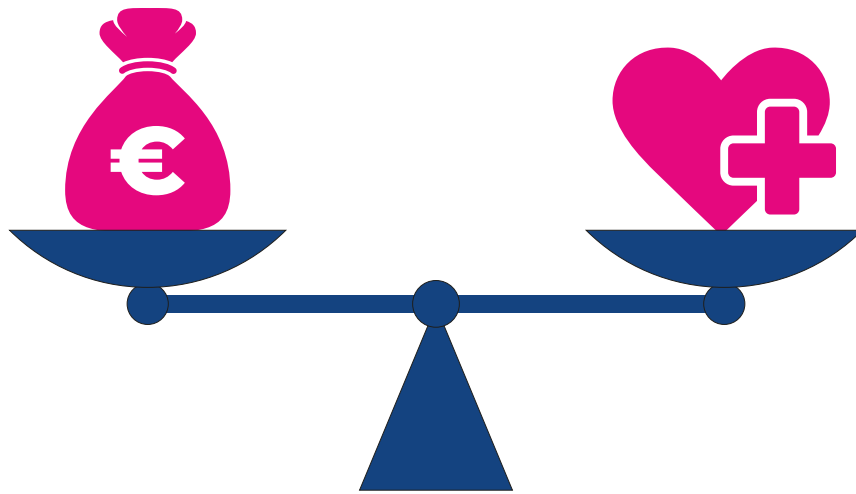




FINANSSIALA RY:N TEETTÄMÄ SELVITYS

Julkisen palvelulupauksen täsmentäminen – palveluvalikoiman määrittely

Paulus Torkki
Asiantuntija, NHG Finland Oy
Apulaisprofessori, Helsingin yliopisto

Julkisen palvelulupauksen täsmentäminen – palveluvalikoiman määrittely

Finanssiala ry:n teettämä selvitys

Paulus Torkki

Asiantuntija, NHG Finland Oy
Apulaisprofessori, Helsingin yliopisto



SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	4
JOHDANTO	5
LYHYT TILANNEKUVA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSTA 2025–2040	8
RAHOITUKSEN, JÄRJESTÄMISEN JA TUOTTAMISEN NYKYTILA	10
2.1 Monikanavainen rahoitusjärjestelmä	10
2.2 Rahoitustapojen vaikutus järjestelmän toimivuuteen	11
2.3 Järjestämisvastuu ja valtakunnallinen ohjaus	11
2.4 Palvelujen tuotanto: julkinen, yksityinen ja kolmas sektori	12
2.5 Yhteenveto järjestelmän rakenteellisista haasteista	12
SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN PALVELUVALIKOIMAN MÄÄRITTÄMINEN SUOMESSA	13
3.1 Nykytilan keskeiset haasteet	13
3.2 Kehityssuunta kohti täsmällisempää ohjausta	14
3.3 Mitä palveluvalikoimaa voidaan määrittää – ja mitä ei?	14
3.4 Kohti järjestelmällistä palveluvalikoiman määrittelyä	15
KANSAINVÄLISET ESIMERKIT PALVELUVALIKOIMAN MÄÄRITTELYSTÄ	17
Ikäihmisten hoiva	18
Saksan hoivajärjestelmä	18
Hoivan rahoitus ja väestötason kattavuus	18
Hoivan tarpeen arviointi	18
Hoivapalvelujen korvaukset ja sisältö: kotihoito ja ympärivuorokautinen hoiva	20
Laadun arviointi	20
Oma rahoitus ja täydentävät vakuutukset	21
Sosiaaliturvan rooli	21
Ruotsin hoivajärjestelmä	22
Hoivan rahoitus ja väestötason kattavuus	22
Hoivan tarpeen arviointi	22
Hoivapalvelujen sisältö: kotihoito ja ympärivuorokautinen hoiva	22
Laadun arviointi	23
Oma rahoitus ja täydentävät vakuutukset	23
Sosiaaliturvan rooli	23
Suomen hoivajärjestelmä	24
Hoivan rahoitus ja väestötason kattavuus	24
Hoivan tarpeen arviointi	24
Hoivapalvelujen sisältö: kotihoito ja ympärivuorokautinen hoiva	27
Laadun arviointi	27
Oma rahoitus ja täydentävät vakuutukset	28
Sosiaaliturvan rooli	28
Vertailu eri maiden hoivajärjestelmistä	28
ESIMERKKEJÄ TERVEYSPALVELUISTA	30
Suun terveydenhuolto Euroopassa	30
Suomen suun terveydenhuolto – järjestelmän rakenne, kattavuus ja markkinat	31
Asiakkaan oma rooli suun terveydenhuollon maksuissa	31
Palveluvalikoiman määrittely	32
Esimerkkejä muista terveyspalveluista	32
Yhteenvetoa esimerkkien pohjalta	33
Palveluvalikoiman määrittelystä	33
Palveluvalikoiman määrittelytyön tilanne Suomessa	33
Vakuutustuotteet julkista palveluvalikoimaa täydentämässä	34
Konkreettinen esimerkki täydentävästä hoivavakuutuksesta: Saksa	34
Pohdintaa hoivavakuutusten sovellettavuudesta Suomessa	35
Vapaaehtoiset terveysvakuutukset	36
YHTEENVETO	38
Koko sosiaali- ja terveysjärjestelmää koskevan ohjausmallin rakentaminen	38
Palveluvalikoiman määrittelytyön edistäminen	38
Viestintä kansalaisten ja muiden sidosryhmien suuntaan	39
Julkisten ja vapaaehtoisten vakuutusten toimivuuden tarkentaminen	40
Raporttiin haastatellut henkilöt	40
LÄHTEET	41

Tiivistelmä

Kansainväliset esimerkit osoittavat, että useissa Suomelle vertailukelpoisissa maissa julkista tai lakisääteisen vakuutuksen kattamaa palveluvalikoimaa on voitu määritellä täsmällisemmin kuin Suomessa. Tietyt hoidot ja palvelut on määritelty kansallisilla, täsmällisillä kriteereillä. Näiden kriteerien perusteella päätelään yhtenäisesti, mitkä palvelut kuuluvat julkisen rahoituksen piiriin ja millä korvaustasoilla. Kattavuudessa ja rahoitusvastuiden jaossa on kuitenkin huomattavia maiden välisiä eroja, mikä heijastaa kunkin maan kulttuuria, varallisuusrakennetta, poliittisia valintoja ja historiallisia ratkaisumalleja. Julkisen järjestelmän rooli ei siis ole yksiselitteinen, ja kaikkialla esiintyy rajauksia, paikallista tulkintaa ja osin myös päällekkäistä yksityistä rahoitusta.

Suomessa palveluvalikoimaa ei ole määritelty vastaavalla täsmällisyydellä. Vaikka Käypä hoito, määrittää hoitokäytäntöjä ja RAI-järjestelmä ja muut arviointimallit ohjaavat käytännön arviointia, hoitoon pääsy, palvelujen laajuus ja sisältö määräytyvät lopulta hyvinvointialueilla ja yksittäisten ammattilaisten tulkintojen kautta. Tämä johtaa huomattavaan alueelliseen vaihteluun ja ennakoimattomuuteen, mikä on tuotu esiin useissa kansainvälisissä raporteissa sekä kotimaisissa selvityksissä. Epätäsmällinen määrittely mahdollistaa laajan paikallisen harkinnan, mutta samalla se aiheuttaa epätasa-arvoa, tehottomuutta ja päällekkäisyyttä.

On myös huomattava, että palveluvalikoimaan kuuluu väistämättä palveluja, joissa yksilöllinen tarve arvioidaan tapauskohtaisesti, eikä näitä ole tarkoituksenmukaista määritellä yksityiskohtaisesti kansallisessa lainsäädännössä. Kuitenkin suurelle osalle palveluista olisi mahdollista luoda nykyistä selkeämpi ja systemaattisempi kansallinen määrittely. Se lisäisi läpinäkyvyyttä ja vahvistaisi kansalaisten yhdenvertaista kohtelua, mahdollistaisi ennakoitavan palvelujärjestelmän ohjauksen sekä loisi edellytykset tarkoituksenmukaiselle yksityiselle varautumiselle.

Koska Suomen julkinen rahoitus on nykyään suurelta osin keskitetty hyvinvointialueille valtion rahoituksen kautta, on sekä taloudellisesti että hallinnollisesti perusteltua vahvistaa kansallista ohjausta siten, että arviointikriteerit, palvelujen sisältö ja korvaustasot määritellään kansallisesti selkeästi niissä hoidoissa ja palveluissa, joissa se on tehtävissä. Näin vähennettäisiin alueellista vaihtelua ja parannettaisiin järjestelmän pitkän aikavälin kestävyyttä.

Koko sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen ohjaukseen tarvitaan rakenteet ja prosessi pitkäjänteisen palveluvalikoiman määrittelyn toteuttamiseksi ja tueksi. Suomen järjestelmä on rahoitukseltaan monikanavainen ja täsmällisemmät määrittelyt selkeyttävät, mitkä palvelut toteutetaan eri järjestelmien kautta ja auttavat vähentämään päällekkäisyyksiä eri järjestelmien välillä. Tämä on tärkeää ennen kaikkea kansalaisten kannalta.

Johdanto

Tässä raportissa haetaan esimerkkejä Suomelle vertailukelpoisista maista, joissa julkisesti rahoitettu palveluvalikoima on määritelty täsmällisesti. Julkisesti rahoitetulla tarkoitetaan joko verorahoitteista tai pakollisen vakuutuksen kautta rahoitettua palvelujärjestelmää. Julkinen palvelulupaus koostuu karkeasti sekä palveluvalikoimasta että palveluiden laatu-kriteereistä, kuten esimerkiksi odotusajosta (hoitotakuu) tai palvelun toteutuksen henkilöstövaatimuksista. Täsmällisesti määrittelyllä palveluvalikoimalla tarkoitetaan tässä yhteydessä kuvausta palveluista, jotka julkisesti rahoitetaan sekä palvelun saamisen kriteereistä. Tavoitteena on havainnollistaa, millaisissa palveluissa ja miten palveluvalikoimaa on voitu määrittää. Lisäksi tavoitteena on tuoda esiin, millaisia rahoitusvaihtoehtoja, kuten vapaaehtoisia vakuutuksia, voidaan käyttää täydentämään julkisesti rahoitettua palveluvalikoimaa tai kattamaan omavastuita. Laajempänä tavoitteena on tuottaa tietoa sellaisen kehityskulun pohjaksi, jossa eri rahoitusjärjestelmät tukisivat paremmin toisiaan ja niillä olisi nykyistä yhtenevämmät tavoitteet.

Tarkastelussa on syytä erottaa rahoitus ja palveluntuotanto. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa molempia toteutetaan sekä julkisesti että yksityisesti. Tämä raportti keskittyy rahoitukseen eikä ota kantaa esimerkiksi siihen, mikä on yksityisen palvelutuotannon rooli julkisesti rahoitetuissa palveluissa. Yksityisellä rahoituksella hankitut, joko vapaaehtoi-siin vakuutuksiin pohjautuvat tai itsemaksetut palvelut voidaan tyypitellä palveluvalikoiman näkökulmasta niiden luonteen perusteella. Jos yksityisellä rahoituksella hankitaan palveluita, jotka eivät kuulu julkisesti rahoitettuun, täydennetään julkisen palvelun kattavuutta tai maksetaan omavastuita tai asiakasmaksuja, voidaan tämä nähdä täydentävänä. Jos taas yksityisellä rahoituksella hankitaan julkiseenkin

palveluvalikoimaan kuuluvia palveluita esimerkiksi saatavuuden, valinnanvapauden tai laadun vuoksi, voidaan puhua rinnakkaisista tai päällekkäisistä palveluista. Tällä hetkellä Suomen vapaaehtoiset vakuutukset ovat tämän määrittelyn mukaan pääosin rinnakkaisia, eli niillä mahdollistetaan esimerkiksi nopeampi hoitoon pääsy yksityisiin palveluihin, mutta vaihtoehtona olisi samankaltaisen palvelun saaminen myös julkisesti rahoitettuna pidemmän odotusajan jälkeen. Tässä raportissa kuvataan esimerkkejä nimenomaan täydentävistä palveluista niissä tapauksissa, kun julkisesti rahoitettu palveluvalikoima on selkeästi määritelty.

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto nähdään laajana ja universaalina järjestelmä, joka kattaa huomattavan määrän palveluita ja hoitoja julkisesti rahoitettuna. Järjestelmän keskeisin tavoite on taata väestölle yhdenvertainen pääsy tarpeellisiin palveluihin asuinpaikasta ja sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Viime vuosina tämä tavoite on kuitenkin joutunut kasvavan paineen alle. Väestön ikäntyminen, hoivan ja palveluiden kysynnän nopea kasvu, henkilöstön saatavuushaasteet sekä julkisen talouden pitkän aikavälin kestävyysongelmat ovat luoneet tilanteen, jossa nykyisen järjestelmän rakenteellisia ja toiminnallisia ratkaisuja on arvioitava aiempaa tarkemmin (European Observatory, 2025).

Samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmä on muuttunut merkittävästi. Hyvinvointialueiden perustaminen vuonna 2023 siirsi palveluiden järjestämisvastuun kunnista alueelliselle tasolle, mikä on lisännyt tarvetta selkeyttää valtakunnallista ohjausta sekä määritellä järjestämistehtävän keskeiset periaatteet aiempaa täsmällisemmin. Vaikka uudistuksen tavoitteena oli palveluiden integraation parantaminen ja yhdenvertaisuuden vahvistaminen, alueelliset erot palveluiden saatavuudessa, resursseissa ja toimintatavoissa ovat edelleen huomattavia (STM, 2025). Tämä osoittaa, et-

tä pelkkä rakenteellinen uudistus ei riitä, vaan tarvitaan myös sisällöllistä, palveluvalikoiman tasoista ohjausta.

Keskeinen ongelma suomalaisessa järjestelmässä on palveluvalikoiman epätarkka määrittely. Suomen sosiaali- ja terveystalouden palveluvalikoimaa ei ole määritelty kansallisesti kovinkaan täsmällisesti, esimerkiksi millä tasolla ja millä kriteereillä palvelut kuuluvat julkiseen palveluvalikoimaan (Kaila & Lohiniva-Kerkelä, 2020; Torkki et al., 2022). Palveluiden järjestäminen perustuu useisiin erillisiin säädöksiin, kuten terveydenhuoltolakiin, sosiaalihuoltolakiin, asiakasmaksulainsäädäntöön ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä koskeviin määräyksiin, sekä suurelta osin myös suosituksiin, ohjeisiin ja hyvän hoidon periaatteisiin. Tämän seurauksena palveluvalikoimaa voidaan pitää ”laajana mutta hajanaisena kokonaisuutena”, jonka käytännön tulkinta ja soveltaminen vaihtelevat organisaatioittain ja alueittain.

Palveluiden sisältöä ja laajuutta säädellään monin eri tavoin, mutta järjestelmää ei ohjata kokonaisuutena (Saarni, 2023; Torkki et al., 2022). Tämän vuoksi palveluiden yhdenmukaisuus ei toteudu, vaikka lainsäädäntö luo laaja-alaisen velvoitteen palveluiden saatavuudelle. Kansalliset sisältöohjauksen välineet, kuten hoitosuosittukset, valtionavustukset, hyvinvointialueneuvottelut ja kansalliset tavoitteet, eivät muodosta systemaattista kokonaisuutta, joka ohjaisi hyvinvointialueita yhdenvertaisella tavalla. Näiden välineiden vaikutus on vaihtelevaa, ja niiden sitovuus on rajallista.

Palveluvalikoiman epätarkkuus näkyy käytännössä muun muassa siinä, että hyvinvointialueiden päätöksentekoa ohjaava lainsäädäntö jättää huomattavan tulkintavaran sille, miten palvelut – järjestetään ja minkä laajuisina niitä tuotetaan. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki ja terveydenhuoltolaki velvoittavat alueet turvaamaan väestölle tarpeelliset ja riittävät palvelut, käsitteet kuten ”tarpeenmukainen”, ”riittävä”, ”oikea-aikainen” ja ”kohtuullinen” eivät sisällä täsmällisiä määritelmiä (Kaila & Lohiniva-Kerkelä, 2020; Torkki et al., 2022). Hyvinvointialueiden väliset vertailut esimerkiksi palveluiden peittävydestä osoittavat, että näitä käsitteitä tulkitaan eri alueilla toisistaan poikkeavin tavoin, mikä johtaa sekä palveluiden määrällisiin että laadullisiin eroihin.

Suomen järjestelmän keskeinen piirre on se, että palveluvalikoiman laajuus on historiallisesti määritetty asteittain, ilman systemaattista arviointia tai priorisointimallia. Tämän seurauksena palvelut ovat lähtökohtaisesti laajoja ja kattavia, mutta resurssit eivät enää riitä takaamaan tasaista toteutusta kaikilla osa-alueilla (Torkki et al., 2022). Suomen sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmässä palveluiden toteutus perustuu pitkälti alueelliseen soveltamiseen ja ammattilaisten harkintaan (Saarni, 2023; Saarni & Nyblin, 2022). Tämä on perinteisesti mahdollistanut palveluiden joustavan kohdentamisen perustuen asiakkaan tarpeisiin, mutta resurssipaineiden kasvaessa yhdenvertaisuuden ja läpinäkyvyyden haasteet ovat korostuneet.

Näiden ongelmien taustalla on lisäksi se, että Suomen palvelujärjestelmä ei ole rakentunut eksplisiittisen priorisoinnin varaan. Vaikka Käypä hoito -suositukset ja muut hoitosuosittukset, vaikutusarviot ja kustannusvaikutusvuusnäkökulmat ovat osa päätöksentekoa, niillä ei ole välitöntä normatiivista voimaa. Suomessa ollaan vasta määrittämässä kansalliset periaatteet, miten sosiaali- ja terveystaloudella rajataan tai kohdennetaan. Tämä tekee päätöksenteosta epäohjauksenmukaista sekä vaikeuttaa kansalaisten oikeuksien toteutumisen arviointia. Ilman selkeää palveluvalikoimaa on mahdotonta muodostaa kattavaa kuvaa siitä, mitä hyvinvointialueiden tulee tarjota väestölleen ja missä laajuudessa (STM, 2025).

Palveluvalikoiman täsmällinen määrittely ei tarkoita palveluiden karsimista tai universalismin heikentämistä, vaan sen selkeyttämistä, mitä julkinen järjestelmä takaa kaikille ja millä edellytyksillä. Kansainväliset esimerkit osoittavat, että läpinäkyvä palveluvalikoima voi parantaa kansalaisten ymmärrystä, mitkä palvelut kuuluvat julkiseen järjestelmään, yhdenvertaisuutta sekä auttaa resurssien vaikuttavaa ja oikeudenmukaista kohdentamista. Suomessa nykyisen kaltainen epätarkkuus on heikentänyt sekä poliittista ohjattavuutta että operatiivista toteutettavuutta: päätöksentekoa on pirstaleista, ja palveluiden kehittäminen perustuu yksittäisten toimintayksiköiden ratkaisuihin tai paikallisiin tarpeisiin.

Hyvinvointialueiden käynnistyminen on tuonut tarpeen tarkastella palveluvalikoimaa myös osana laajempaa ohjausjärjestelmää. Si-

sältöohjauksen tavoitteena on tukea hyvinvointialueita päätöksenteossa, mutta ilman selkeitä palvelulinjauksia ohjaus jää helposti suosituksen tasolle. STM:n ohjausdokumenttien mukaan etenkin perustason ja erikoistason palveluketjujen yhdenmukaistaminen edellyttäisi selkeää, yhteisesti sovittua määrittelyä palveluiden sisällöstä ja tasosta. Tämä koskee sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palveluita, sillä molemmissa on havaittu merkittäviä alueellisia eroja.

Palveluvalikoiman selkeyttäminen edellyttää sekä normiohjauksen että tietopohjan vahvistamista. Valtakunnallinen palveluvalikoima voisi muodostua kansallisesti määritellystä ydinvalikoimasta ja sitä täydentävistä suosituksista. Tällainen malli mahdollistaisi sekä yhdenvertaisuuden varmistamisen että joustavan soveltamisen paikallisiin olosuhteisiin. Lisäksi palveluvalikoiman kehittäminen edellyttää systemaattista vaikuttavuus- ja kustannusvaikutavuustiedon hyödyntämistä sekä palveluiden määrittelyssä että ohjauksessa.

Tässä raportissa tarkastellaan näitä kysymyksiä kokonaisuutena. Raportti analysoi palveluvalikoiman nykytilaa, sen keskeisiä haasteita ja kehittämisen edellytyksiä hyödyntäen raportteja, tutkimuskirjallisuutta sekä finanssialan toimijoiden haastatteluja. Raportin tavoitteena on kuvata kansainvälisten esimerkkien kautta, miten Suomen julkisesti rahoitettu sote-palveluvalikoima voidaan määritellä täsmällisemmin.

Lyhyt tilannekuva sosiaali- ja terveydenhuollosta 2025–2040

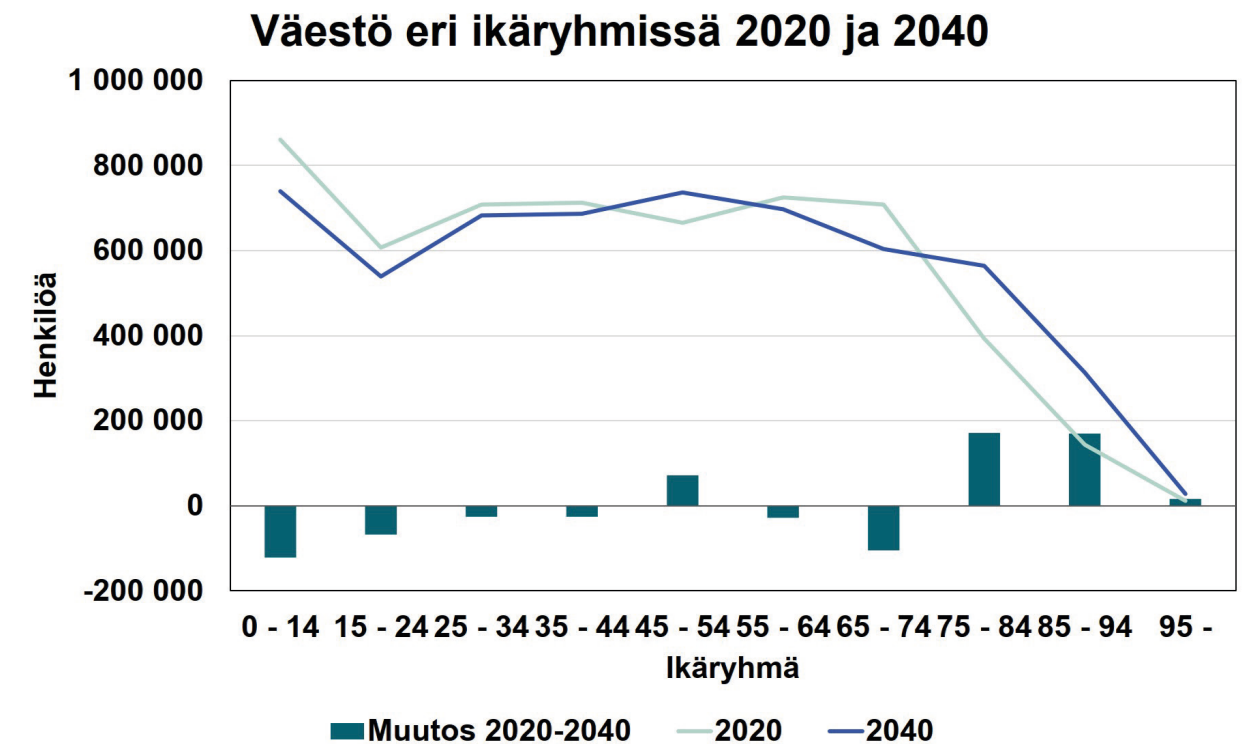
Suomen terveyspalvelut ovat kansainvälisesti vertaillen laadultaan korkeatasoisia ja kustannuksiltaan maltilliset. Etenkin vakavien sairauksien hoidossa hoitotulokset ovat pääosin hyvällä tasolla. Sosiaaliturva on suhteellisesti huomattavan laaja (OECD, 2022) ja julkisesti tarjotut sosiaalipalvelut ja -etuudet ovat kattavampia kuin monissa vertailumaissa. Ongelmakohtiksi on esimerkiksi OECD:n tai European Observatoryn maaraporteissa nostettu palveluiden saatavuus sekä eriarvoisuus. Kuitenkin sekä palvelutarpeen muuttuminen ikärakenteen myötä että julkisen talouden haasteet ovat sen verran mittavia, että koko järjestelmää on kehitettävä merkittävästi.

