Rahoitusuudistuksessa huomioitavia näkökohtia.....	28
4.3.1 Palveluiden ja etuuksien periaatteelliset erot.....	28
4.3.2 Sairaanhoidovakuutuksen erityiskysymyksiä.....	29
4.3.3 Työtulovakuutuksen erityiskysymyksiä	35
4.3.4 Asumisperusteinen sosiaaliturva ja rajat ylittävä terveydenhuolto.....	37
4.3.5 Vapaus valita palveluiden tuottaja.....	39
4.4 Rahoitusmallivaihtoehdot	41
4.4.1 Malli 1. Alueellinen järjestäjä-rahoittaja, jolla verotusoikeus.....	43
4.4.2 Malli 2. Alueellisesti yhdistetty rahoitus.....	46
4.4.3 Malli 3. Kansallisesti yhdistetty valtion rahoitus ja sairaanhoidovakuu- tuksen tulot.....	49
4.4.4 Malli 4: Valtion keräämä sote-maksu.....	52
4.4.5 Malli 5: Vakuutusrahastopohjainen hallinto.....	56
5 LOPUKSI.....	61
 LIITTEET	 62
Liite 1: Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen liittyvää sanastoa	62
Liite 2: Virtuaalikokeilut	72
Liite 3: Kelan, THL:n ja Sitran muistiot malleista	80
Liite 4: Työryhmän jäsenten täydentävät lausumat.....	86

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Hallitus päätti elokuussa 2013 rakennepoliittisesta ohjelmasta talouden kasvuedellytysten vahvistamiseksi ja julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuromiseksi. Rakennepoliittisessa ohjelmassa todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamisen vaihtoehdot ja niiden vaikutukset asiakkaan asemaan ja oikeuksiin, palvelujen saatavuuteen, etuuksiin, sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään ja kansantalouteen selvitetään laajapohjaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi marraskuussa 2013 Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) toimeksiannon laatia sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kartoitus ja kokonaiskuvaus. Toimeksiannon mukainen raportti julkaistiin THL:n julkaisuna kesäkuussa 2014 nimellä Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 2014 sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamisen vaihtoehtoja koskevaa selvitystä varten työryhmän ja sille valmisteluryhmän.

Toimeksiannon mukaan selvityksessä tulee ottaa huomioon palvelujen ja etuuksien saatavuus ja oikeudenmukainen kohdentuminen sekä terveydenhuoltolain ja potilas-

liikkuvuusdirektiiviin mukainen asiakkaan/potilaan valinnanvapaus. Selvityksessä tulee ottaa huomioon myös meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosten päätökset. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamisessa tulee turvata opiskelijaterveydenhuollon, kuntoutuksen, vanhushuollon, työterveyshuollon sekä lääkehuollon saatavuus. Selvityksessä on huomioitava kaikki rahoituskanavat kuten muun muassa valtionosuudet, kuntien rahoitus, Kela, työeläke- ja vakuutusyhtiöt, työnantajat ja työntekijät, seurakunnat, potilasvakuutus ja muut vastuuvakuutukset, sekä palveluiden käyttäjien maksamat asiakasmaksut.

Työryhmän puheenjohtajiksi nimettiin sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko ja peruspalveluministeri Susanna Huovinen. Laura Rätty siirtyi 1.9.2014 tehdyllä päätöksellä ministeri Risikon tilalle puheenjohtajistoon tultuaan kesäkuussa 2014 uudeksi sosiaali- ja terveysministeriksi. Valmisteluryhmän puheenjohtajaksi nimettiin kansliapäällikkö Päivi Sillanaukee ja varapuheenjohtajiksi osastopäällikkö Outi Antila sekä osastopäällikkö Kirsi Varhila.

Työryhmän jäseninä ovat olleet kansanedustaja Sanna Lauslahti Kansallisen kokoomuksen eduskuntaryhmästä, kansanedustaja Hanna Tainio Sosiaalidemokraattien eduskuntaryhmästä, kansanedustaja Erkki Virtanen Vasemmistoliiton eduskuntaryhmästä, kansanedustaja Osmo Soininvaara Vihreiden eduskuntaryhmästä, kansanedustaja Leena Rauhala Kristillisdemokraattien eduskuntaryhmästä, kansanedustaja Ulla-Maj Widenroos Ruotsalaisesta eduskuntaryhmästä, kansanedustaja Juha Rehula Keskustan eduskuntaryhmästä, kansanedustaja Hanna Mäntylä Perussuomalaisen eduskuntaryhmästä, asiantuntijalääkäri Jan Schugk Elinkeinoelämän keskusliitosta, asiantuntijalääkäri Kari Haring Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestöstä, sosiaali- ja terveyspoliittinen asiantuntija Riitta Työläjärvi Toimihenkilökeskusjärjestö STTK:sta, lakimies Paula Ilveskivi Akavasta, kansliapäällikkö Päivi Sillanaukee sosiaali- ja terveysministeriöstä, talouspolitiikan koordinaattori Jukka Pekkarinen valtiovarainministeriöstä, ylijohtaja Marina Erhola Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, pääjohtaja Harri Vainio Työterveyslaitoksesta, ylijohtaja Sinikka Rajaniemi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta, pääjohtaja Liisa Hyssälä Kansaneläkelaitoksesta, varatoimitusjohtaja Tuula Haatainen Suomen Kuntaliitosta, ylijohtaja Juhana Vartiainen Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta, toimitusjohtaja Piia-Noora Kauppi Finanssialan Keskusliitosta, pääsihteeri Vertti Kiukas Suomen sosiaali- ja terveys ry:stä, toimitusjohtaja Merja Hirvonen Terveyspalvelualan Liitosta, toiminnanjohtaja Pekka Räsänen Kuurojen Palvelusäätiöstä, toimitusjohtaja Velipekka Nummikoski Raha-automaattiyhdistyksestä, kaupunginjohtaja Kari Nenonen Vantaan kaupungista, kaupunginjohtaja Matti Pennanen Oulun kaupungista, toimitusjohtaja Pentti Itonen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiristä ja sairaanhoitopiirin johtaja Göran Honga Vaasan sairaanhoitopiiristä.

Valmisteluryhmän jäseninä ovat olleet apulaisosastopäällikkö Olli Kerola sosiaali- ja terveysministeriöstä, johtaja Anja Kairisalo sosiaali- ja terveysministeriöstä 15.12.2014 saakka, budjettipäällikkö Hannu Mäkinen valtiovarainministeriöstä, ylijohtaja Päivi Laajala valtiovarainministeriöstä, tutkimusprofessori Markku Pekurinen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, johtaja Helena Pesola Kansaneläkelaitoksesta, osaamiskeskuksen johtaja Jorma Mäkitalo Työterveyslaitoksesta, johtaja Tarja Myllärinen Suomen Kuntaliitosta, tutkimusjohtaja Antti Moisio Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta, johtaja Juha Teperi Tampereen yliopiston Terveystieteiden yksiköstä, hallitusneuvos Päivi Salo sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Kari Haavisto sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Taina Mäntyranta

sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitussihteeri Sanna Pekkarinen sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Liisa Heinämäki sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylitarkastaja Antti Alila sosiaali- ja terveysministeriöstä 1.9.2014 saakka, lääkintöneuvos Arto Laine sosiaali- ja terveysministeriöstä 15.12.2014 saakka, tutkimuspäällikkö Timo Seppälä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, johtava asiantuntija Pia Maria Jonsson Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, kehittämispäällikkö Merja Mikkola Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, 15.5.2014 alkaen erityisasiantuntija Raimo Jämsén sosiaali- ja terveysministeriöstä, 1.9.2014 alkaen osastopäällikkö Veli-Mikko Niemi sekä erityisasiantuntija Antti Väisänen sosiaali- ja terveysministeriöstä, 15.12.2014 alkaen neuvotteleva virkamies Minna Liuttu sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Kristiina Mukala sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä ylitarkastaja Marko Leimio sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmän avustavina sihteereinä ovat toimineet suunnittelija Kati Hokkanen, osastosihteeri Päivi Koivumaa ja 15.5.2014 alkaen osastosihteeri Riikka Friberg sekä osastosihteeri Jaana Aho sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmän ja sille asetetun valmisteluryhmän määräaika monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamisen vaihtoehtoja koskevan selvityksen valmistumiselle asetettiin helmikuun loppuun 2015.

Työryhmän kuultavina ovat olleet seuraavat asiantuntijat: professori Mats Brommels Karolinska Institutetista, professori Juhani Lehto Tampereen yliopistosta, emeritusprofessori Martti Kekomäki Helsingin yliopistosta, professori Heikki Hiilamo Helsingin yliopistosta ja professori Richard B. Saltman Emory Universitysta.

Mallien laadinta perustuu työryhmän kokouksissa käytyihin keskusteluihin. Työryhmä halusi valmistella selkeästi toisistaan eroavia malleja.

Työryhmä kokoontui työnsä aikana yhteensä 14 kertaa ja valmisteluryhmä kokoontui yhteensä 7 kertaa. Valmisteluryhmä osallistui lisäksi työryhmän kokouksiin.

Helsingissä 26 päivänä maaliskuuta 2015

Susanna Huovinen
puheenjohtaja

Laura Rätty
puheenjohtaja

Sanna Lauslahti

Hanna Tainio

Erkki Virtanen

Osmo Soininvaara

Leena Rauhala

Ulla-Maj Wideroos

Juha Rehula

Hanna Mäntylä

Jan Schugk

Kari Haring

Riitta Työläjärvi

Paula Ilveskivi

Päivi Sillanaukee

Jukka Pekkarinen

Marina Erhola

Harri Vainio

Sinikka Rajaniemi

Liisa Hyssälä

Tuula Haatainen

Juhana Vartiainen

Piia-Noora Kauppi

Vertti Kiukas

Merja Hirvonen

Pekka Räsänen

Velipekka Nummikoski

Kari Nenonen

Matti Pennanen

Pentti Itkonen

Göran Honga

maissa. Nämä erilaiset vaihtoehdot esittelevät päälinjoja valinnoista, joita rahoitusratkaisussa tulee ensivaiheessa tehdä. Lisäksi mallit esittävät esimerkkejä siitä, millä tavoin rahan keräämisen ja kohdentamisen erilaisia elementtejä voidaan yhdistellä. Työryhmä on myös alustavasti arvioinut kunkin mallin mahdollisia vaikutusmekanismeja. Varsinaista mallien vaikutusarviointia ei kuitenkaan ole ollut mahdollista tehdä ilman järjestämistä koskevaa ratkaisua. Mallivaihtoehdoissa käsitellään rahoituksen keräämistä ja kohdentamista, mutta rahoituksen ohjautuminen palvelutuotantoon on jätetty tarkastelun ulkopuolelle, koska se on yhtäältä pitkälti riippuvainen järjestämistä koskevasta ratkaisusta ja toisaalta mahdollista ratkaista työryhmän kuvaamista päälinjoista erillisenä.

On hyvin todennäköistä, että tuleva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusuudistuksen toteutus vaatii huolellisesti mietittyä vaiheistamista. Työryhmä on tässä selvityksessä kuitenkin keskittynyt päälinjojen löytämiseen, eikä ota kantaa siihen, miten eri malleja olisi syytä tai voitaisiin mahdollisesti vaiheistaa. Mallivaihtoehtojen laadinnassa on kuitenkin huomioitu muita meneillään olevia tai jo toteutettuja uudistuksia. Näitä ovat ennen kaikkea jo toteutettu valtionosuusuudistus sekä työryhmän toimikauden loppuvaiheilla valmistunut valtiovarainministeriön johdolla toteutettu selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon budjettikehyksestä.

Luvussa 2 kuvataan tiiviisti tämän raportin keskeinen sisältö. Luvussa 3 käsitellään sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilaa. Luku perustuu pääosin tämän selvityksen tueksi laadittuun Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raporttiin¹. Luvussa kuvataan myös yleisellä tasolla monikanavaisesta rahoituksesta johtuvia haasteita ja vahvuuksia, kannustimia sekä virtuaalikokeiluita, joissa on selvitetty, miten kustannukset koostuvat eri rahoituskanavista tulevista rahavirroista.

Luvussa 4 työryhmä on määritellyt rahoitusuudistukselle tavoitelinjaukset, jotka tulevan rahoitusuudistuksen tulisi täyttää. Näitä linjauksia olisikin tärkeää hyödyntää jatkossa tapahtuvassa vaikutusarvioinnissa sekä siihen perustuvassa päätöksenteossa. Lisäksi luvussa on kuvattu yleisiä elementtejä tai mahdollisuuksia rahoituksen keräämiseksi ja kohdentamiseksi. Luku sisältää myös toimeksiannon mukaisesti erikseen tarkasteltuna eräitä keskeisiä rahoituskokonaisuuteen vaikuttavia näkökulmia (4.2). Tällaisia ovat esimerkiksi työterveyshuolto, opiskeluterveydenhuolto sekä lääke- ja matkakorvaukset. Työryhmä pitää perusteltuna tarkastella näitä erityiskysymyksiä varsinaisista mallivaihtoehdoista erillisinä, koska nämä erityiskysymykset on mahdollista ratkaista kaikissa malleissa usealla vaihtoehdoisella tavalla.

Luku 4.3 sisältää viisi työryhmän tarkastelemaa mallivaihtoehtoa rahoituksen keräämiseksi ja kohdentamiseksi. Työryhmä on myös alustavasti arvioinut mallien mahdollisia vaikutusmekanismeja ja vaikutuksia eri näkökulmista. Malleja on arvioitu myös siitä näkökulmasta, minkälaisia edellytyksiä malli tarjoaa kannusteiden luomiseksi.

Raportin liitteiksi on sijoitettu työskentelyn aikana työryhmän käyttöön toimitettuja eri tahojen muistioita rahoitusmalleista. Lisäksi liitteenä on sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta keskeistä sanastoa, monikanavarahoituksen virtuaalikokeiluiden verkoston työskentelyn keskeisiä tuloksia sekä Elinkeinoelämän keskusliiton ja Akavan täydentävät lausumat.

¹ Seppälä, Timo T & Pekurinen, Markku 2014 (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 22/2014. Helsinki 2014.

2 TYÖRYHMÄN SELVITYKSEN KESKEINEN SISÄLTÖ

Työryhmä on aiempien selvitysten pohjalta kartoittanut sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen haasteet ja vahvuudet (luku 3.2). Lisäksi työryhmä on määritellyt tavoitelinjaukset rahoitusuudistukselle (luku 4.1.1). Ensinnäkin, sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on perustua lähtökohtaisesti yhteisesti rahoitettuihin palveluihin. Toiseksi, rahoituksen keräämisen ja kohdentamisen tulee perustua oikeudenmukaisina pidettyihin perusteisiin. Kolmanneksi, rahoitusjärjestelmä tulee uudistaa siten, että se sisältää kannusteet kokonaistaloudellisesti kustannustehokkaaseen ja vaikuttavaan toteutukseen.

Raportti sisältää työryhmän valmistelemat mallivaihtoehdot, joissa käsitellään sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen keräämistä ja kohdentumista. Mallit sisältävät useita osia, joita on mahdollista yhdistellä toisiinsa eri tavoilla. Raportissa on kuvattu sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmallivaihtoehtoja hyvin yleisellä tasolla. Ennen kuin rahoitusmallista tehdään lopullisia päätöksiä, vaihtoehtojen ja niiden vaikutusten arviointia tulee jatkaa ja tarkentaa.

Työryhmä on alustavasti arvioinut mallien oletettuja vaikutusmekanismeja julkistalouteen, rahoitusjärjestelmän kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen ja ohjattavuuteen, asukkaiden ja asiakkaiden asemaan ja yhdenvertaisuuteen sekä lainsäädäntöön. Mallien mahdollisten vaikutusmekanismien arvioinnissa pohditaan myös, minkälaisia edellytyksiä malli tarjoaa kannusteiden luomiselle tai valinnanvapauden laajentamiselle, mutta ei käsitellä tarkemmin erilaisia kannusteita tai valinnanvapauden laajentamisen toteutusvaihtoehtoja.

Työryhmän valmistelemien viiden mallin lähtökohtana on ollut perustuslakivaliokunnan linjaamalla tavalla sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen tehostaminen, integraatio sekä järjestäjien kantokyvyn vahvistaminen. Kaikissa esitetyissä malleissa palveluiden järjestäjätahon väestöpohjan on oltava näiden tavoitteiden saavuttamiseksi riittävän suuri.

Malleissa ei ole otettu kantaa siihen, millä perusteiden mahdolliset alueellisesti kerätävät sote-verot tai valtion keräämät sote-maksut kerätään. Jatkotyössä täytyy selvittää mallien tarkemmat taloudelliset vaikutukset. Tämä vaatii kuntien ja valtion sekä muiden mahdollisten toimijoiden välisten rahavirtojen ja kustannustenjaon arvioimista. Lisäksi mallivaihtoehtojen taloudellisia vaikutuksia on arvioitava veronmaksajien ja palveluiden käyttäjien näkökulmasta.

Työryhmän näkemys on, että sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisuutta purkavan rahoitusuudistuksen perustaksi tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistus.

Työryhmä ehdottaa, että jatkovalmistelussa selvitetään raportissa mallitarkastelusta erillisinä käsiteltyjen erityiskysymysten (mm. työterveyshuolto, opiskeluterveydenhuolto lääke- ja matkakorvaukset) osalta, missä laajuudessa ne sisältyvät eri tahojen järjestämis- ja rahoitusvastuun piiriin sekä tehdään riittävä taloudellisten ja muiden vaikutusten arviointi ennen päätösten tekoa rahoitusratkaisuisista.

Työryhmä pitää tärkeänä, että toteutettavasta mallista riippumatta muutoksen toteutus, vaiheistaminen ja siirtymäajan järjestelyt valmistellaan huolella.

Malli 1. Alueellinen järjestäjä-rahoittaja, jolla verotusoikeus

Mallissa järjestämisvastuullisella taholla on suorilla alueellisilla vaaleilla valittu valtuusto ja itsenäinen verotusoikeus. Järjestämisvastuullinen taho kerää pääosan tuloistaan veroina. Myös sairaanhoitovakuutuksen tuloja vastaava osuus kerätään osana järjestäjän keräämää veroa. Valtio maksaa järjestäjälle kehittämis- ja tasoitusrahoitusta.

Malli 2. Alueellisesti yhdistetty rahoitus

Mallissa kunnat ja valtio keräävät rahoituksen verotuloina. Sairaanhoitovakuutuksen tuloja vastaava osuus kerätään osana verotusta. Valtion keräämä rahoitusosuus kohdennetaan kokonaisuudessaan järjestämisvastuullisille kuntayhtymille. Järjestämisvastuullisen tahon järjestämisvastuun piiriin kuuluvat sekä nykyiset julkiset että sairaanhoitovakuutuksesta korvattavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, eikä erillisiä sairaanhoitokorvauksia asukkaille ole.

Malli 3. Kansallisesti yhdistetty valtion rahoitus ja sairaanhoitovakuutuksen tulot

Mallissa rahoitus kerätään kuten nykyään, valtion ja kuntien verotuloina ja sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksuna. Valtion nykyinen kunnille ohjautuva sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusrahoitus ja sairaanhoitovakuutusrahoitus yhdistetään koko maan tasolla ja kohdennetaan järjestämisvastuullisille kuntayhtymille. Ne ovat vastuussa siitä, että sairaanhoitovakuutuksen rahat riittävät sen asukkaiden saamiin korvausten maksamiseen. Toisaalta ne voivat saada pitää mahdollisesti säästyviä sairaanhoitovakuutuksen korvausrahoja.

Malli 4: Valtion keräämä sote-maksu

Mallissa valtion verotuksen yhteydessä kerätään kansallisesti yhdenmukainen sote-maksu, jolla korvataan nykyinen sekä kunnille että sairaanhoitovakuutukseen maksettava valtionosuus, vakuutetun sairaanhoitovakuutusmaksu sekä kuntien rahoitusosuus. Valtio kohdentaa sote-maksun tuoton järjestämisvastuullisille kuntayhtymille. Kunnat vastaavat sosiaali- ja terveystalouden kustantamisesta, jos valtion keräämä sote-maksu ei niihin riitä. Kelan toimeenpanemaa sairaanhoitokorvausjärjestelmää kehitetään tukemaan järjestämisvastuullisen tahon toimintaa. Järjestämisvastuullisen tahot rahoittavat sairaanhoitokorvausmenoja sen perusteella, kuinka paljon niiden alueella käytetään sairaanhoitokorvauksia.

Malli 5: Vakuutusrahastopohjainen hallinto

5 A. Kansallinen sosiaali- ja terveystalasto

Mallissa rahoitus kerätään kansalliseen rahastoon pakollisella vakuutuksella, josta rahoitetaan kaikki sosiaali- ja terveystalastukset sekä nykyisen sairaanhoitovakuutuksen

mukaiset menot. Vakuutuksen kattavuus ja vakuutusmaksun perusteet säädetään lain-säädännöllä. Valtio vastaa eräiden erityisryhmien vakuutusmaksuista ja eräiden palvelujen rahoituksesta. Järjestämisvastuullinen taho (kuntayhtymä tai valtio) määrittää vakuutuksen piiriin kuuluvat tuottajat.

5 B. Vakuutusyhtiöpohjainen malli

Mallissa kerätään yksityisiin vakuutusyhtiöihin kaikki rahoitus pakollisella vakuutuksella, josta rahoitetaan kaikki sosiaali- ja terveystalvet sekä nykyisen sairaanhoito-vakuutuksen mukaiset menot. Jokaisen Suomessa asuvan ja Suomen sosiaaliturvan piiriin kuuluvan henkilön tulee ottaa vakuutus yksityisestä vakuutusyhtiöstä. Valtio vastaa eräiden erityisryhmien vakuutusmaksuista ja eräiden palvelujen rahoituksesta. Järjestämisvastuulliselle taholle jäisi joitain sosiaalihuollon tehtäviä. Pakollista vakuutusta voi täydentää lisävakuutuksella.

3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN NYKYTILA

3.1 RAHOITUSJÄRJESTELMÄ

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on Suomessa ollut perinteisesti monikanavainen. Rahat palvelujen järjestämiseen on kerätty monesta eri lähteestä ja kohdennettu usean eri järjestäjän toteuttamiin palveluihin monen eri rahoittajan kautta. Kuten rahoitusjärjestelmää, sen osia, toimintaperiaatteita ja rahavirtojen suuruuksia vuonna 2012 tarkasti kuvaavasta tuoreesta THL:n raportista Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat² käy ilmi, terveydenhuollon rahoitus on monikanavaisuudessaan huomattavasti monitahoisempi ja siten vaikeammin ohjattavissa kuin sosiaalihuollon rahoitus. Tästä syystä selvityksen pääpaino on terveydenhuollon rahoituksessa ja siihen liittyvissä rahavirroissa sekä monikanavaisen rahoituksen purkamisedellytyksiä selvittävissä tarkastelussa. THL:n raportissa kuvatut nykytilan rahamäärät esitetään systemaattisesti vuoden 2012 tiedoin. Se on viimeinen tilastovuosi, jolta on kattavasti saatavilla koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat tiedot. Vastaavien tietojen tuottaminen päivitettyinä uudemmille vuosille ei ollut mahdollista työryhmän työskentelyn aikana. Sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilan mukaisia rahavirtoja sekä niiden suuruusluokkaa tarkastellaan kansallisella tasolla ja siten kuvatut rahavirrat ovat jokaisessa järjestelmän kanavassa merkittävän kokoisia. Peräkkäisten vuosien mahdolliset muutokset absoluuttisissa rahamäärissä ovat tarkastelun suuruusluokassa luonteeltaan hiipiviä ja siten raportin tiedot kuvaavat nykytilaa erittäin hyvällä tarkkuudella.

Sosiaali- ja terveystaloudet merkittävästi rahoittavia tahoja ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Lisäksi Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskus ARA osallistuu erityistä tukea tarvitsevien asumiseen, esimerkiksi kehitysvammaisten, vaikeavammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja ikääntyneiden palveluasuntojen rahoittamiseen, ja sosiaali- ja terveysministeriö päättää Raha-automaattiyhdistyksen tekemän ehdotuksen pohjalta raha-automaattivastustusten jaosta terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan Suomessa pääasiassa kuudesta eri rahoituslähteestä: valtion ja kuntien verotuloilla, pakollisilla (lakisääteisillä) ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla.

Valtion laskennallinen osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta oli vuonna 2012 noin 8,3 miljardia euroa eli 32 prosenttia. Valtio osallistuu kuntien järjestämistä palvelujen rahoittamiseen pääosin siten, että se maksaa kunnille valtionosuuksia. Valtio rahoittaa kunnille maksettavat valtionosuudet omista tulolähteistään (arvonlisävero, ansio- ja pääomatulovero, valmistevero, lainanotto jne.). Kunnille myönnettävillä valtionosuuksilla on tarkoitus tasata palveluiden järjestämisen kuntakohtaisia palveluntarve- ja kustannuseroja ja taata kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestäminen koko maassa. Lisäksi kunnille suunnataan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen tarkoitettuja valtionavustuksia, mutta niiden merkitys on vähäinen. Keskeinen kunnan saamaan valtionosuuteen vaikuttava tekijä on kunnan väestö ja sen ikäjakauma.³

² Seppälä, Timo T & Pekurinen, Markku 2014 (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 22/2014. Helsinki 2014.

³ Valtionosuusjärjestelmä uudistui vuoden 2015 alussa. Uudessa järjestelmässä sairastavuuden paino valtionosuusperusteena kasvoi ja ikärakenteen paino pieneni.

Koska kunnan saamaa valtionosuutta ei ole sidottu käyttötarkoitukseen, valtio osallistuu palvelujen rahoittamiseen epäsuorasti. Yksittäisenä tulolähteenä verotus on kunnan merkittävin toiminnan rahoittamisen muoto (48 %). Kunnan verotulot koostuvat valtaosin kunnallisverosta, osuudesta yhteisöveron tuottoon ja kiinteistöverosta. Kunnallisvero on suhteellinen tasavero eli lähtökohtaisesti jokainen kunnan verovelvollinen maksaa verona yhtä suuren suhteellisen osan veronalaisista tuloistaan kunnalle. Kunnallisveron kertymään vaikuttaa kunnan määrittämä veroprosentti, asukkaiden tulot ja niistä tehtävät verovähennykset. Verotulojen lisäksi kunta rahoittaa toimintaansa valtionosuuksista (noin 18 %) ja toimintatuloista (noin 27 %). Toimintatuloista suurin osa on myyntituloja. Kuntien laskennallinen osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta oli vuonna 2012 noin 9,9 miljardia euroa eli 38 prosenttia.

Kansaneläkelaitos osallistuu sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen pääasiassa sairausvakuutusrahaston kautta⁴. Sairausvakuutus jakautuu sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen. Sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta vakuutettujen osuus on noin 55 prosenttia ja valtion osuus 45 prosenttia. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittamiseksi kerättävä sairaanhoitomaksu peritään palkansaajilta ja etuudensaajilta kunnallisverotettavan tulon perusteella. Sairaanhoitovakuutus sisältää lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista sekä tutkimuksen ja hoidon kuluista maksettavat korvaukset (yht. 278 milj.⁵ €), lääkekorvaukset (1303 milj. €), matkakorvaukset (279 milj. €), kuntoutusmenot (274 milj. €), maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat sairaanhoitokorvaukset (3 milj. €), korvaukset Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle (23 milj. €) sekä EU-maihin maksettavat sairaanhoitokustannusten korvaukset (38 milj. €). Työtulovakuutus rahoitetaan työnantajan sosiaaliturvamaksulla (67 %), palkansaajien ja yrittäjien päivärahmaksulla (27 %) sekä valtion suorituksilla (6 %). Työtulovakuutus sisältää sairauspäivärahat (870 milj. €), vanhempainpäivärahat (1080 milj. €), kuntoutusrahat (77 milj. €) sekä työterveyshuollon kustannukset (304 milj. €). Kansaneläkelaitoksen laskennallinen osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta oli vuonna 2012 noin 2,5 miljardia euroa eli 10 prosenttia.

4 On syytä korostaa sitä, että Kela on sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen hallinnoija mutta ei kerääjä. Kela ei itseenäisesti rahoita toimintaa (vrt. esim. valtio, kunnat, yksityishenkilöt) vaan käyttää hallinnoimansa rahoituksen varoja laissa säädettyjen etuuksien maksamiseen.

5 Korvausmenotiedot vuodelta 2012.



Kuvio 1 . Vakuutetun ja työnantajan vakuutusmaksut sairausvakuutuksen rahoittamisessa

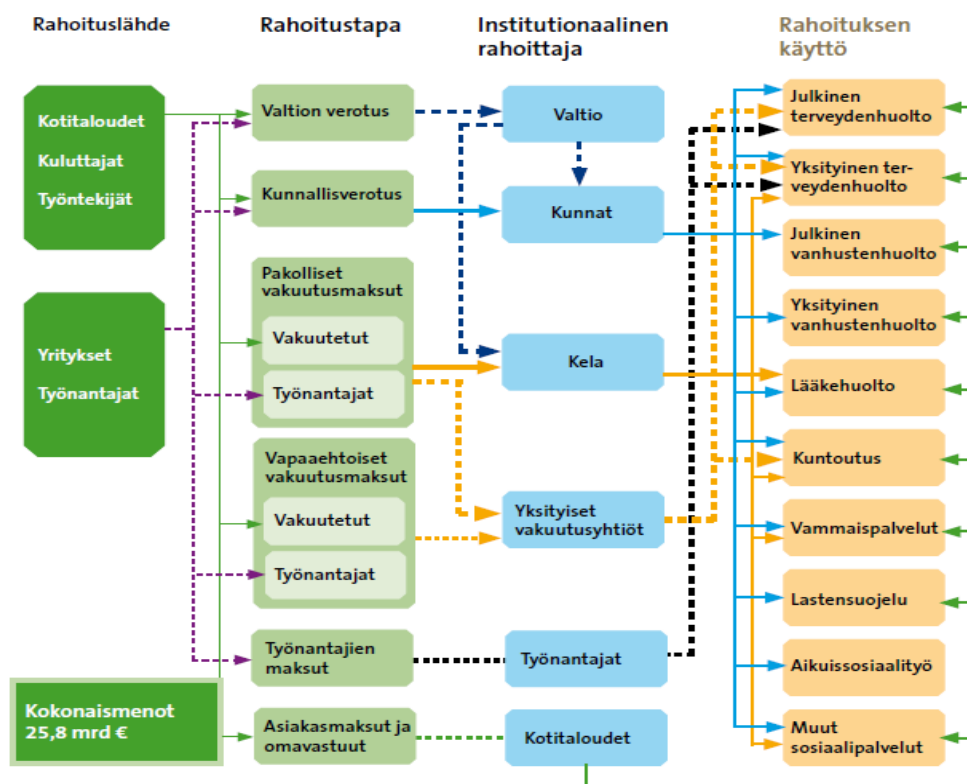
Vuonna 2012 työterveyshuollon korvattavista kustannuksista jäi Kelan maksamien korvausten jälkeen työnantajien maksettavaksi 408 miljoonaa euroa eli noin 2 prosenttia kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon menoista⁶.

Yksityiset vakuutusyhtiöt rahoittavat sosiaali- ja terveystalouksia vapaaehtoisten sairaus- ja tapaturmavakuutusten sekä lakisääteisten liikenne- ja tapaturmavakuutusten ja potilasvakuutuksen kautta. Yksityinen sairauskuluvakuutus rahoitetaan kotitalouksien ja työnantajien maksamilla vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla. Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen rahoittavat työnantajat tapaturmavakuutusmaksuin ja lakisääteisen liikennevakuutuksen ajoneuvojen omistajat. Potilasvakuutuksen rahoittavat terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavat toimijat. Yksityisten vakuutusyhtiöiden rahoituksen osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta oli vuonna 2012 noin 504 miljoonaa euroa eli 2 prosenttia.

Kotitalouksien rahoitusosuus (palvelujen asiakasmaksut ja omavastuut) on Suomessa terveydenhuollossa kansainvälisesti korkea. Vain muutamissa muissa EU-maissa kotitalouksien maksama osuus terveydenhuollon menoista on suurempi kuin Suomessa. Kotitalouksien korkea rahoitusosuus Suomessa johtuu lähinnä lääkkeiden ja suun terveydenhuollon korkeista omavastuista, jotka yhdessä muodostavat noin puolet kotitalouksien maksuista ja omavastuista. Kaikkiaan kotitalouksien osuus tiedossa olevasta sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta oli vuonna 2012 yhteensä 3,8 miljardia euroa eli 15 prosenttia.

⁶ Tämä summa koostuu rahoitusosuudesta, josta on haettu korvauksia Kelalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat vuonna 2012 (THL:n raportti 22/2014).

Valtion kunnille sosiaali- ja terveydenhuoltoon osoittama rahoitus koostuu laskennallisista ja yleiskatteisista *valtionosuuksista* sekä määrättyihin käyttötarkoituksiin kohdistettavista *valtionavustuksista*, jotka kattavat määrätyn osuuden toiminnan kustannuksista. Pääosa valtion kunnille osoittamasta rahoituksesta koostuu valtionosuuksista. Kunnan saamaan valtionosuuteen sosiaali- ja terveydenhuollon osalta vaikuttavat pääosin asukasluvu, ikärakenne ja sairastavuus. Sairastavuus on laskennallinen tekijä, joka sisältää terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon osatekijät.⁷ Valtionosuuden kokonaismäärää tarkistetaan kustannustason muutoksen perusteella. Lisäksi valtionosuuksien ja -avustusten määrään vaikuttavat päätöserusteisesti lainsäädännön muutokset ja budjettipäätökset (valtion toimenpiteet).

