



**Terveyspalvelualan liitto
Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja
rahavirrat**

Lokakuu 2015



SISÄLLYS

Alkusanat	3
Yhteenveto	4
Lähestymistapa	6
Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmä	12
Terveydenhuollon palveluiden rahavirrat 2013	15
Liitteet	21

ALKUSANAT

Terveyspalvelujärjestelmän kehittäminen on yksi tärkeimmistä yhteiskunnallisista hankkeista Suomessa.

Palvelujärjestelmämme kohtaa useita ongelmia. Kustannukset kasvavat nopeammin kuin bruttokansantuote, julkisten palvelujen saatavuus on monin paikoin heikkoa ja mahdollisuuksia ennaltaehkäisyyn jää käyttämättä.

Terveydenhuoltopalvelujen rooli taloudessa on kasvanut merkittävästi hyvinvointivaltion kehittyessä. Suomen talouden näkymät ja heikkenevä huoltosuhde eivät enää salli ongelmien ratkaisemista kaatamalla niiden päälle lisää resursseja. Järjestelmä tulee rakentaa siten, että se mahdollistaa ja kannustaa toimijoita kehittämään parempia palveluja, toteuttamaan innovaatioita ja hallitsemaan kustannuksia.

Järjestelmän kehittäminen edellyttää keskustelua päättäjien, asiantuntijoiden, alan toimijoiden ja kansalaisten kesken. Rakentava keskustelu on mahdollista, kun osallistujilla on yhteinen käsitys keskeisistä käsitteistä, faktoista ja sitä kautta perustelluista ratkaisuvaihtoehdoista

ongelmiin. Suomen terveydenhuollon eteen tehtävän työn tulee perustua tietoon.

Tämän Nordic Healthcare Groupin tekemän selvityksen tarkoituksena on tuottaa luotettavaa, riippumatonta ja selkokielistä tietoa Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteesta, kustannuksista ja rahavirroista.

Aikaisemmista selvityksistä poiketen tässä selvityksessä terveydenhuollon palvelujen rahoitusta ja tuotantoa tarkastellaan jakamalla ne järjestämisvastuun mukaan kolmeen alajärjestelmään: 1) Julkiset palvelut, 2) Työterveyshuolto ja 3) Yksityiset palvelut. Näin saadaan läpinäkyvämpi kuva palvelujen rahoituksesta, tuotannon jakautumisesta ja ihmisten mahdollisuuksista käyttää yksityisten tuottamia terveyspalveluja Suomessa.

YHTEENVETO

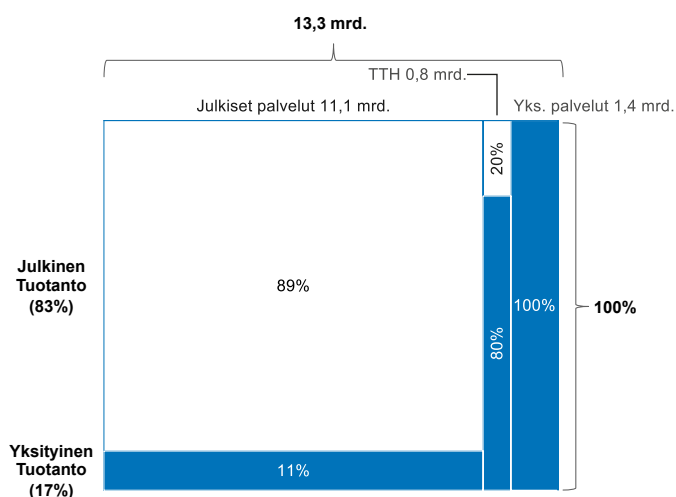
Tämä raportti on Nordic Healthcare Groupin laatima selvitys Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteesta ja rahavirroista. Raportissa nostetaan esiin asioita, joiden ymmärtäminen on tärkeää sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä.

Selvitys on toteutettu Terveyspalvelualan Liiton toimeksiannosta ja sen laatimisessa on hyödynnetty useita alan asiantuntijoita. Selvitys perustuu julkisista tietokannoista saataviin vuoden 2013 lukuihin.

Palvelujärjestelmän rakenteen tarkastelu



Palvelujen tuotanto alajärjestelmittäin, €



Keskeiset tulokset

Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmän kustannukset ovat yhteensä 13,3 mrd. euroa. Tämä summa kerätään seuraavasti:

- Valtio ja kunnat 10,5 mrd. euroa (79%)
- Asiakasmaksut 2,1 mrd. euroa (16%)
- Työnantajat 0,7 mrd. euroa (5%)

Palvelujen tuotannosta 76% on julkisesti tuotettua ja 24% yksityisten tuottamaa.

Järjestämisvastuun kautta tarkasteltuna palvelut voidaan jakaa kolmeen: 1) Julkisesti järjestettyihin palveluihin (83%), 2) työnantajien järjestämään työterveyshuoltoon (6%) sekä 3) ihmisten itsensä ”järjestämiin” yksityisiin palveluihin (11%). Näiden kolmen alajärjestelmän rahoitus ja tuotantorakenteet eroavat merkittävästi toisistaan:

1. Julkiset palvelut ovat kuntien ja kuntayhtymien järjestämisvastuulla olevia lakisääteisiä terveyspalveluja, joita Suomessa asuvilla on oikeus käyttää. Palvelujen kysyntä perustuu perimmiltään poliittiseen päätöksentekoon siitä, mitä terveyspalveluja kustannetaan julkisista varoista. Palvelujen rahoitus kerätään pääosin valtiolta ja kunnilta. Palvelujen tuotannosta järjestämisvastuulliset kattavat itse lähes 90% (kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on alueellinen yksinoikeus palvelujen tuotantoon). Loput palveluista ostetaan alihankintana yksityisiltä palveluntuottajilta.

2. Työterveyshuollossa työnantajat järjestävät kustannuksellaan terveyspalveluja työntekijöilleen. Kysyntä perustuu osin lainsäädäntöön, mutta pääosin työnantajien tarjoamaan työsuhte-etuun työntekijöille (lähes 2/3 palveluista on työnantajien vapaaehtoisesti työntekijöilleen kustantamia ja loput lakisääteisiä ennaltaehkäiseviä palveluja). Työterveyshuollon rahoituksesta 94% kerätään yksityisiltä työnantajilta ja työntekijöiltä. Työterveyshuollon tuotannosta järjestämisvastuulliset työnantajat tuottavat itse vain 15%, pääosa palveluista ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta (65%) ja julkisilta organisaatioilta (20%, lähinnä kuntatyönantajien työterveyshuolto).

3. Yksityiset palvelut ovat pääosin ihmisten itselleen tai lähipiirilleen ”järjestämiä” palveluja. Palvelujen kysyntä perustuu ihmisten tarpeeseen tai haluun hankkia palveluja itse tai yksityisen vakuutuksen kautta rahoitettuna. Valtio subventoi yksityisten palvelujen käyttöä Kelan sairaanhoitovakuutuksen kautta (n. 19% kokonaiskustannuksista). Palveluntuotannosta yksityisten palveluntuottajien osuus on lähes 100%.

Kahdessa alajärjestelmässä kolmesta palvelun käyttäjillä on neutraali mahdollisuus saada yksityisten palveluntuottajien tuottamia palveluja. Suurimmassa alajärjestelmässä (83% kokonaisuudesta) tätä mahdollisuutta ei ole, vaan palvelujen ensisijainen tuottaja on julkinen organisaatio.

Yksityisen tuotannon osuus julkisissa palveluissa on kuitenkin kasvanut 9,6%:sta (2005) 10,6%:iin (2013), kun yhä useampi kunta on avannut palvelutuotantoa kilpailulle, osittain tai kokonaan.

Suomen terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet 4,4 miljardia euroa vuosina 2005-2013. Kasvu on ollut merkittävästi BKT:n kasvua nopeampaa (5,1% vs. 2,7%). Kasvusta 3,6 mrd. euroa eli noin 81% kohdistuu Julkiset palvelut -alajärjestelmään, jonka kustannukset ovat kasvaneet keskimäärin noin 5% vuodessa. Samaan aikaan julkisten palvelujen käyntimäärät ovat vähentyneet.

Yhteiskunnan taloudellisen kantokyvyn kannalta Julkiset palvelut -alajärjestelmän tuottavuuden parantaminen on tärkeää, sillä valtion ja kuntien rahoitusosuudesta (10,5 mrd. euroa) 97% kohdistuu tämän alajärjestelmän rahoittamiseen.

LÄHESTYMISTAPA

Selvityksessä tarkastellaan Suomen terveydenhuollon rakenteita ja rahavirtoja jakamalla palvelut niiden järjestämisvastuun mukaan.

Järjestämisvastuu määrittää, keillä on valta päättää rahoituksen käytöstä ja palveluntuottajien valinnasta. Järjestäjä on vastuussa palvelujen tarpeen ja vaaditun laatutason määrittelemisestä. Järjestämisvastuun mukaiset alajärjestelmät ovat:

- **Julkiset palvelut:** sisältää palvelut joiden järjestämisvastuussa on julkinen toimija; kunta, kuntayhtymä tai sairaanhoitopiiri.
- **Työterveyshuolto:** sisältää työnantajien järjestämisvastuulla olevat palvelut.
- **Yksityiset palvelut:** sisältää palvelut, joiden ”järjestämisestä” vastaavat ihmiset itse hankkiessaan haluamiansa palveluja omalla kustannuksellaan tai yksityisellä vakuutuksella.

Lähestymistavassa kuvataan myös, miten palvelut on rahoitettu ja tuotettu:

Rahoitus kuvaa, kuka rahoittaa palvelut. Rahoituskanavan keräilypäässä on veroja, vakuutusmaksuja ja oma-vastuuosuuksia. Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluja rahoittavia instituutioita ovat kotitaloudet, työnantajat, vakuutuslaitokset (Kela, yksityiset vakuutusyhtiöt), kunnat ja valtio. Tässä selvityksessä yksityiset vakuutusyhtiöt on sisällytetty kotitalouksien rahoitusosuuteen.

Tuotanto kuvaa, ketkä ovat oikeutettuja tuottamaan palveluja niitä tarvitseville ihmisille korvausta vastaan.