Väestön ikääntymisen myötä julkinen talous on vuosi vuodelta tiukemmassa puristuksessa: ilman maahanmuuttoa työikäisten määrä vähenee ja ikääntyneiden määrä kasvaa (Kuva 1.). Tilanne on mullistava koko maailmanhistoriasa, sillä olemme tähän asti tottuneet kasvavaan väestöön ja siihen, että nuoremmat ikäluokat ovat suurempia kuin vanhemmat. Vaikka väestönkasvusta on nähty aiheutuvan muita ongelmia, erityisesti talouden ja myös sote-palveluiden kestävyyskannalta se on ollut edullista, koska huoltosuhde on pysynyt edullisena. Kun samaan aikaan ihmisten elinikä on pidentynyt, kasvaa hoidon ja hoivan tarve kiihtyvästi suhteessa työikäisten, potentiaalisten hoivaajien, määrään.

Vaikka kehitys on haastavaa tulevina vuosikymmeninä, on jo lähtötilannekin ongelmallinen. Valtio velkaantuu ja hyvinvointialueista valtaosa tekee yhä alijäämää (HS 16.11.2025). Kun tähän yhdistetään historiallinen ja yhä jatkuva kehitys lääketieteessä ja terveyspalveluissa, jossa uudet ratkaisut ovat pääosin lisänneet kustannuksia tuottavuuden tai kustannustehokkuuden paranemisen sijaan, ovat kansalaisten odotukset kehittyneet sellaisiksi, että ongelma on viheliäinen (Torkki et al., 2022). Olemme tottuneet kehitykseen, johon

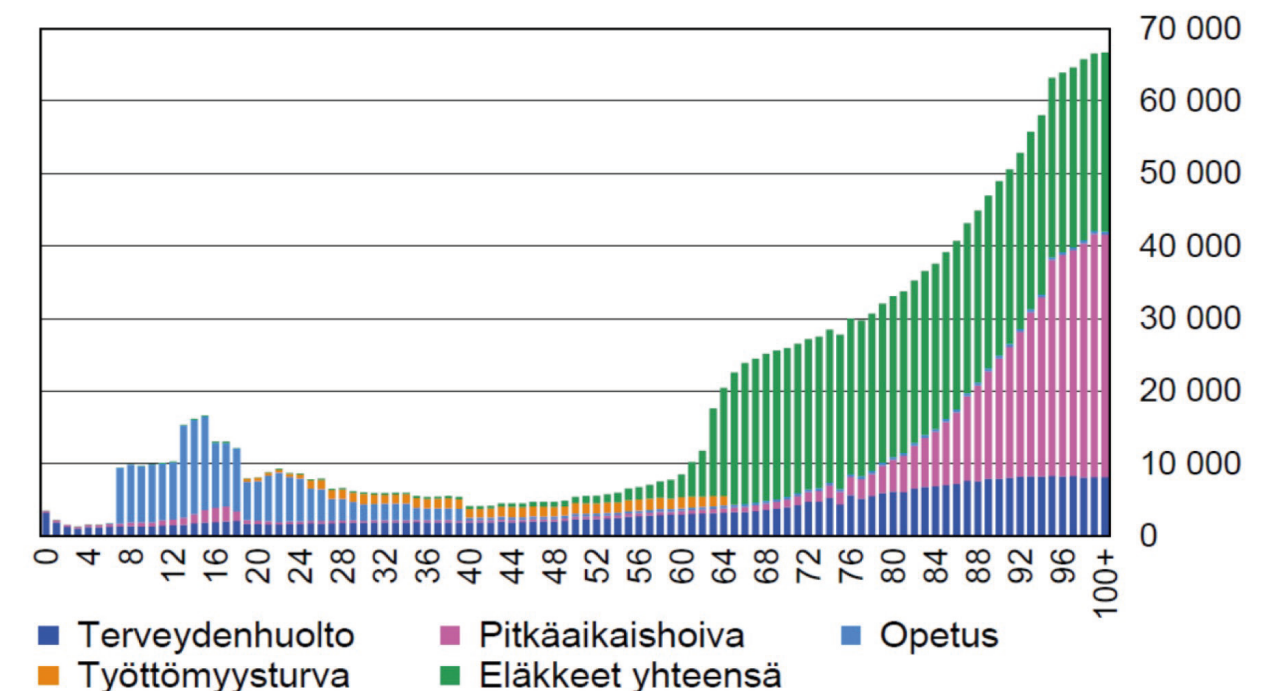
tulevaisuudessa ei ole varaa ilman merkittäviä tuottavuutta ja vaikuttavuutta parantavia innovaatioita.

Samaan aikaan on huomattava, että sosiaali- ja terveyspalveluista on löydetty paljon hukkaa: byrokratiasta aiheutuu merkittävästi työtä, jota voitaisiin digitalisaation ja tekoälyn avulla jo nyt merkittävästi automatisoida tai tehostaa (STM, 2024). Viimeaikaiset tutkimukset vähähyötyisistä hoidoista kertovat myös merkittävästä potentiaalista vapauttaa resursseja (Raudasoja et al., 2024). Lisäksi tuottavuudessa on muita kehittämismahdollisuuksia. Kuitenkin vuoteen 2040 mennessä tarvitaan lähes 30 % enemmän resursseja kuin nyt tai 30 % parempi tuottavuus, että kasvava palvelutarve voidaan hoitaa. Tämän vuoksi on käytettävä samanaisesta kaikkia eri keinoja, jotka tähtäävät järjestelmän kustannusvaikuttavuuden ja tuottavuuden parantamiseen.



Lähteet: Tilastokeskus, VM.

Ikäsidonnaiset menot ikäluokittain 2019 euroa henkeä kohden, keskiarvo



Lähde: STM:n kehittämä SOME-malli, VM

Kuva 1. Ennuste ikäryhmien koon suhteellisista muutoksista sekä ikäsidonnaisten menojen jakautumisesta ikäluokittain.
Lähde: Spolander M. 2023

Rahoituksen, järjestämisen ja tuottamisen nykytila

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on laaja, mutta rakenteeltaan monikerroksinen ja monikanavaisesti rahoitettu kokonaisuus. Järjestelmän keskeinen piirre on se, että palveluja rahoitetaan ja tuotetaan useiden erillisten, mutta osin päällekkäisten järjestelyiden kautta. Tämä tekee kokonaisuudesta joustavan, mutta samalla ennakoimattoman, huonosti läpinäkyvän sekä vaikeasti ohjattavan.

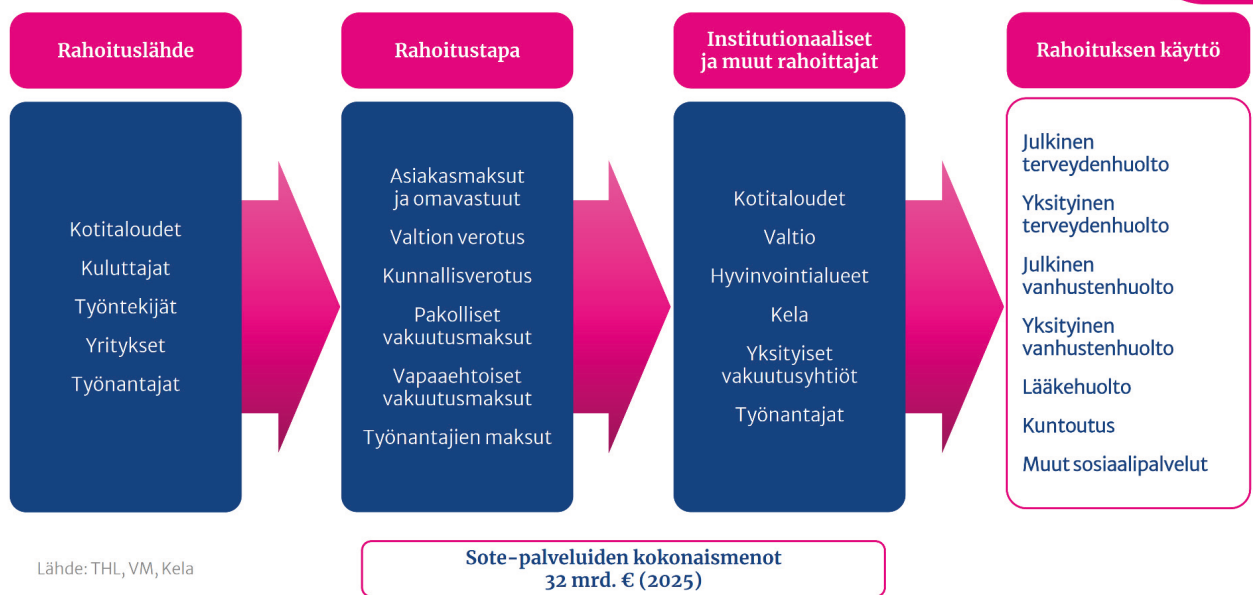
Hyvinvointialueuudistuksen myötä vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä keskitettiin vuoden 2023 alussa hyvinvointialueille. Tästä huolimatta rahoitusta ja palvelujen käyttöä ohjaavat edelleen useat valtakunnalliset rahoitusmekanismit, joilla on osin toisistaan poikkeavat perusteet ja tavoitteet. Rahoitusvirrat kulkevat valtion, Kelan, työnantajien ja kotitalouksien kautta, ja palvelutuotanto jakautuu julkiselle ja yksityiselle sektorille.

2.1 MONIKANAVAINEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄ

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus muodostuu useista rinnakkaisista rahoituslähteistä. Niihin kuuluvat valtion verotuloihin perustuva rahoitus, kotitalouksien asiakasmaksut, työntekijöiden ja työnantajien vakuutusmaksut, vapaaehtoiset vakuutukset sekä kuntien ja yritysten panokset tietyissä palveluissa. Kokonaisuus on luonteeltaan monikanavainen, mikä tarkoittaa, että palvelukokonaisuus voidaan rahoittaa useiden järjestelmien kautta.

Rahoitusvirtoja voidaan jäsentää neljän pääulottuvuuden kautta (Kuva 2.) Vuonna 2025 soite-palveluiden kokonaismenojen arvioidaan olevan noin 32 miljardia euroa (Finanssiala ry. 2025). Menot kohdistuvat pääasiassa hyvinvointialueiden järjestämiin palveluihin, mutta huomattava osa etenkin terveyspalveluista rahoitetaan myös lakisääteisten ja vapaaehtoisten vakuutusjärjestelmien kautta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat



Kuva 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja palvelutuotanto karkealla tasolla kuvattuna. (Lähde: Finanssiala ry, 2025)

Monikanavainen rahoitus tuottaa järjestelmään rakenteellisen piirteen, jossa useiden rahoittajien ja tuottajien roolit limittyvät. Osa rahoitusjärjestelmistä on palveluvalikoimataan täsmällisemmin rajattuja (kuten vakuutussehtojen määrittelyt), kun taas osa, erityisesti julkisesti järjestetyt palvelut, perustuu yleisiin velvoitteisiin, joiden tarkempi sisältö määrittyy väljästi ammatillisen harkinnan ja resurssien perusteella.

2.2 RAHOITUSTAPOJEN VAIKUTUS JÄRJESTELMÄN TOIMIVUUTEEN

Suomessa käytössä olevat rahoitustavat vaikuttavat merkittävästi siihen, miten palvelut kohdentuvat, miten niitä voidaan johtaa ja miten järjestelmään muodostuu kannustimia käyttää erilaisia palveluita. Rahoitustapojen kirjo on laaja, ja siihen kuuluvat:

- **verorahoitus**, joka muodostaa valtaosan hyvinvointialueiden rahoituksesta,
- **pakolliset vakuutusmaksut**, joilla rahoitetaan mm. Kelan etuuksia
- **asiakasmaksut**, joista on säädetty asiakasmaksulaissa
- **vapaaehtoiset vakuutukset**, joiden avulla ihmiset voivat hakeutua yksityisiin hoitoihin tai palveluihin
- **työnantajien maksut**, joilla on huomattava rooli työikäisten palveluissa.
- **Työntekijät**, työterveyshuollon rahoituksessa

On huomattava, että rahoitus ja palveluntuotanto voivat mennä sektoreittain ristiin: esimerkiksi lakisääteisillä vakuutuksilla saatetaan korvata julkista palveluntuotantoa tai julkisesti rahoitettu järjestelmä sisältää ostopalveluita. Rahoitusmekanismien hajanaisuus tuottaa järjestelmään haasteita, jotka liittyvät siihen, että verorahoitteen järjestelmän palveluvalikoima on epämääräinen. Lakisääteiset velvoitteet ovat laajoja ja tulkinnanvaraisia. Lainsäädäntö ei määrittele täsmällistä palvelukokonaisuutta, vaan palvelujen laajuus määräytyy suurelta osin yksilöllisen tarpeen sekä ammatillisen harkinnan perusteella. Tämä heikentää järjestelmän ennakoitavuutta. Tästä seuraa myös

seuraavia ongelmia, joita on käsitelty myös THL:n tuoreessa raportissa eduskunnan tarkastusvaliokunnalle (Eduskunta, 2025) perustason terveyspalveluista:

1. Rinnakkaisten järjestelmien luomat päällekkäisyydet

Esimerkiksi vapaaehtoiset vakuutukset ja työterveyshuolto voivat kattaa samoja palveluita kuin julkinen terveydenhuolto. Tämä aiheuttaa rahoituksellisia rajapintoja ja kustannusten siirtymistä järjestelmien välillä.

2. Vaikeus kehittää täydentäviä ratkaisuja julkisen järjestelmän yhteyteen

Yksityisen rahoituksen ja palveluiden kehittäminen nykyisestä edellyttää selkeämmin määriteltyä perusturvaa sekä niitä palveluita, jotka siihen kuuluvat. Suomessa julkisen palveluvalikoiman epäselvyys ja alueellinen vaihtelu vaikeuttavat toiminnan suunnittelua sekä yksityisen rahoituksen että yksityisen palvelutuotannon osalta.

Useiden viime vuosina tehtyjen selvitysten mukaan palveluvalikoiman epämääräisyys ja monikanavaisuuden tuottamat päällekkäisyydet ovat keskeisiä syitä siihen, että järjestelmän kokonaisohjaus on vaikeaa ja kustannusten hallintaa haastavaa (Kaila & Lohiniva-Kerkelä, 2020; Saarni & Nyblin, 2022; Torkki et al., 2022).

2.3 JÄRJESTÄMISVASTUU JA VALTAKUNNALLINEN OHJAUS

Vuoden 2023 alusta alkaen perinteisesti kuntien järjestämien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyi hyvinvointialueille. Alueet vastaavat näiden palvelujen kokonaisuudesta, mukaan lukien palvelujen laajuus ja palveluverkko, palveluiden järjestämistapa (oma tuotanto, ostopalvelut, palvelusetelit), tuottajien valvonta ja sopimusehdot, kustannusten seuranta ja talouden tasapainottaminen. Muu järjestelmä, kuten esimerkiksi työterveys, YTHS tai lakisääteiset vakuutukset, jäivät tässä uudistuksessa pääosin ennalleen.

Valtakunnallista ohjausta tekevät STM ja VM ja ohjaus perustuu useisiin rinnakkaisiin mekanismeihin: mm. järjestämislain velvoitteet, valtion rahoitukseen kytkeytyvä ohjaus,

sisältöohjaus (mm. hoitosuosituksset, laaturekisterit, palveluketjut) sekä valtakunnalliset tavoitteet ja hyvinvointialueneuvottelut. Tämän lisäksi on muuta informaatio- ja resurssiohjausta, kuten kansallisesti rahoitetut hankkeet kehittämisen painopistealueille. Vaikka valtio ohjaa järjestelmää, palveluiden konkreettinen sisältö määräytyy alueellisesti. Tämä näkyy hoitoon pääsyn vaihteluna, palveluvalikoiman käytännön soveltamisen eroina ja palveluiden saavutettavuuden eriytymisenä. Lisäksi se näkyy koko sote-järjestelmän osalta epäselvyytenä, kun ajatellaan vaikkapa julkisen ja yksityisen sektorin roolia sekä palveluiden rahoittamisessa, järjestämisessä tai palvelutuotannossa.

2.4 PALVELUJEN TUOTANTO: JULKINEN, YKSITYINEN JA KOLMAS SEKTORI

Palvelujen tuotanto perustuu Suomessa hybridimalliin, jossa julkinen ja yksityinen, sekä myös kolmas sektori toimivat rinnakkain. Hyvinvointialueet tuottavat suuren osan palveluista itse, mutta merkittävä osa palveluista tuotetaan myös ostopalveluina tai palveluseteleillä, jolloin tuottajina ovat yritykset, julkisen ja yksityisen yrityksen muodostamat yhteisyritykset tai järjestöt. Yksityisen sektorin merkitys vaihtelee palvelusektoreittain. Erityisen suuri rooli sillä on esimerkiksi hoivassa ja sosiaalipalveluissa, suun terveydenhuollossa tai terapia- ja kuntoutuspalveluissa. Lisäksi on huomattava, että julkisen järjestelmän rinnalla toimii lakisääteisiin ja vapaaehtoiisiin vakuutuksiin pohjautuva pääsääntöisesti yksityinen palveluntuotanto. Lakisääteiset vakuutukset kuitenkin korvaavat myös julkisen järjestelmän kuluja onnettomuustilanteessa useimmiten täyskustannusvastuumallilla.

2.5 YHTENVETO JÄRJESTELMÄN RAKENTEELLISISTA HAASTEISTA

Suomen järjestelmän keskeinen haaste liittyy siihen, että vaikka kattavuus on periaatteessa universaali, palveluvalikoiman konkreettinen sisältö on monelta osin määrittelemätön. Palveluvalikoiman epäselvyys vaikeuttaa esimerkiksi yhdenvertaisuuden varmistamista, kustannusten hallintaa, palveluiden kehittämistä tai yksityisten toimijoiden ja vakuutusmarkkinoiden roolin jäsentämistä. Julkisen järjestelmän kattavuus on laaja, mutta sen täsmällinen sisältö ei

perustu selkeään, yksiselitteisiin määrittelyyn, vaan yleisiin muotoiluihin hoidosta, joka on ”tarpeenmukaista” tai ”välttämätöntä”. Tämä tekee järjestelmän toiminnasta murrosherkkää resurssimuutoksille ja aiheuttaa alueellista vaihtelua. On myös huomattava, että suuri joukko ihmisistä käyttää sekä julkista että yksityistä järjestelmää esimerkiksi perustason terveyspalveluissa (Eduskunta, 2025).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluvalikoiman määrittäminen Suomessa

Viime vuosien aikana on yhä selvemmin tunnistettu, että pelkästään yleisiin velvoitteisiin perustuva, väljästi määritelty palveluvalikoima ei enää riitä turvaamaan vaikuttavaa, yhdenvertaista, ennakoitavaa ja taloudellisesti hallittua järjestelmää. Julkisen järjestelmän kattavuus on monella osa-alueella epäselvä. Tämä epäselvyys koskee sekä sitä, mitä palveluja julkisesti järjestetyn järjestelmän tulisi sisältää, että sitä, millä kriteereillä palvelut myönnetään, missä laajuudessa ne toteutetaan ja milloin palveluja ei ole perusteltua tuottaa julkisin varoin (Kaila & Lohiniva-Kerkelä, 2020; Saarni, 2023; Torkki et al., 2022).

3.1 NYKYTILAN KESKEISET HAASTEET

Ensimmäinen keskeinen haaste liittyy lainsäädännön tulkinnanvaraisuuteen. Sote-lainsäädäntö määrittää oikeuden hoitoon ja palveluihin laajasti, mutta se ei anna tarkkoja rajauksia palvelujen sisällöstä tai myöntämisen kriteereistä. Tämä johtaa siihen, että alueet tulkitsevat velvoitteita eri tavoin ja ammattilaiset tekevät arvioita heterogeenisissä olosuhteissa. Tämänhetkinen normipohja on riittävä yleisvelvoitteiden tasolla, mutta se ei kykene ohjaamaan käytäntöä yhdenvertaisella tavalla. Tilanne johtaa väistämättä alueelliseen vaihteluun, koska kriteerit ovat avoimia ja ammatillinen harkinta on ainoa käytännön ohjausväline (Saarni & Nyblin, 2022).

Toinen haaste liittyy arviointi- ja suositustoiminnan pirstaleisuuteen. Tietoa tuotetaan useilla tahoilla, Käypä hoito -suosituksissa, laaturekistereissä, THL:n ohjeissa ja valvontaviranomaisten tulkinnoissa, mutta kokonaisuus ei muodosta systemaattista, kansallisesti koordinoitua palveluvalikoiman perustaa. Arviointitoiminta on hajanaista ja että selkeä koordinaatio puuttuu. Tästä seuraa, että palveluvalikoiman täsmäntäminen on vaikeaa, koska yhtenäistä tietopohjaa ei ole olemassa (STM, 2025).