Valtionosuusjärjestelmään perustuva valtionrahoitus on kunnille yleiskatteellista korvamerkitsemätöntä rahaa, jonka kohdentamisesta kunnan sisällä päättää kunta itse. Kuntien valtionosuudella rahoitetaan sosiaali- ja terveystalouden lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta tärkeitä tehtäviä, kuten opetus- ja liikunta-toimeja.

⁷ Kertoimen laskemisessa huomioidaan kustannuksiin merkittävimmin vaikuttavat sairaudet ja muut tekijät: diabetes, epilepsia, psykoosit, reuma, keuhkoastma, verenpainetauti, sepelvaltimotauti, Crohnin tauti, dementia, syövät, neurologiset taudit, sydämen rytmihäiriö ja alle 55-v. työkyvyttömyys.

Kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmä uudistettiin vuoden 2015 alusta lukien. Uudistuksen tavoitteena oli yksinkertaistaa ja selkeyttää valtionosuusjärjestelmää sekä parantaa sen kannustavuutta.

Valtionosuusjärjestelmään kuuluu yllä mainitun kustannusten tasauksen lisäksi *tulojen tasausmekanismi, ts. verotuloihin perustuva valtionosuuksien tasaus*. Tasaus siis joko lisää tai vähentää kunnan peruspalvelujen valtionosuutta. Tasauksessa kuntien verotulojen välisiä eroja tasataan siten, että kunnan käytettävissä oleva rahoitus ei poikkeaa olennaisesti koko maan keskimääräisestä tasosta (tasausraja). Mikäli kunnan verotulot asukasta kohden alittavat maan keskimääräisen verotulon (tasausrajan), kunnalle maksetaan tasauslisää 80 prosenttia tasausrajan ja kunnan verotulon erotuksesta. Jos kunnan verotulot asukasta kohden puolestaan ylittävät maan keskimääräisen verotulon (tasausrajan), kunnan valtionosuuksiin tehdään tasausvähennys, joka on 30 prosenttia tasausrajan ylittävästä euromäärästä lisättynä mainitun ylityksen luonnollisella logaritmillä, joka muunnetaan prosenttiyksiköiksi.

Valtiovarainministeriö tekee päätökset kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta, verotuloihin perustuvasta valtionosuuden tasauksesta sekä opetustoimen kotikuntakorvauksen perusosasta. Valtionosuutta kuntien peruspalvelujen järjestämiseen myönnetään vajaan 8,5 mrd. euroa vuonna 2015. Näin ollen kunnan peruspalvelujen valtionosuuden valtionosuusprosentti on 25,44 valtionosuuden perusteena olevista laskennallisista kustannuksista.

3.2 MONIKANAVAISEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄN HAASTEITA JA VAHVUUKSIA

Nykyinen monikanavaisesti rahoitettu sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on muotoutunut useiden eri aikoina tehtyjen päätösten perusteella toteutettuina erillisinä uudistuksina, joiden yhteisvaikutuksia kulloiseenkin olemassa olevaan järjestelmään ja sen toimintaan ei juuri ole arvioitu. Tehtyjen päätösten seurauksena järjestelmän eri osien peruserätykset ja toimintamekanismit poikkeavat toisistaan ja niiden yhteensovittamisessa on haasteita. Järjestelmän moninaisuus voi näin ollen tarjota mahdollisuuksia erilaisiin optimointitratkaisuihin, jopa epäedulliseen osatoptimointiin.

Suomalaisen terveydenhuollon nykyisen rahoitusjärjestelmän haasteita ja kehittämistarpeita on käsitelty viime vuosina useissa eri työryhmissä ja selvityksissä⁸. Aihepiiristä on lisäksi esitetty paljon mielipiteitä ja kannanottoja, osa perustuen ennemminkin kokemuksiin kuin empiirisiin tutkimuksiin. Monesta rahoituskanavasta koos-

⁸ OECD Reviews of Health Systems: Finland. OECD Publishing, 2005; Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:7. Helsinki 2011; Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2011. Helsinki 2011; Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19/2011. Helsinki 2011; OECD Economic Surveys: Finland 2012. OECD Publishing, 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 21/2012. Helsinki 2012; Sairaanhoidovakuutuksen rooli osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:34. Helsinki 2013.

tuvan järjestelmän on katsottu olevan vaikeasti hahmotettavissa ja ohjattavissa. Rahoituskanavat ovat toisistaan riippumattomia, ja päätöksenteko on eri rahoituskanavissa itsenäistä ja riippumatonta muiden rahoittajien päätöksistä.

Nykyjärjestelmän ongelmiksi selvityksissä tunnistetaan kansalaisten eriarvoisuus palvelujen saatavuuden suhteen, tehokkuus- ja tuottavuusongelmat osassa palvelutuotantoa, puutteellinen vaikuttavuus sekä järjestelmän heikoiksi arvioitujen edellytykset selviytyä palvelujen kysyntään ja työvoiman tarjontaan vaikuttavasta väestörakenteen muutoksesta. Ongelmia syntyy myös päätöksenteon ja rahoituksen hajanaisuudesta ja järjestelmän sisäisistä, kehittymistä estävistä tekijöistä. Tehdyissä selvityksissä terveydenhuollon rahoituksen selkiyttäminen on saanut enemmän huomiota kuin sosiaalihuollon palveluiden rahoittaminen.

Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto rakentuu kunnan vastuulle järjestää lailla säädetty palvelut asukkailleen. Merkittävä osa näistä palveluista on perustuslain mukaisia julkisen vallan vastuulle kuuluvien perusoikeuksien toteuttamiseksi tarvittavia palveluja. Sosiaalivakuutuksella turvataan yksilön toimeentulo sosiaalisten riskien, kuten sairastumisen, työkyvyttömyyden ja eläkkeelle jäämisen varalta. Vakuutusperiaatteen mukaisesti vakuutusmaksuja kerätään tietyn riskin todennäköisyyden perusteella ja riskin toteutuessa vakuutuksesta korvataan aiheutunut vahinko. Vakuutusmaksuja vastaan tulee siten saada etuuksia ja vakuutusmaksuilla kerätyt varat on käytettävä laissa säädettyyn tarkoitukseen. Lakisääteinen sairausvakuutusjärjestelmä on vakuutettujen ja työnantajien vakuutusmaksuihin sekä valtion rahoitukseen perustuva valtakunnallinen järjestelmä, joka antaa vakuutuksen piiriin kuuluvalla henkilöllä oikeuden korvaukseen hänelle palveluiden käytöstä aiheutuvista kustannuksista ja ansionmenetyksestä sekä korvaa työnantajalle työterveyshuollon ja päiväraha-kausien kustannuksia. Lakisääteisille vakuutusmaksuille rakentuva tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmä puolestaan turvaa oikeuden korvauksiin työtapaturmasta tai liikennevahingosta aiheutuneesta ansionmenetyksestä ja hoitokustannuksista.

Yhtenä monikanavarahoituksen vahvuutena voidaan pitää usean rahoituslähteen luomaa suhteellista rahoituksen vakautta erityisesti suhdannevaihteluissa. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän vahvuutena on myös nähty julkisen terveydenhuollon kustannusten kasvutarpeen hillintä. Julkisen rahoituksen näkökulmasta sairaanhoitovakuutus on edullinen tapa rahoittaa terveydenhuollon palveluita. Edullisuus perustuu potilaan suuren omavastuuosuuteen; yksityisen sairaanhoidon korvaukset (pl. lääkkeet ja matkat) kattavat vain reilu viidenneksen yksityisen palvelujen käytön aiheuttamista korvattavista kustannuksista.

Sairausvakuutuskorvausten tasolla on arvioitu olevan palkkiotasoa nostava vaikutus, joka kasvattaa välillisesti kokonaiskustannuksia, vähentää potilaiden hintatietoisuutta ja heikentää palvelujentuottajien hintakilpailua⁹. Sairausvakuutuksen kautta tuleva rahoitus voi osaltaan kannustaa lisäämään palvelutuotantoa ja käyttämään palveluja. Yksityisessä terveydenhuollossa kannusteet tuottajapuolella kustannuskehityksen hallintaan voivat olla heikommat, koska kolmas osapuoli maksaa osan kuluista, tosin kasvava kilpailu voi muuttaa tilannetta vastaisuudessa. Toisaalta on muistettava, että sairaanhoitokorvaukset kattavat kuitenkin vain suhteellisen pienen osan koko terveydenhuollon rahoituksesta.

Yhdeksi monikanavarahoituksen haasteeksi tehdyissä selvityksissä on nostettu kansallisten terveys- ja hyvinvointipoliittisten tavoitteiden vaarantuminen. Kun rahoitusjärjestelmässä julkista rahaa ohjautuu yksityisiin ja julkisiin palveluihin eri perus-

⁹ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2011. Helsinki 2011.

tein, se voi kannustaa julkisia ja yksityisiä toimijoita eri suuntiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, osittain jopa aivan samoja palveluita, tuotetaan sekä julkisella, kolmannella ja yksityisellä sektorilla, joilla kaikilla on toiminnassaan omat lähtökohdansa ja ansaintalogiikkansa. Asiakkaan kannalta on tärkeä saada laadukkaat palvelut ajallaan, mutta rahoituksen ja asiakkaan kannalta ei ole yhdentekevää mistä, miten ja koska asiakas saa palvelunsa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien arviointi sekä yhtenäisten hoito- ja toimintakäytäntöjen aikaansaaminen on selvitysten mukaan monikanavaisessa järjestelmässä haastavaa. Selvityksissä monikanavaisen rahoitusjärjestelmän on myös katsottu vaikeuttavan kustannustehokasta palveluiden integraatiota ja porrastusta sekä osin myös moniammatillista yhteistyötä.

Alueellinen ja väestöryhmien välinen palveluiden käytön eriarvoisuuden vähentäminen on yksi suuria sosiaali- ja terveyspoliittisia haasteita. Monikanavaisen rahoituksen on joissakin selvityksissä esitetty johtavan siihen, että palveluiden saatavuus ja saavutettavuus on erilainen eri kanavien kautta rahoitetuissa palveluissa. Myös henkilöstön saatavuus on erilaista julkisella ja yksityisellä sektorilla, minkä on joissakin selvityksissä katsottu olevan osin seurausta monikanavarahoituksesta. Lisäksi monikanavaisen rahoitusjärjestelmän haasteeksi on tehdyissä selvityksissä katsottu asiakkaan palvelukokonaisuuden pirstaleisuus, koska järjestelmä kannustaa tarkastelemaan palveluratkaisuja kunkin toimijan omasta näkökulmasta.

3.2.1 Kannustimet sosiaali- ja terveydenhuollossa

Erilaisilla kannustimilla voidaan vähentää monikanavaiseen rahoitukseen liittyviä haasteita ja ongelmia. Kannustimet voivat olla kokonaisuuden kannalta myös negatiivisia, eli kannustaa epäedulliseen optimointiin.

Kannustimia on tarkasteltava sekä siltä kannalta, millaisia päätöksiä ne synnyttävät ”mikrotasolla”, eli sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja asiakkaiden parissa, että ”makrotasolla”, erityisesti järjestämisvastuullisten tahojen päätöksenteossa. Koska uudistuksella tavoitellaan tehokkuutta, päättäjillä tulee olla riittävät kannustimet tavoitella tehokkuutta ja laatua. Suuri merkitys onkin sillä, miten järjestämisvastuullisten tahojen johto toimii ja onko se riittävän riippumaton oman alueen kuntien ja kuntayhtymien pyrkimyksistä, jotka eivät aina liity tehokkaaseen palvelujen tuottamiseen.

Järjestämisvastuulliset tahot, kunnat, kuntayhtymät, Kela, valtio, työnantajat tai yksityiset vakuutusyhtiöt eivät automaattisesti toimi kokonaisuuden kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Taloudellisilla kannustimilla on merkitystä silloinkin, kun toimijana on yhteiskunnan omistama voittoa tavoittelematon organisaatio. Jokaisen yksikön on tultava toimeen annettujen sääntöjen puitteissa niillä rahoilla, jotka sillä on käytettävissään. Säännöt kannustavat toimimaan kokonaisuuden kannalta epätarcoituksenmukaisesti, jos ne palkitsevat vääranlaisesta toiminnasta. Mitä kireämpi on rahatilanne, sitä voimakkaammin taloudelliset kannustimet ohjaavat päätöksiä.

Monikanavarahoitukseen liittyvät kannustinongelmat koskevat erityisesti tilanteita, joissa yksi rahoituslähde voi siirtää kustannusvastuuta toiselle rahoituslähteelle, vaikka kokonaisuudessaan tämä merkitsisi menojen lisääntymistä.

Tällaisia tilanteita voivat esimerkiksi olla:

- Valinta fysikaalisen hoidon (kunta maksaa) ja lääkehoidon välillä (asiakas maksaa ja Kela korvaa osan)
- Kela korvaa osan avohoidossa annettavan lääkkeen kustannuksista potilaalle ja sairaala maksaa sairaalassa annettavat lääkkeet. Tämä voi sisältää kannusteen antaa potilaalle lääkemääräys avohoidon lääkkeeseen julkisen terveydenhuollon vastaanotolla tai sairaalassa annetun lääkkeen sijaan erityisesti kalliiden lääkahoitojen yhteydessä, jolloin potilas vastaa lääkkeen kustannuksista ja saa niihin korvauksen Kelasta. Kustannusvastuun ohella hoitovalintoja ohjaavat kuitenkin myös lääketieteelliset perusteet
- Vanhusten laitoshoidon vähentämistavoitteita pyritään toteuttamaan lisäämällä muita asumismuotoja. Esimerkiksi tehostetussa palveluasumisessa vanhus saa ympärivuorokautista hoivaa, mutta asumisen hinnoitteluperiaatteet ovat erilaisia kuin esimerkiksi vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla. Palveluasunnon asukas vastaa itse saamiensa palvelujen kustannuksista, esimerkiksi vuokra- ja lääkekustannuksista, ja voi saada niihin korvausta Kelasta
- Päätteessään palveluverkon kattavuudesta kunta ei välttämättä ota riittävästi huomioon potilaiden matkoista aiheutuvia kustannuksia, koska Kela korvaa matkojen kustannuksia potilaalle
- Kun Kela maksaa sairauspäivärahat, kunnilla ei välttämättä ole riittävästä kannustintä huolehtia hoitoon pääsyn nopeudesta tai työhön paluun ajankohdasta. Joskus pienen toimenpiteen odottaminen voi olla paljon kalliimpaa kuin itse toimenpide. Vastaavia rajapintoja voi syntyä myös työterveyshuollon ja kunnallisen hoidon välille, jos kunnallinen terveydenhuolto pyrkii siirtämään työterveyshuollon tehtäväksi tutkimuksia tai hoitoja, jotka eivät sisälly työterveyshuoltosopimukseen eivätkä kuulu hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaiseen toimintaan.

Kokonaisuuden kannalta väärä kannustin voi syntyä myös siitä, että toimenpide, joka on terveydenhuoltojärjestelmälle meno, on jollekin yksikölle tulo. Vakuutusmuotoisessa terveydenhuollossa katsotaan olevan kannustin ylihoitoon¹⁰, koska sairaalan kannattaa varmuuden vuoksi tehdä kaikki mahdolliset tutkimukset, koska kaikki tehdyt toimenpiteet parantavat suoriteperusteisessa laskutuksessa sairaalan tulosta. Edullista varmuuden maksimointi on myös potilaan kannalta, koska vakuutusyhtiö maksaa. Vastaava epäedullinen kannustin sisältyy myös Suomen nykyiseen erikoissairaanhoitoon, koska siinä sairaanhoitopiiri on samassa asemassa kuin sairaala vakuutusmuotoisessa terveydenhuollossa, jolloin kunta rinnastuu maksajana vakuutusyhtiöön.

Kannustinristiriita voi syntyä, vaikka lopullinen maksaja olisi sama. Vaikka kaikki menot lopulta tulisivat yhden järjestämistä vastuullisen tahon maksettavaksi, sisäinen budjetointi voi johtaa osaoptimointiin sen rahoittamien yksiköiden välillä. Jos sairaalan on edelleen maksettava sairaalassa annettavat lääkkeet samalla kun avohoidon lääkkeet menevät järjestämistä vastuullisen tahon yleisestä budjetista, syntyy aivan sama kannustinvirhe kuin nyt.

Järjestämistä vastuullisen tahon tulee kyetä suosimaan kaikista tuotantoorganisaatioista niitä, jotka tuottavat palvelut tehokkaimmin ja luovat vaikuttavuutta pienimmän kustannuksella. Tällöin täytyy voida tarvittaessa vastustaa esimerkiksi yksittäisten kuntien pyrkimyksiä pitää omalla alueellaan paljon sosiaali- ja terveysalan työpaikkoja.

¹⁰ Anthony J. Culyer, Joseph P. Newhouse. Handbook of Health Economics, Volume 1A. Elsevier 2000.

Palveluiden ja etuuksien välisen osaoptimoinnin poistamisen lisäksi kannustimia tarvitaan kuntien päävastuulla olevaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Kuntien valtionosuudella rahoitetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta tärkeitä tehtäviä, kuten opetus- ja liikuntatoimea. Taloudellisilla kannustimilla voidaan pyrkiä lisäämään ja ohjaamaan kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.

Tässä raportissa jäljempänä esitetyjä viittä rahoitusvaihtoehtoa voidaan alustavasti arvioida kannustinten kannalta. Kannustinvaikutukset riippuvat kuitenkin rahoitusmallin lisäksi myös palvelurakenteen osalta tehtävistä ratkaisuista ja siitä, miten päätöksenteko järjestetään.

3.3 MONIKANAVARAHOITUKSEN VIRTUAALIKOKEILUISTA

Erilaisten rahoitusvaihtoehtojen kokeilujen järjestäminen kansalaisten yhdenvertaisuuden vaarantumatta on haasteellista, ja tutkimuksellisesti on ongelmallista tunnistaa kokeiltavan muuttujan vaikutus suhteessa muihin olosuhteisiin. Kunnat seuraavat aktiivisesti oman kustannusrakenteensa kehitystä ja muodostumista. Tähän on lisääntyvässä määrin mahdollisuuksia, kun tietojärjestelmät ja tietojen hallinta kehittyvät. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kokonaisuudessa kuntien kustannukset muodostavat kuitenkin vain yhden osan.

Yhdistämällä tietokokonaisuuksia ja analysoimalla niitä voidaan toteuttaa teoreettisia mallinnuksia ja laskennallisia analyysejä palvelujen rahavirroista. Kun tähän yhdistetään tietojen käsittely simulointimenetelmillä, voidaan tehdä virtuaalisia kokeiluja eli yhdistää teoreettisiin mallinnuksiin kokeilun elementtejä. Tutkimuksellisesti tämä on kiinnostava mutta haastava muoto, sillä erilaisten aineistojen yhdistäminen ja tietojen simulointi eivät ole menetelmällisesti yksinkertaisia toteuttaa.

STM on kevästä 2014 alkaen koordinoanut eri tahojen toteuttamaa monikanavaisen rahoituksen selvittämiseen pyrkivää Virtuaalikokeilujen verkostoa. Verkoston tavoitteena on myös lisätä ja kehittää palvelujärjestelmän rahoituksen analysoinnin menetelmiä, esimerkiksi eri tietoaineistojen yhdistämistekniikoita sekä prosessien simulointia. Virtuaalikokeilujen verkoston puheenjohtajana on toiminut ministeri Risikko ja sittemmin ministeri Rätty. Verkostossa ovat mukana Oulun kaupunki, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksote, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote), Jyväskylän kaupunki ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Tutkimustahoina mukana ovat Kelan tutkimusosasto, Jyväskylän yliopisto, Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL, Hammaslääkäriliitto sekä Sitra.

Verkostoon kuuluvissa tutkimuksissa Oulussa on analysoitu julkisen ja yksityisen perusterveydenhuollon asiakas- ja rahavirtoja; taustana Oulun omat asiakasvirta-analyysit. Kainuun ja Keski-Suomen hankkeessa on tarkasteltu rahoituksen kohden nusta lonkkaleikkaus-, diabetes- ja kaihipotilaiden hoidossa sosiaalipalveluissa, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Lisäksi Jyväskylän hammashoidon valinnanvapaus -kokeilun rahavirtoja on analysoitu. Eksoten alueella on analysoitu matka- ja lääkekorvausten käyttöä ja jakautumista. Tutkimuksista on informoitu monikanavarahoitusta selvittävää työryhmää verkoston eri vaiheissa.

Tutkimusten tuloksia julkaistaan hankekohtaisesti, ja ne ovat päätöksentekijöiden käytettävissä selvityksen ohella. Esimerkiksi Sitrassa julkistettiin 12.3.2015 kahden

tutkimuksen tuloksia. Oulun rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö -tutkimuksen tulosten mukaan 90 % väestöstä käyttää keskimäärin vain 1,9 palvelua, kun taas 10 % väestöstä käyttää keskimäärin 4,9 palvelua. Tässä 10 % joukossa kaksi kolmasosaa asiakkaista käyttää sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja. Tämän 10 %:n palveluiden parempi koordinaatio ja ennaltaehkäisy ovat kriittistä. Palveluiden koordinointi ja ennaltaehkäisy on kuitenkin haastavaa monikanavaisen rahoitusjärjestelmän päätöksenteon hajanaisuuden ja tiedon läpinäkyvyyden puutteen vuoksi. Rahoituskanavien yhdistäminen palvelisi erityisesti eniten palveluita käyttävien asiakasryhmien tarpeita, ja tästä näkökulmasta kriittisiä olisivat Kelan lääkekorvausten, kuntoutuksen, matkojen ja vammaistukien yhdistäminen yhdeksi rahoituskanavaksi. Kainuun ja Keski-Suomen tutkimuksessa on analysoitu kolmen potilasryhmän hoitopolut ja kustannusten kohdentumista prosessin eri vaiheissa. Analyysissä on yhdistetty sosiaali- ja terveyspalvelujen, erikoissairaanhoidon sekä Kelan rekisteritietoja. Rahoituksen monikanavaisuus konkretisoituu aineistossa esim. siten, että kahden vuoden tarkastelujaksolla maksaja hoitoprosessissa vaihtuu noin 40–50 kertaa; eniten palveluja käyttävillä useita satoja kertoja. Tämä vähentää kokonaiskustannusten näkyvyyttä. Tutkimuksen potilasvirtamallinnus osoittaa myös, että monitoimijaisessa järjestelmässä palveluprosessien kokonaisvaltainen johtaminen on vaikeaa.

Virtuaalikoikeiluhankkeiden ja tulosten tiivis yhteenveto on raportin liitteenä 2.

4 TYÖRYHMÄN LAATIMAT RAHOITUSVAIHTOEHDOT

4.1 Rahoitusuudistuksen tavoitelinjaukset

Koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän päämääränä voidaan pitää väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä ylläpitämistä tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti. Myös rahoitusjärjestelmän tulisi edistää tätä tavoitetta. Nykyisellä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusmallilla ei kyetä vastaamaan palvelutarpeen lisääntymisestä johtuvaan kustannusten kasvuun.

Rahoitusjärjestelmä ei ole itsessään päämäärä vaan keino, jolla pyritään saavuttamaan halutunlaisia tavoitteita. Näitä eri rahoitusmallit toteuttavat eri tavoin. Siksi on tärkeää pohtia rahoitusuudistuksen tavoitteet ja niitä kohti ohjaavat periaatelinjaukset ennen varsinaisten rahoitusmallien valintaa.

Erilaiset tavoitteet voivat olla keskenään myös ristiriitaisia tai kaikkia tavoitteita ei aina voida saavuttaa täysimääräisesti. Siksi on syytä pohtia myös eri tavoitteiden painoarvoa keskenään.

Hallitus on linjauksessaan 29.8.2013 asettanut monikanavaisen rahoituksen purkamista koskevan selvityksen tavoitteeksi rahoituksen selkiyttämisen sekä sen ongelmien poistamisen sekä osaoptimoinnin mahdollisuuksien vähentämisen. Työryhmän tehtävänä on selvittää vaihtoehtoisia malleja, joilla halutut tavoitteet saavutetaan. Selvitystyön yhteydessä on kartoitettu Suomen nykyisen rahoitusjärjestelmän keskeisiä haasteita. Jotta haasteisiin kyetään vastaamaan, tulee työryhmän näkemyksen mukaan keskeisinä tavoitteina malleja laadittaessa olla:

- 1) Sosiaali- ja terveydenhuolto perustuu lähtökohtaisesti yhteisesti rahoitettuihin palveluihin.
 - Asiakkaalle aiheutuvat kustannukset eivät estä tarpeen mukaista palvelujen käyttöä tai toimeentuloa
 - Rahoitusjärjestelmän avulla turvataan kaikille laadukkaat palvelut, joilla edistetään väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä perusoikeuksien toteutumista. Lisäksi pidetään erityisesti huolta niistä, jotka eivät kykene huolehtimaan itsestään.
- 2) Rahoituksen kerääminen ja kohdentaminen perustuu oikeudenmukaisina pidettyihin perusteisiin.
 - Rahoitus on kestäväällä pohjalla
 - Rahoitusjärjestelmä edistää yhdenvertaisuutta sekä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen että palvelujen saatavuuden osalta
 - Rahoitusjärjestelmä sisältää kannusteet palvelujen oikea-aikaiseen saatavuuteen
 - Rahoitusjärjestelmä tukee väestön hyvinvointia, sairauksien ja ongelmien ennaltaehkäisyä, työ- ja toimintakykyä.
- 3) Rahoitusjärjestelmä tulee uudistaa siten, että se sisältää kannusteet kokonaistaloudellisesti kustannustehokkaaseen ja vaikuttavaan toteutukseen.
 - Rahoitusjärjestelmä tukee selkeitä vastuita palvelujen järjestämisessä. Kokonaisuus on hallittavissa. Rahoitus- ja järjestämisratkaisut yhdistetään samaan päätöksentekoon

- Rahoitusjärjestelmä edistää kustannustehokasta palvelujen integraatiota ja vähentää päällekkäisyyksiä
- Rahoitusjärjestelmä on läpinäkyvä eri osapuolille ja mahdollistaa valtakunnallisen ohjauksen tehokkuuden
- Rahoitusjärjestelmä kannustaa vaikuttavuuteen ja kustannustehokkuuteen ja minimoi kielteiset kannusteet
- Rahoituksen hallinnointi on selkeä ja edullinen
- Rahoitusjärjestelmä kannustaa asiakkaan omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimiseen.

Rahoitusuudistuksen toimeenpano on lisäksi toteutettava siten, etteivät ihmiset muutospäivänsä jää ilman asianmukaisia palveluita, ettei sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä tarpeettomasti kuormiteta ja ettei muutoksista koidu tarpeettomia kustannuksia eri tahoille.

4.2 RAHOITUSUUDISTUKSEN LÄHTÖKOHTIA

4.2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos

Pääministeri Stubbin hallitus sitoutui pääministeri Kataisen hallituksen yhdessä oppositiopuolueiden kanssa tekemään linjaukseen, jonka mukaisesti suomalaisten keskeiset hyvinvointipalvelut turvataan toteuttamalla sosiaali- ja terveyspalvelu -uudistus (jäljempänä sote-uudistus). Valtioneuvoston kanslia asetti 23.3.2014 sote-uudistukselle parlamentaarisen ohjausryhmän, jonka tehtävänä oli valmistella hallituksen esityksen muotoon laadittu ehdotus laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Parlamentaarisen ohjausryhmän työn pohjalta laadittiin hallituksen esitys (HE 324/2014 vp), joka kuitenkin raukesi perustuslakivaliokunnan antamien kahden lausunnon perusteella (PeVL 67/2014 vp ja 75/2014 vp). Kansanvaltaisuuden ja kunnan rahoitusvastuuseen liittyvien näkökohtien johdosta esityksen ei katsottu olevan mahdollista edetä normaalissa lainsäätämisyksityksessä.

Ensimmäisessä lausunnossaan perustuslakivaliokunta piti kuitenkin esityksen perusratkaisua eli laajaa integraatiota sekä toimijoiden kantokyvyn vahvistamista julkistalouden, sosiaalisten perusoikeuksien sekä yhdenvertaisuuden turvaamisen kannalta perusteltuna. Myös toisessa lausunnossaan perustuslakivaliokunta totesi, että sosiaali- ja terveyspalvelujen tehostamiselle, integraatiolle sekä järjestäjien kantokyvyn vahvistamiselle on olemassa akuutti tarve myös sosiaalisten perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta. Tämän johdosta monikanavaisen rahoituksen purkamista selvittäneen työryhmän valmistelemien viiden vaihtoehdoisen mallin valmistelun pohjana on ollut sosiaali- ja terveyspalvelujen tehostaminen, palveluiden integraatio sekä palvelujen järjestämisvastuun siirtyminen vahvoille ja kantokykyisille toimijoille.

Sekä sote-uudistuksen että rahoitusuudistuksen jatkovalmistelu ja toteuttaminen ovat edelleen välttämättömiä kansalaisten yhdenvertaisten palvelutarpeen turvaamiseksi, peruspalvelujen vahvistamiseksi sekä julkisen talouden kestävyysvajeen korjaamiseksi. Molempien uudistusten valmistelua on siten välttämätöntä jatkaa seuraavalla vaalikaudella.

4.2.2 Rahoituksen keräämisen ja kohdentamisen vaihtoehtoja ja tapoja

Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitukseen voidaan **kerätä** varoja useilla tavoilla. Ne voidaan ryhmitellä seuraavan luettelon mukaisesti. Luetteloon on merkitty nykyisin Suomessa käytössä olevia sekä muita mahdollisia rahan keräämisen tapoja.

1. Valtion keräämä rahoitus
 - valtion vero- ja muista tuloista
 - sosiaali- ja terveyspalveluihin sidottuna verona tai maksuna
2. Kunnan keräämä rahoitus
 - kunnan vero- ja muista tuloista
3. Kuntaa suuremman järjestämävastuullisen tahon keräämä rahoitus
 - verot tai kuntien maksuosuudet, asiakasmaksut ja mahdolliset muut tulot
4. Sairausvakuutusrahaston tulot
 - Sairaanhoitovakuutus
 - vakuutettujen maksut (valtion keräämä veroluonteinen maksu palkansaajilta, yrittäjiltä ja etuudensaajilta)
 - valtion rahoitusosuus
 - rahoitus järjestämävastuulliselta taholta (korvaten valtion rahoitusosuuden)
 - Työtulovakuutus
 - työnantajamaksut
 - vakuutettujen maksut (valtion keräämä maksu palkansaajilta ja yrittäjiltä)
 - valtion rahoitusosuus
 - rahoitus järjestämävastuulliselta taholta (korvaten valtion rahoitusosuuden)
5. Asiakkailta palvelujen käyttöhetkellä perityt maksut ja omavastuut
 - kansallisesti säädeltyinä
 - maksettuina palvelun tuottaneelle organisaatiolle
 - maksettuina palvelun rahoittaneelle taholle
 - verovähennys mahdollisuus suuriin sairaus- yms. kuluihin
6. Työnantajien suora rahoitus työterveyshuoltoon
7. Vakuutusmaksut lakisääteisiä vakuutuksia hallinnoiville yksityisille vakuutusyhtiöille

Edellä mainittujen pakollisluonteisten rahoitustapojen lisäksi on olemassa erilaista vapaaehtoisuuteen perustuvaa rahoitusta kuten työnantajien vapaaehtoiset vakuutukset. Työryhmän toimeksiannon perusteella muistiossa ei kuitenkaan käsitellä vapaaehtoisuuteen perustuvaa rahoitusta.

Kerättyä rahoitusta voidaan myös koota yhteen esimerkiksi siten, että valtion keräämästä rahoituksesta sosiaali- ja terveyspalveluihin tarkoitettu erä ja sairausvakuutuksen tulot (tai osa niistä) yhdistetään koko maan tasolla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen kerätyt varat voidaan **kohdentaa** eteenpäin monin eri tavoin ja erilaisin hallinnollisin ratkaisuin.

- Valtion rahoituksen kohdentaminen
 - käyttötarkoitus
 - käyttökustannusten rahoittamiseen käyttötarkoitussidonnaisena (korva-merkittynä) tai ei-korva-merkittynä
 - investointien rahoittamiseen
 - saaja
 - kunta, kuntaa suurempi järjestämisvastuullinen taho, muu taho
- Kunnan rahoituksen kohdentaminen
 - käyttötarkoitus
 - käyttökustannusten rahoittamiseen
 - investointien rahoittamiseen
 - saaja
 - kunta itse, kuntaa suurempi järjestämisvastuullinen taho, valtion ylläpitämä palvelujen tuottajaorganisaatio, yrityksen tai järjestön ylläpitämä palvelujen tuottaja, muu taho
- Sairausvakuutusrahaston rahoituksen kohdentaminen
Sairaanhoitovakuutus
 - käyttötarkoitus
 - matkakorvaukset
 - lääkäri- ja hammaslääkäripalkkioiden korvaukset
 - tutkimuksen ja hoidon korvaukset
 - lääkekorvaukset
 - Kelan lakisääteisen kuntoutuksen ¹¹ ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen korvaukset
 - opiskeluterveydenhuollon korvaukset (YTHS)
 - saaja
 - asiakas, järjestämisvastuullinen toimija laskennallisesti, muu taho
- Työtulovakuutus
Työtulovakuutus
 - käyttötarkoitus
 - sairauspäivärahat
 - työterveyshuollon lakisääteisten palvelujen rahoittaminen
 - työterveyshuollon ei-lakisääteisten palvelujen rahoittaminen
 - saaja
 - asiakas, työnantaja, muu taho
- Kansallisesti yhteen kootun julkisen rahoituksen kohdentaminen
 - käyttötarkoitus
 - järjestämisvastuullisen toimijan vastuulla olevien palvelujen rahoittaminen
 - saaja
 - järjestämisvastuullinen toimija

Rahoituksen keräämisen ja kohdentamisen vaihtoehtojen runsauden vuoksi rahoitusmallivaihtoehtoja laadittaessa on tehtävä valintoja. Rahoitusmalleja laadittaessa joudutaan ratkaisemaan muun muassa, miten valtiolta tuleva raha pitäisi kohdentaa järjestämisvastuulliselle taholle, tulisiko esimerkiksi raha kohdentaa korva-merkittynä vai ei tai tulisiko sairaanhoitovakuutuksesta osa kohdentaa järjestämisvastuulliselle taholle. Joudutaan ratkaisemaan myös, tulisiko järjestämisvastuullisten tahojen rahoittaa esimerkiksi sairaanhoitokorvausmenoja.