Menetelmät

Selvitys perustuu tietokanta-analyysiin, aiheesta tehtyjen julkaisujen, raporttien ja tutkimusten läpikäyntiin sekä lukuisiin keskeisten Suomen terveydenhuoltoalan asiantuntijoiden haastatteluihin. Päälähteenä kustannusten määrittämisessä on käytetty Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) julkaisemaa Terveidenhuollon menot ja rahoitus 2013 -raporttia sekä Kelan ja Tilastokeskuksen tietokantoja.

Tuotanto on jaettu järjestelmittain julkisiin palveluihin, työterveyshuoltoon sekä yksityisiin palveluihin.

Palvelujen rahoitus on jaettu verorahoitukseen, Kelan rahoitukseen, ihmisten itse maksamaan rahoitusosuuteen sekä työnantajien (ml. julkisen puolen työnantajat) joko suoraan tai työtulovakuutuksen kautta maksamiin rahoitusosuuksiin.

Keskeiset rajaukset

Data-analyysi on tehty perustuen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tietoihin terveyspalvelujen rahavirroista. Täten sellaiset rahavirrat, joita THL:n tiedoista ei löydy, on jouduttu jättämään tarkastelun ulkopuolelle. Tällaisia tietoja ovat esimerkiksi sellaiset yksityisten palveluntuottajien käynnit, joista potilas (tai vakuutusyhtiö) ei hae korvausta sairausvakuutuksesta. Kyseisiä tietoja ei ole julkisesti saatavilla.

Termit ja keskeiset käsitteet

Erikoissairaanhoito (ESH) – pääosin sairaanhoitopiirien järjestämisvastuulla olevat lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoislääkärijohtoiset palvelut. Erikoissairaanhoidon palveluja on saatavissa sairaaloissa ja yliopistollisissa keskussairaaloissa.

ERVA-alue – erityistason sairaanhoidon järjestämiseksi Suomi on jaettu viiteen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen, jotka tarjoavat erityisen vaativien ja harvinaislaatuisten sairauksien hoitoa.

Monopoli – taloustieteen määritelmä tilanteelle, missä markkinoilla on vain yksi palvelun- tai tuotteen tarjoaja. Monopolille on siten ominaista kilpailun puuttuminen ja tästä aiheutuva tehokkuustappio (deadweight loss).

Perusterveydenhuolto (PTH) – kuntien järjestämisvastuulla olevat, useimmiten terveyskeskuksissa tarjottavat kevyemmät terveydenhuollon palvelut, kuten terveystarkastukset, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus ja kotisairaanhoito siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa.

Sairausvakuutus – Kelan ylläpitämä sairausvakuutusjärjestelmä on Suomessa lakisääteinen ja valtion kansalaisilleen verotuloja vastaan tarjoama. Sairausvakuutus korvaa yksityisen kansalaisen sairauden hoidosta aiheutuvia kuluja, kuten lääkärinpalkkioita, tutkimus- ja hoitokustannuksia sekä lääkemenoja. Sairausvakuutuksen rahoitus on jaettu työtulovakuutukseen ja sairaanhoidovakuutuksen rahoitukseen.

- **Sairaanhoitovakuutuksen** (sv) etuuksia ovat mm. lääke-, lääkärinpalkkio-, tutkimus- ja hoito- sekä matkakorvaukset ja kuntoutuspalvelut. Rahat kerätään vakuutetuilta eli palkansaajilta, yrittäjiltä ja etuudensaajilta (noin 53% rahoitusosuus) sekä valtiolta (noin 47% rahoitusosuus). Sairaanhoitovakuutuksen osuutta sairausvakuutuksesta käsitellään tässä raportissa Kelan rahoituksena, eli julkisena rahoituksena.
- **Työtulovakuutus** (ttv) on korvamerkitty rahoitusmekanismi jolla rahoitetaan muun muassa työterveyshuollon järjestämisestä maksettavia korvauksia. Rahat kerätään pääasiassa työnantajien sosiaaliturvamaksuilla (67%) sekä palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksuilla (27%). Valtio osallistuu pienellä osuudella (6%). Rahoitusmekanismin käyttötarkoitussidonnaisuudesta johtuen työtulovakuutuksen yritysten rahoittamaa osuutta käsitellään tässä raportissa sairaanhoitovakuutuksesta erillisenä yritysten rahoituksena, ei julkisena rahana.

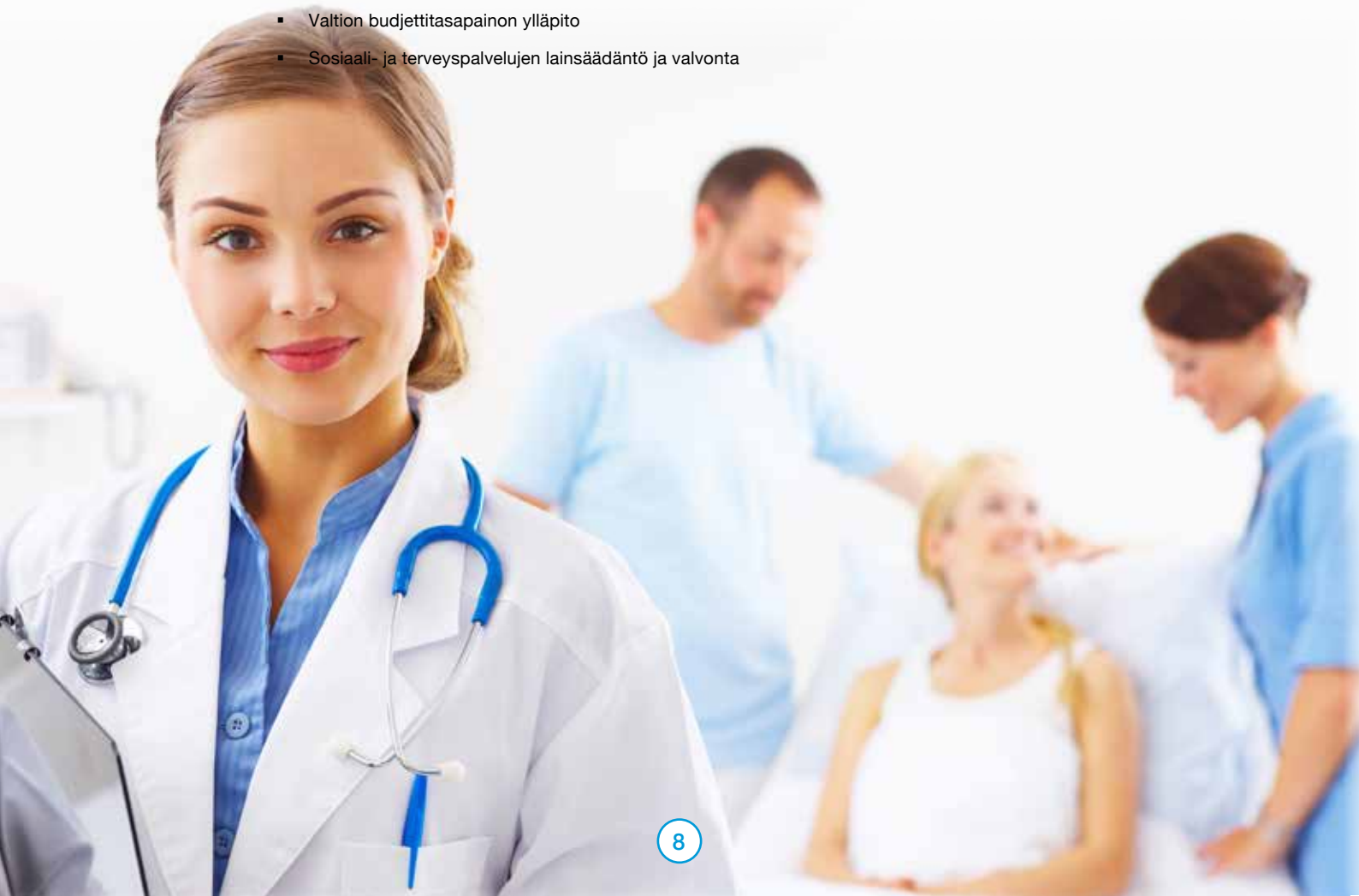
Terveydenhuollon menot – tässä raportissa bruttomenoja, so. menoista ei ole vähennetty asiakasmaksuja vaan ne esitetään erillisenä eränä.

Tuottavuus – taloustieteen käsite tuotannon tehokkuudelle, jota voidaan mitata vertaamalla aikaansaatuun tuotosta siihen käytettyihin panoksiin, resursseihin. Terveydenhuollon palveluissa heikko tuottavuus näkyy esimerkiksi palvelujen huonona saatavuutena, hoitoina. Kun saatavuus heikkenee, ei käytettävissä olevalla rahamäärällä kyetä tuottamaan tarvetta vastaavaa määrää palveluja.

Valtionosuus - valtion ja kuntien väliseen kustannusten jakoon säädetty tulojentasaajjärjestelmä, jonka tarkoitus on tasata tulopohjassa, kustannusrakenteessa ja palvelutarpeissa olevia kuntien välisiä taloudellisia eroja tasavertaisen hoidon takaamiseksi henkilön asuinpaikasta riippumatta. Valtionosuuksia maksetaan kunnille laskennallisesti niiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden perusteella. Valtionosuudet eivät ole korvamerkittyä rahoitusta, vaan kunta päättää itse niiden allokoinnista.

