

# Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmakohdat

Martti Kekomäki,  
Terveysten- ja sairaanhoidon  
hallinnon prof., HY, emeritus

## Hyvä järjestelmä on

- **tehokas**, ts. tuottaa hyötyä järkevin kustannuksin verrattaessa voimavarojen vaihtoehtoihin käyttötapoihin
  - valitsemalla hoidot järkevästi: *kohdentava* t.
  - toteuttamalla hoidot tuhlailematta: *toteuttava* t.
- **oikeudenmukainen**
  - tavoitellen *hoidon jakautumista* sen tarpeen mukaan
  - rasittamalla eri tuloluokkia niiden suhteellisen *maksukyvyn* mukaan

## Hyvä rahoitusjärjestelmä

- ei estä järkevimmän hoidon valitsemista
- ei katko hoitoketjuja
- ei kannusta kikkailuun
  - kuten osaoptimointiin, nimikylttien vaihtoon,
- ei lisää kansalaisten eriarvoisuutta ja kasvata terveyseroja aktiivisesti
- jakautuu neutraalisti kansalaisten kannettavaksi
- pitää kokonaiskustannukset minimissään
- edistää terveyssektorin työvoiman saatavuutta
- helpottaa koko systeemin ohjaustoimea

## Hyvä on pitää mielessä, että

- WHO rankkasi maamme palvelujärjestelmän mutasarjaan v. 2000
  - tutkimuksessa oli virheitä, o.k.; väestöryhmien palvelu- ja terveyserot olivat silti surkean tuloksen suurin erillinen selittäjä
- OECD:n maaraportit (Jeremy Hurst) ovat toistuvasti kiinnittäneet huomiota oman maamme terveydenhuollon tuntuvaan eriarvoisuuteen
  - kuuroille korville, tietty: Suomihan on aina terveydenhuollon "mallimaa"

## **“Estää järkevimmän hoidon valitsemista”**

- houkutus muunlaiseen ratkaisuun on suuri: kunta maksaa leikkauksen, KELA lääkkeet

## **“Katkoo hoitoketjuja”**

- Ketju diagnostiikka-hoito-kuntoutus on vaarassa katketa, sillä KELA vastaa tuntuva osasta kuntoutuksen kustannuksia

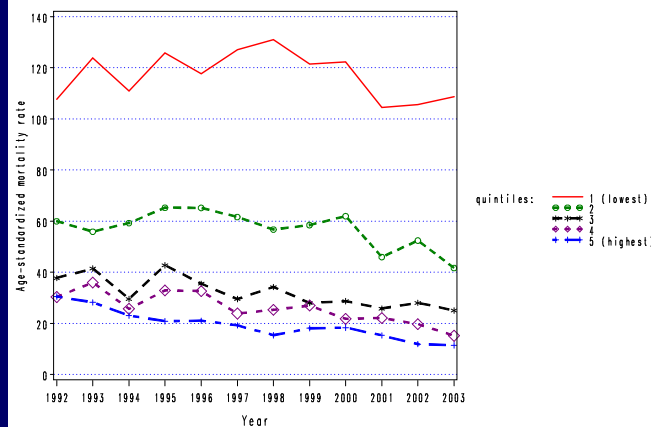
## **“Kannustaa kikkailuun”**

- rakennuksen nimikylttiä vaihtamalla kunta siirtää vuodeosastohoidon lääkekustannuksia KELAlle
- sairaalassa hoidettava syöpäpotilas kipaisee hakemassa apteekista rohtonsa ja näin sairaala “säästää”: täysin irvokasta