¹¹ Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus, vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia.

4.3 RAHOITUSUUDISTUKSESSA HUOMIOITAVIA NÄKÖKOHTIA

4.3.1 Palveluiden ja etuuksien periaatteelliset erot

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on sekä palveluita että etuuksia, joihin asukkailla on oikeus. Etuudet on määritelty hyvinkin täsmällisesti kansallisessa lainsäädännössä (sairausvakuutuslainsäädäntö, toimeentulotukea koskeva lainsäädäntö ym). Niitä palveluita, joihin asukkailla on oikeus, ei yleensä ole määritelty yhtä täsmällisesti. Perustuslaki määrittelee oikeuden sosiaaliturvaan, välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon osana perusoikeuksia. Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Palvelujärjestelmämme on tarveperusteinen siten, että asiakkaalla on oikeus saada hänen tarpeensa mukaiset palvelut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sisältölait tämentävät jossain määrin riittäviä palveluita esimerkiksi määrittelemällä määräaikoja tiettyihin palveluihin pääsyyllä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluvalikoimaa tai tavoiteltavaa laatutasoa sisältölait eivät tarkemmin määrittele. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen on perustettu terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto vuonna 2014. Sen tehtävänä on antaa suosituksia siitä, mitkä palvelut kuuluvat julkisesti järjestetyn tai rahoitetun terveydenhuollon palveluvalikoimaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävissä olevat muutoksenhakukeinot eroavat toisistaan. Kunnan palveluihin liittyvästä ja Kansaneläkelaitoksen tekemästä päätöksestä valitetaan eri muutoksenhakujärjestelmiin. Suurin osa terveydenhuollossa tehtävistä päätöksistä on hoitopäätöksiä, jotka ovat luonteeltaan tosiasiallista hoitotoimintaa eikä niistä voi valittaa. Jos potilas on tyytymätön hoidon laatuun tai saamaansa kohteluun, hän voi tehdä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaisen muistutuksen toimintayksikön vastuuhenkilölle tai hallintokantelun valvovalle viranomaiselle.

Joissain tilanteissa terveydenhuollossa kuitenkin tehdään päätöksiä, jotka eivät ole luonteeltaan hoitopäätöksiä. Tällöin päätöksentekijänä on yleensä kunnan viranomainen, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollossa sovelletaan muutoksenhakusäännöksiä kunnan viranomaisen tekemään päätökseen. Kunnan viranomaisen tekemään päätökseen on ennen valituksen tekemistä haettava oikaisua kunnan asiasta vastaavalta monijäseniseltä toimielimeltä (esim. sosiaali- ja/tai terveyslautakunta). Kunnan toimielimen oikaisuvaatimuksen johdosta antamaan päätöksen saa hakea muutosta valittamalla hallinto-oikeuteen. Terveyspalvelujen järjestämistä tai niiden kustannuksia koskeva asia voidaan käsitellä myös hallintoriita-asiana hallinto-oikeudessa.

Sosiaalihuollon palveluja ja toimeentulotukea hakevalla on oikeus saada perusteltu päätös kirjallisesti. Sosiaalihuollossa annetusta päätöksestä on mahdollista tehdä oikaisuvaatimus kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle lautakunnalle. Lautakunnan oikaisuvaatimuksen johdosta antamasta päätöksestä voi valittaa hallinto-oikeuteen.

Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaista korvausta ja etuutta koskevassa asiassa antamaan päätökseen saa hakea muutosta valittamalla sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan. Kansaneläkelaitoksen päätöksestä voi valittaa lähettämällä vapaamuotoinen valituskirjelmä Kansaneläkelaitoksen päätöksen tehneeseen toimistoon. Jos Kansaneläkelaitos ei katso voivansa oikaista tekemäänsä päätöstä vaaditulla tavalla, se välittää valituksen edelleen sosiaaliturvan muutoksenhakulau-

takuntaan. Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnan päätöksestä voi valittaa vakuutusoikeuteen, joka on ylin ja viimeinen valitusaste. Muutoksenhaku tulee sovittaa yhteen jatkovalmisteluun valitun/valittujen mallien erityispiirteiden kanssa.

4.3.2 Sairaanhoidovakuutuksen erityiskysymyksiä

Yksityisen terveydenhuollon korvaukset

Sairausvakuutuslain perusteella korvataan vakuutetulle osa yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käyttämisestä aiheutuneista kustannuksista, lääkekustannuksista ja matkakustannuksista. Sairausvakuutuksen keskeisenä tarkoituksena on tasata sairauksista aiheutuvia kustannuksia vakuutetun väestön kesken ja lisätä potilaan taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluja. Sairausvakuutuksen tehtävänä ei ole luoda potilaalle oikeuksia julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa laajempaan palveluvalikoimaan, vaan korvata tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksia.

Vuonna 2012 yksityisiä lääkärikäyntejä korvattiin 3 714 400 kappaletta yhteensä 73 milj. euroa. Näistä erikoislääkärikäyntejä korvattiin 2 921 200 kappaletta yhteensä 64 milj. eurolla. Yksityisiä hammaslääkärikäyntejä korvattiin 2 843 900 kappaletta yhteensä 126 milj. euroa sekä tutkimuksen ja hoidon käyntejä korvattiin 1 721 800 kappaletta yhteensä 79 milj. euroa.

Sairaanhoidovakuutuksen roolia selvittänyt työryhmä tarkasteli kunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairausvakuutusjärjestelmän yhteensovittamista vuonna 2013 julkaistussa muistiossaan¹². Työryhmän mukaan nykyisen sairaanhoidokorvausjärjestelmän poistaminen lisäisi todennäköisesti julkisen terveydenhuollon palveluiden kysyntää, mikä puolestaan lisäisi julkisen terveydenhuollon menoja. Työryhmä piti kuitenkin epätodennäköisenä, että aikaisemmin sairausvakuutuskorvauksilla tuettu yksityisen terveydenhuollon kysyntä siirtyisi sellaisenaan julkisen terveydenhuollon kysynnäksi. Kansainvälisten tutkimusten mukaan terveystaloudessa hintajousto on pientä eli terveystalouden hinta vaikuttaa vain vähän terveystalouden käyttöön¹³. Kotimaista tutkimustietoa terveystalouden hintajousta on kuitenkin vähän.

Kelan korvaustilastojen ja Tulonjakotilastoaineiston (1990–2009) perusteella korvaustason lasku on vähentänyt yksityisten palvelujen käyttöä ainoastaan pienituloisessa väestössä. Suurituloisten käyttöön korvaustason lasku ei ole juuri vaikuttanut. Korvausten poistuminen siirtäisi julkisen terveydenhuollon käyttäjiksi todennäköisesti henkilöitä, joille palvelun hinnalla on merkitystä. Sairaanhoidokorvausten lakkauttaminen saattaisi näin ollen lisätä sosioekonomisia eroja yksityisten palvelujen käytössä, koska ilman lakisääteisen vakuutuksen kompensatiota pienituloisten taloudelliset mahdollisuudet täydentää julkisen terveydenhuollon palveluita yksityisen terveydenhuollon palveluilla heikkenisivät.

12 Sairaanhoidovakuutuksen rooli osana sosiaali- ja terveystaloudellista järjestelmää. Sosiaali- ja terveystalouden ministeriön raportteja ja muistioita 2012:34. Helsinki 2013.

13 Manning W, Newhouse J, Duan N, Keeler E, Leibowitz A, Marquis S. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review* 1987; 77: 251–277; Klavus Jan, Pekurinen Markku, Järvelin Jutta ja Mikkola Hennamari. Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 2004; 100(4):440–456. Saatavissa <http://www.taloustieteellinenyhdistys.fi/images/stories/kak/kak42004/kak42004klavus.pdf>.

Sairaanhoitovakuutuksen roolia selvittäneen työryhmän arvion mukaan sairaanhoitokorvausjärjestelmän poistaminen lisäisi todennäköisesti myös yksityisten sairausvakuutusten markkinoita, mikä puolestaan lisäisi terveystalouden saatavuuden eriarvoisuutta. Yksityisissä vakuutuksissa vakuutusmaksut ja vakuutusehdot määräytyvät vakuutettavan riskin mukaan. Lakisääteisessä sairausvakuutuksessa vakuutusmaksut määräytyvät tulojen mukaan, ja kaikilla vakuutetuilla on maksuista riippumatta yhtäläinen oikeus lakisääteisiin etuuksiin. Työryhmän arvion mukaan yksityiset vakuutukset lisääntyisivät erityisesti työsuhde-etuina, jolloin eriarvoisuus työssä olevien ja työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden välillä kasvaisi.

Lääkkeiden rahoituksesta

Suomessa lääkkeitä rahoitetaan kahden eri julkisen rahoituskanavan kautta. Avohoidon reseptilääkkeiden kustannuksia korvataan potilaalle sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta. Julkisessa terveydenhuollossa käytettyjen lääkkeiden, tartuntatautilain mukaisten lääkkeiden ja rokotusten rahoitusvastuu on puolestaan kunnilla. Lääkehoidon kustannuksista noin 75 prosenttia syntyy avohoidossa. Uudistuva lääkehoito ja sen vaikutuksen hoitokäytäntöihin mahdollistavat tulevaisuudessa hoitojen siirtymisen enenevässä määrin avohoitoon.

Avohoidossa potilas ostaa lääkkeensä itse apteekista ja voi saada kustannuksista sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen. Korvauksen edellytyksenä on lääkemääräys ja se, että lääke on hyväksytty korvattavaksi. Lääkekorvausjärjestelmässä on kolme korvausluokkaa, joiden perusteella asiakkaan omavastuuosuus voi olla sairaudesta ja lääkkeestä riippuen 35 tai 65 prosenttia korvausperusteisista kustannuksista tai kolme euroa 100 prosentin korvausluokassa. Lisäksi sairausvakuutuslaissa on säädetty vuotuinen enimmäismaksuosuus (”lääkekatto”), jonka määrä vuonna 2015 on 612,62 euroa. Lääkekaton ylittävältä osalta asiakas maksaa jokaisesta korvattavasta lääkkeestä 1,50 euroa.

Sairaalan ja terveyskeskuksen lääkkeet toimitetaan sairaala-apteekista, lääkeliikkeen tai apteekista. Nämä lääkkeet kuuluvat kunnallisen järjestämismääräyksen piiriin eikä lääkeliikkeen ole erillisiä asiakasmaksuja. Tartuntatautilain (583/1986) mukaiset lääkkeet ja kansallisen rokoteohjelman mukaiset rokotteet asiakkaat saavat maksutta. Yksityisessä sairaalassa annetut lääkkeet korvataan sairausvakuutuksesta.

Sairausvakuutuksen lääkekorvausjärjestelmässä on kansallisella tasolla määritelty reseptilääkkeiden korvaus- ja hinnoitteluperiaatteet. Lisäksi kansallisella tasolla toteutetaan yksipuolisesti päätöksenteko, kustannusvaikuttavuusarviointi (HTA-arviointi) ja ohjaus. Tältä osin avohoidossa ja julkisessa laitoshoidossa käytettävien lääkkeiden hankintatavat ja hinnanmuodostus samoin kuin kustannusvaikuttavuusarviointi eroavat toisistaan.

Julkisessa terveydenhuollossa käytettävien lääkkeiden hoidollisen ja taloudellisen arvon arviointiin ei ole samanlaista valtakunnallista arviointimenettelyä kuin avohoidon korvausjärjestelmässä. Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset päättävät itse omasta lääkevalikoimastaan ja hankkivat lääkkeensä tarjouskilpailun perusteella. Lisäksi Fimea tuottaa resurssiensa puitteissa sairaalalääkkeistä HTA-arviointeja. Yksittäisten sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten sijaan kilpailuttamisen hoitavat yleensä useita sairaanhoitopiirejä käsittävät hankintarenkaat. Kilpailutuksen johdosta lääkevalikoimassa voi olla suurta vaihtelua eri hankintarenkaiden välillä, mikä voi johtaa alueelliseen epätasa-arvoon. Julkisessa terveydenhuollossa aloitetulla lääkeliikellä on mer-

kittäviä heijastusvaikutuksia myös avohoidon lääkkeiden määräämiseen, koska lääkahoito jatkuu usein avohoidossa. Tämä on joissain tilanteissa johtanut huomattaviin julkisessa laitoshoidossa käytettyjen lääkkeiden hinnanalennuksiin ja vastaavasti avohoidon reseptilääkekustannusten nousuun

Lääkkeiden kaksikanavaisen rahoitusjärjestelmän aiheuttamia ongelmia on tarkasteltu joissakin selvityksissä¹⁴. Nykyisen rahoitusjärjestelmän on arvioitu joissakin tilanteissa monimutkaistavan hoidon toteutumista siirryttäessä laitoshoidosta avohoittoon tai päinvastoin sekä mahdollistavan kustannusten siirron rahoittajalta toiselle. Lääkkeiden kustannusvastuuseen liittyvien ongelmien kokonaisvaikutuksesta ei ole tietoa. Todennäköisesti vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin ovat pieniä, mutta yksittäisen potilaan kannalta kustannukset voivat olla suuria.

Monikanavarahoitusta purettaessa on arvioitava, kuuluisivatko lääkkeet alueellisten toimijoiden järjestämisen- ja samalla rahoitusvastuun piiriin. Järjestämistä vastuu laajentaminen koskemaan kaikkia lääkkeitä edellyttäisi, että järjestämistä vastuullinen toimija ohjaisi alueensa kaikkea lääkkeenmääräämistä ja kustannustenhallintaa, jolloin lääkeshoidon käytännöt avohoidon ja laitoshoidon rajapinnassa voisivat yhtenäistyä. Tällöin olisi lisäksi tarpeen rakentaa yhtenäinen valtakunnallinen arviointimenetelmä avo- ja laitoshoidon lääkkeille sekä lääkkeiden ja muiden hoitomenetelmien välille. Avo- ja laitoshoidon lääkkeiden siirtäminen alueellisten toimijoiden järjestämistä vastuun piiriin saattaisi tarkoittaa nykyisen valtakunnallisen lääkkeiden arviointi- ja hinnantarkistusmenettelyn ja lääkekorvausjärjestelmän hajauttamista ja rakentamista uudelleen osin kansallisesti ja osin järjestämistä vastuullisille tahoille. Kansallisen yhdenvertaisuuden turvaamiseksi tarvittaisiin edelleen kansalliset päätökset lääkkeiden hinnoista sekä siitä, miten kustannusvastuu jaettaisiin lääkkeiden käyttäjien ja järjestämistä vastuullisen välillä. Lisäksi olisi uudelleen arvioitava, miten lääkkeiden hankinta, jakelu ja avohoidon reseptilääkkeiden kustannusten korvaus potilaalle järjestettäisiin, jos järjestämistä vastuu olisi usealla toimijalla. Kaikkiaan tarvittaisiin huomattavia muutoksia kansallisiin ohjausjärjestelmiin ja uusien tietojärjestelmien rakentamista. Mitä enemmän järjestämistä vastuullisia toimijoita olisi, sitä enemmän korostuisi kansallisen sääntelyn ja ohjauksen tarve.

Vaihtoehtona järjestämistä vastuun laajentamiselle on nykyisen valtakunnallisen lääkkeiden arviointi- ja hinnantarkistusmenettelyn sekä Kelan toimeenpaneman korvausjärjestelmän säilyttäminen ja edelleen kehittäminen muuttuvien palvelurakenteiden tarpeiden mukaan, mutta lääkekorvausten rahoitusvastuun siirtäminen sairaanhoidovakuutuksesta järjestämistä vastuulliselle toimijalle. Tällöin lääkkeiden kustannusvastuuta ei enää voisi siirtää toiselle rahoittajalle. Vaihtoehdossa nykyinen sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden valtakunnallinen sääntely- ja ohjausjärjestelmä säilyisi. Toisaalta olisi mahdollisesti tarpeen rakentaa yhtenäinen valtakunnallinen arviointimenetelmä avo- ja laitoshoidon lääkkeille sekä lääkkeiden ja muiden hoitomenetelmien välille.

Nykyistä tarkemmalla sääntelyllä ja ohjauksella on joka tapauksessa syytä edistää lääkekustannusten lainmukaista jakautumista ja rationaalista lääkeshoittoa, selkeyttää avo- ja laitoshoidon rajapintaa sekä vähentää epäedullisen osioinnin mahdollisuuksia. Jatkovalmistelussa tulisi selvittää, miten lääkeshoito järjestettäisiin muuttu-

14 Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:2; Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2011. Helsinki 2011.; Sairaanhoidovakuutuksen rooli osana sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:34. Helsinki 2013.

vissa palvelurakenteissa taloudellisesti, kustannusvaikuttavasti ja hallinnollisesti taroituksenmukaisella tavalla, turvaten yhdenvertaiset ja laadukkaat lääkehoitopalvelut niitä tarvitseville osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Matkojen rahoituksesta

Kunnat järjestävät sosiaalihuoltoon kuuluvia kuljetuksia sosiaalihuoltolain (710/1982), vammaispalvelulain (380/1987) ja kehitysvammalain (519/1977) nojalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) perusteella kunta voi järjestää kuljetuksia ja kuljetuspalveluja omana toimintanaan, taksikuljetuksina, kutsutaksikuljetuksina, yhteiskuljetuksina, palvelulinjoilla tai matkojen yhdistelykeskusten avulla tai edellä mainittujen järjestämistapojen yhdistelmänä. Kunta voi myös päättää kuljetuspalvelukustannusten maksamis- ja korvaamistavan.

Kansaneläkelaitos korvaa sairausvakuutuslain perusteella sairauden, synnytyksen, raskauden tai Kansaneläkelaitoksen korvaaman kuntoutuksen vuoksi tarpeellisen matkan kustannuksia vakuutetulle. Sairaanhoidovakuutuksesta rahoitettava matkakorvausjärjestelmä turvaa vakuutetulle oikeuden korvaukseen sairauden, raskauden tai synnytyksen vuoksi tehdyn matkan aiheuttamista tarpeellisista kustannuksista. Korvausta maksetaan myös Kelan järjestämän tai korvaaman kuntoutuksen vuoksi tehdyistä matkoista. Sairaanhoidovakuutuksesta korvataan myös sairaanhoitopiirin järjestämistä kuuluvaan ensihoitopalveluun sisältyviä sairaankuljetuksia. Lisäksi sairausvakuutuksesta voidaan maksaa yöpymisrahaa, jos henkilö on tutkimuksen, hoidon tai raskauden vuoksi tai liikenneolosuhteista johtuvista syistä joutunut yöpymään sairausvakuutuksesta korvattavalla matkalla. Matkakorvausjärjestelmän tavoitteena on, että vakuutetuilla on yhtäläinen oikeus saada hoitoa tai tutkimusta asuinpaikasta riippumatta.

Matkakustannusten korvausmeno on kasvanut noin 10 prosentin vuosivauhtia. Matkakustannusten kasvuun vaikuttavat muun muassa väestön ikääntyminen, joukko liikenteen ja laitoshoidon väheneminen, palveluiden keskittyminen ja ostopalvelutoiminnan lisääntyminen. Yksittäisten syiden vaikutusta matkakustannusten kasvuun ei tiedetä, mutta on oletettavissa, että palveluiden keskittäminen, ostopalveluiden lisääntyminen ja potilaan valinnanvapauden laajentuminen lisäävät matkakustannuksia. Matkakustannusten nousua voitaisiin hillitä mm. matkojen yhdistelyä lisäämällä.

Nykyinen matkakorvausjärjestelmä mahdollistaa epäedullisen osaoptimoinnin, koska kunnan tai kuntayhtymän ei tarvitse päätöksensä tehdessään ottaa huomioon matkoista syntyviä, sairaanhoidovakuutuksen kautta korvattavia ja osittain potilaan itsensä maksamia matkakustannuksia. Erityisesti ensihoitoon sisältyvien kuljetusten vakuutettu- ja matkakohtaisen korvauskäytännön on katsottu kannustavan potilaan kuljettamiseen ottamatta huomioon potilaan tilanarviota ja hoitoa, sillä kuljetukseen johtamattomista tehtävistä korvausta ei pääsääntöisesti suoriteta¹⁵.

Voimassa oleva lainsäädäntö ei estä kunnan järjestämien matkojen ja Kelan korvaamien matkojen yhdistelyä ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä, mutta yksittäiset kunnat ovat yleensä liian pieniä alueita yhdistelyn hyötyjen aikaansaamiseksi eikä yhdistelyä ei ole käytännössä juuri tehty. Nykyisiä kuntia suuremmat järjestämiss vastuussa olevat tahot tarjoavat mahdollisuuden yhdistää sosiaalihuoltolain, vammais-

15 Kuisma Markku. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen –selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:26. Helsinki 2007; Selvitys ensihoidon ja sairaankuljetuksen kehittämisestä. Sairaan kuljetuksen ja ensihoidon kehittämisen ohjausryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:13. Helsinki 2009.

palvelulain, kehitysvammalain ja sairausvakuutuslain mukaisia matkoja nykyistä kattavammin ja laajemmilla alueilla. Mitä suurempia järjestämismatkoja toimijat ovat, sitä tehokkaammin sosiaali- ja terveydenhuollon matkoja voidaan yhdistellä sekä muutoinkin tehostaa palveluiden toteutusta uudenlaisina kokonaisuuksina.

Matkojen osalta on monikanavaisen rahoituksen purkamisen jatkovalmistelussa pohdittava, tulisiko kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon matkojen järjestämisen ja rahoitusvastuu siirtää järjestämismatkoille taholle. Tällöin järjestämismatkojen tahon tulisi ottaa palveluiden järjestämisessä huomioon palveluiden saavutettavuus ja mahdollisesti tarvittavien kuljetusten kustannukset. Tämä voisi myös kannustaa sosiaali- ja terveydenhuollon matkojen nykyistä laajempaan yhdistelyyn ja palveluiden järjestämiseen kokonaiskustannusten kannalta tehokkaalla tavalla. Toisaalta kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon kuljetusten järjestämisen ja rahoitusvastuun siirtäminen järjestämismatkoille edellyttäisi uusien tietojärjestelmien rakentamista. Avoimeksi kysymykseksi jäisi myös sosiaali- ja terveydenhuollon matkojen yhteensovittaminen kunnan vastuulla olevien koulukuljetusten sekä joukkoliikenteen kanssa. Julkisesti rahoitettujen henkilökuljetusten uudistamista käsitellään liikenne- ja viestintäministeriön asettamassa ohjausryhmässä, jonka määräaika päättyy 30.4.2015.

Jatkovalmistelussa on myös pohdittava vaihtoehtoa, jossa järjestämismatkojen tahon osallistuisi myös Kelan toimeenpanemien matkakorvausten rahoittamiseen. Tällöin järjestämismatkojen tahon tulisi ottaa huomioon myös Kelan toimeenpanemien matkakorvausten rahoittamiseen. Tällöin järjestämismatkojen tahon tulisi ottaa huomioon myös Kelan toimeenpanemien matkakorvausten rahoittamiseen. Tällöin järjestämismatkojen tahon tulisi ottaa huomioon myös Kelan toimeenpanemien matkakorvausten rahoittamiseen. Tällöin järjestämismatkojen tahon tulisi ottaa huomioon myös Kelan toimeenpanemien matkakorvausten rahoittamiseen.

Kuntoutuksen rahoituksesta

Suomessa vastuu kuntoutuksen järjestämisestä ja rahoituksesta jakaantuu usealle eri taholle. Kuntoutusjärjestelmä on monialainen ja koostuu useista suhteellisen itsenäisistä osajärjestelmistä. Kuntoutusta rahoitetaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän, sairaanhoitovakuutuksen, Valtiokonttorin, työeläke-, tapaturma- ja liikennevakuutuksen, työ- ja elinkeinohallinnon ja Raha-automaattiyhdistyksen kautta. Kuntoutuksen osajärjestelmien kuntoutusvastuista ja rahoituksesta säädetään kunkin tahon omassa lainsäädännössä. Myös oikeus kuntoutukseen määräytyy eri tavoin eri osajärjestelmissä. Monialaiseen kuntoutusjärjestelmään liittyy monenlaisia ongelmia, kuten eri tahojen välisen vastuunjaon epäselvyydet ja mahdollisuudet osapainotointiin. Hallinnollisesti järjestelmä on monimutkainen, ja asiakkaan sosioekonominen asema vaikuttaa kuntoutuksen saatavuuteen.

Terveydenhuoltolain perusteella julkisella terveydenhuollolla on ensisijainen vastuu lääkinällisen kuntoutuksen ja mielenterveyspalvelujen järjestämisestä psykoterapia mukaan lukien.

Sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavasta kuntoutuksesta säädetään Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetussa laissa (566/2005). Kela järjestää ammatillista kuntoutusta ja vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta ja korvaa kuntoutuspsykoterapiaa lakisääteisen järjestämisen ja korvausvelvollisuutensa perusteella. Lisäksi Kela järjestää harkinnanvaraista kuntoutusta ja toteuttaa kuntoutuksen kehittämistoimintaa eduskunnan vuosittain myöntämällä määrärahalta. Vuonna 2013 kuntoutuspalvelukustannukset olivat noin 291,5 milj. euroa. Tästä vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen kustannukset olivat noin 148 milj. euroa,

kuntoutuspsykoterapian noin 35 milj. euroa, ammatillisen kuntoutuksen noin 28 milj. euroa ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen noin 80 milj. euroa.

Osana hallitusohjelmaa on käynnissä monialainen kuntoutusselvitys, jossa yhtenä tehtävänä on kuvata kuntoutuksen rahavirrat ja rahan kohdentuminen palveluihin. Selvitys toteutetaan kevään 2015 aikana. Kysymys koko kuntoutusjärjestelmän monikanavaisesta rahoituksesta on tarkoituksenmukaista arvioida vasta sen jälkeen, kun selvitys on valmistunut.

Monikanavarahoituksen purkamisen kannalta yksi arvioitava kysymys on, sisällytetäänkö kuntoutus kokonaisuudessaan järjestämisvastuullisen tahon vastuulle. Tällöin nykyisin Kelan järjestämis- ja korvausvastuulle kuuluvaa kuntoutusta ei enää rahoitettaisi erillisen sairaanhoitovakuutuskanavan kautta, jolloin sairaanhoitovakuutuksesta nykyisin rahoitettava kuntoutus olisi mahdollista sisällyttää järjestämisvastuullisen toimijan vastuulle. Vaihtoehtoisesti sairaanhoitovakuutuksesta nykyisin rahoitettava kuntoutus voisi edelleen säilyä Kelan järjestämänä, mutta järjestämisvastuullinen taho vastaisi Kelan järjestämän kuntoutuksen kustannuksista.

Opiskeluterveydenhuollon rahoituksesta

Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvat terveyttä ja hyvinvointia edistävät toimet sekä hoitavat palvelut. Opiskeluterveydenhuollon järjestäminen on säädetty terveydenhuoltolaissa (1326/2010) oppilaitoksen sijaintikunnan vastuulle ja sen piiriin kuuluvat kaikki kunnan alueella sijaitsevien oppilaitosten opiskelijat kotipaikasta riippumatta. Koulukorkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan järjestää kunnan suostumuksella myös muulla Valviran hyväksymällä tavalla. Yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuolto on tähän perustuen järjestetty Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön (YHTS) tuottamana. Yliopistopaikkakunnilla, joilla ei ole YTHS:n omaa terveydenhoitoasemaa, YTHS on hankkinut palvelut kunnalta tai yksityisiltä palveluntuottajilta.

Kunnan järjestämä ja tuottama opiskeluterveydenhuolto rahoitetaan samoin kuin kunnan perusterveydenhuolto. YTHS:n toiminnan rahoitus sen sijaan poikkeaa muun opiskeluterveydenhuollon rahoituksesta. Kela maksaa sairaanhoitovakuutuksesta korvausta YTHS:lle yliopisto-opiskelijoiden perusterveydenhuollon kustannuksista sairausvakuutuslain perusteella. Kokonaiskorvaus voi olla enintään 63 prosenttia YTHS:n tili- ja toimintakauden kokonaisrahoituksesta. Lisäksi YTHS:n toimintaa rahoitetaan opiskelijoilta ylioppilaskunnan jäsenmaksun yhteydessä perittävällä pakollisella terveydenhoitomaksulla ja käyntimaksuilla sekä yliopistokaupunkien maksamalla yleisavustuksella. Vuonna 2014 YTHS:n rahoituksesta 59,6 % tuli sairaanhoitovakuutuksesta, 18,8 % opiskelijoiden maksuista ja 11,5 % yliopistokaupunkien yleisavustuksesta. Terveydenhuoltolaki ei määrittele tai rajaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon mahdollisia järjestämistapoja.

Tällä hetkellä opiskelijat kuuluvat kahteen eri opiskeluterveydenhuollon järjestämis- ja rahoitus kanavaan (kunnan järjestämä oth ja YTHS:n tuottama oth) riippuen siitä, minkälaisessa oppilaitoksessa opiskelee. YTHS-mallin laajentamista ammattikorkeakouluopiskelijoihin kokeiltiin kahdella paikkakunnalla vuosina 2011–2014. Mallia ei ollut mahdollista päättäneessä kokeilussa kokeilla ammattikorkeakouluopiskelijoilla täsmälleen samalla tavoin kuin se toimii yliopisto-opiskelijoilla, koska kokeilu jouduttiin toteuttamaan vapaaehtoisen terveydenhoitomaksun kautta. Seurauksena oli arvioitua alhaisempi terveydenhoitomaksun maksaneiden osuus, mikä vinoutti YTHS-mallin edellyttämän kokonaisrahoituksen ja vakuutusperiaatteen. Kokeilun

loppuraportissa todettiin terveydenhoitomaksun pakollisuuden välttämättömyys rahoituspohjan varmistamiseksi. Uuden ammattikorkeakoululain hyväksymisen yhteydessä ei terveydenhoitomaksun perimistä ja maksamista yliopisto-opiskelijoiden tavoin pystytty toteuttamaan. Jatkovalmistelussa on selvítettävä, miten kaikki opiskelijat saataisiin laadukkaiden, integroitujen ja opiskelukykyä tukevien palveluiden piiriin.

4.3.3 Työtulovakuutuksen erityiskysymyksiä

Työterveyshuollon rahoituksesta

Työterveyshuollon lakisääteisenä tehtävänä on ehkäistä työperäistä sairastumista, tukea työkyvyn ylläpitämistä ja työhön paluuta sekä osallistua työyhteisön kehittämiseen. Työterveyshuollon järjestämisestä säädetään työterveyshuoltolaissa (1383/2001), jossa työnantajaa veloitetaan järjestämään työterveyshuoltolain 12 §:n mukaiset ennaltaehkäisevät ja työkykyä tukevat palvelut työntekijöilleen kustannuksellaan. Näiden lakisääteisten työterveyshuollon palvelujen piiriin kuului 1,85 miljoonaa työntekijää vuonna 2012. Työnantaja voi järjestää myös työterveyshuoltolain 14 §:n mukaisia muita terveydenhuoltopalveluja työntekijöilleen. Näiden vapaaehtoisten sairaanhoidon palvelujen piiriin kuului 1,75 miljoonaa työntekijää vuonna 2012. Työntekijöiltä ei peritä työterveyshuollon palveluista asiakasmaksuja. Työnantajan tulee järjestää palvelut kaikille työntekijöilleen yhdenvertaisesti. Yrittäjät ja omaa työtään tekevät voivat järjestää itselleen edellä mainitut työterveyshuoltopalvelut.

Työterveyshuollonrahoitus poikkeaa muusta terveydenhuollon rahoituksesta. Palkansaajien työterveyshuollon kustantavat työnantajat yhdessä palkansaajien kanssa. Vuonna 2012 työnantajat rahoittivat järjestämästään työterveyshuollosta 87 prosenttia, kun otetaan huomioon työnantajien lakisääteisestä sairausvakuutuksesta saamat korvaukset ja niiden rahoitus. Nämä korvaukset rahoitetaan työnantajien ja palkansaajien maksamilla sairausvakuutuksen työtulovakuutuksen vakuutusmaksuilla. Palkansaajien rahoitusosuus työterveyshuollon kustannuksista oli 13 prosenttia vuonna 2012. Valtion osuus työterveyshuollon rahoituksesta on pieni, noin 3 miljoonaa euroa vuonna 2015, ja se kohdentuu yrittäjien ja maatalousyrittäjien työterveyshuollon kustannuksiin.