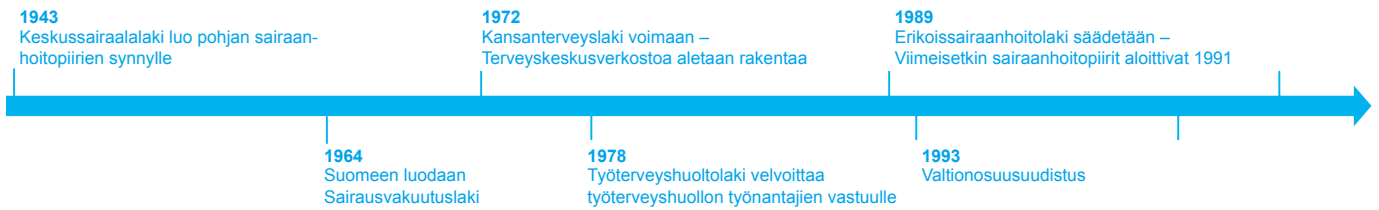
Järjestelmän kehittämiseen osallistuvia toimijoita

Toimija	Tehtävä ja tavoitteet
Ammattiliitot	<ul style="list-style-type: none">▪ Työehtojen ja työntekijöiden etujen puolustaminen ja kehittäminen
Kela	<ul style="list-style-type: none">▪ Tiettyjen palvelujen rahoituksen kanavointi rahoittajilta palveluntuottajille▪ Järjestämisvastuullaan olevien palvelujen koordinointi ja kilpailuttaminen
Kuluttajat	<ul style="list-style-type: none">▪ Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus▪ Vaikuttava hoito▪ Kohtuullinen kustannus
Kunnat	<ul style="list-style-type: none">▪ Julkisten palvelujen rahoittaminen▪ Lähipalvelujen kehittäminen ja oman palvelutuotannon säilyttäminen▪ Paikallisten työpaikkojen ja verotulojen turvaaminen
Sairaanhoito- piirit ja yliopis- tolliset keskussairaalat	<ul style="list-style-type: none">▪ Erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen▪ Erikoissairaanhoidon osaamisen kehittäminen ja koulutus▪ Oman aseman ylläpitäminen palvelujen tuottajana
Terveyspalveluja tarjoavat yksi- tyiset palveluntuottajat	<ul style="list-style-type: none">▪ Kannattava liiketoiminta vastaamalla asiakkaiden tarpeisiin kilpailijoita paremmin▪ Uusien palvelujen kehittäminen ja innovaatioiden luominen
Työnantajat	<ul style="list-style-type: none">▪ Työntekijöiden työkyvyn ylläpito ja terveyden edistäminen
Valtio	<ul style="list-style-type: none">▪ Kansanterveyden kehittäminen ja turvaaminen▪ Valtion budjettitasapainon ylläpito▪ Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö ja valvonta



Järjestelmän kehittämiseen osallistuvat päätoimijat

Terveydenhuoltopalvelujen historiallinen kehitys



Terveydenhuollon rooli ja merkitys yhteiskunnalle on kasvanut merkittävästi viimeisten vuosikymmenien aikana. Nykyinen järjestelmä alkoi rakentua 1960-luvulla.

Autonomian aikana Suomeen perustettiin valtion ylläpitämä piirilääkärijärjestelmä. Hyväntekeväisyys oli merkittävässä roolissa terveydenhuollossa. Toiminta painottui ennaltaehkäisyyn sekä kevyisiin palveluihin lääkäreiden vähäisen määrän vuoksi. Seurakunnilla oli velvollisuus antaa lääkinnällistä apua tarpeen vaatiessa. Vuoden 1869 julistuksessa velvoite sairaaloiden perustamisesta siirtyi periaatteessa kunnille, jotka eivät kuitenkaan kyenneet sairaaloita käytännössä perustamaan. Valtionsairaalat jatkoivat toimintaansa, ja 1800-luvun lopulle saakka sairaalalaitos kehittyi vailla kokonaissuunnitelmaa paikallisten aloitteiden pohjalta valtion, kuntien sekä suurten työnantajien toimesta. Vuonna 1883 aloittaneet kunnanlääkärit olivat askel eteenpäin piirilääkärijärjestelmästä. Kunta maksoi kunnanlääkäreille peruspalkan, mutta pääosan tuloistaan kunnanlääkäri sai potilailta perityistä maksuista.

Itsenäisyyden saavuttaminen ei aluksi merkinnyt suurta muutosta sairaalatoiminnan kehitykseen, vaan valtio joutui edelleen valtaosin ylläpitämään sairaalajärjestelmää, vaikka vastuu terveydenhuollosta olikin kunnilla. Vasta vuoden 1943 [Keskussairaallaki](#) velvoitti kunnat osallistumaan keskussairaaloiden kustannuksiin 50 prosentilla. Suomi jaettiin 20 sairaanhoitopiiriin, joiden keskuksena toimi keskussairaala. Vuonna 1957 koko keskussairaalaaverkosto siirtyi kuntien hallintaan ja vuonna 1965 viimeisistäkin valtion omistamista sairaaloista tuli kuntien hallinnoimia. Terveydenhuollon kustannusten osuus BKT:stä oli kuitenkin edelleen vähäinen.

Hyvinvointivaltion rakentaminen 1960-luvulla alkoi kasvattaa terveydenhuoltomenoja voimakkaasti. Varsinainen kansanterveystyö aloitettiin lisäämällä terveystalvelujen saatavuutta niin, että ne ulottuisivat koko Suomeen. Terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta kasvoi 1,5-kertaiseksi ensin 10 vuodessa, ja sen jälkeen jälleen lähes 1,5-kertaiseksi seuraavan 20 vuoden aikana 1970-luvulta 1990-luvulle.

Vuonna 1964 palvelujen rahoitus pohjaa pyrittiin laajentamaan luomalla [Sairausvakuutuslaki](#), joka oikeutti kaikki Suomessa asuvat henkilöt korvaukseen määrätyistä yksityisiltä palveluntarjoajilta ostettavista palveluista. Sairausvakuutuslaki loi samalla pohjan nykyiselle Yksityiset palvelut -alajärjestelmälle, jossa valtio subventoi ihmisten itse ostamia terveystalveluja.

Sairausvakuutusjärjestelmän kanssa rinnan alettiin kehittää kunnanlääkärijärjestelmän korvaavaa kansanterveysjärjestelmää. Järjestelmien keskinäisestä vuoro-vaikutuksesta ei kuitenkaan pidetty huolta, ja Suomeen kehittyi monikanavainen palvelu- ja rahoitusjärjestelmä, jonka toimivuus terveydenhuollon kannalta on osoittautunut ongelmalliseksi. Vuonna 1972 tuli voimaan [kansanterveyslaki](#), jonka mukaan jokaisen kunnan tuli perustaa, joko yksin tai yhdessä naapurikuntien kanssa, terveyskeskus perusterveydenhuollosta huolehtiakseen.

Vuonna 1978 voimaan tulleessa [työterveyshuoltolaissa](#) määrättiin kaikkien työnantajien velvollisuudeksi järjestää kustannuksellaan ennaltaehkäiseviä terveydenhuollon palveluja työntekijöilleen. Tavoitteena oli laajentaa terveydenhuollon rahoitus pohjaa myöntämällä osittaista tukea työterveyshuollon kustannuksiin ja tätä kautta tukea palvelumarkkinan syntymistä ja saada osa väestöstä pois julkisen alajärjestelmän piiristä.

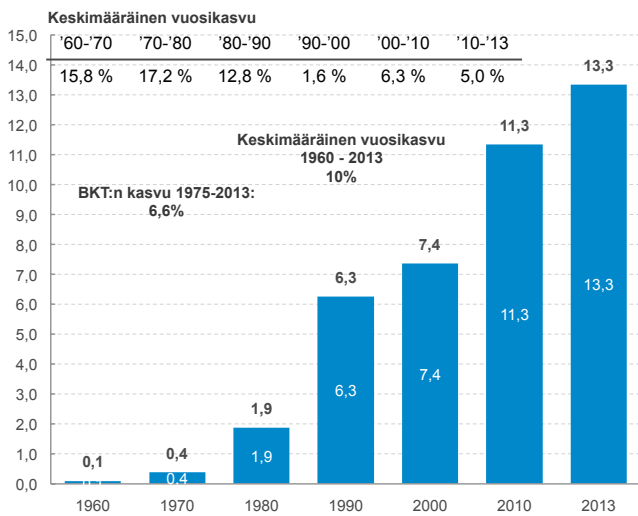
Monikanavainen järjestelmä muotoutui edellä mainittujen lakien johdosta 1960- ja 1990-lukujen välillä. 1989 säädetty erikoissairaanhoitolaki vahvisti sairaanhoitopiirien vastuuta vastuukuntiansa erikoissairaanhoidosta. Vuonna 1991 valtion keskitetty ohjaus lopetettiin ja kuntien vastuuta lisättiin. Tämän jälkeen erikoissairaanhoidon kustannukset alkoivat nousta merkittävästi. Vuonna 1991 poistettiin myös sairauskulujen verovähennysoikeus, mikä tarkoitti 1,4 mrd. markan tulonsiirtoa sairailta julkisyhteisöille; yksilön vastuu sairauskulujen maksajana alkoi lisääntyä. Vuoden 1993 [valtionosuusuudistuksen](#) myötä luovuttiin käyttötarkoitukseen sidotuista valtionosuuksista ja kunnille ryhdyttiin maksamaan laskennallisin perustein määräytyvää valtionosuutta. Tämän kunnat voivat käyttää vapaasti haluamiinsa tarkoituksiin, mikä johti kuntien taloudellisten kannusteiden muutokseen.

Vuonna 2005 voimaan tulleella hoitotakuulla säädettiin julkista palvelujärjestelmää koskevat määräajat kiireettömille hoidoille ja tutkimuksille. Kuntien ja sairaanhoitopiirien vastuulla on järjestää terveydenhuolto kuntalaisille niille allokoiduin resurssein. Mikäli niiden toiminnan tehokkuus ei riitä palvelemaan kaikkia kuntalaisia annetuin

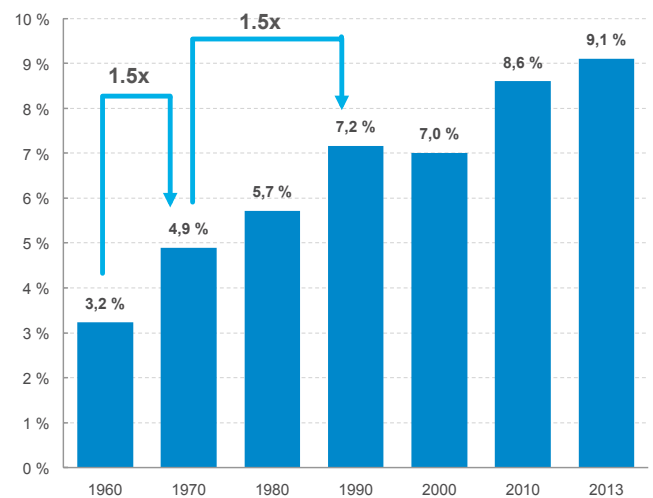
resurssein, syntyy jonoja. Valtio pyrkii hoitotakuun avulla sääntelemään jonojen pituutta.