Kolmas haaste liittyy monikanavaisen rahoitusjärjestelmän synnyttämiin rajoihin ja päällekkäisyyksiin. Kun palveluja rahoitetaan samanaikaisesti verorahoituksella, Kelan etuuksilla, lakisääteisillä vakuutuksilla, työterveyshuoltoa kattavilla maksuilla ja vapaaehtoisilla vakuutuksilla, palvelujen rahoitusvastuu ja järjestämisen periaatteet eivät ole yhtenäiset. Palvelu voi kuulua osittain julkiseen järjestelmään, osittain Kelan korvattavaksi ja tietyissä tilanteissa lakisääteisen vakuutuksen piiriin. Lakisääteinen vakuutus toimii sinänsä selkeästi, mutta joissain tilanteissa vakuuttajalla voi olla vaikea kontrolloida hoidon ja palveluketjun etenemistä. Esimerkiksi vakavasti loukkaantunut tapaturmapotilas hakeutuu tyypillisesti hoitoon julkiseen palvelujärjestelmään ja vakuutusyhtiöllä voi olla käytännössä hankala varmistaa hoidon jatkuvuutta. Tämä rakenteellinen piirre vaikeuttaa myös palveluvalikoiman yhdenmukaista määrittämistä ja tuottaa eroja siinä, miten palveluja tosiasiallisesti myönnetään ja toteutetaan.

Neljäs haaste liittyy siihen, että vaikka Suomessa ei ole virallisesti määritelty palveluvalikoimaa, järjestelmässä on jo tosiasiallisia rajauksia. Nämä rajaukset ovat syntyneet satunnaisesti, ilman kokonaisohjauksen periaatteita. (Torkki et al., 2022) Merkittävä osa suun terveydenhuollon palveluista tuotetaan yksityisesti ja rahoitetaan henkilökohtaisilla maksuilla. Samoin moni silmätautien hoito on muodostunut palveluiksi, joita julkinen järjestelmä ei korvaa, vaikka rajausta ei ole virallisesti päätetty. Lisää esimerkkejä löytyy erilaisista terapiapalveluista tai naistentautien alueelta. Samanaikaisesti julkisesti saatetaan korvata huomattavankin kalliita hoitoja, joiden vaikuttavuus suhteessa huomattavasti halvempaan hoitoon on marginaalinen. Johdonmukainen ja yhtenävä määrittely veisi järjestelmää enemmän kohti tavoitetilaa ja vähentäisi epäloogisuuksia sen välillä, mitkä palvelut kuuluvat julkisesti rahoitettuun järjestelmään ja mitkä eivät.

3.2 KEHITYSSUUNTA KOHTI TÄSMÄLLISEMPÄÄ OHJAUSTA

Edellä luetelluista haasteista huolimatta viime vuosien kehittämistyö muodostaa perustan palveluvalikoiman selkeyttämiselle. STM:ssä on käynnissä hallitusohjelman mukaisesti selvitys, jossa ehdotetaan arviointitoiminnan yhtenäistämistä ja sen kytkemistä entistä vahvemmin kansalliseen ohjaukseen. Selvityksen mukaan tavoitteena on rakentaa järjestelmä, jossa arviointi olisi järjestelmällisempää, tietopohja kattavampaa ja jossa sekä terveydenhuollon että sosiaalipalvelujen arviointi muodostaisi koordinoitun kokonaisuuden. Näin arviointi voi palvelulla päätöksentekoa paremmin kuin nykyinen pirstaleinen suositusmaisema (STM, 2025).

Toinen merkittävä kehitysaskel on priorisoinnin kansallisten periaatteiden valmistelu. Lausuntokierroksella oleva priorisointiperiaatteiden luonnos esittää koko järjestelmän yhteiset periaatteet resurssien kohdentamiseen (VN/36135/2023, 2025). Näitä periaatteita voidaan käyttää perustana sille, miten julkisin varoin rahoitetut palvelut jatkossa määritellään. Kun periaatteet vahvistetaan, niiden avulla voidaan asettaa rajoituksia sille, millaisia palveluita tuotetaan julkisesti ja millä edellytyksillä.

Lisäksi aikaisemmin tehdyissä raporteissa on esitetty konkreettisia toimenpide-ehdotuksia palveluvalikoiman selkeyttämiseksi. Näitä ovat edellisessä kappaleissa kuvattujen kansallisesti määriteltujen kriteerien vahvistamisen sekä arviointitoiminnan keskittämisen ohella rajapintojen selkeyttäminen eri rahoitusjärjestelmien välillä. Kehittämisehdotuksissa painotetaan, että julkisin varoin rahoitettavien palvelujen määrittely ei voi perustua vain lakiin kirjattuihin yleisvelvoitteisiin, vaan tarvitaan johdonmukainen ja rakenteellisesti selkeä tapa määrittää, mitä palveluja julkinen järjestelmä sisältää.

3.3 MITÄ PALVELUVALIKOIMAA VOIDAAN MÄÄRITTÄÄ – JA MITÄ EI?

Palveluvalikoiman määrittämisessä on keskeistä tunnistaa se, että terveydenhuollon palvelujen luonne vaihtelee merkittävästi. Monissa akuutissa ja vaikeasti ennakoitavissa tilanteissa palvelun tarve ei ole ennakolta määriteltävissä, eikä kansallinen listaus voisi korvata ammatilista harkintaa. Näissä palveluissa – esimerkiksi

päivystyksessä, kirurgisissa hätätilanteissa ja nopeasti etenevissä sairauksissa – keskeinen kysymys ei ole palvelun sisällön ennakkorajuus, vaan se, että järjestelmä takaa hoidon saata- vuuden ja riittävät resurssit (Kuva 3.).

Sen sijaan merkittävä osa sosiaali- ja terveyspalveluista on luonteeltaan elektiivisiä, pitkäkestoisia tai muuten sellaisia, että niiden sisällöt ja kriteerit voidaan määritellä ennakolta huomattavasti tarkemmin. Tällaisten palvelujen

Kiireelliset, vakavat, hankalasti määriteltävät terveyspalvelut

Lähtökohtaisesti tuotetaan julkisin varoin

Ammattilaiset tekevät päätökset tarpeen mukaan ohjaavan lainsäädännön ja ohjeistusten mukaisesti.

Elektiiviset, määriteltävissä olevat terveyspalvelut, sosiaalipalvelut, hoiva

Voidaan keskustella, miltä osin järkevää toteuttaa julkisin varoin.

Kansallisesti määritetään mahdollisimman selkeästi kriteerit palveluille sekä niiden sisältö ja rajaukset

Kuva 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja palvelu- tuotanto karkealla tasolla kuvattuna. (Lähde: Finanssiala ry, 2025)

arvioidaan muodostavan jopa kolmasosan koko palvelutuotannosta, arviolta noin 10 miljardin euron kokonaisuuden. Elektiiviset terveys- palvelut, hoiva ja monet sosiaalipalvelut ovat tyypillisesti suunnitelmallisia ja ennakoitavia, ja niihin liittyvät tarpeet voidaan usein kuvata kansallisesti yhtenäisin kriteerein.

Tästä esimerkkinä voidaan käyttää Norjassa kehitettyä viitekehystä (Kuva 4.), jossa palvelut luokitellaan neljään kategoriaan, jotka heijastavat sekä palvelutarpeen kiireellisyyttä että mahdollisuutta ennakoida vaikuttavuutta ja hoidon tarvetta. Ensimmäinen ryhmä kattaa akuutit, henkeä uhkaavat ja muuten kriittiset terveydenhuollon tilanteet, joissa hoito on annettava välittömästi eikä palvelun sisältöä ole realistista määritellä kansallisella tasolla etukäteen. Tällaisissa tilanteissa potilaan yksilöllinen tilanne, ammatillinen harkinta ja välitön kliininen arvio muodostavat ainoan mahdollisen toimintakehyksen, eikä palveluvalikoiman yksityiskohtainen rajaus ole tarkoituksenmukaista.

Sen sijaan toinen, kolmas ja neljäs palveluryhmä sisältävät laajoja kokonaisuuksia, joissa palvelun tarve on ennakoitavissa ja joissa vaikuttavuus voidaan arvioida systemaattisesti. Näihin sisältyvät elektiiviset terveyspalvelut, kroonisten sairauksien hoidon suunnitelmalliset ratkaisut, kuntoutus sekä monet sosiaali- ja hoivapalvelut. Mallin hyöty on siinä, että sen tarjoaa rakenteellisen tavan jäsentää eri hoito- ja palveluita esimerkiksi erikoisaloittain, että niille voidaan asettaa kansalliset kriteerit: esimerkiksi hoidon hyöty, vakavuus ja kustannus- vaikuttavuus. Samankaltainen jäsentely olisi

Suomessa realistista juuri näissä elektiivisissä ja pitkäkestoisissa palveluissa, joiden osuus on merkittävä sekä kustannusten että palvelutarpeen näkökulmasta.

Juuri näissä palveluissa kansallinen palveluvalikoima voisi tuoda järjestelmään merkittävää selkeyttä. Selkeästi määritellyt kriteerit loisivat yhtenäisen pohjan päätöksenteolle, vähentäisivät alueellista vaihtelua ja parantaisivat sekä asiakkaiden että palveluntuottajien ennakoitavuutta. Tavoitteena ei ole rakentaa yksityiskohtaista listaa yksittäisistä toimenpiteistä, vaan määrittää kansallisesti selkeä viitekehys sille, millaiset palvelut kuuluvat julkisesti rahoitettuun kokonaisuuteen ja millä perusteilla ne myönnetään.

3.4 KOHTI JÄRJESTELMÄLLISTÄ PALVELUVALIKOIMAN MÄÄRITTELYÄ

Kokonaisuutena tarkastellen voidaan todeta, että priorisointikokonaisuuden kehittäminen tarvitsee useita samansuuntaisia toimenpiteitä kansallisella tasolla. Priorisoinnin periaatteet määrittelevät arvopohjan ja reunaehdot. Sen lisäksi tarvitaan kansallinen rakenne ohjaukselle, sisältäen mm. arviointitoiminnan. Sen lisäksi on oltava prosessi, miten arviointia toteutetaan, palveluvalikoimaa säädetään sekä myös seurataan. Palveluvalikoima kehittyy jatkuvasti ajassa ja se on myös eittämättä sidoksissa kulloinkin käytettävissä oleviin resursseihin, joten prosessin on oltava jatkuva. Samalla kuitenkin on pyrittävä ennakoitavuuteen, sekä kansalaisten näkökulmasta että eri julkisten ja yksityisen sote-toimijoiden näkökulmasta.

KATEGORIA	MITEN NÄIHIN SUHTAUDUTAAN
1. Fundamentaaliset terveyspalvelut	Tehdään aina julkisin varoin
2. Lisäterveyspalvelut (vähemmän vakavat ja selkeät tapaukset kuin edellisessä)	Lähtökohtaisesti tehdään julkisin varoin, ellei esimerkiksi poikkeuksellinen kriisi
3. Matala prioriteetti, rajatapaukset	Näiden toteuttamista julkisin varoin harkitaan, mikäli resurssit eivät mahdollista tasapainoista toimintaa
4. Ei prioriteettia	ei julkisrahoitteista

Kuva 4. Esimerkki Norjassa kehitetystä viitekehyksestä hoitojen ja palveluiden luokitteluun julkisen kattavuuden näkökulmasta (Torkki et al., 2022)

Näiden elementtien varaan voidaan rakentaa vaiheittain etenevä kansallinen malli, jossa ensin vahvistetaan periaatteet ja arviointitoiminnan perusteet, sen jälkeen määritellään ne palveluryhmät, joissa kansallinen ohjaus on taroituksenmukaista, ja lopuksi luodaan selkeä ja käytännössä toimiva kriteeristö palveluiden sisällöille ja rajauksille. Tällainen lähestymistapa parantaa palvelujärjestelmän yhdenvertaisuutta ja ennakoitavuutta, mutta jättäisi samalla riittävästi tilaa ammattilaisten harkinnalle niissä tilanteissa, joissa palvelun luonne tai potilaan tilanne ei ole ennakolta määriteltävissä.

Kansainväliset esimerkit palveluvalikoiman määrittelystä

Useissa Suomelle vertailukelpoisissa maissa palvelujen sisältö, rajaukset ja korvattavuuden edellytykset on kuvattu huomattavasti tarkemmin kuin Suomessa, ja järjestelmät ovat rakentuneet periaatteelle, jossa julkisesti rahoitettu (verorahoitteinen tai lakisääteiseen vakuutukseen perustuva) palveluvalikoima muodostaa perustan, jota täydentävät joko osittain tai kokonaan yksityisesti rahoitetut palvelut ja vakuutukset. Kansainvälisten esimerkkien perusteella palveluvalikoiman määrittely voidaan toteuttaa monella tavalla, ja niiden tarkastelu tuottaa hyödyllistä tietoa myös Suomen mahdollisille kehittämislinjauksille.

Selvityksessä nousi esiin useita maita, joissa palveluvalikoiman ohjaus on viety huomattavasti pidemmälle kuin Suomessa. Tarkastelluissa maissa tämä määrittely on yleensä näkyvissä kahdessa pääkokonaisuudessa: hoivapalveluissa ja elektiivisissä tai muutoin määriteltävissä olevissa terveyspalveluissa. Lisäksi useissa maissa palveluvalikoiman rajaukset toimivat pohjana yksityisten vakuutusten kehittämiselle, mikä luo loogisen ja ennakoitavan työnjaon julkisen ja yksityisen rahoituksen välille.

Hoivapalvelujen osalta monissa Euroopan maissa, kuten Saksassa, Alankomaissa, Ranskassa ja Japanissa, julkisen järjestelmän tai pakollisen vakuutuksen rahoittama palveluvalikoima on määritelty varsin täsmällisesti. Esimerkiksi Saksassa lakisääteinen pitkäaikaishoidon vakuutus määrittelee sekä tuensaannin edellytykset että kullekin hoivatasolle maksettavan korvauksen enimmäismäärät. Vastaavasti Alankomaissa sosiaali- ja terveyspalvelujen työnjako on jaettu eri rahoitusjärjestelmien kesken siten, että pitkäkestoinen hoiva rahoitetaan keskitetystä kansallisesta vakuutuksesta ja terveydenhuollon palvelut erillisistä vakuutuksista. Monissa näistä maista palveluvalikoiman rajaukset on lisäksi kuvattu tavalla, joka mahdollistaa tarkkarajaiset täydentävät vakuutustuotteet. Keskeistä on, että

hoivapalvelujen tarve on luonteeltaan ennakoitavaa, mikä mahdollistaa selkeämmän kansallisen ohjauksen.

Terveyspalveluissa kansainväliset mallit vaihtelevat enemmän, mutta yhteistä niissä on pyrkimys selkeään rajaukseen erityisesti elektiivisissä, suunniteltavissa olevissa palveluissa.

Kansainvälisten esimerkkien perusteella voidaan todeta, että palveluvalikoiman määrittely ei perustu yksittäisiin listauksiin, vaan se on osa laajempaa järjestelmäkokonaisuutta. Useissa maissa palveluvalikoima on kiinnitetty suoraan rahoitusvastuun jakoon: mitä täsmällisemmin julkinen tai lakisääteinen vakuutus määrittää sisältyänsä, sitä helpompaa on rakentaa selkeä työnjako yksityisten vakuutusten ja palvelutuotannon kanssa. Näissä järjestelmissä rajaukset eivät ole staattisia, vaan ne perustuvat säännölliseen arviointiin, näyttöön ja kansallisiin periaatteisiin esimerkiksi hoidollisesta hyödystä, kustannusvaikuttavuudesta ja oikeudenmukaisuudesta.

Esimerkiksi Saksassa täsmällinen hoivapalveluiden määrittely on lisännyt hyväksyttävyyttä kansalaisten ja poliittisten päättäjien keskuudessa sekä auttanut taloudellisesti kestävien palveluiden järjestämisessä (Nadash et al., 2018). Hollannissa on huomattu, että kun kansalaiset ovat informoituja priorisointipäätösten tärkeydestä sekä siitä, että rajoituksia palveluihin on mahdollista tehdä, paranee niiden hyväksyttävyys (Bijlmakers et al., 2020). Taloudellisen kestävyysnäkökulmasta suoria kustannusvaikutustutkimuksia on rajoitetusti, osittain koska aiheutta on vaikea tutkia luotettavissa asetelmissa, mutta juuri resurssien rajallisuus toimii lähtökohtana palveluvalikoiman määrittelylle ja on syytä olettaa, että määrittelyllä on myös vaikutusta kustannusten kehittämiseen (Leskelä et al., 2024). Lisäksi täsmällinen määrittely auttaa resurssien kohdentamisessa järkevästi sekä palveluiden sovittamisessa käytettävissä

olevaan budjettiin (Smith & Chalkidou, 2017). Edellämainituissa tutkimuksissa on raportoitu myös tarkemman määrittelyn hyötyjä järjestelmän ennakoitavuuden ja suunnittelun kannalta.

Vaikka tämä raportti keskittyy erityisesti hoivapalveluihin ja määriteltävissä oleviin terveyspalveluihin, vastaavia lähestymistapoja voidaan soveltaa myös laajemmin sosiaalipalveluihin. Kansainvälisessä vertailussa monissa maissa sosiaali- ja terveyspalvelujen palveluvalikoimat muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden, jossa hoivan ja sosiaalipalvelujen rajapinnat on määritelty selkeästi rahoitusvastuun ja palveluoikeuden näkökulmasta.

Selvityksessä tunnistettiin useita esimerkkejä, jotka kuvaavat konkreettisesti, millä tavoin palveluiden kriteerejä ja sisältöjä voidaan määrittää. Seuraavissa luvuissa esitellään näistä keskeisimmät.

IKÄIHMISTEN HOIVA

Ikäihmisten hoivapalvelujen tarkastelu kansainvälisesti osoittaa, että eri maiden järjestelmät eroavat merkittävästi sekä hoivan myöntämisen kriteerien selkeydessä että palvelujen sisällön määrittelyssä. Useissa maissa, kuten Saksassa, Alankomaissa tai Japanissa, hoivaan oikeuttavat kriteerit ja hoivan tasot on kuvattu huomattavasti tarkemmin kuin Suomessa, ja palvelut myönnetään systemaattisten arviointimenetelmien perusteella. Näissä maissa hoivajärjestelmä on rakennettu siten, että palvelun tarve, hoivan intensiteetti ja rahoitusvastuu ovat ennakoitavia sekä asiakkaan että järjestelmän näkökulmasta. Toisaalta esimerkiksi Ruotsissa hoivan laajuus perustuu enemmän paikalliseen harkintaan kuten Suomessa ja kuntien tai alueiden tekemään tarpeen arviointiin, mikä näkyy vaihtelevuutena käytännöissä ja palveluiden sisällössä. Ruotsissakin on kuitenkin pidempi perinne kansallisesta ohjauksesta hoivan kriteerien osalta.

Eroja löytyy myös siinä, miten hoivan rahoitusvastuu jakautuu julkisen järjestelmän, asiakkaan ja omaisten välillä. Saksassa ja Japanissa kaikkia asiakkaita koskee pakollinen pitkäaikaishoidon vakuutus, joka korvaa tarkasti määriteltyjä hoivapalveluja ja jättää asiakkaalle omavastuun, jota voidaan kattaa ja täydentää

vapaaehtoisilla vakuutuksilla. Alankomaissa pitkäkestoinen hoiva on puolestaan keskitettyä rahoitettua ja kattavampaa, jolloin yksityisen rahoituksen tarve on pienempi.

SAKSAN HOIVAJÄRJESTELMÄ

Saksan pitkäaikaishoidon järjestelmä on yksi Euroopan selkeimmin säädellyistä. Vuonna 1995 käyttöön otettu lakisääteinen hoivavakuutus (Pflegeversicherung) muodostaa kaksi rinnakkaista järjestelmää: julkisen sosiaalisen hoivavakuutuksen (soziale Pflegeversicherung, SPV) ja yksityisen lakisääteisen hoivavakuutuksen (private Pflegepflichtversicherung, PPV). Käytännössä kaikki Saksan asukkaat kuuluvat järjestelmän piiriin, jolloin järjestelmän kattavuus on universaali.

HOIVAN RAHOITUS JA VÄESTÖTASON KATTAVUUS

Hoivavakuutus rahoitetaan ensisijaisesti lakisääteisillä vakuutusmaksuilla. Vuonna 2024 sosiaalisen hoivavakuutuksen maksu oli 3–4 prosenttia palkasta, työnantajan ja työntekijän kesken jaettuna (SGB XI – Soziale Pflegeversicherung). Saksan hoivajärjestelmän keskeinen periaate on kuitenkin se, ettei vakuutus kata hoivapalvelujen täyttä kustannusta. Vakuutus osallistuu kustannuksiin vain osittain, mikä seurauksena asiakkaiden omavastuut ovat merkittäviä. Tämä rakenteellinen omavastuu on myös syy siihen, että täydentävät yksityiset hoivavakuutukset ovat kehittyneet osaksi järjestelmää (Atal et al., 2025). Saksassa on arvioitu olevan noin 4 miljoonaa (6 % väestöstä) vapaaehtoista hoivavakuutusta (PKV-Verband 2024), mikä kuvastaa järjestelmän rakennetta, jossa lakisääteinen vakuutus antaa pohjan, mutta sitä voidaan täydentää omalla varautumisella.

HOIVAN TARPEEN ARVIOINTI

Saksa uudisti arviointijärjestelmänsä vuonna 2017 ja otti käyttöön viisitasoisen Pflegegrad-luokituksen, jonka tarkoituksena on arvioida hoivan tarve yhdenmukaisesti koko maassa. Hoivatarpeen arvioinnista vastaa sosiaalisen hoivavakuutuksen puolella Medizinischer Dienst (MDK) ja yksityisessä vakuutuksessa vastaava taho Medicproof. Tämä yhtenäinen malli erottaa Saksan monista muista maista:

hoivatarpeen arviointi ei ole alueellinen tai palveluntuottajasta riippuva prosessi, vaan kansallisesti yhtenäinen ja velvoittava. (Geyer et al., 2023; Nadash et al., 2018)

Saksan lakisääteinen hoivavakuutus perustuu rakenteeseen, jossa hoivan tarve arvioidaan kansallisesti yhdenmukaisella menetelmällä ja tuloksena syntynyt hoivataso (Pflegegrad) määrittää suoraan sekä palvelujen sisällön että enimmäiskorvaustason. Hoivatarpeen arvioinnissa keskitytään henkilön toimintakyvyn, selviytymisen ja avuntarpeen laaja-alaiseen tarkasteluun. Arviointi kattaa kuusi osa-aluetta: liikunta- ja toimintakyvyn, kognitiivisen ja kommunikatiivisen toimintakyvyn, psyykkisen hyvinvoinnin ja käyttäytymisen, sairauden hoitoon liittyvät vaatimukset ja omahoidon, arjen rutiineista selviämisen sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ja osallistumisen. Kunkin osa-alueen pisteet muodostavat kansallisen arviointiasteikon, jonka perusteella henkilö sijoitetaan viiteen hoivatasoon (Pflegegrad 1–5) (Kuva 5.). Tämä luokitus on velvoittava koko maassa. (Geyer et al., 2023)

Hoivatasot 1–5 heijastavat avuntarpeen laajuutta lievästä erittäin vaativaan ympärivuorokautiseen hoivaan. Alin taso (hoivataso 1) tunnistaa lievän toimintakyvyn heikentymisen, mutta ei oikeuta varsinaiseen hoitorahaan – henkilö voi saada lähinnä kotiympäristön muutostöitä tai hoivavälineitä. Hoivatasosta 2 alkaen henkilö saa oikeuden joko kotiin annettaviin palveluihin tai hoitorahaan (Pflegegeld), jonka tarkoituksena on tukea esimerkiksi omaishoidon järjestämistä. Tarjottavien kotihoitopalvelujen enimmäiskorvaustaso kasvaa hoivatason noustessa ja voi korkeimmassa luokassa olla yli 2 200 euroa kuukaudessa.