Työnantaja voi hakea sairausvakuutuslain perusteella (13 luku) korvausta maksamistaan työterveyshuollon kustannuksista Kelalta tilikausittain kuuden kuukauden kuluessa tilikauden päättymisestä. Työterveyshuoltolain 12 §:n mukaiset kustannukset kuuluvat korvausluokkaan I ja 14 §:n mukaiset korvausluokkaan II. Kela asettaa korvausluokille vuosittaisen enimmäismäärän per työntekijä. Työnantaja voi saada korvausta tarpeellisista ja kohtuullisista työterveyshuollon kustannuksista, kun toimintaa on toteutettu hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti (Valtioneuvoston asetus 708/2013). Korvausprosentti korvausluokassa I on korkeintaan 60 % laskennallisesta enimmäismäärästä ja 50 % korvausluokassa II. Vuonna 2014 enimmäismäärä on 165,60 € per työntekijä korvausluokassa I ja 248,50 € korvausluokassa II. Enimmäismäärän ylittävä osa jää työnantajan kustannukseksi. Kelan korvaukset työnantajille kattoivat kustannuksista keskimäärin 44 %. I korvausluokan mukaisia korvauksia maksettiin 143,3 milj. euroa ja II korvausluokan mukaisia korvauksia 177,5 milj. euroa vuonna 2012.

Työterveyshuollon tavoitteena on työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen työuran kaikissa vaiheissa, mikä tukee pidempään työssä jatkamista. Työterveyshuolto toteuttaa tätä tehtävää ennaltaehkäisevin toimin ja hoitamalla työhön liittyviä sairauksia. Julkisen terveydenhuollon saatavuusongelmien vuoksi työterveyshuollon sairaanhoito on lisääntynyt. Työryhmän esittämät vaihtoehtoiset rahoitusmallit voivat osaltaan parantaa julkisen terveydenhuollon saatavuutta ja siten vähentää sairaanhoidollisten tehtävien painetta työterveyshuollossa. Jatkotyössä on tarpeen arvioida, tulisiko korvausluokkien painotuksia muuttaa. Tätä kysymystä sekä työterveyshuoltoa suhteessa mallivaihtoehtoihin tulee tarkastella jatkovalmistelussa¹⁶.

Sairauspäivärahojen rahoituksesta

Sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta maksetaan työterveyshuollon korvauksien lisäksi sairauspäivärahaa, vanhempainpäivärahoja ja kuntoutusrahaa. Päivärahaetuuksista työnantajat rahoittavat 68 prosenttia, vakuutetut 27 prosenttia ja valtio vähimmäispäivärahat, eli 5 prosenttia. Päivärahaetuuksien suuruus määräytyy työtulojen tai edeltävän etuuden perusteella tai ne maksetaan vähimmäismääräisinä. Päivärahaetus maksetaan työnantajalle siltä osin kuin vakuutetulla on työsuhteen perusteella oikeus palkkaan sairauspoissaolon, äitiys-, isyys- tai vanhempainvapaan tai osittaisen vanhempainvapaan ajalta. Päivärahaetuutta ei makseta vakuutetulle ajalta, jolta vakuutettu saa palkkaa.

Sairauspäivärahaa maksetaan 16–67-vuotiaille vakuutetuille työkyvyttömyyden aiheuttaman ansionmenetyksen korvaamiseksi. Vakuutetulla on oikeus sairauspäivärahaan ajalta, jona hän on estynyt tekemästä työtään sairaudesta johtuvan työkyvyttömyyden vuoksi. Sairauspäivärahaa maksetaan pääsääntöisesti työkyvyttömyyden alkamispäivän ja yhdeksän sitä lähinnä seuraavan arkipäivän omavastuuajan jälkeen. Jos vakuutettu ei täytä työedellytystä kolmen työkyvyttömyyttä edeltäneen kuukauden ajalta, hänellä on oikeus saada vähimmäismääräistä sairauspäivärahaa, kun hänen työkyvyttömyytensä on kestänyt yhtäjaksoisesti vähintään 55 päivää. Sairauspäivärahaa voidaan pääsääntöisesti maksaa saman sairauden perusteella enintään 300 päivältä.

Sairauspäiväraha voidaan maksaa myös osittaisena, jos vakuutettu pystyy työkyvyttömyydestään huolimatta ja terveyttään ja toipumistaan vaarantamatta hoitamaan osan työtehtävistään. Osasairauspäiväraha on tarkoitettu tukemaan työkyvyttömän työntekijän tai yrittäjän pysymistä työelämässä ja palaamista kokoaikaiseen työhön. Osasairauspäivärahan myöntäminen edellyttää, että työntekijä on sopinut työnantajan kanssa työhön paluusta osa-aikaisesti. Osasairauspäivärahaa voidaan maksaa enintään 120 päivältä.

Kuntoutusrahaa maksetaan 16–67-vuotiaalle kuntoutujalle ajalta, jona hän on kuntoutuksen vuoksi estynyt tekemästä työtä. Kuntoutuksen tarkoituksena tulee olla kuntoutujan työelämään tulo, työelämässä pysyminen tai työelämään palaaminen. Kuntoutusrahaa maksetaan arkipäiviltä kuntoutukseen osallistumisen ajalta omavastuuajan jälkeen. Kuntoutusrahan myöntäminen edellyttää kuntoutuspäätöstä. Muita kuntoutuksen aikaisia etuuksia ovat ylläpitokorvaus ja harkinnanvarainen kuntoutusavustus.

¹⁶ Työmarkkinoiden keskusjärjestöjen 26.9.2014 tekemän eläkeuudistukseen 2017 liittyvän sopimuksen mukaan (s.9): "Työterveyshuollolla on suuri merkitys työurien pidentämisessä. EK, SAK, STTK ja Akava toteavat, että työterveyshuollon rahoitus tulee säilyttää nykyisellään".

Kannusteiden näkökulmasta on esitetty, että julkisessa terveydenhuollossa ei ole kannusteita hoitojonojen lyhentämiseen, koska jonotuksen aikaiset sairauspäivärahat maksetaan sairausvakuutuksesta. Leikkausjonojen ja sairauspäivärahojen yhteydestä tehdyn tutkimuksen perusteella leikkaukseen odottamisesta syntyvät sairauspäivärahamenot ovat enintään 17 miljoonaa euroa, joka on noin 2 prosenttia vuonna 2008 täyden sairauspäivärahan (773 milj. €) maksatuksesta¹⁷. Suurin osa hoitoon leikkausjonoissa odottavista työelämässä olevista henkilöistä on jonotusaikana työssä. Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole olemassa riittävää tietoa eri sairausryhmien, sairauspäiväraha- ja jonotusajan pituuden välisestä yhteydestä ja siitä, mitkä tekijät vaikuttavat sairauspäiväraha- ja jonotusajan pituuteen tai hoitojonoihin. Työtulovakuutuksesta rahoitettavien sairauspäivärahojen liittäminen palveluiden rahoitukseen ei olisi ongelmatonta, koska sairauspäivärahoilla on tiivis yhteys muuhun toimeentuloturvajärjestelmään ja työurien pidentämiseen. Jatkotyössä tulisi kuitenkin selvittää laajemmin sairauspäivärahojen ja jonotusajankorrelaatiota ja selvittää, voidaanko nykyisessä rahoitusjärjestelmässä luoda järjestämävastuulliselle taholle kannusteita lyhentää hoitojonoja ja nopeuttaa työhön paluuta.

4.3.4 Asumisperusteinen sosiaaliturva ja rajat ylittävä terveydenhuolto

Asumisperusteisen sosiaaliturvan haasteet

Euroopan unionin jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmät ovat erilaisia, minkä vuoksi EU:ssa on laadittu säännöksiä niiden yhteensovittamiseksi. Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetuilla asetuksilla (EU-asetus 883/2004 ja EU-asetus 987/2009) helpotetaan kansalaisten vapaata liikkuvuutta sekä turvataan kansalaisten sosiaaliturvaoikeudet, kun he liikkuvat jäsenvaltiosta toiseen. Pääsääntö on, että henkilö kuuluu työskentelyvaltionsa sosiaaliturvajärjestelmän piiriin.

Suomen sosiaaliturva on pääosin asumisperusteista; sosiaaliturvalainsäädäntöä sovelletaan Suomessa vakinaisesti asuvaan henkilöön, jolla on Suomessa varsinainen asunto ja koti ja joka jatkuvasti pääasiallisesti oleskelee täällä. Suomen asumisperusteisen järjestelmän haasteet liittyvät tilanteisiin, jossa Suomeen muuttanut henkilö ei täytä oleskeluajan lyhyiden vuoksi kansallisen lainsäädännön edellyttämää Suomessa asumista, mutta EU-oikeuden mukaan hänelle tulisi lyhyenkin työskentelyjakson perusteella turvata yhdenvertainen kohtelu sosiaaliturvan osalta. Sosiaaliturvaan luetaan tässä yhteydessä myös kuntien järjestämä terveydenhuolto, mutta ei sosiaalipalveluja.

Asumisperusteisen sosiaaliturvan rahoitus perustuu pitkälle kunnallis- ja valtionverotukseen. Suomeen lyhytaikaisesti työskentelemään tai opiskelemaan tuleva henkilö ei yleensä tule kunnallisverotuksen piiriin, vaikka hänelle syntyisikin oikeus kunnallisiin palveluihin, erityisesti terveydenhoitoon. Vuonna 2013 Kela antoi noin 13 000 myönteistä päätöstä Suomen sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta tapauksissa, joissa EU- tai ETA-valtiosta muuttaneen henkilön ei katsottu muuttaneen Suomeen vakituisesti, mutta joissa henkilöön sovelletaan asumisperusteista sosiaaliturvalain-

17 Virta Lauri, Keskimäki Ilmo ja Mikkola Henni. Kuinka paljon Kelan sairauspäivärahaa maksettiin leikkausten odotusaikana – laskelmia vuoden 2008 aineistolla. Teoksessa: Klavus Jan (toim.). Terveystaloustiede 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2013.

säädäntöä vähintään neljä kuukautta jatkuneen työnteon tai yritystoiminnan perusteella. On odotettavissa, että liikkuvuuden lisääntymisen myötä epätasapaino etuuksiin oikeutettujen henkilöiden ja rahoitukseen osallistuvien henkilöiden sekä kustannusten ja rahoituksen kohdentumisen välillä kasvaa, jos kansallinen lainsäädäntö säilyy ennallaan.

Rajat ylittävä terveydenhuolto

EU-asetukset sosiaaliturvan koordinoinnista ja direktiivi potilaiden oikeuksista rajat ylittävissä terveydenhuollossa (potilasdirektiivi) muodostavat kaksi rinnakkaista säännöstöä sairaanhoidon saamisesta ja kustannusten korvaamisesta rajat ylittävissä tilanteissa.

EU-asetuksella 883/2004 turvataan henkilön oikeus lääketieteellisesti välttämättömään sairaanhoitoon toisessa valtiossa tilapäisen oleskelun tai pitkäkestoisen asumisen aikana. Lisäksi EU-asetuksessa 883/2004 säädetään edellytyksistä, joiden nojalla henkilöllä on oikeus saada lupa saada asianmukaista sairaanhoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Lisäksi säännellään, mikä valtio vastaa henkilölle annetun tai annettavan sairaanhoidon kustannuksista. Tällainen ns. toimivaltainen valtio määräytyy työskentelyn perusteella. Näin ollen Suomessa työskentelevä ja tilapäisesti asuva henkilö on Suomen kustannusvastuulla (sekä palvelut Suomessa että ulkomailla), vaikka hänellä ei olisi kotikuntaa Suomessa.

EU-asetuksen mukaisissa tilanteissa lähtökohtana on, että henkilöllä on oikeus välttämättömään sairaanhoitoon oleskellessaan tilapäisesti toisessa jäsenvaltiossa. Tällaisesta lääketieteellisesti välttämättömästä hoidosta, jota ei voida siirtää annettavaksi suunnitellun paluumatkan jälkeen, potilas maksaa saamastaan hoidosta oleskeluvaltion lainsäädännön mukaisen maksun. Lisäksi toisessa jäsenvaltiossa asuvalla henkilöllä on oikeus saada asuinvaltiossaan sairaanhoitoa asuinvaltion asukkaiden tavoin. Molemmissa tilanteissa Suomen valtio vastaa hoitoa antaneelle oleskeluvaltiolle potilaan hoidosta annetuista kustannuksista. Jos potilas on maksanut todelliset hoitokustannukset itse, hän voi hakea kustannusten korvausta jälkikäteen ja saada Suomessa sairausvakuutuslain perusteella korvausta hoitokustannuksista.

Lisäksi EU-asetuksissa säännellään luvasta saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Toimivaltaisen valtion on annettava lupa, jos kyseinen hoito kuuluu potilaan asuinvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin ja jos potilaalle ei voida antaa hoitoa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa, huomioiden potilaan senhetkinen terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku. Jos potilaalle voidaan järjestää lääketieteellisesti perusteltu hoito asuinvaltiossa, lupaa ei ole pakko antaa. Asetuksen mukaisella ennakkoluvalla potilas saa hoitoa samoilla ehdoilla ja samoilla maksuilla kuin hoitoa antavan valtion asukas. Luvan antaja vastaa asiakasmaksun ylittävistä hoitokustannuksista täysimääräisesti. Suomessa asuvalle henkilölle asetuksen ennakkoluvan antamisesta vastaa Kansaneläkelaitos julkisen terveydenhuollon asiasta antaman sitovan lausunnon perusteella. Kustannuksista vastaa potilaan kotikunta. Jos potilaalla ei ole kotikuntaa, kustannukset jäävät valtion vastuulle.

Potilasdirektiivi koskee potilaan omaehtoista hakeutumista terveydenhuoltoon toiseen jäsenvaltioon. Potilasdirektiivi toimeenpantiin Suomessa rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetulla lailla (1201/2013, jäljempänä rajalaki), joka tuli voimaan vuoden 2014 alusta. Rajalain lähtökohtana on potilaan oikeus hakeutua käyttämään terveyspalveluja toiseen EU-valtioon ja saada kustannuksista jälkikäteen korvaus Kan-

saneläkelaitoksesta. Potilas maksaa ensin itse kaikki hoidosta aiheutuneet kustannukset. Potilaalla on oikeus hoitokustannusten korvaukseen samoin perustein kuin hoito olisi annettu potilaan kotimaassa.

Rajalain mukaan henkilön hakeutuessa varta vasten hoitoon toiseen jäsenvaltioon, kustannukset korvataan sairausvakuutuslain perusteella. Äkillisen sairastumisen tilanteissa henkilön oleskellessa tilapäisesti toisessa jäsenvaltiossa, hoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan kuitenkin aiheutuneiden todellisten hoitokustannusten perusteella, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaavan hoidon antamisesta olisi aiheutunut henkilön kotikunnassa.

Rajalaissa valitun korvausmallin on katsottu parhaiten istuvan Suomen monikanavaisesti rahoitettuun terveydenhuoltojärjestelmään. Sairaanhoidokorvauksien korvaustaso on kuitenkin tosiasiallisesti matala suhteessa asiakkaan maksettavaksi jäävään osuuteen julkisessa terveydenhuollossa. Näin ollen sairaanhoidokorvauksiin perustuva korvausmalli rajaa käytännössä potilaan oikeutta valita ulkomainen hoidon tarjoaja. Potilaan oikeuksia ja palvelujen vapaata tarjontaa korostavan potilasdirektiivin ja EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön valossa on siten mahdollista, että sairaanhoidokorvauksiin perustuvan mallin katsotaan alhaisen korvaustason vuoksi rajoittavan potilaiden liikkuvuutta ja palveluiden vapaata tarjontaa sisämarkkinoilla.

Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannukset tulee korvata potilaalle, kuten jos kustannukset olisivat syntyneet Suomessa. Työryhmän valmistelemissa rahoitusmallissa 2 järjestämisvastuullinen taho vastaisi terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta alueellaan eikä erillistä sairaanhoidokorvausjärjestelmää enää olisi. Näin ollen korvaus rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksista maksettaisiin järjestämisvastuullisen toimijan järjestämän terveydenhuollon kustannusten perusteella ja kustannuksista vastaisi lähtökohtaisesti järjestämisvastuullinen toimija. Malleissa 1, 3 ja 4 sairaanhoidokorvausjärjestelmä säilyisi, joten rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisessa olisi periaatteessa mahdollista säilyttää nykyinen sairaanhoidokorvauksiin perustuva korvausmalli. Malleissa 1 ja 4 rajat ylittävästä terveydenhuollosta aiheutuneiden kustannusten korvaaminen riippuisi kuitenkin siitä, miten nykyistä sairaanhoidokorvausjärjestelmää kehitettäisiin. Vakuutusperusteisissa malleissa (5 A ja B) korvaus määräytyisi vakuutuksen korvaustason perusteella.

4.3.5 Vapaus valita palveluiden tuottaja

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden asemaa on viime vuosina vahvistettu. Keinoja ovat esimerkiksi asiakkaan päätösvallan lisääminen ja tukeminen häntä itseään koskevissa asioissa sekä viranomaisten ja palveluntuottajien velvoittaminen mahdollistamaan ja kunnioittamaan asiakkaan valintoja. Yksi keino on ollut valinnanvapauden lisääminen. Tässä valinnanvapaus tarkoittaa mahdollisuutta valita mistä ja keneltä saa palveluita.

Terveydenhuoltolain mukaan potilaalla on vuodesta 2014 alkaen ollut mahdollisuus valita terveysasema ja erikoissairaanhoidon yksikkö kaikista Suomen julkisista terveysasemista ja sairaaloista. Sosiaalihuollossa on terveydenhuoltoa niukemmin valinnanvapautta. Osin tilanne selittyy palveluiden erilaisella luonteella ja toisaalta sillä, että sosiaalihuollossa on runsaasti julkisen vallan käyttöä esimerkiksi lasten huostaanotossa ja etuisuuspäätösten teossa.

Kunta on voinut ja voi edelleenkin tukea valinnanvapautta myöntämällä asiakkaalle palvelusetelin, mikä sosiaalipalveluissa on tähän asti ollut lähes yksinomainen keino tukea asiakkaan valinnanmahdollisuuksia. Sosiaalihuoltolaissa on ollut vuodesta 2004 lukien säännös kotipalvelun ja siihen liittyvän kotisairaanhoidon palvelusetelistä. Kaikkia kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskeva laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä säädettiin vuonna 2009 (569/2009). Palvelusetelilain mukaan kunnilla on mahdollisuus ottaa tuottajakunnan piiriin myös muita kuin julkisia tuottajia. Euromääräisesti sosiaalipalveluihin myönnettyt palvelusetelit ylittävät terveydenhuoltoon myönnettyjen palveluseleiden määrän. Palvelusetelitoiminnan mittakaava on kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuteen nähden hyvin pieni, sillä palvelusetelin käytön kokonaisarvo oli vain 117 miljoonaa euroa vuonna 2013. Sosiaalipalveluissa palveluseteliä käytetään eniten tehostettuun asumispalveluun, kotihoitoon ja omaishoidon lomitukseen.

Kunta voi myös hankkia yksityisen tai kolmannen sektorin tuottamia palveluita. Tällöin palveluiden tuottaja on sopimussuhteessa kunnalliseen palvelujen rahoittajaan hankintamenettelyn (ostopalvelu) kautta. Ostopalveluissa asiakas ei kuitenkaan aina voi valita palveluntuottajaa. Asiakasmaksut ovat näissä tapauksissa samat kuin kunnallisen toimijan itse tuottamissa palveluissa.

Kunnallisen terveydenhuollon ohella henkilö voi valita yksityisen hoidon, jonka kustannuksista Kela korvaa julkisella rahoituksella vakuutetulle taksan mukaisen osan. Tällöin palvelun käyttäjän oma maksuosuus on yleensä huomattavasti korkeampi yksityisessä kuin julkisessa terveydenhuollossa.

Jotta tosiasiallisesti voidaan puhua palveluiden tuottajan valinnasta, asiakkaalla tulee olla riittävästi valinnanvaraa. Valinnanvapaus näin määriteltynä on suhteellista, sillä se ei välttämättä ole kaikkien kansalaisten ulottuvilla, vaan sitä voivat rajoittaa yksityisen palvelutuotannon saatavuus harvaanasutuilla alueilla, maantieteelliset etäisyydet, henkilöiden maksukyky sekä kyky ja osaaminen tehdä valintoja. Työssä käyvälle kansanosalle työterveyshuolto luo valinnanvaraa työnantajan hankkiman työterveyshuollon puitteissa. Toisaalta työterveyshuollon valinnanvaraa rajoittaa osaltaan se, että pelkkä lakisääteinen työterveyshuolto ei pääsääntöisesti sisällä sairaanhoitoa.

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta tuli Suomessa voimaan 1.1.2014 alkaen, ja sillä toimeenpantiin Euroopan unionin potilasdirektiivi. Potilasdirektiivi vahvistaa potilaan oikeuksia ja edellytyksiä saada hoitoa toisessa EU:n jäsenmaassa. Lähtökohdiana on, että potilas voi hakea vapaasti terveyspalveluja toisesta EU-maasta. Jos hoito kuuluu suomalaiseseen palveluvalikoimaan, potilas maksaa ensin itse käyttämänsä terveydenhuollon palvelun toisessa EU-maassa, ja Kela korvaa hoidon kustannukset samoin periaattein kuin kotimaassa yksityisessä hoitopaikassa annetusta hoidosta. Korvausperiaatteesta johtuen hoidon hakemista muusta EU-maasta voivat rajoittaa potilaalle koituvat, kotimaan kunnallista terveydenhuoltoa huomattavasti korkeammat kustannukset. Potilasdirektiivi ei sääntele EU:n jäsenmaan sisäistä palvelujärjestelmää eikä siten myöskään kansallisesti valtion sisällä toteutettavaa valinnanvapautta.

Keskustelu valinnanvapaudesta sisältää useita eri ulottuvuuksia. Julkisen terveydenhuollon valinnanvapaus on nykyisessä laajuudessaan tuore asia. Sen toimeenpano ja vaikutusten arviointi on vielä alkuvaiheessa.

Suoria säästövaikutuksia ei valinnanvapauden ja tuottajakunnan laajentamisella välttämättä ole. Alkuvaiheessa se saattaa väliaikaisesti lisätä kustannuksia, jos palveluiden saatavuus paranee tilanteessa, jossa on ollut palveluiden alitarjontaa suhteessa tarpeeseen. Kustannuslisäys voi olla pysyvä menojen vakiinnuttua korkeammalle tasolle ja tarjonnan lisääminen usein myös lisää kysyntää. Toisaalta mahdollisuus

valita palveluntuottajansa voi synnyttää järjestelmään kilpailua, joka pidemmällä aikavälillä auttaa palveluiden järjestäjää saavuttamaan säästöjä.

Julkisissa palvelujärjestelmissä, joissa palvelujen saatavuus ja asiakaskeskeisyys ovat olleet ongelmia, asiakkaan valinnanvapauteen on yleensä liitetty mekanismi, jolla pyritään laajentamaan ja monipuolistamaan tuottajakuntaa. Kohtelemalla erityyppisiä tuottajia neutraalisti ja sitouttamalla nämä yhtenäisiin korvauksiin, jotka seuraavat asiakkaiden valintoja, tuottajat joutuvat kilpailemaan keskenään. Asiakkaiden valinnan perusteina voivat olla sekä järjestäjätahon raportoima, esimerkiksi palveluiden tuloksellisuuteen liittyvä laatu, että asiakkaan, hänen läheistensä tai vertaisryhmiensä kokema palvelun laatu.

Jotta asiakkaat pystyvät tekemään tietoisia valintoja, on varmistettava riittävän ja ajantasaisen kuluttaja- ja potilasinformaation tuottaminen ja levittäminen. Tämä edellyttää avoimen vertailutiedon keruun ja raportoinnin vahvistamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (julkisia ja yksityisiä) on tarjolla eri tavoin kaupungeissa ja maaseudulla sekä maan eri osissa. Vaikka palveluja olisi saatavilla, valinnanvapaus toimii huonosti niiden kohdalla, joilla ei ole kykyä valita ja joilla ei myöskään ole sellaisia läheisiä, jotka voisivat auttaa valinnassa. Toisaalta mahdollisuus valita voi lisätä sitoutumista valittuun palveluun. Valintaan voi liittyä tasa-arvo-ongelma, mikäli toisten mahdollisuus valintoihin suoraan tai välillisesti heikentää niiden palveluja, joiden kohdalla valinnanvapaus ei toteudu. Toisaalta jo se seikka, että pienikin osa asiakkaista ja potilaista tekee aktiivisia valintoja, voi toimia tuottajille kannusteena parantaa koko asiakasryhmän palveluja.

On myös pohdittava, miten varmistetaan palveluiden integraatio ja eheän palveluketjun toteutuminen, jos valinnanvapautta laajennetaan vain yhdessä sote-palveluiden osassa. Samoin on myös ratkaistava, miten suhtaudutaan julkisrahoitteisiin päällekkäisiin valintamahdollisuuksiin. Ratkaistavaksi tulee työterveyshuollon sairauksien hoidon, opiskeluterveydenhuollon ja julkisesti rahoitetun yksityisen terveydenhuollon rooli.

Edellä kuvatut näkökulmat osoittavat, kuinka laajasta ja monitahoisesta kokonaisuudesta valinnanvapauskeskustelussa on kysymys. Niinpä jatkotyössä tulee huolellisesti ja perusteellisesti selvittää näitäkin kysymyksiä, jotta vältetään odottamattomilta vaikutuksilta. Myös kansainvälisiä kokemuksia valinnanvapaudesta ja niiden soveltuvuutta Suomen järjestelmään on syytä arvioida.

4.4 RAHOITUSMALLIVAIHTOEHDOT

Työryhmä on valmistellut viisi päävaihtoehtoa monikanavarahoituksen purkamiseksi.

Työryhmän valmistelemat mallit ovat:

- Malli 1: Alueellinen järjestäjä-rahoittaja, jolla verotusoikeus
- Malli 2: Alueellisesti yhdistetty rahoitus
- Malli 3: Kansallisesti yhdistetty valtion rahoitus ja sairaanhoitovakuutuksen tulot
- Malli 4: Valtion keräämä sote-maksu
- Malli 5: Vakuutusrahastopohjainen hallinto

Rahoitusmallit sisältävät erilaisia vaihtoehtoja rahoituksen keräämiseksi (veroilla, maksuilla sekä valtion, kuntien ja järjestämistä vastaavien tahojen rahoitusosuuksilla)

sekä rahoituksen kohdentamisesta (kunnille, järjestämisvastuullisille tahoille ja sairaanhoitovakuutukseen). Lisäksi mallit sisältävät erilaisia vaihtoehtoja sairaanhoitokorvausten rahoitusvastuusta. Toimeksiannon mukaisesti malleissa ei ole käsitelty rahan ohjautumista palvelutuotantoon, koska se on ensinnäkin pitkälti riippuvainen järjestämisestä koskevasta ratkaisusta ja toisaalta myös mahdollista ratkaista työryhmän kuvaamista päälinjoista erillisenä.

Työryhmä on alustavasti arvioinut mallien oletettuja vaikutusmekanismeja julkistalouteen, rahoitusjärjestelmän kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen ja ohjattavuuteen, asukkaiden ja asiakkaiden asemaan ja yhdenvertaisuuteen sekä lainsäädäntöön. Mallien mahdollisten vaikutusmekanismien arvioinnissa pohditaan myös, minkälaisia edellytyksiä malli tarjoaa kannusteiden luomiselle tai valinnanvapauden laajentamiselle, mutta ei käsitellä tarkemmin erilaisia kannusteita tai valinnanvapauden laajentamisen toteutusvaihtoehtoja.

Työryhmän valmistelemien viiden rahoitusmallin lähtökohtana on ollut perustuslakivaliokunnan linjaamalla tavalla sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen tehostaminen, integraatio sekä järjestäjien kantokyvyn vahvistaminen. Kaikissa esitetyissä malleissa palveluiden järjestäjätahon väestöpohjan on oltava näiden tavoitteiden saavuttamiseksi riittävän suuri.

Tässä raportissa on kuvattu sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmallivaihtoehtoja hyvin yleisellä tasolla. Mallit sisältävät useita osia, joita on mahdollista yhdistellä toisiinsa eri tavoilla. Malleissa ei myöskään ole otettu kantaa siihen, millä perusteilla mahdolliset alueellisesti kerättävät sote-verot tai valtion keräämät sote-maksut kerätään. Jatkotyössä täytyy lisäksi selvittää mallien tarkemmat taloudelliset vaikutukset. Tämä vaatii kuntien ja valtion sekä muiden mahdollisten toimijoiden välisten rahavirtojen ja kustannustenjaon arvioimista. Lisäksi mallivaihtoehtojen taloudellisia vaikutuksia on arvioitava veronmaksajien ja palveluiden käyttäjien näkökulmasta.

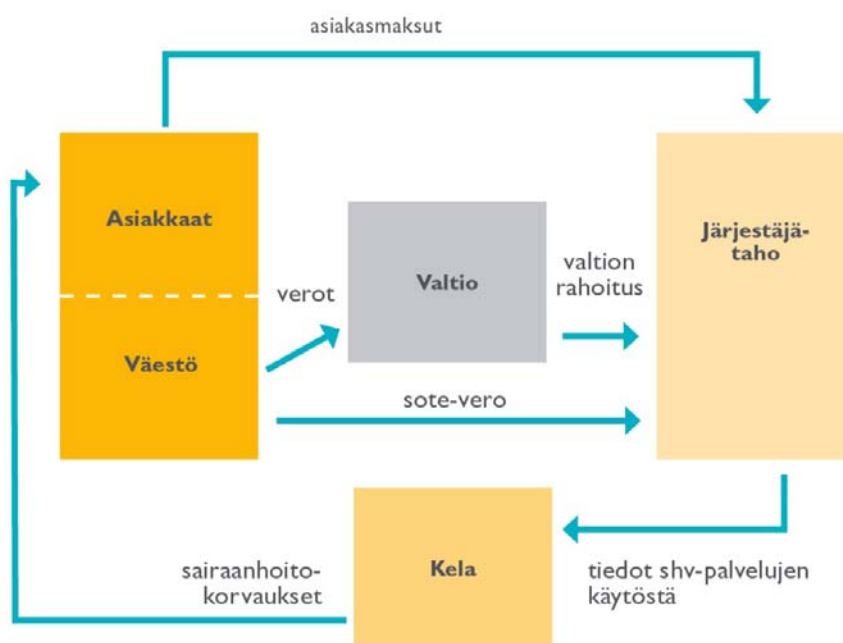
Seuraavassa luvussa kuvataan viisi periaatteellista vaihtoehtoa rahoituksen uudistamiseksi. Ne ovat esimerkkejä siitä, millä tavoin rahan keräämisen ja kohdentamisen erilaisia elementtejä voidaan yhdistellä ja millaisia oletettuja vaikutusmekanismeja tämän seurauksena syntyisi. Malleja voidaan muunnella eri tavoin, joten joissakin ehdotetuissa malleissa on esitetty eräitä mahdollisia muunnelmia. Lisäksi malleissa, joissa esitetään sairaanhoitovakuutuksen lakkauttamista, voitaisiin yhtenä variaatiomahdollisuutena myös toteuttaa sairaanhoitovakuutuksen kehittäminen niin, että nykyinen valtion rahoitusosuus korvattaisiin tulevan järjestämisvastuullisen tahon rahoitusosuudella.

Valmisteltujen mallivaihtoehtojen lisäksi työryhmässä esiteltiin Kelan, THL:n sekä Sitran laatimia mallivaihtoehtoja sekä suuntaviivoja (liite 3). Nämä sisältävät esimerkkejä rahan ohjautumisen vaihtoehtoista, joita voidaan tarkastella tarkemmin työryhmän esittämien mallien jatkovalmistelussa. Erilaisia rahan ohjautumisen yksityiskohtia on mahdollista yhdistellä työryhmän valmistelemien mallien kanssa usealla eri tavalla. Työryhmän näkemyksen mukaan ensi vaiheessa on kuitenkin tärkeää ratkaista rahoitusjärjestelmän kokonaishallinnan kannalta keskeiset päälinjat ja periaatteet.

4.4.1 Malli 1. Alueellinen järjestäjä-rahoittaja, jolla verotusoikeus

Mallissa järjestämisvastuullisella taholla on suorilla alueellisilla vaaleilla valittu valtuusto ja itsenäinen verotusoikeus. Järjestämisvastuullinen taho kerää pääosan tuloistaan veroina. Myös sairaanhoitovakuutuksen tuloja vastaava osuus kerätään osana järjestäjän keräämää veroa. Valtio maksaa järjestäjälle kehittämis- ja tasoitusrahoitusta.

MALLI I



Kuvio 3. Malli 1.

Mallin kuvaus

Alueellinen järjestäjä-rahoittaja muodostaa uuden parlamentaarisen demokratian tason, jolla on suorilla vaaleilla valittu edustajisto ja itsenäinen verotusoikeus. Uuden tason luomisen mielekkyys riippuu osittain siitä, kuinka monta järjestäjä-rahoittajatahoa maahan halutaan luoda. Mallissa alueille kertyvät laajat vastuut edellyttävät pientä määrää suuria ja vahvoja järjestäjätahoja.

Rahoituksen kerääminen

Järjestämisvastuullinen taho päättää itse verotuksen tason alueellaan. Järjestämisvastuussa olevan tahon rahoitus muodostuu näin pääosin verotulosta. Valtiolta tuleva rahoitus kattaa osan kokonaisrahoituksen keräämisestä. Verotuksen pääperiaatteista päätetään kansallisesti.

Nykyisen sairaanhoitovakuutusmaksun kerääminen loppuu ja tämä rahoitusosuus kerätään osana järjestämistä vastuullisen tahon keräämää veroa. Kuntien rahoitusvelvollisuus sosiaali- ja terveystalouteen päättyy. Kunnilla säilyy verotusoikeus niiden vastuulla olevien muiden tehtävien (esim. perusopetuksen) osalta.

Uudistuksen voimaantulovaiheessa verorasituksen mahdollista nousua tulisi kompensoida tuloverotuksessa siten, ettei uudistuksen yhteydessä kokonaisveroaste kasvaisi. Asiakkailta kerättävien asiakasmaksujen enimmäismääristä ja maksukatoista tehdään kansalliset linjaukset.

