

Terveydenhuollon rahoitus Suomessa ja Ruotsissa – mitä rahoilla saadaan?

TEKSTI: TARU BERNDTSON

Miten Suomen uusi terveydenhuollon järjestämisen malli vertautuu tehokkuuden ja tasa-arvon suhteen Ruotsin tapaan rahoittaa terveydenhuoltoa? Onko mailla mittareita kertomaan järjestelmänsä toimivuudesta sekä ohjaamaan rahankäyttöä? Entä miten eroavat naapurusten tavat tuottaa alan innovaatioita?

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tapa mullistuu ensi vuoden alussa, kun sote-palvelujen tuottamisesta alkaa vastata 21 hyvinvointialuetta sekä Helsingin kaupunki. Rahoitus tulee keskitetysti valtiolta. Tällä hetkellä kunnat rahoittavat sote-palveluja omilla verorahoillaan sekä valtio-osuuksilla.

Konsultti **Markku Pekurinen** havainnollistaa rahoitusmuutoksen merkitystä.

– Kuntien keräämät ja valtiolta saamat rahat eivät ole korvamerkityjä juuri sote-palveluihin, joten kunta on voinut käyttää ne vaikkapa urheilukenttiin. Tulevien hyvinvointialueiden ainoat vastuualueet taas ovat sote-palvelut ja pelastustoimi.

Uusi rahoitusjärjestelmä muuttaakin päätöksentekojärjestelmää oleellisesti.

– Valtiovalta tulee ohjaamaan hyvinvointialueita aivan eri tavalla kuin kuntia. On luonnollista, että kun valtio rahoittaa, se myös määrittelee toimintaa aika pitkälle.

Pekurinen on toiminut aiemmin muun muassa Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tutkimusprofessorina, vastuualueenaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen taustavalmistelu, sekä Kuopion yliopiston terveystaloustieteen professorina.

Budjettineuvos **Riitta Aejmelaeus** valtiovarainministeriöstä kertoo, että ensi vuonna voimaan astuvan rahoituslain yleiskatteellisen laskennallisen rahoituksen tärkeimmät kriteerit ovat asiakasperusteisuus ja palvelutarve.





Ruotsissa verotusoikeus

Suomen uusi malli muistuttaa Ruotsin mallia, jossa 21 maakuntaa vastaa terveydenhuollon järjestämisestä. Oleellinen ero on, että Ruotsissa maakunnilla on verotusoikeus, kun Suomessa rahoitus tulee keskitetysti valtiolta.

Ruotsissa noin 10 prosenttia veroista suunnataan maakunnille, jotka käyttävät lähes koko summan terveydenhuollon järjestämiseen. Maakuntien välillä toimii myös muun muassa tulonjakoon perustuva tasausjärjestelmä, konsultti **Anders Borg** kertoo. Borg on toiminut aiemmin Ruotsin valtiovarainministerinä.

Vaikka periaatteellinen ero maiden rahoituksessa on suuri, Borg muistuttaa, että myös Ruotsissa aluehallitukset ovat poliittisesti valittuja.

– Toki veroaste on tärkeä kysymys, mutta eri alueiden veroasteet pysyvät melko samoina, koska kaikki maakunnat noudattavat budjettikuria eikä veroja haluta korottaa.

Kunta-alan työnantajajärjestö SKR:n pääekonomisti **Annika Wallenskog** muistuttaa kuitenkin, että molemmissa maissa alueelliset erot ovat suuret ja siten myös paikallinen päätöksenteko resurssien keräämisestä ja jaosta perusteltu.

– Kunnille oman alueen sairaalan säilyttäminen voi olla elämän ja kuoleman kysymys, vaikka väestöpohja ei sitä puoltaisikaan. En usko, että hallitus kuuntelee alueiden huolenaiheita samalla tavalla kuin paikalliset päättäjät.

Molemmat maat myös keräävät suhteellisen suuret asiakasmaksut osana sote-palveluiden rahoitusta verrattuna moniin muihin OECD-maihin. Pekurisen mukaan asiakkaiden maksamaa osuutta ei usein muisteta terveydenhuollon rahoituksesta puhuttaessa.

Rahoituksella saatava terveyshyöty

Wallenskogin mukaan Ruotsissa terveydenhuollon rahoitus tuntuisi toimivan niin kuin pitäisikin. Esimerkiksi elinaikatalojen ja eri sairauksien hoitotulosten valossa järjestelmä tuottaa ruotsalaisille terveyshyötyä.