Suurin uudistus 2000-luvulla tulee olemaan valmistelussa oleva SOTE-uudistus, jonka vaikutus järjestelmän rakenteeseen tulee olemaan merkittävä.

Terveydenhuollon palvelujen menot 1960-2013, mrd. euroa

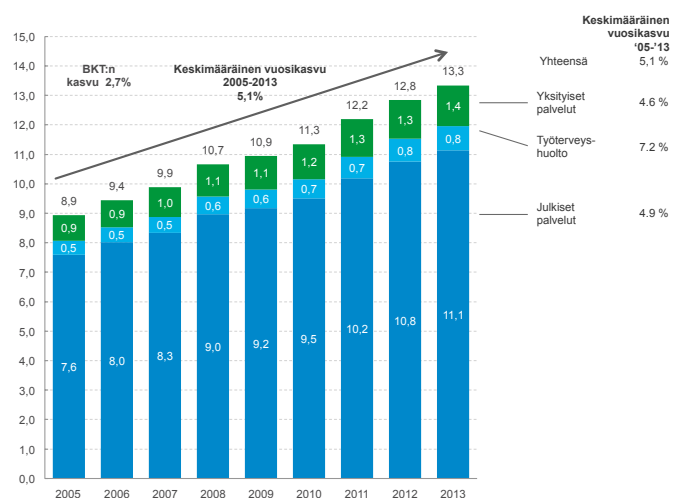


Terveydenhuollon kokonaismenojen osuus bruttokansantuotteesta 1960-2013, %

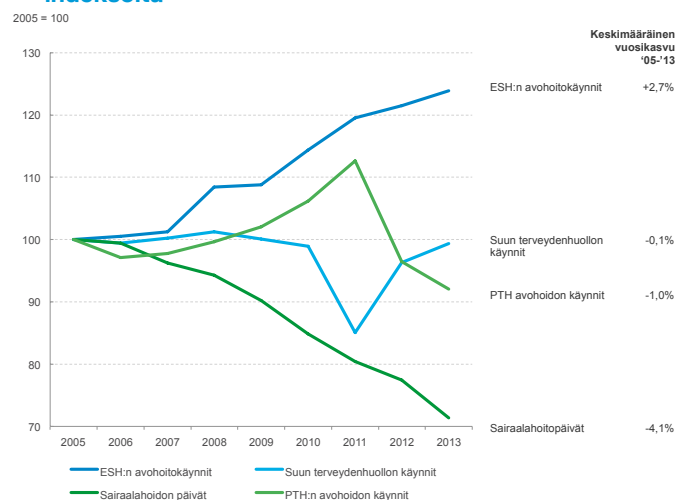


Huomio: Avohoidon lääkemenot eivät sisälly terveydenhuoltopalvelujen kokonaismenoihin. Tilastointitavan muutoksesta johtuen analyysissä käytetyt 1960 – 2005 luvut eivät ole suoraan vertailukelpoisia 2005 – 2013 tilastoihin. Tilastouudistuksen keskeisin ero liittyy SHA-tilastojärjestelmän laaja-alaiseen vanhusten laitoshuollon menojen sisällyttämiseen terveydenhuollon menoihin. Lisätietoa SHA-tilastouudistuksesta: ”Terveydenhuollon menot ja rahoitus 1995 – 2005” (Stakesin raportteja 16 / 2008).

Terveydenhuoltopalvelujen kustannukset 2005-2013 järjestelmittään, mrd. euroa

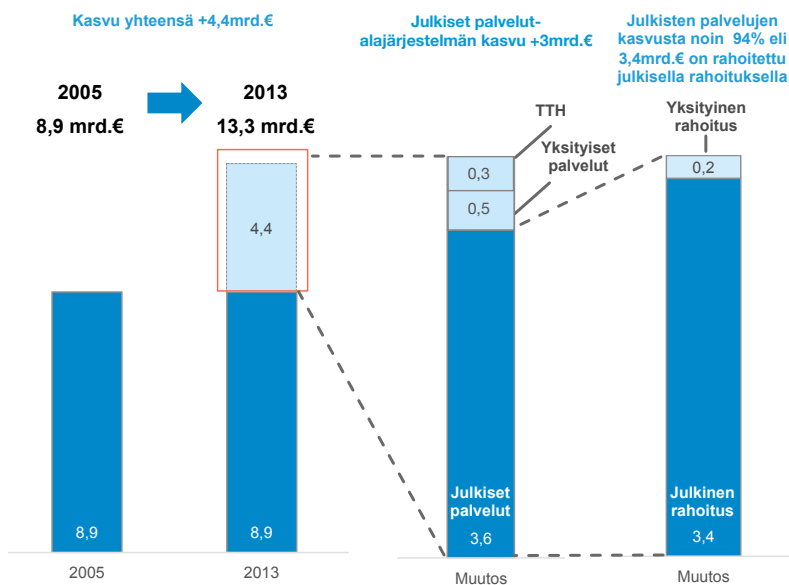


Julkisten terveydenhuoltopalvelujen käyttö 2005-2013, indeksoitu

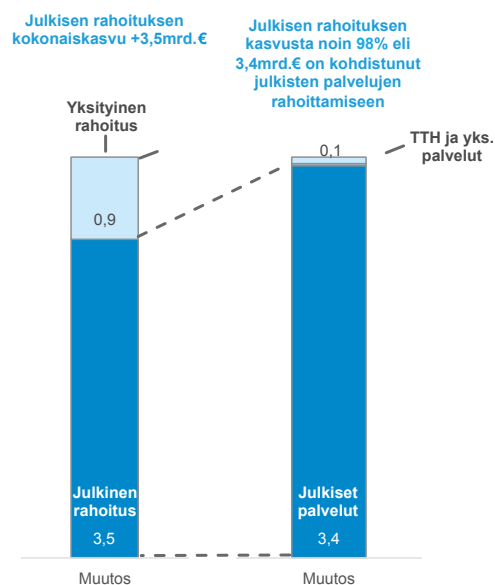


Terveydenhuollon palvelujen kustannukset ovat jatkaneet voimakasta kasvua 2000-luvulla. Kustannusten vuosikasvu (5,1%) on ollut selkeästi BKT:n kasvua (2,7%) nopeampaa. Absoluuttiset menot ovat nousseet 4,4 mrd.€ vuodesta 2005 vuoteen 2013 mennessä. Julkisen palvelujärjestelmän kustannukset ovat kasvaneet käyntimäärien laskusta huolimatta vuosina 2005-2013: sairaalahoito-päivät ovat vähentyneet noin 4% vuosittain ja perusterveydenhuollon käynnit keskimäärin noin prosentin. Suun terveydenhuollon käyttö on pysynyt samana ja erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ovat lisääntyneet vajaat 3% vuosittain.

Kustannusten muutos 2005-2013, mrd €



Rahoituksen muutos 2005-2013, mrd.€



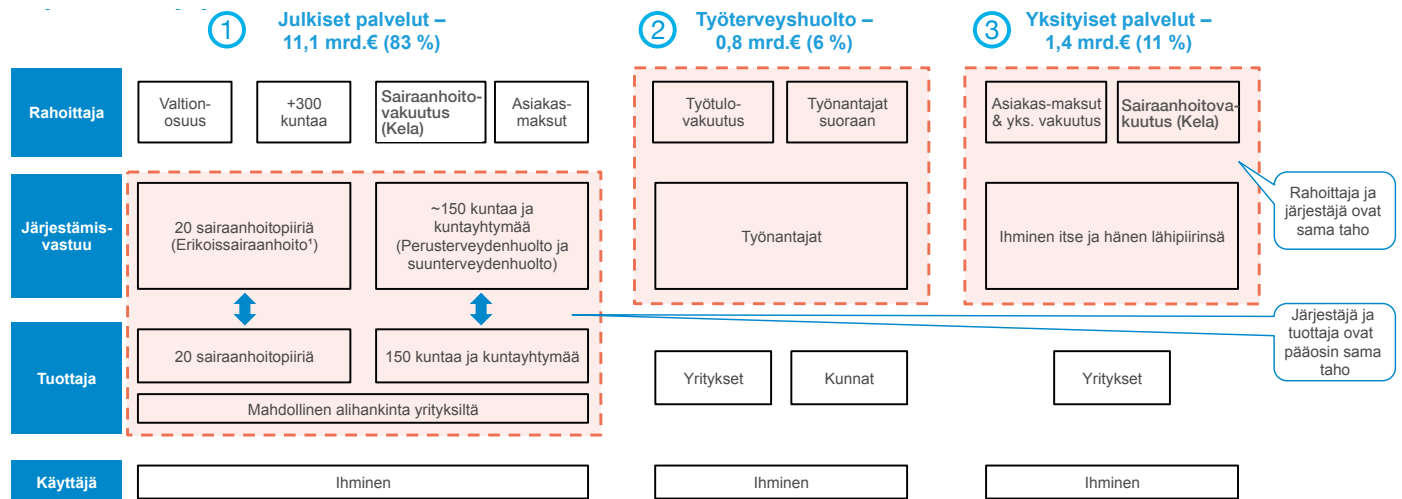
Terveyspalvelujen kustannukset ovat nousseet vuodesta 2005 vuoteen 2013 yhteensä 4,4 miljardia euroa. Julkissa palveluissa kustannukset ovat nousseet 3,55 miljardia euroa, yksityisissä palveluissa 0,5 miljardia euroa sekä työterveyshuollossa 0,3 miljardia euroa. Julkisen järjestelmän kustannusten kasvusta noin 94% eli 3,4 mrd.€ on rahoitettu julkisella rahoituksella.

Julkisen rahoituksen kokonaiskasvusta (3,5 mrd.€) siis vain hieman alle 0,1 mrd.€ eli n. 2% on kohdistettu työterveyshuoltoon ja yksityisiin palveluihin, kun taas yksityisen rahoituksen kasvusta (0,9 mrd.€) noin 0,16 mrd.€ eli 17% on mennyt julkisten palvelujen kustannusten kasvuun.