Rahoituksen kohdentaminen

Järjestämistä vastuullisen tahon vastuulla ovat kaikki nykyiset julkiset palvelut yhtenä kokonaisuutena. Järjestämistä vastuullisen tahon tulot käytetään sen vastuulla olevien palvelujen rahoittamiseen.

Valtion rahoitusta käytetään järjestämistä vastuullisten tahojen välisenä tasoitusrahoituksena sekä ohjauksinstrumenttina kansallisten kehittämistarpeiden tukemiseen. Valtion rahoituksella järjestämistä vastuullisia alueita voidaan esimerkiksi palkita ja kannustaa hyvään laatuun ja vaikuttavuuteen.

Kansaneläkelaitos huolehtii edelleen sairaanhoitokorvausten maksamisesta, mutta näiden korvausten rahoitusvastuu on sillä järjestämistä vastuullisella taholla, jonka alueella asiakas asuu. Korvausten maksuperusteista säädetään nykyiseen tapaan valtakunnallisesti. Järjestämistä vastuullinen taho voi kuitenkin halutessaan päättää, että sen alueella jotkin korvaukset maksetaan valtion säätämää tasoa korkeampana.

Päätöksenteko ja ohjaus

Päätökset verotuksesta ja verotuoton käyttämisestä tehdään järjestämistä vastuussa olevien alueiden päättävissä elimissä kansallisen lainsäädännön asettamien reunaehtojen puitteissa. Näin poliittinen, taloudellinen ja operatiivinen (ohjaus-) valta ja vastuu ovat pääosin samoissa käsissä.

Järjestämistä vastuullinen taho on päätöksistään tilivelvollinen ensisijaisesti alueensa äänestäjille. Suora aluevaali takaa järjestelmän demokraattisuuden ja tukee kansanvaltan toteutumista.

Koska mallissa syntyy uusi hallinnon taso, valtionohjauksen tarve pienenee mutta ei häviä. On syytä pohtia, onko tarvetta uudentyyppisille ohjauksvälineille.

Mallin mahdollisia vaikutuksia

Julkistalouteen

- Integroidussa järjestelmässä, jossa päätöksenteko on alueellisesti suuremmilla, entistä vahvemmillä taloudellisilla, toiminnallisilla ja korkean osaamisen omaavilla toimijoilla, toimintojen rationalisointiin ja osatunnetun vähenemiseen liittyvät säästöt ovat mahdollisia.
- Malli on sovitettavissa yhteen julkisen talouden suunnitelmaan ja suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon budjettikehysten kanssa.

- Uudistus selkeyttää vastuunjakoja ja suoraviivaistaa hallinnollisia käytäntöjä, mikä todennäköisesti hillitsee hallinnon kustannusten nousua.
- Tarvitaan tasausjärjestelmä tasoittamaan järjestämismääräysten tahojen välisiä eroja.
- Vaihtoehtoon sisältyy riski, että kokonaisveroaste nousee.

Rahoitusjärjestelmän kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen ja ohjattavuuteen

- Mallissa järjestäjä-rahoittajalla on vahva ohjausvalta.
- Taloudellisen, poliittisen ja ohjausvastuun kerääminen yksiin, osaviin käsiin parantaa järjestelmän ohjattavuutta ja kokonaistoimivuutta ja mahdollistaa laajempia ja todennäköisesti rationaalisempia ratkaisuja.
- Järjestäjä-rahoittajien laaja autonomia voi myös johtaa erilaisiin alueellisiin ratkaisuihin ja näiden seurauksena kohtuuttomiinkin vaihteluihin esim. palvelutarjonnassa. Osaksi tästä syystä kansallisen ohjauksen tarve ei järjestelmässä katoa ja toisaalta se voi myös mahdollistua nykyistä paremmin. Järjestäjä-rahoittajan vastuulle jää palveluiden toteuttaminen yhdenvertaisesti alueellaan säädösten ja niihin perustuvan kansallisen ohjauksen puitteissa.

Rahoitusjärjestelmän kannusteisiin

- Järjestämismääräykselle taholle ei synny kannusteita epäedulliselle osaoptimoinnille. Aluetason rahoitus ja päätöksenteko mahdollistaa laajempia ja todennäköisesti rationaalisempia ratkaisuja. Päätöksenteossa yksittäisten kuntien edunvalvonta ja ristiriidat menettävät merkitystään. Kun järjestäjällä ei ole mahdollisuutta siirtää kustannuksia muille toimijoille, syntyy sille kannuste kehittää esimerkiksi uudenlaisia palvelumuotoja ja toteutustapoja (esim. liikkuvia palveluja ja matkustuslogistiikkaa).
- Nykyisen sairaanhoitovakuutuksen piiriin kuuluvat korvaukset, kuten avohoidon lääkekorvaukset ja matkakorvaukset, rahoitetaan järjestämismääräyksen tahon varoista. Jos terveyspalvelujen saatavuusongelmat aiheuttavat sairaanhoitokorvausmenojen kasvua, järjestäjätaho joutuu maksamaan tästäkin syntyvät kustannukset.
- Osaavat järjestäjätahot voivat luoda tuotannolle entistä parempia laatu- ja kustannusvaikuttavuuskannusteita ja -vaatimuksia sekä seuranta- ja ohjausjärjestelmiä. Myös valtion rahoituksella voidaan kannustaa hyvää laatua ja vaikuttavuutta.
- Kannusteiden rakentaminen kuntien vastuulla olevaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen vaikeutuu, kun päätöksenteon yhteys irtaantuu ja kun kunnat eivät rahoita sosiaali- ja terveyspalveluita. On kuitenkin mahdollista kehittää erityisiä kannustinmekanismeja esimerkiksi valtion tuella. Joidenkin muiden sektoreiden tehtävien siirtäminen järjestäjä-rahoittajan järjestämismääräykselle tukisi väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sen alueella.

Asukkaiden ja asiakkaiden asemaan ja yhdenvertaisuuteen

- Suurilla ja osaavilla järjestäjä-rahoittajilla on entistä paremmat edellytykset taata palveluiden saatavuus sekä laadukkaat ja tasavertaiset palvelut alueensa kaikille asukkaille, mikä vahvistaa alueen sisäistä yhdenvertaisuutta.
- Alueiden välisen erilaistumisen ehkäisemiseksi voidaan tarvita kansallisesti määriteltyjä yhteisiä periaatteita, jottei eri alueiden asukkaiden välille syntyisi epä-tasa-arvoa esim. palvelujen saatavuudessa, vapaassa liikkuvuudessa ja valinnanvapauden takaamiseksi kaikille kansalaisille.
- Veroratkaisu voi aiheuttaa muutoksia yksilöiden verorasituksen jakautumisessa.
- Valinnanvapauden edellytysten - esim. riittävän valinnanvaran - luominen sekä käytännön ratkaisumallien kehittäminen helpottuvat alueiden laajempien resurs-sien ja tilaajaosaamisen seurauksena. Kansallisella tasolla olisi kuitenkin ratkais-tava esimerkiksi se, mihin sosiaali- ja terveystalouteen mahdollinen valinnan-vapauden laajentaminen kohdistuisi. Kansallisen valinnanvapauden helpottami-seksi tarvitaan myös esim. kansallisesti yhtenäisiä tuottajien korvausmenettelyjä.

Lainsäädäntöön

- Mallin toteuttaminen vaatisi merkittäviä muutoksia voimassa olevaan lainsää-däntöön, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaan sään-telyyn, vaaleja koskevaan sääntelyyn, verolainsäädäntöön, sairausvakuutuslain-säädäntöön, valtionosuuslainsäädäntöön ja kuntalakiin.
- Jos itsenäiset järjestäjävastuulliset tahot perustetaan, niille on mahdollista siirtää myös muita tehtäviä. Nämä muutokset vaatisivat lainsäädännön kehittä-mistä
- Malli olisi merkittävä muutos Suomen verojärjestelmään sekä alueelliseen hal-lintorakenteeseen.

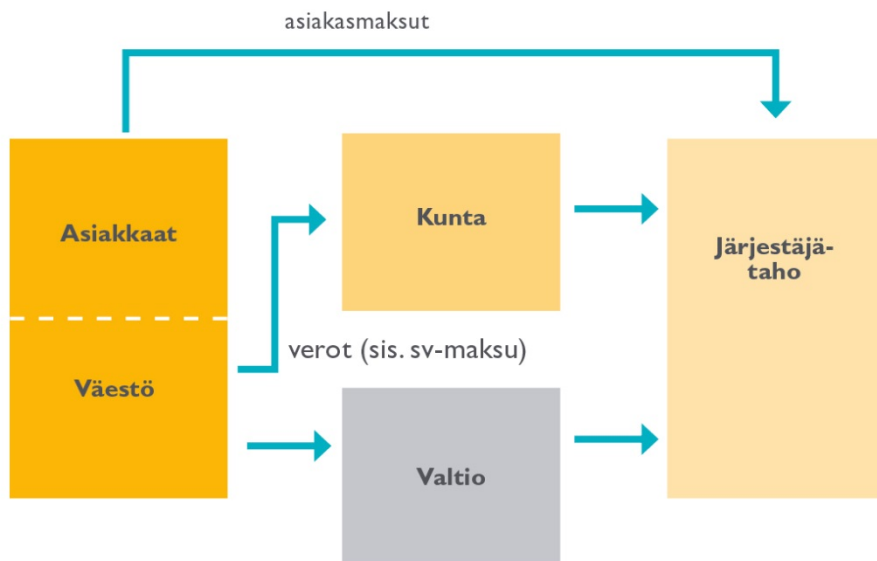
Mallin mahdollinen muunnelma

Malliin 1 voidaan vaihtoehtoisesti yhdistää (kuten mallissa 2) kaikki sote-palvelut kattava järjestämävastuu jolloin erillisiä sairaanhoitokorvauksia asukkaille ei ole.

4.4.2 Malli 2. Alueellisesti yhdistetty rahoitus

Mallissa kunnat ja valtio keräävät rahoituksen verotuloina. Sairaanhoitovakuutusmak-sua vastaava osuus kerätään kunnallisen tai kansallisen verotuksen yhteydessä. Kun-nat rahoittavat palveluita lain määrittämällä tavalla. Valtion keräämä rahoitusosuus kohdennetaan kokonaisuudessaan järjestämävastuullisille kuntayhtymille. Niillä on itsenäinen päätäntävalta rahoituksen käytöstä lainsäädännön ja muun kansallisen oh-jauksen puitteissa. Järjestämävastuullisen tahon järjestämävastuun piiriin kuuluvat sekä nykyiset julkiset että sairaanhoitovakuutuksesta korvattavat sote-palvelut, eikä erillisiä sairaanhoitokorvauksia asukkaille ole.

MALLI 2



Kuvio 4. Malli 2.

Mallin kuvaus

Mallissa järjestämisvastuu ja vastuu rahoituksen käytöstä on järjestämisvastuullisella taholla, mikä vahvistaa alueellista ohjausta ja päätöksentekoa. Malli edellyttää suuria ja vahvoja järjestäjätahoja ja niiden suhteellisen pientä määrää sekä riittävän vahvaa kansallista ohjausta.

Rahoituksen kerääminen

Rahoitus kerätään kuntien ja valtion verotuloina. Sairaanhoidovakuutusmaksua vastaava osuus kerätään kunnallisen tai kansallisen verotuksen yhteydessä. Asiakkailta kerättävien asiakasmaksujen enimmäismääristä ja maksukatoista tehdään kansalliset linjaukset.

Kun valtion rahoitusosuus menee suoraan järjestäjätaholle, ei kuntien maksuosuuksia tarvitse välttämättä painottaa valtionosuuskriteerien perusteella. Kuntien maksuosuuteen voidaan kuitenkin kehittää kannusteita esimerkiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Rahoituksen kohdentaminen

Rahoitus (kuntien rahoitusosuus, valtion rahoitusosuus) kohdennetaan kokonaisuudessaan suoraan järjestämisvastuussa olevalle taholle, jonka järjestämisvastuulla ovat kaikki palvelut yhtenä kokonaisuutena. Saadut tulot käytetään järjestäjän vastuulla olevien sote-palvelujen rahoittamiseen.

Valtion rahoitusta käytetään järjestämisvastuussa olevien tahojen välisenä tasoitusrahoituksena sekä ohjausinstrumenttina kansallisten kehittämistarpeiden tukemiseen.

Päätöksenteko ja ohjaus

Päätökset rahoituksen keräämistä ja kohdentamisesta järjestämisvastuussa oleville tahoille tehdään kansallisesti.

Mallin mahdollisia vaikutuksia

Julkistalouteen

- Päätökset rahoituksen käytöstä ja järjestämisestä ovat samalla taholla. Tämä kannustaa tehokkuuden lisäämiseen. Näin voidaan vaikuttaa julkisen talouden kustannuskehitykseen.
- Malli on sovittavissa yhteen julkisen talouden suunnitelmaan ja suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon budjettikehysmenettelyyn, mutta vaatii tarkkaa järjestämisvastuullisten tahojen sisäistä ja välistä seuranta.
- Uudistus voi jossain määrin selkeyttää vastuunjakoa ja suoraviivaistaa hallinnollisia käytäntöjä, mikä todennäköisesti hillitsee hallinnon kustannusten nousua nykymalliin verrattuna.

Rahoitusjärjestelmän kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen ja ohjattavuuteen

- Rahoitusjärjestelmässä alueellinen päätöksenteko, johtaminen ja vastuu korostuvat. Järjestämisvastuullisten tahojen (suhteellisen) laaja autonomia voi myös johtaa erilaisiin alueellisiin ratkaisuihin. Tämä edellyttää vahvaa kansallista ohjausta.
- Kansallinen ohjaus toteutuu kansallisen lainsäädännön ja siihen perustuvan ohjeistuksen kautta.
- Valtion rahoitusta voidaan käyttää järjestämisvastuullisten tahojen välisten erojen tasoittamiseen.
- Rahoituksen kokonaisuuden seuranta ja läpinäkyvyys paranevat nykymalliin verrattuna.

Rahoitusjärjestelmän kannusteisiin

- Koska nykyisenmuotoisia Kelan toimeenpanemia sairaanhoitokorvauksia ei enää ole, järjestämisvastuullisten tahojen mahdollisuus siirtää niihin liittyviä kustannuksia näiden kanavien välillä poistuu. Tämä antaa voimakkaan kannusteen kehittää esimerkiksi uudenlaisia palvelumuotoja ja toteutustapoja (esim. liikkuvia palveluja ja matkustuslogistiikkaa).

- Järjestämisvastuullisen tahon tai valtion päätöksillä voidaan rakentaa suoraan kuntien maksuosuuksiin taloudellisia kannusteita kuntien vastuulla olevaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.
- Valtion rahoitusosuuteen voidaan jatkossa rakentaa kannusteita esim. laadun ja vaikuttavuuden lisäämiseksi.

Asukkaiden ja asiakkaiden asemaan ja yhdenvertaisuuteen

- Nykytilanteeseen verrattuna malli vähentää eriarvoisuutta maantieteellisesti ja eri väestöryhmien välillä kunkin järjestämisvastuullisen tahon alueen sisällä. Niiden välisen yhdenvertaisuuden toteutumiseen tarvitaan lisäksi selkeitä kansallisia linjauksia sekä sääntelyä.
- Erillisiä korvauksia lääkäripalkkioista, tutkimuksesta, hoidosta ja kuntoutuksesta ei ole, koska nämä sisältyvät järjestämisvastuuseen. Voidaan tarvita kansallisia linjauksia sekä sääntelyä, esimerkiksi asiakasmaksujen maksukatoista.
- Malli saattaa edellä mainitusta syystä edellyttää nykyistä täsmällisempää järjestämisvastuun sisällön ja laajuuden määrittelyä, jotta asukkaat tietävät mihin heillä on oikeus.
- Valinnanvapautta voidaan toteuttaa lainsäädännöllä ja järjestämisvastuullisen tahon omilla päätöksillä kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Terveystuon valinnanvapaus jatkuu julkisessa terveydenhuollossa kuten nykyisinkin. Kansallisesti on ratkaistava yleiset periaatteet valinnanvapauden toteuttamisesta.
- Malli tukee terveydenhuollon ja sosiaalihuollon integraatiota kuten myös terveydenhuollon vertikaalista integraatiota.

Lainsäädäntöön

- Mallin toteuttaminen vaatisi merkittäviä muutoksia voimassa olevaan lainsäädäntöön, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaan sääntelyyn, sairausvakuutuslainsäädäntöön, valtionosuuslainsäädäntöön ja kuntalakiin.

Mallin mahdollinen muunnelmä

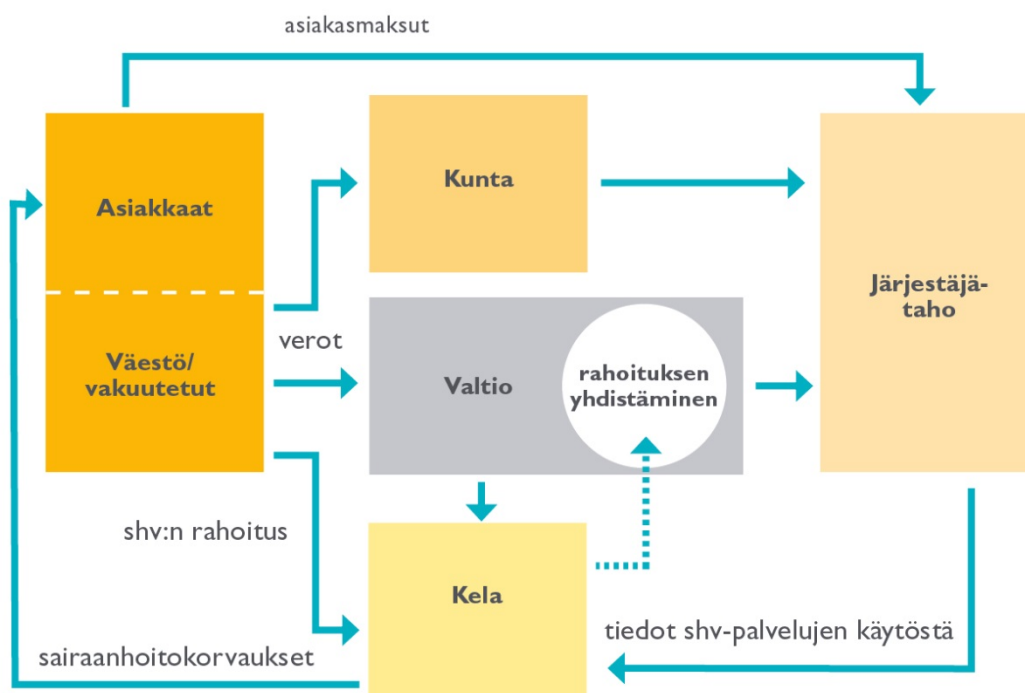
Malliin 2 voidaan vaihtoehtoisesti yhdistää mallin 1 mukaisesti Kelan toimeenpanemat sairaanhoitokorvaukset, jotka järjestämisvastuullinen rahoittaisi ja joiden tasosta päätetään valtakunnallisesti.

4.4.3 Malli 3. Kansallisesti yhdistetty valtion rahoitus ja sairaanhoitovakuutuksen tulot

Mallissa rahoitus kerätään kuten nykyään, valtion ja kuntien verotuloina ja sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksuna. Valtion nykyistä vastaava, kunnille ohjautuva sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusrahoitus ja sairaanhoitovakuutusrahoitus yhdistetään koko maan tasolla ja kohdennetaan järjestämisvastuullisille tahoille. Mallin erityispiirteeksi muodostuu kansallisen ohjauksen vahvistaminen: valtio voi vaikuttaa yhdistetyn rahoituksen kokonaismäärään, sen jakaumaan ja sosiaali- ja terveysalueille

kohdentamisen perusteisiin. Kunnat rahoittavat palveluita laissa määritellyllä tavalla. Järjestämisvastuullinen taho on vastuussa siitä, että sille laskennallisesti kyseisenä vuonna kohdistetut sairaanhoitovakuutuksen rahat riittävät sen asukkaiden saamiin korvausten maksamiseen. Toisaalta järjestämisvastuullinen taho voi käyttää mahdollisesti säästyvät sairaanhoitovakuutuksen korvausrahat oman järjestämisvastuunsa piiriin kuuluvan toiminnan rahoittamiseen.

MALLI 3



Kuvio 5. Malli 3

Mallin kuvaus

Sairaanhoitovakuutuksesta mahdollisesti säästyvät varat ja siten myös kannustinvaikutukset jäävät sitä pienemmiksi, mitä enemmän järjestämisvastuualueita on. Tämän vuoksi malli edellyttää suuria ja vahvoja järjestätätahoja ja niiden suhteellisen pientä määrää. Koska malli ei muuta rahoituksen keräämistä nykyisestä ja kerätty rahoitus yhdistettäisiin vain laskennallisesti, malli muuttaa vähiten nykytilaa. Mallista seuraa, että järjestämisvastuullisten tahojen on oltava kuntayhtymiä.

Rahoituksen kerääminen

Rahoitus kerätään kuten nykyisin, valtion ja kuntien verotuloina ja sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksuna. Valtion rahoitus ja sairaanhoitovakuutuksen tulot yhdistetään kansallisella tasolla.

Asiakkailta kerättävien asiakasmaksujen enimmäismääristä maksukatoista tehdään kansalliset linjaukset.

Rahoituksen kohdentaminen

Kansallisesti yhdistetty rahoitus kohdistetaan laskennallisesti järjestämisvastuullisille tahoille. Kohdentamispäätöksessä määritellään, paljonko kohdennetusta rahamäärästä arvioidaan tarvittavan sairaanhoitokorvauksiin. Kukin järjestämisvastuullinen taho on vastuussa siitä, että sille kohdennettu sairaanhoitovakuutuksen raha riittää sen alueen asukkaiden saamien sairaanhoitokorvausten maksamiseen. Toisaalta järjestämisvastuullinen taho voi käyttää mahdollisesti säästyvät sairaanhoitovakuutuksen korvausrahat oman järjestämisvastuunsa piiriin kuuluvien palveluiden rahoittamiseen.

Vakuutettujen oikeus sairaanhoitokorvauksiin säilyy ja sairaanhoitovakuutuskorvaukset maksetaan nykykäytännön mukaisesti.

Päätöksenteko ja ohjaus

Päätökset rahoituksen kohdentamisesta järjestämisvastuullisille tahoille tehdään kansallisesti. Valtio voi vaikuttaa yhdistetyn rahoituksen kokonaismäärään, sen jakamaan ja kohdentamisen perusteisiin lainsäädännöllä.

Sairaanhoitokorvausten toimeenpanosta vastaa edelleen Kansaneläkelaitos. Se tekee päätökset sairaanhoitokorvausten myöntämisestä ja maksaa ne asiakkaille. Kansallista sairaanhoitokorvausjärjestelmää voidaan kehittää tukemaan järjestämisvastuullisten tahojen toimintaa.

Mallin odotettuja vaikutuksia

Julkistalouteen

- Malli tukee julkisen talouden suunnitelmaa ja suunnitteilla olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon budjettikehysmenettelyä.

Rahoitusjärjestelmän kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen ja ohjattavuuteen

- Valtio voi vaikuttaa yhdistetyn rahoituksen kokonaismäärään, sen jakaamaan ja kohdentamisen perusteisiin lainsäädännöllä.
- Järjestämisvastuullisen tahon edellytykset sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuuden tarkasteluun ja ohjaamiseen lisääntyvät.
- Kansallisella tasolla yhdistäminen voi johtaa siihen, että valtakunnan tasolla on erikseen organisaatio, joka kokoaa rahoituksen yhteen ja erikseen palveluja ohjaava organisaatio. Silloin rahat ja ohjaus olisivat eri organisaatioissa.
- Sairaanhoitokorvausten käyttötiedot tulevat Kelaan, jolloin voidaan seurata korvausten käyttöä suhteessa laskennallisesti arvioituun määrään. Malli ei sinällään vaadi uusia tietojärjestelmäratkaisuja. Kelan nykyistä tietojärjestelmää hyödynnetään sairaanhoitokorvausten maksatuksessa sekä ko. korvaustietojen kokoamisessa ja hyödyntämisessä.

Rahoitusjärjestelmän kannusteisiin

- Järjestämismallien tahojen oikeus saada säästyneet sairaanhoitovakuutuksen korvausrahat voi kannustaa rationalisoimaan palvelujen järjestämistapoja ja esimerkiksi lääkehoitoa. Järjestämismallille taholle voi myös syntyä kannuste kehittää esimerkiksi uudenlaisia palvelumuotoja ja toteutustapoja (esim. liikkuvia palveluja ja matkustuslogistiikkaa).
- Järjestämismallien tahon tai valtion päätöksillä voidaan rakentaa suoraan kuntien maksuosuuksiin taloudellisia kannusteita kuntien vastuulla olevaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Asukkaiden ja asiakkaiden asemaan ja yhdenvertaisuuteen

- Vahva kansallinen ohjaus vahvistaa yhdenvertaisuutta järjestämismallien tahojen välillä.
- Järjestämismallien tahojen ohjauksellisten lisääntyessä mahdollisuudet tasavertaisten palvelujen järjestämiseen niiden sisällä vahvistuvat.
- Valinnanvapautta voidaan toteuttaa lainsäädännöllä ja järjestämismallien tahon päätöksillä kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kansallisesti on ratkaistava yleiset periaatteet valinnanvapauden toteuttamisesta.

Lainsäädäntöön

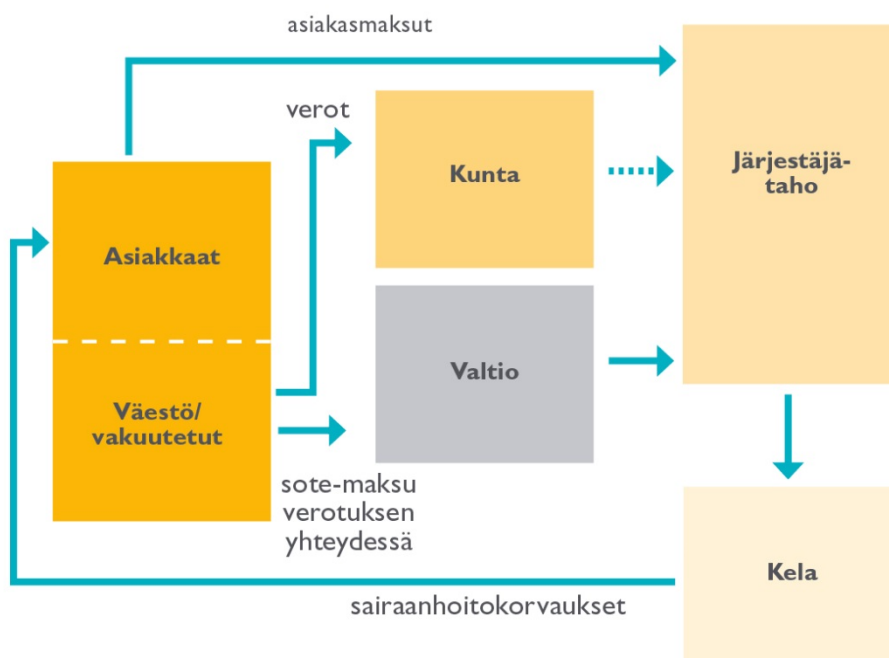
- Mallin toteuttaminen vaatisi muutoksia voimassa olevaan lainsäädäntöön, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaan sääntelyyn, sairausvakuutuslainsäädäntöön, valtiosuuslainsäädäntöön ja kuntalakiin.

4.4.4 Malli 4: Valtion keräämä sote-maksu

Mallissa valtion verotuksen yhteydessä kerätään kansallisesti yhdenmukainen sote-maksu, jolla korvataan nykyinen sekä kunnille että sairaanhoitovakuutukseen maksettava valtiosuus, vakuutetun sairaanhoitovakuutusmaksu sekä kuntien rahoitusosuus. Valtion keräämän rahoituksen on tarkoitus kattaa lakisääteisistä sosiaali- ja terveyspalveluista aiheutuvaksi arvioidut riittävät kustannukset. Valtio kohdentaa sote-maksun tuoton järjestämismallien tahoille, jotka ovat kuntayhtymiä. Kunnat vastaavat sote-palveluiden rahoittamisesta, jos valtion keräämän sote-maksun tuotto ei niihin riitä. Kelan toimeenpanemaa sairaanhoitokorvausjärjestelmää kehitetään tukemaan järjestämismallien tahon toimintaa¹⁸. Järjestämismallien tahot rahoittavat sairaanhoitokorvausmenoja sen perusteella, kuinka paljon niiden alueella käytetään sairaanhoitokorvauksia. Järjestämismalli vastaa oman alueensa palveluiden ja sen asukkaiden käyttämien sairaanhoitokorvauksien menoista.

¹⁸ Sairaanhoitokorvauksia voitaisiin esimerkiksi kohdentaa tiettyihin palveluihin tai järjestämismallien tahon valitsemiin palveluntuottajien tarjoamiin palveluihin sekä kehittää yhteistyötä eri sektoreiden välillä.

MALLI 4



Kuvio 6. Malli 4

Mallin kuvaus

Verrattuna malliin 2, jossa on useita samoja piirteitä kuin tässä mallissa, kansallinen ohjaus korostuu, koska valtio päättää keräämänsä rahoituksen määrästä ja kohdentamisesta alueille. Järjestämisvastuualueiden väestörakenne ja alueelliset erityispiirteet otetaan rahan kohdentamisessa huomioon ja mitä enemmän järjestämisvastuualueita on, sitä suurempia eroja järjestämisvastuualueille kohdennettavan rahan määrässä voi olla.

Rahoituksen kerääminen

Valtio vastaa rahoituksen keräämisestä ja kohdentamisesta järjestäjätahoille. Sotemaksulla katetaan nykyinen kuntien ja sairaanhoitovakuutuksen valtion rahoitusosuus, sairaanhoitovakuutusmaksun tuotot sekä kuntien sosiaali- ja terveystalveluiden rahoitusosuus. Sotemaksun määräytymisestä ja keräämisestä päätetään kansallisesti. Sotemaksun suuruus vahvistetaan vuosittain lainsäädännöllä.

Uudistuksen voimaantulovaiheessa sotemaksun aiheuttama maksurasituksen mahdollista nousua tulisi kompensoida tuloverotuksessa siten, ettei uudistuksen yhteydessä kokonaisveroaste kasvaisi.

Valtion keräämän rahoituksen on tarkoitus kattaa lakisääteisistä sosiaali- ja terveystalveluista aiheutuvaksi arvioidut riittävät kustannukset. Kunnat vastaavat sote-

palveluiden rahoituksesta, jos valtion keräämän sote-maksun tuotto ei niihin riitä. Lisäksi kunnille tulisi kehittää erillisiä kannustinmekanismeja hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Asiakkailta kerättävien asiakasmaksujen enimmäismääristä ja maksukatoista tehdään kansalliset linjaukset.

Rahoituksen kohdentaminen

Valtio kohdentaa sote-maksun tuoton järjestämisvastuullisille tahoille. Järjestäjätaho rahoittaa alueensa sote-menot ja alueen asukkaiden saamien sairaanhoitokorvausten menot.

Julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitokorvausjärjestelmän välistä rajaa puretaan ja sairaanhoitokorvausjärjestelmää kehitetään tukemaan järjestäjätahon toimintaa.

Päätöksenteko ja ohjaus

Rahoituksen keräämisestä ja kohdentamisesta järjestämisvastuullisille tahoille päätetään kansallisesti. Sote-maksun suuruus vahvistetaan vuosittain lainsäädännöllä. Rahoituksen kohdentamisesta päätetään kansallisesti lainsäädännöllä asetettujen laskennallisten kriteereiden perusteella.

Järjestämisvastuullinen alue vastaa sen alueella asuvien sairaanhoitokorvausten menoista. Kansallista sairaanhoitokorvausjärjestelmää voidaan kehittää tukemaan kaikkien järjestämisvastuullisten tahojen toimintaa yhteistyössä järjestämisvastuullisten tahojen kanssa. Sairaanhoitokorvausten toimeenpanosta vastaa edelleen Kansaneläkelaitos. Se tekee päätökset sairaanhoitokorvausten myöntämisestä ja maksaa ne asiakkaille.

Mallin odotettuja vaikutuksia

Julkistalouteen

- Päätökset kerättävästä rahoituksesta ja rahoituksen kohdentamisesta tekee yksi vastuutaho, valtio. Valtiolla on edellytykset puuttua rahoituksen tason ja jakopuusteiden kautta alueiden toiminnan taloudellisiin reunaehtoihin.
- Malli on sovitettavissa yhteen julkisen talouden suunnitelman ja suunnitteilla olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon budjettikehysmenettelyyn.
- Uudistus voi vahvistaa kansallista ohjausta ja yksinkertaistaa hallinnollisia käytäntöjä, mikä todennäköisesti hillitsee hallinnon kustannusten nousua nykymalliin verrattuna.

Rahoitusjärjestelmän kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen ja ohjattavuuteen

- Valtion vastuu rahoituksen keräämisestä ja kohdentamisesta järjestämisvastuullisille tahoille lisää valtion ohjausmahdollisuuksia. Malli lisää kansallista ohjattavuutta ja valtiolla on nykyistä paremmat mahdollisuudet luoda kannusteita järjestäjätahon toimintaan. Myös sote-palveluihin käytettävän rahoituksen läpinäky-

vyys ja ennakoitavuus lisäävät niin valtion kuin järjestämisvastuullisen tahon ohjausmahdollisuuksia.