Kuten oheinen taulukko osoittaa, jokaisella hoivatasolla on tarkasti määritelty korvaustaso, joka toimii hoivavakuutuksen maksamana enimmäisosuutena. Käytännössä nämä korvaustasot kattavat vain osan todellisista hoivakustannuksista, erityisesti tehostetussa palveluasumisessa ja hoivakodeissa. Siksi hoivataso toimii samalla perustana sekä julkiselle rahoitukselle että asiakkaan omavastuulle, joka voi

HOIVATASO	TOIMINTAKYVYN HEIKKENEMISEN ASTE	KORVATTAVAT ETUUDET	MAKSIMIKORVAUS/HOITORAHA
1	Lievä	Rajoitetut etuudet, lähinnä kodin muutostöitä ja hoitovälineitä varten	Ei rahallista tukea
2	Merkittävä	Kotona annettava hoito tai rahallinen tuki; osittainen korvaus hoivakodin kustannuksista	761 € / kk
3	Vakava	Lisää kotona annettavaa hoitoa tai rahallista tukea; suurempi osuus hoivakodin kustannuksista	1 432 € / kk
4	Erittäin vakava	Laaja kotona annettava hoito tai rahallinen tuki; merkittävä korvaus hoivakodin kustannuksista	1 778 € / kk
5	Erittäin vakava ja erityishoivan tarpeessa	Enimmäisetuudet kotona annettavan hoidon tai rahallisen tuen muodossa; täysi korvaus hoivakodin kustannuksista	2 200 € / kk

Kuva 5. Saksan hoivajärjestelmässä käytettävän toimintakykyarvion perusteella määräytyvät palvelut tai korvaukset. Suomen-nettu lähteestä: <https://feather-insurance.com/blog/long-term-care-insurance-pflegeversicherung-explained>

nousta huomattavan korkeaksi, jopa 2 000–3 000 euroon kuukaudessa ympärivuorokautisessa hoidossa.

Luokitusjärjestelmän merkitys ulottuu kuitenkin paljon korvaustasoja laajemmalle. Se selkeyttää eri toimijoiden vastuita ja yhdenmukaistaa päätöksentekoa koko maassa: riippumatta alueesta tai palveluntuottajasta hoivataso määritellään samoin perustein, ja se ohjaa suoraan, mitä palveluita henkilö voi saada ja millä tasolla. Tämä on keskeinen ero maihin, joissa tarvearviointi vaihtelee alueittain tai jossa palvelujen myöntäminen perustuu laajemmin harkintaan.

HOIVAPALVELUJEN KORVAUKSET JA SISÄLTÖ: KOTIHOITO JA YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOIVA

Saksan hoivajärjestelmä erottaa selkeästi kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan, mutta molemmissa hoivavakuutuksen tarjoama tuki on kiinteä ja toimintakykyluokitukseen perustuva. Kotihoidossa vakuutettu voi valita joko rahallisen korvauksen, joka on tarkoitettu omaisten tai epävirallisen hoivan tukemiseen, tai kotipalvelut, joita tuottavat ammattimaiset hoivapalvelut. Kotiin annettavien palvelujen rinnalla järjestelmä korvaa myös lyhytaikaisen hoivan, päivähoidon, apuvälineet ja kotiympäristön muutostyöt, mutta näidenkin korvausten tasot ovat tarkkaan rajattuja. (BMG, 2025; Geyer et al., 2023)

Ympärivuorokautisessa hoivassa järjestelmä toimii samalla periaatteella: hoivavakuutus maksaa kiinteän korvauksen, mutta ei kata asumista, aterioita, investointikustannuksia tai kaikkia hoivakodin henkilöstökuluja. Käytännössä hoivakodin asiakkaan omavastuu on 1000– yli 2000 euroa kuukaudessa, mikä heijastaa järjestelmän selkeää omavastuuperiaatetta. Tämä tekee Saksasta mallin, jossa julkinen rahoitus osallistuu hoivaan laajasti, mutta ei poista henkilökohtaista vastuunkantoa. (BMG, 2025; Geyer et al., 2023)

Saksassa hoivapalvelujen sisältö ja korvaavuus on täsmällisesti määritelty suoraan lakisääteiseen hoivavakuutukseen liittyvän Pflegegrad-luokituksen pohjalta. Jokaiselle viidelle hoivatasolle on säädetty erikseen ne tukimuodot, joihin asiakas on oikeutettu, sekä kullekin tuelle asetetut täsmälliset euromääräiset

enimmäiskorvaustasot (Kuva 5.). Tämä koskee sekä kotihoidon palveluja että omaishoidon rahallista tukea, samoin kuin ympärivuorokautiseen hoivaan liittyviä kustannusosuuksia. Esimerkiksi kotihoitopalvelujen osalta laissa on määritelty tarkasti, kuinka suuren palvelusumman vakuutus korvaa kutakin hoivatasoa kohden kuukausittain. Samalla hoitorahan määrä omaishoidossa on sidottu suoraan hoivatasoon erillisillä, valtakunnallisilla euromääräisillä taulukoilla. Näiden lisäksi lainsäädäntö määrittää erikseen korvattavat lisäetuudet, kuten päivä- ja yöhoidon, lyhytaikaishoidon, omaishoitajien lomatuen, apuvälineiden korvaukset sekä kotiympäristön muutostöihin maksettavat kertakorvaukset. Kukin näistä on rajattu tarkkaan niin oikeuden laajuuden kuin korvaustason osalta, jolloin asiakkaan saama hoivakokonaisuus muodostuu suoraan lakitekstissä säädetyistä elementeistä eikä yksittäisten alueiden tulkinnasta tai harkinnasta. Tätä rakennetta kuvaavat muun muassa Saksan liittovaltion terveysministeriön viralliset ohjeistukset.

Ympärivuorokautisessa hoivassa periaate on sama: myös laitos- ja palveluasumisen osalta hoivavakuutus maksaa hoivatasoon perustuvan kiinteän kuukausikorvauksen. Täsmällinen palvelusisällön määrittely näkyy siinä, että asiakkaan oikeus tiettyihin tukimuotoihin ja niiden euromääräinen taso seuraavat lähes automaattisesti hoivatasoluokituksesta ilman erillistä alueellista harkintaa. Samalla asiakkaan omavastuu muodostuu avoimesti ennakoitavaksi. Tämän järjestelmän erityispiirre on juuri ennakoitavuus ja oikeudellinen täsmällisyys: sekä palvelujen saannin kriteerit että palvelupaketin taloudellinen sisältö on määritelty kansallisessa lainsäädännössä siten, että hoivavakuutuksen ja yksityisen omarahoituksen välinen työnjako on läpinäkyvä ja johdonmukainen koko maan tasolla (BMG, 2025; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2025).

LAADUN ARVIOINTI

Saksassa hoivapalveluiden laadun arviointi on järjestelmällistä ja kansallisesti standardoitua. Lakisääteisen hoivavakuutuksen puitteissa toteutetaan koko maan kattava valvonta- ja laadunvarmistusjärjestelmä (Pflege-TÜV 2.0), jossa jokaisesta hoitolaitoksesta ja kotihoitoyksiköstä tehdään säännölliset auditoinnit.

Arviointitulokset julkaistaan avoimesti, ja jokainen hoivakoti saa julkisen laatuarvosanan sekä yksityiskohtaisia indikaattoritietoja muun muassa henkilöstöstä, lääkehoidosta, ravitsemuksesta, toimintakyvyn tukemisesta ja asiakastytytyväisyydestä. Vuonna 2019 uudistettu arviointimalli painottaa aiempaa enemmän asiakaslähtöisiä tulosindikaattoreita, kuten toimintakyvyn säilymistä ja asiakasturvallisuutta. Saksassa avoin ja läpinäkyvä laatuarviointi on keskeinen osa hoivamarkkinoiden toimintaa: kansalaisilla on käytettävissään verkkopalvelu (Pflegelotse), jossa palveluntuottajia voi vertailla tarkasti. Järjestelmä muodostaa läpinäkyvän hoivan laadun arviointikehyksen. (GKV-Spitzenverband, 2019; Pflegelotse, 2025)

OMA RAHOITUS JA TÄYDENTÄVÄT VAKUUTUKSET

Koska lakisääteinen hoivavakuutus korvaa vain osan hoidon kustannuksista, täydentävät vakuutukset ovat olennainen osa Saksan hoivajärjestelmää. Näistä merkittävin poliittinen uudistus oli vuonna 2013 käyttöön otettu valtion tukema Pflege-Bahr-vakuutus, jossa vakuutettu saa valtion vuosittaisen 60 euron tuen vastineeksi siitä, että vakuutus täydentää lakisääteistä hoivavakuutusta. Pflege-Bahr ja muut vastaavat hoivavakuutukset (Pflegezeitgeld-, Pflegekosten- ja Pflegeversicherungen) maksavat vakuutetulle rahakorvauksen, jota voidaan käyttää hoivakodin omavastuun tai kotihoidon kustannusten kattamiseen. Korvaustasot vaihtelevat tyypillisesti 300 eurosta noin tuhanteen euroon kuukaudessa, toimintakyvyn ja vakuutuksen laajuuden mukaan. Näiden vakuutusten suosio liittyy siihen, että omavastuut ovat rakenteellisesti suuria ja hoivatarve pitkäkestoista. (Geyer et al., 2023)

SOSIAALITURVAN ROOLI

Saksan hoivatuen järjestelmä, Hilfe zur Pflege, perustuu ajatukseen siitä, että tukea omavastuiden kattamiseen myönnetään vasta, kun henkilön omat tulot ja varallisuus on arvioitu. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että kaikki omaisuus olisi käytettävä hoivakustannuksiin. Saksan sosiaalihuoltolain (SGB XII) mukainen varallisuusarviointi erottelee selkeästi realisoitavan varallisuuden ja niin kutsutun suojatun varallisuuden (Schonvermögen), jonka tarkoituksena on turvata hoivaa tarvitsevan henkilön

perustoimeentulo, asuminen ja kohtuulliset elinolosuhteet. Käytännössä järjestelmä pyrkii varmistamaan, ettei hoivaan siirtyminen johda taloudelliseen romahdukseen tai perheen omaisuuden menettämiseen.

Realisoitavaan varallisuuteen luetaan lähtökohtaisesti kaikki sellainen omaisuus, jonka henkilö pystyy käyttämään hoivakustannuksiensa kattamiseen ilman, että se vaarantaa hänen välttämättömiä elinolojaan. Tällaisia varoja ovat esimerkiksi pankkitalletukset suojarajan ylittävältä osin, sijoitukset, arvopaperit sekä omistukset asunnoissa tai kiinteistöissä, jotka eivät ole henkilön oma koti. Samoin arvokkaat ajoneuvot tai veneet voidaan velvoittaa myytäväksi, jos ne eivät ole välttämättömiä päivittäisen selviytymisen kannalta. Tämä varallisuuden purkaminen on sosiaaliturvan ehtona, ja se on olennainen osa järjestelmän viimesijaisuutta: julkinen tuki astuu mukaan vasta, kun henkilöllä ei ole enää kohtuudella hyödynnettävissä olevia varoja.

Toisaalta laissa on tarkasti määritelty varallisuuden ryhmä, jota ei tarvitse käyttää hoivakustannuksiin. Suojattuun varallisuuteen kuuluu muun muassa 10 000 euroon asti olevat säästöt, jotka toimivat eräänlaisena minimipuskurina odottamattomien menojen varalta. Lisäksi oma koti säilyy koskemattomana silloin, kun henkilö tai hänen puolisonsa asuu siinä edelleen; näin hoivaan siirtyminen ei johda oman asunnon menetykseen. Kohtuulliseksi katsottu henkilöauto kuuluu myös suojattuihin varoihin.

Vuonna 2020 voimaan tullut merkittävä uudistus liittyy omaisten maksuvelvollisuuteen. Aiemmin lapsilla oli ensisijainen velvollisuus osallistua vanhempiensa hoivakustannuksiin, mikä aiheutti huomattavaa taloudellista painetta etenkin keskituloisissa perheissä. Uudistus (SGB XII §94) muutti tilannetta siten, että omaisilta ei enää peritä maksuja silloin, kun heidän vuositulonsa jäävät alle 100 000 euron. Lisäksi viranomaisen tulee lähtökohtaisesti olettaa, että tulot jäävät rajan alle, eikä tuloja selvitetä automaattisesti. Tulotietoja voidaan edellyttää vain, jos on olemassa selviä viitteitä rajan ylittymisestä. Tämä muutos on keventänyt omaisten taloudellista vastuuta ja vahvistanut järjestelmän sosiaalista oikeudenmukaisuutta.

RUOTSIN HOIVAJÄRJESTELMÄ

Ruotsin pitkäaikaishoito edustaa Pohjoismaista mallia, jossa universaali kattavuus, vahva julkinen rahoitus ja kunnallinen itsehallinto muodostavat järjestelmän perustan. Hoivapalvelut sisältyvät Ruotsissa perustuslaillisesti julkisen sektorin vastuulle, ja kunnat ovat velvoitettuja järjestämään sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoivan kaikille, jotka täyttävät lain mukaiset hoivantarpeen kriteerit. (Socialtjänstlagen (2001:453), Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)) Hoivan rahoitus perustuu pääosin veroihin, ja palvelut ovat laajalti julkisesti tuotettuja tai julkisesti rahoitettuja, vaikka yksityisten tuottajien rooli on kasvanut viime vuosikymmeninä. Ruotsin mallin keskeisiä piirteitä ovat runsas julkinen tuki, asiakasmaksujen sääntely sekä hoivan tarvearvion yhtenäisyys.

HOIVAN RAHOITUS JA VÄESTÖTASON KATTAVUUS

Ruotsin hoivajärjestelmä rahoitetaan lähes kokonaan kunnallis- ja valtionveroilla. Kunnat vastaavat hoivapalvelujen järjestämisestä, ja niillä on laissa (Socialtjänstlagen) velvollisuus huolehtia siitä, että jokainen apua tarvitseva saa tarpeeseensa nähden riittävän avun. Ruotsissa ei ole erillistä lakisääteistä hoivakuutusta, kuten Saksassa, vaan hoivan rahoitus on osa yleistä hyvinvointivaltion perusrakennetta. Kuntien rahoitus perustuu kolmeen kanavaan: kunnallisveroon, valtionosuuksiin ja asiakasmaksuihin. Asiaksmaksujen osuus kokonaiserahoituksesta on keskimäärin noin 4–5 prosenttia. Kattavuus on universaali, ja palvelut myönnetään tarveharkinnan perusteella riippumatta asiakkaan tuloista tai varallisuudesta. (Socialstyrelsen, 2023b)

Järjestelmän universaali luonne erottaa sen selkeästi Saksasta. Siinä missä Saksassa vakuutus korvaa vain osan kustannuksista ja asiakkaan omavastuu muodostaa merkittävän osan kokonaiskuluista, Ruotsissa asiakasmaksut on tiukasti säännelty valtakunnallisella tasolla. Kunnat eivät voi periä hoivasta enempää kuin valtakunnallisesti määritetty maksukatto (maxtaxa) sallii. Tämä vähentää taloudellista epävarmuutta ja tekee Ruotsista yhden Euroopan vähiten omavastuusiin perustuvista hoivajärjestelmistä.

HOIVAN TARPEEN ARVIOINTI

Ruotsin hoivatarpeen arviointi perustuu kansallisesti ohjeistettuun mutta kunnallisesti toteutettuun malliin. Arvioinnin selkärankana toimii Socialstyrelsenin kehittämä Individens Behov i Centrum (IBIC) -viitekehys, jonka tavoitteena on yhdenmukaistaa hoivatarpeen arviointi koko maassa. IBIC ei ole pelkkä väline, vaan laaja toimintamalli, joka kuvaa asiakkaan tarpeet toimintakyvyn eri ulottuvuuksien kautta ja liittää hoivapäätöksen selkeästi arvioituun tarpeeseen. (Socialstyrelsen, 2023a)

Arvioinnin tekijöinä ovat kuntien sosiaalityöntekijät, ja arviointi sisältää systemaattisen kartoituksen asiakkaan fyysisestä toimintakyvystä, kognitiivisesta toimintakyvystä, osallistumisen rajoitteista, turvallisuudesta ja päivittäisten toimintojen edellyttämästä tuesta. Kansallisesta ohjauksesta huolimatta kuntien välillä esiintyy käytännön soveltamisessa vaihtelua. Vaihtelua ei niinkään esiinny siinä, kuka on oikeutettu palveluihin, vaan siinä, miten yksityiskohtaisesti IBIC-viitekehystä käytetään ja kuinka laajasti arviointitietoa hyödynnetään päätöksenteossa ja palvelujen seurannassa. (Socialstyrelsen, 2023a)

Toisin kuin Saksassa, Ruotsissa arviointi ei johda kansallisesti määriteltyihin hoivatasoihin. Päätökset tehdään yksilöittäin, mutta niiden tulee perustua kirjattuun tarpeeseen ja olla valituskelpoisia hallinto-oikeudessa. Näin järjestelmä yhdistää kansallisen normiohjauksen ja kunnallisen autonomian.

HOIVAPALVELUJEN SISÄLTÖ: KOTIHOITO JA YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOIVA

Ruotsin hoivajärjestelmä kattaa sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoivan ja kuvaukset pohjautuvat viitteiden lisäksi lainsäädäntöön. Kotihoito muodostuu useista palvelukokonaisuuksista, joihin sisältyvät muun muassa henkilökohtainen päivittäinen avustaminen (apua peseytymisessä, pukeutumisessa, ruokailussa ja liikkumisessa), kotipalvelut kuten siivous ja ruoka-asioinnin tuki, kotisairaanhoido ja lääkähoidon seuranta sekä toimintakykyä tukevat ja sosiaalista osallisuutta edistävät palvelut, esimerkiksi kuntouttava työote, digituen tarjoaminen ja saattoapu asiointiin kodin ulkopuolella. Palvelut kootaan asiakkaalle yksilölliseksi palvelusuunnitelmaksi tarvearvioinnin

perusteella. Vaikka palvelujen sisältö ei ole kansallisesti yhdenmukaisesti tai eurontarkasti määritelty kuten Saksassa, Socialstyrelsen antaa valtakunnallisia ohjeita palvelujen laadusta, tavoitteista ja vähimmäisvaatimuksista, mukaan lukien henkilöstömitoituksen, osaamisvaatimusten ja asiakaslähtöisten toimintamallien suositukset. Kuntien vastuulla on päättää hoivan laajuudesta ja palveluvalikoiman yksityiskohdista paikallisten tarpeiden ja resurssien pohjalta, edellyttäen että sosiaalipalvelulain asettama riittävän ja ihmisarvoisen hoivan velvoite täyttyy. (Socialstyrelsen, 2023b)

Ympärivuorokautisessa hoivassa kunta vastaa hoivan järjestämisestä, palvelujen saatavuudesta sekä laadun ja turvallisuuden valvonnasta. Hoivan sisältöön sisältyy ympärivuorokautinen henkilökohtainen hoiva ja valvonta, lääkahoito, perustarpeista huolehtiminen, sairaanhoidolliset tehtävät sekä sosiaalista aktiivisuutta tukevat toiminnot. Asiakas maksaa asumiseen, aterioihin ja muihin asumispalveluihin liittyvät kustannukset markkinaperusteisesti, mutta varsinaisesta hoivasta perittäviä asiakasmaksuja säännellään kansallisella enimmäismaksujärjestelmällä, joka rajoittaa kuukausittaisen maksurasituksen tulosidonnaisesti ennalta määriteltyyn ylärajaan. Näin ollen yksittäisen asiakkaan hoivamaksut eivät voi ylittää valtakunnallisesti säädettyä tasoa riippumatta palvelun laajuudesta. (Socialstyrelsen, 2023b)

Ruotsissa yksityisillä palveluntuottajilla on merkittävä rooli erityisesti kotihoidossa niin sanotun valinnanvapausjärjestelmän kautta. Kunta toimii tilaajana ja määrittelee palvelukriteerit, hinnat ja laatu ehdot, joiden puitteissa yksityiset tuottajat voivat toimia. Asiakkaan näkökulmasta palvelujen saatavuus ja maksut eivät poikkea sen perusteella, tuotetaanko palvelu kunnallisena vai yksityisenä: maksujärjestelmä ja palveluoikeudet pysyvät samanlaisina, ja rahoitus kulkee aina kunnan kautta. Tämän ansiosta yksityinen palvelutuotanto ei muuta hoivan perusluonnetta julkisena palveluna, vaan toimii osana kuntalähtöistä järjestelmää, jossa kansallinen sääntely ohjaa periaatteita ja kuntien harkinta määrittää käytännön toteutuksen. (Socialstyrelsen, 2023b)

LAADUN ARVIOINTI

Ruotsissa laadun arviointi perustuu vahvasti kansallisiin rekistereihin ja systemaattiseen, avoimeen vertailutietoon. Socialstyrelsen ja IVO (Inspektionen för vård och omsorg) ohjaavat hoivapalvelujen laatua valtakunnallisesti ja julkaisevat laajoja vertailuraportteja, jotka kattavat sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoivan. Ruotsille tyypillisiä ovat erityiset kansalliset laaturekisterit, kuten Senior Alert ja Äldreguiden, joissa kerätään tietoa muun muassa ravitsemustilasta, kaatumisriskeistä, painehaavoista ja lääkehoidosta. Kunnat ja yksityiset palveluntuottajat ovat velvoitettuja raporttoimaan näihin rekistereihin, ja tulokset ovat julkisesti saatavilla kuntien välistä vertailua varten. Lisäksi Ruotsissa laaditaan vuosittain kansallinen julkaisu (Öppna jämförelser), jossa eri alueiden hoivan laatua ja tuloksia verrataan avoimesti. Tämä tekee Ruotsin järjestelmästä poikkeuksellisen läpinäkyvän: sekä asiakkaat että päättäjät voivat seurata hoivan laatua julkisten indikaattorien avulla, ja tietoa käytetään aktiivisesti sekä valtakunnalliseen ohjaukseen että kuntien väliseen vertailuun.

OMA RAHOITUS JA TÄYDENTÄVÄT VAKUUTUKSET

Toisin kuin Saksassa, Ruotsissa ei ole laajaa hoivan yksityistä vakuutusmarkkinaa. Asiakasmaksut ovat suhteellisen alhaiset ja säänneltyt, ja kunnat vastaavat suurimmasta osasta kustannuksista, mikä vähentää tarvetta yksityiselle varautumiselle. Yksityisiä hoivavakuutuksia on tarjolla, mutta niiden kattavuus on marginaalista, ja niiden merkitys järjestelmän rahoituksessa on vähäinen.