Suomessakin erikoissairaanhoito tuottaa hyviä tuloksia suhteutettuna muuhun Eurooppaan. Samaa ei kuitenkaan voi sanoa perusterveydenhuollosta.

– Erikoissairaanhoidon huipputuloksia selittää osaamisen korkea taso ja se, että rahoitus on ollut suunnattuna paljolti sinne. Monella muulla alueella on kuitenkin hyvinvointivajeita. Vaikkapa iäkkäiden pitkäaikaissairaiden, mielenterveyden ja päihdeongelmien hoito on puutteellista, Aejmelaeus toteaa.

Suomen hyvinvointivajeet näkyvät muun muassa niin, että ikääntyvän väestön toimintakyky on huonompi kuin Ruotsissa. Aejmelaeuksen mukaan suurempi prosenttiosuus ruotsalaisista ikäihmisistä asuu kotona, ja heidän toimintakykynsä heikkenee keskimäärin pari vuotta myöhemmin kuin suomalaisten ikätoveriensä.



Terveydenhuollon menojen BKT-suhde¹

9,2 % 10,9 %



Terveydenhuollon käyttömenot/asukas (US\$)¹

4559 5552



Lääkäritiheys tuhatta asukasta kohti¹

3,9 4,3

– Varsinkin kun katsoo hoidon vaikuttavuutta elämän loppupäässä, niin näkee, miten monessa kohtaa olisimme voineet parantaa ihmisten toimintakykyä ja hyvinvointia tai vaikkapa siirtää muistisairauden alkua hoitamalla esimerkiksi diabetes ja korkea verenpaine aikaisemmin.

Wallenskogin mukaan Ruotsissa esimerkiksi vanhusten verenpainetta seurataan ja korkea verenpainetta lääkitään herkästi.

– Ruotsissakin on kuitenkin paljon sosioekonomisia eroja. Yliopistokoulutettu ja Ruotsissa syntynyt elää monta vuotta pidempään kuin vähän koulutettu, varsinkin jos hän on maahanmuuttaja.

Pekurisen mukaan yksi syy perusterveydenhuollon laiminlyömiseen Suomessa voi olla se, että kattavan, työnantajien ja valtion rahoittaman työterveyshuoltojärjestelmän takia päättäjät eivät itse käytä julkista perusterveydenhuoltoa. Sitä vastoin Ruotsissa korkeintaan pari prosenttia työpaikoista on ostanut yksityisen terveystakuun työntekijöilleen.

– Se, että hyvinvointialue vastaa terveydenhuollon kehittämisestä kokonaisuutena antaa aivan erilaiset mahdollisuudet parantaa perusterveydenhuoltoa verrattuna nykytilaan, kun perus- ja erikoissairaanhoidon rahoitus tulevat eri tahoilta, Pekurinen sanoo.

Monikanavarahoituksen ongelmat

Perusterveydenhuollon jälkeenyjäänisyys on yksi esimerkki Suomen terveydenhuollon monikanavarahoituksen ongelmista. Markku Pekurisen mukaan monikanavarahoitus säilyy pääosin vielä ennallaan, mutta sitä aletaan purkaa asteittain.

Monikanavarahoituksesta johtuen Suomen nykyinen järjestelmä voi vaikeuttaa esimerkiksi uusien lääkkeiden käyttöönottoa, koska lääkekorvaukset maksaa Kansaneläkelaitos ja sairaanhoidon kustantavat kunnat.

– Näin ollen saadakse tietyn kalliin lääkkeen, on potilaan mentävä joidenkin seinien sisälle. Se on järjestelmään sisäänrakennettu budjettihaaste, toteaa Riitta Aejmelaeus.

Pekurisen mukaan tulevaisuudessa lääkekorvauksiin käytettävät rahat siirretään hyvinvointialueiden yleiskatteeseen rahoitukseen, mutta korvausten maksatuksen hoitaa edelleen Kela.

Wallenskogin mukaan Ruotsissa lääkkeiden kustannukset jakavat maakunnat ja valtio. Sairaalassa lääkkeen maksaa maakunta, samoin osittain avohoidossa.

– Ei ole siis mahdollista, että maakunnan sairaala säästäisi rahaa sanomalla, että potilaan pitää ostaa lääke apteekista.