- Järjestäjätaho vastaa alueensa palveluiden järjestämisestä ja niiden rahoituksesta sekä järjestäjätahon vastuulle kuuluvien henkilöiden saamien sairaanhoitokorvausten menoista. Sairaanhoitokorvausjärjestelmän kehittäminen yhteistyössä järjestäjätahojen kanssa lisää niiden ohjausmahdollisuutta.
- Sairaanhoitokorvausten toimeenpanosta vastaa edelleen Kansaneläkelaitos. Malli ei edellytä uusia tietojärjestelmiä sairaanhoitokorvausten maksatukseen, koska olemassa olevaa järjestelmää voitaisiin hyödyntää.

Rahoitusjärjestelmän kannusteisiin

- Rahoituskanavien määrä vähenee, koska järjestämisvastuullisella taholla on rahoitusvastuu kaikista alueen sote-menoista sairaanhoitokorvaukset mukaan lukien. Mallissa poistuvat kannusteet siirtää kustannusvastuuta toiselle rahoituskanavalle, koska järjestäjätaho on vastuussa myös sairaanhoitokorvausjärjestelmän kustannuksista. Kun järjestäjällä ei ole mahdollisuutta siirtää kustannuksia muille toimijoille, syntyy sille kannuste kehittää esimerkiksi uudenlaisia palvelumuotoja ja toteutustapoja (esim. liikkuvia palveluja ja matkustuslogistiikkaa).
- Valtiolla on rahan kohdentamisen yhteydessä mahdollisuus luoda kannusteita järjestämisvastuullisille tahoille.
- Järjestämisvastuullisten tahojen ja valtion päätöksillä voidaan rakentaa kannusteita kuntien vastuulla olevaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Asukkaiden ja asiakkaiden asemaan ja yhdenvertaisuuteen

- Järjestämisvastuullisten tahojen väliset erot kaventuvat, koska sote-maksu peritään valtakunnallisesti yhdenvertaisesti ja valtio kohdentaa rahoituksen järjestäjille laskennallisin perustein.
- Sote-maksu tekee sote-palveluiden rahoituksen nykyistä läpinäkyvämmäksi myös asiakkaalle.
- Kansallinen päätöksenteko sote-maksusta ja rahoituksen kohdentamisesta lisää myös valtakunnallista yhdenvertaisuutta.
- Maksun määrittämisen tapa voi muuttaa yksilöiden välistä maksurasitusta
- Malli luo hyvät edellytykset potilaan valinnanvapauden laajentamiseen. Valinnanvapautta voidaan toteuttaa lainsäädännöllä ja järjestämisvastuullisen tahon päätöksillä kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kansallisesti on ratkaistava yleiset periaatteet valinnanvapauden toteuttamisesta.

Lainsäädäntöön

- Mallin toteuttaminen vaatisi muutoksia voimassa olevaan lainsäädäntöön, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaan sääntelyyn, sairausvakuutuslainsäädäntöön, valtionosuuslainsäädäntöön ja kuntalakiin.

Mallin mahdollinen muunnelma

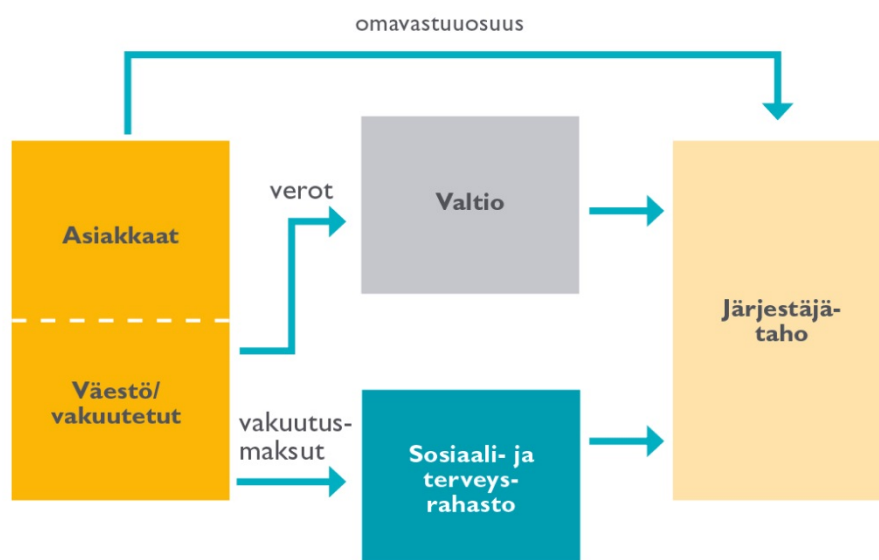
Sote-rahoitus kerättäisiin yleiskatteellisina veroina eli sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitettaisiin osana valtion budjettia.

4.4.5 Malli 5: Vakuutusrahastopohjainen hallinto

5 A. Kansallinen sosiaali- ja terveysrahasto

Mallissa rahoitus kerätään kansalliseen rahastoon pakollisella vakuutuksella. Rahastosta katetaan kaikkien sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä nykyisen sairaanhoitovakuutuksen mukaiset menot. Vakuutuksen kattavuus ja vakuutusmaksun perusteet säädetään lainsäädännöllä. Järjestämisvastuullinen taho (kuntayhtymä tai valtio) määrittää vakuutuksen piiriin kuuluvat tuottajat. Palveluiden hintakatot ja omavastuusuudet määritellään kansallisesti. Valtio vastaa eräiden erityisryhmien vakuutusmaksuista ja eräiden palvelujen rahoituksesta.

MALLI 5 A



Kuvio 7. Malli 5 a.

Mallin kuvaus

Rahoituksen kerääminen

Rahoitus kerätään pakollisella vakuutusmaksulla suoraan vakuutetuilta ja kootaan kansalliseen sosiaali- ja terveysrahastoon.

Valtio rahoittaisi tietyt sosiaalihuollon palvelut (mm.lastensuojelu) ja niiden väestöryhmien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, joilta ei voida periä vakuutusmaksua. Vaihtoehtoisesti rahastoon kerätään vakuutusmaksuilla puskuria

näiden menojen kattamiseen. Kuntien rahoitusvelvollisuus sosiaali- ja terveystalouteen päättyy. Asiakasmaksuja ei kerätä, mutta palveluissa on omavastuuosuudet.

Rahoituksen kohdentaminen

Rahoitus kohdennetaan kansallisesta rahastosta järjestämisvastuullisille tahoille.

Päätöksenteko ja ohjaus

Vakuutuksen kattavuudesta ja perittävistä vakuutusmaksuista päätetään kansallisesti. Rahoituksen kohdentamista järjestämisvastuullisille tahoille (kuntayhtymä tai valtio) ohjataan kansallisesti.

Järjestäjätaho päättää sen alueella vakuutuksen piiriin kuuluvat palveluntuottajat. Kansallisesti määritellään korvattavien palveluiden hintakatot ja korvaustasot. Järjestäjätaho päättää vakuutetuille lisäksi mahdollisesti maksettavista korvauksista.

Mallin mahdollisia vaikutuksia

Julkistalouteen

- Päätökset kerättävästä rahoituksesta ja rahoituksen kohdentamisesta tekee yksi ja sama vastuutaho eli valtio, jolloin sillä on edellytykset puuttua rahoituksen tason ja jakoperusteiden kautta alueiden toiminnan taloudellisiin reunaehtoihin.
- Malli on helppo yhdistää julkisen talouden suunnitelmaan ja suunnitteilla olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon budjettikehysmenettelyyn.
- Sote-palveluihin käytettävä rahoitus tulee läpinäkyväksi ja ennakoitavaksi.
- Kuntien rahoitusvastuu poistuu.

Rahoitusjärjestelmän kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen ja ohjattavuuteen

- Kansallinen päätöksenteko sote-vakuutusmaksun suuruudesta, keräämisestä ja rahoituksen kohdentamisesta lisää kansallista ohjattavuutta. Toisaalta ristiriidat ovat mahdollisia järjestämisvastuullisten tahojen päätöksenteon ja hallinnon kanssa.

Rahoitusjärjestelmän kannusteisiin

- Valtiolla on entistä paremmat edellytykset luoda kannusteita järjestämisvastuullisille tahoille, jos valtio kerää ja kohdentaa rahoituksen.
- Kuntien vastuulla olevaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on haastavaa rakentaa taloudellisia kannusteita.

Asukkaiden ja asiakkaiden asemaan ja yhdenvertaisuuteen

- Valtakunnallisesti yhdenmukaisen maksun periminen kaventaa järjestämisvastuullisten tahojen välisiä eroja.
- Kansallinen päätöksenteko lisää valtakunnallista yhdenvertaisuutta, mutta voi heikentää sopeutumista alueellisiin erityispiirteisiin.
- Sote-vakuutusmaksu tekee sote-palveluiden rahoituksen läpinäkyväksi myös asiakkaalle.
- Vakuutusmaksut peritään työtulosta ja etuustuloista, joten asuminen ei enää edellytys palvelujärjestelmän piiriin kuulumiselle.
- Asiakkaan valinnanvapaus lisääntyy, mutta yksilön vastuu valinnoista kasvaa. Korvaustason ja hintakaton avulla voidaan vaikuttaa valintapäätöksiin.

Lainsäädäntöön

- Mallin toteuttaminen vaatisi muutoksia voimassa olevaan lainsäädäntöön, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaan sääntelyyn, sairausvakuutuslainsäädäntöön, valtiosuuslainsäädäntöön ja kuntalakiin.

Mallin muunnemat

Muunnelma 1.

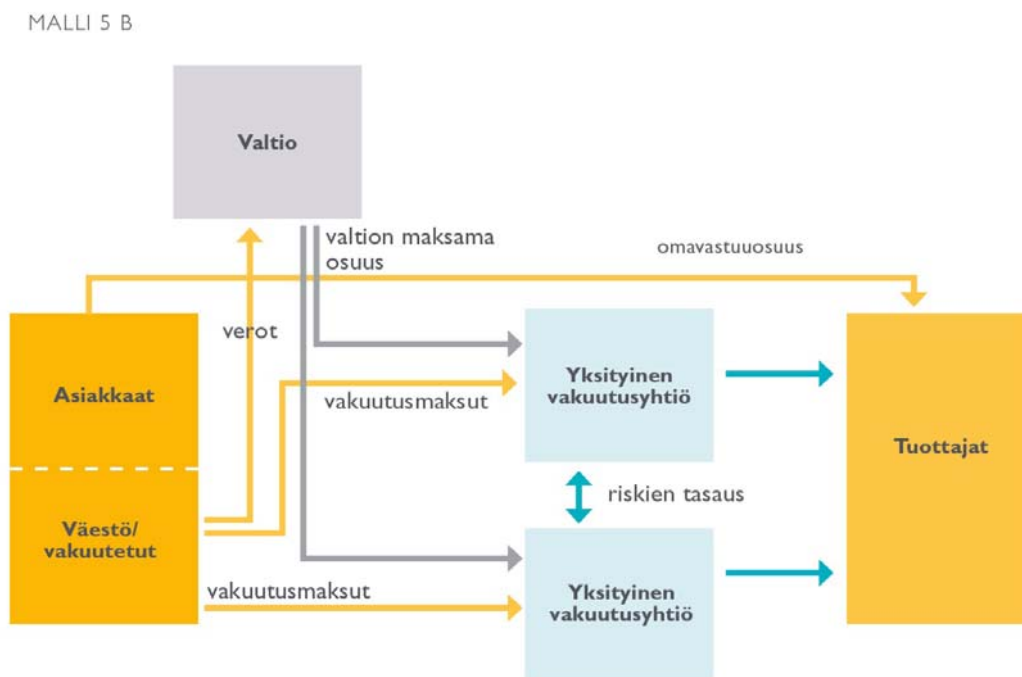
Vaihtoehtoisesti kunta voisi maksaa pakolliset vakuutusmaksut asukkaistaan.

Muunnelma 2.

Rahaston hallinnointi voidaan toteuttaa myös alueellisesti.

5 B. Vakuutusyhtiöpohjainen malli

Mallissa rahoitus kerätään yksityisiin vakuutusyhtiöihin pakollisella vakuutuksella. Vakuutuksella katetaan kaikki sosiaali- ja terveystalvet sekä nykyisen sairaanhoidon vakuutuksen mukaiset menot. Jokaisen Suomessa asuvan ja Suomen sosiaaliturvan piiriin kuuluvan henkilön tulee ottaa vakuutus yksityisestä vakuutusyhtiöstä. Vakuutusyhtiöiden välillä on riskien taseus, koska vakuutusyhtiö ei voi estää ketään tulemasta sen asiakkaaksi. Valtio vastaa eräiden erityisryhmien vakuutusmaksuista, eräiden palvelujen rahoituksesta sekä tehtävistä, jotka sisältävät julkisen vallan käyttämistä. Pakollista vakuutusta voi täydentää lisävakuutuksella. Pakollisen vakuutuksen kattavuutta, vakuutusmaksuja ja maksettavia korvauksia ohjataan lainsäädännöllä. Asiakkaalla on valinnanvapaus vakuutuksen piiriin kuuluvista palveluntuottajista.



Kuvio 8. Malli 5 b.

Mallin kuvaus

Rahoituksen kerääminen

Mallissa lainsäädännöllä veloitettaisiin jokaisen Suomen sosiaaliturvan piiriin kuuluvan ottamaan ottamaan sote-vakuutus yksityisestä vakuutusyhtiöstä, jonka valtio on hyväksynyt sote-vakuutuksen antajaksi. Perusvakuutuksen hinta määrätään kansallisesti. Lisäksi vakuutusyhtiö voi tarjota lisävakuutuksia, jotka kattavat palveluvalikoiman ulkopuolelle jääviä palveluita.

Valtio vastaa eräiden erityisryhmien vakuutusmaksuista, eräiden palvelujen rahoituksesta sekä tehtävistä, jotka sisältävät julkisen vallan käyttämistä. Kuntien rahoitusvelvollisuus sosiaali- ja terveystalouteen päättyy. Asiakasmaksuja ei kerätä, mutta palveluissa on omavastuuosuudet.

Rahoituksen kohdentaminen

Vakuutusyhtiö maksaa korvaukset suoraan palveluntuottajalle. Lisäksi vakuutettu maksaa omavastuuosuuden. Vakuutusyhtiöiden välille rakennettaisiin riskien tasaus, koska vakuutusyhtiö ei voi valita asiakkaitaan.

Päätöksenteko ja ohjaus

Pakollisen sote-vakuutuksen piiriin kuuluvista palveluista ja vakuutuksen reunaehdoista päätetään kansallisesti. Vakuutusyhtiöt hyväksytään ja vakuutuksen

hinnan määritetään vuosittain kansallisesti. Vakuutusyhtiö ei voi kieltäytyä ottamasta vastaan asiakkaita. Vakuutettu valitsee palveluntuottajan vakuutuksen piiriin kuuluvista palveluntuottajista.

Mallin mahdollisia vaikutuksia

Julkistalouteen

- Sote-menojen mahdollinen kokonaiskasvu.
- Valinnanvapaus vakuutusyhtiöiden ja palveluntuottajien välillä lisää kilpailua, mikä voi näkyä palvelutason parantumisena ja kustannustehokkuuden lisääntymisenä.
- Malli on haasteellista yhdistää julkisen talouden suunnitelmaan ja suunnitteilla olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon budjettikehysmenettelyyn.

Rahoitusjärjestelmän kannusteisiin

- Vakuutusjärjestelmissä on kannuste ylihoitoon, mikä voi nostaa kustannuksia, jos laskutus perustuu puhtaisiin suoritteisiin.
- Kuntien vastuulla olevaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen on erittäin haastavaa rakentaa taloudellisia kannusteita.

Rahoitusjärjestelmän kansalliseen ja alueelliseen ohjaukseen ja ohjattavuuteen

- Palvelutason yhdenmukaisuuden turvaaminen edellyttää tuottajien erittäin vahvaa ohjausta ja valvontaa.

Asukkaiden ja asiakkaiden asemaan ja yhdenvertaisuuteen

- Markkinat ohjaavat nykyistä enemmän palveluiden tarjontaa ja palveluiden saatavuutta.
- Asiakkaalla valinnanvapaus vakuutusyhtiön ja palveluntuottajien välillä, mutta toisaalta myös vastuu omista valinnoista kasvaa.

Lainsäädäntöön

- Malli edellyttää mittavia muutoksia voimassa olevaan lainsäädäntöön.

5 LOPUKSI

Tässä selvityksessä kuvattujen vaihtoehtoisten rahoitusmallien valmistelun pohjana on ollut sosiaali- ja terveyspalvelujen tehostaminen, palveluiden integraatio sekä palvelujen järjestämistä vastuun siirtyminen vahvoille ja kantokykyisille toimijoille. Työryhmä toteaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisuutta purkava rahoitusuudistus kytkeytyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutokseen. Sekä sote-uudistuksen että rahoitusuudistuksen jatkovalmistelu ja toteuttaminen ovat siten edelleen välttämättömiä kansalaisten yhdenvertaisten palvelutarpeen turvaamiseksi, peruspalvelujen vahvistamiseksi sekä julkisen talouden kestävyysvajeen korjaamiseksi. Uudistusten valmistelua on välttämätöntä jatkaa seuraavalla vaalikaudella.

Mallien yksityiskohtainen tarkastelu ja vaikutusten arviointi ei ole valmistelun tässä vaiheessa ollut tarkoituksenmukaista. Rahoitusratkaisu riippuu olennaisesti palvelurakenteesta ja sitä koskevat ratkaisut saattavat sulkea pois joitain rahoituksen toteuttamisen vaihtoehtoja. Jatkovalmistelussa on tarpeen selvittää yksityiskohtaisemmin raportissa käsiteltyjen erityiskysymysten osalta, missä laajuudessa ne sisältyvät eri tahojen järjestämistä- ja rahoitusta vastuun piiriin. Työryhmä pitää tärkeänä, että uudistuksen jatkovalmisteluun sisältyy riittävä taloudellisten ja muiden vaikutusten ennakkoarviointi.

Työryhmä pitää tärkeänä uudistuksen huolellista vaiheistamista ja siirtymäaikaisten suunnittelua. Rahoitusjärjestelmän muutosten toimeenpääntö tulee suunnitella ja toteuttaa huolellisesti siten, etteivät ihmiset muutosvaiheessa jää ilman lainmukaisia palveluita, ettei sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä tarpeettomasti kuormiteta ja ettei muutoksista koidu tarpeettomia kustannuksia eri tahoille.

Työryhmän laatimia rahoitusuudistuksen tavoitelinjauksia olisi tärkeää hyödyntää jatkossa tapahtuvassa vaikutusarvioinnissa sekä siihen perustuvassa päätöksenteossa. Tavoitelinjausten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon tulee jatkossakin perustua lähtökohtaisesti yhteisesti rahoitettuihin palveluihin. Toisaalta rahoituksen keräämisen ja kohdentamisen tulee perustua oikeudenmukaisina pidettyihin perusteisiin. Kolmanneksi, rahoitusjärjestelmä tulee uudistaa siten, että se sisältää kannusteet kokonaistaloudellisesti kustannustehokkaaseen ja vaikuttavaan toteutukseen.

LIITTEET

Liite 1: Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen liittyvää sanastoa

Tässä sanastossa on määritelty keskeisimpiä käsitteitä, jotka ovat tärkeitä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmästä keskusteltaessa. Määritelmät on pyritty esittämään käytännönläheisesti ja suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta. Ne eivät välttämättä vastaa kansainvälisissä tai tieteellisissä asiayhteyksissä käytettyjä kuvauksia vaan perustuvat myös käsitteiden vakiintuneeseen käyttöön.

Käsitteiden määrittely on tehty osana monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskevaa selvitystyötä. Sanaston määritelmien ei ole tarkoitus rajoittaa keskustelua sen suhteen, mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää ja sen rahoitusta ollaan kehittämässä.

Erikoissairaanhoito ja erityistason erikoissairaanhoito

Terveydenhuoltolaissa erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisesti sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluita. Erikoissairaanhoidon palveluja tarjoavat sairaanhoitopiirien sairaalat, eräät terveyskeskukset sekä yksityiset palveluntarjoajat.

Erityistason erikoissairaanhoito on sairaanhoitoa, joka sairauden harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella on sellaiseksi valtioneuvoston asetuksella säädetty. Erityistason palveluja tuotetaan useimmiten vain muutamissa yliopistollisissa sairaaloissa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Yksilöön, perheisiin, yhteisöihin, väestöön, elinoloihin ja elinympäristöön (sekä palvelujen järjestämiseen) kohdentuvaa toimintaa, jonka avulla parannetaan väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä vähennetään eroja väestöryhmien välillä. Lisäksi ehkäistään sairauksia, tapaturmia, syrjäytymistä ja muita sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä parannetaan työ- ja toimintakykyä ja vahvistetaan yhteisöllisyyttä, osallisuutta ja turvallisuutta.

Kunnassa hyvinvointia ja terveyttä edistävä työ on eri toimialojen ja kunnassa ja alueella toimivien muiden organisaatioiden yhteistyössä toteuttamaa suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista hyvinvointia ja terveyttä edistävään työhön ja väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämiseen.

Investointimenot

Investoinnit ovat sijoituksia pitkäaikaiseen käyttöön tuleviin tuotannontekijöihin kuten rakennuksiin ja laitteisiin. Myös aineettomat investoinnit kuten henkilöstön tietotaidon ja osaamisen kehittäminen ovat tärkeitä, mutta niihin kohdistuvia kustannuksia ei yleensä lueta sosiaali- ja terveydenhuollon investointimenoihin.

Investoinnit on tapana erottaa muista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Tähän on syynä investointimenojen poikkeuksellinen luonne suurina kertaluonteisina hankintoina. Lisäksi investointeja rahoitetaan usein erilaisella tavalla kuin käyttökustannuksia.

Järjestämisvastuu

Järjestämisvastuulla tarkoitetaan oikeudellista vastuuta siitä, että lailla säädetyt palvelut ja velvoitteet tulevat säännösten mukaisesti hoidetuiksi. Järjestämisvastuussa oleva kunta tai muu toimija vastaa siitä, että ihmiset saavat tarvitsemansa palvelut laadukkaasti ja oikea-aikaisesti.

Sairausvakuutuksen korvaamissa yksityisissä terveystaluuksissa millään taholla ei ole varsinaista järjestämisvastuuta. Kuntoutuksen osalta Kelalla on velvollisuus järjestää vakuutetun työ- ja ansiokyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi taikka työkyvyttömyyden estämiseksi tarkoituksenmukaista ammatillista kuntoutusta ja vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta. Vastaavasti työnantajilla on vastuu järjestää työntekijöilleen määrätty lakisääteiset työterveyshuollon palvelut.

Korvamerkitty rahoitus

Käyttötarkoitussidonnainen eli korvamerkitty rahoitus tarkoittaa rahoitusta, jonka kohdentaminen on ennalta määriteltä tiettyyn tarkoitukseen.

Kotitaloudet/ asiakkaat sosiaali- ja terveystaluuksien rahoittajina

Kotitaloudet ovat yksi sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisistä rahoittajista. Kotitaloudet rahoittavat palveluita maksamalla asiakasmaksuja kunnallisista palveluista sekä maksavat omavastuita sairaanhoitovakuutuksen tai vapaaehtoisen vakuutuksen korvaamista palveluista. Omavastuu on se osuus palvelun kustannuksista, joka jää asiakkaan maksettavaksi vakuutuksesta saadun korvauksen jälkeen. Lisäksi joidenkin palveluiden kustannukset asiakkaat maksavat kokonaan itse palvelun tuottajalle tai järjestäjälle. Nämä maksut liittyvät välittömästi palveluiden käyttöön. Omavastuu on yhteistermi omavastuuosuudelle ja omavastuumäärälle. Edellinen on prosentteina ja jälkimmäinen rahamääräisenä.

Palveluiden suoran rahoittamisen lisäksi kotitaloudet ovat keskeinen rahoituslähde muille sosiaali- ja terveydenhuollon rahoittajille maksaessaan veroja ja vakuutusmaksuja. Palveluiden käyttöön liittyvä rahoitus sekä verojen ja vakuutusmaksujen maksaminen on tärkeää erottaa toisistaan: toisin kuin verot ja vakuutusmaksut, kotitalouden suoran rahoituksen suuruus riippuu käytettyjen palveluiden määrästä. Kun puhutaan kotitalouksien rahoitusosuudesta, viitataan juuri asiakasmaksuihin ja omavastuusiin.

Kuntoutus

Kuntoutus on suunnitelmallista ihmisen tarpeiden mukaista tukea tilanteissa, joissa sairaudet tai vammat heikentävät työ- ja toimintakykyä sekä mahdollisuuksia selviytyä omassa toimintaympäristössä. Usein kuntoutuksen käsitteen määrittelyssä käytetään nelijakoa ammatillinen, lääkinnällinen, sosiaalinen ja kasvatuksellinen kuntoutus.

Kustannusvaikuttavuus, tuottavuus ja (kustannus)tehokkuus

Palvelutuotannon panoksia ovat henkilökunnan tekemä työ, rakennukset ja laitteet sekä kulutustavarat kuten lääkkeet. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotokset ja panokset ovat hyvin monimuotoisia. Samankin palvelun lopputuotos voidaan määrittellä eri tavoilla.

Perinteisesti tuotoksia on määritelty muun muassa asiakaskäynteinä, asumis- tai hoitopäivinä tai kustannuspainotettuina hoitajaksoina. Ne voidaan määrittellä esimerkiksi myös palveluilla saavutettuina elinvuosina.

Tuottavuuden, tehokkuuden ja kustannusvaikuttavuuden mittaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on usein haastavaa ja hankalaa, koska yksikäsitteinen panosten ja tuotosten mittaaminen yksiköiden välillä tai eri ajanjaksoilla on usein vaikeaa tai lähes mahdotonta.

- Kustannusvaikuttavuus: palveluilla saavutetut hyvinvointi- ja terveysvaikutukset suhteessa palveluiden aiheuttamiin lisäkustannuksiin. Kustannusvaikuttavuus mittaa panosten määrän muutosta suhteessa hyödyssä tapahtuvaan muutokseen.
- Tuottavuus: tuotettujen palveluiden määrän suhde tuotantopanoksiin. Tuottavuus mittaa sitä, kuinka paljon panoksilla saadaan tuotosta.
- Tehokkuus: palvelutuotanto on tehokasta silloin, kun resurssit käytetään hyväksi mahdollisimman hyödyllisellä tavalla. Tehokkuus mittaa sitä, kuinka paljon haluttuja tuotoksia tai vaikutuksia voidaan saada aikaan annetulla panosmäärällä. Kustannustehokkuudella tarkoitetaan vastaavasti sitä, kuinka paljon tuotoksia tai vaikutuksia voidaan saada aikaan annetuilla kustannuksilla.

Käyttökustannukset

Käyttökustannukset sisältävät kaikki palvelutoiminnan juoksevat kustannukset sekä investointien kulumisesta aiheutuvat menot. Esimerkiksi kuntien käyttömenoihin sisältyvät toimintamenot, poistot ja arvonalentumiset sekä vyörytysmenot.

Lääkehuolto

Lääkehuolto on kokonaisuus, jolla varmistetaan, että saatavilla on tehokkaita, turvallisia ja kohtuuhintaisia lääkkeitä. Tähän kuuluvat lääkekehitys, lääketuotanto, lääkkeiden maahantuonti, lääkkeiden tukku- ja vähittäisjakelu, lääkkeiden määrääminen, lääkkeiden käytön ja lääkehuollon tutkimus, lääkekorvausjärjestelmä, lääkehuollon hallinto, velvoitevarastointi ja huoltovarmuus. Lääkehuolto kattaa sekä avo- että laitoshoidon.

Optimointi

Optimoinnilla tarkoitetaan hyödyn maksimoimista (tai vastaavasti haitan minimoimista) annettujen resurssien ja muiden rajoitteiden puitteissa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoitteita on käytännössä useita kuten esimerkiksi väestön hyvinvoinnin ja terveyden maksimoiminen tai järjestämiskustannusten minimoiminen. Tämä johtaa siihen, että optimaalisen toimintatavan määrittäminen voi olla erittäin vaikeaa.

Osaoptimointi

Osaoptimoinnilla viitataan tilanteeseen, jossa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän yksittäinen toimija maksimoi oman hyötynsä (tai minimoi haitat) ottamatta huomioon koko järjestelmän kannalta parhaiten toimivaa ratkaisua.

Osaoptimointi ei ole itsessään haitallista. On ymmärrettävää, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat pyrkivät aktiivisesti saavuttamaan omalta kannaltaan parhaan tuloksen käytössä olevien resurssien ja rajoitteiden puitteissa. Ongelmia muodostuu silloin, jos yksittäisten toimijoiden valinnat tuottavat kokonaisuuden (väestön hyvinvoinnin) kannalta epäoptimaalisen tuloksen.

Palveluiden saatavuus

Palveluiden saatavuudella tarkoitetaan asiakkaiden (tosiasiallista) mahdollisuutta saada palveluja. Saatavuuteen kuuluu ensinnäkin se, onko palveluja ylipäänsä tarjolla, ja toiseksi se, onko palveluja tarjolla riittävästi väestön tarpeisiin nähden. Usein saatavuustermiin liitetään myös se, kuinka nopeasti asiakas pääsee palveluihin.

Palveluiden saavutettavuus

Palvelujen saavutettavuudella tarkoitetaan ihmisten mahdollisuuksia päästä palvelujen luo. Saavutettavuus liittyy välimatkoihin, mutta myös laajemmin asiakkaiden liikkumismahdollisuuksiin, elämäntilanteisiin, sähköisiin palveluihin sekä liikennepalvelujen tarjontaan. Saavutettavuuteen vaikuttavat myös esimerkiksi palvelujen tuottajien aukioloajat ja ajanvarauskäytännöt.

Palvelujen tuottaminen

Sosiaali- ja terveystalouden järjestäjä voi huolehtia palveluista tuottamalla palveluja itse, yhteistoiminnassa muiden palvelujen järjestäjien kanssa tai hankkimalla palveluja muilta palvelujen tuottajilta ostopalveluna tai palvelusetelin avulla. Palveluja voivat tuottaa julkiset tai yksityiset toimintayksiköt tai itsenäiset ammatinharjoittajat.

Palvelurakenne

Palvelurakenteella tarkoitetaan hallinnollis-organisatorista rakennetta, jonka mukaisesti lakisääteinen sosiaali- ja terveystalouden palvelut järjestetään. Palvelurakennetta voidaan

käyttää myös sen kuvaamiseen, millaisia palveluja ja miten toteutettuna ne järjestetään (esim. laitoshoitona, avohoitona, palveluasumisena ja kotiin järjestettävät palveluina).

Palveluseteli

Palveluseteli on yksi vaihtoehtoinen palveluiden järjestämistapa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelillä (esimerkiksi painettu seteli, sähköinen kortti tai viranomaispäätös) kunta sitoutuu maksamaan asiakkaan hankkimat palvelut kunnan hyväksymältä yksityiseltä palveluntuottajalta palvelusetelin arvon mukaisesti. Kunnat voivat päättää palvelusetelin arvosta. Palveluseteli voi olla tasasuuruinen tai tulosidonnainen. Palvelusetelin arvon tulee pääsääntöisesti olla kohtuullinen.

Kunnat voivat päättää palvelusetelin käyttöön otosta sekä siitä, mihin palveluihin ja missä laajuudessa palveluseteliä tarjotaan. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä palvelusetelistä, jolloin kunnalla on velvollisuus järjestää asiakkaan tarvitsema palvelu asiakkaalle muulla tavalla.

Palveluvalikoima

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoima kattaa ne palvelut, joita kansalaisille järjestetään julkisen rahoituksen turvin. Suomessa palveluvalikoimaa ei ole nykyisellään tarkasti määritelty ja tarjolla olevissa palveluissa voi olla alueellisia eroja. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen on perustettu vuonna 2014 terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto. Sen tehtävänä on antaa suosituksia siitä, mitkä palvelut kuuluvat julkisesti järjestetyn tai rahoitetun terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Sosiaalipalveluiden osalta vastaavaa toimielintä ei ole olemassa.

Perusterveydenhuolto

Terveydenhuoltolain määritelmän mukaan perusterveydenhuolto on kunnan järjestämä väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen ja sen osana terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä päivystys, avosairaanhoido, kotisairaanhoido, kotisairaala- ja sairaalahoito, mielenterveystyö ja päihdetyö siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö. Terveyskeskukset tuottavat kuntien järjestämistä vastaavalla olevia perusterveydenhuollon palveluja.

Laajemmin määriteltynä perusterveydenhuolto kattaa myös yllä mainitun listauksen mukaisen osan työterveyshuollosta ja sairausvakuutuksen korvaamista yksityisistä terveyspalveluista.

Rahoittaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoittaminen voidaan nähdä kaksivaiheisena prosessina. Ensin kerätään rahat eri rahoituslähteistä. Saatu rahoitus kohdennetaan palvelujen järjestämisvastuussa olevalle tai suoraan tuottajalle palvelujen saamiseksi.

Rahoittamisen suhteen on tärkeää tehdä ero rahoituslähteen ja institutionaalisen rahoittajan välillä. Tämä korostuu puhuttaessa esimerkiksi kotitalouksien rahoitusosuudesta: asiakasmaksuja maksaessaan kotitaloudet määrittellään rahoittajiksi, veroja maksaessaan rahoituslähteeksi.

Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluja rahoittavia instituutioita ovat kunnat, valtio, vakuutuslaitokset (Kela, yksityiset vakuutusyhtiöt), kotitaloudet ja työnantajat. Rahoittaja on siten rahaa tuottajille (suoraan tai välillisesti) kohdentava taho riippumatta siitä, kuinka rahoittaja on kohdennettavan rahavarantonsa kerännyt.