SUOMEN TERVEYDENHUOLLON PALVELU- JÄRJESTELMÄ

Järjestelmän nyky rakenne



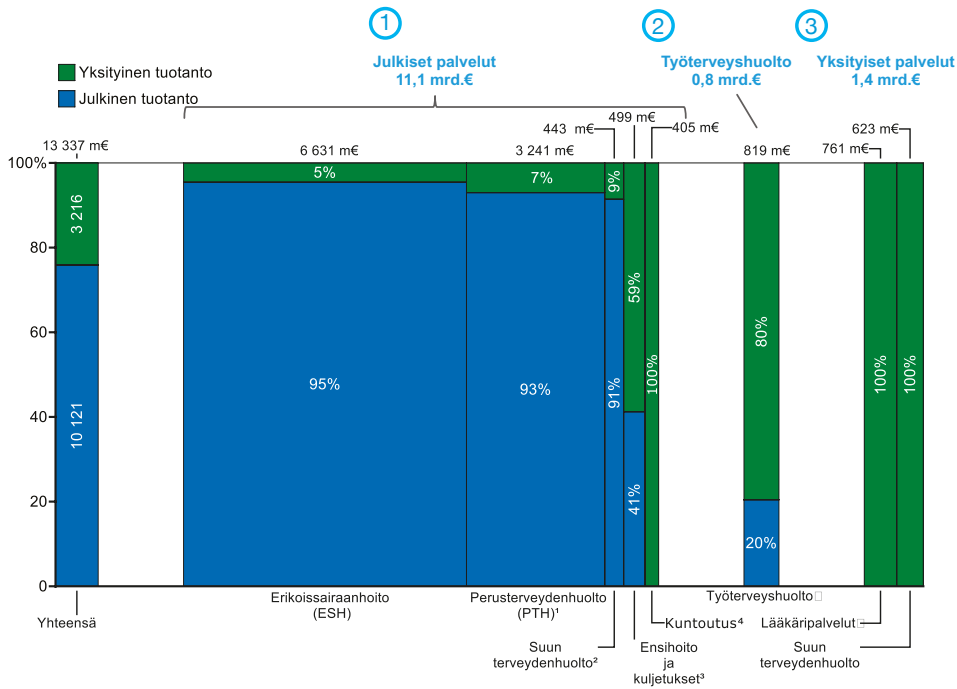
Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmä perustuu kolmeen alajärjestelmään, joiden rahoitus, järjestäminen ja tuotanto on toteutettu eri tavalla.

1) Julkiset palvelut- järjestelmä ovat kuntien ja valtion pääosin rahoittama (92%) järjestelmä, joka takaa terveydenhuollon palvelut kaikille kansalaisille. Järjestelmässä perusterveydenhuollon (PTH) ja suun terveydenhuollon järjestämisvastuu on n. 150:lle kunnalla ja kuntayhtymällä alueittain. Erikoissairaanhoidon (ESH) järjestämisvastuu on puolestaan 20 sairaanhoitopiirillä alueittain. Vaativasta erityissairaanhoidosta vastaa viisi erityisvastuualuetta (ERVA), joiden keskuksina toimivat yliopistosairaalat. Järjestäjätahoilla on etuoikeus myös palvelutuotantoon. Halutessaan ne voivat ostaa haluamansa määrän palveluja alihankintana yksityisiltä palveluntuottajilta.

2) Työterveyshuolto on osin lakisääteinen järjestelmä, missä työnantajat järjestävät kustannuksellaan (rahoituksesta 94% kerätään työnantajilta ja työntekijöiltä) terveyspalveluja työntekijöilleen. Palvelujen rahoittaja ja järjestäjä ovat siis sama taho. Työnantaja maksaa työterveyshuollon kustannukset osittain itse ja osittain Kelan ylläpitämän korvamerkityn työtulovakuutuksen kautta. Työnantaja voi hankkia palvelut kunnan terveyskeskuksesta, tuottaa palvelut itse tai hankkia ne kilpailuttamalla yksityisiä tuottajia. Palvelujen tuotannosta yksityiset lääkäriasemat tuottavat noin 65%, yritysten omat työterveyshuollot noin 15% ja kunnat noin 20%.

3) Yksityiset palvelut (1,4 mrd. euroa) ovat ihmisten itse rahoittamia ja hankkimia terveyspalveluja, joiden kustannuksia valtio subventoi sairaanhoidovakuutuksen kautta (263 m€, joka vastaa noin 19% kustannuksista). Yksityiset palvelut -alajärjestelmässä ihmiset ”järjestävät” tarvitsemansa palvelut itse ja valitsevat parhaaksi katsomansa palveluntuottajan. Palvelutuotannosta vastaavat lähes 100-prosenttisesti yksityiset palveluntuottajat.

Tuotantorakenne järjestelmittäin



Huomiot: 1. Perusterveydenhuolto sisältää myös julkisen opiskelijoiden terveydenhuollon 2. Julkiseen suunterveydenhuoltoon sisällytetty YTHS:n ja Puolustusvoimien osuudet 3. Ensihoito ja kuljetukset sisältävät kaikki ambulanssimatkat sekä sairaanhoito- vakuutuksen (Kela) korvaamat muut matkat 4. Sisältää Kelan järjestämän yksityisten tuottaman kuntoutuksen. Myös ESH ja PTH sisältävät kuntoutustoimintaa 5. Työterveys- huollon julkinen tuotanto koostuu peruster- veydenhuollon tarjonnasta työterveys- huollosta 6. Lääkäripalvelut sisältää yksityiset lääkärivastaanotot, sairaalapalvelut, diag- nostiikan ja kuntoutuksen (sisältäen muuta- man julkisomisteisen osakeyhtiön)

Terveyspalveluista 76% tuotetaan julkisten organisaatioiden toimesta. Tuotantorakenne kuitenkin eroaa eri alajärjestelmissä: työterveyshuollossa ja yksityisissä palveluissa pääosa palveluista tuotetaan yksityisten palveluntuottajien toimesta (80% ja 100%); julkisissa palveluissa sen sijaan palvelujen järjestäjät tuottavat pääosan palveluista itse (julkisen tuotannon osuus 89%).

Perusterveydenhuollon palveluissa järjestämisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät tuottavat palvelut pääosin itse: oman tuotannon osuus on suun terveydenhuollossa 91% ja muissa palveluissa 93%. Erikoissairaanhoidossa julkisen tuotannon osuus on vielä suurempi, 95%. Ensihoito ja kuljetukset -kategorian yksityisen tuotannon osuus on korkea (59%), sillä se sisältää paljon yksityisiä taksikuljetuksia. Sen sijaan ambulanssikuljetuksista pääosa hoidetaan sairaanhoitopiirien ja pelastuslaitosten toimesta (arviolta noin 75%). Samoin Kelan järjestämisvastuulla olevat kuntoutuspalvelut ovat yksityisten palveluntuottajien tuottamia. Julkisessa järjestelmässä yksityisten palveluntuottajien tuottama osuus (11%) koostuu pääosin päätuottajan yrityksiltä ostamista alihankintapalveluista. Näistä palveluista hieman alle puolet koostuvat Kela-korvatuista taksimatkoista sekä Kelan järjestämästä kuntoutuksesta, ja hieman yli puolet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ostopalveluista. Palvelun käyttäjien kannalta tämä tarkoittaa sitä, että mahdollisuus käyttää yksityisten palveluntuottajien tuottamia palveluja riippuu siis siitä, kenen rahoituksella palveluja käytetään. Julkisilla varoilla rahoitettuja yksityisten palveluntuottajien tarjoamia palveluja voi käyttää ainoastaan muutamassa kun-

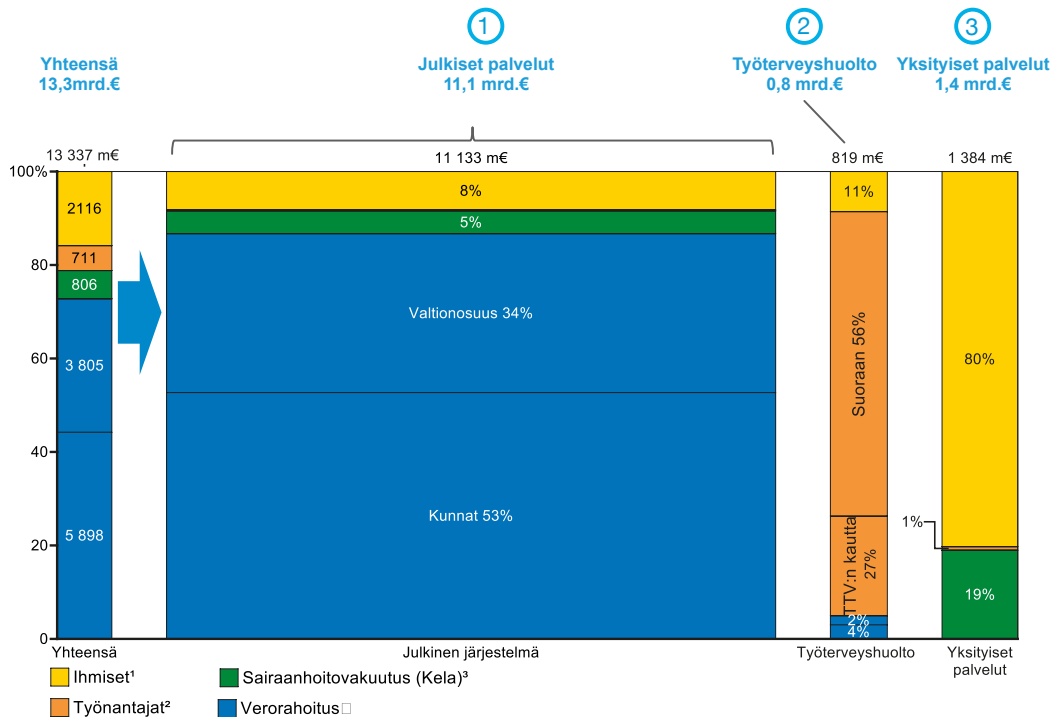
nassa, jotka ovat avanneet palvelutuotantoa kilpailulle tai laskeneet liikkeelle palveluselejä.