SOSIAALITURVAN ROOLI

Ruotsissa asiakkaan tuloilla ja varallisuudella ei ole lainkaan vaikutusta palvelujen myöntämiseen, mutta tulot vaikuttavat asiakasmaksujen suuruuteen. Maksut määräytyvät henkilön tulojen perusteella, mutta niitä ei voida periä enempää kuin valtakunnallisesti vahvistettu maksukatto sallii. Lisäksi jokaisella asiakkaalla

on oikeus ”minimitoimeentuloon” (förbehållsbelopp), joka takaa, että maksujen jälkeen asiakkaalle jää riittävästi varoja päivittäiseen elämiseen.

Jos asiakas ei kykene maksamaan edes säädeltyjä maksuja, kunta voi alentaa maksua tai poistaa sen kokonaan. Toisin kuin Saksassa, Ruotsissa ei ole velvoitetta käyttää varallisuutta hoivakustannuksiin, eikä omaisten maksuvelvollisuutta ole lainkaan. Tämä tekee Ruotsista yhden Euroopan vahvimmin julkiseen rahoitukseen perustuvista hoivamalleista. (Socialstyrelsen, 2023b)

SUOMEN HOIVAJÄRJESTELMÄ

Suomen ikääntyneiden hoivapalvelut ovat osa laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta, joka perustuu pohjoismaiseen universaalimalliin, mutta jota luonnehtii myös järjestämisvastuun hajanaisuus ja palveluvalikoiman tulkinnanvaraisuus. Vuoden 2023 hyvinvointialueuudistus muutti hoivan rakenteita merkittävästi: järjestämisvastuu siirtyi kunnista hyvinvointialueille. Hoivapalvelujen myöntäminen perustuu lakiin ja tarveharkintaan, mutta käytännön soveltamisessa on huomattavaa alueellista vaihtelua. Tämä erottaa Suomen sekä Saksasta, jossa hoivatarve ja korvaukset on määritelty kansallisesti, että Ruotsista, jossa kunnilla on vahva järjestämisvastuu mutta kansallinen ohjaus esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnissa on vahvempaa.

HOIVAN RAHOITUS JA VÄESTÖTASON KATTAVUUS

Suomessa pitkäaikaishoito rahoitetaan pääosin verovaroin. Hyvinvointialueet vastaavat hoivapalvelujen järjestämisestä ja saavat rahoituksen valtiolta. Toisin kuin Saksassa, Suomessa ei ole erillistä hoivavakuutusta. Hoivapalvelut kuuluvat universaalien palvelulupauksen piiriin, mutta palvelujen laajuus ja sisältö vaihtelevat alueittain. Yleisesti hoivassa on tapahtunut rakennemuutosta sekä peittävyiden vähenemistä (Kuva 6.). Tähän voi vaikuttaa moni tekijä: esimerkiksi ikäihmisten toimintakyvyn muutos, palveluiden pääsykriteerien tiukentuminen tai resurssien suhteellinen vähentyminen. Koska Suomessa ei ole ollut julkisesti määritettyjä kriteereitä hoivalle ja historia perustuu pääosin

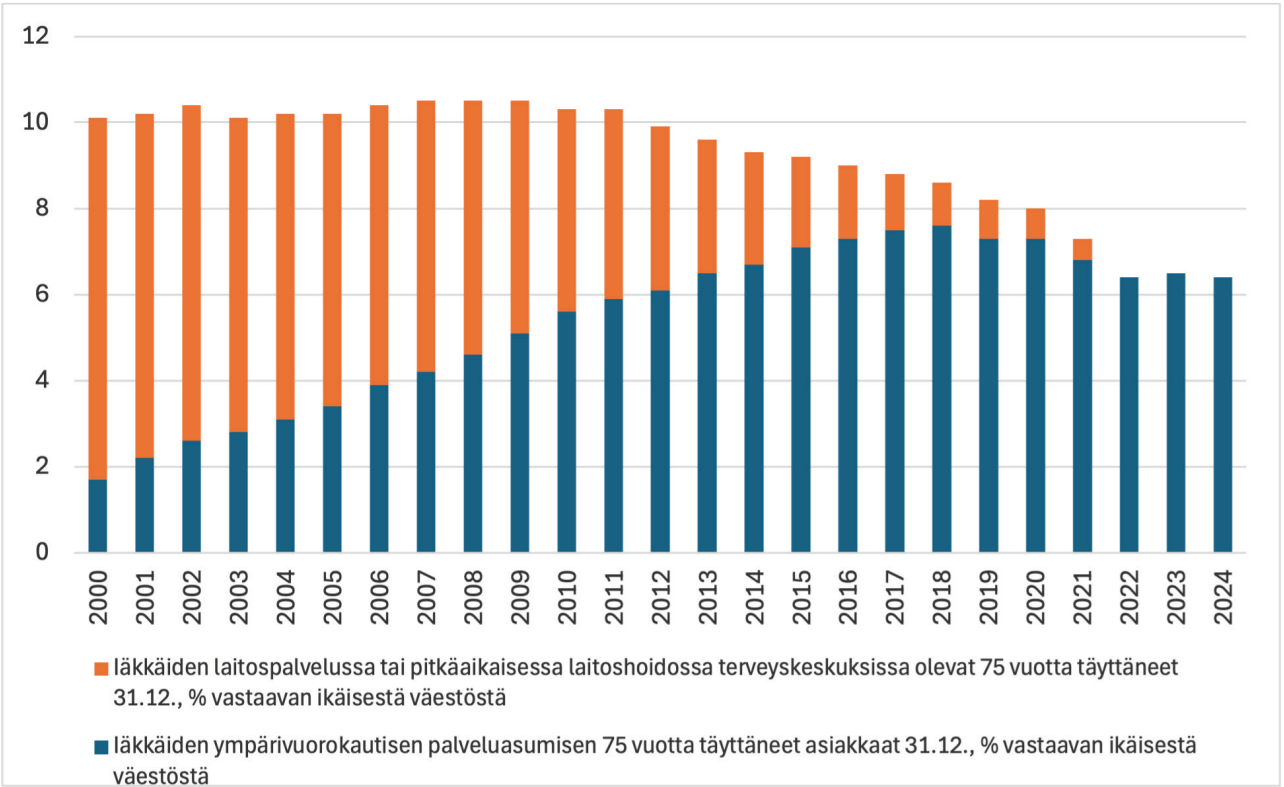
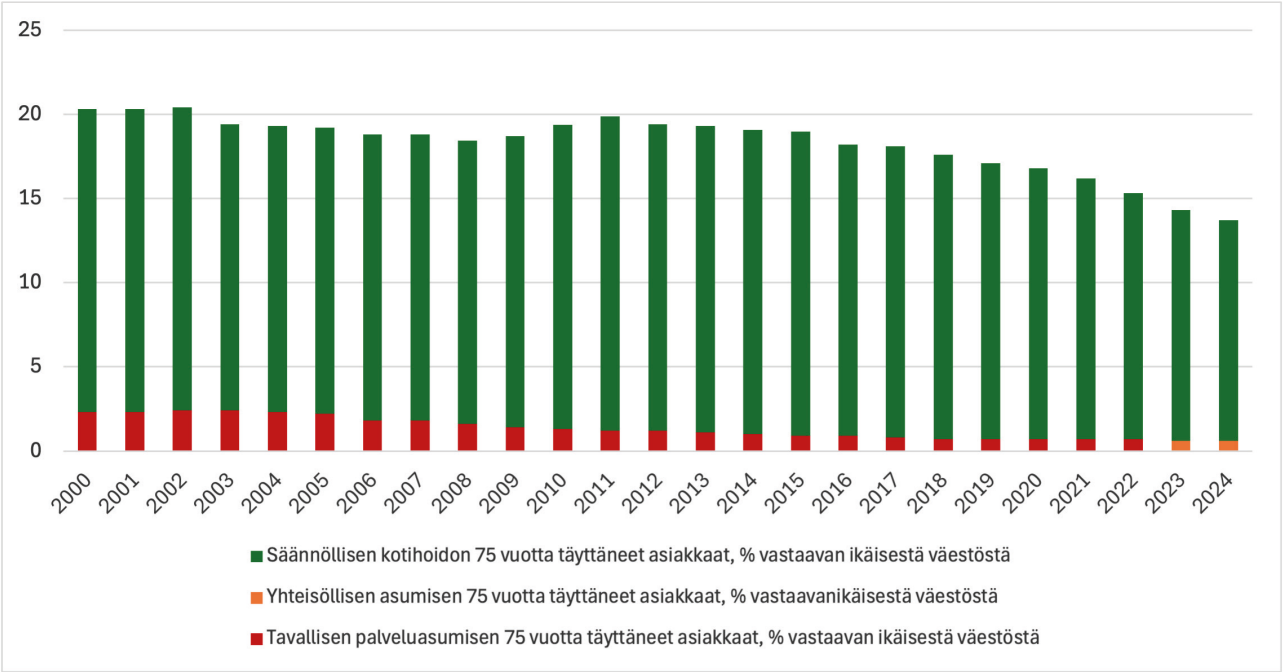
kuntien ja kuntayhtymien tekemiin päätöksiin, on työlästä selvittää, miltä osin mahdollisesti kirjatut kriteerit ovat tiukentuneet ja selittävät peittävyiden vähenemistä.

Kustannusrakenne muodostuu kolmesta pääkomponentista: valtion rahoituksesta, asiakasmaksuista sekä asiakkaiden asumis- ja elinkustannuksista. Asiakasmaksut kattavat keskimäärin noin 15 % hoivapalvelujen kokonaiskustannuksista, mikä on enemmän kuin Ruotsissa ja vähemmän kuin Saksassa. Tehostetussa palveluasumisessa asiakkaat maksavat vuokran, ateriat ja tukipalvelut kokonaan itse, minkä vuoksi kokonaisasiakasmaksut voivat nousta korkeiksi. Hyvinvointialueet vastaavat hoivan sisällöstä ja henkilöstöstä, mutta asuminen on eriytetty omaksi kustannuseräkseen, mikä tekee palvelurakenteesta osittain markkinalähtöisen. (Tervola et al., 2025)

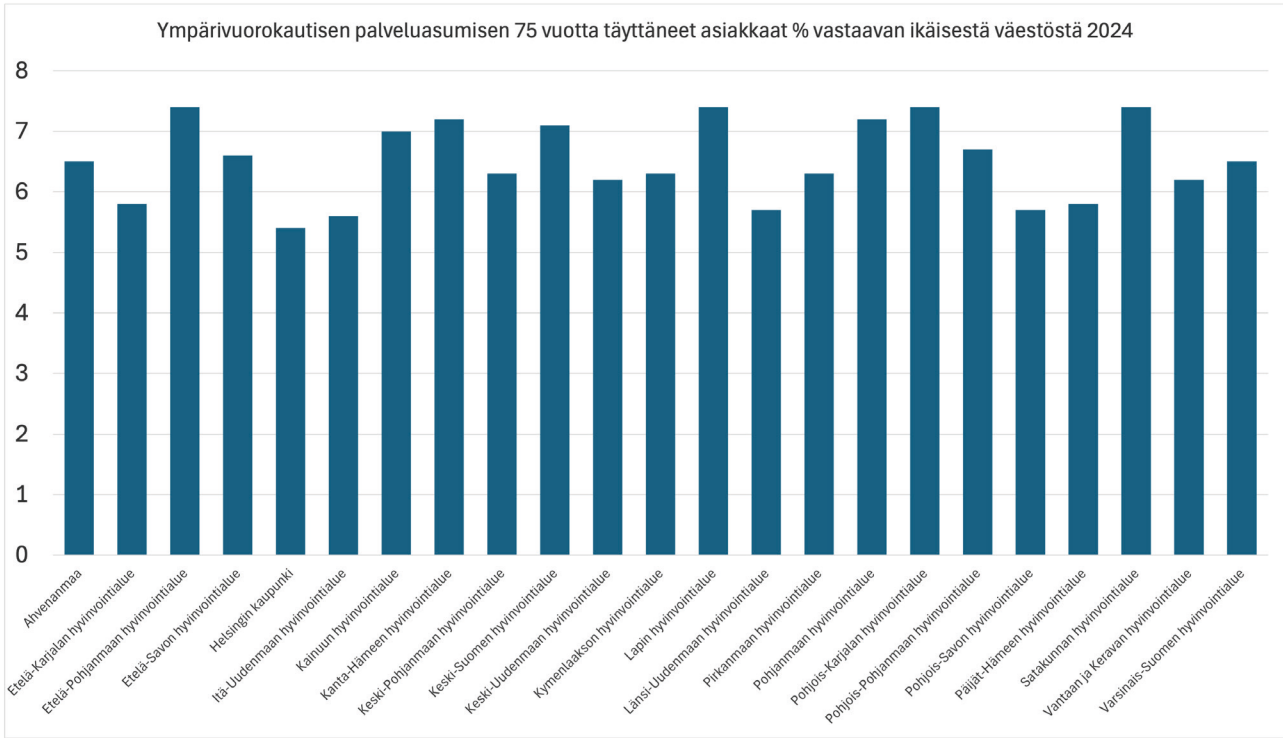
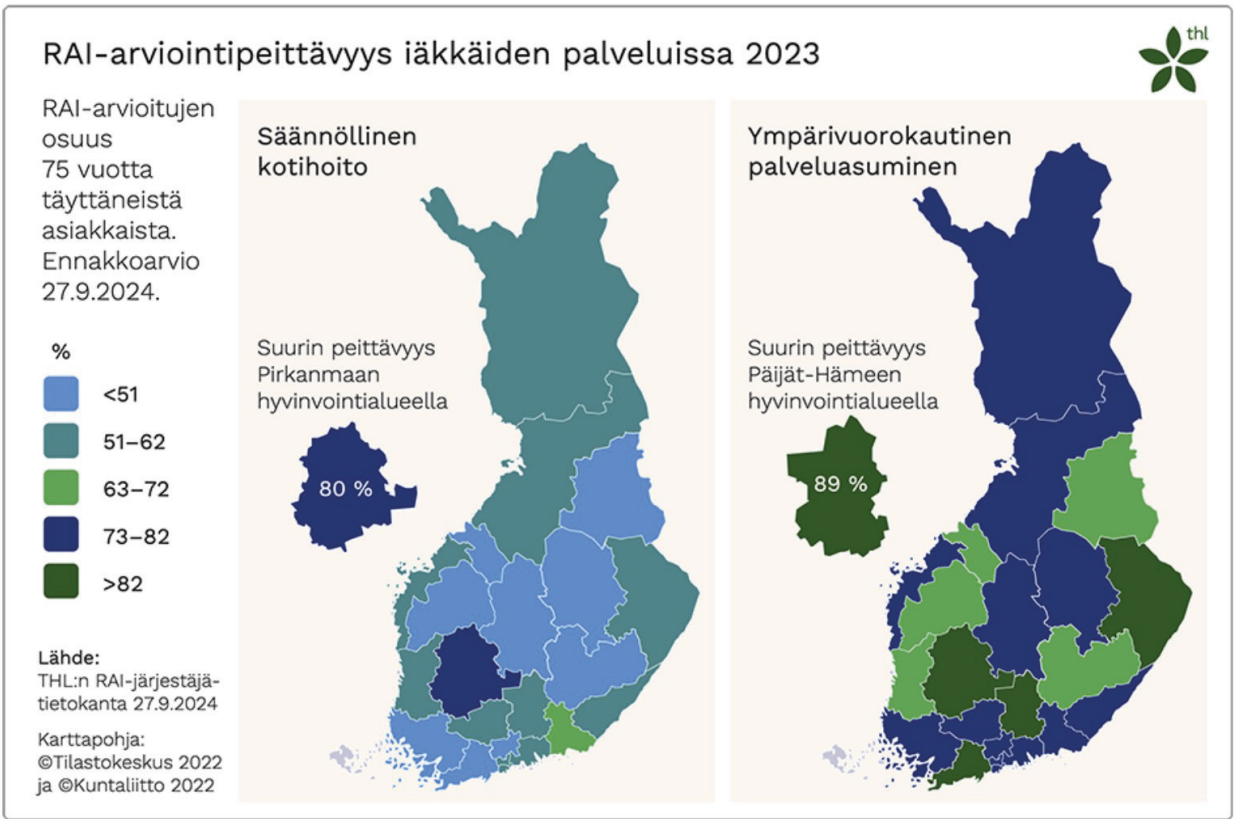
Järjestelmän universaalius koskee oikeutta palvelutarpeen arviointiin, mutta ei välttämättä palvelujen laajuutta tai saatavuutta. STM:n ja THL:n selvitysten mukaan palvelurakenteessa on merkittäviä alueellisia eroja, jotka näkyvät kotihoidon intensiteetissä, ympärivuorokautisen hoivan saatavuudessa ja asiakkaan maksamissa kustannuksissa. Esimerkiksi tehostetun palveluasumisen peittävyys suhteessa ikäihmistien määrään vaihtelee yli 30 % hyvinvointialueiden välillä (Kuva 7.), eikä se selity sairastavuus- tai alueiden erityispiirteisiin liittyvillä eroilla.

HOIVAN TARPEEN ARVIOINTI

Suomessa hoivan tarve arvioidaan lainsäädännön ja kansallisten ohjeiden perusteella, mutta arviointijärjestelmä ei ole yhtä keskitetty ja oikeudellisesti velvoittava kuin Saksassa tai yhtä kansallisesti vakiintunut kuin Ruotsin IBIC-malli. Vanhuspalvelulain mukaan hyvinvointialueen on tehtävä palvelutarpeen arviointi seitsemän vuorokauden kuluessa yhteydenotosta ja käytettävä arvioinnissa luotettavaa, kansallisesti yhteensopivaa ja kansainvälisesti vertailukelpoista toimintakyvyn arviointivälinettä. Lain ja STM:n toimeenpano-ohjeiden perusteella RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument) on tällä hetkellä ainoa väline, joka täyttää nämä vaatimukset, minkä vuoksi



Kuva 6. Hoivapalveluiden asiakkaat suhteessa yli 75-vuotiaaseen väestöön 2000-luvulla. Lähde Sotkanet/THL



Kuva 7. Esimerkkejä alueellisesta vaihtelusta palvelutarpeen arvioinnissa tai palveluiden peittävydessä. Lähde: THL

sen käyttö on de facto lakisääteistä, vaikka laki teknisesti muotoilee vaatimuksen ”RAI tai vastaava”.

Kaikki hyvinvointialueet käyttävät RAI-järjestelmää, mutta sen soveltamisen perusteet vaihtelevat. Osa alueista hyödyntää RAI-arviointia systemaattisesti päätöksenteossa, resurssien kohdentamisessa ja palvelujen laadun seurannassa, kun taas toisilla alueilla RAI toimii pääasiassa asiakastyötä tukevana välineenä ilman selkeää yhteyttä palvelujen myöntämiskriteereihin. Toisin kuin Saksassa, Suomessa arviointijärjestelmä ei johda automaattisesti tiettyyn palveluun tai korvaustasoon, eikä RAI-arviointi muodosta oikeudellisesti sitovaa hoivatasoluokitusta. Tämä antaa ammattilaisille laajan harkintavallan, mutta tekee järjestelmästä myös vähemmän ennustettavan ja altistaa alueellisle eroille.

Lainsäädäntö ohjaa lisäksi RAI:n käyttöä hoidon laadun seurantaan ja kansallisen vertailutiedon tuottamiseen. Hyvinvointialueiden on kerättävä ja toimitettava RAI-pohjaista tietoa THL:lle, mikä vahvistaa järjestelmän roolia kansallisessa ohjauksessa. Kuitenkin arvioinnin ja palvelujen myöntämisen välinen suhde on edelleen joustava ja paikallisesti tulkinnanvarainen. Tämä korostaa tarvetta arviointikriteerien yhtenäisemmälle soveltamiselle tulevaisuudessa.

HOIVAPALVELUJEN SISÄLTÖ: KOTIHOITO JA YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOIVA

Kotihoito muodostaa suomalaisen ikääntyneiden hoivajärjestelmän keskeisimmän palvelukokonaisuuden. Sen tavoitteena on mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään yhdistämällä henkilökohtainen hoiva, arkea tukeva apu ja terveydenhuollolliset palvelut. Kotihoitoon sisältyy kotipalvelu, joka kattaa päivittäisissä toiminnoissa avustamisen kuten peseytymisen, pukeutumisen, ruokailun ja liikumisen tuen, sekä toimintakykyä tukevat palvelut, joihin voi kuulua kuntouttavaa työtettä, ohjausta, turvapalveluja ja apuvälineitä. Kotihoitoa täydennetään kotisairaanhoidolla, jossa toteutetaan lääkehoitoa, haavanhoitoa, voiminnan seuranta ja muita hoitotoimenpiteitä terveydenhuollon vastuulla. Vaikka palvelut muodostavat valtakunnallisesti tunnistetun kokonaisuuden, niiden tarkkaa sisältöä ei ole määritelty

yksityiskohtaisesti lainsäädännössä. Sosiaalihuoltolaki, vanhuspalvelulaki ja terveydenhuoltolaki velvoittavat hyvinvointialueita järjestämään palvelut tarpeen mukaisesti, mutta palvelujen toteutustapa, saatavuus, käytettävyys ja palvelujen yhdistelmät jäävät pitkälti alueelliseen harkintaan. Tämä johtaa siihen, että kotihoidon intensiteetti ja palvelukokonaisuudet voivat poiketa oleellisesti alueiden välillä.

Ympäri vuorokautinen hoiva toteutetaan Suomessa pääasiassa tehostetussa palveluasumisessa, jonka rinnalla on edelleen vähäisemmässä määrin perinteistä laitoshoidoa sekä kasvavasti yhteisöllistä asumista kevyempänä välimuotona. Tehostetun palveluasumisen tarkoituksena on tarjota ympärivuorokautinen hoito ja valvonta niille henkilöille, jotka eivät enää kykene asumaan kotona edes kotihoidon tukemina. Palveluun sisältyvät hoiva ja hoito, perustoiminnoissa avustaminen, lääkehoito, sairaanhoidollinen tuki sekä toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävä toiminta. Käytännössä suuri osa ympärivuorokautisesta hoivasta tuotetaan yksityisten palveluntuottajien toimesta, mutta järjestämisvastuu ja rahoitus ovat hyvinvointialueilla. Alueet kilpailuttavat palveluja puitesopimuksilla ja määrittävät tarjouspyynnöissään palvelupakettien sisältöä ja hinnoitteluperusteita. Nämä palvelupaketit eivät kuitenkaan perustu kansallisesti yhtenäiseen hoivatasoluokitukseen tai vaikuttavuuskriteeristöön, vaan alueellisesti laadittuihin määrittelyihin, mikä aiheuttaa vaihtelua sekä hoivan sisällössä että kustannusrakenteissa. Hoivan laatuun liittyvää sääntelyä on viime vuosina täsmennetty erityisesti henkilöstömitoituksen osalta. Sen sijaan varsinaisen palveluvalikoiman, eli sen, mitä ympärivuorokautinen hoiva konkreettisesti eri tilanteissa sisältää, kansallinen määrittely on edelleen väljää. Palvelujen laajuus sekä käytännön toteutus vaihtelevat hyvinvointialueittain.