Rahoituksen kohdentaminen

Rahoituksen kohdentamisella tarkoitetaan sitä, mille tahoille institutionaaliset rahoittajat suuntaavat palvelujen rahoittamiseksi keräämänsä varat. Rahoitus voidaan ohjata palvelujen käyttäjille, palvelujen tuottajille tai palvelujen järjestäjille. Rahoituksen kohdentaminen voi olla kaksiosainen prosessi: ensin kohdennetaan kerättyjä rahoja palvelujen järjestämisvastuussa oleville, ja sitten järjestämisvastuussa olevat kohdentavat rahaa palvelujen tuottajille.

Rahoituksen kohdentamisen perusteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoittajille on useita perusteita (kriteereitä), joiden mukaan rahoitusta voidaan kohdentaa palveluiden järjestäjille tai tuottajille.

Yleisesti käytetyssä suoritemallissa rahoitus kohdennetaan palvelujen järjestäjälle tai tuottajalle suoritemäärien mukaisesti. Suoritteet voivat olla esimerkiksi asiakaskäyntejä, asumis- tai hoitopäiviä tai kustannuspainotettuina hoitopaketteja. Kapitaatiomallissa eli väestömääräpohjaisessa mallissa palvelujen järjestäjä tai tuottaja saa rahoituksen sille osoitetun vastuuväestön määrän mukaan. Tarvepainotetussa kapitaatiomallissa huomioidaan väestön määrän lisäksi muita palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä kuten esimerkiksi väestön ikärakenne, sairastavuus tai sosioekonominen rakenne. Suorite- ja kapitaatiomallien lisäksi on myös muita rahoituksen kohdentamisen perusteita (esim. Kainuussa käytetty tulo-osuusmalli).

Rahoituksen käyttö

Rahoituksen käytössä on kyse siitä, mihin tarkoituksiin institutionaalisten rahoittajien keräämät varat käytetään. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kerätty rahoitus käytetään sekä julkisiin että yksityisiin terveyspalveluihin, vanhusten palveluihin ja muihin sosiaalipalveluihin.

Rahoitustapa

Rahoitustapa tarkoittaa sitä, miten ja mistä lähteistä sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen tarvittavat varat kerätään. Suomessa palvelut rahoitetaan pääasiallisesti verotuksella, pakollisilla (lakisääteisillä) ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla, asiakasmaksuilla sekä työnantajien maksuilla.

Sairaanhoitovakuutus

Sairaanhoitovakuutus on osa sairausvakuutusjärjestelmää. Sairaanhoitovakuutuksesta korvataan osa avohoidon lääkemenosta, matkakuluista, ylioppilaiden perusterveydenhuollon kustannuksista sekä Kelan järjestämän kuntoutuksen kustannuksia. Lisäksi korvataan osa yksityisen terveydenhuollon lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioista sekä tutkimuksista ja hoidoista. Sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta vakuutettujen osuus on vuonna 2015 noin 55 prosenttia ja valtion 45 prosenttia. Valtio rahoittaa kokonaan EU-maihin maksettavat sairaanhoitokorvaukset sekä ulkomailla asuvien sairaanhoidosta kunnille aiheutuvat kustannukset.

Sairauspäiväraha

Sairauspäiväraha korvaa alle vuoden kestävästä työkyvyttömyyden aiheuttamaa ansiomenetystä. Sairauspäivärahaa maksetaan enintään 300 arkipäivältä.

Sairausvakuutus

Yleisesti määriteltynä sairausvakuutus on sosiaalivakuutus, joka korvaa sairaudesta tai siihen verrattavasta syystä aiheutuneita kustannuksia tai ansionmenetyksiä. Sairausvakuutus voi olla yksityistä tai julkista.

Kelan toimeenpanema julkinen sairausvakuutus korvaa vakuutetulle osan yksityisten terveydenhuoltopalveluiden kustannuksista sekä tutkimuksesta tai hoidosta aiheutuneista matka- ja lääkekustannuksista. Lisäksi sairausvakuutus turvaa vakuutetun oikeuden korvaukseen lyhytaikaisen sairauden aiheuttaman työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamasta ansionmenetyksestä. Työnantajat ja yrittäjät saavat korvausta työterveyshuollon ja sen lisäksi järjestetyn sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannuksista. Sairaanhoitovakuutus ja työtulovakuutus ovat sairausvakuutuksen osia.

Sosiaalihuolto

Sosiaalihuoltoon kuuluvat yleiset sosiaalipalvelut, eräiden väestöryhmien erityispalvelut sekä sosiaalihuollon toimeentuloturva. Sosiaalihuolto on osa sosiaaliturvajärjestelmää. Sosiaalihuollon suurimmat osa-alueet ovat vanhustenhuolto, vammais- ja kehitysvammapalvelut, lastensuojelu sekä asumistuet.

Sosiaaliturva

Suomen perustuslaissa todetaan oikeus sosiaaliturvaan: jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon.

Suomen sosiaaliturvajärjestelmä käsittää lakisääteiset toimeentuloturvan etuudet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

Toimeentuloturva

Toimeentuloturvaetuudet voidaan jakaa kahteen ryhmään: toiset perustuvat työskenteleeseen ja toiset Suomessa asumiseen. Työnteko oikeuttaa etuuksiin, joiden taso määräytyy ansioiden mukaan (esim. työeläkkeet ja ansiosidonnainen työttömyysturva). Suomessa asumiseen perustuvia etuuksia ovat puolestaan kansaneläke ja takuueläke sekä vähimmäismääräiset sairauspäivärahat, vanhempainpäivärahat ja työttömyys-etuudet. Toimeentuloturva täydentävät lisäksi eri syistä maksettavat tuet ja avustukset. Kunnalta haettava toimeentulotuki on viimesijainen, tilapäiseksi tarkoitettu turva.

Toimintayksikkö

Toimintayksikkö on julkisen tai yksityisen palveluntuottajan ylläpitämä toiminnallinen kokonaisuus, jossa tuotetaan sosiaali- ja terveystoimintaa siten, että palvelut toteutetaan palveluntuottajan käyttämissä tiloissa tai viemällä palvelut asiakkaan kotiin.

Työterveyshuolto

Työterveyshuollolla tarkoitetaan työnantajan järjestettäväksi säädettyä tai yrittäjien itselleen järjestämää työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimintaa, jolla edistetään työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työyhteisön toimintaa sekä työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä. Näiden lakisääteisten, ehkäisevien työterveyshuollon palvelujen lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen ja yrittäjä itselleen yleislääkäritasoisia sairaanhoitoa ja muuta terveydenhuoltoa. Kela korvaa työterveyshuollosta työnantajille syntyneitä kustannuksia. Korvausosuus on lakisääteisissä palveluissa enintään 60 prosenttia ja muissa palveluissa 50 prosenttia Kelan vuosittain vahvistaman työntekijäkohtaisen kustannusten laskennallisesta enimmäismäärästä.

Työtulovakuutus

Työtulovakuutus on osa sairausvakuutusjärjestelmää. Työtulovakuutus on sairausvakuutuksen osa, joka korvaa sairauden, raskauden, synnytyksen ja lapsen hoidon aiheuttamaa ansionmenetystä ja työterveyshuollon sekä lakisääteisestä toiminnasta että työterveyshuollon sairaanhoidosta aiheutuneita kustannuksia. Työtulovakuutuksesta maksetaan muun muassa sairauspäivärahaa ja vanhempainpäivärahoja sekä korvataan osa työnantajien ja yrittäjien järjestämän työterveyshuollon kustannuksista. Työtulo-

vakuutuksen rahoittavat pääosin työnantajat sekä palkansaajat ja yrittäjät. Valtio rahoittaa vähimmäismääräiset sairaus- ja vanhempainpäivärahat sekä vähimmäismääräiset kuntoutusrahat. Lisäksi valtio rahoittaa osuuden yrittäjien ja maatalousyrittäjien työterveyshuollon menoista sekä pienen osan vanhempainpäivärahoista.

Vaikuttavuus

Vaikuttavuudella tarkoitetaan palvelulla tai muulla toimenpiteellä aikaansaattua (taivoteltua) muutosta asiakkaan terveydentilassa tai hyvinvoinnissa. (esim. diabeteshoitotoimenpiteen aikaansaama verenpaineen muutos)

Vakuutettu

Vakuutuksen piirissä oleva henkilö on vakuutettu. Vakuutus voi olla joko julkinen (jolloin vakuutuksen antajana on julkinen sektori) tai yksityinen (jolloin vakuutuksen antajana on yksityinen yritys tai yhteisö).

Valtionosuusrahoitus kunnille

Valtion talousarviossa valtiovarainministeriön pääluokkaan kuuluvan momentin 28.90.30 peruspalvelujen valtionosuudet ovat valtion kunnalle maksamaa rahoitusta, joilla katetaan osa lakisääteisten palvelujen kustannuksista. Peruspalvelujen valtionosuutta myönnetään kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetus- ja kulttuuri-toimen järjestämiseen.

Valtionosuuden laskentaperusteissa otetaan huomioon muun muassa eräitä väestön palvelutarpeeseen liittyviä tekijöitä. Vuonna 2015 kuntien peruspalvelujen valtionosuusprosentti on hieman yli 25 prosenttia. Kunnittain prosenttiosuus vaihtelee huomattavasti.

Valtionosuusrahoitus on kunnalle yleiskatteellista korvamerkitsemätöntä rahaa. Kunta päättää rahoituksen käytöstä itse. Kunnan itse rahoitettava osuus laskennallisista kustannuksista (omarahoitusosuus) on kaikissa kunnissa asukasta kohden yhtä suuri.

Muu valtion rahoitus kunnille

Valtion talousarviossa sosiaali- ja terveysministeriön pääluokassa luvun 60 (Kuntien järjestämä sosiaali- ja terveydenhuolto) kunnille kohdennettu rahoitus syntyy pääosin perustoimeentulotuen valtionosuudesta, valtion korvauksesta terveydenhuoltolain mukaisiin lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin ja valtion rahoituksesta yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen, valtionavustuksesta kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeisiin sekä valtion korvauksesta rikosasioiden sovitteluun.

Valtion osuus sairausvakuutuslaista johtuvista menoista

Valtion osuus sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta on vuonna 2015 noin 45 prosenttia ja työtulovakuutuksen rahoituksesta noin 5,5 prosenttia. Lisäksi valtio turvaa sairausvakuutusrahaston maksuvalmiuden. Valtion osuus sairausvakuutuslaista johtuvista menoista on sijoitettu sosiaali- ja terveysministeriön pääluokan lukuun 30 (Sairausvakuutus).

Liite 2: Virtuaalikoikeilut

1. Monikanavaraahoituksen kohdentuminen Kainuussa ja Keski-Suomessa

Hankkeessa analysoitiin rahoituksen kohdentumista Kainuun ja Keski-Suomen alueella diabetes- ja silmäpotilaiden sekä polven ja lonkan tekonivelpotilaiden osalta. Tarkastelu on tehty prosessilähtöisesti, datapohjaisen hoitoketjumallinnuksen avulla. Hankkeessa on kuvattu valittujen kolmen kohderyhmän potilaiden hoitopolut ja analysoitu kustannusten kohdentumista prosessin eri vaiheissa. Analyysissä on yhdistetty sosiaali- ja terveystalvelujen, erikoissairaanhoidon sekä Kelan rekisteritietoja.

Tutkimuksessa käytetty prosessilähtöinen hoitoketjutarkastelu nostaa esille hyvin monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmallisuuden. Hoitotoiminnan edetessä rahoittajataho vaihtuu usein ja rahoittajatahon vaihtuessa näkyvyys muiden rahoittajatahojen kustannuksiin sekä kokonaiskustannuksiin katoaa. Esimerkiksi tekonivelpotilailla leikkausta edeltävät hoitotapahtumat, itse leikkauksen sekä leikkauksen jälkeisen kontrollin kustantavat kunta ja asiakas mutta leikkauksen jonotuksen sekä leikkauksen jälkeisen kuntoutumisajan kustannuksista vastaavat pääasiassa Kela ja asiakas. Lonkkaprotetisointipotilaalla maksaja vaihtui kahden vuoden aikana keskimäärin 32 kertaa; noin 41 % potilaista maksaja vaihtui yli 30 kertaa. Kaihipotilaalla maksaja vaihtui kahden vuoden aikana keskimäärin 40 kertaa (n. 53 % maksaja vaihtui yli 30 kertaa). Aikuisiän diabetesta sairastavilla maksaja vaihtui kahden vuoden aikana keskimäärin 29 kertaa (n. 33 % yli 30 kertaa). (Ruohonen 12.3.2015)

Suurimman osan kustannuksista maksoi kaikissa potilasryhmissä kunta. Lonkkaprotetisoiduilla kunnan osuus oli 80 %:in molemmin puolin. Diabetespotilailla kunnan osuus vaihteli 55 %–65 %

Kaihipotilailla kunnan osuus oli 70 %:in molemmin puolin. Kainuussa Kela maksoi suhteessa enemmän Keski-Suomeen nähden. Vakuutusyhtiöiden sekä muiden maksatahojen osuudet olivat aineiston perusteella suhteellisen minimaalisia. (Ruohonen 12.3.2015).

Rahoituksen selkiyttämällä ja läpinäkyvyyden lisäämisellä pystyttäisiin tarjoamaan tietoa todellisista kokonaiskustannuksista ja tämän tiedon valossa olisi mahdollista toteuttaa aidosti kustannustehokkaita hoitoprosessiuudistuksia.

Alueellista vertailua tehtäessä esiin nousi alueiden välisiä eroja terveydenhuollon palveluiden hinnoitteluperiaatteissa. Asiakasryhmän hoidon kannalta oleellisten hoitomuotojen kuntahinnat saattoivat olla paikoin yli kaksinkertaisia toiseen alueeseen nähden.

Diabetesta sairastavien asiakkaiden kustannustarkastelussa nousi esiin merkittävän kustannuserän kohdistuvan pienelle joukolle koko asiakasmäärästä. Tällaisten asiakkaiden kustannuksia nostivat esimerkiksi joko sarjakäynnit tai yksittäiset kalliit hoitotapahtumat, kuten vuodeosastojaksot.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin datapohjaista hoitoketjumallinnusta, joka tarjosi tarkasteluun perinteisen tilastollisen analyysin lisäksi myös ajallisen perspektiivin. Hoitoketjuanalyysi tarjoaa näkymän muun muassa siihen mitkä hoitotapahtumat ovat seuranneet toisiaan, kuinka usein ja missä määrin sekä tiedon kuinka usein maksajataho vaihtuu potilaan hoitoprosessin aikana. Yhdistämällä prosessien louhintaa ja kustannustarkastelua voitiin myös visuaalisesti kuvata sitä kirjavuutta, joka johtuu rahoitusvastuun jakautumisesta monelle osapuolelle.

Kokonaisvaltaisen hoitoketjumallinnuksen toteuttamiseksi tarvitaan tieto potilaan kaikista hoitotapahtumista ja rahoituksen näkökulmasta myös maksajatahoista sekä toimenpiteiden hinnoista. Nykyisessä rahoitusjärjestelmässä jokainen maksajataho hallinnoi ainoastaan omaa tietoaan ja näkyvyyttä toisten maksajatahojen tietoihin ei ole. Hankkeessa tehty hoitoketjumallinnus vaati runsaasti eri tietolähteiden yhdistelemistä ja erityisesti hoitotapahtumiin liittyvien hintojen liittäminen oli paikoin erittäin haasteellista.

Monikanavarahoituksen problematiikka tuli ilmi myös tietokantatasolla omanlaisessa muodossaan. Suorien tietokantayhteyksien puuttuessa terveydenhuollon kunta- ja asiakaslaskutuksien välillä sekä muista yhteyshaasteista johtuen terveydenhuollon kustannusten kohdistumisessa jouduttiin turvautumaan paikoin ulkokuntahintoihin tai asiantuntija-arvioihin.

Hanke toteutettiin yhteistyössä Jyväskylän yliopiston tietotekniikan laitoksen, Sitran, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän, Jyväskylän kaupungin, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön sekä Kelan kanssa. Hankkeen rahoittajina ovat toimineet Sitra, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylän kaupunki, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä sekä Jyväskylän yliopisto.

Hankkeen tulokset julkistettiin 12.3.2015, ja ne tulevat olemaan saatavissa Sitran internet-sivuilta.

Lisätietoja: Toni Ruohonen, toni.ruohonen@jyu.fi, 040-5251044

<http://www.slideshare.net/SitraHyvinvointi/kainuu-keskisuomi-yhteenveto/1>

2. Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö (Oulu)

Hankkeessa yhdistettiin asukastasolla oululaisten palvelunkäytön tiedot kaikista Oulun kaupungin maksamista sote-palveluista, Kelan korvaamista sote-palveluista ja valituista etuuksista sekä työterveyshuollon palveluista. Kiinnostuksen kohteena ovat erityisesti olleet eniten palveluita tarvitsevat asiakkaat, joiden hoidosta muodostuvat suurimmat kustannukset. Tavoitteena oli tarkastella eri asiakasryhmien palvelunkäyttöä erityisesti rahoituskanavien näkökulmasta.

Rahoituksen monikanavaisuus on erityisen merkitsevä eniten palveluita tarvitseville, joilla merkittävällä osalla on useita rahoituslähteitä, erityisesti kunta ja Kela. Hoidon koordinoinnin kannalta tärkeintä olisi saada tieto potilaan kaikista kustannuksista. Kelan kustannuksista kaikilla asiakasryhmillä lääkkeet muodostavat noin 40%, mutta eniten palveluita tarvitsevilla myös kuntoutus, matkat ja vammaistuet olennaisia.

Työterveyshuolto sekä Kelan korvaama yksityiset lääkärikäynnit, tutkimus ja hoito eivät ole keskeisiä rahoituskanavat ylittävissä palveluketjuissa, koska niitä käyttää se osa väestöstä, joka käyttää suhteellisen vähän palveluita. Tutkimus myös osoitti, että jos kaikkia rahoituskanavia ei huomioida päätöksenteossa, saatetaan tehdä kokonaisuuden kannalta epäoptimaalisia päätöksiä. Tästä esimerkkinä vanhusten tehostettu palveluasuminen, jonka kustannusero laitostasumiseen pienenee, kun huomioidaan vanhusten kaikki palvelunkäyttö ja Kelan maksamat korvaukset ja etuudet.

Tutkimuksessa tarkasteltiin ensimmäistä kertaa yksilötasolla kunnan, Kelan ja työnantajien rahoittamaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukäyttöä. Ne asiakasryhmät, joiden palveluiden koordinoinnissa monikanavainen rahoitus voi aiheuttaa

haasteita, onnistuttiin tuomaan näkyväksi. Tutkimustulosten julkistamisen yhteydessä 12.3.2015 Sitrassa tutkimuksen yhteenvedossa todettiin seuraavaa:

- Koska vain 10 % väestöä kerryttää valtaosan yhteiskunnan maksamista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista, on tämän 10%:n palveluiden parempi koordinaatio ja ennaltaehkäisy kriittistä
 - Ensisijaisesti palveluiden parempaa koordinaatiota ja ennaltaehkäisyä tulisi toteuttaa jo nykyisellään kunnan rahoitusvastuun alle kuuluvissa palveluissa (erikoissairaanhoidon perusterveydenhuolto-sosiaalipalvelut)
 - Vaikka erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut kuuluvat saman rahoituskanavan alle, toimivat ne siiloina, joiden välillä hoitoketjujen hallinta ja kustannusten seuranta on haastavaa
- Palveluiden koordinointi ja ennaltaehkäisy on kuitenkin haastavaa myös monikanavaisen rahoitusjärjestelmän päätöksenteon hajanaisuuden ja tiedon läpinäkyvyyden puutteen vuoksi
 - Päätöksenteko asiakkaalle tarjottavista palveluista on hajautunut monelle taholle, jotka eivät välttämättä tiedä toisistaan
 - Asiakasta kulloinkin palveleva asiantuntija ei aina tiedä, mitä kaikkia palveluita asiakas on saanut, etenkin, jos hän käyttää montaa eri palvelua. Tällöin on vaikea suunnitella palvelukokonaisuutta. Myöskin ne asiakkaat, joilla on kohonnut riski joutua raskaimpiin palveluihin, saattavat jäädä tunnistamatta, kun kaikki tieto riskitekijöistä ei välttämättä välity.
- Rahoituskanavien yhdistäminen palvelisi erityisesti eniten palveluita käyttävien asiakasryhmien tarpeita, ja tästä näkökulmasta kriittisiä olisivat Kelan lääkekorvausten, kuntoutuksen, matkojen ja vammaistukien yhdistäminen yhdeksi rahoituskanavaksi
 - Eniten palveluita käyttävistä yli 60 % on saanut palveluita sekä kunnan että Kelan maksamana. Kelan maksama osuus koostuu etupäässä lääkekorvauksista, kuntoutuspalveluista sekä vammaistuksista.
- Työterveyshuolto ja Kelan korvaamat yksityislääkäri-, hammaslääkäri- sekä tutkimus- ja hoitopalvelut kohdistuvat pääasiallisesti siihen 90% asukkaista joka käyttää vain 26 % palveluista ja joiden palvelukäytön koordinointi ei ole yhtä kriittistä
 - Nämä asiakkaat käyttävät keskimäärin vain 1,9 palvelua, joten heille ei muodostu merkittäviä kunnan sektorit tai rahoituskanavatylittäviä palvelukokonaisuuksia
(NHG 12.3.2015)

Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö -hankkeen toteuttivat Sitra, Kela ja Oulun kaupunki, alihankkijana Nordic Healthcare Group. Hankkeen rahoittajana toimi Sitra.

Tutkimus julkaistiin 12.3.2015, ja se tulee olemaan saatavissa Sitran, Kelan ja Oulun kaupungin internetsivuilla.

Lisätietoja Riikka-Leena Leskelä, riikka-leena.leskela@nhg.fi, 050 4100 737
<http://www.slideshare.net/SitraHyvinvointi/2015-03-11-nhg-sitra-kela-oulu-monikavarahoitus-tiivistelm/1>

3. Työterveyshuolto Oulussa 2013

Hankkeessa kerättiin summatasolla ikä- ja sukupuoliryhmittäin oululaisten palvelujen käyttötietoja Oulun kaupungin järjestämistä perusterveydenhuollon avohoitopalveluista, työnantajien järjestämästä työterveyshuollosta alueen suurimmilta palveluntuottajilta, yksityisistä lääkäri- ja tutkimus- sekä hoitopalveluista Kelan rekistereistä sekä tietoja YTHS:ltä vuonna 2013. Tietoja täydennettiin kyselyillä muilta palveluntuottajilta sekä erillisarvioinneilla työterveyshuollosta. Kiinnostuksen kohteena ovat erityisesti olleet oululaisille järjestetyt työterveyspalvelut ja niiden kustannukset sekä näiden palveluiden taloudellinen merkitys pth:n avohoidon kokonaisuudessa (pl. suun terveydenhoito). Tavoitteena oli arvioida työterveyshuollon kokonaisuutta ikä- ja sukupuoliryhmittäin.

Oululaisille järjestetyn perusterveydenhuollon avohoitopalvelut tuotetaan neljän kanavat (kunnallisesti järjestetyt, työnantajien järjestämät, muut yksityiset palvelut ja YTHS) kautta, joihin liittyvät kustannukset ovat 117 miljoonaa euroa. Kun arvioinnissa on mukana kunnallinen pth:n avohoido ja työterveyshuolto, ovat työterveyshuollon kustannukset eli 35 % eli 33 miljoonaa euroa laskennallisesta 94 miljoonan euron kokonaisuudesta. Vuonna 2009 vastaava osuus oli 34 %. Metropolialueen kunnissa työterveyshuollon osuus voi olla vieläkin suurempi, noin 40 %:a.

Tutkimuksessa tehty työterveyshuollon kustannusten ikä- ja sukupuoliryhmittäinen arviointi luo uuden näkökulman työterveyshuollon arviointiin. Työterveyshuollon merkitystä palvelujärjestelmässä voi pitää melko suurena. Henkilöä kohden nuorimpien ikäryhmien kustannukset ovat vähintään 2,5-kertaa pienempiä kuin iäkkäimmillä ikäryhmillä, mikä korostaa nykyisen työterveyshuollon merkitystä erityisesti työuran viimeisinä vuosina eläkeiän lähestyessä. Miesten ja naisten kustannuksissa on myös eroja. 55 ikävuoden jälkeen lähes kaikki palkansaajat ovat työterveyshuollon palvelujen piirissä oululaisia suhteellisesti enemmän kuin maassa keskimäärin.

Työterveyshuollossa ja kunnallisessa perusterveydenhuollossa muodostuu valtaosa ja kummassakin lähes yhtä paljon työikäisten kustannuksista. Työssä oleviin kohdistuvista kyseisistä kustannuksista valtaosa muodostuu työterveyshuollossa.

Tutkimuksessa kerättiin ensimmäistä kertaa työterveyshuollon tietoja ikä- ja sukupuoliryhmittäin suurimmilta palveluntuottajilta ja arvioitiin siten työterveyshuollon taloudellista merkitystä mahdollisimman laajan tietopohjan, useiden palveluntuottajien tietojen avulla suuressa kaupungissa, Oulussa (194 000 asukasta vuonna 2013).

Haasteena oli saada vertailukelpoisia käyttö- ja kustannustietoja summatasolla kaikilta palveluntuottajilta (yhtenäisiä toimintoluokituksia ei ole). Tämän seurauksena tietojen tuottaminen oli vaativaa ja aikaa vievää edellyttäen useita tarkistuksia ja tietojen luotettavuuden arviointeja. Työterveyshuollon järjestelmätasoinen arviointi on vielä vaatimatonta suhteessa sen taloudelliseen merkitykseen palvelujärjestelmässä, mutta työkaluja tälle arviointityölle on olemassa.

Hankkeen toteutti Kela yhteistyössä Oulun kaupungin ja työterveyshuollon palveluntuottajien (Terveystalo, Mehiläinen, Oulun Työterveys, Attendo) kanssa. Hankkeen rahoitti Kela.

Tutkimus on saatavissa 16.2.2015 alkaen Kelan internetsivuilla.

Kelan blogi: <http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/2223> ja slideshare-esitys: <http://www.slideshare.net/kelantutkimus/timo-hujanen-mikkola-tyoterveyshuoltooulussa2013>

4. Lääkekustannukset sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa – tapaus Eksote

Suomessa sairausvakuutus ja potilaat rahoittavat avohoidon lääkkeet, ja laitoksissa käytettävät lääkkeet ovat kuntien rahoitusvastuulla ja sisältyvät potilaan hoitopäivämaksuun. Eksotessa integroitiin kahdeksan kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto vuoden 2010 alusta. Alueen lääkehuoltoon Eksoten perustaminen vaikutti siten, että laitosten lääkehuolto keskitettiin tuolloin Etelä-Karjalan keskussairaalaan Lappeenrantaan. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko integraatiolla ollut vaikutusta Eksoten alueen lääkekustannuksiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin.

- Integraation ensimmäisenä vuonna 2010 Eksoten alueen sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset laskivat selvästi (5,7 %) edellisvuoteen verrattuna, kun vertailualueilla käyttökustannukset kasvoivat.
- Vuoden 2010 jälkeenkin vuosina 2011–2013 käyttökustannusten kasvu Eksotessa on ollut hitaampaa kuin vertailualueilla.
- Vuosina 2003–2009 Eksote-alueen laitoshoidon lääkekustannukset ovat olleet alemmat kuin koko maassa, eikä integraatio ole muuttanut tilannetta.
- Eksote-alueen avohoidon lääkekustannukset kehittyivät vuosina 2010–2011 kuten koko Suomessa, mutta vuosina 2012–2013 kasvu Eksote-alueella (11,3 %) oli lähes kaksinkertainen koko maahan (6,4 %) verrattuna.
- Eksote-alueen avohoidon psyykenlääkkeiden kustannukset laskivat vuosina 2008–2010, kuten vertailualueillakin, mutta olivat vertailualueiden kustannuksia alhaisemmalla tasolla. Vuosina 2011–2013 Eksote-alueen psyykenlääkekustannukset ovat jonkin verran kasvaneet ja ero vertailualueisiin on kaventunut. Tämä kasvu saattaa osin selittyä sillä, että Eksotessa muutettiin mielenterveyspalvelujen järjestämistapaa vähentämällä laitospaikkoja ja lisäämällä avohoitoa.
- Avohoidon syöpälääkkeiden kustannukset ovat kasvaneet Eksote-alueella integraation aikana vuosina 2010–2013 hieman nopeammin kuin vastaavat kustannukset vertailualueilla.
- Tuloksia tulkittaessa on huomioitava, että joidenkin yksittäisten potilaiden erityisen kalliit lääkekustannukset saattavat pienillä alueilla (Eksote-alueella asukkaita vain noin 104 000) lisätä kustannusten vuotuista vaihtelua koko maan kustannuksiin verrattuna.

Tutkimus perustuu aikasarja-analyyseihin, joissa Eksote-alueen kustannuskehitystä vuosina 2003–2013 on verrattu koko maan ja kahden vertailualueen kustannuskehitykseen. Näistä vertailualueista toinen koostuu samoista 8 kunnasta, joita on käytetty THL:n vertailussa (THL, Raportti 14/2014), ja toinen tätä tutkimusta varten valituista 8 kunnasta, joiden valintakriteereinä olivat sijainti, asukasluku, terveyden- ja sosiaalihuollon kokonaiskustannukset, lääkekustannukset ja sairastavuus. Kustannukset on esitetty käyvin hinnoin.

Hankkeen toteutti Kelan tutkimusosasto (Leena Saastamoinen, Timo Maljanen, Maria Valaste, Hennamari Mikkola ja Jaana Martikainen) ja sen rahoitti Kela. Tutkimus julkaistaan keväällä 2015 Kelan työpaperit -sarjassa.

Lisätietoja Leena Saastamoinen, leena.k.saastamoinen@kela.fi, 040-5276053

5. Kelan korvaamien lääkkeiden kustannusten alueittainen vaihtelu

Tutkimuksen tavoitteena on arvioida Kela korvaamien avohoidon lääkekustannusten vaihtelua ja niiden aiheuttamaa taloudellista riskiä erilaisilla aluetasoilla, kuten kunnittain, maakunnittain ja sairaanhoitopiireittäin. Riskin arvioimiseksi tutkimuksessa kehitetään riski-indikaattori, jonka perusteella voidaan arvioida vuosittainen euromääräinen kustannusriski eri alueilla ja suhteessa alueen avohoidon muihin kustannuksiin. Riski-indikaattori on aineiston ominaisuuksiin perustuva variaatiokertoimen sovellus. Lisäksi tutkimuksessa pyritään löytämään lääke- ja sairausryhmiä, jotka erityisesti lisäävät lääkkeiden rahoitukseen liittyvää aluetason riskiä.

Lääkekustannusten hillitsemiseksi on viime vuosina tehty useita uudistuksia. Alueellinen kustannusvastuu saattaa olla yksi tulevaisuuden vaihtoehto hillitä lääkekustannusten ja -korvausten kasvua.

Alustavat tulokset osoittivat selvästi, että riski-indikaattorin suuruus on yhteydessä kunnan väkilukuun. Havaittiin kuitenkin, että kaikissa tapauksissa pelkästään kunnan koko ei selitä riski-indikaattorin suuruusluokkaa. Erva-alueilla keskimääräiset riski-indikaattorin arvot olivat yhteydessä erva-alueen väkilukuun. Tulosten perusteella väestöltään miljoonapiirinä soite-alue pystyy kantamaan lääkkeiden kustannusten vaihtelusta aiheutuvan riskin.

Soten tuotantovastuualueille todennäköisesti pitäisi muodostaa erillinen kalliiden hoitojen kustannusriskin tasausjärjestelmä tai ainakin ottaa huomioon kustannusten mahdollinen vaihtelu tuotantovastuualueiden rahoituksen kannustejärjestelmissä. Toisaalta, mikäli työterveyshuolto ja yksityinen terveydenhuolto jäävät soten järjestämispäätöksen ulkopuolelle, tulisi pohtia, kenellä on kustannusvastuu soten ulkopuolisten organisaatioiden lääkäreiden määräämien lääkkeiden kustannuksista.

Kustannusriskin arvioimiseksi kehitettiin riski-indikaattori. Bootsrap-simulointi perustui Kelan vuoden 2013 reseptitiedostoon, joka sisältää yksilötasoiset tiedot apteekeista ostetuista sv-korvatuista lääkeostoksista. Tutkimuksessa onnistuttiin simuloimalla arvioimaan aluetasoisista lääkkeiden kustannusriskiä. Alustaviin tuloksiin liittyy jonkin verran epävarmuutta johtuen melko vähäisestä simulointitietojen lukumäärästä. Tulevissa tarkasteluissa simulointitietojen määrää kasvatetaan ja lisäksi pyritään löytämään tekijöitä, jotka selittävät tarkemmin aluetasolla riski-indikaattorin suuruutta.

Hankkeen toteutti ja rahoitti Kela. Tutkimus on julkaistu Terveystaloustieteen päivillä 6.2.2015

Pdf-muodossa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-431-1>

*Lisätietoja Hennamari Mikkola, hennamari.mikkola@kela.fi, 050 468 6911
Maria Valaste, maria.valaste@kela.fi, 020 63 41880*

6. Matkakorvausten kokonaistarkastelu Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin toimialueella

Tutkimuksen tavoitteena on ollut selvittää matkakustannusten ja -korvausten kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin toimialueella aikavälillä 2010-2014. Tutkimuksessa pyritään linkittämään mahdollisia kustannusten kasvuun vaikuttavia syitä niiden ehkäisemiseen liittyviin keinoihin hyödyntämällä pääasiassa tilastollisia tietoaaineistoja. Keskeisiä tutkimuskysymyksiä ovat: Miksi matkakustannukset ovat kasvaneet? Miten matkakustannusten kasvua voitaisiin hillitä?