Työterveyshuollon järjestämisvastuu on lain mukaan työnantajilla. Palvelut tuottavat pääosin yksityiset palveluntuottajat, lukuun ottamatta terveyskeskuksissa tarjottavaa PTH:n työterveyshuoltoa, joilta lähinnä kuntatyönantajat ja pienyritykset ostavat palveluja. Työterveyshuollon palveluista 60% on työnantajien vapaaehtoisesti työntekijöilleen tarjoamia palveluja. Korvausluokkaan I kuuluvat lakisääteisen ehkäisevän toiminnan ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävän toiminnan kustannukset. Korvausluokkaan II kuuluvat vapaaehtoiset sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset. Tosiasias- sa vapaaehtoisten kustannusten osuus on suurempi kuin tilastossa näkyvä 60%, sillä osa yrityksistä ostaa palveluja enemmän kuin Kelan työntekijäkohtaisen maksukaton verran.

Yksityiset palvelut ovat ihmisten itse maksamia (tai itse rahoitettavan vakuutuksen kautta maksettuja) palveluja, joita ihminen hankkii parhaaksi katsomaltaan tuottajalta. Yksityisten palveluntuottajien osuus näiden tuottamisesta on 100%, joista pieni osa on julkisesti omistettuja (julkisesti omistettuja yrityksiä ovat esimerkiksi Hyksin Oy, Coxa Oy ja TAYS Sydänsairaala Oy).

Ihmisen mahdollisuus saada yksityisten toimijoiden tuottamia terveyspalveluja riippuu siis siitä, minkä alajärjestelmän piiriin hän kuuluu: mahdollisuus saada tasavertaisesti yksityisten toimijoiden tai julkisten organisaatioiden palveluja on vain 17%:lla kokonaistarpeesta; ihmisillä, joiden palvelut rahoittavat työnantajat tai ihminen itse.

Rahoitusrakenne järjestelmittäin



Huomiot: 1. Ihmisten osuus sisältää ihmisten itse ottamien vakuutuksien rahoitusosuuden (arviolta n. 350-400m€), työntekijöiden osuuden työterveyshuoltoa rahoittavasta työtulovakuutuksesta sekä 97m€ säätöiden rahoittamaa yksityistä hoitoa 2. Työnantajien osuus sisältää avustuskassat sekä työnantajan osuuden työtulovakuutuksesta 3. Kelan keräämät sairausvakuutusmaksut eivät sisällä työnantajien ja -tekijöiden rahoittamaa osuutta työtulovakuutuksesta (94%) 4. Verorahoitus sisältää kuntien verovarot ja valtionosuudet (arvioitu perustuen VM:n laskelmaan valtionosuuksista) sekä kuntatyönantajien maksaman osuuden työterveyshuollosta (4%) sekä työtulovakuutuksesta (2%).

Suomen terveydenhuollon palvelujen rahoituksesta (13,3mrd.€) verorahoituksen osuus on noin 9,7 mrd.€, Kelan sairauskuluvakuutus 0,8mrd.€, ihmisten asiakasmaksut noin 2,1mrd.€ ja työnantajien osuus noin 0,7mrd.€.

Alajärjestelmien rahoitusrakenteet eroavat toisistaan:

Julkisen järjestelmän rahoitus perustuu pääosin kunnallisveroon ja valtion verotukseen, jota valtio kohdentaa kunnille valtionosuuden kautta. Asiakkaalle itselleen jää julkisissa palveluissa maksettavaksi omavastuuosuus, joka on noin 7% ESH:ssa, noin 25% PTH:n suun terveydenhuollossa ja noin 9% muussa PTH:ssa. Tämän lisäksi Kela rahoittaa osan palveluista (noin 5%).

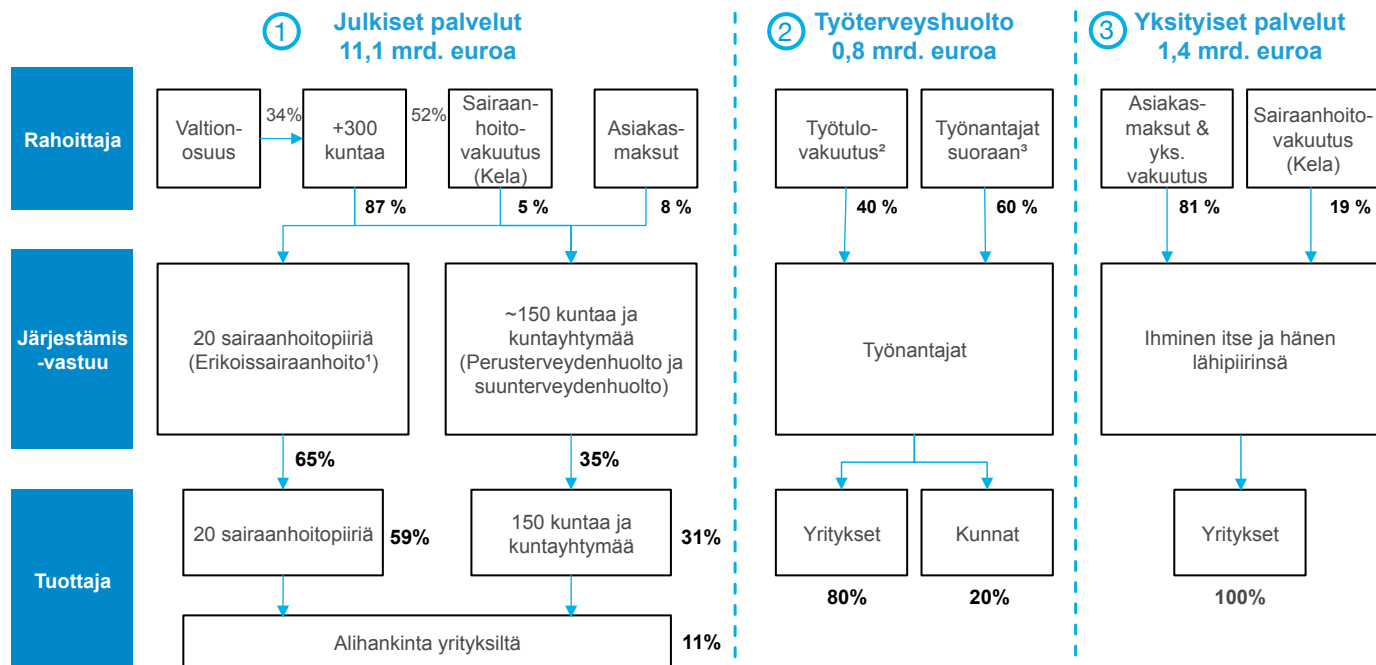
Työterveyshuollon rahoittavat pääosin yksityiset työnantajat (83%) ja työntekijät (11%) joko suoraan tai välillisesti korvamerkityn Kelan työtulovakuutusmaksun kautta. Kunnat ja valtio rahoittavat omien työntekijöidensä työterveyshuollon työnantajan roolissa.

Yksityisissä palveluissa päärahoittajina ovat ihmiset itse (80%), joita valtio subventoi sairaanhoitokorvauksin (Kela) (19%). Erinäiset avustuskassat rahoittavat yksityisiä palveluja yhden prosentin verran.



TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN RAHAVIRRAT 2013

Rahavirrat - Yhteenveto



Huomiot: 1 Ensihoito ja kuljetukset (0,5 mrd. euroa) sisältyvät ESH:oon 2 Työtulovakuutuksen rahoittajat ovat työnantajat (n. 67% rahoitusosuus), palkansaajat ja yrittäjät (n. 27% rahoitusosuus) sekä valtio (6%) 3 Sisältää myös kuntatyönantajien maksamat suoramaksut (4%)

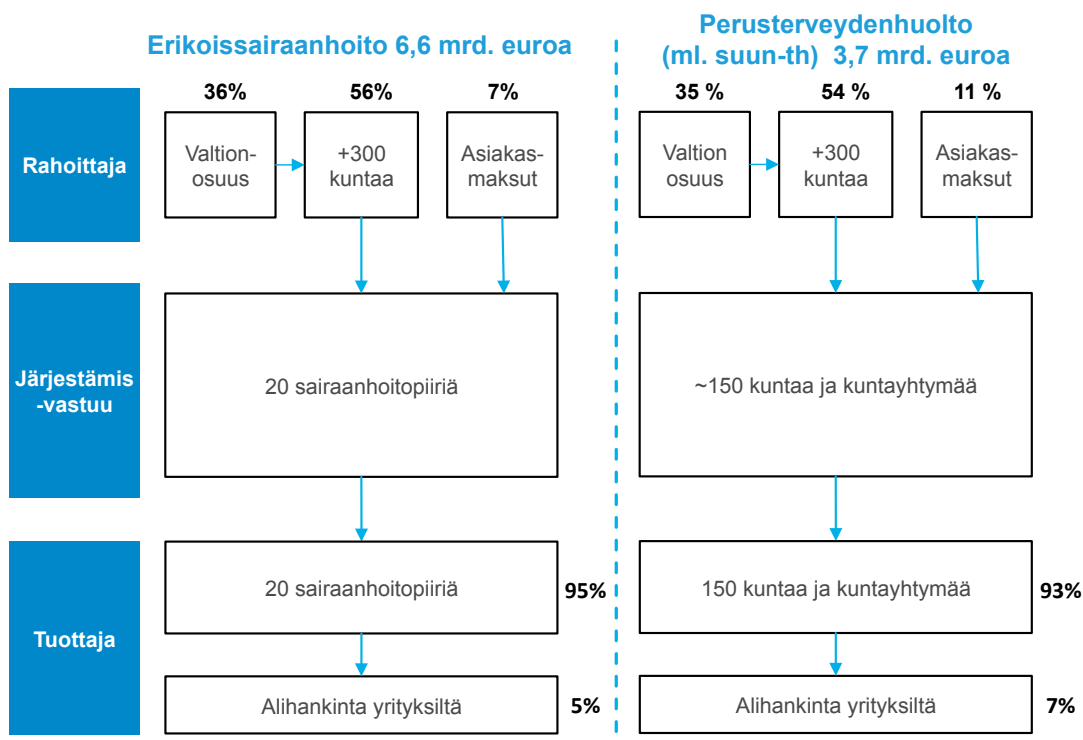
Terveysthuollon monikanavaisessa järjestelmässä rahavirrat jakautuvat eri tavoin eri järjestelmissä.