LAADUN ARVIOINTI

Suomen hoivapalveluiden laadun arviointi perustuu sekä valtakunnalliseen viranomaisohjaukseen että hyvinvointialueiden omavalvontaan. Kansallisella tasolla Valvira ja aluehallintovirastot (AVI) vastaavat laillisuusvalvonnasta ja ohjaavat palvelujen laatua erityisesti oma- valvontasuunnitelmien, valvontakäyntien ja

rekisteröityjen palveluntuottajien valvonnan kautta. Laadun arviointi ei kuitenkaan perustu yhtenäiseen, velvoittavaan kansalliseen indikaattorijärjestelmään, eikä Suomi julkaise kattavaa, vertailukelpoista laaturaportointia vastaavalla tavalla kuin monet Keski-Euroopan maat. Hyvinvointialueille on säädetty velvollisuus toteuttaa omavalvontaa, mutta avoin kansallinen vertailu esimerkiksi palvelun laadusta tai asiakasturvallisuuden indikaattoreista on edelleen hajanaista. THL julkaisee joitakin laatuun liittyviä indikaattoreita, kuten RAI-pohjaisia mittareita ja jonkin verran asiakasmittareita, mutta niiden käyttö ei ole systemaattinen osa kansallista ohjausta. Raportin tekohetkellä THL:n RAI-tietojen yksityiskohtaisesta vertailusta oli saatavilla viimeisimmät tiedot vuodelta 2022 (<https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat>). Suomalaisen laadunarvioinnin keskeinen piirre onkin tietojen pirstaleisuus ja se, että avoin vertailutieto on rajallista sekä kansalaisten että päätöksentekijöiden näkökulmasta.

OMA RAHOITUS JA TÄYDENTÄVÄT VAKUUTUKSET

Hoivan rahoituksen peruseriaate nojaa universaaliin järjestämisvastuuseen: hyvinvointialueiden tulee tarjota hoivapalvelut niitä tarvitseville, ja asiakasmaksut määräytyvät lainsäädännössä säädettyjen perusteiden mukaan. Tästä huolimatta asiakkaiden maksurasitus voi nousta huomattavaksi erityisesti tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa hoivassa, koska asiakasmaksut kattavat asumisen sekä osan hoidon kustannuksista. (Tervola et al., 2025)

Suomessa hoivan omavastuut jakautuvat eri tavoin riippuen palvelumuodosta. Kotihoidossa asiakasmaksut perustuvat tuloihin ja ovat valtakunnallisesti säädeltyjä. Maksut ovat progressiivisia ja enimmillään useita satoja euroja kuukaudessa, vaikka ne kattavat vain osan palvelun todellisista kustannuksista. Vaihtoehtoisesti on omaishoidon tuki, joka toimii rahallisenä korvauksena.

Tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoivan kohdalla asiakkaan maksurasitus kasvaa merkittävästi. Asiakas maksaa lähtökohtaisesti itse vuokran,

ateriamaksut, käyttövarat ja muut ylläpitokustannukset. Lisäksi hyvinvointialue perii hoivamaksun, joka on sidottu asiakkaan nettotuloihin ja voi nousta useisiin satoihin euroihin kuukaudessa. Suomessa asumis- ja ylläpitokustannusten sääntely tehostetussa palveluasumisessa ei ole yhtä yhtenäistä ja korvauseriaatteisiin perustuvaa kuin hoivapalveluiden maksujen sääntely. Tämä voi johtaa alueellisiin eroihin asiakkaan maksurasituksessa ja palveluasumisen kokonaishinnassa.

Käytännössä asiakkaan kuukausittaiset kustannukset tehostetussa palveluasumisessa voivat nousta 1000–1500 euroon (maksimi 85 % nettotuloista) riippuen palvelupaikasta, vuokratasosta ja asiakkaan tuloista. Suomessa ei ole mekanismia, joka toimisi Saksan täydentävien hoivavakuutusten tavoin alentaen systemaattisesti omavastuita. Yksityisiä vakuutustuotteita, jotka voisivat kattaa pitkäaikaisen hoivan menoja, ei ole markkinoilla käytännössä lainkaan. Ainoastaan liikenne- ja tapaturmavakuutuksissa saatetaan kattaa myös hoivan kustannuksia, mutta markkinoille ole toistaiseksi syntynyt varsinaisia hoivavakuutuksia.

Henkilön varallisuutta ei arvioida ennen hoivapaikan myöntämistä eikä omaisuutta edellytetä realisoitavaksi. Suomen lainsäädäntö ei edellytä aikuisten lasten osallistumista vanhempiensa hoivakustannuksiin, toisin kuin Saksassa ja joissakin muissa maissa. Omaisten rooli liittyy hoivaan pääasiassa epävirallisen hoidon kautta, ei kustannusten kattamiseen.

SOSIAALITURVAN ROOLI

Suomessa viimesijainen taloudellinen tuki hoivapalvelujen omavastuiden kattamiseen tulee toimeentulotuesta. Suomessa ei ole erillistä hoivan sosiaaliturvajärjestelmää, vaan asiakkaan maksukykyä tasataan yleisillä sosiaaliturvatuksilla. Toimeentulotuki voi kattaa esimerkiksi tehostetun palveluasumisen menoja, jos asiakkaan tulot eivät riitä.

VERTAILU ERI MAIDEN HOIVAJÄRJESTELMISTÄ

Kansainvälinen vertailu osoittaa, että hoivapalvelut voidaan järjestää hyvin erilaisilla tavoilla, Samalla havaitaan, että hoivan palveluvalikoima, sen myöntämisen kriteerit ja rahoituksen

perusrakenne voidaan määrittää kansallisesti huomattavan täsmällisesti. Suomessa järjestelmä on viime vuosina kehittynyt hyvinvointialueuudistuksen myötä, mutta kansallinen ohjaus on edelleen huomattavasti väljempi kuin vertailumaissa.

Saksa näyttää selkeimmin, että hoivaan pääsyn, palvelujen sisällön ja korvaustasojen tarkka määrittely on mahdollista valtakunnallisella tasolla. Lakisääteinen hoivavakuutus luo yhtenäisen viitekehyksen, jossa toimintakyvyn heikkenemistä mitataan kansallisella, velvoittavalla luokituksella, joka ratkaisee suoraan sekä palvelun tason että julkisen rahoituksen määrän. Järjestelmä rakentuu vahvasti omavastuun periaatteelle, mikä näkyy siinä, että lakisääteinen vakuutus kattaa vain osan kustannuksista ja asiakkaille jää laajat omarahoitteiset osuudet. Tämän rakenteen vuoksi myös täydentävät yksityiset hoivavakuutukset ovat laajasti käytössä.

Ruotsissa hoivan peruseriaatteet ovat samoin määriteltyjä, mutta järjestelmä nojaa toisenlaiseen normatiiviseen lähtökohtaan. Ruotsin kunnilla on vahva järjestämisvastuu, ja valtio ohjaa toimintaa kansallisilla arviointimenetelmillä ja valvonnalla. Hoivan asiakasmaksut ovat selkeästi säädeltyjä, ja asiakkaalle jäävä vähimmäiskäyttövara turvaa toimeentulon myös ympärivuorokautisen hoivan aikana. Ruotsi edustaa mallia, jossa palvelujen sisältö ja myöntämisen kriteerit ovat kansallisesti yhtenäisiä, mutta hoivan rahoitusvastuu jakautuu kuntien ja asiakkaiden kesken huomattavasti tasaisemmin kuin Saksassa.

Suomen nykyinen järjestelmä eroaa näistä kahdesta mallista siinä, että hoivan tarvearviointi ja palvelujen myöntämiskriteerit ovat vähemmän täsmällisesti määriteltyjä. Lainsäädäntö edellyttää palvelutarpeen arviointia ja antaa puitteet päätöksenteolle, mutta käytännön soveltaminen vaihtelee hyvinvointialueiden välillä. RAI-järjestelmä on käytössä koko maassa, mutta sen rooli osana nimenomaan päätöksentekokriteereitä ei ole yhtä velvoittava tai systemaattinen kuin Saksan hoivatasoluokitus tai Ruotsin IBIC-malli. Kansallisesti ei ole määritelty, miten RAI-arvioinnin seurauksena palvelut määräytyvät. Myös maksujen määräytymisessä Suomi sijoittuu näiden kahden mallin väliin: maksut määräytyvät tulojen mukaan,

mutta esimerkiksi asumisen ja ylläpidon kustannuksissa on vaihtelua.

Vertailu osoittaa ennen kaikkea sen, että hoivajärjestelmä voidaan rakentaa monella tavalla ilman, että järjestelmän laatu tai universaalisuus välttämättä kärsii. Eri maissa juuri kulttuuriset normit, historiallinen kehitys ja asenteet yksilön ja julkisen vastuun suhteesta ovat muovanneet koko sosiaaliturvajärjestelmän peruseriaatteita, rahoitusta sekä omavastuiden tasoa. Saksassa korostuu vakuutuslogiikka ja omarahoituksen suuri rooli, kun taas Ruotsissa kunnallinen vastuu ja asiakkaan taloudellisen turvallisuuden korostaminen ovat keskeisiä periaatteita. Suomessa universaali rahoitus takaa perusrakenteen, mutta käytännön kriteerit, sisällöt ja omavastuut ovat monessa suhteessa eri tavalla jäsentymättömiä.

On myös huomattava, että Suomessa hoivan rakenne on varsin jäykkä. Nykyisin, vaihtoehtona julkiselle järjestelmälle on maksaa hoiva täysin itse. Välimuotoja ei ole olemassa. Lisäksi hoiva tyypillisesti kuuluu ihmiselle joko 100 % tai ei ollenkaan, pieniä poikkeuksia lukuunottamatta. Tulevaisuudessa hoivattavien määrän kasvaessa, voisi palveluiden modularisointi kehittää tarjontaa ja mahdollistaa erilaisia ratkaisuja. Esimerkiksi osa-aikainen omaishoito voisi olla sovitettavissa etätyöhön ja järjestelmän tulisi paremmin mahdollistaa sekä oman rahan että resurssin käyttö osana julkista hoivajärjestelmää.

Hyvinvointialueuudistus on kuitenkin muuttanut Suomen järjestelmän logiikkaa niin, että valtio rahoittaa hoivan käytännössä suoraan. Tämä luo tilanteen, jossa kansallisesti täsmällisempi ohjaus olisi sekä mahdollinen että looginen kehityssuunta. Mikäli hoivatarpeen arvioinnin kriteerit määriteltäisiin nykyistä selkeämmin, Suomi voisi päästä lähemmäs Saksan kaltaista järjestelmää, jossa yhdenmukainen arviointi vähentää tulkinnanvaraa ja lisää läpinäkyvyyttä. Vastaavasti Ruotsin malli osoittaa, että kansallinen ohjeistus voi ohjata järjestelmää tehokkaasti myös tilanteessa, jossa järjestämistä vastuu on hajautettu.

Esimerkkeitä terveyspalveluista

Tässä luvussa käydään ensiksi tunnistettuja esimerkkejä terveyspalveluista, joissa palveluvalikoimaa on määritelty täsmällisesti. Sen jälkeen esitellään Suomen terveyspalvelujärjestelmää vastaavilta osin. Laajempi, yleisen tason kuvaus Suomen järjestelmästä palveluvalikoiman määrittelystä on raportin alkuosan kappaleessa ”Sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluvalikoiman määrittäminen Suomessa”.

SUUN TERVEYDENHUOLTO EUROOPASSA

Eurooppalaisissa suun terveydenhuollon järjestelmissä on suurta vaihtelua erityisesti sen suhteen, kuinka laajasti palvelut kuuluvat julkisen rahoituksen piiriin ja kuinka tarkasti palveluvalikoima on määritelty. Lasten ja nuorten hoito on melko yhdenmukaisesti säädelty eri maissa, mutta aikuisväestön palvelut vaihtelevat huomattavasti. Tämä koskee sekä hoitoon pääsyn

kriteereitä että sitä, mitkä toimenpiteet julkinen rahoitus kattaa. Kuva 8. havainnollistaa palveluvalikoiman eroja eräässä tutkimuksessa mukana olleiden maiden osalta. (Henschke et al., 2023)

Osassa maita aikuisten suun terveydenhuollon palveluvalikoima on kuvattu tarkasti. Saksassa lakisääteiset sairausvakuutuskasat korvaavat standardoidun ”peruspalveluketin”, joka kattaa tutkimukset, perushoidon ja osin myös protetiikan kiinteillä korvaustoilla. Ruotsissa taas valtio määrittää kansallisen hoitokatalogin ja korvaustasot (tandvårdsstöd), jotka koskevat koko maan aikuisväestöä. Molemmissa järjestelmissä on siten määritelty täsmällisesti, mitä julkisesti rahoitetut palvelut sisältävät ja millä hinnalla.

Toisissa maissa sääntely on väljempää. Järjestelmissä, joissa suun terveydenhuolto on

osin integroitua perusterveydenhuoltoon (kuten Alankomaissa) mutta laajuus riippuu vakuutuksesta, palveluvalikoima aikuisväestölle voi olla hajanaisempi ja riippua enemmän yksityisistä vakuutuksista tai paikallisista tulkinnoista.

Kokonaisuutena eurooppalainen vertailu osoittaa, että aikuisten suun terveydenhuollon kattavuus vaihtelee runsaasti ja että maiden väliset erot liittyvät ennen kaikkea järjestelmän rahoituslogiikkaan, kulttuuriin käsityksiin ja historiallisesti syntyneisiin hoitokäytäntöihin.

Suomen suun terveydenhuolto – järjestelmän rakenne, kattavuus ja markkinat

Suomen suun terveydenhuollon kokonaiskustannukset ovat noin miljardin luokkaa. Tämän rahoitus jakautuu siten, että julkisen järjestelmän osuus on noin 50 % ja yksityisesti maksetun osuus 50 %. Tästä seuraa, että Suomen suun terveydenhuollon rahoitus on selvästi enemmän yksityiseen rahoitukseen ja palvelutuotantoon painottunut kuin muu terveydenhuolto. Aikuisten hoito on voimakkaasti markkinaehtoistunut, ja yksityiset palveluntarjoajat ovat muodostaneet koko maan kattavan, pysyvästi vahvan aseman.

Suomessa suun terveydenhuolto kuuluu lähtökohtaisesti koko väestölle, ja aikuisillakin on oikeus julkisen sektorin palveluihin yksilöllisen tarpeen perusteella.¹ Lainsäädäntö ei kuitenkaan määrittele tarkasti, mitä palvelut sisältävät tai millä perusteilla aikuinen pääsee hoitoon. Julkinen sektori hoitaakin pääasiassa kiereellistä hoitoa, tarkastuksia ja potilaita, jotka eivät kykene käyttämään yksityisiä palveluja. Aikuisten säännöllinen, ennaltaehkäisevä hoito toteutuu pitkälti yksityisellä sektorilla mikä osaltaan vahvistaa terveyseroja.

Käytännössä tämä johtaa siihen, että suun terveydenhuollon kattavuus vaihtelee eri alueiden välillä käytettävissä olevien resurssien pohjalta. Hyvinvointialueilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää palvelut, mutta kansallisesti ei voida määritellä yhtenevästi, mitä ”yksilöllinen tarve” tarkoittaa. Myös pitkät jonot ohjaavat asiakkaita hakeutumaan yksityisiin palveluihin omalla rahallaan.

Myös kansalaisille suunnattu virallinen ohjeistus heijastaa tätä asetelmaa. Suomi.fi -palvelussa todetaan, että aikuisen suun terveydenhuolto kuuluu julkiseen terveydenhuoltoon,

mutta samassa ohjeessa kehoitetaan hakeutumaan yksityiselle ja maksamaan kustannukset itse, mikäli haluaa hoitoon nopeammin. Tällainen ohjeistus ei ole linjassa julkisen terveydenhuollon periaatteiden kanssa ja hämärtää julkista palvelulupausta merkittävästi.

Asiakkaan oma rooli suun terveydenhuollon maksuissa

Suomen suun terveydenhuollon asiakasmaksujärjestelmä on monimutkainen ja vaikeasti ennakoitava. Tämä johtuu siitä, että maksut eivät perustu selkeästi määriteltyihin hoitopaketteihin tai korvaustasoihin, vaan lähes kaikki palvelut hinnoitellaan erillisinä toimenpiteinä. Asiakkaalta peritään erikseen käyntimaksu tai poliklinikkamaksu, ja sen lisäksi tutkimuksista, kuvantamisesta, puudutuksista, toimenpiteistä, kontrollikäynneistä ja erilaisista hoitotoimenpiteistä peritään erillisiä maksuja (<https://stm.fi/hammashuollon-maksut>). Lopputuloksena asiakkaan maksurasitus määräytyy vasta hoidon aikana tai sen jälkeen, eikä ennakointi ole käytännössä mahdollista ilman tarkkaa tietoa tulevista toimenpiteistä.

Maksurakenne poikkeaa merkittävästi esimerkiksi erikoissairaanhoidosta, jossa asiakasmaksut ovat valtaosin kiinteitä riippumatta siitä, mitä toimenpiteitä käynnillä tehdään. Suun terveydenhuollossa jokainen kontakti ja lähes jokainen toimenpide synnyttää uuden maksun. Tutkimukset, kuten panoraamakuvaus tai suun terveystarkastus, laskutetaan erikseen. Myös perushoidon toimenpiteistä kuten hammaskiven poistosta, paikkaushoidosta tai ienhoidosta, muodostuu yksittäisiä maksuja, mikä tekee kokonaisuuden asiakkaalle vaikeasti hahmotettavaksi.

Ennakoimattomuutta lisää se, että asiakas ei useinkaan tiedä etukäteen, mitä toimenpiteitä hammaslääkäri tai suuhygienisti katsoo tarpeelliseksi yksilöllisen tutkimuksen perusteella. Tämän lisäksi omavastuu on usein hankalasti löydettävissä. Vaikka julkinen suun terveydenhuolto itsessään perustuu yksilölliseen hoidon tarpeeseen, maksujärjestelmä ei tarjoa asiakkaalle ennakotietoa hoidon

Population covered	Services covered		Proportion of the cost of covered services														
			Belgium			Denmark			Germany			Netherlands			Spain		
			fully	partly	none	fully	partly	none	fully	partly	none	fully	partly	none	fully	partly	none
<18 years	Preventive services	Routine check-ups															
		X-rays															
		Prophylactic treatment															
	Basic Services	Tooth-preserving treatment															
		Fillings															
		Periodontal treatments															
		Extractions															
	Comprehensive Services	Tooth-preserving treatment: crowns															
		Prosthesis	Fixed prosthesis, bridges							60-75%							
			Removable prosthesis							60-75%							
			Implants							60-75%							
		Endodontic treatments															
		Orthodontic treatments			65-78%					80-100%							
≥18 years	Preventive services	Routine check-ups		70-95%			30-62%										
		X-rays		75-89%				2									
		Prophylactic treatment		+/-77%			35%										
	Basic Services	Tooth-preserving treatment		81-94%			8-22%										
		Fillings		79-92% ³			35%										
		Periodontal treatments															
		Extractions		63-86% ⁴			28-100%										
	Comprehensive Services	Tooth-preserving treatment: crowns								60-75%							
		Dentures	Fixed prosthesis, bridges							60-75%							
			Removable prosthesis			73-89% ⁵				60-75%			75%				
			Implants														
		Endodontic treatments			81-94%		35%										
		Orthodontic treatments															

Sources: Fee catalogues, laws, and regulations of respective countries
¹If implants can only be initiated when growth is completed, decision on case-by-case basis. ²Only 30% subsidy for bitewings (X-rays) in connection with regular diagnostic examination. Otherwise, no public coverage.
³Only periodontal examination and scaling & rootplaning covered; ⁴Extractions are covered for persons over the age of 53; ⁵≥ 50 aged: coverage of production/restoration of removable dentures if indicated; ⁶maximum two implants covered in the mandible of patients ≥ 70 years, who have been edentulous for at least one year and who have a full lower denture in the mandible for at least one year.
Notes: Several exemptions for vulnerable adult groups exist in countries.

Kuva 8. Erot suun terveydenhuollon kattavuudessa vuonna 2021 tutkituissa Euroopan maissa (Henschke et al., 2023).

kustannusvaikutuksista. Näin ollen julkisen sektorin asiakasmaksun arviointi on todella vaikeaa etukäteen.

Tilannetta mutkistaa entisestään se, että suun terveydenhuollon palvelut kerryttävät vain rajoitetusti maksukattoa, eikä monia toimenpiteitä huomioida lainkaan. Esimerkiksi osa aikuisten hammaslääkäripalveluista ei kuulu asiakasmaksujen maksukaton piiriin (<https://stm.fi/terveydenhuollon-maksukatto>). Tämän seurauksena potilaan maksutaakka voi kasvaa suureksi ilman, että järjestelmä tarjoaa turvaa suuria kertaluonteisia kustannuksia vastaan, toisin kuin muissa perusterveydenhuollon palveluissa.

Palveluvalikoiman määrittely

Suomessa ei ole kansallista, täsmällisesti määriteltä palveluvalikoimaa aikuisväestölle. Kansallisesti todetaan vain, että 1) suun terveydenhuolto kuuluu kaikille, 2) palvelut annetaan yksilöllisen tarpeen mukaan ja 3) hyvinvointialue päättää resurssiensa puitteissa palvelujen laajuudesta.

Tämä erottaa Suomen muista Euroopan maista, kuten Saksasta tai Ruotsista, jossa julkisesti katetut palvelut on selkeästi määriteltä sekä myös niihin liittyvät asiakasmaksut. Suomessa ei vastaavaa yksiselitteistä määrittelyä ole löydettävissä. On myös huomioitava, että palveluihin liittyy suhteellisen korkeitakin asiakasmaksuja, jolloin voidaan pohtia ylipäänsä julkisen kattavuuden luonnetta suun terveydenhuollon palveluissa.