## **“Pahentaa palveluiden ja terveyden jakautumiseroja yhteiskunnassa”**

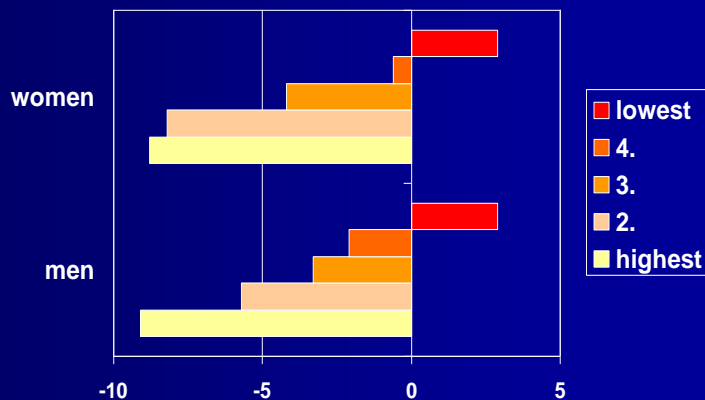
- Suomi on “care paradoxin” mallimaa kolmine rahoitus- ja hoitoränneineen: mitä parempiosaiseen joukkoon kuulut,
  - sitä paremmin todennäköisesti voit,
  - sen vähemmän tarvitset palveluita,
  - sitä enemmän on tarjolla myös terveyspalveluita
  - ja sitä enemmän niitä käytät

## Age-standardized mortality avoidable through improved treatment and medical care for men aged 25-74 per 100,000 population by quintiles of disposable family income in 1992-2003



## Death rates preventable by primary health care measures

Change (%) according to income quintiles 1992-2003



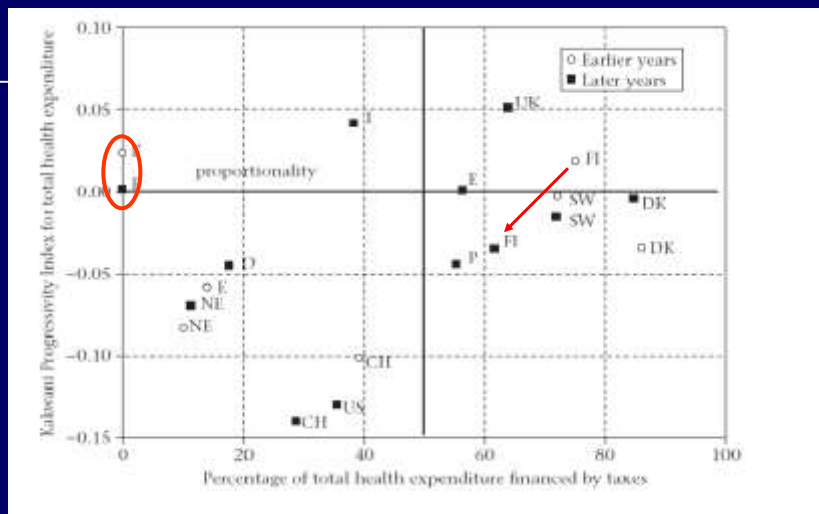
Source: Arffman et al 2007

10 2 October 2008 Juha Teperi

## ”Jakaa rahoitusvastuun epätasa-arvoisesti poikki tuloluokkien”

- Suomi kuului aikaisemmin pohjoismaiseen perheeseen, mutta hiipii siitä nyt pienin askelin kohti yksityisvakuutukseen pohjaavia ratkaisuja