Julkisessa järjestelmässä rahoitusvastuu on pääosin kunnilla, joille valtio maksaa valtionosuutta. SHP:t ja kunnat vastaavat palvelujen järjestämisestä alueittain. Kullakin järjestämävastuussa olevalla taholla on yksinoikeus myös palvelutuotantoon. Täten rahoittaja ja järjestäjä ovat ainakin osittain erotettu toisistaan. Halutessaan kunta tai SHP voi ostaa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta alihankintana, mutta tämä on julkisessa järjestelmässä vähäistä (n. 11%). Kela on järjestämävastuussa pienessä osassa palveluja, esimerkiksi kuntoutuksessa.

Työterveyshuollon rahoittavat pääasiassa työnantajat maksamalla korvamerkittyä työtulovakuutusmaksua Kelalle ja sekä suoramaksuna tuottajille. Kela uudelleenallokoi työnantajien maksamaa rahaa työnantajien kesken työtulovakuutusmekanismiin kautta.

Yksityisten palvelujen rahoitus perustuu pääosin joko suoriin tai yksityisten vakuutusten kautta allokoituihin asiakasmaksuihin. Työterveyshuollossa ja yksityisissä palveluissa yhdistävänä tekijänä on se, että palvelujen rahoittaja päättää myös niiden järjestämistavasta. Molemmissa järjestelmissä palvelujen tuottajat ovat pääosin yksityisiä toimijoita. Yksityiset palvelut -järjestelmässä myös vakuutusyhtiöt järjestävät osan palveluista (lähinnä lakisääteinen tapaturmavakuutus).

Rahavirrat - Julkiset palvelut (1/3): Erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto



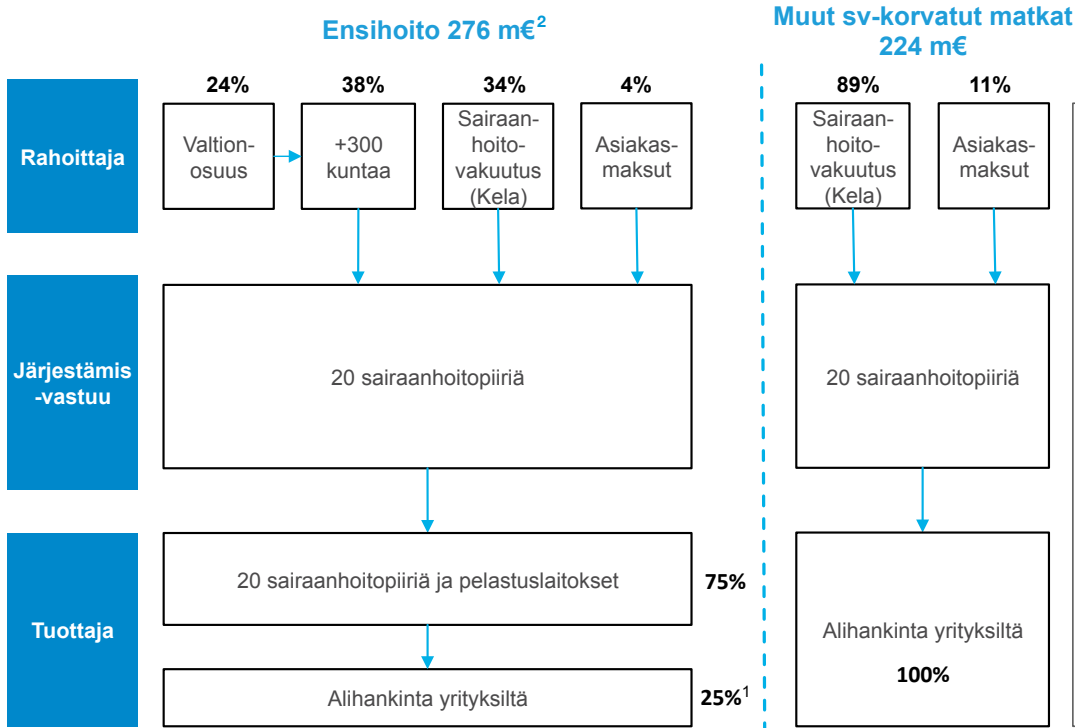
Huomiot: Perusterveydenhuolto sisältää suunterveydenhuollon sekä opiskelijoiden terveydenhuollon

Julkiset terveystalvet jakautuvat järjestämisvastuun perusteella perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidoon. Perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on kunnilla, jotka voivat järjestää ne itse tai muodostaa kuntayhtymiä. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on 20:llä sairaanhoitopiirillä, joilta kunnat ostavat erikoissairaanhoidon palvelut.

Valtio maksaa kunnille valtionosuutta, minkä lisäksi kunnat rahoittavat terveystalvet keräämällä kunnallisveroilla. Lisäksi palveluntuottajat perivät asiakkailta maksuja, joiden osuus kokonaiskustannuksista on n. 7% ESH:ssa ja 11% PTH:ssa.

Järjestämisvastuussa olevilla tahoilla ei ole velvollisuutta kilpailuttaa palvelujen tuotantoa, vaan niillä on oikeus tuottaa palvelut itse tai hankkia ne suoraostoilla muilta julkisilta organisaatioilta. Tämä yhdistettynä palvelujen monikanavaisen rahoituksen luo järjestäjätahoille kannusteen tuottaa palvelut itse kilpailuttamisen sijasta. Tämän vuoksi julkisten organisaatioiden osuus palvelujen tuotannosta on hyvin korkea (ESH 95% ja PTH 93%). Lisäksi ne voivat halutessaan tarjota asukkaille palveluseteleitä, jotka ovat yksi tapa järjestää palvelujen tuotanto. Palveluseteliä käyttävä potilas voi itse valita ennalta määritetyistä palveluntarjoajista, joista osa saattaa olla yksityisiä yrityksiä. Palvelusetelien käyttö on toistaiseksi vähäistä, mutta esimerkiksi suun terveydenhuollossa ja joissain toimenpiteissä niitä on hyödynnetty jonojen purkamiseksi.

Rahavirrat - Julkiset palvelut (2/3): Ensihoito ja matkat



Huomiot: 1 Yksityisten ambulanssipalveluiden osuus (70 m€) on laskettu palveluita tarjoavien yritysten tilinpäätöstiedoista. Sairausvakuutuksen korvaamat taksimatkat oletettu yksityiseksi tuotannoksi. 2 Perustuu kuntaliiton arvioon ensihoidon nettokustannuksista vuonna 2013.

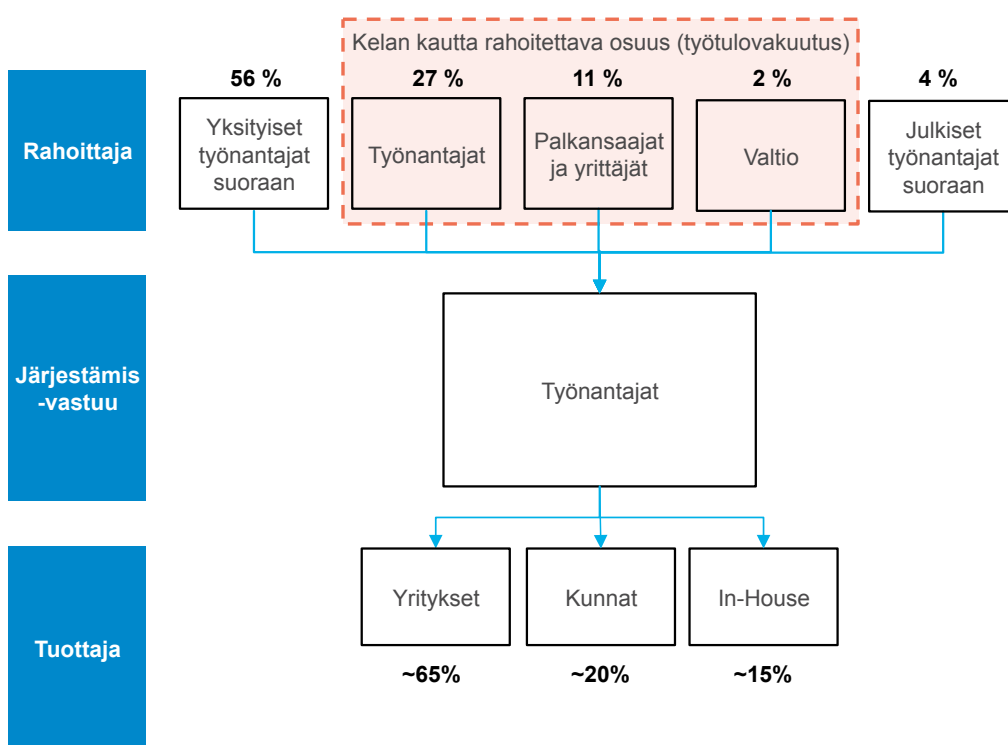
Ensihoidon järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille 1.1.2013. Sairaanhoitopiiri laskuttaa kuntia niiden palvelukäytön perusteella. Ensihoito jakautuu Kelan sairaanhoitovakuutuksen korvaamiin ambulanssikuljetuksiin (105 m€) sekä muihin ensihoidokustannuksiin (~170 m€). Järjestämisvastuussa olevilla sairaanhoitopiireillä ei ole velvollisuutta kilpailuttaa palvelujen tuotantoa, vaan niillä on oikeus tuottaa palvelut itse tai hankkia ne yhteistoimintasopimuksilla suoraan

pelastuslaitoksilta. Tämän vuoksi julkisten organisaatioiden osuus palvelujen tuotannosta on korkea (75%).

Muut sairaanhoitovakuutuksen korvaamat matkat sisältävät lähinnä lääkärin läheteellä korvattavia taksimatkoja, joiden suora korvausmenettely Kela kilpailuttaa. Taksimatkat ostetaan yksityisiltä taksiryttäjiltä.

Rahavirrat - Työterveyshuolto

② Työterveyshuolto 0,8 mrd. euroa



Työnantajilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää kustannuksellaan ennaltaehkäisevä työterveyshuolto työntekijöilleen. Suurin osa työnantajista tarjoaa lisäksi eriasteisia lisäpalveluja työntekijöilleen. Vapaaehtoisten palvelujen osuus (korvausluokka II) on noin 60% työterveyshuollon kustannuksista.