ESIMERKKEJÄ MUISTA TERVEYSPALVELUISTA

Myös muista terveyspalveluista on löydettävissä esimerkkejä siitä, että on määriteltä tarkasti ne palvelut tai hoidot, jotka katetaan julkisesta järjestelmästä ja/tai, mitkä on rajattu ulkopuolelle. Näistä esimerkkeinä voidaan mainita silmänsairaudet tai psyko- ja fysioterapiat. Esimerkiksi Euroopan lakisääteiseen vakuutukseen pohjautuvissa järjestelmissä, kuten Saksassa ja Hollannissa, nämä on tarkasti määriteltä. Ensinnäkin on määriteltä kriteerit, millä perusteella hoitoa saa ja toisekseen on määriteltä myös hoitomuodot sekä niiden maksimimäärät. Käytännössä esimerkiksi Hollannissa lakisääteiseen

vakuutukseen kuuluva fysioterapia on rajattu vain leikkaushoidon yhteyteen, kun taas fysioterapia itsenäisenä hoitomuotona ei kuulu lakisääteiseen vakuutukseen. Myös psykoterapioissa on määriteltä yksityiskohtaisesti, missä tilanteissa ne ovat korvattava hoitomuoto, hyväksytyt terapiamuodot sekä niiden enimmäismäärät.²

Joissakin maissa myös huomattavan kalliiden hoitojen, tyyppillisesti lääkehoitojen, määrittely on tehty selkeästi listaamalla ne lääkkeet, jotka kuuluvat julkiseen palveluvalikoimaan. Tästä esimerkkeinä ovat Israel ja Uusi-Seelanti, jossa molemmissa on julkinen lista, mitkä lääkkeet kuuluvat julkiseen palveluvalikoimaan.³ Suomessakin tämän voidaan nähdä toteutuvan avolääkkeiden osalta siten, että KELA korvaa tietyt lääkehoidot kokonaan tai osittain ja muut lääkkeet jäävät asiakkaan itse maksettavaksi.

Tyypillistä löydettyille esimerkeille on siis se, että ne ovat luonteeltaan usein kiireettömiä, selkeästi määriteltävissä olevia hoitoja.

Suomessa edellä mainitut hoidot ovat osittain määriteltäjä enimmäistasoltaan, kuten kuntoutuspsykoterapiat, jotka on rajattu Suomessa käytännössä KELA:n korvausten kautta työ- ja opiskelukyvyn edistämiseen.⁴ On myös huomattava, että psykoterapioissa omavastuiden osuus on merkittävä. Hyvinvointialueilla mahdollisesti tarjottava psykoterapia on epätäsmällisemmin määriteltä ja palveluiden saanti vaihtelee alueittain. Myös muissa terveyspalveluissa kuuluminen tai kuulumattomuus palvelujärjestelmään on muotoutunut enemmän implisiittisesti ja esimerkiksi alueellisesti käytettävissä olevat resurssit käytännössä määrittelevät, miltä osin vaikkapa fysioterapiaa on tarjolla julkisen palvelujärjestelmän kautta. Systemaattisinta määrittely on uusissa lääkkeissä. Vaikka palveluvalikoimaneuvosto antaa näiden osalta vain suosituksia palveluvalikoimaan kuulumisesta tai kuulumattomuudesta, pääsääntöisesti näitä suosituksia noudatetaan. Muiden kuin lääkkeiden osalta, vain harvat hoidot arvioidaan kansallisten toimijoiden arviointiprosesseissa.

YHTEENVETOA ESIMERKKIEN POHJALTA

PALVELUVALIKOIMAN MÄÄRITTELYSTÄ

Esimerkit kuvaavat, että julkista palvelulu-pausta voidaan täsmentää päättämällä julkiseen palveluvalikoimaan kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut, jotka ovat luonteeltaan elektiivisiä ja hoidot ovat selkeästi määriteltävissä. Kuvattujen esimerkkien lisäksi tällaisia löytyy useilta eri erikoissairaanhoidon erikoisaloilta. Sosiaalipalvelut ovat jo useimmiten kohtalaisen selkeästi määriteltä kriteerien osalta, koska ne perustuvat yleensä lainsäädäntöön. Kuitenkin niissäkin, esimerkiksi päihde- tai asumispa-lut jäävät useimmiten alueiden ammattilaisten harkinnan perusteella päätettäväksi.

On tärkeä huomata, että **esimerkkejä ei ehdoteta sellaisenaan Suomen järjestelmään**.

Osassa maista saatetaan kattaa julkisesta palveluvalikoimasta sellaisia hoitoja tai palveluita, jotka Suomessa eivät kuulu julkiseen palveluvalikoimaan, kun taas toisissa esimerkeissä tilanne on toisinpäin. Esimerkit siis toimivat vain pohjana keskustelulle, missä palveluissa ja miten palveluvalikoima voidaan määritellä täsmällisesti.

On myös tärkeä tuoda keskusteluun, että etenkin kaikkia terveyspalveluita ei ole mielekäästä määritellä tarkasti, vaan on rajattava keskustelu ja päätökset niihin hoitoihin ja palveluihin, joissa palvelujärjestelmää voidaan selkeyttää. Mikäli määrittelytyötä ei kohdenneta, muodostuu kokonaisuudesta liian kompleksi ja päätöksenteko vaikeutuu tai käy mahdottomaksi. Tästä on esimerkkejä viime vuosikymmenien priorisointikeskustelussa.

Palveluvalikoiman tarkempi määrittely voidaan nähdä useasta näkökulmasta koko järjestelmää hyödyttävänä, kuten 1) kansalaisille on selkeämpää, mitkä hoidot ja palvelut kuuluvat julkiseen palveluvalikoimaan ja luottamus järjestelmään todennäköisesti paranee, 2) resursien niukkuusongelmaa voidaan paremmin hallita, kun julkiset resurssit kohdennetaan tietoisilla päätöksillä niihin hoitoihin ja palveluihin, jotka nähdään tärkeänä tuottaa julkisesti, 3) markkinoiden toimivuus paranee, kun eri rahoittaja- ja tuottajasektorien roolit on selkeämmin määriteltä ja paremmin ennakoitavissa. Viimeisin mahdollistaa esimerkiksi vakuutussektorin pitkäjänteisemmän kehittämisen

julkista palveluvalikoimaa täydentävänä.

Toki palveluvalikoiman määrittelyyn sisältyy myös riskejä. Suomessa on pidetty yllä käsitystä universaaleista terveyspalveluista, vaikka tosiasiallisesti monet sosiaali- ja terveyspalvelut eivät ole kuuluneet julkiseen palveluvalikoimaan ja joiltain osin asiakasmaksut ovat huomattavankin korkeita. Tästä huolimatta priorisointi ja määrittelytyö koetaan vaikeaksi ja etenkin lyhyellä näkemällä kansalaisten ymmärrys tällaiseen työhön voi näyttäytyä palveluiden kurjistamispyrkimyksinä tai säästämistavoitteina. Tällöin myös poliittinen päätöksenteko on vaikeaa. Tämä on erityisen tärkeä huomioida viestinnässä.

Palveluvalikoiman määrittelytyön tilanne Suomessa

Vaikka nykyisessä hallitusohjelmassa otetaan jo askelia kohti palveluvalikoiman tarkempaa määrittelyä mm. muodostamalla lakisääteisiä periaatteita palveluiden priorisoinnin tueksi, sekä selvittämällä kansallisesta arviointitoimijasta (STM, 2025), nämä ovat vasta ensiaskelia siihen, että järjestelmätasolla saadaan aikaan varsinainen palveluvalikoiman määrittely. Esimerkiksi nykyisin määritellään lähinnä uusien hoitojen ottamista mukaan palveluvalikoimaan ja tämäkin työ painottuu lääkehoitoihin.

Haastatteluissa useimmat finanssialan toimijat näkivät keskeisimmäksi uusien vakuutusten tai vakuutusten kattavuuden kehittämis-mahdollisuuksia vaikeuttavaksi tekijäksi julkisen palveluvalikoiman määrittelemättömyyden

² <https://www.betanet.de/psychotherapiehtml#anerkannte-therapieverfahren-4>
<https://www.kbv.de/psychotherapie>
<https://kvoptimal.de/>
<https://www.debeka.de/service/progesundheit/psyche/mentale-gesundheit.html> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/is-fysiotherapie-opgenomen-in-het-basispakket>
³ [harmac.govt.nz/pharmaceutical-schedule](https://www.harmac.govt.nz/pharmaceutical-schedule) <https://www.nzadvicegroup.co.nz/>
<https://www.yadlolim.org/healthcare/medication-lookup-basic-basket-and-supplemental-plans>, <https://www.mind-farma.com/services/health-basket-reimbursement-israel>
<https://www.gov.il/en/pages/national-health-insurance-faq>
⁴ <https://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia>

sekä huonon ennustettavuuden. Vastaavasti ol-
tiin myös sitä mieltä, että tarkempi määritte-
ly on tärkeää. Suurimmiksi riskeiksi nostettiin
poliittisen päätöksenteon vaikeus sekä poliit-
tisten painopisteiden ja siten myös sote-sekto-
rin kehittämisen painopisteiden vaihtuminen
hallitusohjelmien mukaan.

Kehittämistyön kannalta tärkeää on, ja nä-
mä nousivat esiin myös toimijoiden haastatte-
lussa, 1) pitkän aikavälin kehittäminen ja en-
nakoitavuus, 2) sosiaali- ja terveysjärjestelmän
kehittäminen kokonaisuutena, 3) poliittisen ja
virkamiesvalmistelun tukeminen sekä 4) hy-
vinvointialueiden ja kansalaisten hyväksynnän
rakentaminen määrittelytyölle.

VAKUUTUSTUOTTEET JULKISTA PALVELUVALIKOIMAA TÄYDENTÄMÄSSÄ

Tähän raporttiin on valittu esimerkkejä sosiaa-
li- ja terveyspalveluista, jotka on joissakin Suo-
melle vertailukelpoisissa maissa määritelty täs-
mällisesti julkisen tarjooman osalta ja niille on
muodostunut täydentäväksi yksityisiä vakuu-
tustuotteita. Esimerkkimaissa on siis muodos-
tettu Ruotsia lukuun ottamatta vapaaehtoi-
siin vakuutuksiin perustuvia ratkaisuja. On huomi-
oitava, että esimerkkimaissa toimii myös Suo-
men tapaan rinnakkainen vakuutusjärjestel-
mä, eli asiakkaat voivat hakea laajemmin pal-
veluita hyödyntäen yksityistä palvelutarjoamaa
esimerkiksi paremman saatavuuden tai laadun
perusteella. On siis huomattava, että täydentä-
vän vakuutusjärjestelmän tavoitteena ei ole rin-
nakkaisen vakuutusjärjestelmän korvaaminen,
vaan enemmän selkeyttää järjestelmää koko-
naisuutena sekä tarjota lisäturvamahdollisuuksia
niiltä osin, kun julkinen järjestelmä ei kata
palveluita.

Täydentävien vakuutusten korvausmekani-
smit ovat tyypillisesti 1) yksityinen vakuutus
korvaa erikseen määriteltävällä tavalla lisäpal-
veluita julkisesti katettujen palveluiden päälle,
2) yksityinen vakuutus korvaa julkiseen palve-
luun liittyviä omavastuumaksuja tai 3) yksityi-
nen vakuutus korvaa ehtojen täyttyessä rahal-
lisen korvauksen joko kertakorvauksena tai
kuukausittain, jolla asiakas voi itse täydentää
palveluita julkisen palveluvalikoiman päälle.

Finanssialan toimijoiden haastatteluissa
kaikki edellä mainitut korvausmekanismit näh-
tiin periaatteessa mahdollisina soveltaa myös

Suomeen, mutta soveltamistapa riippuu pal-
jon kohteesta sekä siitä, miten julkisen palve-
lun sisältö on määritetty: jääkö siihen merkit-
täviä omavastuita vai onko esimerkiksi niin,
että julkinen kattaa asiakkaan kannalta mie-
lekkäästä palvelukokonaisuudesta vain osan
palveluista. Mekanismeja tulee siis arvioida
tapauskohtaisesti.

Konkreettinen esimerkki täydentävästä hoivavakuutuksesta: Saksa

Jotta täydentävistä vakuutuksista saataisiin
tarkempaa kuvaa, käydään konkreettisena esi-
merkkinä Saksan hoivavakuutus, minkä jälkeen
pohditaan vastaavanlaisen lähestymisen sovel-
lusmahdollisuuksia Suomeen sekä hoivassa
että myös terveyspalveluissa.

Ainakin Saksassa ja Japanissa on rakennet-
tu täydentäviä vapaaehtoisia hoivavakuutuksia,
joiden avulla voidaan hankkia joko lisäpalvelui-
ta kotihoitoon tai palveluasumiseen tai kattaa
etenkin palveluasumiseen liittyviä korkeitakin
omavastuita. Japanissa vapaaehtoiset vakuu-
tukset tyypillisesti korvaavat rahallisesti joko
kertakorvauksen tai kuukausittaisen korvauk-
sen, mikäli palvelutarpeen arvioinnin perus-
teella todetaan hoivan tarve.

Saksassa vuonna 2013 käyttöön otet-
tu Pflege-Bahr on valtion tukema vapaaehtoi-
nen hoivavakuutus, jonka tavoitteena on li-
sätä kansalaisten mahdollisuuksia varautua
hoivakustannuksiin riippumatta tuloista tai
terveydentilasta. Malli edustaa niin sanottua
matalan kynnyksen sosiaalista vakuuttamista:
vakuutusyhtiö ei saa tehdä terveydellistä riski-
valintaa, eikä vakuutusta saa evätä entisen sai-
rauden tai toimintakykyrajoitteen perusteella.

Valtio tukee vakuutusta maksamalla vakuu-
tetulle 60 euron vuotuisen tuen, kunhan va-
kuutukseen sisältyy vähintään 10 euron kuu-
kausimaksu ja tietyt vähimmäiskorvaustasot
hoivatarpeen eri luokissa. Näillä ehdoilla valtio
pyrkii varmistamaan, että tuki kohdentuu ni-
menomaan vakuutustuotteisiin, joilla on to-
dellista merkitystä omavastuiden keventämi-
sessä. Vakuutusyhtiöt voivat tarjota laajempia
korvauspaketteja, mutta tuen saamisen edel-
lytyksenä on, että vakuutuksessa korvataan
vähintään 600 euroa vuodessa korkeimmassa
hoivaluokassa (Pflegegrad 5). Useimmat tuot-
teet tarjoavat tätä huomattavasti kattavampia

korvauksia, tyypillisesti 300–1000 euroa kuu-
kaudessa tilanteen vakavuudesta riippuen.⁵

Käytännössä Pflege-Bahr realisoituu erityi-
sesti hoivakodin omavastuiden kattamisessa.
Saksassa ympärivuorokautisen hoivan omavas-
tuut ovat usein 2 000–3 000 euroa kuukaudessa,
jolloin täydennysvakuutuksen 300–1000 euron
kuukausikorvaus muodostaa merkittävän lisän
talouteen. Myös kotihoidon tilanteissa vakuutus
toimii, mutta hoivakotikustannusten jyrkästi
kasvava omavastuu on suurin ajuri vakuutuksen
hyödyntämiselle.

Vapaaehtoinen vakuutus ei ole ratkaissut
hoivan omavastuuongelmaa kokonaisuudes-
saan. Korvaukset ovat huomattavia, mutta ei-
vät riitä poistamaan tarvetta henkilökohtaisel-
le varallisuudelle tai muille täydennysvakuu-
tuksille. Malli on kuitenkin tärkeä osa Saksan
hoivajärjestelmän rakennetta, koska se laajen-
taa vakuutusperustaa ja tarjoaa tuetun väylän
henkilökohtaiselle varautumiselle tavalla, joka
ei syrji riskiryhmiä. Poliittisesti Pflege-Bahr on
nähty kompromissina, joka yhdistää sosiaalipo-
liittisen yhdenvertaisuuden ja yksilön vastuun
ilman pakollista lisämaksua tai laajaa verora-
hoitteista uudistusta. (Nadash et al., 2018)

Pohdintaa hoivavakuutusten sovellettavuudesta Suomessa

Hoivaan liittyviä vakuutuksia on selvitetty Suo-
messa aikaisemminkin eikä tässä raportissa
lähdetä toistamaan niiden löydöksiä. Esimer-
kiksi Määttäsen 2020 tekemä selvitys ”Yksi-
tyinen varautuminen hoivan rahoitusta täy-
dentämässä” analysoi varsin perusteellisesti
hoivavakuutusten mahdollisuuksia sekä niiden
rakentamista. Raportissa on myös koottu ha-
vaintoja joistakin maista, joissa hoivavakuu-
tuksesta on jo kokemusta. (Määttänen & Valko-
nen, 2020)

Määttäsen raportista voisi tähän yhteyteen
nostaa yleishavainnon: ”Ei ole mielekästä olet-
taa, että useat kansalaiset ostaisivat vakuutuk-
sen, joka korvaisi kokonaan hoivan kustannuk-
set, sillä hoivariskien vakuuttaminen on viime
kädessä yhteiskunnan vastuulla. Jotta yksityi-
nen varautuminen vakuutuksen avulla olisi rea-
listinen vaihtoehto, on pyrittävä tilanteeseen,
jossa ihmiset voivat halutessaan täydentää jul-
kista hoivalupausta.”. On siis realistista pyrkiä
Suomessa tilanteeseen, jossa tietty osa hoivasta

kuuluu julkiseen palveluvalikoimaan, mutta se
on tarkemmin määritelty, jolloin se mahdol-
listaa lisäturvatuotteiden ennakoitavuuden ja
rakentamisen.

Määttäsen raportin laskelmia voidaan päi-
vittää, koska palvelurakenne sekä palveluiden
peittävyys on kehittynyt viime vuosina merkit-
tävästi. Tämän hetken palveluiden peittävyyy-
dellä ja

–rakenteella voitaisiin arvioida, että **55 % ihmisistä ei tarvitse lainkaan ympärivuoro-
kautista hoivaa, n 45 % tarvitsee sitä jossain
vaiheessa ja n. 10–15 % tarvitsee sitä yli 4 vuot-
ta.** Raportissa myös arvioitiin, että päädyttyään
laitoshiitoon, naiset viettävät siellä keskimää-
rin 3 vuotta ja miehet 2 vuotta. Nämäkin ajat
ovat todennäköisesti hieman lyhentyneet. Peit-
tävyiden muutos on hyvä huomioida vakuutuk-
sen hinnan arvioinnissa. Määttäsen laskelmi-
en mukaan, ” Esimerkiksi 65-vuotiaana otettu
hoivavakuutus, joka maksaisi 1 000 euron kuu-
kausikorvauksen sinä aikana, kun vakuutettu
tarvitsee pitkäaikaista ja ympärivuorokautis-
ta hoivaa, maksaisi edellä kuvattujen siirtymä-
todennäköisyyksien perusteella ja nollakor-
ko-oletuksella noin 14 000 euroa.”

Hoivavakuutuksiin voidaan käyttää pohjana
myös tietoa muista maista, erityisesti Saksasta.
Toimijoiden olisikin syytä perehtyä tarkemmin
näiden vapaaehtoisten vakuutusten määritte-
lyihin ja vakuutusehtoihin sekä niiden kannat-
tavuuteen, joita voitaisiin käyttää pohjana Suo-
men kontekstiin soveltamisessa. On huomatta-
va, että eri maiden järjestelmissä on merkittäviä
eroja eikä esimerkiksi kannattavuutta suoraan
voida yleistää Suomen markkinoille, mutta ko-
kemukset ja havainnot jo olemassa olevien va-
kuutusten toimivuudesta auttavat niiden ke-
hittämisessä ja mahdollistavat mahdollisesti jo
havaittujen ongelmakohtien korjaamista malle-
ja kehitettäessä.

Finanssialan toimijoiden haastatteluissa va-
paaehtoisten hoivavakuutusten kannalta tär-
keäksi nähtiin myös yhteiskunnan tuki sekä en-
nakoitavuus. Esimerkiksi Saksassa valtio tukee
kansalaisia 60 € vuodessa, mikäli nämä ottavat
vapaaehtoisen täydentävän hoivavakuutuksen

⁵ <https://www.pkv.de/wissen/pflegepflichtversicherung/vorsorgen-mit-der-pflegezusatzversicherung/>

(Pflege-Bahr). Suomen järjestelmässä harkittavampi muoto voisi olla esimerkiksi vero-vähennystyyppinen ratkaisu. Koska hoivavakuutus on luonteeltaan elinikäinen, on mahdollisten kansallisten tukiratkaisujen oltava ennakoitavia huomattavan pitkällä aikavälillä.

Haastatteluissa nousi esiin myös, että toimijoilla on valmius rakentaa hoivavakuutustuotteita kansainvälisiin esimerkkeihin pohjautuen, mikäli julkinen palvelulupaus täsmen-tyy. Nykyisin alueelliset erot käytännöissä sekä huono ennakoitavuus vaikeuttavat käytännös-sä markkinoiden syntymistä. Suomen markki-noiden pienuuden vuoksi nostettiin esiin myös jälleenvakuuttamisen ja kansainvälisen yh-teistyön mahdollisuudet vakuutusratkaisujen laatimisessa.

Vapaaehtoiset terveysvakuutukset

Terveystuotteen osalta edellä kuvatuille esi-merkeille ei pääsääntöisesti ole omia vakuutus-tuotteita, vaan ne useimmiten sisältyvät osak-si laajempaa vakuutusta, jossa vakuuttaja voi

määrittää vakuutuksen kattavuuden eri palve-luiden tai korvaustasojen osalta. Esimerkiksi Uudessa-Seelannissa ja Israelissa vakuutukset voivat kattaa kalliita palveluvalikoimaan kuu-lumattomia lääkkeitä jopa sadoilla tuhansilla euroilla.

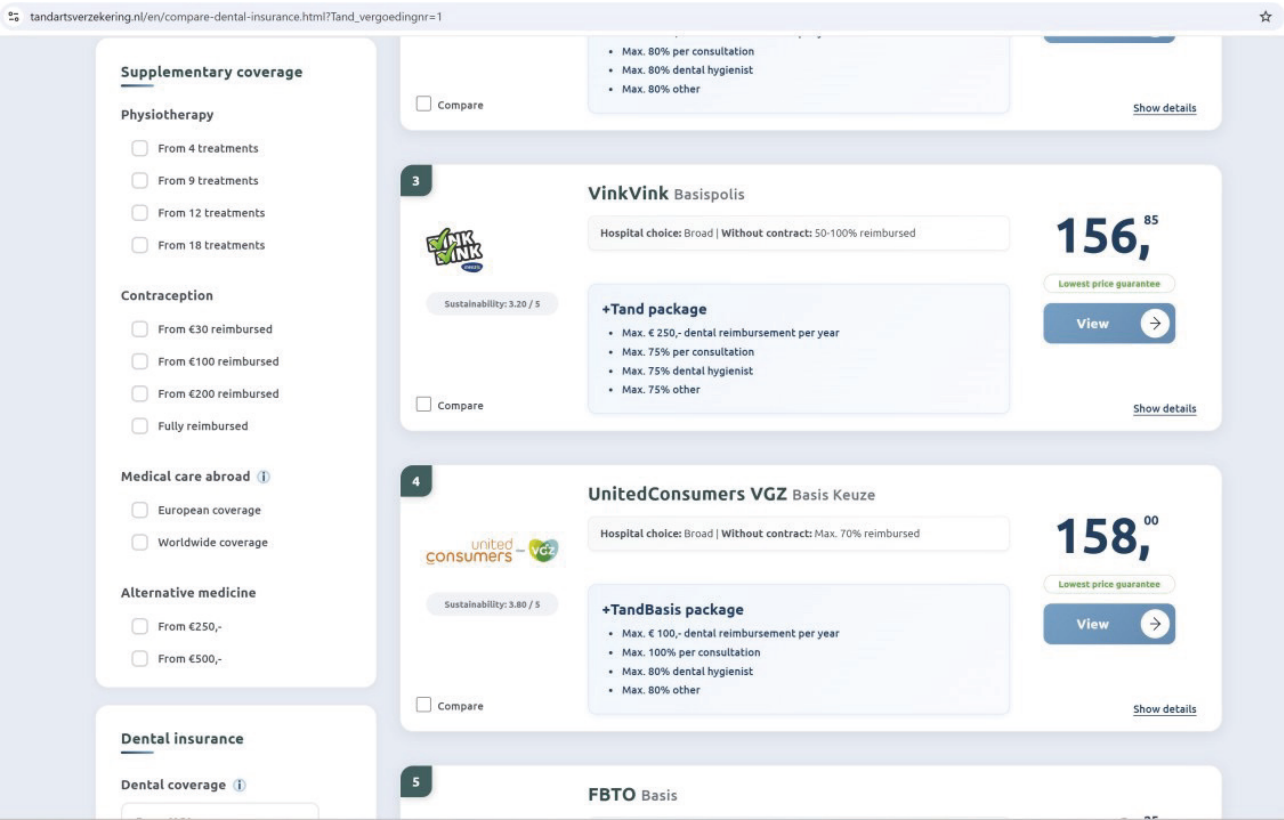
Joissakin maissa on joiltain osin myös mää-ritelty kohdennettuja vakuutusratkaisuja, kuten vaikkapa Hollannin suun terveydenhuollossa, jossa aikuisten hoidot eivät kuulu lakisääteiden vakuutuksen piiriin. Vakuutuksen voi Hollan-nissa ottaa joko osaksi laajempaa terveysva-kuutusta, mutta myös omanaan. Vakuutuksen kattamat palvelut sekä korvaustasot ja omavas-tuut voi valita, kuten tyypillisesti vapaaehtoi-sissa sairausvakuutuksissa. Kuva 9. havainnol-listaa asiakkaalle näkyvää portaalia, jossa esi-merkiksi voi vertailla eri vakuutustuotteita eri vakuuttajien välillä.