”Ruotsissa on Suomeen verrattuna yli kymmenkertainen määrä laaturekistereitä; meillä niitä on kymmenisen, heillä sata.”

– Riitta Aejmelaeus

Mittarit ja tilastot

Riitta Aejmelaeuksen mukaan Suomesta puuttuu mittaristo, jonka avulla pystyttäisiin seuraamaan soite-rahoituksen ohjauskokonaisnäkyä.

– Ruotsissa on Suomeen verrattuna yli kymmenkertainen määrä laaturekistereitä; meillä niitä on kymmenisen, heillä sata. Meillä on paljon mittareita, mutta hyvin vähän vaikuttavuuden mittareita. Tarvitsisimme valtakunnallisen vaikuttavuuden tutkimusstrategian, johon myös yliopistot lähtisivät mukaan.

Aejmelaeuksen mukaan Suomessa on hankekulttuuri, jossa julkituodaan tavoitteet, mutta ei niiden mittareita.

– Hankkeissa on aina se riski, että se on tavallaan päälleliimattu. Kun innokas hankehenkilökunta poistuu, hanke kuolee.

Pekurisen mukaan Suomessa ollaan laaturekisterien suhteen ottamassa samansuuntaisia askeleita kuin Ruotsissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on esimerkiksi käynnissä ohjelma, jossa rakennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon rekisteritietojen avulla seurantajärjestelmää. Järjestelmän avulla voidaan seurata potilaan vaiheita esimerkiksi diabetesdiagnoosin tai lonkkaleikkauksen jälkeen.

Ohjelmaa rahoitetaan eduskunnan päättämällä määrärahalta vuosittain.

Borgin mukaan Ruotsin tapa tuottaa terveydenhuollon dataa on integroitu terveydenhuollon järjestelmiin.



– Esimerkiksi sairaalat tuottavat dataa keskitettyyn DRP-järjestelmään (diagnose-related-payment-system), mikä on tärkein rahanjakoa ohjaava mekanismi. Sen kautta kanavoidaan rahaa sairaaloille. Ideana on maksaa sairaaloille siitä, mitä ne tekevät. Tavoitteena tietysti on, että tiedolla ohjaaminen tuottaa parempaa terveydenhuoltoa ja jakaa resurssit tehokkaammin.

BKT ja tulevaisuus

Anders Borgin mukaan vuosina 1960–90 Ruotsissa oli EU-maista nopeimmin kasvavat terveydenhuollon kustannukset suhteessa bruttokansantuotteeseen.

– 1990-luvulla luotiin säännöt, joiden mukaan maakuntien on sitouduttava budjettikuriin, budjetti ei saa olla alijäämäinen. Se on edesauttanut sitä, että terveydenhuollon maksut ovat pysyneet kurissa. Nyt käytämme BKT:stä noin yhdeksän prosenttia terveydenhuoltoon, mikä on OECD-maiden keskitasoa. Minusta järjestelmämme on tasapainossa, saamme hyvää hoitoa kohtuullisilla kustannuksilla.

Suomessa sitä vastoin käytetään Pohjoismaista vähiten rahaa terveydenhuoltoon suhteessa BKT:hen.

– En tiedä, voitaisiinko rahoitusta lisäämällä vähentää sairauspoissaoloja, parantaa toimintakykyä ja tuottavuutta, välimuuttujia on niin monta. Pelkällä rahalla ei pärjää, vaan on oltava myös osaamista ja satsattava terveyden edistämiseen, Riitta Aejmelaeus pohtii.

Pekurisen mukaan Suomen järjestelmä toimii tuotannollisesti tehokkaasti siinä määrin kuin vertailuja voidaan tehdä.

– Tiedetään, että suomalaiset sairaalat pärjäävät vertailuissa erittäin hyvin, toki eri sairausryhmissä on hieman vaihtelua. BKT-vertailuja tehtäessä tärkeä selittäjä on se, että palkkataso on alhainen. Suomessahan yleensäkin ansiotaso on vaatimaton muihin OECD-maihin verrattuna.

Pekkarisen mukaan hyvinvointialueilla valtiolta saatu rahamäärä ei tule riittämään, koska jo etukäteen tiedetään, että väestön palvelutarve kasvaa enemmän kuin rahoitus.