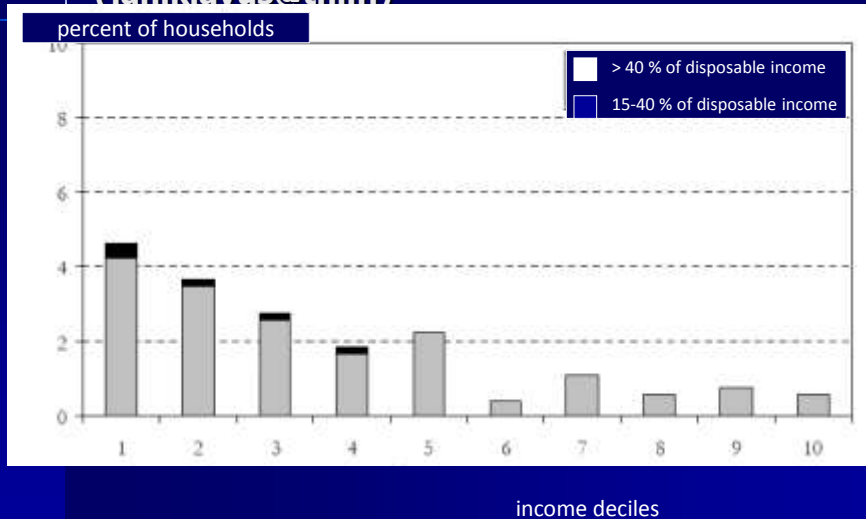
Estimates of progressivity (Kakwani Progressivity Index) of total health expenditure in 12 OECD countries in various years according to the % of health expenditure financed by taxation (London School of Economics).



Key: DK, Denmark (1981,1987); FI, Finland (1990, 1996); F, France (1984, 1989) D, Germany (1989); I, Italy (1991); NE, Netherlands (1987, 1992); P, Portugal (1990); E, Spain (1980, 1990); SW, Sweden (1980, 1990); CH, Switzerland (1982, 1992); UK, United Kingdom (1993); US, United States (1987).

## Risk of catastrophic health care costs in Finnish households

(ian.klavus@thl.fi)



## “Ei piittaa kokonaiskustannuksista”

- epäsuorat kustannukset (työtulon puuttuminen) ja suorat kustannukset (hoito) korvaavat eri toimijat; kokonaiskustannukset eivät ole kenenkään nimenomaisella vastuulla
- “kaksi ministeriä, kaksi strategiaa, kahdet kustannukset”

## “Ei edistä työvoiman parasta saatavuutta”

- monikanavainen rahoitusjärjestelmä tukee osaltaan koulutetun työvoiman joukkopakoa yksityissektorille ja työterveyshuoltoon: miksi tehdä raskasta työtä, jos kevyempi työ on subventoitu rahakkaammaksi?

## Työssä olevat lääkärit päätoimen mukaan

	1998	2008	%
■ Sairaalat	6395	7716	20.7
■ Terveyskeskukset	3392	3548	4.6
■ Työterveyshuolto	589	1016	72.5
■ Yksityisvastaanotot	1130	1800	59.3
■ Avohoitotoimistot ym	452	375	- 17.0

– Lähde: Suomen Lääkäriliitto



## “Ei edistä ohjattavuutta”

- monikanavainen rahoitus syöttää potilaita heikosti hallitulla tavalla sairaaloihin
  - hoitodikaatiot lienevät kohdallaan; se ei vielä yksin takaa sitä, että eri kanavien syöttämille potilaille tuotettu rajahyöty olisi jotenkin tasainen
  - Valtiontalouden Tarkastusvirasto on kiinnittänyt huomiota asiaan: tietenkin turhaan

## Summa summarum:

- sipulinkuorimaisen historian takia maassamme on useita päällekkäisiä rahoituskanavia: syntyvä haitta on moninainen ja tuntuva
- systeemin purkaminen lienee poliittisesti mahdotonta, sillä “hyötyjiä” on kaikista puolueista, mm. koko kansanedustuslaitos
  - edustaako kansanedustuslaitos kansaa vai jotain muuta?
- nykyjärjestelmän sementoiminen uudella terveydenhuoltolailla olisi silti kohtalokas virhe: ns. “tyhmyyskarenssi” on näissä asioissa usean vuosikymmenen mittainen

## Helpoin tapa korjata pulma

- On virittää perustuslaki vastaamaan nykytilannetta:
  - § 19: "----turvattava kaikille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut---"
  - § 19b: "Palveluiden riittävyys tulkitaan kuitenkin aina sen mukaan, kuuluuko kansalainen hyödyllisten vai hyödyttömien ihmisten ryhmään; hyödyttömät kansalaisryhmät määritellään Valtioneuvoston antamalla asetuksella"