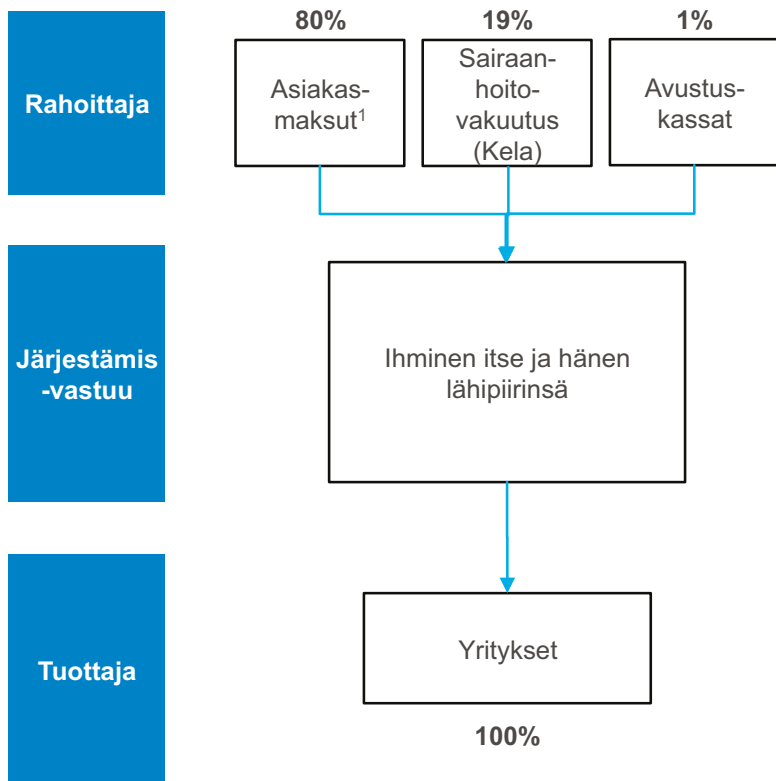
Työterveyshuollon rahoitus kerätään pääosin työnantajilta ja työntekijöiltä: Yksityisten työnantajien suoraan palveluntuottajille maksamat korvaukset ovat 56% kustannuksista ja julkisten työnantajien maksamat korvaukset 4%. Loput 40% kulkevat Kelan kautta työterveyshuoltoon korvamerkittynä työtulovakuutuksena. Työtulovakuutus on Kelan ylläpitämä rahoitusmekanismi. Se rahoitetaan työnantajan sosiaaliturvamaksulla sekä palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksulla sekä pienellä valtion maksamalla osuudella.

Työnantajan intressinä on ylläpitää työntekijöidensä työkykyä mahdollisimman hyvin ja kustannustehokkaasti, minkä vuoksi järjestämisvastuussa olevat työnantajat valitsevat palveluntuottajat pääosin kilpailuttamalla. Palveluntuottajia ovat yritykset (n. 65%), työnantajan oma työterveyshuolto (n. 15% palvelutuotannosta) ja kunnat (n. 20%).

Palvelujen tarjonta on luvanvaraista, mutta palveluntuotantoa ei rajoiteta vaan kaikilla kriteerit täyttävillä organisaatioilla on oikeus tarjota palveluja. Palvelujen tuottajia valvoo Aluehallintovirasto (AVI). Kunta on velvollinen huolehtimaan siitä, että terveyskeskuksessa on saatavilla ainakin lakisääteisen työterveyshuollon palveluja.

Rahavirrat - Yksityiset palvelut

③ Yksityiset palvelut 1,4 mrd. euroa



Huomiot: 1 Sisältää yksityiset tapaturma- ja sairauskuluvakuutukset, arviolta n. 350-400m€.

Yksityiset palvelut ovat yritysten tarjoamia palveluja, joita ihmiset voivat halutessaan ostaa omilla varoillaan. Valtio tukee palvelujen ostoa Kela-korvauksen kautta (n. 19% kustannuksista), sovittujen kriteerien täytyessä. Ihminen voi myös ostaa yksityisen tapaturma tai -sairauskuluvakuutuksen, joka korvaa palveluista aiheutuvia kustannuksia.

Varsinaista järjestämisvastuussa olevaa tahoja ei ole – kukin vastaa tarvitsemiensa palvelujen hankinnasta itse ja valitsee parhaaksi katsomansa palvelutarjoajan markkinoilta, joilla vallitsee kilpailu.

Palvelujen tarjonta on luvanvaraista, mutta sitä ei ole säädelty eli kaikilla kriteerit täyttävillä organisaatioilla on oikeus tarjota palvelujaan. Palvelujen tuottajia valvoo Aluehallintovirasto (AVI). Palvelujen tuotannosta vastaavat pääosin yksityiset yritykset. Julkisesti omistettujen yritysten osuus on marginaalinen (lähinnä Tays Sydänsairaala, Coxa ja Hyksin Oy).

HAASTATTELUKUNNAT JA TYÖHÖN OSALLIS- TUNNEET HENKILÖT

Toimeksiantajat

- Terveyspalvelualan Liitto

Asiantuntijoita seuraavilta tahoilta

- Kunnat
- Sairaanhoidopiirit
- Kela
- THL
- STM
- Yksityiset palveluntarjoajat
- Muut asiantuntijat

LÄHDELUETTELO

Kansalliset viranomaiset ja tietokannat

- Aluehallintovirasto
- Asiakastieto
- Finanssivalvonta
- Kansaneläkelaitos
- Kuntaliitto
- Sotkanet -tietokanta
- Suomalaisten ensihoitoyritysten tilinpäätöstiedot
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Tilastokeskus
- Valtiovarainministeriö

Julkaisut

- Miten sote-uudistus toteutetaan? Kinnula, Vauramo, Malmi 2015
- Kelan tilastollinen vuosikirja 2013
- Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö –tutkimus, Nordic Healthcare Group 2015
- Sairaanhoidovakuutuksen korvaamien yksityisten terveystalvelujen käytön kehitys ja hintavertailu. Työpapereita 42/2013, Kela 2013.
- Selvitys sairaanhoitopiirien ensihoidosta, Kuntaliitto 2014
- Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat, THL:n raportteja 22/2014
- Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet, THL:n raportteja 4/2011
- SOTE-palveluiden rahoitus nyt – Mitä vaihtoehtoja tulevaisuudessa? THL SOTE-foorumi 14.9.2014
- Supplementary health insurance in Finland. Consumer preferences and behaviour. Kela working papers 65/2014
- Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suunta-viivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116, Kelan tutkimusosasto 2011.
- The Social Costs of Monopoly and Regulation. Journal of Political Economy Vol. 83 No. 4.. Richard A. Posner 1975.
- Terveydenhuollon menot ja rahoitus 1995 – 2005, Stakesin raportteja 16/2008
- Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013, THL
- Uusi valtiosuusjärjestelmä. Valtiovarainministeriö 2014
- Veroilla ja varoilla -julkaisu, LähiTapiola 2015

Kustannusten täsmäytys THL:n Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013 -julkaisuun

	THL:n raportin	NHG	THL	Kommentit
Julkiset palvelut	1. Erikoissairaanhoido	6 631 m€	6 802 m€	Siirretty ei-kelakorvattu ambulanssitoiminta (170,8 m€) tilin 11. alle paremman kuvan muodostamiseksi matka- ja ensihoitomarkkinasta
	2. Perusterveydenhuolto	3 241 m€	3 196 m€	Siirretty YTHS ja opiskelijaterveydenhuolto (yht. 45 m€) TTH:n alta osaksi PTH:a
	3. Suun terveydenhuolto	443 m€	1 066 m€	1. Siirretty yksityisesti tuotettu ja rahoitettu sth (114,7 m€) yksityisiin palveluihin 2. Siirretty sv-korvattu yksityinen sth kokonaisuudessaan (430,1 m€) yksityisiin palveluihin 3. Siirretty yksityisesti rahoitettu hammasprotetiikka kokonaisuudessaan (78,1 m€) yksityisiin palveluihin
	*Yksityinen kuntoutus	319 m€	-	Siirretty tilin 6. alta julkisen järjestämää kuntoutusta paremman kuvan luomiseksi julkisesta järjestelmästä 90,7 m€ (veteraanien kuntoutus) + 228,5 m€ (vaikeavammaisten sekä harkinnanvaraista lääkinällistä kuntoutusta)
	11. Matkat	499 m€	328 m€	Siirretty 171 m€ ensihoitopalveluiden tuotantoa tiiltä 1 paremman yhteiskuvan luomiseksi ensihoidon ja matkojen roolista
TTH	4. Työterveys- ja opiskeluterveydenhuolto	819 m€	864 m€	Siirretty YTHS ja opiskelijaterveydenhuolto (yht. 45m€) TTH:n alta osaksi PTH:a
Yksityiset palvelut	Yksityiset palvelut (sis. THL:n tili 6. Sv-korvattu yks. terveydenhuolto)	1 384m€	1080 m€	1. Siirretty yht. 623 m€ yksityistä suun terveydenhuoltoä tiiltä 3 2. Siirretty yht. 319 m€ julkisesti järjestettyä yksityistä kuntoutusta julkiseen järjestelmään omaksi tilikseen
Terveydenhoitopalvelut yhteensä		13 336m€	13 336m€	
Seuraavat THL:n Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013 -raportissa esitetyt tilit jätetty laskennan ulkopuolelle:				
5. Vanhusten laitoshoido (718 m€)				
7. Muu terveydenhuolto (241 m€)				
8. Lääkkeet ja muut lääkinnälliset kulutustavarat (2 407m €)				
9. Hoitolaitteet ja muut lääkinnälliset kestokulutustavart (421 m€)				
10. Terveydenhuollon hallintomenot (315 m€)				
12. Terveydenhuollon bruttoinvestoinnit (1 029 m€)				

Huomiot: *Julkisesti järjestetty ja rahoitettu yksityinen kuntoutus otettu tarkasteluun omana eräänään erityisluonteisuutensa johdosta.



Lisätietoja:

Hanna-Kaisa Järvi, Toimitusjohtaja, Terveyspalvelualan Liitto,
hanna-kaisa.jarvi@terveyspalvelut.fi
Petri Heikkilä, Senior Manager, Nordic Healthcare Group
petri.heikkila@nhg.fi

Terveyspalvelualan Liitto
PL 30
Eteläranta 10
00130 Helsinki