Tässä esitetyt tulokset ovat luonteeltaan alustavia ja perustuvat tässä vaiheessa pääasiassa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin sekä Kela:n matkakustannusten summatasoisten tietojen analysointiin. Seuraavan tutkimusvaiheen aineiston muodostavat Kela:n ja Eksote:n matkakustannustiedot yksittäisten matkojen tasolla, mikä mahdollistaa tarkemmat analyysit (mitä matkoja; mistä; minne; miksi; kustannukset).

Alustavat tulokset ja johtopäätökset:

- Kuntatasoiset matkakulukehitystiedot keskeisten, eniten kustannuksia aiheuttavien, matkustusmuotojen mukaisesti ja kustannusten kehitystrendit
- Tiedonkeruuvaiheessa on noussut esille järjestelmäkirjo, mikä on haaste tarkan kokonaiskuvan muodostukselle
- Kansallisen (tai alueellisen) keskitetyn matkatietokannan olemassaolo auttaisi yhdistämään matkakustannustiedot (helpompi raportointi; tehokkaampi matkaohjaus)
- Tulisi löytää keinoja sellaisten matkojen ja matkustustarpeiden tunnistamiseen, jotka voitaisiin kokonaan ehkäistä tai korvata edullisemmalla palvelumuodolla (esim. liikkuvat lähipalvelut, sähköiset palvelut)
- Älykkään matkojen yhdistelyjärjestelmän kattavuuden tulisi olla 24/7 ja koskea eri matkustusmuotoja laajasti

Tutkimus jatkuu toukokuun loppuun 2015 saakka, jonka jälkeen kaikki tulokset ovat käytettävissä.

Tutkimuksessa yhdistetään Kela:n ja Eksote:n matkakustannusten tilastollisia tietoaaineistoja yksittäisten matkojen tasolla (yksi matka on yksi tietue). Matkatasoisista aineistoa on saatavilla Kela:n osalta koskien kaikkia sairausvakuutuksesta korvattavia matkoja Eksote:n toimialueella. Eksote:n omissa järjestelmissä matkatasoisista aineistoa tallentuu KIIPO-järjestelmään (kiireettömät potilaskuljetukset) ja LIKUMA-järjestelmään (vaikeavammaisten kuljetuspalvelumatkojen hallinnointiin ja laskutukseen liittyvä matkahallintajärjestelmä). KIIPO- ja LIKUMA-järjestelmien matkatasoinen tietoaaineisto kattaa merkittävän osan, mutta ei kaikkea Eksote:n korvattavaksi jäävistä matkakustannuksista.

Hankkeen on toteuttanut Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Hankkeen rahoittivat Kela ja Lappeenrannan teknillinen yliopisto.

Raportti julkaistaan tutkimuksen valmistuttua kesäkuussa 2015 joko Kelan tai LUT:n julkaisusarjassa.

Lisätiedot: Jouni Koivuniemi, jouni.koivuniemi@lut.fi, +358400580683

Aiheeseen liittyvää: matkakorvauksia koskeva Kelan blogi

<http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/2200>

7. Hammashuollon valinnanvapaus Jyväskylässä: mitä maksaa ja kenelle?

Hanke perustuu Jyväskylän hammashuollon valinnanvapaus -kokeiluun. Hankkeessa yksilötason aineistot yhdistetään hankepotilastietoihin ja tarkastellaan hankepotilasjärjestelmän vaikutuksia kustannuksiin ja kustannusten jakaumaan. Hankkeessa on mahdollisuus myös simuloiteihin.

Hanke on viivästynyt aineistosityistä ja se raportoidaan myöhemmin. Hanketta toteuttaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL yhdessä Jyväskylän kaupungin kanssa, ja sitä rahoittaa Hammaslääkäriliitto.

Lisätietoja: Timo Seppälä, THL

YHTEISRAHOITTEINEN VAKUUTUSMALLI

Malli kuvaa asiakaslähtöisesti sairausvakuutuksen osuuden terveydenhuollossa. Rahoitus kerätään valtion ja kunnallisveroina ja vakuutusmaksuina kuten nykyisin. Sairausvakuutuksen rahoitusta muutetaan siten, että **sairaanhoitovakuutuksen valtionosuus korvataan järjestämismisvastaullisen tahon rahoitusosuudella**. Sairaanhoitovakuutuksesta rahoitetaan edelleen lääke- ja matkakorvaukset, korvaukset yksityislääkärin ja -hammaslääkärinpalkkioista sekä lääkärin ja hammaslääkärin määräämästä tutkimuksesta ja hoidosta. Lisäksi sairaanhoitovakuutuksesta rahoitetaan nykyiseen tapaan Kelan kuntoutus ja korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuolto sekä korvaukset EU- tai ETA-maihin ja Sveitsiin. **Työtulovakuutus**, josta kustannetaan sairaus- ja vanhempainpäivärahat sekä työterveyshuolto, **säilyy ennallaan**

Järjestämismisvastaullisen tahon rahoitusosuus sairaanhoitovakuutukseen määräytyy sairaanhoitokorvausten käytön perusteella. Kuntien terveydenhuollon valtionosuudet ja sairaanhoitovakuutuksen nykyistä valtion osuutta vastaava rahoitus kohdennetaan järjestämismisvastaullisille tahoille tarveperusteisesti.

Rahoituksen kerääminen

- Kerätään kuten nykyisin valtion ja kunnallisveroina sekä vakuutusmaksuina. Sairaanhoitovakuutuksen valtionosuuden tilalle tulee **järjestämismisvastaullisen tahon** rahoitusosuus. Sairaanhoitovakuutuksen nykyistä valtionosuutta vastaava osuus yhdistetään **järjestämismisvastaullisten tahojen** valtionosuuksiin.
- Keskeiset seikat, jotka eivät muutu: valtion ja kuntien keräämän rahoituksen periaatteet, vakuutettujen vakuutusmaksujen perusteet.

Rahoituksen kohdentaminen

- Terveydenhuollon valtion osuudet kohdennetaan **järjestämismisvastaullisille tahoille** tarveperusteisesti. Vakuutettujen oikeus sairausvakuutuskorvauksiin säilyy.
- Keskeiset muutokset nykyiseen: Valtion rahoitusosuus, johon on lisätty sairaanhoitovakuutuksen nykyistä valtion osuutta vastaava osuus, kohdennetaan **järjestämismisvastaullisille tahoille**.
- Keskeiset seikat, jotka eivät muutu: vakuutettujen oikeus sairausvakuutuskorvauksiin ja Kelan kuntoutukseen säilyy.

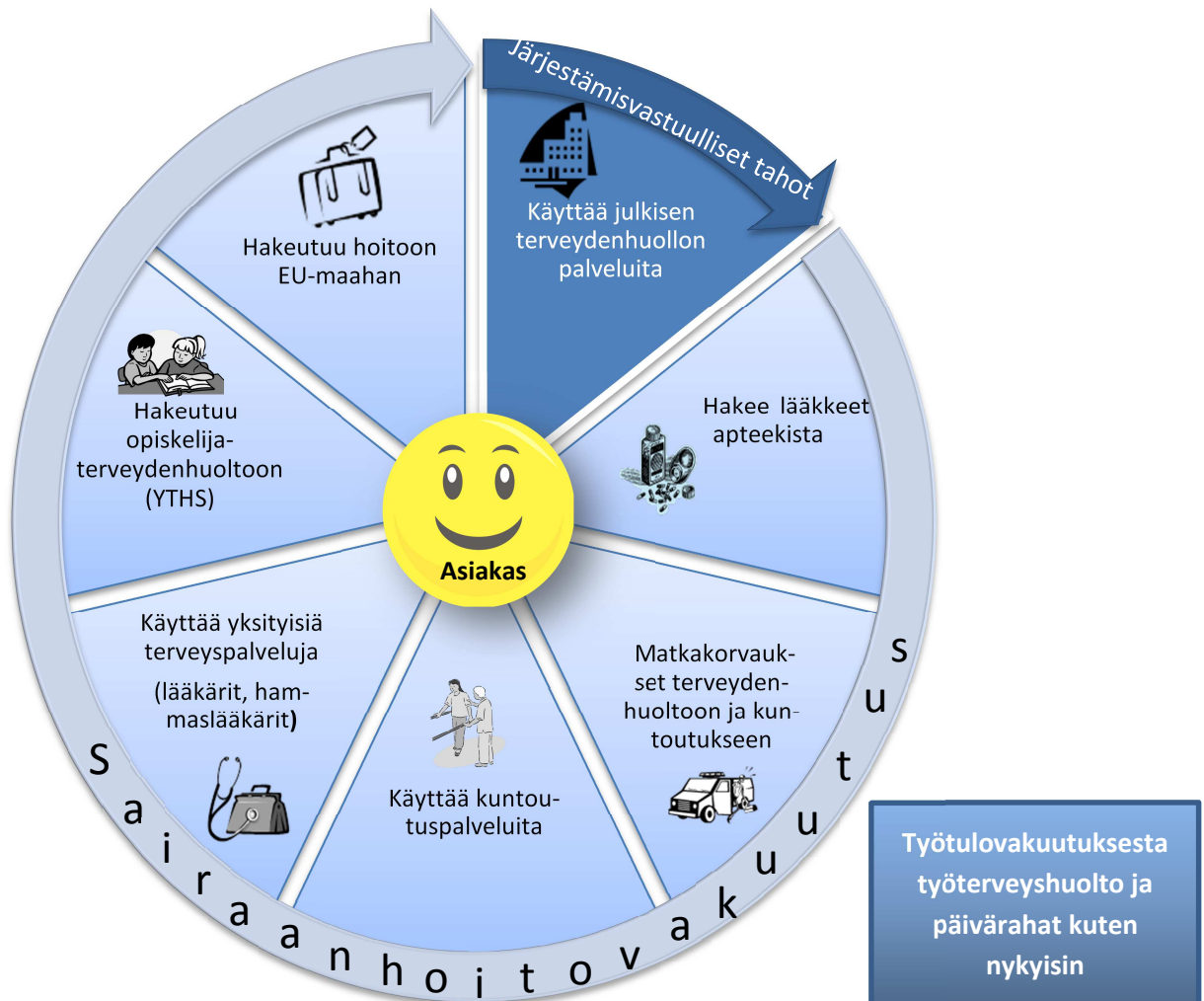
Ohjaus ja päätöksenteko

- Kansallisesti päätettäisiin rahoituksen kohdentamisesta **järjestämismisvastaullisille tahoille**, mikä lisäisi valtakunnallista ohjausta. **Järjestämismisvastaullisille tahoille** kohdennettu raha vahvistaisi sosiaali- ja terveystalouden asemaa ja antaisi tukea kansallisen ohjauksen vahvistamiselle.
- Keskeiset seikat, jotka eivät muutu: Sairaanhoitokorvausten ja Kelan kuntoutuksen toimeenpano säilyisi ennallaan.
- Palveluntuottajien tulisi sitoutua enimmäishintaan sekä yhteisiin hoitokäytäntöihin ja laatukriteereihin

Mallin vahvuuksia

- Rahoitusjärjestelmän kannusteet ja ohjattavuus paransivat. Asiakkaiden asemaan malli vaikuttaisi myönteisesti, kun tarpeen mukaan suunnatuilla varoilla saataisiin hyvin toimivat palvelut.
- Malliin voidaan liittää järjestämisvastaullisen tahon mahdollisuus päättää ”Sote-lisästä” eli **järjestämisvastaullisen tahon** rahoittamasta korotuksesta sairaanhoidon korvauksiin. Sote-lisän tulisi olla riittävän korkea, jotta asiakkaan omavastuu olisi lähellä asiakasmaksua. Sote-lisä voisi koskea kaikkea sairaanhoitovakuutuksen korvaamaa hoitoa tai se voitaisiin suunnata tietyille alueille, kuten perusterveydenhuolto tai hammashoito.
- Lääke- ja matkakorvauksissa osaoptimointi ei enää olisi mahdollista.
- Muutos parantaisi asiakkaan asemaa turvaamalla valinnanvapauden.
- Hallintokuluja säästyisi, Kela hoitaisi toimeenpanon yhdenmukaisesti ja tehokkaasti hyvin toimivien tietojärjestelmiensä ja sähköisen tiedonvälityksen avulla.
- Vakuutusmaksuun kerätty rahoitusosuus tasaisi väestöryhmien ja alueellisia eroja eikä olisi riippuvainen kuntatalouden heilahteluista.

Järjestämisvastaullinen taho
Rahoitus: kunnat ja valtio (sisältää sairaanhoitovakuutuksen valtion osuutta vastaavan osuuden)



Sairanhoitovakuutuksen rahoitus: vakuutetut ja järjestämisvastaulliset tahot
Kela maksaa suorakorvauksina yksityisille tuottajille tai korvaukset asiakkaalle

Sitran sote rahoitusmalli

Sitran sote-rahoitusmallissa palvelujen järjestäjän ja tuottajan/tuottamisvastuullisten roolit erotetaan selvästi toisistaan. Järjestäjän tärkein tehtävä on valvoa ja ohjata tuottajia/tuottamisvastuullisia, ei toimia tuotannosta vastaavana. Roolien selkeyttäminen on ainoa tapa varmistaa kehitys kohti kustannus- ja tuotantotehokkuutta, jotka ovat kasvavien menojen ja kasvavan palvelutarpeen paineissa meille suomalaisille välttämättömyyksiä.

Yksikanavainen rahoitus on välttämättömyys

Sitran rahoitusmallissa toimitaan yksikanavaisen rahoitusmallin mukaisesti. Yksikanavaiseen rahoitusmalliin siirtyminen on kustannusten ja toiminnanohjauksen näkökulmasta tulevaisuudessa välttämätöntä. Viittaamme tässä Oulun ja Kainuun/Keski-Suomen tutkimusten tuloksiin jotka ovat tämän raportin liitteinä. Monikanavaisuus näyttäytyy haasteena nimenomaan eniten palveluita tarvitsevan 10% osalta ja kun kustannuksista 74% käytetään eniten palvelua tarvitseville, on monikanavaisuus purettava. Lisäksi monikanavaisuus näyttäytyy potilaiden hoitoketjuissa niin, että rahoittajatahojen vaihtuessa jatkuvasti näkyvyys muiden rahoittajatahojen ja asiakkaiden hoidon kokonaiskustannuksiin katoaa kokonaan. Esimerkkinä tästä ovat lonkkaleikkaopotilaat joilla Kainuun ja Keski-Suomen tutkimuksessa vaihtui maksajataho (asiakas, kunta, Kela, vakuutusyhtiö) keskimäärin 32 kertaa hoitoketjun aikana.

Sitran rahoitusmallissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamiseen käytettävät rahat kerätään kaikista eri rahoituslähteistä järjestäjäkohtaiselle rahoitustilille. Rahoitustilejä on yhtä monta kuin sote-järjestäjiä. Rahoitustilien teknisenä hallinnoijana toimii Kansaneläkelaitos, joka toimii kansallisena palveluoperaattorina keräten myös palvelutuotannon suunnittelua ja seurantaa varten tarvittavat tiedot kaikkien osapuolten käyttöön. Palvelutuottajat laskuttavat palveluoperaattoria kansallisesti yhtenäisten periaatteiden mukaisesti sisältäen tuotantotiedot sekä kansallisesti sovitut laatutiedot. Palvelutuottajat veloitetaan järjestämäänsä tietotuotannon, johon laskutus perustuu, läpinäkyvästi niin, että se on myös auditoitavissa. Palvelutuottajien laskujen maksamisen edellytyksenä on sovittujen tuotantosopimusten noudattaminen sekä vaadittujen tuotanto- ja laatutietojen toimittaminen vastaavalta laskutusjaksolta. Tämä yhden rahoituskanavan malli mahdollistaa palvelutuotannon laatu- ja kustannusvertailun sekä toiminnan optimoinnin, joilla parannetaan tuottavuutta ja vaikuttavuutta.

Palvelupaketit; tilaajan ja tuottajan työvälineet

Sitran rahoitusmallissa palvelujen järjestämisen ja tuottamisen välineiksi otetaan palvelupaketit, joita tulee olemaan koko sotessa n. 15. Palvelupaketeilla sovitaan siitä mitä julkisilla varoilla tuotetaan ja mitä se maksaa. Pakettien avulla tilaaja, esim. kunta tai yhteisesti sovittu sote-järjestäjä määrittää ja tilaa palvelut tuottamisvastuulliselta esim.

kuntayhtymältä. Pakettien avulla voidaan palveluita tilata myös suoraan tuottajilta. Palvelupaketeilla sote-palvelut kootaan asiakaslähtöisiksi, hallittaviksi ja läpinäkyviksi kokonaisuuksiksi. Pakettien tarkoitus on ensisijaisesti toimia tilaajan ja tuottajan/ tuottamisvastuullisten välisenä toiminnanohjauksen välineenä. Lisäksi paketit tuovat esiin tilauksessa ja toteuman seurannassa palveluiden todelliset kustannukset. Esitettyssä mallissa tuottamisvastuulliset/ tuottajat saavat ymmärrettävän tilauksen, josta ovat kokonaisuutena vastuussa. Samalla tilaaja pystyy tilaamaan sote- palveluita läpinäkyvästi, lähipalvelut ja keskitetyt palvelut huomioiden.

Palvelupakettien avulla sote-palvelut jaetaan hallittaviin, asiakkaan kannalta järkeviin kokonaisuuksiin, joissa on jo tilaajan tasolla integroitu sosiaali -ja terveydenhuollon palvelut mukaanlukien erikoissairaanhoidon palvelut. Tilaaja tilaa palvelupaketit tuottamisvastuulliselta/tuottajalta vuotuisesti sovitulla hinnalla. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalvelupaketti sisältää ennaltaehkäiseviä palveluja, avohoitoa, terapiaa, päiväkeskus- ja työtoimintaa, asumispalveluja ja laitoshoidon. Kokonaisuuksien avulla myös laadun ja vaikuttavuuden indikaattorit saadaan kytkettyä palvelupaketteihin ja kustannuksiin. Näin pystymme läpinäkyvästi seuraamaan ja vertailemaan palveluiden laatua ja kustannuksia alueellisesti. Edellä mainittu läpinäkyvyys tukee myös poliittista päätöksentekoa ja järjestelmän valvontaa.

Tuottamisvastuullisille/tuottajille tulee uudessa rahoitusmallissa olla taloudellisia insentivejä jotka kannustavat kehittämään palveluita. Samoin järjestelmässä pitää olla taloudellinen insentivi kunnille mikäli he pystyvät omilla toimilla ennaltaehkäisyyn panostamalla vaikuttamaan kansalaisten palvelutarpeisiin. Kuntien rooli on keskeinen, sillä ihmisten terveys luodaan pääosin muualla kuin sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pystyäkseen optimoimaan tuotannon, tuottamisvastuullisilla/tuottajille tulee olla oikeus organisoida palvelupakettien tavoitteet täyttävä tuotanto tarkoituksenmukaisella tavalla. Tuotantoon voi osallistua niin julkinen, yksityinen kuin kolmas sektorikin.



12.11.2014

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus

THL on viime vuosina useaan otteeseen käsitellyt sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen ja järjestämiseen liittyviä kysymyksiä. Vuosina 2011 ja 2012 julkaistuissa raporteissa laitos kiteytti ehdotuksensa sosiaali- ja terveydenhuollon pitkántähtäimen järjestämis- ja rahoitusratkaisuksi. Vuonna 2013 julkaistussa THL:n aloitteessa aiempia kantoja täydennettiin ehdotuksin vaikeuksissa olevan perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Syyskuussa 2014 THL julkaisi STM:n toimeksiannosta ennakoarvion sote-järjestämislakiluonnoksen vaikutuksista ja laitos on nyt aktiivisesti mukana monikanavarahoitusta purkavan sekä sote-järjestämislain toimeenpanoa valmistelevien ryhmien työskentelyssä.

THL:n ehdotusten ydin on sosiaali- ja terveystalouden kokonaisintegraatio ja järjestämis- ja rahoitusvastuun keskittäminen tarpeeksi suurille alueellisille toimijoille. Sote-järjestämislakiluonnoksessa kaavailut viisi sote-alueita vastaavat alueellisille toimijoille asetettavia vaatimuksia. THL katsoo lisäksi, että tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä ei saisi syntyä kullekin sote-alueelle enempää kuin korkeintaan 4-5. Taustalla on ajatus siitä, että laajan palvelutuotannon ja laajan osaamisen kuntayhtymillä on parhaat edellytykset resurssiohjauksen ja muin keinoin korjata palvelutuotannon nykyisiä vinoumia ja tuottaa hyvin toimivia hoito- ja palvelukokonaisuuksia.

Palvelujen järjestämiseen käytettävä julkinen rahoitus (valtio, kunnat, sairausvakuutus) tulee kokonaisuudessaan ohjata sote-alueille. THL katsoo, että sote-järjestämislakiluonnoksessa ehdotettu valtion rahoitusosuuksien kierrättäminen kuntien kautta heikentää sote-alueiden taloudellista ohjausvoimaa tuottamisvastuussa oleviin kuntayhtymiin /kuntiin nähden. Valtionosuuksien kierrätys lisää myös järjestelmän epäselvää roolijakoa; yksittäiset kunnat toimivat toisaalta sote-alueen kuntaomistajina, toisaalta sote-alueen alaisina ja ohjauksen kohteena olevina tuottajina.

Toimivampi vaihtoehto on ohjata kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nykyiset valtionosuudet suoraan sote-alueille palvelujen tarvetta kuvaavien kriteerien perusteella. Palvelujen tuotanto-oloista (harva asutus, ym.) johtuvat järjestämiskustannuksia lisäävät olosuhdetekijät voidaan ottaa huomioon erillisvaltionosuudella. Kunnat maksaisivat kiinteän asukaskohtaisen (euroa per asukas) korvauksen palvelujen järjestämisestä. Kuntakohtaisessa maksussa voitaisiin haluttaessa ottaa huomioon terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä palkitsevia elementtejä. Parempaan koordinaation aikaansaamiseksi ja osaoptimoinnin riskin pienentämiseksi myös sairausvakuutuksen maksamia korvauksia vastaava rahamäärä (korvaukset yksityislääkärin palveluista, yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta, lääkkeitä, matkoista, jne.) tulee ohjata sote-alueille.

Jos valtion koko rahoitusosuus kohdennetaan tarvekioituna sote-alueille ja kuntien osuus rahoituksesta pohjautuu yksinkertaiseen kapitaatioon, järjestelmän selkeyden voidaan odottaa lisääntyvän, sen hallinnon yksinkertaistuvan ja kuntien kustannusten ennustettavuuden paranevan. Suuresta väestöpohjasta johtuen sote-alueiden kustannuksissa ei todennäköisesti tule esiintymään vuodesta toiseen kuin marginaalista (tarvepohjaista) vaihtelua. Kokonaisrahoituksen kerääminen, allokointi ja seuranta sote-alueella voitaisiin myös yhdistää luontevasti hallituksen

www.thl.fi



12.11.2014

rakennepoliittisen ohjelman esitykseen kansallisesta sote-kustannusten budjettikehysmenettelystä, jos kehysmenettelyyn liittyvät menorajoitteet kohdennetaan sote-alueitasolle.

Rahoituksen allokoinnin periaatteet sote-alueilta tuottamisvastuisille tahoille vaikuttavat merkittävästi rahoitusjärjestelmän toimivuuteen ja palvelujärjestelmän kehitykseen esim. asiakkaan aseman ja kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Optimaalinen korvausmenettely on osittain riippuvainen syntyvien tuottamisvastuisten alueiden määrästä. Kapitaatiomaksu, mahdollisesti täydennettynä korvamerkityin kannustein, on luonteva vaihtoehto, jos tuottamisvastuisia alueita syntyy vähän ja ne ovat kooltaan suuria, jolloin ne myös käytännössä pystyvät vastaamaan integroidusta palvelutuotannosta. Jos ehdotuksen pohjalta kuitenkin syntyy lukuisia kuntatuottajia sote-aluetta kohden, suoritepohjaiset korvaukset voivat olla selkeämpi tai ainakin aluksi helpommin hallittava vaihtoehto. Kapitaatio- ja suoritepohjaiset korvausmenettelyt eivät kuitenkaan ole toisiaan poissulkevia, vaan käytännössä tulee miettiä eri tavoin painotettuja yhdistelmäkorvausmalleja.

Raha seuraa asiakasta –menettelyä tulee kehittää osana peruspalvelujen vahvistamista, jotta palvelujen saatavuutta, laatua ja asiakaslähtöisyyttä voidaan parantaa. Raha seuraa asiakasta –menettelyä voidaan periaatteessa soveltaa tuottamisvastuisten toimijoiden tasolla sen mukaan kuin sote-alueen järjestämispäätöksessä asia linjataan. Periaate soveltuu tilanteeseen, jossa asiakkaan asemaa halutaan vahvistaa, tuottajakuntaa laajentaa ja/tai monipuolistaa ja tuottajien välistä kilpailua kehittää laatukilpailun suuntaan hintakilpailun sijasta. Kunnallisten peruspalvelujen saatavuuden parantamiseksi samanaikainen perusterveydenhuollon markkinoiden avaaminen myös yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille ml. nykyiset työterveyshuollon tuottajat edistäisi samalla toivottua kehitystä. Laajamittainen valinnanvapauden edistäminen edellyttää jatkossa erityisen kansallisen valinnanvapauslainsäädännön kehittämistä.

Liite ja sen taustamuistio löytyvät Internet-osoitteesta: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksetekotalous-ja-palvelujarjestelma/talous/monikanavarahoitus>

Täydentävä lausuma sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskevaan selvitykseen

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 18.3.2014 työryhmän laatimaan selvityksen sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamisen vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Työryhmän tavoitteeksi asetettiin laatia vaihtoehtoja, jotka vähentäisivät osaoptimointia ja loisivat kannusteita kokonaiskustannusten vähentämiseksi. Lisäksi työryhmän tuli ottaa huomioon palvelujen ja etuuksien saatavuus ja oikeudenmukainen kohdentuminen sekä terveydenhuoltolain ja potilasdirektiivin mukainen asiakkaan/potilaan valinnanvapaus. Työn tavoitteena oli tehokkaasti ja vaikuttavasti toimiva sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä.

Laajapohjaisen työryhmän tueksi asetettiin valmisteluryhmä, jonka tehtävänä on toimeksiannon mukaan ollut valmistella vaihtoehtoisia malleja monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaihtoehtoiksi, sekä arvioida niiden vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmän sekä aiheutuvien kokonaiskustannusten kannalta.

Hankkeella pyritään toteuttamaan hallituksen 29.8.2013 hyväksymää rakennepoliittista ohjelmaa talouden kasvuedellytysten vahvistamiseksi ja julkisen talouden kestävyysvajeen umpeen kuromiseksi. Julkisen talouden jatkuva heikkeneminen edellyttää, että muiden toimien ohella sosiaali- ja terveydenhuollon menot saadaan hallintaan siten, että väestölle voidaan turvata yhdenvertaisesti laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja rahoitus on uudistettava vastaamaan taloudellisesti kestäväällä tavalla palvelujen tarpeeseen.

Ottaen huomioon työryhmän toimeksiannon, selvityksessä olisi pitänyt esittää luotettaviin analyysihin perustuvat vaikutusarviot siitä, miten erilaiset rahoitusvaihtoehdot vaikuttaisivat sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntään, saatavuuteen ja laatuun sekä niiden taloudelliset vaikutukset.

Työryhmän loppuraportissa on kuvauksia nykyisen monikanavaisen rahoituksen haasteista ja erityisesti niistä palvelujen saatavuuteen ja laatuun liittyvistä yhdenvertaisuusongelmista, joita mm. perusterveydenhuollossa esiintyy. Nykyisten ongelmien kuvailun lisäksi olisi pitänyt arvioida, miten sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän muutokset vaikuttaisivat palvelujen kysynnän kohdentumiseen ja mikä vaikutus tällä olisi esimerkiksi

perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuteen, laatuun ja ihmisten yhdenvertaisuuteen. Esimerkkeinä mahdollisista muutoksista olisi pitänyt arvioida, missä määrin yksityisen terveydenhuollon palvelujen, työterveyshuoltoon sisältyvien sairaanhoitopalveluiden ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon kysyntä siirtyisi julkiseen perusterveydenhuoltoon ja mitkä olisivat sen kustannusvaikutukset.

Rahoitusmallivaihtoehdoissa käsitellään vaihtoehtoisia tapoja kerätä ja kohdentaa rahoitusta palveluiden järjestäjälle. Rahoituksen kannustinvaikutuksia käsitellään yleisellä tasolla, mutta sen ohjautuminen palvelutuotantoon ja siihen liittyvät mahdollisuudet ohjata tuotantoa on jätetty kuvaamatta. Tämä olisi ollut välttämätöntä, koska analysoitaessa nykyisiä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia on havaittu, että palvelujen tuotantorakenteen erot selittävät kustannusten eroja enemmän kuin väestön sairastavuuden ja muun palvelutarpeen erot.

Työryhmän loppuraportissa ei käsitellä palveluiden monituottajamallia ja siihen kytkettyä potilaan/asiakkaan valinnanvapautta ja niiden mahdollisuuksia parantaa palveluiden saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta. Työryhmän toimeksiannossa kuitenkin edellytettiin, että asiakkaan/potilaan valinnanvapaus olisi tullut ottaa huomioon. Valinnanvapautta ja sen toteuttamisvaihtoehtoja olisi tullut arvioida perusteellisesti osana asiakkaan valinnan vapautta käsittelevää kappaletta. Lisäksi monituottajamallin ja valinnanvapauden mahdollisuudet olisi pitänyt analysoida myös eri rahoitusmallivaihtoehtojen kannalta.

Työryhmän loppuraportti painottuu terveydenhuollon rahoitukseen ja erityiskysymyksiin. Olisi ollut suotavaa, että loppuraportissa olisi käsitelty laajemmin myös sosiaalihuollon kustannuksia ja eri mallien vaikutuksia sosiaalihuollon toimintaedellytyksiin ja asiakkaiden asemaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistus on valmisteltava samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuksen kanssa. Tähän mennessä tehty työ tarjoaa hyvää pohjaa jatkotyöskentelylle ja eri rahoitusmallivaihtoehtojen ja niiden muunnelmien vaikutusarvioinneille. Tavoitteena tulee olla järjestelmä, joka turvaa kustannustehokkaasti riittävät ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, olipa sitten kyse ennaltaehkäisevistä, korjaavista ja parantavista tai toimintakykyä tukevista palveluista. Potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja aktiivista roolia tulee vahvistaa siten, että parannetaan jokaisen mahdollisuutta valita itse sosiaali- ja terveystalujensa tuottaja.

Helsingissä, 22.3.2015

Paula Ilveskivi
Lakimies
Akava ry



TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA

1 (2)

19.3.2015

Täydentävä lausuma sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskevaan selvitykseen

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 2014 työryhmän laatimaan selvityksen sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamisen vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen jatkuva kasvu tilanteessa, jossa julkisen talouden tilanne koko ajan huonontuu, on kestävä. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta uudistetaan siten, että se yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen kanssa pienentää julkisen talouden kestävyysvajetta.

Olisi ollut välttämätöntä, että selvityksessä olisi esitetty luotettavaan analyysiin perustuvat arviot siitä, miten valmistellut rahoitusmallivaihtoehdot vaikuttaisivat sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen ja laatuun sekä julkisen talouden kestävyysvajeseen.

Työryhmän olisi pitänyt tarkemmin arvioida, miten rahoituskanavien muuttaminen vaikuttaisi palvelujen kysynnän kohdentumiseen ja mikä vaikutus tällä olisi esimerkiksi perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuteen, laatuun ja ihmisten yhdenvertaisuuteen. Esimerkki tällaisesta muutoksesta olisi työterveyshuoltoon sisältyvien sairaanhoitopalveluiden kysynnän merkittävä suuntautuminen perusterveydenhuoltoon.

Rahoitusmallivaihtoehtoisissa kuvataan rahoituksen kerääminen ja sen kohdentaminen palveluiden järjestäjälle. Kannustinvaikutuksia käsitellään yleisellä tasolla, mutta rahan ohjautuminen palvelutuotantoon ja siihen liittyvät tavat ohjata tuotantoa on jätetty kuvaamatta. Tämä on suuri puute, sillä analysoitaessa nykyisiä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia on havaittu, että erot palvelujen tuotantorakenteessa selittävät eroja kustannuksissa enemmän kuin erot väestön sairastavuudessa tai muussa palvelutarpeessa.

Palveluiden monituottajamallin ja siihen kytketyn asiakkaan valinnanvapauden avulla voidaan parantaa palveluiden saatavuutta, laatua ja tuotannon kustannustehokkuutta. Tämä toimintamalli olisi pitänyt kuva-

Työmarkkinat
Jan Schugk

19.3.2015



ta ja analysoida perusteellisesti osana asiakkaan valinnan vapautta käsittelevää kappaletta sekä arvioida tätä ulottuvuutta myös yksittäisten rahoitusmallivaihtoehtojen kohdalla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen jatkovalmistelu on tehtävä kiinteässä yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon rakennevalmistelun kanssa. Vain siten voidaan saavuttaa uudistus, joka parhaalla mahdollisella tavalla turvaa palvelut, mahdollistaa niiden tuottamisen nykyistä huomattavasti kustannustehokkaammin sekä antaa suomalaisille paremmat mahdollisuudet itse valita sosiaali- ja terveystalujensa tuottaja.

Helsingissä, 19.3.2015

Jan Schugk
Asiantuntijalääkäri
Elinkeinoelämän keskusliitto EK