– Rahoituslaissa on määritelty, että vain 80 prosenttia menojen kasvusta katetaan ja lopuille 20 prosentille ei ole rahoitusta tiedossa. On siis mahdollista, että terveysmenojen BKT-osuus Suomessakin kasvaa tulevaisuudessa.

Life Science

Borgin mukaan Ruotsissa satsataan erityisesti uusiin hoitoihin.

– Ruotsalainen korvattavuusjärjestelmä painottaa innovatiivista hoitoa. Ehkä maksamme enemmän kuin pitäisi,





Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista¹

 76 %  85 %





Hyvinvointialueiden määrä

 21+1  21



Life science -yritysten määrä²

 168  912

mutta haluamme tarjota parasta. Tosin jotkut alueet ovat hieman konservatiivisempia ja pohtivat kalliimpien lääkkeiden käyttöönottoa pidempään. Innovatiiviset hoidot ja lääkkeet ovat osa life science -strategiaamme.

Borgin mukaan Ruotsin life science -strategialla on pitkä historia alkaen jo monta sataa vuotta sitten perustetuista ensimmäisistä lääkeyrityksistä.

– Viimeisen 20 vuoden aikana meille on syntynyt paljon esimerkiksi biotekniikkayrityksiä ja pieniä lääkeyrityksiä. Kaikki hallitukset viime vuosikymmeninä ovat halunneet tukea ja edistää yhteistyötä yritysten, yliopistollisen tutkimuksen ja terveydenhoidon välillä. Siihen sijoitetaan paljon rahaa.

Borgin mukaan viime vuosikymmeninä yliopistojen rahoitus sekä apurahat on kytketty vahvemmin tutkimusnäyttöihin.

– Jos professori tekee innovaation, hänellä on oikeus patenttiin, mikä on kansainvälisesti ainutlaatuista. Näin myös tutkijalla on oikeuksia mahdollisiin tuottoihin.

Johtava asiantuntija **Minna Hendolin** Sitrasta sanoo, että Suomessa pienten life science -yritysten rahoitus on hyvin sirpaleista, muun muassa siksi, että rahoittajia on useita, kuten Suomen Akatemia, säätiöt, Business Finland ja EU.

– Rahoitus on usein hanke- tai projektirahoitusta, mikä on hankalaa erityisesti terveystoimialalla, jossa projektit ovat haasteellisia ja pitkiä. Rahoittaja haluaa kliinistä näyttöä ja sen pohjalta on aina haettava uutta rahoitusta. Tämä ongelma on nyt tunnistettu ja on pyritty luomaan joustavampia rahoitusinstrumentteja.

Suomesta myös puuttuu Ruotsin mallin mukainen virasto, joka koordinoisi alan tutkimusta ja rahoitusta.

Hendolinin mukaan viime vuosina Suomessakin on menty paljon eteenpäin esimerkiksi digitaalisten terveystuotteiden ja ratkaisujen sekä terveysteknologian alalla.

– Meillä on vahvaa it-alan osaamista, esimerkiksi datan hyödyntämisessä ja toisiokäytössä. Sen avulla hoivaan saadaan uuden tyyppistä näkökulmaa.

Hendolinin mielestä tärkeä ero Ruotsiin on se, että siellä on niin pitkään ollut isoja lääkeyrityksiä ja ylipäätään vaurasta teollisuutta ja liike-elämää.

– On vanhaa rahaa, rikkaat suvut ovat säätiöineet ja rahoittaneet alkavia yrityksiä. Suomessa moderniin biotekniikkaan ja bioalaan on alettu satsata vasta 1980-luvulla. Viime vuosina täälläkin on kuitenkin startupien pääomasijoituskenttä kehittynyt huimasti. Jos vanhaa rahaa puuttuukin, niin nyt on uutta rahaa tullut esimerkiksi menestyneiden pelifirmojen kautta, jotka sijoittavat pääomiaan eteenpäin esimerkiksi life science -alan lupaaviin startup-yrityksiin.

Lähteet:

1 OECD Health Statistics 2021

2 Selvitys terveysalan rahoitusympäristön kehittämiseksi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2022:10.

ANDERS BORG

Konsultti



ANNIKA WALLENSKOG

Pääekonomisti,
SKR



MARKKU PEKURINEN

Konsultti



MINNA HENDOLIN

Johtava asiantuntija,
Sitra



RIITTA AEJMELAEUS

Budjettineuvos,
VM