Haastattelujen perusteella raportissa esi-teltyt esimerkit ovat sellaisia, joita on osin jo kokeiltu ja voidaan harkita vapaaehtoi-siin vakuutuksiin sisältyväksi, mikäli julkinen

palveluvalikoima määritellään tarkemmin ja useiden haastateltavien mielestä vain tässä ta-pauksessa. Esimerkit ovat luonteeltaan erilai-sia ja niihin sisältyy erilaisia mahdollisuuksia ja riskejä, jolloin kutakin terapia-aluetta on ar-vioitava erikseen yksityiskohtaisesti mahdol-lisia vakuutusratkaisuja kehitettäessä. Jälleen voidaan hakea tarkempia konkreettisia esi-merkkejä myös kansainvälisesti jo toimivista vakuutusratkaisuista.

Vakuutusten kehittämisen kannalta erityi-senä riskinä nostettiin esiin kuluttajien käyt-täytyminen ja sen mahdollinen muutos vakuu-tusten myötä. Mikäli esimerkiksi palveluiden saatavuus tai saavutettavuus paranee merkittä-västi vakuutuksen kautta, voi se lisätä palvelui-den käyttöä ja tällöin laskelmissa on pystyttä-vä huomioimaan nämä tekijät. Haastatteluissa nähtiin myös tärkeänä entistä parempi yhteis-työ yksityisten ja julkistenkin palvelutarjoajien kanssa, jotta eri osapuolten välistä informaa-tioasymmetriaa sekä kannustimia pystyttäisiin paremmin hallitsemaan ja esimerkiksi palve-luiden käyttöä ennakoimaan paremmin.

Haastatellut ilmaisivat pääosin positiivisen suhtautumisen järjestelmän kokonaisuuden ke-hittämiseen sekä myös mahdollisten uusien va-kuutusratkaisujen kehittämiseen tai nykyisten laajentamiseen, mikäli julkinen järjestelmä on kehittämisessä mukana erityisesti palveluiden tarkemman määrittelyn myötä.



Kuva 9. Esimerkki vapaaehtoisten vakuutusten valintaportaalista Hollannista (https://www.tandartsverzekering.nl/en/compare-dental-insurance.html?Tand_vergoedingnr=1)

Yhteenvedo

Tässä kappaleessa kuvataan, miten järjestelmää tulisi kehittää kokonaisuutena, että päästään kohti täsmällisempää palveluvalikoiman määrittelyä. Järjestelmällä tarkoitetaan kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluita riippumatta rahoituksesta.

KOKO SOSIAALI- JA TERVEYSJÄRJESTELMÄÄ KOSKEVAN OHJAUSMALLIN RAKENTAMINEN

Nykyisin järjestelmää ei voida katsoa ohjattavan kokonaisuutena. Kansallinen ohjaus painottuu hyvinvointialueiden toimintaan ja useissa selvityksissä on todettu ongelmia esimerkiksi yksityisen sektorin, työterveyden tai muiden toimijoiden rooleissa suhteessa kokonaisuuteen. Lisäksi kansallisen ohjauksen rakentaminen on ylipäänsä vielä alkuvaiheessa ja etenkin demografiamuutoksesta aiheutuva kestävyysvaje haastaa koko järjestelmän kehittämistä. Hyvinvointialueet, kuten koko julkinen talous, on jo nyt vaikeuksissa ja tulevina vuosina kestävyysongelma pahenee väestön ikääntymisen myötä.

Esimerkkinä kansallisen ohjauksen kehittämisessä voidaan käyttää työeläkejärjestelmää, jossa pitkän aikaväin ratkaisuja kehitetään relevanttien osapuolten kesken, minkä jälkeen esitykset viedään poliittiseen päätöksentekoon. Esityksille ja päätöksenteolle on muodostunut selkeät vaiheistetut prosessit, joissa kehitystä tarkastellaan pitkällä aikavälillä tehden perusteelliset analyysit esitysten pohjaksi ja järjestelmää kehitetään kestävyysnäkökulmasta, vaikka siitä aiheutuisikin ns. vaikeita päätöksiä. Poliittinen järjestelmä on pääosin hyväksynyt tämän prosessin tuottamat esitykset. Tehdyt muutokset 2000-luvulla osoittavat, että järjestelmä on pystynyt tekemään useita vaikeita päätöksiä (esimerkiksi eläkeiän nostaminen), joita voidaan rinnastaa niihin päätöksiin, jota on välttämätöntä tehdä myös sosiaali- ja terveyspalveluissa pitkän aikavälin kestävyysnäkökulmasta. **Suomeen voisi siis lähteä**

kehittämään sosiaali- ja terveysjärjestelmään vastaavanlaista ohjausjärjestelmää tai sen tukea kuin työeläkejärjestelmässä on olemassa. Ohjausjärjestelmään olisi tärkeä saada mukaan rahoituksen kannalta relevantit toimijat, hyvinvointialueiden edustus sekä muut oleelliset sidosryhmät sopivilla painoarvoilla. Tämä järjestelmä voisi ottaa kantaa esimerkiksi sosiaali- ja terveysjärjestelmän pitkän aikavälin palvelutarpeen ennakointiin ja resursointiin ja siten se toimisi pohjana myös kullakin ajanhetkellä toimivalle palveluvalikoiman määrittelylle.

PALVELUVALIKOIMAN MÄÄRITTELYTYÖN EDISTÄMINEN

Suomeen muodostetaan parhaillaan rakennetta, jossa julkinen palveluvalikoima määriteltäisiin tarkemmin. Palveluvalikoiman määrittely tapahtuu monilla eri tasoilla, kansallisesta poliittisesta päätöksenteosta aina yksittäisiin ammattilaisiin asti. Useat aiheesta tehdyt tutkimukset ja selvitykset ovat todenneet, että etenkin kansallisessa päätöksenteossa olisi tärkeää osallistaa keskeisimmät sidosryhmät mukaan valmisteluun ja/tai päätöksentekoon. Raportin kirjoittamisen hetkellä on käynnissä STM:n selvitys kansallisesta palveluvalikoiman määrittelyä tekevistä toimijasta, mutta todennäköisesti sellaisen rakentaminen ja käytäntöön saaminen on vuosien prosessi.

Määrittelytyölle on rakenteista huolimatta tärkeää laaja ja ennakoitava poliittinen tuki. Sen vuoksi aiheesta tehdyissä selvityksissä on nähty tärkeäksi, että **palveluvalikoiman määrittelyn tueksi muodostetaan yli vaalikausien ulottuva parlamentaarinen työryhmä.** Tämä tukee sekä palveluiden järjestäjien että tuottajien intressejä, koska silloin saadaan parempi ennakoitavuus palveluiden suunnittelun ja toteutuksen kannalta. Esimerkiksi edellisten hallitusten aikana suhtautuminen yksityiseen palvelutuotantoon on vaihdellut suuresti, mikä on aiheuttanut selvää haittaa sekä hyvinvointialueiden

että yksityisten toimijoiden kannalta. Luonnollisesti eri sidosryhmillä on mahdollisuus tehdä vaikuttamistyötä tällaisen tavoitteen aikaansaamiseksi.

Koska julkisen palveluvalikoiman määrittelyllä on oleellinen vaikutus myös yksityisesti rahoitettuun järjestelmään, olisi määrittelytyössä tärkeä osallistaa kaikki oleelliset sidosryhmät mukaan lukien yksityiset rahoittajat ja palveluntuottajat. Yksityisellä sektorilla on paljon asiantuntemusta ja osaamista esimerkiksi täydentävien vakuutusratkaisujen mahdollisessa kehittämisessä julkisesti rahoitettuun järjestelmään.

Toisaalta on myös tärkeä huomioida, että palveluvalikoiman täsmällisempi määrittely aiheuttaa sekä paremmin ennakoitavia että ennakoinnattomia seurauksia. Esimerkiksi jonkin palvelun rajaaminen julkisen palvelujärjestelmän ulkopuolelle todennäköisesti voi aiheuttaa palvelulle yksityistä kysyntää eli osa ihmisistä on valmiita maksamaan palvelusta itse. Tätä ilmiötä voi olla vaikea tarkkaan ennakoida määrällisesti tai laadullisesti. Esimerkiksi, jos palvelun saatavuus on ollut heikkoa ja odotusajat pitkiä, voi kysyntä jopa kasvaakin, mikäli se rahoitetaan osin tai kokonaan yksityisellä rahoituksella. Tähän vaikuttaa mm. palvelun kriteerit sekä asiakkaan omavastuut ja valintamahdollisuudet.

On realistista odottaa, että tulevaisuudessakin sosiaali- ja terveydenhuoltoa tullaan rahoittamaan sekä julkisesti että yksityisesti, jolloin kestävyysnäkökulmasta yksi oleellinen kysymys on, miten saadaan yhdistettyä yksilön omat valinnat ja kannustimet julkisen sosiaaliturvan tavoitteiden kanssa. Taloustieteellisestä näkökulmasta järjestelmän tehokkuus yleensä kasvaa, jos ihmiset joutuvat itse kantamaan vastuuta kustannuksista, mutta tämä on luonnollisesti ristiriidassa sosiaaliturvan perusajatuksen kanssa. Raportin kuvassa 3 on esitetty eräänlainen palveluiden kahtiajako ja nykyinen järjestelmä palvelee myös sellaisissa tarpeissa, jotka eivät ole henkeä uhkaavia tai tarpeisiin liittyvät palvelut eivät ole useimmille taloudellisesti huomattavia, jolloin näiden palveluiden osalta on tarpeen kehittää nykyistä kestävämpiä malleja palvelutuotannon rahoittamiseksi ja ohjaamiseksi.

Tässä raportissa esitettyjen esimerkkien avulla voidaan helpottaa määrittelytyötä nostamalla esiin niitä tekijöitä, joista tulee päättää ja käyttämällä kansainvälisiä esimerkkejä pohjana määrittelytyön konkretisoinnille. Esimerkiksi erilaiset kriteerit palveluille tai palveluiden sisällölle ja laajuudelle on jo määrittelytyössä käytetty ja niistä voidaan ottaa mallia, millä tasolla ja miten määrittelytyötä voidaan tehdä. Tärkeää on myös suunnata määrittelytyötä niille alueille, jossa esimerkiksi julkista palveluvalikoimaa voidaan onnistuneesti täydentää vakuutusjärjestelmien avulla.

On tärkeä varmistaa, että nyt ministeriöissä kehitetty palvelureformi jatkuu suunnitelmien ja SOTE 2040 -vision mukaisesti palveluvalikoiman tarkemman määrittelyn osalta. Tämän hallituskauden aikana muodostettavat perustat, kuten priorisoinnin periaatteet, selvitys kansallisesta arviointitoiminnasta, että mahdolliset priorisointia tarkentavat lainsäädäntöuudistukset mahdollistavat seuraavan askelien ottamisen, eli konkreettisen organisoitumisen ja määrittelyprosessien rakentamisen. Näitä ei kuitenkaan saatane vielä tämän hallituskauden aikana muodostettua ja joka tapauksessa niiden toimintaa pitää varautua kehittämään useiden vuosien ajan.

VIESTINTÄ KANSALAISTEN JA MUIDEN SIDOSRYHMIEN SUUNTAAN

Kehittämisen on syytä pohjautua mahdollisimman tietoperustaiseen tilannekuvaan. Suomen sote-järjestelmän kannalta tässä aihealueessa keskeisiä näkökulmia ovat 1) julkisen talouden heikko tilanne ja demografiasta aiheutuvat kestävyyshaasteet lähivuosina, 2) julkinen käsitys universaaleista sosiaali- ja terveyspalveluista, vaikka merkittävä osa palveluista on vähemmän systemaattisesti jo rajattu pois julkisesta palveluvalikoimasta, 3) kansalaisten odotusten sekä teknologian ja lääketieteen tuomien mahdollisuuksien aiheuttamat kasvavat kustannuspaineet erityisesti terveyspalveluissa.

Suomen yleisessä keskustelussa viime vuosikymmeninä priorisointi on nähty negatiivisena asiana, koska siitä on käyty avointa keskustelua vain silloin, kun julkinen talous on ollut ongelmissa. Tämä on luonnollista, kun priorisointipaineet helpottavat talouden kasvaessa ja vastaavasti kovenevat, kun resursseja ei voida

kasvattaa. Nyt kuitenkin ollaan tilanteessa, jota ennen ei ole koettu, kun nuoremmat ikäluokat ovat pienempiä kuin vanhemmat ja talouden ja koko yhteiskunnan kestävyyttä haastetaan pitkällä aikavälillä eri tavoin kuin aikaisemmin. Huoltosuhde muuttuu pysyvästi. On tehtävä uudenlaisia ratkaisuja, jotta yhteiskunta voidaan sopeuttaa erilaiseen kehitykseen kuin tähän asti on ollut.

Tässä selvityksessä haastatellut näkivät tärkeänä myös yksityisen sektorin yhteistyön muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden, kuten hyvinvointialueiden, sekä myös keskeisten yhteiskunnallisten vaikuttajien kanssa järjestelmän kokonaisuuden kehittämisessä ja viestinnässä. On käytävä aktiivista vuoropuhelua eri toimijoiden (julkinen ja yksityinen rahoitus sekä palveluntuotanto) kesken, pyrittävä muodostamaan yhteistä ymmärrystä, viestiä ja viestintää, koska palveluvalikoiman määrittelyn osalta tavoitteista voidaan löytää yhtäläisyyksiä eri toimijoiden välillä.

Viestintä aihealueesta on kuitenkin yksi keskeisistä toimenpiteistä, jolla palveluvalikoiman määrittelyä voidaan viedä eteenpäin. Ensinnäkin sosiaali- ja terveydenhuolto on olemassa kansalaisia varten. Toisekseen kansalaisten hyväksyntä on tärkeää poliittiselle päätöksentekotilalle hankalissa päätöksissä. Viestinnässä on syytä painottaa realistista tilannekuvaa, kuten nykyisen piilopriorisoinnin ongelmia sekä järjestelmän pitkän aikavälin kestävyys- haasteita, jotta laajempi osa väestöstä ymmärtää määrittelytyön tarpeellisuuden. Keskeisin ajatus palveluvalikoiman määrittelyn taustalla on kuitenkin mahdollisimman laadukkaiden ja vaikuttavien palveluiden tuottaminen kansalaisille rajallisilla resursseilla. Esimerkiksi ekologiseen kestävyyyteen liittyvä teema on saanut todella laajan hyväksynnän vuosikymmenten avoimen viestinnän myötä ja sen osalta olemme niin yksilöinä kuin yhteiskuntana valmiita tekemään lyhyellä näkemällä itsellemme epäedullisia päätöksiä.

JULKISTEN JA VAPAAEHTOISTEN VAKUUTUSTEN TOIMIVUUDEN TARKENTAMINEN

Tämä selvitys on keskittynyt sellaisten esimerkkien kartoittamiseen, joiden avulla voidaan osoittaa, että julkinen palveluvalikoima voidaan määritellä nykyistä selkeämmin ja tiettyjen hoitojen tai palveluiden osalta tarkasti. Samassa yhteydessä on pintapuolisesti kuvattu, millaisia yksityisiä vakuutusratkaisuja näiden yhteyteen on laadittu. Kuitenkin jatkokehityksen ja - keskustelujen kannalta on syytä kuvata vielä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin eri vakuutusten kriteereitä ja ehtoja ja arvioida vielä tarkemmin niiden mahdollista soveltamista Suomen kehitystyön pohjana.

Samalla voidaan arvioida myös haastatte- luissa esiin nostettujen kansainvälisen yhteis- työn ja jälleenvakuuttamisen mahdollisuuksia Suomen vakuutustoiminnan ja -ratkaisujen kehittämisessä.

RAPORTTIIN HAASTATELLUT HENKILÖT

Raportissa viitatus haastattelut tehtiin Finanssiala ry:n Hyvinvoinnin rahoituksen ad hoc -ryhmän jäsenille sekä muiden finanssialan keskeisten toimijoiden edustajille.

Raportin validoimiseksi haastatteluja on lisäksi tehty Valtiovarainministeriön edustajille sekä terveydenhuollon, taloustieteen ja sosiaali- ja terveystalouden priorisoinnin asiantuntijoille.

LÄHTEET:

Atal, J. P., Fang, H., Karlsson, M., & Ziebarth, N. R. (2025). German Long-Term Health Insurance: Theory Meets Evidence. *Journal of Political Economy*, 133(6), 1840–1885.

Bijlmakers, L., Jansen, M., Boer, B., van Dijk, W., Groenewoud, S., Zwaap, J., ... & Baltussen, R. (2020). Increasing the legitimacy of tough choices in healthcare reimbursement: approach and results of a citizen forum in the Netherlands. *Value in health*, 23(1), 32–38.

BMG (2025). Pflegeversicherung / Leistungen / Pflegevorsorgezulage. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung>

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2025). Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) – §90 (Vermögen) ja §94. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/___90.html, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/___94.html.

Eduskunta (2025). Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus. https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/TrV_1_2025.pdf.

European Observatory (2025). State of Health in the EU Finland Country Health Profile 2025. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/finland-country-health-profile-2025>

Geyer, J., Börsch-Supan, A. H., Haan, P., & Perdrix, E. (2023). Long-term care in Germany (No. w31870, p. 20231606631). Cambridge, MA, USA:: National Bureau of Economic Research.

GKV-Spitzenverband (2025) <https://www.gkv-spitzenverband.de/>

Henschke, C., Winkelmann, J., Eriksen, A., Pérez, E. O., & Klingenberg, D. (2023). Oral health status and coverage of oral health care: A five-country comparison. *Health Policy*, 137, 104913.

Kaila, M., & Lohiniva-Kerkelä, M. (2020).

Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima: määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet.

Leskelä, R. L., Vanhala, A., Gehrmann, K., Haapatalo, E., Ranta, J., Patja, K., ... & Torkki, P. (2024). Economic effects of priority setting in healthcare: a scoping review of current evidence. *BMJ open*, 14(11), e086342.

Määttänen, N., & Valkonen, T. (2020). Yksityinen varautuminen hoivan rahoitusta täydentämässä (No. 98). ETLA Report.

Nadash, P., Doty, P., & von Schwanenflügel, M. (2018). The German long-term care insurance program: evolution and recent developments. *The Gerontologist*, 58(3), 588–597.

OECD (2022). Social expenditure dashboard. <https://www.oecd.org/en/data/dashboards/social-expenditure-dashboard.html>.

Pflegelotse (2025). https://www.pflegelotse.de/presentation/pl_startseite.aspx.

PKV-Verband (2024). Planning ahead with supplemental long-term care insurance. <https://www.pkv.de/wissen/pflegepflichtversicherung/vorsorgen-mit-der-pflegezusatzversicherung/>

Raudasoja, A., Tikkinen, K. A., Bellini, B., Ben-Sheleg, E., Ellen, M. E., Francesconi, P., ... & Sipilä, R. (2024). Perspectives on low-value care and barriers to de-implementation among primary care physicians: a multinational survey. *BMC primary care*, 25(1), 159.

Saarni, S. (2023). Terveystalouden sisältö- ja laatu-kehittäminen hyvinvointialuerakenteissa: Dosentti Samuli Saarnin selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:19

Saarni, S., & Nyblin, K. (2022). Terveystalouden priorisointi on lainsäädännöllisessä umpikujassa. *YHTEISKUNTAPOLITIIKKA* 87 (2022):4

Smith, P. C., & Chalkidou, K. (2017). Should countries set an explicit health benefits package? The case of the English National Health

Service. Value in Health, 20(1), 60–66.

Socialstyrelsen (2023a). Individens behov i centrum. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/fcc27789e7f14076a19fc9f312a3168d/2023-6-8666.pdf>.

Socialstyrelsen (2023b). Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2023 <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/59040a794e3c458da278d028680a54c8/2023-3-8444.pdf>.

STM (2024). Selvitys kirjaamisen kuormittavuudesta ja hyötykäytöstä hyvinvointialueiden kokemana. <https://stm.fi/documents/1271139/198978037/3.12.2024+Selvitys+kirjaamisen+kuormittavuudesta+ja+hy%C3%B6tyk%C3%A4yt%C3%B6st%C3%A4.pdf/94ade5a8-967a-3256-c8fe-0e9b1fc-350c4?t=1733225262975>.

STM (2025). Terveysthuollon menetelmien arvioinnin ja päätöksenteon organisoitumismallit-selvitys. <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM025:00/2025>.

Tervola, J., Ollonqvist, J., & Haaga, T. (2025). Mitä jos varallisuus huomioitaisiin hoivamaksuisa?: Rekisteripohjainen tarkastelu vaikutuksista. THL työpäperi 55/2025

Torkki, P., Patja, K., Ignatius, E., Kousa, I., Vanhala, A., Gehrmann, K., ... & Leskelä, R. L. (2022). Terveysthuollon palveluvalikoiman priorisointi.



FINANSSIALA

FINANSSIALA RY
Itämerenkatu 11–13, 00180 Helsinki
etunimi.sukunimi@finanssiaala.fi
www.finanssiaala.fi